

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01205 vom 18. März 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-03-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.01205

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01205 du 18 mars 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01205 del 18 marzo 2016

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1965, arbeitete seit dem 25. Juli 2010 als Reinigungsmitarbeiterin bei der Y.____ GmbH in Teilzeitbeschäftigung auf Abruf (Urk. 7/8). Am 19. Mai 2011 rutschte sie zu Hause beim Wäsche tragen auf der Treppe zur Wohnung aus und prallte mit dem rechten Schienbein auf der Stufenkante auf (Urk. 7/13/90+95). Die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA) erbrachte für diesen Unfall die obligatorischen Leistungen der Unfallversicherung (Urk. 7/13/1-100). Wegen den Folgen dieses Unfalles meldete sich die Versicherte am 4. Juni 2012 (Datum des Posteingangs) bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/1). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, teilte X.____ am 22. Juni 2012 mit, es seien zurzeit keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich. Sie werde prüfen, ob solche allenfalls zu einem späteren Zeitpunkt durch geführt werden könnten. Ebenso werde ein allfälliger Rentenanspruch geprüft, wobei dieser frühestens sechs Monate nach Eingang der Anmeldung entstehen könne (Urk. 7/6). Ausserdem holte die IV-Stelle den Bericht der Psychologin Dr. phil. Z.____ (Urk. 7/7), den Arbeitgeberbericht der Y.____ GmbH vom 28. Juni 2012 (Urk. 7/8) sowie den Arztbericht der Rheumaklinik des A.____ vom 9. Juli 2012 (Urk. 7/10) ein und zog die Akten der SUVA bei (Urk. 7/13/1-100). Sodann liess sie das interdisziplinäre Gutachten von Dr. med. B.____, FMH Innere Medizin und Rheumaerkrankungen, und Dr. med. C.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom

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).

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. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der

Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur so weit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

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. 1.3

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).

E. 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 anzu geben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE

134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H.

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

E. 1.5

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

3b/cc).

Wohl kann die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Behandlung oft wertvolle Erkenntnisse zeitigen; doch lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-) Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4) nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen bzw. Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die anderslautenden Einschätzungen wichtige - und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende - Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_677/2014 vom 29. Oktober 2014 E. 7.2 mit Hinweisen, u.a. auf SVR 2008 IV Nr. 15 S. 43 E. 2.2.1 [I 514/06]).

E. 1.6

Der Begriff des ausgeglichenen Arbeitsmarktes ist ein theoretischer und abstrakter Begriff, welcher dazu dient, den Leistungsbereich der Invalidenversicherung von jenem der Arbeitslosenversicherung abzugrenzen. Er umschliesst einerseits ein bestimmtes Gleichgewicht zwischen dem Angebot von und der Nachfrage nach Stellen; andererseits bezeichnet er einen Arbeitsmarkt, der von seiner Struktur her einen Fächer verschiedenartiger Stellen offen hält, und zwar sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen wie auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes. Nach diesen Gesichtspunkten bestimmt sich im Einzelfall, ob die invalide Person die Möglichkeit hat, ihre restliche Erwerbsfähigkeit zu verwerten, und ob sie ein renten ausschliessendes Einkommen zu erzielen vermag oder nicht (BGE 110 V 273 E.

4b; ZAK 1991 S. 321 E. 3b und 1985 S. 462 E. 4b; vgl. auch BGE 130 V 343 E. 3.2). An die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten sind praxisgemäss nicht übermässige Anforderungen zu stellen; diese hat viel mehr nur so weit zu gehen, als im Einzelfall eine zuverlässige Ermittlung des Invaliditätsgrades gewährleistet ist. Für die Invaliditätsbeurteilung ist nicht darauf abzustellen, ob eine invalide Person unter den konkreten Arbeitsmarktverhältnissen vermittelt werden kann, sondern einzig darauf, ob sie die ihr verbliebene Arbeitskraft noch wirtschaftlich nützen könnte, wenn die verfügbaren Arbeitsplätze dem Angebot an Arbeitskräften entsprechen würden (AHI 1998 S. 290 f. E. 3b; Urteile des Bundesgerichts I

273/04 vom 29. März 2005, I 591/02 vom 5. Mai 2004, I 285/99 vom 13. März 2000 und U 176/98 vom 17. April 2000). Der ausgeglichene Arbeitsmarkt umfasst auch sogenannte

Nischen arbeitsplätze , also Stellen- und Arbeitsangebote , bei welchen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen vonseiten des Arbeitgebers rechnen können (Urteile des Bundesgerichts 9C_95/2007 vom 29. August 2007 E. 4.3 und 9C_98/2014 vom 22. April 2014 E. 3.1, je mit Hinweisen). 2.

E. 2

Der Beschwerdeführerin sei rückwirkend ab dem 1. Dezember 2012 eine ganze unbefristete Rente auszurichten.

E. 2.1

Laut dem undatierten, am 26. Juni 2012 bei der Beschwerdegegnerin eingegangenen Bericht der Psychologin Z.____ (Urk. 7/7 vgl. Aktenverzeichnis zu Urk. 7/1-91) bestehen bei der Beschwerdeführerin eine depressive Reaktion (ICD-10 F32.1) nach Komplikationen am Fuss sowie somatoforme /dissoziative Episoden (ICD-10 F44.6/F45.4). Die Beschwerdeführerin habe nach langwierigem, komplikationsreichem und sich verschlimmerndem Verlauf eine mittelgradige Depression entwickelt. Trotz Medikation leide sie an starken Schmerzen. In ihrer zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Serviceangestellte sei die Beschwerdeführerin bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig. Sie möchte aber arbeiten und eventuell komme ein stundenweiser Einsatz in einer sitzenden Tätigkeit im Umfang von ca. 20 bis 30 % in Frage. Der Zustand habe sich trotz der durchgeführten medizinischen Massnahmen verschlechtert. Es bestehe der Verdacht auf eine chronische Entzündung.

