

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00258 vom 24. Juni 2015**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-06-24, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2014.00258](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00258)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00258 du 24 juin 2015

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00258 del 24 giugno 2015

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Die 1978 geborene X.\_\_\_\_ arbeitete seit

dem 24. Juni 2002 im Spital Z.\_\_\_\_ als Raumpflegerin, seit Oktober 2005 bei einem 80%-Pensum (Urk. 8/20),

als sie von ihrer Arbeitgeberin am 8. April 2010 zur Früherfassung gemeldet wurde (Urk. 8/17-18). Am 6. Mai 2010 (Eingangsdatum) meldete sich X.\_\_\_\_

bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug (Massnahmen für die berufliche Eingliederung) an (Urk. 8/22). In der Folge tätigte die IV-Stelle erwerbliche und medizinische Abklärungen (Urk. 8/25-31 und Urk. 8/33). Am 11. Januar 2011 wurde X.\_\_\_\_ von

Dr. med. Y.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie FMH

(Urk. 8/36), und Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH (Urk. 8/38),

beide vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) untersucht. Anschliessend führte die IV-Stelle am 31. März 2011 eine Haushaltsabklärung durch (Urk. 8/40). Mit Vorbescheid vom 18. April 2011 (Urk. 8/43) stellte die IV-Stelle der Versicherten die Verneinung eines Rentenanspruchs in Aussicht. Dagegen erhob X.\_\_\_\_ am 13. Mai 2011 (Urk. 8/46) respektive am 16. Juni 2011 (Urk. 8/56) Einwand.

Daraufhin tätigte die IV-Stelle erneut medizinische Abklärungen (Urk. 8/67-70, Urk. 8/74). Mit Vorbescheid vom 18. Juni 2012 (Urk. 8/82) stellte die IV-Stelle X.\_\_\_\_ die Zusprache einer vom 1. Mai bis 31. August 2011 befristeten Dreiviertelsrente und einer vom 1. September 2011 bis 31. März 2012 befristeten ganzen Invalidenrente in Aussicht, wogegen die Versicherte am 30. Juli 2012 wiederum Einwand erhob (Urk. 8/90). In der Folge tätigte die IV-Stelle weitere medizinische Abklärungen (Urk. 8/111, Urk. 8/113, Urk. 8/117). Am 9. April 2013 beantragte X.\_\_\_\_ bei der IV-Stelle als Hilfsmittel eine Schuhzurichtung (Urk. 8/132), welche ihr mit Mitteilung vom 23. April 2013 zugesprochen wurde (Urk. 8/138). Am 10. Juni 2013 wurde die Versicherte von Dr. med. und Dr. sc. nat. ETH B.\_\_\_\_ internistisch-rheumatologisch begutachtet Gutachten vom 6. Juli 2013 (Urk. 8/148) und psychiatrisch am 3. Juli 2013 durch Prof. Dr. med. C.\_\_\_\_, FMH Neurologie sowie FMH Psychiatrie und Psychotherapie (Fachgutachten vom 6. Juli 2013, Urk. 8/147);

bidisziplinäre Zusammenfassung, Urk. 8/147/29). Mit Vorbescheid vom 24. September 2013 (Urk. 8/161) stellte die IV-Stelle X.\_\_\_\_

die Abweisung ihres Leistungsbegehrens in Aussicht, wogegen die Versicherte am 21. Oktober 2013 Einwand erhob (Urk. 8/167). Mit Mitteilung vom 27. Februar 2014 sprach

die IV-Stelle orthopädische Serienschuhe zu

(Urk. 8/187). Mit Verfügung vom 30. Januar 2014 verneinte die IV-Stelle wie vorbeschrieben

einen

Rentenanspruch (Urk. 2).

### **E. 1.1**

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

### **E. 1.2**

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 herstellen, 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. 1.3**

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. 1.4**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Be schwerdefall 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).

### **E. 1.5**

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 anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gut

achtens 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.).

### **E. 1.6**

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art.

### **E. 1.7**

Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, wird für diesen Teil die Invalidität nach Art.

### **E. 2**

Hiergegen erhob X.\_\_\_\_ am 28. Februar 2014 Beschwerde und beantragte, es sei ihr unter Aufhebung der Verfügung vom 30. Januar 2014 ab September 2010 eine Invalidenrente zuzusprechen, eventuell sei die Sache zu ergänzender Abklärung und neuer Verfügung zurückzuweisen; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin. Zudem stellte sie die Verfahrensanhänge, es sei eine medizinische Abklärung durch das Gericht zu veranlassen und es sei ein zweiter Schriftenwechsel durchzuführen. Ausserdem ersuchte sie um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung sowie um Bestellung von Rechtsanwältin Stephanie Schwarz als unentgeltliche Rechtsbeiständin (Urk. 1). Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 4. April 2014 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7, unter Beilage ihrer Akten, Urk. 8/1-188), was der Beschwerdeführerin am 10. April 2014 mitgeteilt wurde (Urk. 9).

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründet die Verneinung des Rentenanspruchs gestützt auf das psychiatrische Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_ vom 6. Juli 2013 (Urk. 8/147)

sowie auf das internistisch-rheumatologische Gutachten von Dr. B.\_\_\_\_ vom 6. Juli 2013 (Urk. 8/148) im Wesentlichen damit, dass der Beschwerdeführerin die angestammte Tätigkeit als Reinigungsmitarbeiterin zwar nicht mehr möglich sei, ihr hingegen eine fusschonende Tätigkeit unter Vermeidung einer Lastenhandhabung über 15 Kilogramm vollumfänglich zumutbar sei. Die Invaliditätsbemessung ergebe unter Anwendung der gemischten Methode (80 % Erwerb, 20 % Haushalt) einen Invaliditätsgrad von 2 %. Der rechts erhebliche Sachverhalt sei bis zum Verfügungserlass zu klären, weshalb zu Recht auf die aktuellsten Abklärungsergebnisse abgestellt worden sei. Im Weiteren habe Dr. C.\_\_\_\_ die jeweilige Überwindbarkeit der diagnostizierten psychiatrischen Diagnosen korrekt geprüft. Weder die vorgebrachten Argumente noch die eingereichten Bewerbungsbemühungen ergäben hinreichende objektive Anhaltspunkte, dass die

Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall einer Voll-Erwerbstätigkeit nachgehen würde. Ein leidensbedingter Abzug von 25 % rechtfertige sich vorliegend nicht, da auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt genügend Stellen für die Beschwerdeführerin mit ihrem Belastungsprofil vorhanden seien und somit mit keiner Lohneinbusse aufgrund der behinderungsbedingten Einschränkungen zu rechnen sei (Urk. 2).

### **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin ist demgegenüber der Ansicht, auf die beiden Gutachten könne nicht abgestellt werden. Auf das internistisch-rheumatologische von Dr. B. \_\_\_ vom 6. Juli 2013 (Urk. 8/148) könne nicht abgestellt werden, da es den Gesundheitsschaden nur retrospektiv beurteile und die jeweilige echtzeitlichen Einschätzungen ausblende. Das psychiatrische Gutachten von Dr. C. \_\_\_ vom 6. Juli 2013 (Urk. 8/147) überzeuge nicht, da es einen „ unzulässigen Schluss zur rechtlichen Bedeutung des Auslösers einer Krankheit “ ziehe. Im Weiteren habe der psychiatrische Gutachter die sogenannten Foerster-Kriterien zu Unrecht zur Beurteilung der Überwindbarkeit einer mittelgradigen depressiven Episode beigezogen.

Die Beschwerdegegnerin habe die Beschwerdeführerin zu Unrecht als Teilerwerbstätige qualifiziert (80 % Erwerb und 20 % Haushalt). Angesichts der im Verfügungserlass vorliegenden finanziellen (Unterstützung durch die Sozialhilfe) und familiären (getrennt lebend und kinderlos) Verhältnissen hätte die Beschwerdeführerin als Voll-Erwerbstätige qualifiziert werden müssen. Überdies sei ein Leidensabzug ausgewiesen, da ärztlicherseits selbst bei einer angepassten Tätigkeit einschränkende und erheblich lohnmindernde Hinweise vorgebracht worden seien. 3.

