

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00708 vom 19. März 2014

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-03-19, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2012.00708

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00708 du 19 mars 2014

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00708 del 19 marzo 2014

Erwägungen

E. 1.1

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

E. 1.2

Im Gebiet der Invalidenversicherung gilt ganz allgemein der Grundsatz, dass die invalide Person, bevor sie Leistungen verlangt, alles ihr Zumutbare selber vor zukehren hat, um die Folgen ihrer Invalidität bestmöglich zu mildern (BGE 113 V 22 E. 4a mit Hinweisen). Dieses Gebot der Selbsteingliederung ist Ausdruck des in der ganzen Sozialversicherung geltenden Grundsatzes der Schadenminderungspflicht (vgl. BGE 120 V 368 E. 6b, 117 V 275 E. 2b), wobei jedoch von der versicherten Person nur Vorkehren verlangt werden können, die unter Berücksichtigung der gesamten objektiven und subjektiven Gegebenheiten des Einzelfalles zumutbar sind (BGE 113 V 22 E. 4a mit Hinweisen auf Lehre und Rechtsprechung; ZAK 1989 S. 214 E. 1c).

E. 1.3

Rechtsprechungsgemäss bewirkt Adipositas grundsätzlich keine zu Rentenleistungen berechtigende Invalidität, wenn sie nicht körperliche oder geistige Schäden verursacht und nicht die Folge von solchen Schäden ist. Liegen diese Voraussetzungen nicht vor, muss sie unter Berücksichtigung der besonderen Gegebenheiten des Einzelfalles dennoch als invalidisierend betrachtet werden, wenn sie weder durch geeignete Behandlung noch durch zumutbare Gewichtsabnahme auf ein Mass reduziert werden kann, bei welchem das Übergewicht in Verbindung mit allfälligen Folgeschäden keine voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit beziehungsweise der Betätigung im bisherigen Aufgabenbereich zur Folge hat (Urteil des Bundesgerichts 8C_74/2008 vom 22. August 2008 E. 2.2 mit Hinweisen).

E. 1.4

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). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen

Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E.

3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

E. 2

Gegen die leistungsablehnende Verfügung liess die Versicherte, vertreten durch den Rechtsdienst Integration Handicap, am 3. Juli 2012 Beschwerde erheben (Urk. 1) und beantragen, die Verfügung vom 8. Juni 2012 sei aufzuheben und der Beschwerdeführerin seien IV-Leistungen (berufliche Massnahmen/Rente) auszurichten. Zudem sei der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Prozessführung zu gewähren, ein zweiter Schriftenwechsel anzuordnen und die Beschwerdegegnerin zur Tragung der Kosten- und Entschädigungsfolgen zu verpflichten (S. 2). In ihrer Vernehmlassung vom 7. September 2012 beantragte die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde (Urk. 9). Am 26. Oktober 2012 erstattete die Beschwerdeführerin ihre Replik (Urk. 13) und am 15. November 2012 verzichtete die Beschwerdegegnerin auf eine Duplik (Urk. 16), was der Beschwerdeführerin am 19. November 2012 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 17).

Mit Eingabe vom

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin hielt in der rentenablehnenden Verfügung vom 8. Juni 2012 mit Verweis auf das Gutachten

der Begutachtungsstelle B.____ vom 8. März 2012 dafür, dass die objektivierbaren Befunde und Diagnosen zwar eine Minderung der Arbeitsfähigkeit in der vor der Umschulung ausgeübten, schweren, mehrheitlich stehenden und gehenden und mit Lasten Heben verbundene Tätigkeit als Krankenschwester zur Folge hätten. Für die umgeschulte, gut angepasste Tätigkeit als medizinische Praxisassistentin seien die objektivierbaren Befunde, Beschwerden und Diagnosen aber nicht als relevant einschränkend in der Arbeitsfähigkeit zu taxieren.