E. 2.2

Gemäss dem Arztbericht der Rheumaklinik des A.____ vom 9. Juli 2012 (Urk. 7/10) bestehen bei der Beschwerdeführerin (1.) eine Tendosynovitis der Peronealsehnen rechts (BSR 8mm/h, CRP <5 mg/L; im Rahmen initialer Distorsion und anschliessender chronischer Schonhaltung nach Stolpersturz 05/2011; 12/2011: sonographisch Verdickung und inhomogene Textur der Peronealsehnen rechts mit peritendinöser

synovialer Proliferation und geringem Flüssigkeitssaum; MRI OSG rechts 01/2012: split tear der Peroneus

brevis Sehne, degenerativ veränderte distale Peroneus

longus Sehne, kein Erguss; 09.12.11: Infiltration mit Kenacort / Lidocain

peritendinös und lokal über dem Lig. fibulocalcaneare mit im Verlauf regredienter Schwellung), (2.) eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1), (3.) eine Hypothyreose (aktuell euthyreote Stoffwechsellage) sowie (4.) eine Hypovitaminose D3 (Erstdiagnose). In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Equipe-Chefin in einem Reinigungsinstitut sei die Beschwerdeführerin seit Mai 2011 zu 100 % arbeitsunfähig. Es hätten lediglich 2 oder 3 Arbeitsversuche von einem Tag Dauer mit einem 50% Pensum durchgeführt werden können. Es bestünden Einschränkungen durch belastungsabhängige Schmerzen am rechten Fuss mit konsekutiver Einschränkung der Gehfähigkeit. Ausserdem werde die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin durch die mittelgradige depressive Verstimmung eingeschränkt.

E. 2.3.1

Laut dem interdisziplinären Gutachten von Dr. B.____ und von Dr. C.____ vom 24. Dezember 2012 (Urk. 7/19) konnten bei der Beschwerdeführerin in somatischer Hinsicht

keine Diagnosen mit langdauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Ohne langdauernde Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden (2.) eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, dissoziative Episode und depressive Reaktion (Dezember 2011 bis Ende Juli 2012), gemäss psychosomatisch-psychiatrischer Begutachtung, (3.) ein chronisches Schmerzsyndrom im Bereich des rechten Fusses und der unteren Rückenregion (nicht ausreichend somatisch abstützbar, nicht-dermatombezogene

Hyposensibilität des ganzen rechten Fusses für ausschliesslich taktile Reize bei allseits normalem Lage- und Vibrationsinn, phasenweise demonstrierte nicht-myotombezogene

Kraftabschwächung des ganzen rechten Unterschenkels, diffuse Druckschmerzangabe, chronisches lumbospondylogenes Syndrom, Fuss schmerzen rechts, multiple Beschwerden wie Schlafstörungen, Müdigkeit, Gefühlsstörungen und Kraftverluste im Bereich des rechten Fusses), (4.) Herbst 2010 Lungenembolie mit passagerer oraler Antikoagulation, (5.) 19.05.11 Stolpersturz mit Verletzung im Bereich des rechten Unterschenkels, (6.) Radiologisch-pathologische Befunde im Bereich des rechten Fusses ohne anamnestisches und klinisches Korrelat, (7.) Anamnestisch Vitamin D-Mangel, (8.) Eutyrox-Substitution seit Jahren (aktuell: Verdacht auf subklinische Hypothyreose). In der klinischen Untersuchung imponierten eine schmerzvermittelnde Mimik und Gestik, nicht-dermatombezogene Sensibilitätsstörungen des rechten Fusses, phasenweise demonstrierte nicht-myotombezogene Kraftabschwächungen des rechten Fusses, diffuse Druckschmerzen, und darüber hinaus, abgestützt auf objektivierbare Befunde, ein weitgehend normaler Habitus (Urk. 7/19/9). Aus psychiatrischer Sicht bestünden sodann eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, dissoziative Episoden (ICD-10: F45.4/F44.6) sowie eine depressive Reaktion während der Zeit von Dezember 2011 bis Ende Juli 2012 (ICD-10: F.43.21 [Urk. 7/19/35]).

Die Arbeitsfähigkeit sei, aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt, für die von der Beschwerdeführerin bisher in der Schweiz ausgeübten beruflichen Tätigkeiten zu keinem Zeitpunkt anhaltend eingeschränkt gewesen. Zeitlich limitierte Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit von 100 % könnten im Zeitraum vom Unfall vom 19. Mai 2011 bis Ende 2011 (grosszügig ausgelegt) und im Anschluss an die am 17. April 2012 durchgeführte Operation von erneut 100 % bis zum Ende der postoperativen Rehabilitationsphase, und damit bis Ende Mai 2012, begründet werden. Ausserhalb dieser Phasen könne keine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründet werden (Urk. 7/19/19). Aus psychiatrischer Sicht sei die Beschwerdeführerin wegen der von Dezember 2011 bis Ende Juli 2012 vorhandenen psychischen Komorbidität zu 30 % in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt gewesen. Zuvor und danach sei der Beschwerdeführerin die Überwindbarkeit ihrer Schmerzen zumutbar gewesen (Urk. 7/19/35). Aus interdisziplinärer Sicht sei der Beschwerdeführerin damit vom 19. Mai 2011 bis Ende 2011 eine 100%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit und für die Zeit von Dezember 2011 bis Ende Juli 2012 eine 30%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu bescheinigen. Seit August 2012 seien der Beschwerdeführerin die bisher ausgeübten beruflichen Tätigkeiten wieder voll zumutbar (Urk. 7/19/28-29).

E. 2.3.2

In seiner Stellungnahme vom 12. September 2013 (Urk. 7/49) betreffend die Konsultationen vom 8. November 2012, 19. März 2013 und 21. März 2013 (vgl. E. 2.4.1-3) führte Dr. B.____ aus, aufgrund der vom 14. Juni 2013 datierten Berichte der

Uniklinik D.____ sei eine zeitlich limitierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nach der am 21. Januar 2013 durchgeführten Rückfussoperation rechts von maximal 3-4 Monaten begründbar. Eine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit lasse sich hingegen nicht begründen.