### **E. 3**

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird - soweit erforderlich - im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 3.1**

Dr. med. D. \_\_\_ , Facharzt FMH für Innere Medizin, stellte in seinem Bericht vom 14. Mai 2010 (Urk. 8/25) zuhanden der Beschwerdegegnerin folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

-

Arthrose im Subtalgelenk und Naviculo cuneiforme III bei

-

Status nach Chopart-Arthrodesese links am 26. Januar 2007

-

Status nach Metallentfernung Desarthrodesierung CC-Gelenk,

Subtalararthrodesese links, Arthrodesese

Naviculocuneiforme III links

am 4. November 2009

-

Mittelschwere depressive Episode (ICD-10: F 32.2)

-

Verdacht auf histrionische Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F 60.4)

-

Somatoforme Schmerzstörung

-

Schmerzverarbeitungsstörung

Die Beschwerdeführerin sei seit dem 2. Oktober 2009 bis auf Weiteres zu 100 % arbeitsunfähig. Aufgrund der belasteten Ehesituation und der Symptomfixierung sei eine ungünstige Prognose wahrscheinlich. Aus rein körperlicher Sicht sollte mittelfristig in drei Monaten eine Teilarbeitsfähigkeit von 50

% bei eben falls eingeschränkter Leistung zumutbar sein. Beachte man jedoch die psychischen Beschwerden, scheine eine solche Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit in den nächsten drei Monaten nicht realisierbar. Leichte körperliche Arbeiten mit Wechselbelastung, bei denen nicht regelmässig Treppensteigen notwendig seien, keine schweren Gewichte über 15 Kilogramm getragen werden müssten oder permanentes Stehen gefordert sei, sollten uneingeschränkt zumutbar sein. Auf grund der psychischen Situation der Beschwerdeführerin scheine lediglich eine ruhige Arbeit ohne Zeitdruck, ohne Stress und ohne Verantwortung zumutbar. Hierfür bedürfe es einer langen Angewöhnungszeit zur Steigerung der Arbeitszeit

### **E. 3.2**

Die Orthopädische Klinik des Kantonsspitals E.\_\_\_\_ nannte in ihrem Bericht vom 20. Mai 2010 (Urk. 8/27) zuhanden der Beschwerdegegnerin als Diagnose Metallentfernung, Desarthrodisierung CC-Gelenk, Subtalar-Arthrodese links, Arthrodese

Naviculocuneiforme III links am 4. November 2009 bei Arthrodese im Subtalargelenk und Naviculocuneiforme III bei Status nach Chopart-Arthrodese links am 26. Januar 2007.

Die Prognose sei relativ unsicher, eher ungünstig. Als Hausangestellte im Spital sei der Beschwerdeführerin vom 4. November 2009 bis 28. März 2010 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden. Danach habe Dr. D.\_\_\_\_ die Arbeitsfähigkeit beurteilt. Anlässlich der letzten Konsultation am 22.

März 2010 habe schmerzbedingt eine maximale Geh- und Stehdauer von 30 Minuten bestanden. Die mehrheitlich stehende und gehende Tätigkeit als Hausangestellte im Spital könne aufgrund dieser Geh- und Steheinschränkungen nicht durchgeführt werden, weshalb diese der Beschwerdeführerin zurzeit nicht zumutbar sei. Eine rein sitzende Tätigkeit ohne Steh- und Gehphasen wäre theoretisch denkbar ab 28. März 2010. Diese könnte in vollem Umfang durchgeführt werden, wobei auch der Arbeitsweg keine längeren Geh- und Stehphasen beinhalten sollte. Eine 100%ige Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit im angestammten Beruf sei eher unwahrscheinlich.

### **E. 3.3**

Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte in seinem Bericht vom 24. August 2010 (Urk. 8/31) zuhanden der Beschwerdegegnerin eine

mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F 32 .11) bestehend seit Januar 2010, und ein chronisches Schmerzsyndrom nach einem Operationseingriff am linken Fuss (ICD-10: F 45.4) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit führte er eine Neigung zu histrionischem Verhalten an. Die Beschwerdeführerin sei seit dem 26. Februar 2010 zu 100 % arbeitsunfähig. Aufgrund der depressiven Störung und der Fussbeschwerden sei eine Arbeitsaufnahme aktuell unmöglich, doch könne bald damit gerechnet werden.

#### **E. 3.4**

Anlässlich der orthopädischen Untersuchung vom 11. Januar 2011 (Urk. 8/36) stellte RAD-Arzt Dr. Y. \_\_\_ als Hauptdiagnose eine schmerzhaft bewegungs- und belastungseinschränkende des linken Fusses seit Januar 2007 bei Status nach Chopart-Arthrolyse wegen Arthrose am 26. Januar 2007 bei erweiterter Arthrolyse (Subtalar - und Naviculocuneiforme III-Gelenk) am 4. November 2009 mit persistierenden Schmerzen fest .

Bei der 32-jährigen Gebäudereinigungsmitarbeiterin sei anhand der vorliegenden medizinischen Berichterstattungen und der aktuellen körperlichen Untersuchung ein somatischer Gesundheitsschaden, der die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt, ausgewiesen. In ihrer bisherigen Tätigkeit als Reinigungsmitarbeiterin bestehe seit November 2009 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. In angepasster Tätigkeit (mit körperlich leichter bis selten mittelschwerer wechselbelastender Tätigkeit ohne regelmäßige Hebe- und Tragebelastungen über 10 Kilogramm, ohne Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, ohne häufiges Treppensteigen, ohne häufiges Gehen auf unebenem Gelände, ohne das linke Sprunggelenk belastende Zwangshaltungen und Tätigkeiten wie Hocken und Knien) sei eine durchgehende 100%ige Arbeitsfähigkeit mit Ausnahme der durch die akuten medizinischen Behandlungen bedingten Unterbrechungen gegeben.

#### **E. 3.5**

und 8C\_511/2013 vom 30. Dezember 2013 , je mit Hinweisen). 7 .2

Die Beschwerdeführerin arbeitete seit Juni 2002 bei einem 80%-Pensum im Spital Z. \_\_\_ als Reinigungsmitarbeiterin, bis sie ihre Erwerbstätigkeit aus gesundheitlichen Gründen per 30. November 2011 aufgab. Sie gab im Rahmen der Abklärung der beeinträchtigten Arbeitsfähigkeit in Beruf und Haushalt am 31. März 2011 (Urk. 8/40) an, dass sie bei guter Gesundheit weiterhin im gleichen Pensum arbeiten würde. Sie ist kinderlos und lebte mit ihrem Ehemann in einer 2-Zimmerwohnung.

Aufgrund dieser persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse und der glaubhaften Aussage wurde die Beschwerdeführerin mit 80 % im Erwerbsbereich und mit 20 % im Haushaltsbereich qualifiziert (Urk. 2). 7 .3

Die Beschwerdeführerin bringt nun verschiedene Einwände vor, weshalb entgegen dieser Qualifikation von einer 100 % igen Erwerbstätigkeit auszugehen sei ( Urk. 1 S. 10-13):

Die Beschwerdeführerin habe sich schon vor ihrem Stellenantritt beim Spital Z. \_\_\_ im Juni 2002 um Vollzeitstellen bemüht und habe auch während der Anstellung ein höheres Pensum angestrebt. Überdies hätten sich zwischenzeitlich, das heisst seit der Haushaltabklärung am 31. März 2011, die familiären und wirtschaftlichen Verhältnisse markant geändert: Seit Herbst 2011 lebe sie von ihrem Ehemann faktisch getrennt und seit Mai 2013 sogar gerichtlich getrennt. Seither sei sie auf die Unterstützung durch die

Sozialhilfe angewiesen. Sie sei kinderlos und aufgrund der wirtschaftlichen Verhältnisse würde sie zu 100 % arbeiten. 7.4

Der Beschwerdeführerin zu folgen, dass sich ihre familiären und wirtschaftlichen Verhältnisse seit der Haushaltsabklärung am 31. März 2011 wesentlich und tatsächlich verändert haben. Es darf daher mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall einer vollzeitigen Erwerbstätigkeit nachgehen würde, sie ist deshalb als Vollzeitbeschäftigte zu qualifizieren.

8.

### **E. 3.6**

Im Bericht der Klinik für Plastische Chirurgie und Handchirurgie des F.\_\_\_\_

vom 28. Februar 2011 (Urk. 8/55) wurde als Diagnose eine adhärente Narbe lateraler Fussrand links mit Verdacht auf Neurombildung bei Status nach Chopart-Arthrodeese und Naviculocuneiforme-Arthrodeese links am 26. Januar 2007 (KSW) und bei Status nach Osteosynthesematerial-Entfernung und Re-Arthrodeese am 4. Januar 2009 (Spital E.\_\_\_\_) genannt.

Bei der Beschwerdeführerin liege eine instabile Narbe im Bereich des lateralen Fussrandes vor, welche nach bereits zwei orthopädischen Eingriffen dicht mit Knochen und wahrscheinlich dem Osteosynthesematerial verwachsen sei. Ausserdem bestehe der Verdacht auf ein Neurom im Narbenbereich. Zur Behandlung beider Probleme sei mit der Beschwerdeführerin die Exzision der Narbe sowie eine Neurolyse besprochen worden. Der verbleibende Weichteildefekt, welcher wohl eine Grösse von circa 6 Zentimeter auf 8 Zentimeter haben werde, müsste dann mittels Lappenplastik gedeckt werden.

