

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00323 vom 28. Mai 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-05-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00323

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00323 du 28 mai 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00323 del 28 maggio 2015

Erwägungen

E. 1

1. Juni 2013 (Eingangsdatum) meldete sie sich unter Hinweis auf Rückenschmerzen und Schmerzen im linken Fuss seit dem 31. Oktober 2012 bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 10/1).

Die IV-Stelle klärte die erwerblichen und medizinischen Verhältnisse ab und verneinte nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Vorbescheid vom 27. September 2013,

Urk. 10/18, Einwand vom 24. Oktober 2013, Urk. 10/22) mit Verfügung vom

E. 1.1

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin den Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der Invalidenversicherung zu Recht verneint hat.

E. 1.2

mit Hinweisen).

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).

In BGE 139 V 547 hat das Bundesgericht an dieser Rechtsprechung unter Auseinandersetzung mit der daran geübten Kritik festgehalten und auf die besondere Bedeutung einer fachgerechten Abklärung hingewiesen (E. 9.1.3, E. 9.2.1). Insbesondere erkannte das Bundesgericht,

dass sich die unklaren Beschwerden hinsichtlich ihrer invalidisierenden Folgen von anderen (psychischen) Leiden durch die mangelnde Objektivierbarkeit unterscheiden. Dabei handelt es sich um ein sachliches Kriterium, das überprüft werden kann. Die hinreichende Objektivierbarkeit der gesundheitlichen Beeinträchtigung wird für Ansprüche auf Sozialversicherungsleistungen seit jeher vorausgesetzt und hat im Rahmen der 5. IV-Revision auch Eingang in die Gesetzgebung gefunden (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Von einer unbegründeten Schlechterstellung beziehungsweise einer Diskriminierung der betroffenen Versicherten in verfassungsmässigem Sinne beziehungsweise nach Massgabe der EMRK kann daher nicht gesprochen werden (Urteil des Bundesgerichts 8C_142/2013 vom 20. November 2013 E. 4.2 mit Hinweis auf BGE 139 V 547 E. 5.6 in fine und E. 5.7).

Die 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 (Urteil des Bundesgerichts 9C_10/2014 vom 20. August 2014 E. 3.3, SVR 2007 IV Nr. 45 S.

150, I 9/07 E.

4 am Ende), und Konversionsstörungen /dissoziativen Bewegungsstörungen (Urteile des Bundesgerichts 8C_810/2013 vom 9. April 2014 E. 5.2.2 mit Hinweisen, 9C_903/2007 vom 30. April 2008 E. 3.4) sowie bei Chronic

Fatigue Syndrome (CFS; chronisches Müdigkeitssyndrom) und Neurasthenie (Urteile des Bundesgerichts 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 einer HWS-Verletzung (Schleudertrauma) ohne organisch nachweisbare Funktionsfälle (BGE 136 V 279, vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C_136/2013 vom 16. Februar 2014 E. 4.1-2) 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).

Nach der Rechtsprechung werden leicht- bis mittelgradige Episoden einer Depression und selbst mittelgradige depressive Episoden regelmässig nicht als von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im Sinne eines verselbständigten Gesundheitsschadens betrachtet, die es der betroffenen Person verunmöglicht, die Folgen der bestehenden Schmerzproblematik zu überwinden. Daran ändert nichts, wenn die depressive Episode vor dem Hintergrund einer rezidivierenden depressiven Störung diagnostiziert worden ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_104/2014 vom 26. Juni 2014 E. 3.3.4 mit Hinweisen; vgl. auch Urteil 9C_856/2013 vom 8. Oktober 2014 E. 5.1.2).

Zwar ist eine invalidisierende Wirkung einer mittelschweren depressiven Störung nicht schlechthin auszuschliessen, indes bedingt deren Annahme, dass es sich nicht bloss um eine Begleiterscheinung einer Schmerzkrankheit, sondern um ein selbständiges, vom psychogenen Schmerzsyndrom losgelöstes depressives Leiden

handelt und im Weiteren, dass eine konsequente Depressionstherapie befolgt wird, deren Scheitern das Leiden als resistent ausweist (Urteil des Bundesgerichts 8C_774/2013 vom 3. April 2014 E. 4.2 mit Hinweisen).

