

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00807 vom 31. Mai 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-05-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00807

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00807 du 31 mai 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00807 del 31 maggio 2016

Erwägungen

E. 1

8. Juni 2014 (Urk. 2 [= 7 / 60]) einen Renten anspruch .

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts

[ATSG]). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG]). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 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. 1.2

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 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.

E. 1.5

Für eine valide Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und Zumutbarkeit ist in manchen Fällen neben den medizinischen Befunden und Diagnosen auch eine arbeitsorientierte Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) wünschbar oder sogar erforderlich. Ein EFL-Testverfahren ist nicht in jedem Fall durchzuführen, sondern allenfalls in Betracht zu ziehen, wenn sich die beteiligten Fachärzte ausser Stande sehen, eine zuverlässige Einschätzung des leistungsmässig Machbaren vorzunehmen und deshalb eine konkrete, leistungsorientierte berufliche Abklärung als zweckmässigste Massnahme ausdrücklich empfehlen (Urteile des Bundesgerichtes 8C_547/2008 vom 16. Januar 2009 E. 4.2. 1. und 9C_512/2009 vom 25. November 2009 E. 5.2, mit Hinweisen). Die EFL besteht u.a. aus einem ergonomischen Assessment, in dessen Rahmen durch Arbeitssimulationstests das

arbeitsbezogene Leistungsvermögen generell und mit Blick auf die angestammte berufliche Tätigkeit konkret beurteilt wird. Die EFL misst somit die Fähigkeit eines Individuums, manuelle Tätigkeiten zu verrichten, und schätzt den Zeitraum, während dessen die Probanden diese im Verlaufe eines ganzen Tages auszuüben imstande sind. Das umfassende Testverfahren ermöglicht zudem relevante Aussagen zum Leistungsverhalten und zur Konsistenz der versicherten Person, wobei eine allfällig beobachtete Symptomausweitung und Selbstlimitierung im Vordergrund stehen kann. Steht ein Schmerzsyndrom im Vordergrund, wird eine objektive Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit zwar schwieriger, weil die Anstrengung oft durch Selbstlimitierung geprägt ist; auch in solchen Fällen erlaubt die EFL indes eine Quantifizierung der Leistungen, welche die Probanden einverstanden sind zu erbringen (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 9C_512/2009 vom 25. November 2009 E. 5.2).

E. 1.6

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Gemäss ständiger Rechtsprechung ist in der Regel von der Rückweisung – da diese das Verfahren verlängert und verteuert – abzusehen, wenn die Rechtsmittelinstanz den Prozess ohne wesentliche Weiterungen erledigen kann. In erster Linie kommt eine Rückweisung in Frage, wenn der Versicherungsträger auf ein Begehren überhaupt nicht eingetreten ist oder es ohne materielle Prüfung abgelehnt hat, wenn schwierige Ermessensentscheide zu treffen sind, oder wenn der entscheidrelevante Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts U 209/02 vom 10. September 2003 E. 5.2).

Bei ungenügenden Abklärungen durch den Versicherungsträger holt die Beschwerdeinstanz im Regelfall ein Gerichtsgutachten ein, wenn sie einen (im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen) medizinischen Sachverhalt überhaupt für gutachtlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist. Die betreffende Beweiserhebung erfolgt alsdann vor der – anschliessend reformatorisch entscheidenden – Beschwerdeinstanz selber statt über eine Rückweisung an die Verwaltung. Eine Rückweisung an den Versicherungsträger bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist. Ausserdem bleibt es dem kantonalen Gericht (unter dem Aspekt der Verfahrensgarantien) unbenommen, eine Sache zurück zuweisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist (BGE

137 V 210

E. 4.4.1. 4 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichtes 8C_815/2012 vom 21. Oktober 2013 E.

E. 2

). In prozessualer Hinsicht ersuchte die Beschwerdeführerin um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung und Bestellung von Rechtsanwalt Christos Antoniadis als unentgeltlichen Rechtsvertreter (Urk. 1 S. 10).

Mit Beschwerdeantwort vom 11. September 2014 beantragte die IV-Stelle Abweisung der Beschwerde (Urk. 6). Mit Eingabe vom 12. Januar 2015 substantiierte die Beschwerdeführerin ihre prozessuale Bedürftigkeit (Urk. 11, Urk. 12 und Urk. 13/1-5). Am 13. Januar 2015 wurde das Doppel der Beschwerdeantwort der Beschwerdegegnerin zu gestellt (Urk. 14).