### **E. 3.7**

Dr. med. G.\_\_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, hielt in seinem Bericht vom 28. Juni 2011 (Urk. 8/59/3-5) zuhanden der Hausärztin Dr. med. H.\_\_\_\_, Fachärztin Innere Medizin FMH, folgende Diagnosen fest:

-

Schmerzsyndrom Fuss links bei Status nach

Arthrodisierung des

Chopart-Gelenks und des Naviculocuneiforme-Gelenks Fuss links bei

hochgradiger sekundärer Degeneration des Talonavicular-Gelenks bei

Verdacht auf Naviculare

bipartitum links am 26. Januar 2007 (KSW)

-

Status nach Materialentfernung, Desarthrodisierung

Calcaneo-Cuboid -

Gelenk und Subtalar-Arthrose Fuss links am 4. November 2001

(Kantonsspital E.\_\_\_\_)

-

Adhärenz Narbe lateraler Fuss links mit Verdacht auf Neurombildung,  
vorgesehene Narbenexzision mit Neurolyse sowie Weichteildefekt-  
Deckung mit Lappenplastik ( F.\_\_\_\_ )

In der vorliegenden Situation sei die eingeplante Operation zum Verschluss der offenen Stelle indiziert, da die persistierende Öffnung eine ständige mögliche Infektpforte darstelle und weitere orthopädisch-operative Massnahmen auf grund der Infektgefahr verunmögliche.

### **E. 3.8**

Im Abklärungsbericht der I.\_\_\_\_ - vom 17. Juli 2011 (Urk. 8/62) zuhanden Dr. H.\_\_\_\_  
wurden folgende psychiatrische Diagnosen genannt :

1.

Mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F 32.1)

2.

Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren  
(ICD-10: F 45.41) bei adhärenz Narbe lateraler Fussrand links mit  
Verdacht auf Neurombildung

Insgesamt liege vor dem Hintergrund der komplexen Fussproblematik mit chronischen Fusschmerzen eine relevante depressive Entwicklung im Sinne einer mittelgradigen depressiven Episode vor. Es sei davon auszugehen, dass psychische Faktoren die Schmerzproblematik modulierend beeinflussen beziehungsweise mit aufrechterhalten. In diesem Zusammenhang seien neben den emotionalen Belastungen, welche die Kriterien einer Depression erfüllten, schmerzbezogene Ängste mit dysfunktional anmutenden manuellen Kontrollhandlungen im Bereich des linken Fusses sowie maladaptive Kognitionen in Form von gedanklicher Einengung auf die Fussproblematik beziehungsweise das Schmerzerleben, katastrophisierende Befürchtungen sowie Grübeln über schmerzassoziierte Inhalte zu nennen. Als weitere wesentliche Belastungsfaktoren beziehungsweise einschneidende soziale Konsequenzen seien der Verlust der Arbeitsstelle mit zunehmend angespannter finanzieller Situation bei finanzieller Abhängigkeit vom Ehemann und darüber hinaus ein ausgeprägter sozialer Rückzug zu erwähnen.

### **E. 3.9**

Im Bericht von Dr. H.\_\_\_\_ vom 23.

November 2011 (Urk. 8/67) zuhanden der Beschwerdegegnerin wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt :

-

instabile Narbe lateraler Fussrand links mit Verdacht auf Neurombildung  
bei Status nach Chopart-Arthrodesse und Naviculocuneiforme-Arthrodesse  
links am 26. Januar 2007

-

mittelgradige depressive Episode

Die Prognose sei abhängig vom Verlauf der am 2. November 2011 stattgefundenen plastischen Operation am F.\_\_\_\_ (vgl. Austrittsbericht vom 18.

November 2011, Urk. 8/68) . Die Beschwerdeführerin habe ihre bisherige Tätigkeit als Raumpflegerin nur im Stehen erledigt, weshalb ihr diese nicht mehr zumutbar sei. Eine wechselbelastende Tätigkeit wäre wegen den Schmerzen zumutbar;

eine entsprechende Umschulung wäre anzustreben.

### **E. 3.10**

Der Bericht der Klinik für Wiederherstellungschirurgie des F.\_\_\_\_ (Eingang 30. November 2011, Urk. 8/70) an die Beschwerdegegnerin führte als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine instabile Narbe lateraler Fussrand links bei Status nach Chopart-Arthrodeese (Januar 2007) und Status nach Re-Arthrodeese (November 2009) auf.

Die Beschwerdeführerin weise eine reduzierte Stabilität beim schmerzhaften Fuss und eine reduzierte Beweglichkeit im oberen und unteren Sprunggelenk auf. Die bisherige Tätigkeit als Coiffeuse, welche vorwiegend stehend ausgeübt werde, sei aus medizinischer Sicht in ein bis zwei Monaten wieder zumutbar. Die Leistungsfähigkeit sei vorübergehend eingeschränkt, im Verlauf aber nicht. Ab Januar 2012 sei der Beschwerdeführerin eine stehende Tätigkeit von maximal 3 Stunden täglich möglich, eine sitzende Tätigkeit sei dagegen ab sofort zu 100 % ausführbar.

### **E. 3.11**

Dr. H.\_\_\_\_

berichtete am 23. Dezember 2011 (Urk. 8/72) zuhanden der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin,

der postoperative Verlauf sei insgesamt gut. Die Schmerzsymptomatik zeige sich regredient. Die Narbe und die Spalthaut seien gut am Verwachsen. Bis zur Kontrolle im Februar 2012 im F.\_\_\_\_ sei die Beschwerdeführerin wegen der fehlenden Belastbarkeit des rechten Fusses doch noch voll arbeitsunfähig. Die weitere Arbeitsfähigkeit werde sich je nach Verlauf zeigen.

### **E. 3.12**

Im Bericht der I.\_\_\_\_ vom 17. Januar 2012 (Urk. 8/74) zuhanden der Beschwerdegegnerin wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit genannt:

-

Mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F 32.1)

-

Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren

-

Status nach erneuter Fussoperation im November 2011

Eine abschliessende prognostische Einschätzung sei zum gegenwärtigen Zeitpunkt nur bedingt möglich. Insgesamt sei vor dem Hintergrund der somatischen Situation von einer reaktiven Genese der depressiven Symptomatik auszugehen. Unter der Annahme eines positiven Heilungsverlaufs nach der letzten Operation im November 2011 sei von einer weiteren Besserung der depressiven Symptomatik auszugehen. Erschwerend komme jedoch gegenwärtig die erhebliche psychosoziale Belastungssituation der Beschwerdeführerin hinzu, welche die depressive Symptomatik modulierend beeinflusse. Die Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin müsse interdisziplinär beurteilt werden, da eine ergänzende somatische Beurteilung unter Berücksichtigung der Fussproblematik erforderlich sei. Vor dem Hintergrund der depressiven Symptomatik persistiere eine reduziertes Aufmerksamkeits- und Konzentrationsvermögen bei insgesamt reduzierter psychophysischer Belastbarkeit und verminderter Leistungsfähigkeit. Es ergäben sich erkrankungsbedingte Einschränkungen bezüglich Arbeitstempo und Arbeitspensum, welche eine individuelle Anpassung erforderlich machten. Aus

psychiatrischer Sicht sei zunächst von einer persistierenden Arbeitsunfähigkeit von 50 % (Bezug: hypothetisches 100%-Pensum) auszugehen.

### **E. 3.13**

Dem Austrittsbericht der Wiederherstellungsklinik des F.\_\_\_\_ vom 28. August 2012 (Urk. 8/99) ist zu entnehmen, dass bei der Beschwerdeführerin am 27. August 2012 eine Exzision eines Seroms auf der Oberschenkelinnenseite rechts bei Status nach Gracilis-Entnahme Oberschenkelinnenseite rechts am 2. November 2011 durchgeführt werden musste.

### **E. 3.14**

Aus den Operationsberichten der Wiederherstellungsklinik des F.\_\_\_\_ und der Uniklinik J.\_\_\_\_ vom 11. November 2012 (Urk. 8/113-114) kann entnommen werden, dass eine weitere Osteosynthesematerial-Entfernung sowie Narbenreduktionsplastik durchgeführt wurden, welche beide komplikationslos verlaufen seien.