Die noch bestehende gesundheitliche Einschränkung sei als reversible Folge der Adipositas und als reversible Folge der Dekonditionierung anzusehen (Urk. 2). In der Vernehmlassung vertrat die Beschwerdegegnerin im Weiteren den Standpunkt, rechtsprechungsgemäss bewirke die Adipositas grundsätzlich keine zu Rentenleistungen berechtigende Invalidität. Gemäss B.____-Gutachten habe die Adipositas zwar zu den Beschwerden geführt, diese hätten sich mit dem bereits reduzierten Gewicht jedoch vermindert und sanken mit einer zusätzlichen Gewichtsreduktion weiter. Die Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit könne mit der zumutbaren Massnahme der weiteren Gewichtsreduktion auf 100% verbessert werden (Urk. 9).

E. 2.2

Demgegenüber machte

die Beschwerdeführerin geltend, sie sei gestützt auf die Beurteilung des behandelnden Rheumatologen

Dr. A.____ sowie des begutachtenden Orthopäden der Begutachtungsstelle B.____ seit Herbst 2010 selbst in einer angepassten Tätigkeit lediglich im Umfang von 50 % arbeitsfähig und habe somit Anspruch auf Ausrichtung einer Invalidenrente . Ob, wann und inwiefern diese aufgrund einer allfälligen Verbesserung des Gesundheitszustandes reduziert werden könne, wäre nach dem Standpunkt der Beschwerdeführerin im Rahmen einer Rentenrevision zu prüfen (Urk.

E. 3

0. April 2013

(Urk. 18) reichte die Beschwerdeführerin ein en Bericht von Dr. A.____ vom 11. April 2013 (Urk. 19)

ins Recht und bemerkte dazu, aus diesem gehe hervor, dass sie den Anfangs November 2012 unternommenen Arbeitsversuch (Erhöhung des Arbeitspensums in der leidensangepassten Tätigkeit von 50 % auf 80 %) aufgrund der Zunahme der Beschwerden im lumbalen Bereich sowie in den Kniegelenken beidseits nach rund vier Monaten definitiv habe abbrechen müssen (Urk. 18). Die neue Eingabe und der Arztbericht wurden der Beschwerdegegnerin am 7. Mai 2013 zur Kenntnisnahme zugestellt (Urk. 20). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

Im Bericht vom 30. März 2011 nannte Dr. med. A.____ , FMH Innere Medizin, spez. Rheumatologie (Urk. 10/76) ,

die nachfolgenden Diagnosen: - chronisches cervico-lumbovertebrales Schmerzsyndrom - intermittierend lumboradikuläres Reizsyndrom S1 rechts - MRI-LWS 2000: mediolaterale Diskushernie L5/S1 rechts - MRI-HWS 2003: keine Hinweise für eine Diskushernie, degenerative Veränderungen - Wirbelsäulenfehlhaltung: lumbale Hyperlordose - Adipositas Grad III (BMI 41.6 kg/ m²) - arterielle Hypertonie - Status nach Ulcus duodeni 2000 - Kontrollgastroskopie 2003: unauffällig - Nikotinkonsum 20 py - Gonarthrosen beidseits links mehr als rechts - Genu

valgum - Wadenschmerzen, Fusssohlenschmerzen mit/bei - Genu

valgum - Senk- und Spreizfüße - Status nach laparoskopischem

Gastric-Sleeve am 22. Juni 2010 bei - morbidester Adipositas - endoskopischem Klipping der Staplernahinsuffizienz am 12. Juli 2010 - unspezifische abdominale Beschwerden seit dieser Zeit - hochgradiger Verdacht auf koronare Herzerkrankung - anteriore

Ischämiezone

Dr. A.____ führte aus, die Beschwerdeführerin habe durch die laparoskopische

Gastric - Sleeve -Operation ihren BMI von 50 auf 38 respektiv ihr Gewicht von 117 kg auf 88.5 kg reduzieren können. Im Vordergrund stünden immer noch ihre Beschwerden seitens des Bewegungsapparates, wie auch die koronare Herzerkrankung . Zum Bewegungsapparat merkte er an, es finde sich eine Streckhaltung der Brustwirbelsäule mit vermehrter Lumbal lordose. Die Wirbelsäule sei im Lot. Es

bestehe eine massive Druckdolenz und ein Hartspann paralumbal beidseits bei Druckdolenz über den Lendenwirbelkörpern I– V sowie über dem Trochanter major und dem Beckenkamm. Die Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule sei in allen Richtungen leicht

eingeschränkt. Dr. A. ___ berichtete weiter von einer massiven Krepitation und einem Bewegungsschmerz bei Flexion/Extension beider Kniegelenke und stellte fest, der Beschwerdeführerin seien leichte wechselseitige Tätigkeiten zu 50 % möglich.

