

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00187 vom 25. April 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-04-25, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00187

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00187 du 25 avril 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00187 del 25 aprile 2016

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1965, verheiratet und Mutter von drei Kindern mit Jahrgang 1991, 1992 und 1996, arbeitete bis Mai 2012 auf privater Basis (bei fünf Familien) als Raumpflegerin mit einem Pensum von 50 %. Es erfolgten zwei Operationen an der Wirbelsäule (im Mai 2012) und an den Schultern (im Dezember 2012; Urk. 10/12, Urk. 10/20). Nach einer Meldung zur Früherfassung (Urk. 10/10) und einem Gespräch (Urk. 10/12), meldete sich die Versicherte am 25. Februar 2013 unter Hinweis auf chronische Schmerzen in der Wirbelsäule und Schulter (bestehend seit 2010) bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung (Berufliche Integration, Rente) an (Urk. 10/15). Die IV-Stelle nahm medizinische Abklärungen vor (Urk. 10/21, Urk. 10/23, Urk. 10/27, Urk. 10/30-32), zog IK-Auszüge (Urk. 10/3, Urk. 10/22) bei und veranlasste eine psychiatrisch/orthopädische Abklärung durch die Ärzte des Regionalen Ärztlichen Dienstes ([RAD];

Urk. 10/33-34). Die Eingliederungsberatung wurde aufgrund des Vorranges medizinischer Massnahmen abgeschlossen (Urk. 10/19, Urk. 10/20/2). Am 5. Februar 2014 wurde die Einschränkung in Beruf und Haushalt erhoben (Urk. 10/36).

Mit Vorbescheid 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). 1.

E. 1.3

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger

Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen).

E. 1.4

Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig und daneben im Aufgabenbereich tätig sind, wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG festgelegt. Danach wird darauf abgestellt, in welchem Masse sie unfähig sind, sich im Aufgabenbereich zu betätigen. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit 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).

Ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist, 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

der Verordnung über die Invalidenversicherung; IVV). Die gemischte Methode bezweckt damit eine möglichst wirklichkeitsgerechte Bemessung des Invaliditätsgrades (BGE 133 V 504 E. 3.3 mit Hinweisen).

E. 1.5

Die von einer qualifizierten Person durchgeführte Abklärung vor Ort (nach Massgabe des Art. 69 Abs. 2 IVV; vgl. auch Rz 3084 ff. des Kreisschreibens des Bundesamtes für Sozialversicherungen [BSV] über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung [KSIH]) stellt für gewöhnlich die geeignete und genügende Vorkehrung zur Bestimmung der gesundheitlichen Einschränkung im Haushalt dar (Urteil des Bundesgerichts 9C_201/2011 vom 5. September 2011 E.

2, in: SVR 2012 IV Nr. 19 S. 86).

Für den Beweiswert eines Berichtes über die Abklärung im Haushalt einer versicherten Person sind – analog zur Rechtsprechung betreffend die Beweiskraft von Arztberichten (BGE 125 V 351 E. 3a mit Hinweis) – verschiedene Faktoren zu berücksichtigen: Es ist wesentlich, dass der Bericht von einer qualifizierten Person verfasst wird, die Kenntnis von den örtlichen und räumlichen Verhältnissen sowie den aus den medizinischen Diagnosen sich ergebenden Beeinträchtigungen und Behinderungen hat. Weiter sind die Angaben der versicherten Person zu berücksichtigen, wobei divergierende Meinungen der Beteiligten im Bericht aufzuzeigen sind. Der Berichtstext schliesslich muss plausibel, begründet und angemessen detailliert bezüglich der einzelnen Einschränkungen sein und in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben stehen. Trifft all dies zu, ist der Abklärungsbericht voll beweiskräftig (AHI 2003 S. 218 E. 2.3.2 [in BGE 129 V 67 nicht veröffentlichte Erwägung]; Urteil des Bundesgerichts I 733/03 vom 6. April 2004 E. 5.1.2; vgl. auch BGE 130 V 61 E. 6.2 und 128 V 93 E. 4 betreffend Abklärungsberichte im Zusammenhang mit der Hauspflege und Hilflosigkeit).

E. 1.6

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a).

E. 1.7

Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxisgemässen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1) genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (BGE 137 V 210 E. 1.2.1). Allerdings kann auf das Ergebnis ver sicherungsinterner ärztlicher Abklärungen – zu denen die RAD-Berichte gehören – nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (Urteil des Bundesgerichts 8C_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4.2 mit Hinweisen auf BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7). 2.