### **E. 3.15.1**

Dr. B.\_\_\_\_ hielt in ihrem internistisch-rheumatologischen Gutachten vom 6. Juli 2013 (Urk. 8/148 /71 ) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest:

-

Restbeschwerden im oberen und unteren Sprunggelenk links bei

-

Status nach multiplen Fussoperationen links wegen

-

Status nach Fraktur des Os naviculare in der Kindheit mit

Naviculare

bipartitum und sekundärer Talonavicular -

Arthrodeuse mit

-

Chopart-Arthrodese und Naviculocuneiforme-Arthrodese

am 26. Januar 2007

-

Osteosynthesematerial -Entfernung und Re-Arthrodese am

4. November 2009 wegen Anschluss-Arthrose Os naviculare

/ Os cuneiforme laterale und Os cuneiforme

intermedius

mit

-

Narbenresektion mit Defektdeckung am 2. November 2011

wegen instabiler Narbe am lateralen Fussrand und

-

Exzision und Drainage am 27. August 2012 eines

Seroms an der Oberschenke links innenseite rechts

( Gracilis -Lappen-Entnahmestelle) und

-

Narbenreduktionsplastik und Osteosynthesematerial -

Entfernung am 12. November 2012 mit

-

deutlicher bis ausgeprägter medial betonter aktivierter Lisfranc -

Gelenksarthrose/ tarsometatarsal ( Szintigraphie mit SPECT im Juni

2013) und

-

vollständigem Durchbau der Arthrodese im Bereich des unteren

Sprunggelenks / Mittelfuss (CT im Juni 2013)

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit erwähnte sie die Diagnosen einer Hypercholesterinämie (5.5 mmol/l) sowie einer Anämie und Eisenmangel (Hämoglobin 110 g/l, Ferritin

### **E. 3.15.2**

Dr. C. \_\_\_ führte in seinem psychiatrischen Gutachten vom 6. Juli 2013 (Urk. 8/147) keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf. Als Nebendiagnosen, welche ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bleiben, nannte er folgende:

-

Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren

(ICD-10: F 45.41), wobei aus psychiatrisch-versicherungsmedizinischer

Sicht die Zumutbarkeit der Willensanstrengung zur Überwindung der psychischen Erkrankung als gegeben anzunehmen sei

-

Mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F 32.11), wobei diese auf das Schmerzgeschehen und auf psychosoziale Faktoren reaktiv sei

-

Histrionische Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10: Z 73.1)

Bei der psychiatrischen Exploration habe die Diskrepanz der als massiv vorgeprägten kognitiven Defizite zu deren Abgleich mit dem Verhalten der Beschwerdeführerin - beispielsweise beim Tagesablauf, ihrer Wegefähigkeit oder der somatischen Hinweise - imponiert. Derartige schwere kognitive Einbußen würden erwarten lassen, dass die Funktionalität in verschiedenen Parametern des täglichen Lebens nicht mehr erhalten wäre, und hätten zu nachvollziehbaren Ergebnissen geführt. Eben solche Vorkommnisse seien in der ausgiebigen Krankengeschichte der Beschwerdeführerin weder von ihr selbst berichtet worden, noch seien solche im Aktenmaterial dokumentiert. Somit gebe es deutliche Hinweise darauf, dass die sogenannte Symptomvalidierung der neurokognitiven Beschwerdesymptomatik der Beschwerdeführerin als auffällig gewertet werden könne. Wie bereits im RAD-Gutachten von Dr. A. \_\_\_ differentialdiagnostisch erwähnt, ergäben sich keine Erklärungsmöglichkeiten der neuropsychologischen Auffälligkeiten der Beschwerdeführerin bezüglich organischer Störungen (Demenz, Schädel-Hirn-Trauma, etc.). Aber auch durch eine Depression seien die „vorgetragene“ und subjektiv von der Beschwerdeführerin erlebbaren kognitiven Defizite nicht hinreichend erklärbar, zumal sich zahlreiche psychosoziale Ereignisse auslösend und das psychopathologische Bild unterhaltend anboten. Die Beschwerdeführerin habe zwar inhaltlich nachvollziehbare Zukunftsängste, jedoch seien diese als IV-fremd zu werten. Auch die Eheschwierigkeiten und die soziokulturellen Probleme der Beschwerdeführerin (zum Beispiel Sprachschwierigkeiten, soziale Kontakte) seien im Hinblick auf die Arbeitsfähigkeit gemäss bundesgerichtlichen Vorgaben als irrelevant zu beurteilen. So möge es richtig sein, dass die Beschwerdeführerin an diversen Ängsten und psychischen Beschwerden leide, jedoch sei bezüglich der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu trennen, ob die psychischen Störungen primärer Natur seien oder sekundär ausgelöst würden wie beispielsweise durch Schmerzen oder psychosoziale Umweltfaktoren. Auch die innerpsychische Selbstlimitierung der Beschwerdeführerin sei diesbezüglich keine Begründung einer mittel- bis langfristigen Arbeitsunfähigkeit. In Wertung des Quer- und Längsschnittsverlaufs der psychischen Erkrankungen der Beschwerdeführerin, ihren anamnestischen Angaben und den psychopathologischen Befunden sei somit gutachterlicherseits festzustellen, dass bei der Beschwerdeführerin aufgrund objektiv nicht erklärbarer Schmerzen, einer in der Schmerzverarbeitung wirksamen Psychodynamik und einem subjektiv verstärkten Schmerzerleben von einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren gemäss ICD-10: F 45.41 ausgegangen werden könne. Die bestehende mittelgradige depressive Episode mit affektiven Störungen der Grundstimmung, der Freudlosigkeit und der Antriebsstörung sowie weiterer somatischer Faktoren (Appetitverlust) könne bestätigt werden (ICD-10: F 32.11). Psychotische Symptome seien weder beklagt worden

noch seien diese psychopathologisch zu objektivieren gewesen. Die depressive Störung sei jedoch nicht als komorbid zu der Schmerzerkrankung einzustufen, da diese zum einen hierzu reaktiv vorliege, zum anderen psychosozialen Faktoren als auslösend und unterhaltend bestimmt werden könnten. Auch sei eine histrionische Persönlichkeitsakzentuierung mit effektheischem Verhalten und überzogener Befundschilderung der Beschwerdeführerin zu beschreiben, jedoch in Bezug auf die mittel- und langfristige Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin nicht wirksam.

Die - gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung verlangte - Prüfung des Vorliegens der sogenannten Foerster-Kriterien bei der diagnostizierten Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren zur Beurteilung der zumutbaren Willensanstrengung zur Überwindung der psychischen Störung ergebe Folgendes: (1) Ein Hinweis auf eine weitere psychiatrische Störung ergebe sich bei der Beschwerdeführerin nicht, weshalb keine psychische Komorbidität mit erheblicher Intensität, Schwere und Ausprägung vorliege, (2) eine chronische körperliche Begleiterkrankung und mehrjähriger Krankheitsverlauf bei unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerfristige Remission könnten unter Verweis auf das rheumatologische Gutachten von Dr. B.\_\_\_\_ bejaht werden, (3) ein sozialer Rückzug in allen Bereichen des Lebens bestehe zwar teilweise, doch sei dieser auch durch die soziokulturellen Schwierigkeiten mitbedingt, (4) ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr angehbarer innerseelischer Verlauf im Sinne eines primären Krankheitsgewinns sei nicht anzunehmen, (5) unbefriedigende Behandlungsergebnisse und gescheiterter Rehabilitationsmassnahmen bei vorhandener Motivation und Eigenanstrengung seien bei der Beschwerdeführerin nicht ausreichend erfüllt, da nebst Complianceproblemen

bisher auch kein (teil-)stationärer psychiatrischer Behandlungsversuch mit dem Ziel der Überwindung des syndromalen Krankheitsbildes durchlaufen worden sei und ebenso keine gescheiterten rehabilitativen therapeutischen Bemühungen aus psychiatrischer Sicht vorlägen. Aus psychiatrisch-versicherungsmedizinischer Sicht sei die Zumutbarkeit der Überwindung der psychischen Störungsbilder der Beschwerdeführerin als gegeben anzunehmen. Die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin sei zu keinem Zeitpunkt eingeschränkt gewesen. Es sei keine wesentliche Veränderung des psychischen Krankheitsverlaufes zu konstatieren bei vergleichbaren von verschiedenen Psychiatern dokumentierten psychopathologischen Bildern.

### **E. 3.15.3**

Die bidisziplinäre Zusammenfassung des internistisch-rheumatologischen Gutachtens von Dr. B.\_\_\_\_ und des psychiatrischen Gutachtens von Dr. C.\_\_\_\_ vom 8. Juli 2013 (Urk. 8/147/29) hielt fest, dass die Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin durch die rheumatologischen Diagnosen bestimmt werde. Aus rheumatologischer und aus bidisziplinärer Sicht könne sie eine angepasste fuss schonende Tätigkeit zu 100 % beziehungsweise ganztags ausüben. Dabei könne sie Lasten bis zu 15 Kilogramm hantieren. Die angestammte Tätigkeit im Spital Z.\_\_\_\_ könne sie nicht mehr ausüben. Die Beschwerdeführerin sei in einer angepassten Tätigkeit nie langfristig eingeschränkt arbeitsfähig gewesen. Die angestammte Tätigkeit könne sie ab Januar 2007 (erste Fussoperation am 26. Januar 2007) nicht mehr ausüben.