E. 2.1

Die IV-Stelle

erwog im angefochtenen Entscheid, das polydisziplinäre Gutachten habe ergeben, dass die Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit als Reinigungsangestellte zu 100 % arbeitsunfähig sei. In einer angepassten Tätigkeit (leichte Tätigkeit mit Heben von maximal 5 kg vom Boden, verteilt auf die Hände je 2,5 kg, auch sitzend ausgeführt und mit unbedingt möglicher Wechselbelastung, in temperierten Räumen ohne Rückenzwangshaltungen und repetitiven Rotations-, Flexions- und Extensionsbewegungen, ohne Arbeiten über der Schulterhorizontalen) bestehe eine zeitlich uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit.

Ausgehend vom Gesamteinkommen der Beschwerdeführerin bei verschiedenen Arbeitgebern im Jahr 2010 ergebe sich für das Jahr 2012 ein Valideinkommen von Fr. 41'856.--. Das Invalideneinkommen sei aufgrund des Lohnes für Hilfsarbeiten gemäss Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik zu ermitteln. Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung sowie eines Abzuges von 25 % ergebe sich ein Invalideneinkommen 2012 von Fr. 40'381.--. Es resultiere ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 4 %

(Urk. 2).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin brachte in ihrer Beschwerde dagegen vor,

die Zumutbarkeitsbeurteilung der MEDAS-Gutachter

sei mit Blick auf die Diagnosen und die klar festgestellten Funktionseinschränkungen sowie die auf einer organischen Grundlage basierenden Schmerzen nicht nachvollziehbar. Es habe keine Auseinandersetzung mit den Ergebnissen der EFL stattgefunden. Gemäss diesen sei die Arbeitszeit erheblich zu reduzieren, falls ihre Schmerzen medizinisch begründet seien, was gemäss den Feststellungen der Gutachter der Fall sei. Die Gutachter hätten zudem Hinweise auf ein mögliches Impingement bzw. Kapsulitis des rechten Schultergelenks gefunden und eine mögliche zusätzliche Limitation der körperlichen Leistungsfähigkeit angegeben. Auch dies habe keine Berücksichtigung bei der Zumutbarkeitsbeurteilung durch die Gutachter gefunden (Urk. 1). 3.

E. 3

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, so weit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

Die Gutachter des C.____ stellten im vom 5. Februar 2014 datierten polydisziplinären Gutachten im Rahmen des polydisziplinären Konsens (Urk. 7/52/127 ff.) folgende

Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit : - Verdacht auf Chondrokalzinose mit Chondropathie und Meniskusklaision links bei pseudoarthrotischem

Osteophyt der lateralen Patella - Partialruptur der Supraspinatussehne mit Verdacht auf Impingement und fraglicher Kapsulitis des rechten Schultergelenks - Chronisches Lumbovertebralsyndrom mit radikulären

Ausstrahlungsschmerzen L4 und L5 rechts und Claudicatio

spinalis sowie distal und beidseitigen (poly)neuropathischen Beschwerden mit/bei aktuell mässiger rechtsbetonter Spinalkanalstenose L3/4, diskogener Spinalkanalstenose L3/4 rechts (MRI 10/2013) sowie Status nach Laminektomie L4, partiell L3 1999, Status nach mikrochirurgischer Dekompression L3/4 beidseits und L4/5 links 2008 - Verdacht auf sekundäres Restless - Legs -Syndrom mit/bei polyneuropathieartigen Beschwerden der distalen unteren Extremitäten, distaler Strangsymptome - Akutes, schweres, rechtsbetontes, sensomotorisches Karpaltunnelsyndrom beidseits, sensomotorisches demyelinisierendes Muster und links seitiges Rezidiv bei Status nach Karpaltunnelsyndromoperation links 2011 - Chronische Nackenschmerzen aktuell ohne radikuläre

Ausstrahlungsschmerzen bei Status nach Korporektomie C6 mit ventraler Spondylodese C5 bis 7 und Käfigeinlage sowie Plattenosteosynthese 2/2013 bei cervicalen Spinalkanalstenose mit Status nach Myelopathie, Diskushernie und Spondylodese

C4/5 mit möglicher Nervenwurzelreizung C5 links, Foraminalstenose bei Unkarthrose C5/6 und eventueller Nervenwurzelreizung C6 beidseits und Unkarthrose C6/7 mit ossärer