E. 3.2

Die Begutachtungsstelle B. ___ erstattete der IV-Stelle am 8. März 2012 ein Gutachten im Fachgebiet Orthopädie (Urk. 10/94 /1-20)

mit einer zusätzlichen internistischen

Beurteilung vom 24. Januar 2012 (vgl. Anhang Urk. 10/94/21-28) . Im Gutachten werden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) festgehalten (S. 15) : 1. p anvertebrales und vor allem lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit/bei %2) über viele Jahre anhaltendem pathologischem Übergewicht mit einem BMI von ehemals 45.25 kg/m² , derzeit nach erfolgreichem Gastric - Sleeve -Eingriff 2010 aktueller BMI 30.5 kg/ m² %2) kongenitalem partiellem Hypermobilitätssyndrom %2) rumpfmuskulärem Globaldefizit, Dekonditionierungssyndrom %2) röntgenologisch fortgeschrittene r

Osteochondrose L5/S1, mässiggradig auch L1/2 und L3/4, reaktive r Spondylose, Spondylarthrose 2. beidseitige Gonalgien , ebenfalls durch langjähriges Übergewicht und statischer Fehlbelastung symptomatisch auffällig, röntgenologisch diskrete Femoropatellararthrose und leichtgradige mediale Gonarthrose , jeweils beidseits

An Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit werden im Gutachten aufgeführt: 3. rückläufige Adipositas mit einem derzeitigen BMI von 30.5 kg/ m² 4. Hypertonie mit leichter hypertensiver Herzkrankheit 5. Status nach endoskopischem Clipping der Stapelnaht-Insuffizienz (OP 22.06.2010) am 12.07.2010, aktuell beschwerdefrei

Der orthopädische Gutachter , Dr. med. C. ___ , Facharzt für Orthopädie und Traumatologie,

stellte fest, die bei der Beschwerdeführerin seit 10 Jahren bekannten tieflumbalen Rückenschmerzen gingen wesentlich zu Lasten einer sich über viele Jahre hinweg erstreckenden morbid Adipositas mit einem im Jahr 2006 dokumentierten BMI von 45.25 kg/ m² .

Inzwischen habe nach einem erfolgreichen

Gastric - Sleeve -Eingriff vom 22. Juni 2010 das Übergewicht bis auf einen BMI von 30.5 kg/ m² reduziert werden können . Die inzwischen manifesten und dem Lebensalter von 47 Jahren deutlich vorauseilenden fortgeschrittenen osteochondrotischen , spondylotischen und spondylarthrotischen Befunde der Lendenwirbelsäule seien Folgen der langjährig bestehenden Adipositas in Verbindung mit einer kongenitalen Wirbelsäulenhypertrophie . Ein gleichlautendes Erklärungsmodell gelte auch – in abgeschwächter Form – für die beginnenden beidseitigen Kniegelenksarthrosebefunde . Die Versicherte sei über die Notwendigkeit einer weiteren Gewichtsreduktion informiert und motiviert. Bei Wiederherstellung eines weitgehenden Normalgewichts sei davon auszugehen, dass die vormals bestehenden lumbovertebralen Schmerzsyndrome und ebenfalls die beidseitigen Gonalgien spontan weitgehend regredierten (S. 13).

Im Untersuchungszeitpunkt sei die Beweglichkeit der Wirbelsäule und des Rumpfes uneingeschränkt gewesen . Es bestehe jedoch ein deutlich defizitäres Rumpfmuskelkorsett.

Es hätten sich keine Hinweise für das Vorliegen eines vertebrales Nervenwurzelkompressionssyndroms ergeben (S. 12). Derzeit finde bereits eine medizinische Trainingstherapie statt, diese könne intensiviert werden und sollte auch nach Erreichen des Normalgewichts rein präventiv mit dem Ziel der Rekonditionierung der Rumpfmuskulatur fortgeführt werden (S.

13).

Die Beschwerdeführerin berichtete dem Gutachter, sie übe seit dem 1. Juni 2011 nachmittags von 14.00/15.00 Uhr bis 18.00/19.00 Uhr eine Tätigkeit als Praxisassistentin in einem medizinischen Labor aus und befinde sich mit diesem 50%-Pensum am Limit (S. 8 und 12).