Praxismässig ist eine leichte depressive Episode mit somatischen Symptomen grundsätzlich nicht geeignet, eine leistungsspezifische Invalidität zu begründen (Urteil des Bundesgerichts 9C_506/2014 vom 10. November 2014 E. 4.2). Leichte

bis höchstens mittelschwere psychische Störungen aus dem depressiven Formenkreis gelten zudem grundsätzlich als therapeutisch angebar (Urteil des Bundesgerichts 8C_759/2013 vom 4. März 2014 E. 3.6.1 mit Hinweisen). Bei mittelschweren depressiven Episoden (ICD-10 F32.1) verneint das Bundesgericht regelmässig deren invalidisierende Wirkung (Urteil des Bundesgerichts 8C_774/2013 vom 3. April 2014 E. 4.2 mit Hinweisen).

E. 1.3

Die Beschwerdeführerin bringt demgegenüber vor, sie habe starke Schmerzen am Rücken, im Kreuz, am Hals und am linken Fuss. Hinzu kämen täglich Bauch- und Kopfschmerzen. Sie habe häufig Angst und sei sehr vergesslich. Dies führe dazu, dass sie auch leichte Arbeiten nicht ausführen könne (Urk. 1/1). Auch habe ihr Psychiater aktuell neben der Schmerzsymptomatik eine mittelgradige bis schwergradige depressive Episode festgestellt (Urk. 1/2).

E. 2

Dagegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom 15. März 2014 (Urk. 1/1-3) Beschwerde und beantragte sinngemäss, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihr eine Invalidenrente zuzusprechen. In prozessualer Hinsicht ersuchte sie um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung. Mit Beschwerdeantwort vom 6. Mai 2014 (Urk. 9) schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde. Am 9. Mai 2014 wurde der Beschwerdeführer in das Doppel dieser Eingabe zugestellt (Urk. 11). Mit Schreiben vom 10. November 2014 reichte die IV-Stelle weitere Arztberichte ein (Urk. 12/1-6), welche der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 21. April 2015 zur Kenntnis gebracht wurden (Urk. 13). Am 12. Mai 2015 (Postaufgabe) reichte die Beschwerdeführerin einen Arztbericht von

Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Innere Medizin spez. Nierenerkrankheiten, vom 5. Mai 2015 ein (Urk. 15). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

mit Hinweis). Sie können indessen, unter Wahrung des rechtlichen Gehörs, berücksichtigt werden, wenn sie kurze Zeit nach dem Erlass des angefochtenen Entscheids eingetreten sind, sich ihre Beachtung aus prozessökonomischen Gründen unbedingt aufdrängt und sie hinreichend klar feststehen (BGE 105 V 156 E. 2d; ZAK 1984 S. 349 E. 1b). Dies ist der Fall, wenn sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Entscheiderlasses zu beeinflussen (BGE 99 V 98 E.

4 mit Hinweisen).

E. 2.2

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG)

Versicherte, die: a.

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

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

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

E. 2.3

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.

E. 2.4

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Be schwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gebernefalls 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).

In Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten wie überhaupt von behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten ist auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftrags rechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc).

E. 2.5

Für die Beurteilung der Gesetzmässigkeit der angefochtenen Verfügung oder des Einspracheentscheides ist für das Sozialversicherungsgericht in der Regel der Sachverhalt massgebend, der zur Zeit des Erlasses des angefochtenen Verwaltungsaktes gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung bilden (BGE 130 V 138 E).

E. 2.6

Die Verwaltung als verfügende Instanz und - im Beschwerdefall - das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht folgt vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V

353 E. 5b mit Hinweisen; vgl. BGE 130 III 321 E. 3.2 und 3.3). 3.

3.1

Die Ärzte der Notfallstation des Spitals B.____ führ ten in ihrem provisorischen Austritts b ericht vom 3 1. Oktober 2012 aus, die Beschwerdefüh rerin sei am 3 0. Ok tober 2012 via Ambulanz der Not fallstation des Spitals B.____

zugewiesen worden . Sie sei auf dem Fussgängerstreifen von ei nem Personenwagen von der linken Seite mit geringer Aufprall geschwindigkeit

angefahren worden und auf d ie rechte Seite gestürzt. Es habe keine Amnesie vor geleg en und eine Bewusstlosigkeit sei fraglich gewesen. Die Beschwerde füh rerin hätte Kopfschmerzen gehabt , sei aber bei Eintreffen der Ambulanz bereits gestanden.