E. 2.4

Am 14. Juni 2013 berichtete die Uniklinik D.____ über drei Konsultationen der Beschwerdeführerin (Urk. 7/42/1-6):

E. 2.4.1

Im Bericht über die Untersuchung in der Fussprechstunde vom 8. November 2012 (Urk. 7/42/1-2) hielt den die Ärzte der Uniklinik D.____ fest, der Zustand gegenüber der Voruntersuchung vom 6. September 2012 sei unverändert. Man habe mit der Beschwerdeführerin noch einmal des längeren die Befunde besprochen. In der MRI-Untersuchung vom 8. November 2012 hätten sich klar eine Tendinopathie mit Signalalteration im Bereiche der Musculus

peroneus

brevis -Sehne sowie eine mögliche leichte Plantarfasciitis (Differentialdiagnose Morbus Ledderhose) gezeigt. Aufgrund des sehr hohen Leidensdruckes werde eine Peronealsehnenrevision, eventuell mit einer lateralisierenden

Calcaneostomie zur Entlastung der Sehne geplant. Man habe die Beschwerdeführerin darauf hingewiesen, dass dieser Eingriff aber keine Garantie für eine Beschwerdebesserung sei. Aufgrund einer Chronifizierung der Beschwerden sei es sogar möglich, dass diese postoperativ zunehmen würden. Der Beschwerdeführerin sei dies bewusst, sie nehme es aber aufgrund des sehr hohen Leidensdruckes in Kauf.

E. 2.4.2

Im Bericht über die Verlaufskontrolle vom 19. März 2013 (Urk. 7/42/5-6) führten die Ärzte der Uniklinik D.____ aus, die Beschwerdeführerin berichte acht Wochen postoperativ über weiterhin vorhandene Schmerzen im Bereich der Ferse des rechten Fusses. Bei konsolidiertem Osteotomiespalt sei eine Steigerung der Belastung bis auf Vollbelastung möglich.

E. 2.4.3

Im Bericht über die Verlaufskontrolle vom 21. Mai 2013 (Urk. 7/42/3-4) führten die Ärzte der Uniklinik D.____ aus, die Beschwerdeführerin berichte vier Monate nach der Operation über persistierende Schmerzen im Bereich des rechten Fusses v.a. plantarseitig. Das Gehen mit normalem Schuhwerk und die Belastung im Rückfussbereich seien nicht möglich. Bezüglich der Peronealsehnen sei sie beschwerdearm. Es sei eine Infiltration am Tuberculum calcanei am Ansatz der Plantarfaszie indiziert.

E. 2.4.4

Am 30. Mai 2013 (Urk. 7/55/1) gaben die Ärzte der Uniklinik

D.____ zu Händen der SUVA an, eine Vollbelastung des rechten Fusses sei weiterhin aufgrund der starken Schmerzen nicht möglich. Es sei der Verdacht auf eine akzentuierte plantare Fasciitis gestellt und eine diagnostische/therapeutische Infiltration geplant worden. Zudem werde ein MRI des rechten Fusses veranlasst. Es werde der Beschwerdeführerin

eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bis auf weiteres ausgestellt.

E. 2.4.5

Am 26. September 2013 (Urk. 7/55/2-3) führten die Ärzte der Uniklinik D.____

betreffend die Konsultation vom 18. Juli 2013 aus, der Ursprung der ausgeprägten Beschwerden bliebe weiterhin unklar. Es bestehe sicherlich eine postoperativ exazerbierte Plantarfasciitis, eventuell auch eine partielle Ruptur. Zusätzlich seien jedoch Schmerzen im Bereich der ganzen Ferse und des Fusses vorhanden mit ausgeprägter Schwellung. Differentialdiagnostisch komme für sie aufgrund der Schmerzen ein Morbus Sudeck in Frage. Als Servicefachange stellte sie die Beschwerdeführerin weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig. Es sei eine rheumatologische Beurteilung indiziert.

E. 2.5

Gemäss dem Bericht der Rehaklinik F.____ vom 8. Oktober 2013 (Urk. 7/55/12-26), wo die Beschwerdeführerin sich vom 29. August bis zum 3. Oktober 2013 zum zweiten Mal (vgl. Urk. 7/13/28-39) in einem stationären Aufenthalt befand, bestehen bei der Beschwerdeführerin als Folge des Unfalles vom 19. Mai 2011 (Ausrutschen im Treppenhaus) (1.) ein Status nach Kontusion des Unterschenkels mit Rissquetschwunde, primär hausärztlich versorgt, eine Tendosynovitis der Peronealsehnen rechts (19.05.2011 Röntgen: keine Fraktur; 05.12.2011 Ultraschall: Verdickung und Inhomogenität der Peronealsehnen, peritendinös

synoviale Proliferationen, geringer Flüssigkeitssaum; 09.12.2011 Infiltration mit Kenacort / Lidocain

peritendinös und lokal über dem Lig. fibulo calcaneare, im Verlauf regrediente Schwellung; 01/2012 MRI OSG: Split tear der Peroneus

brevis Sehne, degenerativ veränderte distale Peroneus

longus Sehne; 17.04.2012 Spaltung der Sehnenscheide und Synovektomie; 21.01.2013 Débridement und Tubularisierung

Peroneus

brevis rechts, lateralisierende

Kalkaneus-Osteotomie Fuss rechts; 13.09.2013 Rheumatologie, Uniklinik D.____ : Therapien mit Schwerpunkt Neglectbehandlung (Spiegeltherapie etc.) empfohlen, objektiv kein CRPS; 30.09.2013 Neurologisches Konsilium, RK F.____ : Neuralgie des Nervus

suralis, wahrscheinlich durch Läsion des Nervus

suralis bedingt; (2.) eine mittelgradige depressive Episode mit latenter Suizidalität (ICD-10: F32.1); somatoforme /dissoziative Anteile im Schmerzmechanismus sind möglich (ICD-10: F44.6/F45.4) sowie (3.) eine Hypothyreose, unter Enzymsubstitution. Im Rahmen der stationären Rehabilitation habe keine nachhaltige Verbesserung der Beschwerden erzielt werden können. Die Beschwerdeführerin scheine für sämtliche Therapiemassnahmen resistent zu sein. Aus psychiatrischer Sicht begründe die festgestellte psychische Störung aktuell eine schwere arbeitsrelevante Leistungsminderung. Aus unfallkausaler, somatisch-organischer Sicht sei die Zumutbarkeit für die berufliche Tätigkeit als Reini gungsangestellte

zu verneinen, die Anforderungen einer ganztags stehend-gehenden Tätigkeit seien zu hoch. Eine leichte wechselbelastende Arbeit sei der Beschwerde führerin dagegen ganztags zumutbar, ohne Vibrationsbelastungen seitens des rechten Fusses, länger dauernde Zwangshaltungen für den rechten Fuss, Leitersteigen und repetitives Treppensteigen. 2. 6