### **E. 3.16**

Im Bericht der Uniklinik J.\_\_\_\_ vom 30. Oktober 2013 (Urk. 8/171) wurde fest gehalten, dass die orthopädische Schuhversorgung leider nicht die gewünschte Beschwerdelinderung gebracht habe. Einerseits seien die Vorfussbeschwerden durch die Überlänge des 2. und 3. Strahls teilweise erklärbar. Die Schmerzen beim Fersengang sowie die Ruheschmerzen sprächen aber gegen die mechanische Vorfussproblematik. Das diffuse Beschwerdebild könnte Hinweis für neuropathische Beschwerden sein. Auffällig sei zudem die Krallenzehendeformität beidseits. Aus diesem Grund werde ein EMG zur Abklärung einer Neuropathie durchgeführt. Die Beschwerdeführerin sei aktuell stellenlos. Eine Arbeit in einem stehenden Beruf sei aufgrund der Fussdeformität links aktuell nicht möglich. Eine Arbeitsunfähigkeit für stehende Tätigkeiten sei bis Ende 2013 attestiert worden. 4. 4.1

Das internistisch-rheumatologische Gutachten von Dr. B.\_\_\_\_ vom 6. Juli 2013 (Urk. 8/148) basiert auf einer umfassenden internistisch-rheumatologischen Untersuchung und wurde in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den Vorakten (Anamnese) abgegeben. Die Gutachterin hat detaillierte und nachvollziehbare Befunde und Diagnosen erhoben und sich mit den von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden auseinandergesetzt. Zudem hat sie die medizinischen Zusammenhänge und die medizinische Situation einleuchtend dargelegt und ihre Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet. Dem Gutachten von Dr. B.\_\_\_\_ kommt demnach grundsätzlich volle Beweiskraft zu (vgl. E. 1.5).

Dr. B.\_\_\_\_ stellte schlüssig fest, dass bei der Beschwerdeführerin ein somatischer Gesundheitsschaden, welcher die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt, ausgewiesen ist. Daraus folgernd attestierte sie auch eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für die bisherige Tätigkeit als Reinigungsmitarbeiterin. Sie führte aber auch nachvollziehbar aus, dass diese festgestellten Einschränkungen einer behinderungsangepassten und entsprechend fusschonenden Tätigkeit zu 100 % nicht entgegenstehen. Bezüglich der festgehaltenen Diagnosen und weitestgehend auch in Bezug auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit stellte sie sich auch nicht in Widerspruch zu den Einschätzungen der anderen Ärzte, wie Dr.

D.\_\_\_\_ (vgl. E. 3.1), Dr. med. K.\_\_\_\_, FMH Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, der Orthopädischen Klinik des Kantonsspitals E.\_\_\_\_ (vgl. E. 3.2), Dr. Y.\_\_\_\_ (vgl. E. 3.4), Dr. H.\_\_\_\_ (vgl. E. 3.9) und Dr. med. L.\_\_\_\_, FMH Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, der Wiederherstellungsklinik des F.\_\_\_\_ (vgl. E. 3.10, so insbesondere Urk. 8/148 S. 77).

Die Gutachterin Dr. B.\_\_\_\_

legte aber dar, dass ihre rheumatologische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin retrospektiv seit Januar 2007 gelte, da sich die Arbeitsfähigkeit seither nicht lang andauernd wesentlich verändert habe. Dem ist jedoch zu entgegnen, dass gestützt auf die vorliegenden medizinischen Unterlagen (vgl. E. 3.6-3.8) und die Einschätzung des RAD-Arzt Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt Innere Medizin FMH, vom 25. August 2011 (Urk. 8/80/2-3) eine zeitweilige Verschlechterung des Gesundheitszustandes plausibel ist. Den Berichten der Wiederherstellungsklinik des F.\_\_\_\_ vom 28. Februar 2011 (E. 3.6), von Dr. G.\_\_\_\_ vom 28. Juni 2011 (E. 3.7) und der I.\_\_\_\_ vom 17. Juli 2011 (E. 3.8) ist zu entnehmen, dass wegen einer adhärennten Hautnarbe am lateralen Fussrand mit möglicher Fistelbildung in die Tiefe und Verdacht auf Neurombildung eine Operation mit anschliessender Deckung des zu erwartenden Weichteildefektes notwendig war und sich - auch deswegen - die psychische Situation der Beschwerdeführerin verschlechterte. Dem RAD folgend, ist der Zeitpunkt der Verschlechterung auf Februar 2011 festzusetzen, da

sich die Beschwerdeführerin seither in der Wiederherstellungsklinik des F.\_\_\_\_ in Behandlung befand. Gestützt auf deren Verlaufsbericht (vgl. E. 3.10) kann für sitzende Tätigkeiten ab Januar 2012 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit angenommen werden, stehende Tätigkeiten konnten ab Februar 2012 zu 50 % und ab Februar/März 2012 zu 100 % ausgeführt werden. Die Frage, ab wann eine Veränderung - im vorliegenden Fall eine Verschlechterung - des Gesundheitszustandes lang andauernd in dem Sinne ist, dass sie invalidenversicherungsrechtlich zu berücksichtigen ist, ist relativ und auf den einzelnen Fall bezogen zu beantworten. Aufgrund der medizinisch dargelegten offenen Narbe am linken Fuss und der damit zusammenhängenden Behandlungen ist die Arbeitsunfähigkeit auch für angepasste Tätigkeiten für die Dauer der Akutbehandlungen, das heisst von Februar bis Dezember 2011, zu berücksichtigen.

Hinsichtlich des übrigen Zeitraums hält die retrospektive Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ab Januar 2007 durch Dr. B.\_\_\_\_ stand, wonach die Beschwerdeführerin für behinderungsangepasste Tätigkeiten zu 100 % arbeitsfähig war. 4.2

Zusammenfassend ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin aus rheumatologischer Sicht ab Januar 2007 für ihre bisherige Tätigkeit als Reinigungsmitarbeiterin zu 100 % arbeitsunfähig ist, ihr aber seither - mit Ausnahme der Dauer der Akutbehandlung der offenen Narbe von Februar bis Dezember 2011 - eine behinderungsangepasste fussschonende Tätigkeit zu 100 % zumutbar ist. 5. 5.1

Auch das psychiatrische Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_ vom 6. Juli 2013 (Urk. 8/147) entspricht den erforderlichen Kriterien (vgl. E. 1.5). 5.2

Der Gutachter Dr. C.\_\_\_\_ stellte überzeugend fest, dass die diagnostizierte mittelgradige Depression der Beschwerdeführerin reaktiv zur Schmerzerkrankung

und hauptsächlich von psychosozialen Belastungsfaktoren (Eheschwierigkeiten, Sprachprobleme, fehlende soziale Kontakte) überlagert ist. Dahingehend äusserte sich bereits RAD-Arzt Dr. A.\_\_\_\_ und nannte dabei Migrationshintergrund, niedrige Schulbildung, mangelnde Integration, niedrige Reflexions- und Introspektionsfähigkeit sowie mangelnde Copingstrategien (vgl. E. 3.5). Auch die I.\_\_\_\_ führte diverse psychosoziale Belastungsfaktoren auf, von denen die psychische Erkrankung überlagert ist (vgl. E. 3.8 und E. 3.12).

### 5.3

Die Prüfung der diagnostizierten Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren erfolgte durch Dr. C.\_\_\_\_ anhand der bislang bundesgerichtlich vorgegebenen sogenannten Foerster-Kriterien. Deren eingehende Analyse, welche Punkt für Punkt detailliert begründet wurde, ergab nachvollziehbar aus psychiatrisch-versicherungsmedizinischer Sicht eine Zumutbarkeit der Überwindung der psychischen Störungsbilder durch die Beschwerdeführerin. Entsprechend besteht keine invalidisierende Schmerzstörung. 5.4

Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 7-9) erfolgte die jeweilige Prüfung der festgestellten psychischen Erkrankungen durch Dr. C.\_\_\_\_ korrekt: bei der mittelgradigen depressiven Episode erfolgte die Argumentation anhand dem Vorliegen von psychosozialen Belastungsfaktoren und nur bei der Schmerzstörung wandte er - unter Bezug der bundesgerichtlichen Rechtsprechung - die Foerster-Kriterien an. 5.5

Die psychiatrischen Diagnosen blieben über all die Jahre im Wesentlichen gleich. Auch die Beobachtungen der psychosozialen Belastungsfaktoren und deren Auswirkungen auf die depressive Symptomatik sowie die einzelnen Foerster-Kriterien zur Beurteilung der zumutbaren Willensanstrengung zur Überwindung der Schmerzstörung blieben weitestgehend unverändert. Angesichts der Tatsache, dass keine wesentliche Veränderung des psychischen Krankheitsverlaufes bei vergleichbaren von verschiedenen Psychiatern dokumentierten psychopathologischen Bildern zu konstatieren ist, ist auf die überzeugende Schlussfolgerung von Dr. C.\_\_\_\_ abzustellen. Demnach war die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin - entgegen der Beurteilung des RAD-Arztes Dr. A.\_\_\_\_ (vgl. E. 3.5) - zu keinem Zeitpunkt eingeschränkt.