CT-radiologisch hätten sich keine Hinweise auf eine intrakranielle Blutung oder Zeichen einer ossären Läsion oder einer Organläsion gezeigt. Die Beschwerde führerin sei während 24 Stunden neurologisch auf der Notfallstation über wacht worden , wobei ihr Status stets unauffällig gewesen sei . Nach Ein leitung einer adäquaten Analgesie sei die Beschwerdeführerin in gutem Allge meinzustand nach Hause entlassen worden . Sie diagnostizierten 1) einen Status nach An fahrunfall mit Personenwagen mit Commotio cerebri und multiplen Kon tusio nen LWS/ Sacrum , Thorax rechts basal, Flanke rechts, 2) eine arterielle Hy per to nie und 3) eine unklare Lymphknotenvergrösserung mediastinal (Urk. 10/14 S. 16

f.) 3.2

Aufgrund anhaltender Schmerzen im linken Bein und im linken Fuss überwies Dr. med .

C.____ , Allgemeine Innere Medizin FMH spez. Nephrologie, die Beschwerdeführerin an Dr. med. D.____ , Facharzt FMH für Ortho pädische Chirurgie. Dieser schrieb am 2 2. Februar 2013 , a nlässlich der gleichen tags durchgeführten Un tersuchung habe die Beschwerdeführerin über langan hal tende Schmerzen im gesamten linken Sprunggelenk im Anschluss an eine Distorsion im Frühjahr 2012 berichtet , als sie über eine höhere Kante gestolpert sei. Die bishi ri ge Behandlung mit Analgetika und lokaler Sal benbehandlung habe keine Besserung gebracht. Das linke Sprunggelenk sei im Vergleich zu rechts ohne Schwellung oder Überwärmung. Es bestehe eine Dru ckdolenz sowohl im Be reich des Aussenknöchels und über dem lateralen Kapselbandapparat, aber auch im media len Knöchelbereich. Die Dorsal-/ Plantarflexion sei endphasig schmerz haft zu einem Drittel eingeschränkt. Es sei keine vermehrte laterale Auf klappbarkeit und kein wesentlicher Talusvorschub vorhanden. Das mitgebracht e MRI zeige eine kleine osteochondrale Läsion in der medialen Talusschulter ohne Hinweis für einen mobilen Knorpelflake . Ab schliessend notiert e

Dr. D.____ , dass eine Diskrepanz zwischen dem klini schen und bildgebenden Befund sowie den angegebenen Be schwerden bestehe und er die Kollegen der Klinik E.____ um eine Beurteilung und Thera pievorschläge bitte (Urk. 10/14 S. 7) .

3.3

Die Ärzte d er Klinik E.____

stellten i n ihrem von der IV-Stelle ein geholten Arztbericht vom 1 1. Juli 2013 (Urk. 10/9 S. 5

f.) bezüglich der Schmerzen im linken Fuss fest, dass diese nach einem Unfall im April 2012 (Sturz von 60

cm) persistiert hätten. Die Beschwerdeführerin habe ein deutliches Schonhinken links mit initial nur Belastung des Vorfusses gezeigt, auf Aufforderung hätte der Fuss abgestellt werden können. Zehen- und Fersengang seien nur unter sehr starken Schmerzen möglich gewesen. Insbesondere habe bereits beim Ablegen des linken Beins auf die Unterlage ein extrem starker Schmerz bestanden, der Lasègue sei links positiv gewesen. Das Schmerzmaximum sei auf das laterale Sprunggelenk angegeben worden, ein genauerer Befund habe aufgrund von massivem Berührungsschmerz nicht erhoben werden können. Eine Röntgenuntersuchung habe nur altersgemässe degenerative Veränderungen gezeigt. Abschliessend notierten sie, dass der erhobene Befund und die starken Schmerzen der Patientin nicht mit den bildgebenden Befunden am oberen Sprunggelenk (OSG) übereinstimmen würden. Die Schmerzen könnten nicht klar einem Dermatom zugeordnet werden, differentialdiagnostisch käme allerdings eine neurologische Ursache der Schmerzen in Betracht. Anlässlich der Verlaufskontrolle vom

5. September 2013 erhoben die Ärzte einen unveränderten Befund. Sie führten aus, die Beschwerdeführerin beklage, dass die Schmerzen nun sogar etwas stärker geworden seien. Eine gleichentags durchgeführte neurologische Untersuchung habe keine Hinweise für eine periphere Ursache zeigen können.