Laut dem Gutachten der MEDAS E.____ vom 19. Juni 2014 (Urk. 7/73) beste hen bei der Beschwerdeführerin als polydisziplinäre Hauptdiagnosen mit Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit eine schmerzhaft Narbe retromalleolär rechts (L90.5/91.0), ein Status nach Synovektomie und Sehnen scheidenspaltung peroneal rechts (M65.8) und eine Ansatzendinopathie

Plantarfascie rechts (M76) sowie als Nebendiagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode, agitierte depressive Episode und reaktive depressive Episode (ICD-10: F33.1), eine Hypothyreose (aktuell euthyreote Stoffwechsellaage) und ein Status nach Hypovitaminose D3, Erstdiagnose (Urk. 7/73/48).

Aus neurologischer Sicht könne keine Ursache für die geklagte Symptomatik festgestellt werden. Anhaltspunkte für eine relevante Nervenläsion bestünden weder klinisch noch elektrophysiologisch, und der geklagte Schmerzcharakter sei auch nicht neuropathisch. Die aktuelle Symptompräsentation weise aus Sicht der neurologischen Gutachterin klar darauf hin, dass zur Symptomentstehung massgeblich psychologische Faktoren beigetragen hätten (Urk. 7/73/50; vgl. Urk. 7/73/60-61). Aus orthopädischer Sicht fehle die Diagnose in allen Berichten, obwohl sich viele Untersucher des Bewegungsapparates darum bemüht hätten. Auch die jetzt gestellte (orthopädische) Diagnose (Urk. 7/73/45; vgl. Urk. 7/73/48) sei unbefriedigend, schliesse aber immerhin invasivere Behandlungsversuche aus. Trotz dieser allgemeinen Unsicherheit seien im Moment die Beschwerden überwiegend organisch erklärbar, ohne eine genaue neurologische und psychiatrische Ursache angeben zu können. Es bestünden eine Tenosynovitis der Peronealsehnen und ein Spaltriss der Peroneus brevis Sehne. Die Geh- und Stehfähigkeit sei eingeschränkt (Urk. 7/73/50).

Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Reinigungsmitarbeiterin sei der Beschwerde führerin seit dem Unfall vom 5. Mai 2011 nicht mehr zumutbar, da sie mit dem Auto zu den Arbeiten habe fahren müssen, was angesichts der gezeigten Funktionseinschränkung am rechten Fuss zu gefährlich sei und deshalb unterbleiben müsse. Aus orthopädischer Sicht sei die Beschwerde führerin in einer adaptierten Tätigkeit bezogen auf ein 100%-Pensum zu 80 % arbeitsfähig. Die Leistungseinbusse von 20 % ergebe sich infolge schmerzbedingter Einschränkung des Rendements. Man müsse davon ausgehen, dass die Stockbenutzung von der Beschwerde führerin ausgehe, eine Umgewöhnung auf einen Handstock oder gar die gänzliche Abgewöhnung sei erfolglos gewesen. Verneine man die Notwendigkeit des Stockgebrauchs, sei eine adaptierte Tätigkeit möglich, aber nicht in der Reinigung. Weder aus allgemein-internistischer und neurologischer, noch aus psychiatrisch-versicherungsmedizinischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Polydisziplinär sei die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsfähig in einer sitzenden Tätigkeit, bei der nur gelegentliche Positionswechsel möglich seien, eventuell mit einer schmerzbedingten Einschränkung der Leistungsfähigkeit im Umfang von 20 % . Es müsse betont werden, dass der Gesundheitszustand nicht stabil sei. Die Beschwerdeführerin leide an einer rezidivierenden depressiven Störung und habe dabei aktuell eine mittel gradige depressive Episode, bei welcher es sich um eine agitierte depressive Episode handle. Da

die Erkrankung jedoch durch die Schmerzen und deren langjährigen Verlauf ohne wesentliche Verbesserung und die unsichere berufliche Zukunft verursacht worden sei, handle es sich insgesamt auch noch um eine reaktive depressive Episode. Diese sei mittels einer Willensanstrengung überwindbar (Urk. 7/73/51-52). Die Prognose sei infolge der Chronifizierung des Schmerzsyndroms und der eigenen Krankheitsüberzeugung der Beschwerdeführerin eher verhalten (Urk. 7/73/53).

E. 2.7

Dr. med. G.____, Arzt für Allgemeine Medizin FMH, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) der Beschwerdeführerin hielt in der Stellungnahme vom 23. Juni 2014 (Urk. 7/75/5 - 6) fest, gestützt auf das Gutachten der MEDAS E.____ sei von einer Arbeitsfähigkeit von 0% in der bisherigen Tätigkeit als Reinigungsmitarbeiterin auszugehen, da die Beschwerdeführerin nicht mehr fahrtauglich sei und kaum normal gehen könne. Diese unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit könne der Beschwerdeführerin ab Unfalldatum (19. Mai 2011) attestiert werden. Zuvor sei sie ab dem 5. Mai 2011 krankheitsbedingt arbeitsunfähig gewesen, so dass der Beginn der Arbeitsunfähigkeit auf den 5. Mai 2011 festgelegt werden könne. Für eine angepasste, überwiegend sitzende Tätigkeit, mit nur ganz seltenen Positionswechseln mit Gehen sei eine Arbeitsfähigkeit für eine vollschichtige Tätigkeit mit einer Leistungsfähigkeit von 80% gegeben. Diese Arbeitsfähigkeit sei jeweils im Zeitraum der Operationen für ca.

2-3 Monate auf 0% vermindert gewesen, ansonsten habe sie aber ebenfalls seit dem Unfall vom 19. Mai 2011 Bestand.

3.