Im internistischen Teilgutachten stellte Dr. med. D.____, Facharzt für Innere Medizin FMH sowie Facharzt für Kardiologie FMH, fest, aus internistische r

Sicht bestehe kein Grund für eine eingeschränkte Arbeitsfähigkeit in der gegenwärtigen Tätigkeit als medizinische Praxisassistentin in einem medizinisch-analytischen Labor. Somit bestehe seit etwa 1. Januar 2011 eine Arbeitsfähigkeit von 100%. Auch für eine ähnlich gelagerte, körperlich leichte, wechselbelastende Verweistätigkeit bestehe aus internistischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 10/94 /21-28 S. 27).

Zusammenfassend stellte der Hauptgutachter fest, dass die die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigenden und zur Umschulung führenden Beschwerden im Bereich des Bewegungsapparates im Sinne über 10 Jahre bestehender lumbovertebraler Schmerzsyndrome und beidseitiger Gonalgien besserungsfähig seien. Aus rein orthopädisch somatischer Sicht sei die Selbsteinschätzung der Versicherten, wo nach sie mit einem 50%igen Beschäftigungsniveau in einem medizinischen Labor ans Limit gekommen sei, nachvollziehbar. Die weitgehend dekonditionierte Rumpfmuskulatur benötige einen Zeitrahmen von sechs bis zwölf Monaten, um eine ausreichende statische Entlastung – Stützung und Führung der Wirbelsäule – zu gewährleisten. Prognostisch sollte annähernde Normalgewichtigkeit spätestens nach Ablauf eines weiteren Jahres erreicht sein. Bei sodann erreichtem Normalgewicht und ausreichend rekonditionierter Skelettmuskulatur sollte die Steigerung der Arbeitsfähigkeit im Umschulungsberuf als medizinische Praxisgehilfin wieder bis 100% möglich sein. Die Fortsetzung der Gewichtsreduktion müsse im Sinne einer Schadenminderungspflicht verstanden werden (S. 13).

Somit bestehe derzeit – bzw. seit

„mindestens auf den Zeitpunkt nach der Rehabilitation nach dem chirurgischen Eingriff vom Juni 2010, d. h. etwa seit Herbst 2010 (Beginn des Integrationsprogramms)“ (S. 14) – , eine Arbeitsfähigkeit auf einem 50%-Niveau bei Zugrundelegung des folgenden leidensangepassten Profils: Geeignet seien wechselbelastende, leichte und nur gelegentlich mittelschwere Tätigkeiten ohne repetitive Bewegungsanforderungen an den Rumpf. Zu meiden seien Zwangshaltungen für die Wirbelsäule wie Arbeiten vornüber gebeugt stehend, kniend, hockend, kauend. Langfristiges Stehen und Sitzen sei mit jeweils 30 Minuten limitiert. Das Heben, Tragen und Bewegen von Lasten sei mit 15 kg limitiert (S. 13 f.).

E. 3.3

In seiner Stellungnahme vom 3. April 2012 (Urk. 10/95 S. 3 f.) hielt der RAD-Arzt Dr. med. E.____, Arzt für allgemeine Medizin FMH, fest, die von den Gutachtern aufgrund der Befunde angegebene 50%ige Arbeitsfähigkeit in der jetzigen Tätigkeit werde zusätzlich

spezifiziert. So werde klar deklariert, dass durch eine weitere Gewichtsabnahme auf Normalgewicht und durch eine „Rekonditionierung“ innert eines Jahres von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit aus zugehen sei und somit festgehalten, dass die noch bestehende Einschränkung als reversible Folge der Adipositas und als reversible Folge der „Dekonditionierung“ anzusehen sei. Dies seien beide (Adipositas und Dekonditionierung) keine IV-relevanten Gründe für eine Arbeitsunfähigkeit. Somit könne versicherungstechnisch schon heute von der 100%igen Arbeitsfähigkeit für die angepasste Tätigkeit ausgegangen werden. Eine Änderung der bisherigen Einschätzung liege somit nicht vor.