Foraminalstenose und Kompression der Nervenwurzel C7 links

Es wurden folgende Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (Urk. 7/52/133 f.): - Adipositas - Leichte chronische depressive Verstimmung (Dysthymie), bestehend seit Jahren (ICD -10 F34.1) - Migräne ohne Aura, Erstmanifestation postoperativ mit mikrochirurgischer Dekompression L3/4 beidseits und L5 links 2008 mit deutlicher Frequenzsteigerung seit dem Tod des Ehemannes 2011 mit aktuell Chronifizierung unter eigenanamnestisch gelegentlich täglichen Attacken - Metabolisches Syndrom mit abdominalen Adipositas, arterieller Hypertonie, Diabetes mellitus Typ 2 - Status nach abdominaler totaler Hysterektomie 2002 wegen Amenorrhö

Menorrhagien bei Uterus myomatosus - Status nach laparoskopischer

Cholezystektomie 2012 wegen Cholelithiasis

E. 3.2

Im Rahmen der Konsensbeurteilung führten die Gutachter entsprechend den Angaben des orthopädischen Gutachters (Urk. 7/52/67 f. und Urk. 7/52/80 f.) aus, seit fünfzehn Jahren bestünden therapieresistente Nackenschmerzen und auch nach einer Korporektomie C6 mit ventraler Spondylodese C5-7 mit Harms-Cage und Platte am 11. Februar 2013 an der D.____ persistierten unveränderte therapieresistente Nackenschmerzen, die in die lumbale Wirbelsäule ausstrahlten und die körperliche Leistungsfähigkeit subjektiv deutlich einschränkten. Analgetika würden täglich gebraucht. Es werde ein Ameisenlaufen sämtlicher Finger beschrieben und es fielen häufig Gegenstände aus den Händen der Rechtshänderin. Die Nackenschmerzen und die abnormen Untersuchungsbefunde der HWS könnten im Wesentlichen auf die Diskushernie C4/5 mit möglicher Nervenwurzelreizung

C5 links, die Unkarthrosen mit mässig bis stärkerer Foraminaalstenose C5/6 und eventueller Nervenwurzelreizung C6 beidseits sowie die Unkarthrose C6/7 mit ossärer

Foraminaalstenose und Kompression der Nervenwurzel C7 links bei Status nach Corporektomie C6 und ventraler Spondylodese C5-7 mit Käfig und Plattenosteosynthese im Februar 2013 zurückgeführt werden. Im jetzigen MRI sei keine Myelopathie dokumentiert, wohingegen im Februar 2012 von einem Myelopathiesignal C5/6 gesprochen worden sei, dieses sich theoretisch aber nie zurückbilde. Das Ausmass der subjektiven Einschränkungen der körperlichen Leistungsfähigkeit sei dadurch aber nicht vollständig erklärt und auch in der Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit sei eine mässige Symptomausweitung festgestellt worden. Seit fünfzehn Jahren manifestierten sich auch therapieresistente lumbale Schmerzen, die nach einer Laminektomie L4 und partiell L3 sowie Foraminaektomie L4/5 beidseits 1999 in E. ___ während zwei Jahren nachgelassen, im Verlaufe der Zeit aber wieder zugenommen hätten, so dass 2008 an der F. ___ eine mikrochirurgische Dekompression L3/4 mit Revision L4/5 links notwendig geworden sei. Seither hätten die therapieresistenten lumbalen Schmerzen im Vergleich zum präoperativen Zustand zugenommen und sich lateral in die Kleinzehe rechts fortgesetzt. Die körperliche Leistungsfähigkeit sei durch diese Beschwerden subjektiv deutlich reduziert. Es werde ein Einschlafgefühl lateral am Oberschenkel und Unterschenkel rechts sowie eine Kraftlosigkeit beider Beine beschrieben. Die lumbalen Schmerzen und die pathologischen objektiven Befunde der LWS seien mit der im MRI sichtbaren Diskusprotrusion und Foraminaalstenose L3/4 rechts sowie mässigen rechtsbetonten Spinalkanalstenose L3/4 vereinbar. Seit 1999 leide die Beschwerdeführerin an Schmerzen ventral im linken Kniegelenk, die die körperliche Leistungsfähigkeit subjektiv verringerten. Eine Behandlung sei bisher nicht durchgeführt worden. Die Kniegelenkschmerzen links könnten nur bei geringen pathologischen Untersuchungsbefunden im Rahmen einer Chondrokalzinose mit möglicher Chondropathie und Meniskusläsion aufgrund des radiologischen Befundes interpretiert werden. Bei der klinischen Untersuchung seien abnorme objektive Befunde der rechten Schulter aufgefallen und die weitere Abklärung mittels MRI habe eine Supraspinatussehnteilruptur mit möglichem Impingement respektive