Ein MRI der Wirbelsäule sei allerdings noch ausstehend (Arztberichte vom 24. September 2013, Urk. 10/29 S. 6

f. und Urk. 10/29 S. 8f). 3. 4

Im von der IV-Stelle eingeholten Arztbericht vom 5. September 2013 (Urk. 10/14 S.

1

ff.) attestierte Dr. C.____ der Beschwerdeführerin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit Oktober 2012. Das lumbovertebrale

Syndrom, unklare Fusschmerzen links sowie ihre Vergesslichkeit hätten Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Die Prognose sei schlecht. Pauschal hielt er fest, dass der Beschwerdeführerin

alle Aktivitäten gänzlich unzumutbar und das Konzentrations- und Auffassungsvermögen so wie die Anpassungsfähigkeit und die Belastbarkeit eingeschränkt seien. 3.5

Am 13. Januar 2014 wies Dr. C.____ die Beschwerdeführerin notfallmässig wegen immobilisierenden lumbalen Rückenschmerzen ins

Spital F.____ ein (Urk. 10/29 S. 1

ff.). Die Ärzte des Spitals F.____

hielten im Austrittsbericht vom 5. Februar 2014 folgende Hauptdiagnosen fest: - Immobilisierendes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom - Verdacht auf neuropathische Schmerzen bei persistierenden Schmerzen

des OSG

- Mittelschwere Niereninsuffizienz Grad III - Arterielle Hypertonie - Intermittierende leichte Diarrhoe - Status nach Makrohämaturie 11/2012 - bilaterale einfache Nierenzysten
Zum immobilisierenden lumbospondylogenen Schmerzsyndrom und dem Verdacht auf neuropathische Schmerzen bei persistierenden Schmerzen des OSG führten sie aus, dass die Beschwerdeführerin in gutem Allgemeinzustand, auf Grund der Schmerzen jedoch nur sehr schlecht mobil sei. Klinisch habe sich ein positiver Lasègue bei Elevation um 40° gezeigt, sowie eine mögliche jedoch schwierig eruierebare Hyposensibilität rechtsseitig am dorsalen Oberschenkel. Der sonstige Neurostatus sei unauffällig mit vor allem intakter Motorik ohne Kraftminderung des rechten Beines und intakten Muskeleigenreflexen beidseits. Eine Cauda

equina Symptomatik habe nicht bestanden. Laborchemisch hätten sich keine erhöhten Entzündungsparameter und auch sonst keine Auffälligkeiten bis auf die Niereninsuffizienz gezeigt. In den mitgebrachten externen Bildern der Wirbelsäule und des OSG würden sich keine ossären Läsionen und kein Hinweis für eine Diskusproblematik zeigen. Sie hätten zum Ausschluss einer Algodystrophie, im Sinne eines chronic regional pain

syndrome (CRPS/M. Sudeck), ein erneutes konventionelles Röntgen des OSG links veranlasst, welches jedoch keine subchondralen

osteolytischen Prozesse und auch keine anderen Pathologien gezeigt habe. Sie gingen von einem chronifizierten Schmerzsyndrom aus, welches am ehesten auch psychosozial aggraviert sei. Der Patientin fehlten

Tagesstruktur und Beschäftigung. Sie sei schlecht integriert bei fehlender Sprachkenntnis und Anbindung. Sie hätten die Beschwerdeführerin durch eine analgetische Medikation, ergänzt durch Cymbalta als zentral schmerzmodulierendes Antidepressivum, therapiert. Zudem sei die Beschwerdeführerin durch physiotherapeutische Massnahmen am Stock mobilisiert worden. Das Antidepressivum sei gegen Ende der Hospitalisation noch aufdosiert worden (Urk. 10/29 S. 2). Sie hätten ihr nach vergeblicher Suche nach einem albanisch sprechenden Psychiater oder Psychologen und unter Rücksprache mit Dr. C.____ geraten, sich zwischenzeitlich bei einem albanisch sprechenden Hausarzt