E. 3.4

Am 17. April 2012 (Urk. 10/99) wandte

Dr. A.____

gegenüber der IV-Stelle ein, der Schluss, dass die gesundheitlichen Einschränkungen als reversible Folgen der Adipositas und reversible Folgen der Dekonditionierung anzusehen seien, sei medizinisch nicht haltbar. Bei der Beschwerdeführerin bestünden die folgenden Diagnosen: - Polyarthrosen - Gonarthrosen beidseits, links mehr als rechts - Genu

valga - Neu: Senk-, Spreizfüsse - chronisches cervicolumbospondylogenes Schmerzsyndrom - intermittierendes lumboradikuläres Reizsyndrom S1 rechts - medio laterale Diskushernie L5/S1 rechts - Wirbelsäulenfehlhaltung/ - fehlerhafte arterielle Hypertonie - hochgradiger Verdacht auf koronare Herzerkrankung - arterielle

Ischämiezone

Diese Diagnosen könnten nicht als reversibel betrachtet werden und schränken die Beschwerdeführerin in ihrer Erwerbsfähigkeit immer noch ein. Zusätzlich sei zu erwähnen, dass die Beschwerdeführerin trotz ihrer Beschwerden einer 50%igen Erwerbstätigkeit nachgehe.

E. 3.5

Der RAD-Arzt Dr. E.____ führte in seiner Stellungnahme (Urk. 10/101 S. 1 f.) zu den Einwendungen von Dr. A.____ aus, es sei nicht gesagt worden, dass die klar nachgewiesenen Diagnosen der lumbalen Osteochondrose, Spondylose und Spondylarthrose und die beginnende mediale Gonarthrose und die beginnende Retropatellärarthrose reversibel seien. Aber diese lösten nur eine qualitative Einschränkung aus, welche im vom orthopädischen Gutachter formulierten Belastungsprofil klar aufgeführt würden. Das heisse, diese objektivierbaren Befunde und Diagnosen lösten wohl eine Minderung der Arbeitsfähigkeit für die vor der Umschulung ausgeübte, schwere, mehrheitlich stehende und gehende und mit Lasten Heben verbundene Tätigkeit als Krankenschwester aus. Aber für die umgeschulte, gut angepasste Tätigkeit als medizinische Praxisassistentin seien die objektivierbaren Befunde, Beschwerden und Diagnosen nicht als relevant einschränkend in der Arbeitsfähigkeit zu taxieren. Dass die Versicherte bis anhin nur zu 50% arbeitsfähig gewesen sei, sei durch die noch – in gegenüber früher vermindertem Ausmass – bestehenden Restbeschwerden und die Dekonditionierung der Rumpfmuskulatur bedingt. Eine gewisse qualitative Einschränkung durch die objektivierbaren Befunde werde anerkannt. Aber das Ausmass der Minderung der Restarbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit sei hauptsächlich durch die Dekonditionierung und die, durch weitere Gewichtsabnahme als rückläufig eingeschätzten, Beschwerden der Knie bedingt. Dies seien

aber beide s Ursachen, welche IV-irrelevant seien. 4. 4.1

Unbestritten und aufgrund der Aktenlage ausgewiesen ist, dass die Beschwerdeführerin seit längerer Zeit unter

Rücken- und neu

auch Kniebeschwerden

leidet und deswegen in der vor der Umschulung ausgeübten, schweren, mehrheitlich stehenden und gehenden und mit Lasten Heben verbundene Tätigkeit als diplomierten Pflegefachfrau erheblich eingeschränkt war und ist. Der Umschulungsberuf als Arztgehilfin sowie die aktuelle Tätigkeit als Praxisassistentin in einem medizinischen Labor sind demgegenüber nach einheitlicher Darstellung behinderungsangepasste Tätigkeiten (vgl. etwa Urk. 10/94/1-20 S.

17).

Unstrittig ist weiter, dass grundsätzlich auf das unter Berücksichtigung der medizinischen Vorakten (S.

4

ff.), aktueller Röntgenaufnahmen (S. 11) und Laborwerte (S. 11) sowie gestützt auf eigene Befragungen und Untersuchungen

in den Fachgebieten Orthopädie (S. 7 ff.) und innere Medizin (S. 14 und 21 ff.) ergangene Gutachten der Begutachtungsstelle B.____ abgestellt werden kann, das auch den rechtsprechungsgemässen Anforderungen an den Beweiswert einer medizinischen Expertise entspricht (vgl. E. 1.4).