Kapsulitis des rechten Schultergelenks ergeben, wodurch die körperliche Leistungsfähigkeit zusätzlich limitiert sein könne. Körperlich mittelschwere und schwere Arbeiten in kalter und feuchter Umgebung, die vorwiegend sitzend oder stehend ausgeübt werden müssten und die mit häufigen inklinierten Körperhaltungen, Arbeiten über der Horizontalen, häufigem Heben von Lasten über 5 kg vom Boden sowie Heben horizontal über 7,5 kg und Tragen in der rechten oder linken Hand über 2,5 kg verbunden seien und bei denen häufig auf Treppen und Leitern gestiegen werden müsse, könnten

wegen der Diskushernie mit Spondylodese C4/5 und möglicher Reizung der Nervenwurzel C5 links, der Unkarthrosen C5/6 mit mässig bis höhergradigen

Foraminaalstenosen und eventueller Reizung der Nervenwurzelreizung C6 beidseits sowie der Unkarthrose C6/7 mit ossärer

Foraminaalstenose und Kompression der Nervenwurzel C7 links bei Status nach Corporektomie C6 und ventraler Spondylodese mit Käfigeinlage und Plattenosteosynthese im Februar 2013, der Diskusprotrusion und diskogenen

Foraminaalstenose L3/4 rechts sowie mässigen rechtsbetonten Spinalkanalstenose und der Chondrokalzinose mit Verdacht auf Chondropathie und Meniskusläsion links als auch der

Supraspinatussehnen teilruptur mit möglichem Impingement und adhäsiver Kapsulitis des rechten Schultergelenks

nicht mehr zugemutet werden (Urk. 7/52/127-128). Aus interner Sicht liege seit jeher keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor (Urk. 7/52/129).

Aus psychiatrischer Sicht handle es sich um eine depressive Persönlichkeit, gekennzeichnet durch seit Jahren bestehende vermehrte Nachdenklichkeit mit negativistischer Einstellung, insbesondere im Zusammenhang mit körperlichen Beschwerden. Die seit Jahren bestehende Schmerzsymptomatik sei organisch überwiegend erklärbar. Aus psychiatrischer Sicht könne eine gewisse psychogene Überlagerung angenommen werden. Es fänden sich aber keine Hinweise für eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung oder ein syndromales Geschehen. Nachdem aufgrund der chronischen depressiven Verstimmung (Dysthymie) nur eine leichte depressive Störung vorliege, sei auch eine zumutbare Willensanstrengung zur Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit mit Verwertung der Restarbeitsfähigkeit anzunehmen, und die Beschwerdeführerin sei einem Arbeitsumfeld zumutbar (Urk. 7/52 S. 129-130; entspricht der Beurteilung des psychiatrischen Gutachters, Urk. 7/52/50-52). Im Weiteren hielten die Gutachter – entsprechend den Angaben im neurologischen Teilgutachten (Urk. 7/52/14-17) – im Wesentlichen fest, dass die aktuellen Symptombeschreibungen, welche die Beschwerdeführerin gegenüber dem orthopädischen Gutachter getätigt habe, weitgehend den Angaben, wie sie gemäss Befragung anlässlich der Konsultationen bereits in den neurologischen Untersuchungsberichten 2012 und 2013 der D.____ erfasst worden seien, entsprächen. Auch aktuell, bei anhaltenden Beschwerden, paralumbal und im rechten Bein, zeige sich radiologisch im Hauptbefund eine flache dorsale Bandscheibenprotrusion und diskogene

Foraminalstenose L3/L4 rechts neben einer mässigen rechtsbetonten Spinalkanalstenose L3-L4. Die klinische Zuordnung der Beschwerden vorrangig ins Dermatom L5 sei wegen der segmentalen Dermatombüberlappung einzelner Nervenwurzeletagen nicht ungewöhnlich oder gar widersprüchlich (Urk. 7/52/131). Die im März 2013 durchgeführten neurochirurgisch-operativen Therapiemassnahmen hätten klinisch zu einer Aufhebung der radikulären Symptomatik geführt. Sie hätten dabei aber gleichzeitig die zusätzlich bestehende, klinisch progrediente Symptomatik eines peripheren Nervus

medianus-Kompressionssyndroms beidseits, mit neuropathischem Schmerzmuster, demaskiert. Gemäss MR-radiologischer Bildgebung vom 15. Januar 2014 zeige sich, dass eine Reizung der Nervenwurzel C5 links und C6 beidseits möglich wäre. Ebenso zeige sich eine höhergradige