(Dr. G.____)

vorzustellen, welcher sich bereit erklärt habe, die psychosoziale Komponente auszuloten. Zusätzlich hätten sie Physiotherapie als aktivierende Massnahme bei Frau H.____ von der Firma I.____

verordnet, welche Erfahrung in psychosomatischer Schmerzproblematik habe. Aufgrund der schlechten Medikamenten-Compliance der Beschwerdeführerin aus Verständigungsgründen bei der bekannten Sprachproblematik hätten sie eine Verordnung für die Spitex zum Richten der Medikamente und zur Entlastung des Ehemannes bei Überforderung erlassen (Urk. 10/29 S.

2). Die Patientin sei am 25. Januar 2014 in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen worden (Urk. 10/29 S. 3).

3.6

Dr. med. J.____, Facharzt FMH Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte in seinem Arztbericht vom 15. März 2014 (Urk. 3/4) eine mittel-schwergradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) mit somatischem Syndrom. Bezüglich Psychopathologie notierte er starke

Bedrückung, Gefühl von Unglück und

Hoffnungslosigkeit, immer wieder weinen, ausgeprägte Anhedonie, eingeschränkte Selbstvertrauen, Unruhe, fehlender Antrieb, schnelle Erschöpfbarkeit, Reizbarkeit, immer viel Angst, eingeschränkte Konzentrations- und Gedächtnisleistungen sowie ausgeprägte Schlafstörungen und Appetitstörung.

3.7

Im Arztbericht vom 17. März 2014 führt e

Dr. C.____ (Urk. 6) aus, dass die Beschwerdeführerin starke Schmerzen am ganzen Rücken sowie am linken Bein habe. Der linke Fuss sei schmerzhaft und sei in der Klinik E.____, im Spital F.____ und in der Schmerzlinik des Spitals N.____ beurteilt worden. Der Blutdruck sei stark schwanken und erreiche bisweilen Werte bis über 200mmHg

systolisch. Die Patientin leide an rezidivierenden Kopfschmerzen und Schwindel. Wegen Depression sei sie in Behandlung bei Dr. J.____. Aus seiner Sicht sei die Patientin zu 100 % arbeitsunfähig. 3.

E. 7

Abs. 2 ATSG).

E. 8

f.; Pneumologische Untersuchung vom 20. November 2012

Spital B.____, Urk. 10/14 S. 13 f.; Austrittsbericht Spital F.____, Urk. 10/31; ISSS-Bericht vom 15. Oktober 2014, Urk. 12/1). Entsprechend erübrigens sich weitere Abklärungen und ist davon auszugehen, dass sowohl die Bauch- als auch Kopfschmerzen nicht invalidisierend sind. 4.4

Dr. J.____ diagnostizierte in psychiatrischer Hinsicht eine mittel-schwer gradige depressive Episode (ICD-10 F 32.1) mit somatischem Syndrom (Urk. 3/4). Seit wann sich die Beschwerdeführerin in psychiatrischer Behandlung befindet bzw. seit wann die psychiatrische Einschränkung tatsächlich besteht, ist fraglich. Sollte diese Einschränkung erst nach Erlass der Verfügung eingetreten sein, wäre sie ohnehin nicht mehr zu berücksichtigen (E. 2.5). Diese Frage kann allerdings - wie folgend gezeigt wird - offen bleiben.

Um eine invalidisierende Wirkung einer mittelschweren depressiven Störung anzunehmen, muss es sich um ein selbständiges, vom psychogenen Schmerzsyndrom losgelöstes depressives Leiden handeln und eine konsequente Depressionstherapie muss gescheitert sein (E. 2.3). Aus dem Bericht von Dr. J.____

vom 15. März 2014 geht nicht hervor, ob, seit wann und in welcher Intensität sich die Beschwerdeführerin aktuell bei ihm in Behandlung befindet. Die Beschwerdeführerin führte in der Beschwerde von März 2014 (Eingangsdatum 18. März 2014, Urk. 1/3) aus, dass die Ärzte sie zusätzlich zu einem Psychiater schicken würden, der Term in hingegen erst in der folgenden Woche sei. Entsprechend der durch Dr. K.____ und Dr. L.____ erhobenen Anamnese im Rahmen der interdisziplinären Schmerzprechstunde am Spital N.____