In diesem Gutachten attestierte der orthopädische Gutachter der Beschwerdeführerin in angepasster Tätigkeit eine Arbeits(un)fähigkeit von 50 % und rechnete erst innert Jahresfrist mit Wiedererlangung einer 100%igen Arbeitsfähigkeit. Er fügte erläuternd hinzu, allein die Gewichtsreduktion habe bei den bereits manifest vorliegenden mehrsegmentalen degenerativen Wirbelsäulenschäden und der ebenfalls manifesten – wenn auch geringgradig ausgeprägten – Gonarthrose die Beschwerdeintensität bis dato nicht nachhaltig bessern können. Erst mit einem synchron verlaufenden Rekonditionierungseffekt der ausgeprägten defizitären Rumpfmuskulatur sei mit einer Besserung der Rückenschmerzen zu rechnen. Entsprechendes gelte für die gesamte Skelettmuskulatur und auch für die Bein- und Quadrizepsmuskulatur zur statischen Entlastung der Kniegelenke (Urk. 10/94/1-20 S. 18 f.).

Strittig ist, ob der Beschwerdeführerin wegen dieser Einschränkungen ein Rentenanspruch zusteht. 4.2

Die Beschwerdeführerin stellte auf die Stellungnahmen

des RAD-Arztes Dr. E.____ ab, wonach dem B.____-Gutachten zu entnehmen sei, dass

die auch in angepasster Tätigkeit noch bestehende Einschränkung als reversible Folge der Adipositas und als reversible Folge der Dekonditionierung anzusehen sei.

Versicherungsmedizinisch könne somit von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit für die angepasste Tätigkeit ausgegangen werden (Urk. 10/95 S. 4).

Das Ausmass der Minderung der Restarbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit werde hauptsächlich durch die Dekonditionierung und die, durch weitere Gewichtsabnahme als rückläufig eingeschätzten, Beschwerden der Knie bedingt (Urk. 10/101 S. 2).

Diese gestützt auf das B.____ -Gutachten und in Kenntnis der Vorakten abgegebene Stellungnahme des RAD-Arztes mit Facharztstitel in allgemeiner Medizin ist begründet und einleuchtend. Sie ist angesichts des feststehenden medizinischen Sachverhalts auch ohne eigene Untersuchungen genügend fundiert (vgl. Art. 49 Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV, und Urteil des Bundesgerichts I 1094/06 vom 14. November 2007 E. 3.1.1) und überzeugt vor dem Hintergrund der allgemeinen Schadenminderungspflicht sowie der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu den invalidenversicherungsrechtlichen Folgen adipositasbedingter Beschwerden. 4.3

Im Juni 2010 unterzog sich die Beschwerdeführerin einem Gastric - Sleeve -Eingriff. Es gelang ihr dadurch erfolgreich, ihr adipöses Körpergewicht massgeblich zu reduzieren. Die belastungsbedingten Einschränkungen nahmen dementsprechend ab und sind weiter im Abnehmen begriffen. Nicht synchron zur Gewichtsreduktion verlief nach Einschätzung des orthopädischen B.____ -Gutachters der Aufbau der ausgeprägt defizitären Rumpfmuskulatur sowie der gesamten Skelettmuskulatur und der Bein- und Quadrizepsmuskulatur zur statischen Entlastung der Kniegelenke. Nach Erreichen des Normalgewichts sowie Rekonditionierung der Skelettmuskulatur sollte die Beschwerdeführerin aber auch nach Ansicht des B.____ -Gutachters innert Jahresfrist ihr Pensum auf ein 100%-Niveau steigern können.