Foraminalstenose bei Unkarthrose links, Höhe C6/7 mit erfasster Kompression der Nervenwurzel links. Die Beschwerdeführerin gebe aber aktuell keinen entsprechenden Ausstrahlungsschmerz im Dermatom C5, C7 links und/oder C6 beidseits an, noch zeigten sich diesen Dermatomen, insbesondere distal links, zuordenbare Sensibilitätsstörungen. Hingegen dominierten rechts Gefühlsstörungen in den Fingern, entsprechend einem distal peripheren Verteilungsmuster. Darüber hinaus bereite die Deutung der beklagten neuropathisch-brennenden Fusschmerzen bei der diagnostischen Zuordnung leichte Probleme, da offensichtlich eine polyfaktorielle Genese zu bestehen scheine. Einerseits hätten sich bis zur HWS-Operation neben den cervikalen Bandscheibenvorfällen auch Befunde einer Kompromittierung des Myelons gefunden, andererseits scheine sich gemäss den aktuellen Beschreibungen ein restliches

legs -Syndrom an den Beinen manifestiert zu haben. Möglicherweise interferiere dabei die bestehende Diabetes mellitus-Erkrankung der Beschwerdeführerin mit potentieller Gefahr (poly-)neuropathischer Nervenschäden. Zumindest im Verlauf sollte stets auch ein Polyneuropathie-Syndrom mitbedacht werden. Die beklagten Kopfschmerzen entsprechen gemäss Angaben der Beschwerdeführerin einem Migränekopfschmerz. Dieser sei von der Beschwerdeführerin im Rahmen der Konsultationen in der F.____ (richtig wohl: D.____) 2012 und 2013 nicht thematisiert worden (Urk. 7/52/131-132).

E. 3.3

Zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin führten die Gutachter im polydisziplinären Konsens sodann aus, die Beschwerdeführerin sei in den zuletzt ausgeübten Tätigkeitsbereichen als Reinigungskraft und Haushaltshilfe mit bimanuellen wie wirbelsäulenbelastenden Arbeiten sowohl bei der Reinigungsfirma

Y.____ und der Z.____ , als Raumpflegerin als auch als Reinigungskraft in einem privaten Haushalt, jeweils stundenweise, ab August 2011 bei operativ behandelter und persistierender lumbaler Spinalkanalstenose L3/4 rechts mit progredienten postoperativen und bis dato anhaltenden Beschwerden (Claudicatio

spinalis , radikuläre Ausstrahlungsschmerzen rechts) bei vollem Stundenpensum gesamthaft zu 100 % arbeitsunfähig (0 % Arbeitsfähigkeit). Ihr sei keine Putz- und Hebearbeit zumutbar, die zu Belastung der Wirbelsäule, lumbal wie auch cervical mit einer weiteren Nervenwurzel- und/oder Myelonschädigung führen könnte. In einer leidensadaptierten Tätigkeit, die keine wirbelsäulenbelastende Aufgaben beinhaltet, keine gute Stand-, Gleichgewichts-, oder Gangsicherheit erfordere und auch keinen manuellen (stereotypen) Kraftaufwand und/oder Überkopfbiege- wie rumpfbiegende /bückende Tätigkeiten - beinhaltet und die mit der unbedingten Möglichkeit zur freien Wechselhaltung in temperierten Räumen ausgeübt werden könne, bestehe rein formal gesamthaft eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (Arbeitsunfähigkeit 0 %) seit August 2011 (Urk. 7/52/134; entspricht den Angaben im neurologischen Teilgutachten , Urk. 7/52/19). Seit dem 26. August 2012 sollte es sich zusätzlich um körperlich sehr leichte Tätigkeiten in temperierten Räumen handeln, die abwechslungsweise sitzend und stehend ausgeübt werden können, die nicht mit häufigen rotierten Körperhaltungen, Arbeiten über der Horizontalen und häufigem Laufen, speziell auf Treppen und Leitern verbunden sind und bei denen nicht regelmässig Gegenstände über 5 kg vom Boden, horizontal über 7,5 kg und in der rechten oder linken Hand über 2,5 kg getragen werden müssten (Urk. 7/52/134-135; entspricht den Angaben des orthopädischen Gutachters, Urk. 7/52/82-83).