Bei dieser Schlussfolgerung bleibt es auch unter dem Gesichtspunkt der unlängst ergangenen Änderung der Rechtsprechung.

Zunächst ist festzuhalten, dass gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten nicht per se ihren Beweiswert verlieren. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält. In sinn gemässer Anwendung auf die nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigengutachten - gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten - eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht (Entscheid 9C\_492/2014 vom 3. Juni 2015 E. 8., mit Hinweis) .

Unter der Prüfung der neu eingeführten Standardindikatoren (vgl. E. 1.3 letzter Absatz) ist die Kategorie „Konsistenz“ beweisrechtlich entscheidend (a.a.O., E. 4.4).

Was den Indikator einer gleichmässigen Verteilung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen anbelangt, ist darauf hinzuweisen, dass die anlässlich der psychiatrischen Exploration massiv vorgetragenen kognitiven Defizite mit dem Verhalten der Beschwerdeführerin - beispielsweise beim Tagesablauf oder ihrer Wegefähigkeit - erheblich kontrastiert haben. Der Gutachter konstatierte eine histrionische Persönlichkeitsakzentuierung mit effektiven dem Verhalten und überzogener Befundschilderung der Beschwerdeführerin. Betreffend den Indikator Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen verwies er auf Complianceprobleme und hielt fest, dass bisher kein (teil-)stationärer psychiatrischer Behandlungsversuch mit dem Ziel der Überwindung des syndromalen Krankheitsbildes durchlaufen worden sei (E. 3.15.2). Angesichts dieser mehrfachen erheblichen Inkonsistenzen ist unter dem Blickwinkel der neuen Rechtsprechung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die geltend gemachte Einschränkung anders begründet ist als durch eine versicherte Gesundheitsbeeinträchtigung. 6.

Soweit die Beschwerdeführerin verlangt, es seien weitere Abklärungen, insbesondere die Einholung eines Gutachtens, erforderlich (Urk. 1), kann darauf in antizipierter Beweiswürdigung verzichtet werden (BGE 127 V 491 E. 1b. mit Hinweisen). Der Gesundheitszustand und die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit sind aufgrund des internistisch-rheumatologischen Gutachtens von Dr. B.\_\_\_\_ und des psychiatrischen Gutachtens von Dr. C.\_\_\_\_ (beide vom 6. Juli 2013, Urk. 8/147-148) und der weiteren medizinischen Akten hinreichend abgeklärt. Von weiteren Untersuchungen sind keine neuen

Erkenntnisse zu erwarten. 7.

## 7.1

Sowohl im Rahmen einer erstmaligen Prüfung des Rentenanspruches als auch anlässlich einer Rentenrevision ( Art. 17 Abs. 1 ATSG) stellt sich unter dem Gesichtspunkt des Art. 28a Abs. 3 IVG in Verbindung mit Art. 16 und 7 Abs. 2 ATSG die Frage nach der anwendbaren Invaliditätsbemessungsmethode.

Ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist, führt je zur Anwendung einer anderen Methode der Invaliditätsbemessung (Einkommensvergleich, Betätigungsvergleich, gemischte Methode) und ergibt sich aus der Prüfung, was die Person bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. Entscheidend ist nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch, das heisst ohne Gesundheitsschaden, aber bei sonst gleichen Verhältnissen, erwerbstätig wäre ( Art. 27 bis IVV). Die gemischte Methode bezweckt damit eine möglichst wirklichkeitsgerechte Bemessung des Invaliditätsgrades (BGE 133 V 504 E. 3.3 mit Hinweisen).

Die Statusfrage beurteilt sich praxismässig nach den Verhältnissen, wie sie sich bis zum Erlass der Verwaltungsverfügung entwickelt haben. Dabei sind die konkrete Situation und die Vorbringen der versicherten Person nach Massgabe der allgemeinen Lebenserfahrung zu würdigen. Für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-)Erwerbstätigkeit ist der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich ( BGE 137 V 334 E. 3.2, 130 V 393 E. 3.3, 125 V 146 E. 2c, je mit Hinweisen).

Bei im Haushalt tätigen Versicherten im Besonderen (vgl. Art. 27 IVV) sind die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_915/2012 vom 15. Mai 2013 mit Hinweisen auf BGE 133 V 504 E. 3.3).

Die gemischte Methode findet auch Anwendung, wenn der (in einem Aufgabenbereich tätigen) versicherten Person ohne gesundheitliche Beeinträchtigung eine vollzeitliche Erwerbstätigkeit zumutbar wäre, sie aber trotzdem eine solche nicht ausüben würde (vgl. BGE 133 V 504 E. 3.3 in fine ). Ist jedoch anzunehmen, die versicherte Person wäre ohne gesundheitliche Beeinträchtigung teilerwerbstätig oder sie arbeitete unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mit, ohne daneben in einem andern Aufgabenbereich nach Art. 5 Abs. 1 IVG tätig zu sein, ist die Invalidität ausschliesslich nach den Grundsätzen für Erwerbstätige, somit nach Art. 16 ATSG zu bemessen ( Art. 28a Abs. 3 e contrario ). Die gemischte Methode gelangt hier ebenso wenig zur Anwendung wie bei ohne Gesundheitsschaden voll Erwerbstätigen ( Art. 27 bis IVV). Das Valideinkommen ist nach Massgabe der ohne Gesundheitsschaden ausgeübten Teilerwerbstätigkeit festzulegen. Entscheidend ist, was die versicherte Person als Gesunde tatsächlich an Einkommen erzielen würde, und nicht, was sie besten falls verdienen könnte. Wäre sie gesundheitlich in der Lage, voll erwerbstätig zu sein, reduziert sie aber das Arbeitspensum aus freien Stücken, insbesondere um mehr Freizeit zu haben, oder ist die

Ausübung einer Ganztagestätigkeit aus Gründen des Arbeitsmarktes nicht möglich, hat dafür nicht die Invalidenversicherung einzustehen ( BGE 125 V 157 E. 5c/ bb mit Hinweisen; ZAK 1992 S. 92 E. 4a). Das Invalideneinkommen bestimmt sich entsprechend den gesetzlichen Vorgaben danach, was die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zu mutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte. Dabei kann das - vom Arzt festzulegende - Arbeitspensum unter Umständen grösser sein als das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung geleistete (vgl. BGE 131 V 51 E. 5.1.2).

Bei der Bestimmung der im konkreten Fall anwendbaren Invaliditätsbemessungsmethode und damit der Beantwortung der entscheidenden Statusfrage handelt es sich um eine hypothetische Beurteilung, die auch hypothetische Willensentscheidungen der versicherten Person berücksichtigen muss. Dies gilt auch für die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person ohne gesundheitliche Beeinträchtigung erwerbstätig wäre. Diese inneren Tatsachen sind indessen einer direkten Beweisführung nicht zugänglich und müssen in aller Regel aus äusseren Indizien erschlossen werden. Die Beurteilung hypothetischer Geschehensabläufe ist eine Tatfrage, soweit sie auf Beweiswürdigung beruht, selbst wenn darin auch Schlussfolgerungen aus der allgemeinen Lebenserfahrung mitberücksichtigt werden. Rechtsfragen sind hingegen Folgefragen, die ausschliesslich - losgelöst vom konkreten Sachverhalt - auf die allgemeine Lebenserfahrung gestützt werden oder die Frage, ob aus festgestellten Indizien mit Recht auf bestimmte Rechtsfolgen geschlossen worden ist ( vgl. Urteile

des Bundesgerichts 9 C\_287/2013 vom 8. November 2013

E.

## **E. 8**

ATSG ist - auch bei psychischen Erkrankungen - in jedem Fall ein medizinisches Substrat unabdingbar, das (fach-)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Je stärker psychosoziale und soziokulturelle Faktoren wie beispielsweise Sorge um die Familie oder Zukunftsängste (etwa ein drohender finanzieller Notstand) im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein. Das bedeutet, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belastenden soziokulturellen Faktoren her rühren, bestehen darf, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat, zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand. Solche von der soziokulturellen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne selbstständige psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann. Wo die begutachtende Person dagegen im Wesentlichen nur Befunde erhebt, welche in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in ihnen aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben (BGE 127 V 294 E.