E. 3

Eventualiter zu Ziff. 2 seien weitere gutachterliche Sachverhaltsabklärungen in rheumatologischer und orthopädischer Sicht zu tätigen.

E. 3.1

Das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS E.____ vom 19. Juni 2014 (Urk. 7/73) beantwortet die gestellten Fragen umfassend, berücksichtigt die von der Beschwerdeführerin geklagten Beeinträchtigungen, wurde in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den Vorakten erstellt und ist in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtend. Ebenso wurden die gezogenen Schlussfolgerungen in nachvollziehbarer Weise hergeleitet. Das Gutachten wird damit den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme (E. 1.4) gerecht. Ihm ist volle Beweis kraft zu zuerkennen, falls keine konkreten Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertisen sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb).

E. 3.2

Soweit die Beschwerdeführerin in

geltend macht, es handle sich beim Gutachten lediglich um eine Momentaufnahme und es sei unberücksichtigt geblieben, dass ihr Gesundheitszustand unstrittig instabil sei, ist festzuhalten, dass zur Annahme einer rentenbegründenden Arbeitsunfähigkeit eine dauerhafte Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit vorliegen muss, wogegen aufgrund vorübergehender Einschränkungen der Arbeits resp. Erwerbsfähigkeit kein Rentenanspruch ent

steht (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG in Verbindung mit Art. 29 ter der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV] und Art. 28 Abs. 1 lit. c IVG) . Es erscheint denn auch die Einschätzung von RAD-Arzt Dr. G.____ in seiner Stellungnahme vom 23. Juni 2014 (Urk. 7/75/4-5) plausibel, wonach die Arbeitsfähigkeit lediglich nach den operativen Eingriffen am rechten Fuss während rund 2-3 Monaten vollständig eingeschränkt , ansonsten die Beschwerdeführerin aber im von den Gutachtern attestierten Umfang arbeitsfähig gewesen sei. So zeigte sich gemäss dem vom 8. Mai 2012 datierten Bericht der Klinik für Unfallchirurgie des A.____ , wo am 17. April 2012 die erste Operation (Spaltung der Sehnenscheide und Synovektomie) stattgefunden hatte, anlässlich der Verlaufskontrolle vom 7. Mai 2012 aus Sicht der Ärzte ein zufriedenstellendes postoperatives Resultat. Sie hätten mit der Beschwerdeführerin besprochen, dass ab sofort eine Vollbelastung des Fusses möglich sei (Urk. 7/13/8). Die Ärzte der Uniklinik D.____ , in welcher die Beschwerdeführerin am 21. Januar 2013 ein zweites Mal operiert worden war, hielten im Bericht vom 14. Juni 2013 betreffend die Konsultation vom 19. März 2013 fest, bei konsolidiertem Osteotomiespalt sei eine Steigerung der Belastung bis auf Vollbelastung möglich (Urk. 7/42/6). Im Operationsbericht der Klinik für Plastische Chirurgie und Handchirurgie des A.____ vom 3. September 2014 betreffend die gleichentags durchgeführte (dritte) Operation wurde zum Procedere lediglich festgehalten, dass nebst Analgesie bei Bedarf und regelmässigen Wundkontrollen beim Hausarzt eine Stockentlastung „für zwei Wochen“ und für diese Zeit eine Thromboembolieprophylaxe vorzunehmen sei (Urk. 3/7). Dass im Anschluss an diese Operation unerwartete Komplikationen aufgetreten sind, wurde von der Beschwerdeführerin nicht geltend gemacht.

Wie bereits ausgeführt (E. 1.5) ist bei den Beurteilungen der behandelnden Ärzte dem Umstand Rechnung zu tragen, dass sie mitunter im Hinblick auf ihre auf tragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen. Vorliegend ist insbesondere zu berücksichtigen, dass die von der Beschwerdeführerin zitierten Arztberichte der behandelnden Ärzte der Uniklinik D.____ sowie des A.____ (Urk. 1 S. 3 ff.) ihr in der Regel - für eine befristete Zeit - eine Arbeitsunfähigkeit bescheinigen , aber keine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit vornehmen, sondern sich auf die unstrittig nicht mehr geeigneten Tätigkeiten als Serviceangestellte und Reinigungskraft beziehen (vgl. insbesondere den Bericht der Uniklinik D.____ vom 26. September 2013, Urk. 7/55/2-3). Die behandelnden Ärzte der Rehaklinik F.____ äusserten sich hingegen auch zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in einer angepassten Tätigkeit, wobei sie eine solche aus unfallkausaler, somatisch-organischer Sicht als ganztags zumutbar erachteten (vgl. Austrittsberichte der Rehaklinik F.____ vom 21. März 2012 [Urk. 7/13/29] und vom 8. Oktober 2013 [Urk. 7/55/13]).

Die Beschwerdeführerin bezeichnet die Einschätzung der Gutachter im Weiteren als unrealistisch und weltfremd, wonach sie eine sitzende Tätigkeit, bei der nur gelegentliche Positionswechsel möglich seien , in einem 100%-Pensum mit einer höchstens 20%igen Einschränkung der Leistungsfähigkeit ausüben könne. Inwiefern sie aufgrund des Umstandes, dass sie bisher hauptsächlich mit Stehen und Gehen verbundene Erwerbstätigkeiten ausübte , in einer sitzenden Tätigkeit Einschränkungen erleiden sollte, ist nicht ersichtlich. Die Frage, inwieweit die Verwertung der von den Gutachtern attestierten Arbeitsfähigkeit auf dem Arbeitsmarkt möglich ist, ist sodann nicht von den medizinischen Experten selber zu beantworten , sondern dies ist vielmehr von der

Beschwerde gegnerin zu prüfen. Ob die adaptierte Tätigkeit so eng umschrieben worden ist, dass deren Verwertung als nicht mehr realistisch erscheint, ist mithin auch im vorliegenden Verfahren zu prüfen, deren Bejahung kann aber jedenfalls nicht dazu führen, dass das Gutachten deswegen als mangelhaft zu bezeichnen wäre.