vom 15. Oktober 2014 (Urk. 12/1) befindet sich die Beschwerdeführerin seit über einem Jahr in psychiatrischer Behandlung, je nach Befinden alle zwei bis vier Wochen. Eine

stationäre Behandlung der mittel-schwergradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1) erfolgte gemäss Aktenlage nicht. Vorliegend kann also

weder von einer konsequenten Depressionstherapie gesprochen werden noch davon, dass sich das Leiden als resistent ausgewiesen hätte,

weshalb dieses nicht als invalidisierend zu betrachten ist. 4.5

Die Abklärung an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am 19. Juni 2014 (Urk. 12/6) brachte keine neuen Erkenntnisse. Die zuständige Ärztin, Dr. med.

O.____, Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte lediglich den Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung PTSD (ICD-10 F43.1) sowie den Verdacht auf eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41).

Im Übrigen liegen Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, nicht vor. Die Beschwerdeführerin leidet an keinen chronischen körperlichen Begleiterkrankungen, welche nicht bei zumutbarer Anstrengung überwindbar wären. So hielten die Ärzte des Spitals N.____ im ISSS-Bericht vom 15. Oktober 2014 (Urk. 12/1) fest, dass das chronische paravertebrale Schmerzsyndrom durch die Inaktivität und Dekonditionierung mit allgemeiner Kraftlosigkeit und muskulären myofaszialen Befunden an mehreren Lokalisationen unterhalten werde,

was durch aktive Physiotherapie und Ausdauertraining ohne Weiteres verbessert werden könnte, was der Beschwerdeführerin zumutbar wäre. Allerdings sehe die Beschwerdeführerin nicht mal den Sinn, nach draussen zu gehen und zu spazieren, obwohl sie selber festgestellt habe, dass Bewegung ihr gut tue (vgl. Urk. 12/1).

Ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens liegt nicht vor. So hielten die Ärzte des Universitätsspitals fest, die Beschwerdeführerin pflege circa alle zwei Wochen regelmässigen Kontakt mit ihren Kindern und Enkelkindern und gehe einmal die Woche mit einer Freundin nach draussen (Urk. 12/1).

Von einer regelmässigen und konsequent durchgeführten Psychotherapie kann – wie bereits ausgeführt – mit Blick auf die durchgeführte ambulante psychiatrische Behandlung im Rhythmus von zwei- bis vierwöchigen Konsultationen (Urk. 12/1) nicht die Rede sein.

Demnach ist festzuhalten, dass die Schmerzen so oder so als überwindbar und damit als nicht invalidisierend einzustufen sind. 4.6

Aufgrund der beweiskräftigen medizinischen Aktenlage besteht kein weiterer Abklärungsbedarf. Die Beschwerdeführerin leidet mit dem Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit an keiner objektiv unüberwindbaren Erwerbsunfähigkeit im invalidenrechtlich relevanten Sinne. Es ist ihr daher in Nachachtung des im Sozialversicherungsrechts allgemein geltenden Grundsatzes der Schadenminderungspflicht zuzumuten, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Die Beschwerde erweist sich damit als unbegründet und ist abzuweisen. 5. 5.1

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1bis IVG) und auf Fr. 600.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. 5.2

Der vorliegende Prozess kann nicht als von vornherein aussichtslos bezeichnet werden. Des Weiteren ist die Beschwerdeführerin bedürftig (Urk. 3/5). Antrags-gemäss (Urk. 1/3) ist ihr deshalb die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen. Die der Beschwerdeführerin auferlegten Gerichtskosten sind demnach einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

Kommt die Beschwerdeführerin künftig in günstige wirtschaftliche Verhältnisse, so kann sie das Gericht zur Nachzahlung der Auslagen für die unentgeltliche Rechtspflege verpflichten (§ 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Das Gericht beschliesst:

In Bewilligung des Gesuchs vom 18. März 2014

(Eingangsdatum) wird der Beschwerdeführer in die unentgeltliche Prozessführung gewährt, 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.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.____ - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle unter Beilage einer Kopie von Urk. 15 - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

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

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der 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 Die Gerichtsschreiberin HurstSchwegler

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