5a; Urteil des Bundesgerichts 8C\_730/2008 vom 23. März 2009 E. 2).

Wenn und soweit psychosoziale und soziokulturelle Faktoren zu einer eigentlichen Beeinträchtigung der psychischen Integrität führen, indem sie einen selbständigen Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder den Wirkungsgrad seiner - unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden - Folgen verschlimmern, können sie sich mittelbar invaliditätsbegründend auswirken (Urteil des Bundesgerichts 9C\_537/2011 vom 28. Juni 2010).

### **E. 8.1**

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung prüft das Gericht als Beschwerdeinstanz den Streitgegenstand bestimmend, aber nicht beanstandete Elemente nur, wenn hierzu aufgrund der Vorbringen der Parteien oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 125 V 413 E. 2c mit Hinweisen). 8.2

Die von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Invaliditätsbemessung ist inso weit zu korrigieren, als für die Vornahme des Einkommensvergleichs grundsätzlich auf die Gegebenheiten im Zeitpunkt des (hypothetischen) Rentenbeginns abzustellen ist (BGE 128 V 174, BGE 129 V 222), das heisst vorliegend auf das Jahr 2010 (IV-Anmeldung vom 6. Mai 2010 [Urk. 8/22] zuzüglich 6 Monate gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG).

### **E. 8.3**

.1

Wie zuvor unter E. 4.2 festgestellt, war die Beschwerdeführerin von Februar bis Dezember 2011 aus rheumatologischer Sicht sowohl in ihrer bisherigen Tätigkeit als Reinigungsmitarbeiterin als auch in jeder angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig. Demnach hat die Beschwerdeführerin vom 1. Februar 2011 bis 31. März 2012 (vgl. Art. 88a Abs. 1 IVV) Anspruch auf eine ganze Invalidenrente.

#### **E. 8.3.2**

Für die Zeit davor und danach bestand eine 100%ige Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in einer angepassten Tätigkeit. Deshalb ist eine Invaliditätsbemessung vorzunehmen: Da bei resultiert bei einem Pensum von 80 %

ein Valideneinkommen

für das Jahr 2010 von Fr. 41'209.40 (Fr. 40'778.-- [vgl. Urk. 8/20] : 2 552 x 2579 [vgl. Bundesamt für Statistik, Entwicklung der Nominallöhne, Tabelle T 39] ) und ein Invalideneinkommen als Hilfsarbeiterin (Zentralwert, gemäss Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik für das Jahr 2010, Tabelle TA1, Ziff. 1-96, S. 26) in der Höhe von Fr. 42'182.40 (Fr. 4'225.-- x 12 : 40 x 41.6 x 0.8).

Die Gegenüberstellung von Validen- und Invalideneinkommen ergibt einen Invaliditätsgrad von 0 %. Unter Anwendung der gemischten Methode (bei einer Qualifikation 80 % Erwerb und 20 % Haushalt : 4 % Einschränkung) führt dies zu einem Gesamtinvaliditätsgrad von 1 %.

Nach der Qualifikationsänderung

( Voll-Erwerbstätigkeit ,

vgl. E. 7.4), resultiert ebenfalls kein rententragender Invaliditätsgrad.

## E. 8.4

.2

Ob und in welchem Umfang ein Leidensabzug vom Tabellenlohn vorzunehmen ist, liegt im pflichtgemässen Ermessen der Verwaltungsbehörde. Bei der Überprüfung des gesamthaft vorzunehmenden Abzuges, der eine Schätzung darstellt und von der Verwaltung kurz zu begründen ist, darf das Sozialversicherungsgericht sein Ermessen nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen (BGE 126 V 75, Regeste).

Diesbezüglich ist auf die zutreffende Argumentation der Beschwerdeführerin in der angefochtenen Verfügung vom 30. Januar 2014 (Urk. 2) zu verweisen, wonach auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt eine Bandbreite an Stellen vorhanden seien, welche der Beschwerdeführerin mit dem Belastungsprofil noch zumutbar seien. Deshalb ist aufgrund der behinderungsbedingten Einschränkungen nicht mit einer Lohneinbusse zu rechnen.

Anzumerken ist, dass auch die Vornahme des maximalen Leidensabzuges von 25 % bei einem unter Anwendung des Einkommensvergleichs errechneten Invaliditätsgrades von 0 % zu keinem rententanzierenden Anspruch führen würde. 9.

Zusammenfassend ist die Beschwerde dahingehend teilweise gutzuheissen, dass die angefochtene Verfügung insoweit geändert wird, dass die Beschwerdeführerin vom 1. Januar 2011 bis 31. März 2012 Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung hat. Im Übrigen (Rentenanspruch ab April 2012) ist die Beschwerde abzuweisen. 10.

10.1

Zu prüfen bleibt der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege. Gemäss Art. 61 lit. a ATSG muss das Verfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenlos sein. In Abweichung von diesem Grundsatz bestimmt Art. 69 Abs. 1 bis IVG, dass das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig ist (Satz 1). Eine besondere Regelung der unentgeltlichen Rechtspflege wurde mit der erwähnten Änderung des IVG nicht statuiert, weshalb grundsätzlich das kantonale Verfahrensrecht massgebend ist (Art. 61 Satz 1 ATSG; Urteil des Bundesgerichts 8C\_991/2008 vom 1. April 2009 E. 3.1.1). Nach Art. 61 lit. f ATSG muss das Recht, sich verbeistanden zu lassen, im Verfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht gewährleistet sein. Der Beschwerdeführenden Person wird ein unentgeltlicher Rechtsbeistand bewilligt, wo die Verhältnisse es rechtfertigen. Nach Art. 29 Abs. 3 der Bundesverfassung hat jede Person, die nicht über die erforderlichen Mittel verfügt und deren Rechtsbegehren nicht aussichtslos erscheint, Anspruch auf unentgeltliche Rechtspflege. Soweit es zur Wahrung ihrer Rechte notwendig ist, hat sie ausser dem Anspruch auf unentgeltlichen Rechtsbeistand. Nach der Praxis sind die Voraussetzungen für die Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung erfüllt, wenn der Prozess nicht aussichtslos erscheint sowie die Partei bedürftig und die anwaltliche Verbeiständung notwendig oder doch geboten ist (SVR 2009 UV Nr. 12 S. 49; Urteil des Bundesgerichts 8C\_530/2008 vom 25. September 2008 E. 3 mit Hinweisen). 10 .2

Die Beschwerdeführerin wird gemäss Unterstützungsbestätigung vom 20. Februar 2014 (Urk. 3/4) und von ihrer Wohngemeinde finanziell unterstützt. Mit Blick darauf ist sie im vorliegenden Verfahren bezogen auf den massgebenden Zeitpunkt als prozessual bedürftig zu qualifizieren. Da auch die weiteren Anspruchsvoraussetzungen (fehlende Aussichtslosigkeit und sachliche Notwendigkeit der Rechtsverbeiständung) erfüllt sind, ist der Beschwerdeführerin in Bewilligung ihres Gesuchs vom 28. Februar 2014 (Urk. 1 S. 2)

Rechtsanwältin Schwarz, als unentgeltliche Rechtsvertreterin für das vorliegende Verfahren zu bestellen, und es ist ihr die unentgeltliche Prozessführung zu gewähren. 10.3

Die Gerichtskosten, die nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert zu bemessen sind ( Art. 69 Abs. 1 bis IVG), sind auf Fr. 600.-- anzusetzen. Da die Beschwerdeführerin nur zu einem kleineren Teil obsiegt, sind ihr die Kosten zu zwei Dritteln aufzuerlegen, wobei diese jedoch zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen sind. Der Beschwerdegegnerin sind die restlichen Gerichtskosten (ein Drittel ) aufzuerlegen. 10 .4

Rechtsanwältin Schwarz ist in Anbetracht der zu berücksichtigenden Akten und der zu behandelnden Rechtsfragen bei einem gerichtsblichen Stundenansatz von Fr. 200.-- als unentgeltliche Rechtsvertreterin mit einer angemessenen Prozessentschädigung in der Höhe von Fr. 2'100.-- (inklusive Mehrwertsteuer und Auslagenersatz) zu entschädigen. Zu zwei Dritteln erfolgt die Parteientschädigung aus der Gerichtskasse und zu einem Drittel hat die Beschwerdegegnerin wegen teilweisen Unterliegens die Entschädigung zu leisten. 10 .5

Die Beschwerdeführerin ist darauf hinzuweisen, dass sie zur Nachzahlung der Gerichtskosten und der Kosten für die unentgeltliche Rechtspflege verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist ( § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer ). Das Gericht beschliesst:

In Bewilligung des Gesuchs vom 28. Februar 2014 wird der Beschwerdeführerin Rechtsanwältin Stephanie Schwarz , als unentgeltliche Rechtsvertreterin bestellt, und es wird ihr die unentgeltliche Prozessführung bewilligt, und erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 30. Januar 2014 insoweit abgeändert, als festgestellt wird, dass die Beschwerdeführerin vom 1. Februar 2011 bis 31. März 2012 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat. Im Übrigen (Rentenanspruch ab April 2012) wird die Beschwerde abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdeführerin zu zwei Dritteln sowie der Beschwerdegegnerin zu einem Drittel auferlegt. Zuzufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung werden die der Beschwerdeführerin auferlegten Kosten einstweilen auf die Gerichtskasse genommen.