E. 3.3

.1

Gemäss der psychiatrischen Beurteilung der MEDAS E. ____

leidet die Beschwerdeführerin an einer rezidivierenden depressiven Störung und hat aktuell eine mittelgradige depressive Episode. Bei dieser handle es sich, da die Beschwerdeführerin vor allem angespannt und unruhig sei, um eine agitierte depressive Episode. Die depressive Episode sei eine Folge der Schmerzen, der langjährigen Krankheitsgeschichte mit vielen Behandlungen, die zu keiner wesentlichen Verbesserung der Schmerzen geführt hätten, und der unsicheren beruflichen Zukunft, womit es sich insgesamt um eine reaktive depressive Episode handle. Die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung oder einer chronischen Schmerzstörung könne nicht gestellt werden, auch wenn die Beschwerdeführerin Schmerzen habe, die nicht ausreichend somatisch erklärbar seien. Hinweise auf weitere psychiatrische Erkrankungen lägen nicht vor (Urk. 7/73/38-39). Die Beschwerdeführerin habe einen eingeschränkten Antrieb, sei angespannt und unruhig, und ihre Konzentrationsfähigkeit und Aufmerksamkeit nähmen im Laufe des Gespräches ab. Diese Symptome seien alle im Rahmen der agitierten depressiven Episode anzusehen. Die Beschwerdeführerin habe jedoch einige Ressourcen. Sie besuche eine ambulante Psychotherapie und erhalte psychiatrische Medikamente. Sie sei ausserdem sozial gut integriert und gehe auch in eine Behandlung ihrer verschiedenen körperlichen Beschwerden. Da es sich bei der depressiven Episode um eine reaktive Episode handle, sei die Erkrankung aus versicherungsmedizinischer Sicht alleine mittels einer Willensanstrengung überwindbar (Urk. 7/73/39-40).

E. 3.3.2

Zu dieser Beurteilung ist vorab festzuhalten, dass eine depressive Symptomatik nicht allein wegen einer medizinischen Konnexität zu einem Schmerzleiden ihre Bedeutung als potentiell invalidisierendes Leiden verliert (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 7.2.1 mit Hinweisen). Es ist jedoch zu berücksichtigen, dass nach der - in BGE 141 V 281 bestätigten

Rechtsprechung des Bundesgerichtes psychische Störungen grundsätzlich nur als invalidisierend gelten, wenn sie schwer und therapeutisch nicht (mehr) angebar sind (Urteil des Bundesgerichtes 8C_614/2015 vom 15. Dezember 2015 unter Hinweis auf BGE 141 V 281 E. 4.3.1); leichte bis höchstens mittelschwere Störungen aus dem depressiven Formenkreis sind gemäss bundesgerichtlicher Praxis in der Regel therapierbar und führen zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 7.2.1 mit Hinweisen).

Aus den Akten geht hervor, dass sich die Beschwerdeführerin auf Veranlassung der Rehaklinik F. ____ ab dem 26. März 2012 in Behandlung bei Psychologin Z. ____ begab (vgl. E. 2.1). Gemäss deren Angaben im der Beschwerdegegnerin im Juni 2012 eingereichten Bericht (vgl. E. 2.1) bestand die damalige Behandlung in einer Schmerzbehandlung (Urk. 7/7/2). Gemäss dem Bericht von Psychologin Z. ____ an die SUVA vom 2. Dezember 2012

hatten bis dahin 10 Sitzungen statt gefunden, nunmehr in monatlichen Abständen (Urk. 3/8/152). Laut den Angaben der Beschwerdeführerin anlässlich der Haushaltabklärung im April 2013 suchte sie Psychologin Z.____ damals zweimal, gemäss ihren Angaben anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 12. August 2013 ein- bis zweimal pro Monat auf (Urk. 7/25/2 und Urk. 7/55/8). Im Bericht der Rehaklinik F.____ vom 26. September 2013 betreffend das dort durchgeführte psychosomatische Konsilium wurde angeführt, die Beschwerdeführerin sei während ihres Aufenthaltes intensiv psychologisch begleitet worden, wobei vor allem an der depressiven Thematik und am Schmerz Umgang gearbeitet worden sei. Eine ambulante Psychotherapie sei weiterhin indiziert. Die Beschwerdeführerin werde nach ihrem Austritt die Gespräche bei Psychologin Z.____ wieder aufnehmen. Allenfalls sei längerfristig auch ein Aufenthalt in einer psychosomatischen Klinik in Betracht zu ziehen. Ferner wünsche sich die Beschwerdeführerin eine zusätzliche psychiatrische Unterstützung durch med. pract. I.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, in J.____ (Urk. 7/55/20-21). Anlässlich der Begutachtung in der MEDAS E.____ im Mai 2014 gab die Beschwerdeführerin an, dass sie vor ca. zwei Jahren Psychologin Z.____ aufgesucht habe, wo sie alle ein bis zwei Wochen hingegangen sei. Seit Oktober 2013 gehe sie zu Psychiater I.____, ebenfalls alle ein bis zwei Wochen, und erhalte von ihm Medikamente (Saroten 50mg Kapseln, Truxal 15mg Tabletten und Temesta expidet 1,0mg Tabletten). Die im Mai 2014 durchgeführten Laboruntersuchungen ergaben jedoch, dass der im Saroten enthaltene Wirkstoff Amitriptylin unterhalb des therapeutischen Bereiches lag, ebenso auch der im Truxal enthaltene Wirkstoff Chlorprothixen (Urk. 7/73/33 und 7/73/63). Vor diesem Hintergrund kann nicht gesagt werden, dass die zumutbaren Behandlungsmöglichkeiten der – reaktiven – Depression bislang optimal und nachhaltig ausgeschöpft wurden. Demnach fehlt es an einer konsequenten Depressionstherapie, welche das – reaktive – depressive Leiden als resistent ausweisen würde (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.3). Die diagnostizierte depressive Störung ist demnach – mit dem psychiatrischen Gutachter der MEDAS E.____ – als nicht invalidisierend zu betrachten.