E. 3.4

Im Bericht vom 21. Februar 2014 betreffend die – auf Veranlassung des orthopädischen Gutachters, Dr. med. G.____ , FMH Orthopädie, – am 19. und 20. Februar 2014 in der H.____ durchgeführte EFL (Urk. 7/52/22-34) wurde unter dem Titel „Schlussfolgerungen und Empfehlungen“ festgehalten, die arbeitsrelevanten Probleme bestünden in

chronischen belastungsverstärkenden Nackenschmerzen sowie Schmerzen lumbal und lateral im rechten Bein. Allgemein liege eine schlechte Leistungsfähigkeit und Dekonditionierung (unter anderem kraftlose Beine), teils aufgrund von Selbstlimitierung vor. Im Rahmen der Verhaltensbeobachtung habe sich bei den Bereichen “Beschreibung von Schmerz und Einschränkungen“, “Schmerzverhalten“, “Leistungsverhalten“ und “Konsistenz“ eine mässige Symptomausweitung ergeben. Infolgedessen und aufgrund der

Selbstlimitierung seien die Resultate der physischen Leistungstests für die Beurteilung der zumutbaren Belastbarkeit nur teilweise verwertbar. Es sei davon auszugehen, dass bei gutem Effort eine bessere Leistung erbracht werden könnte, als bei den Leistungstests gezeigt worden sei. Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen lasse sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden nur zum Teil erklären. Die Beurteilung der Zumutbarkeit stütze sich deshalb wesentlich auf medizinisch-theoretische Überlegungen, unter Berücksichtigung der Beobachtungen bei den Leistungstests. Zur Zumutbarkeit der beruflichen Tätigkeit als Reinigungskraft aus funktioneller Sicht wurde angegeben, dass diese der Beschwerdeführerin nicht vollumfänglich zumutbar sei. Die Anforderungen seien zu hoch : Stehen oder Gehen von über drei Stunden sei nicht zumutbar; Knie- und Rückenbeugungen seien nur selten möglich. Hinsichtlich anderer beruflicher Tätigkeiten seien sehr leichte, vorwiegend sitzende Arbeiten, wechselbelastend (Sitzen, Stehen und Gehen) zumutbar. Aufgrund der Selbstlimitierung seien die Funktionen Arbeit über Schulterhöhe, Hockstellung und Ziehen nicht zu beurteilen und seien deshalb auf Grund von medizinischen Überlegungen zu beurteilen. Beurteilbar seien : Heben vom Boden mindestens 5

kg, Heben bis Kopfhöhe mindestens 2,5 kg, Heben horizontal mindestens 7,5

kg, Tragen rechte und linke Hand und Tragen vorne mindestens 2,5 kg. Die hypothetischen maximalen Belastungswerte seien leicht höher. Sitzen, Stehen und Gehen sei manchmal möglich (bis drei Stunden pro Tag). Vorgeneigte Haltungen, Stehen an Ort, Treppen steigen, wiederholte Kniebeugungen und Stossen seien selten möglich. Rotationen im Rücken seien zu vermeiden. Falls die Schmerzen der Beschwerdeführerin medizinisch begründet seien, sei die Arbeitszeit erheblich zu reduzieren (Urk. 7/52/24 -25) . Im Weiteren wurde bemerkt, die Beschwerdeführerin limitiere sich selbst unter Angabe von Schmerzen, bevor die beobachtbare funktionelle Leistungsgrenze erreicht werde. Es sei somit vor allem beim Heben und Tragen von einer höheren Belastbarkeit auszugehen (Urk. 7/52/26). 4.

4.1

Aufgrund der medizinischen Akten steht fest und ist unbestritten, dass die Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit als Raumpflegerin seit August 2011 nicht mehr arbeitsfähig ist. Streitig und zu prüfen ist, in welchem Umfang ihr eine angepasste Tätigkeit zumutbar ist (Urk. 1/7-9) .

Die Beschwerdegegnerin stützt ihre Auffassung, wonach in einer angepassten Tätigkeit auch ab August 2011 eine

100%ige Arbeitsfähigkeit bestehe, auf die Einschätzung der Gutachter im genannten polydisziplinären Gutachten vom 5. Februar 2014 (Urk. 7/52). 4.2

4.2.1

Das polydisziplinäre Gutachten des C.____ basiert auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen (internistisch, neurologisch, psychiatrisch, orthopädisch), inklusive EFL, und wurde in Kenntnis der und Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben. Die Gutachter haben detaillierte Befunde und damit in Übereinstimmung stehende Diagnosen erhoben. Insoweit ist das Gutachten nicht zu beanstanden (vgl. E. 1.4) 4.2.2

Im internistischen sowie im psychiatrischen Teilgutachten wurde nachvollziehbar dargelegt, dass und weshalb aus internistischer resp. psychiatrischer Sicht keine