Die Beschwerdeführerin wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Beschwerdegegnerin nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der unentgeltlichen Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin, Rechtsanwältin Stephanie Schwarz, Winterthur, eine reduzierte Prozessentschädigung von Fr. 700.-- (inkl. Barauslagen und MWSt ) zu bezahlen.

Im weitergehenden Umfang wird die unentgeltliche Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin, Rechtsanwältin Stephanie Schwarz, Winterthur, mit Fr. 1'400.-- (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 Stephanie Schwarz -  
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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, 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  
Hurst-Geiger

## **E. 12**

E. 3.2 mit Hinweis).

Eine fachärztlich (psychiatrisch) diagnostizierte anhaltende somatoforme

Schmerzstörung begründet als solche noch keine Invalidität. Nach der bisherigen Rechtsprechung bestand eine Vermutung, dass die somatoforme

Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind.

Danach konnten bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, 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 stand die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein konnten 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 zutrafen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellten, desto eher waren - 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).

Mit zur Publikation vorgesehenen Entscheid 9C\_492/2014 vom 3. Juni 2015 hat das Bundesgericht unlängst von dieser Rechtsprechung Abstand genommen und eine neue Basis für die Beurteilung somatoformer Schmerzstörungen begründet (E. 6):

„Zusammenfassend ergibt sich, dass die Invaliditätsbemessung bei psychosomatischen Störungen stärker als bisher den Aspekt der funktionellen Auswirkungen zu berücksichtigen hat, was sich schon in den diagnostischen Anforderungen niederschlagen muss (E. 2). Auf der Ebene der Arbeitsunfähigkeit (E. 3) bezweckte die durch BGE 130 V 352 begründete Rechtsprechung die Sicherstellung eines gesetzmässigen Versicherungsvollzuges (E. 3.4.1.1) mittels der Regel/Ausnahme-Vorgabe bzw. (seit E. 7.3 von BGE 130 V 396 und BGE 131 V 49) der Überwindbarkeitsvermutung (E. 3.1 und 3.2). Deren Rechtsnatur kann offen bleiben (E. 3.3). Denn an dieser Rechtsprechung ist nicht festzuhalten (E. 3.4 und 3.5). Das bisherige Regel/ Ausnahme-Modell wird durch ein strukturiertes Beweisverfahren

ersetzt (E. 3.6). An der Rechtsprechung zu Art. 7 Abs. 2 ATSG - ausschliessliche Berücksichtigung der Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung und objektivierte Zumutbarkeitsprüfung bei materieller Beweislast der rentenansprechenden Person ( Art. 7 Abs. 2 ATSG) - ändert sich dadurch nichts (E. 3.7). An die Stelle des bisherigen Kriterienkatalogs (bei anhaltender somatoformer Schmerzstörung und vergleichbaren psychosomatischen Leiden) treten im Regelfall beachtliche Standardindikatoren (E. 4). Diese lassen sich in die Kategorien Schweregrad (E. 4.3) und Konsistenz der funktionellen Auswirkungen einteilen (E. 4.4). Auf den Begriff des primären Krankheitsgewinnes (E. 4.3.1.1) und die

Präponderanz der psychiatrischen Komorbidität (E. 4.3.1.3) ist zu verzichten. Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5 In gross). Recht und Medizin wirken sowohl bei der Formulierung der Standardindikatoren (E. 5.1) wie auch bei deren - rechtlich gebotener - Anwendung im Einzelfall zusammen (E. 5.2). Im Grunde konkretisieren die in E. 4 und 5 formulierten Beweisthemen und Vorgehensweisen für die Invaliditätsbemessung bei psychosomatischen Leiden (E. 4.2) die gesetzgeberischen Anordnungen nach Art. 7 Abs. 2 ATSG. Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) über wie gen der Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen.“

## **E. 16**

ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad entsprechend der Behinderung in beiden Bereichen zu bemessen ( Art. 28a Abs. 3 IVG; gemischte Methode der Invaliditätsbemessung).

Nach der Gerichts- und Verwaltungspraxis wird zunächst der Anteil der Erwerbstätigkeit und derjenige der Tätigkeit im Aufgabenbereich (so unter anderem im Haushalt) ermittelt; die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person ohne gesundheitliche Beeinträchtigung erwerbstätig wäre, beurteilt sich mit Rücksicht auf die gesamten

Umstände, so die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse. Im Rahmen der gemischten Methode bestimmt sich die Invalidität dadurch, dass im Erwerbsbereich ein Einkommens- und im Aufgabenbereich ein Betätigungsvergleich vorgenommen wird, wobei sich die Gesamtinvalidität aus der Addierung der in beiden Bereichen ermittelten und gewichteten Teilinvaliditäten ergibt (BGE 130 V 393 E. 3.3 mit Hinweisen; vgl. BGE 134 V 9). 2.

## E. 19

µg/l).

In der klinischen Untersuchung seien Diskrepanzen aufgefallen. So habe sich der hinkende Gang der Beschwerdeführerin unter Ablenkung normalisiert. Alle drei Wirbelsäulenabschnitte seien normal beweglich. Radikuläre Zeichen seien nicht vorhanden. Sie habe bei der Untersuchung spontan den Langsitz auf der Untersuchungsliege eingenommen, was eine wesentliche neurale lumbale Kompression ausschliesse. Das linke obere Sprunggelenk sei leicht eingeschränkt beweglich. Das untere Sprunggelenk links sei blockiert. Alle übrigen grossen peripheren Gelenke seien normal beweglich, insbesondere auch beide Knie. Nirgends seien Gelenkergüsse, Synovitiden oder überwärmte Gelenke vorhanden. Insbesondere seien weder die Sprunggelenke noch die Knie überwärmt. Die ganze Muskulatur sei liegend geprüft nirgends verspannt. Der maximale Wadenumfang sei links einen halben Zentimeter geringer als rechts, wobei diese Umfangdifferenz im normalen Bereich liege. Eine lang andauernde Schonung des linken Beines gegenüber dem rechten Bein könne daraus nicht abgeleitet werden. Die Bioimpedanz-Analyse zeige eine erfreulich grosse Muskelmasse von 50 %, welche den Normwert von 40 % weit übertreffe. Eine lang andauernde körperliche Schonung könne daraus nicht abgeleitet werden. Die CT-Untersuchung des Mittelfusses und Sprunggelenks links zeige einen vollständigen Durchbau der Arthrodese im Bereich des unteren Sprunggelenks und Mittelfusses. Szintigrafisch sei eine deutliche bis ausgeprägte medial betonte aktivierte Lisfranc-Gelenksarthrose/tarsometatarsal erkennbar. Das ganze übrige Skelett und insbesondere beide Knie zeigten szintigrafisch keine vermehrten Aktivitäten. Die Röntgenuntersuchung beider Knie ergebe altersentsprechende Befunde. Bei unauffälligen klinischen und bildgebenden Befunden bestehe keine Diagnose im Bereich der Knie. Die vorhandenen Befunde erklärten das Ausmass der Beschwerden nicht. Die Beschwerdeführerin könne eine angepasste Tätigkeit zu 100 % beziehungsweise ganztags ausüben.

Die Beschwerdeführerin sei durch die eingeschränkte Funktion des linken Fusses limitiert. Sie könne Lasten bis zu 15 Kilogramm heben oder tragen (leichtes bis mittelschweres Belastungsniveau). Die angestammte Tätigkeit im Spital Z. \_\_\_ sei nicht angepasst. Sie könne diese Tätigkeit nicht mehr ausüben. In ihrem Haushalt könne sie kauernde und kniende Tätigkeiten sowie Arbeiten auf Leitern nicht mehr ausüben. Nicht angepasste Tätigkeiten könne sie ab Januar 2007 (erste Fussoperation) nicht mehr machen. In einer angepassten Tätigkeit sei sie nie langfristig eingeschränkt gewesen und könne eine solche zu 100 % ausüben.

Die Arbeitsfähigkeit habe sich seit Januar 2007 nicht lang andauernd wesentlich verändert.

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