E. 3.4

Es ist damit davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin zumindest

in einer überwiegend sitzenden Tätigkeit, mit nur gelegentlichen Positionswechseln und ohne Zwangshaltungen des rechten Fusses, vollschichtig arbeiten kann und dabei schmerzbedingt eine Einschränkung in der Leitungsfähigkeit von 20 % erleidet. Es ist zwar zutreffend, dass es unter den sitzenden Tätigkeiten solche gibt, welche mit häufigen Positionswechseln und mit Zwangshaltungen verbunden sind. Es lässt sich allerdings nicht feststellen, dass auf dem hypothetisch ausgeglichenen Arbeitsmarkt (vgl. E. 1.6) keine Arbeitsstellen vorhanden sind, welche überwiegend sitzend und ohne Zwangshaltungen des rechten Fusses ausgeübt werden können. An solchen Arbeitsstellen ist in der Regel weder das Besteigen von Leitern noch repetitives Treppensteigen erforderlich. 4.

E. 4

Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zuzüglich der Mehrwertsteuer zu Lasten der Beschwerdegegnerin.“

Die IV-Stelle ersuchte am 1. Dezember 2014 um Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), was der Versicherte am 2. Dezember 2014 mitgeteilt wurde (Urk. 8). Mit Eingabe vom 27. August 2015 liess die Versicherte rückwirkend um unentgeltliche Rechtspflege im

vorliegenden Beschwerdeverfahren ersuchen (Urk. 11). 3.

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 4.1

Es ist unstrittig davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin ohne Eintritt des Gesundheitsschadens zu 70 % einer Erwerbstätigkeit als Reinigungsmitarbeiterin nachgehen und sich im Umfang von 30 % den Aufgaben im Haushalt widmen würde. Da die Beschwerdeführerin an ihrer letzten Arbeitsstelle bei der Y.____ GmbH nach Arbeitsanfall beschäftigt wurde, ist es nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin das Valideneinkommen anhand der Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (LSE) ermittelt hat (vgl.

Urk. 7/74). Der Zentralwert für mit einfachen und repetitiven Tätigkeiten beschäftigten Frauen in sonstigen persönlichen Dienstleistungen im privaten Sektor betrug im Jahre 2010 Fr. 3'524.-- pro Monat bei 40 Arbeitsstunden pro Woche (LSE 2010, Tabelle TA 1, S. 27, Ziff. 96), was unter Berücksichtigung einer betriebsüblichen Arbeitszeit von 41,

E. 4.2

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflicherwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzieltetes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 126 V 75 E. 3b/aa und bb, vgl. auch BGE

129 V 472 E. 4.2.1). Für die Invaliditätsbemessung wird praxisgemäss auf die standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) abgestellt (BGE 129 V 472 E.

E. 4.2.1

mit Hinweis), wobei jeweils vom sogenannten Zentralwert (Median) auszugehen ist. Bei der Anwendung der Tabellengruppe A gilt es ausserdem zu berücksichtigen, dass ihr generell eine Arbeitszeit von 40

Wochenstunden zugrunde liegt, weshalb der massgebliche Tabellenlohn auf die entsprechende betriebsübliche Wochenarbeitszeit aufzurechnen ist (BGE 129 V 472 E. 4.3.2, 126 V 75 E. 3b/bb, 124 V 321 E. 3b/aa; AHI 2000 S. 81 E. 2a).

Zur Bestimmung des Invalideneinkommens auf der Grundlage der LSE kann

ausnahmsweise der Lohn eines einzelnen Sektors („Produktion“ oder „Dienstleistungen“) oder gar einer bestimmten Branche herangezogen werden, wenn es als sachgerecht erscheint, um der im Einzelfall zumutbaren erwerblichen Verwertung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit Rechnung zu tragen, namentlich bei Personen, die vor der Gesundheitsschädigung lange Zeit im betreffenden Bereich tätig gewesen waren und bei denen eine Arbeit in anderen Bereichen kaum in Frage kommt (SVR 2008 IV Nr. 20 S. 63, 9C_237/2007 E.

5.1; Urteil des Bundesgerichts 9C_667/2013 vom 29. April 2014 E. 5.3). Ein solcher Ausnahmefall liegt nicht vor.

E. 4.3

Der Zentralwert für die mit einfachen und repetitiven Aufgaben beschäftigten Frauen betrug im Jahre 2010 im privaten Sektor Fr. 4'225.-- pro Monat bei 40 Arbeitsstunden pro Woche (LSE 2010, Tabelle TA 1, S. 26), was unter Berücksichtigung einer betriebsüblichen Arbeitszeit von 41,6 Stunden pro Woche (Bundesamt für Statistik, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Tabelle T 03.02.03.01.04.01) ein hypothetisches Einkommen von monatlich Fr. 4'394.-- bzw. Fr. 52'728.-- pro Jahr (mal 12) ergibt. Angepasst an den Nominallohnindex für Frauen (vgl. Bundesamt für Statistik, Tabelle T.1.93: 2010 = 127.4, 2012 = 129.9) beträgt das Einkommen im Jahr 2012 Fr. 53'762.70 bzw. bei einem Pensum von 70 %

Fr. 37'633.90. Entgegen der von der Beschwerdegegnerin offenbar vertretenen Auffassung (vgl. Urk. 7/74 und Urk. 2) dürfte die Beschwerdeführerin die von den Gutachtern – eventuell – attestierte schmerzbedingte Einschränkung der Leistungsfähigkeit im Umfang von 20 % auch dann erleiden, wenn sie das bisherige Pensum von 70 % verzieht. Der genannte Tabellenlohn für ein 70%iges Pensum von Fr. 37'633.90 ist dementsprechend um 20 % auf Fr. 30'107.10 zu reduzieren. Bei Berücksichtigung einer – generellen – Leistungsminderung von 20 % ist ihr, wenn überhaupt, ein leidensbedingter Abzug von maximal 5 % zu gewähren. Weitere Abzugsgründe, namentlich auch der Abzugsgrund der Teilzeitbeschäftigung, sind nicht gegeben. Das hypothetische Invalideneinkommen 2012 ist demnach auf mindestens Fr. 28'601.75 (= 0,95 x 30'107.10) festzusetzen. Verglichen mit dem hypothetischen Valideneinkommen von Fr. 31'476.60 resultiert eine Einkommenseinbusse von Fr. 2'875.

E. 4.4

Im Haushalt besteht laut Abklärungsbericht der Beschwerdegegnerin vom 24. April 2013 (Urk. 7/25) eine Einschränkung von insgesamt 27 %, was überzeugend erscheint und denn von der Beschwerdeführerin auch nicht gerügt wird.