Einschränkung der Arbeitsfähigkeit besteht. Diese – im polydisziplinären Konsens übernommenen – Beurteilungen erscheinen überzeugend und wurden denn von der Beschwerdeführerin auch nicht in Frage gestellt. 4.2.3

Der orthopädische Gutachter Dr. G.____ sowie die neurologische Gutachterin, Dr. med. I.____, FMH Neurologie, gelangten in ihren Teilgutachten zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin in einer den von ihnen formulierten Anforderungsprofilen Rechnung tragenden angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei. Diese im polydisziplinären Konsens übernommenen

Schlussfolgerungen sind aus den nachfolgenden Gründen erklärungsbedürftig. 4.3 4.3.1

Dr. G.____ gab im Rahmen der von ihm vorgenommenen orthopädischen Beurteilung den EFL-Bericht vom 21. Februar 2014 (vgl. E. 3.4) zunächst im Wortlaut wieder (Urk. 7/52/68-80). Daran anschliessend hielt er dazu unter dem Titel „Beurteilung der Beschwerden und Befunde“ jedoch lediglich fest, die Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit habe eine mässige Symptomausweitung, eine allgemein schlechte Leistungsfähigkeit und eine Dekonditionierung teils aufgrund von Selbstlimitierung ergeben. Es sei davon auszugehen, dass bei gutem Effort eine bessere Leistung erbracht werden könnte, als bei den Leistungstests gezeigt worden sei. Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen lasse sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden nur zum Teil erklären. „Stehen und Gehen über drei Stunden sei nicht zumutbar und das Beugen von Knien und Rücken nur selten. Das Heben vom Boden sei bis mindestens 5 Kilogramm, horizontal bis mindestens 7,5 Kilogramm und das Tragen in der rechten und linken Hand sowie vorne mindestens bis 2,5 Kilogramm möglich“ (Urk. 7/52/80).

Die - von der Beschwerdeführerin erwähnte - zusätzliche Feststellung im EFL Bericht vom 21. Februar 2014, wonach die Arbeitszeit erheblich zu reduzieren sei, falls die Schmerzen der Beschwerdeführerin medizinisch begründet seien (Urk. 7/52/25), erwähnte Dr. G.____ im Rahmen seiner Beurteilung nicht. Dementsprechend setzte er sich damit nicht auseinander, ebenso wenig Dr. I.____, welche ihr neurologisches Gutachten ohnehin bereits am 8. Januar 2014 erstattet hatte. Im Rahmen des polydisziplinären Konsens wurde auf die besagte Feststellung ebenfalls mit keinem Wort eingegangen. Dies wäre aber erforderlich gewesen.

Sowohl Dr. G.____ als auch Dr. I.____ haben nämlich im Rahmen ihrer Beurteilungen festgehalten, dass die von der Beschwerdeführerin geklagten Schmerzen und Beschwerden zumindest teilweise organisch erklärbar sind. Dies trifft gemäss ihren Angaben insbesondere auf die chronischen Nackenschmerzen, die chronischen lumbalen Beschwerden mit Ausstrahlung in die Beine sowie die Hand- und Schulterbeschwerden zu. Die neurologische Gutachterin erachtete überdies auch die von der Beschwerdeführerin beschriebenen brennend-neuropathischen Beschwerden im Bereich der Füsse sowie die Migränekopfschmerzen als glaubhaft (Urk. 7/52/17-18), was im polydisziplinären Konsens allerdings nicht wiedergegeben wurde. Zumindest die neuropathischen Beschwerden wurden darin aber unter dem Titel „Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit“ aufgeführt (Urk. 7/52/133).

Die von der Beschwerdeführerin - auch - anlässlich der EFL geklagten Schmerzen wurden somit von Dr. G.____ und Dr. I.____ weitgehend als medizinisch begründet erachtet. Die Gutachter hätten sich deshalb in der Tat mit der

von Dr. G.____ mitunterzeichneten (Urk. 7/52/25) - Feststellung im EFL Bericht, wonach die Arbeitszeit erheblich zu reduzieren sei, falls die Schmerzen der Beschwerdeführerin begründet seien, auseinandersetzen und darlegen müssen, weshalb sie - trotz der mannigfachen und weitgehend nachvollziehbaren Schmerzen - ein vollzeitliches Rendement für zumutbar halten. Dass anlässlich der EFL eine mässige Symptomausweitung festgestellt wurde, ändert daran nichts, zumal diese mit den Beobachtungen zu den Indikatoren „Beschreibung von Schmerz und Einschränkungen“ (Bewertung „mässig differenziert“) und „Leistungsverhalten“ (Bewertung: „schlecht“), nicht jedoch mit den Beobachtungen zu den Indikatoren „Schmerzverhalten“ (Bewertung: „adäquat“) und „Konsistenz“ (Bewertung: „gut“) begründet wurde (Urk. 7/52/29). 4.3.4