4.4

Die Beschwerdeführerin meldete sich am 1. Februar 2011 zum Rentenbezug an (Urk. 10/63). Ein allfälliger Rentenanspruch wäre frühestens am 1. August 2011 (Art. 29 Abs. 1 IVG) und somit knapp ein Jahr nach Abschluss der Rehabilitation vom chirurgischen Gastric - Sleeve -Eingriff (Herbst 2010) entstanden. Die Beschwerdeführerin hatte mithin bereits während fast eines Jahres Zeit für ein Muskelaufbautraining, was auch nach Einschätzung des B.____ - Gutachters – der von einem benötigten Zeitrahmen von sechs bis zwölf Monaten

ausging –

bei regelmässigem Training für den Wiederaufbau der Skelettmuskulatur ausreichen dürfte. Dass die Beschwerdeführerin noch im März 2012 – eineinhalb Jahre nach der Rehabilitation vom Gastric - Sleeve -Eingriff

– infolge Dekonditionierung unter Einschränkungen litt, kann somit angesichts der gebotenen Schadenminderung (dazu vorne E. 1.2)

keine zu Rentenleistungen berechtigende Invalidität begründen. 4.5

Anzumerken bleibt, dass der Umstand, dass der behandelnde Rheumatologe

der Beschwerdeführerin vorbehaltlos eine 50%ige Arbeits (un) fähigkeit auch in angepasster Tätigkeit attestierte, die Plausibilität des Gutachtens sowie der Stellungnahme des RAD-Arztes nicht in Frage zu stellen vermag, zumal das Engagement von Dr. A.____

bei der Anmeldung zum Bezug einer Invalidenrente und die im Zeitpunkt der Arbeitslosigkeit attestierte 100%ige Arbeitsfähigkeit ab

1. August 2010

(Urk. 10/86/5) gewisse Zweifel an der für eine unabhängige Expertise notwendigen Distanz zur Beschwerdeführerin aufkommen lassen . 4.6

An dieser Würdigung vermag auch die nach Verfügungserlass (vgl. BGE 129 V 1 E. 1.2) ergangene kurze Bestätigung von Dr. A.____ nichts zu ändern, wonach er nach einer per Ende 2012 in Angriff genommenen

Pensum s erhöhung durch die
Beschwerdeführerin auf 80

% aufgrund der Zunahme ihrer Beschwerden einerseits im lumbalen Bereich, andererseits vor allem der Kniegelenke beidseits, aber auch wegen ihrer zunehmenden Erschöpfung die Arbeitsunfähigkeit per 1 5. April 2013 definitiv auf 50 % habe festlegen müssen (Urk. 19). 4.7

Da nach dem Gesagten von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit auszugehen ist und die Tätigkeit als Arztgehilfin eine solche darstellt, bleibt es beim – unbestrittenen und zu keinen Bemerkungen Anlass gebenden – Einkommensvergleich der Beschwerdegegnerin nach Abschluss der gewährten beruflichen Massnahmen , aus dem ein Invaliditätsgrad von 18 % resultierte (Urk. 10/56) .

Die Beschwerde ist somit abzuweisen. 5.

Nicht gefolgt werden kann dem Antrag der Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort , es sei der Beschwerdeführerin eine Schadenminderungspflicht aufzuerlegen (Urk. 9 Ziff. 3) ;

dies mit dem Hinweis, dass die Kompetenz zur Auferlegung einer Schadenminderungspflicht bei der Verwaltung liegt . 6 . 6.1

Die Beschwerdeführerin hat in ihrer Beschwerdeschrift unter Nachreichung diverser Belege ein Gesuch um unentgeltliche Prozessführung gestellt (Urk. 1 S. 2 , Urk. 7 , Urk. 8/1-11) .

Die Voraussetzungen zur Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung gemäss § 16 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) sind erfüllt.

Die Beschwerdeführerin wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen, wonach sie zur Nachzahlung der ihr erlassenen Gerichtskosten verpflichtet werden kann, sobald sie dazu in der Lage ist. 6 .2

Gestützt auf Art. 69 Abs. 1 bis

IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert unter Berücksichtigung des gesetzlichen Rahmens (Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.--) auf Fr. 700.-- festzusetzen und der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen, allerdings infolge Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. Das Gericht beschliesst: In Bewilligung des Gesuches vom 3. Juli 2012 wird der

Beschwerdeführerin die unentgeltliche Prozessführung gewährt, und erkennt sodann: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Die Beschwerdeführerin wird auf § 16 Abs. 4 GSVG 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 diese Entscheidung 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 dem 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 Gräub-Oertli

E. 8

Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG).

Erwerbsunfähigkeit ist die durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 13

Ziff. 5, Urk.

E. 18

). 3.

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