E. 4.5

Bei einem (ungewichteten) Invaliditätsgrad im Erwerbsbereich von maximal 9 % und einer (ungewichteten) Einschränkung im Haushaltbereich von 27 % liegt der Gesamtinvaliditätsgrad jedenfalls unter 40 %, und es besteht kein Rentenanspruch. Ebenso wenig ergäbe sich ein Invaliditätsgrad von mindestens 40 %, wenn davon ausgegangen würde, dass die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall zu mehr als 70 % erwerbstätig wäre, zumal der Beschwerdeführerin aus medizinisch-theoretischer Sicht in einer behinderungsangepassten Tätigkeit die Ausübung eines 100%-Pensums zumutbar ist und sich im Erwerbsbereich somit an der Berechnung gemäss E. 4.3 nichts ändern würde. 5.

Zusammenfassend ergibt sich, dass die Beschwerdegegnerin den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin

im Ergebnis zu Recht verneint hat, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist. 6.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 6.1

Gemäss § 16 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgerichts (GSVGer) wird e
iner Partei, der die nötigen Mittel fehlen und deren Begehren nicht of fensichtlich
aussichtslos erscheint, in kostenpflichtigen Verfahren auf Gesuch die Bezahlung von
Verfahrenskosten erlassen. Auch wird ihr gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung auf Gesuch
eine unentgeltliche Rechtsvertretung bestellt, wenn sie nicht in der Lage ist, ihre Rechte im
Verfahren selbst zu wahren. Die Entschädigung der unentgeltlichen Rechtsvertretung
richtet sich gemäss § 8 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen
vor dem Sozial versicherungsgericht (GebV

SVGer) nach § 7, in dessen Absatz 1 festgehalten ist, dass für unnötigen oder
geringfügigen Aufwand einer Partei keine Partei entschädigung zugesprochen wird.

E. 6.2

2

Soweit sich das Gesuch vom 27. August 2015 auf die unentgeltliche Rechtsver tretung
bezieht und diese ab dem Zeitpunkt der ablehnenden Verfü gung der Beschwerdegegnerin
vom 15. Oktober 2014 beantragt wird (Urk. 11) , ist darauf hin zuweisen, dass die
entsprechende Bewilligung gemäss kantonalzürcherische r

Praxis und im Einklang mit dem nach § 28 lit. a GSVGer

sinngemäss anwend baren Art. 119 Abs. 4 der Zivilprozessordnung (ZPO) sowie dem
Bundesge richtsurteil

8C_83/2008 vom 9. Dezember 2008 E. 4.2.4 grundsätzlich erst ab Stellung des Begehrens
erfol gt und somit erst ab dem 27. August 2015 in Betracht fällt. Zu diesem Zeitpunkt war
der Schriftenwechsel bereits durchge führt und erfolgten von Seiten der
Beschwerdeführerin keine prozessualen Schritte mehr. Folglich kommt angesichts des
Zeitpunkts des Gesuchs und der zitierten § 7 Abs. 1 und § 8 GebV

SVGer eine Entschädigung an den Rechtsver treter der Beschwer deführerin von vornherein
nicht in Betracht, weshalb von seiner Bestellung zum unentgeltlichen Rechtsbeistand auf
jeden Fall ab zusehen ist. 7.

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist abweichend von Art. 61 lit. a ATSG das Be
schwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweige rung von
IV-Leistungen vor dem kan to nalen Versicherungsgericht kosten pflichtig. Die Kosten
werden nach dem Ver fahrensaufwand und unabhängig vom Streit wert im Rahmen von
200 1000 Franken festgelegt.

Die Gerichtskosten sind auf Fr. 600.-- festzusetzen und ausgangsgemäss der
Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht beschliesst:

Das Gesuch der Beschwerdeführerin vom 27. August 2015 um unentgeltliche Rechtsver
tretung

und unentgeltliche Prozessführung wird abgewiesen. Sodann erkennt das Gericht: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Felix Hollinger - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

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

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

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

E. 6.2.1

Wie sich aus den Akten der Beschwerdegegnerin ergibt, verfügten die Beschwerdeführerin und ihr Ehemann im Januar 2014 über Einnahmen von total Fr. 7'430.-- pro Monat, weshalb die Beschwerdegegnerin völlig zu Recht die Mittellosigkeit verneinte (Urk. 7/62). Selbst wenn von dem von der Beschwerdeführerin geltend gemachten erweiterten Notbedarf von Fr. 6'537.45 auszugehen gewesen wäre, hätte immer noch ein Überschuss von rund Fr. 900. resultiert, aus welchem die Prozesskosten ohne Weiteres bezahlt werden können (Urk. 7/63).

Im Formular zur Abklärung der prozessualen Bedürftigkeit vom 25.

August 2015 (Urk. 12) gibt die Beschwerdeführerin an, sie und ihr Ehemann verfügten lediglich noch über die Invalidenrente ihres Ehemannes in der Höhe von Fr. 1'900.-- pro Monat. Über ihre Einnahmen hat sie aber keinen Beleg eingereicht, insbesondere fehlt es auch an einer Bescheinigung, wonach sie bzw. ihr Ehemann im Jahr 2014 offenbar noch ausgerichtete Sozialversicherungsleistungen nicht mehr erhalten. Laut Bescheinigung des Steueramtes der Stadt J.____ vom 25. August 2015 (Urk.

E. 8

5 bzw. ein Invaliditätsgrad von maximal

E. 9

%.

E. 12

(, letztes Blatt) verfügten die Beschwerdeführerin und ihr Ehemann im Jahr 2014 über ein Rein-Einkommen von Fr. 72'200.--. Es ist damit in keiner Art und Weise belegt, dass die Beschwerdeführerin und ihr Ehemann lediglich noch über monatliche Einkünfte von

insgesamt Fr. 1'900.-- verfügen, womit die Mittellosigkeit der Beschwerdeführerin nicht ausgewiesen und das Gesuch um Gewährung der unentgeltlichen Rechtsvertretung und unentgeltliche Prozessführung abzuweisen ist.

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