Es ergibt sich somit, dass - entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin - auf die gutachterliche Zumutbarkeitsbeurteilung (vgl. E. 3.3) nicht unbesehen abgestellt werden kann. Vielmehr bedarf es hinsichtlich des der Beschwerdeführerin seit August 2011 in einer angepassten Tätigkeit zumutbaren Pensums einer ergänzenden medizinischen (orthopädischen und neurologischen) Stellungnahme. Darin ist - in konkreter Auseinandersetzung mit der besagten Feststellung im EFL-Bericht vom 21. Februar 2014 (Urk. 7/52/25) - insbesondere zur Fragestellung zu nehmen, ob und inwieweit die medizinisch begründeten Schmerzen einen Einfluss auf die quantitative Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin haben. 5.

Zum von der Beschwerdegegnerin durchgeführten Einkommensvergleich bleibt anzumerken, dass die Beschwerdeführerin in ihrer Anmeldung zum Leistungsbezug angab, sie sei zu 50 % als Raumpflegerin bei verschiedenen Arbeitgebern tätig und erziele ein Monatseinkommen von Fr. 2'500.-- (Urk. 7/8/2). Dies würde einem Jahreseinkommen von maximal Fr. 32'500.-- (= Fr. 2'500 x 13) entsprechen. Die Einträge im IK-Auszug (2007: insgesamt 37'479.--; 2008: Fr. 35'552.--; 2009: Fr. 36'745.--; 2010: Fr. 41'031.-- [Urk.

12]) lassen jedoch darauf schliessen, dass sie in den Jahren vor Eintritt des Gesundheitsschadens (2011, vgl. Urk. 7/52/135) ein deutlich höheres Pensum versehen hat. Dies gilt insbesondere auch für das gemäss IK-Auszug im Jahr 2010 insgesamt erzielte Einkommen von Fr. 41'031.--. Für ein 100%iges Pensum erscheint dieses Einkommen allerdings zu tief.

Zwar erscheint die von der Beschwerdegegnerin getroffene Annahme, wonach die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall zu 100 % erwerbstätig wäre, vertretbar. Da sich aufgrund der vorliegenden Akten nicht zuverlässig feststellen lässt und auch nicht mehr zu eruieren sein dürfte, auf welches Pensum sich das Einkommen im Jahr 2010 von Fr. 41'031.-- genau bezieht, rechtfertigt es sich, das Valideneinkommen aufgrund der Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik zu berechnen, wobei der Tabellenlohn für in der Reinigung im Anforderungsniveau 4 tätige Frauen im Jahr 2010 von Fr.

3'741.-- (LSE 2010 TA7 Ziffer 35) heranzuziehen ist.

6.

Es ergibt sich somit, dass der medizinische Sachverhalt durch Einholung einer ärztlichen Stellungnahme im Sinne der Erwägungen (vgl. E. 4.3) zu ergänzen ist. Die Verfügung vom 18. Juni 2014 ist deshalb aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie nach erfolgter Aktenergänzung im Sinne der Erwägungen,

Aktualisierung der medizinischen Akten und neuerlicher Durchführung eines Einkommensvergleiches (vgl. E. 5) über den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin neu verfüge.

In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen. 7. 7.1

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 600.-- anzusetzen.

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57 E. 2.2), weshalb die Kosten ausgangsgemäss der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen sind.

Das Gesuch der Beschwerdeführerin um Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung (Urk. 1) erweist sich deshalb als gegenstandslos. 7.2

Die anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin hat gestützt auf Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 Abs. 1 und 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht Anspruch auf eine Prozessentschädigung, die unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses auf Fr. 2'200.-- (inklusive Mehrwertsteuer und Barauslagen) festzusetzen ist. Eine höhere Prozessentschädigung erscheint mit Blick auf vergleichbare Fälle nicht angemessen.

Das Gesuch der Beschwerdeführerin um Bestellung einer unentgeltlichen Rechtsvertretung erweist sich deshalb ebenfalls gegenstandslos. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 18. Juni 2014 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2'200.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Christos Antoniadis - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5 .

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

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Der Gerichtsschreiber Hurst Hausammann

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 8

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente , bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertels rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). 1. 3

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeits unfähig 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). 1. 4

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 Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.).

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