E. 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. 2.1

Die Beschwerdegegnerin stellt sich in der Verfügung vom 8. Januar 2015 (Urk. 2) auf den Standpunkt, die Beschwerdeführerin sei seit dem 8. Mai 2012 in ihrer Arbeitsbeziehungswise Leistungsfähigkeit erheblich eingeschränkt. Ohne Gesundheitsschaden würde

sie

ihrer Tätigkeit als Reinigungskraft weiterhin zu einem Pensum von 80 %

nachgehen. Die restlichen 20 % entfielen in den Aufgabenbereich. Aufgrund der medizinischen Beurteilung sei der Beschwerdeführerin eine behinderungsangepasste Tätigkeit (mit körperlich leichter wechselbelastender Tätigkeit, ohne regelmässige Hebe- und Tragebelastungen über zehn Kilogramm, ohne Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, ohne häufiges Treppensteigen, ohne häufige wirbelsäulenbelastende und schulterbelastende Tätigkeiten, daher auch ohne Stoss-, Schlag- und Vibrationsbelastungen des Schultergürtels sowie ohne dauerhafte Arbeiten über Kopf- und Schulterhöhe) zu 100 %

zumutbar. Im Haushalt sei die Beschwerdeführerin zu 29 % eingeschränkt. Aus den beiden Bereichen ergebe sich ein Invaliditätsgrad von 6 %, weshalb kein Rentenanspruch bestehe (S. 3).

In der Beschwerdeantwort vom

17. März 2015 ergänzte sie, dass der Fehler in Ziffer zehn des Berichtes in der RAD-Stellungnahme vom April 2014 berücksichtigt und korrigiert worden sei. Es ergäben sich keine Hinweise, dass die übrigen Ausführungen des Berichtes fehlerhaft sein könnten (Urk. 9).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin machte geltend, es sei unbestritten, dass sie ihre angestammte Tätigkeit als Reinigungskraft aufgrund ihres Gesundheitsschadens nicht mehr ausüben könne. Weiter führte sie aus, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt stünden realistischere keine geeigneten Arbeitsstellen zur Verfügung, an denen die attestierte theoretische Arbeitsfähigkeit noch verwertet werden könne (Urk. 1 S.

3 f.). Zudem sei die RAD-Beurteilung fehlerhaft, da sie (teilweise) nicht sie, die Beschwerdeführerin, betreffe. Ausserdem hätten sich anlässlich der neurologischen Abklärung am Y.____ vom April 2014 neue medizinische Erkenntnisse ergeben, welche im Zeitpunkt der Untersuchung durch den RAD nicht bekannt gewesen seien und im Rahmen einer externen Begutachtung berücksichtigt werden müssten (Urk. 1 S. 4).

Auf Zuweisung der Ärzte des Y.____ war die Beschwerdeführerin vom 3. bis 23. Juni 2011 in der Z.____ hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 24. Juni 2011 (Urk. 10/27/37-41) wurden folgende Diagnosen genannt (S. 1): - Chronisch-rezidivierendes lumboradikuläres Schmerzsyndrom L4/L5 und leichtgradiges Ausfallsyndrom L5(L4) rechts - unter anderem - mit/bei - Rezessalstenose L4/L5 rechts bei mittelgrosser, paramedianer rechts gelegener Diskushernie - Haltungsinsuffizienz und muskuläre Dysbalance - Mediale Knieschmerzen rechts - Chronisches cervikovertebrales bis spondylogenes Schmerzsyndrom rechtsbeidseitig - Periarthropathia

humeroscapularis (PHS) rechts - Zentraler Schmerz - Windup Die Ärzte hielten fest, dass die Rehabilitation subjektiv nur zu einer leichten Besserung geführt habe, obwohl objektiv eine deutliche Leistungssteigerung zu verzeichnen gewesen sei. Während der stationären Behandlung wurde eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bescheinigt (S. 4).

Die Ärzte des Y.____, Departement Chirurgie, Schulter-Sprechstunde, nannten in ihrem Bericht vom 22. April 2013 (Urk. 10/23) folgende Diagnosen (S. 1): - Postoperative adhäsive Kapsulitis und verzögerter Rehabilitationsverlauf auf Schulter rechts bei - Status nach offener Rekonstruktion der Rotatorenmanschette (Supraspinatus / Intervall) und Tenotomie lange Bicepssehne rechts vom 04.12.2012 (vgl. dazu Urk. 10/27/20-21) - ausgedehnte Tendinopathie /interstitielle Läsion SSP im Rahmen eines chronischen subacromialen Impingements und Somatisierungstendenz - Akute Tendinitis lange Bicepssehne Schulter links

Als Nebendiagnosen nannten sie: - Chronisches Schmerzsyndrom mit/bei - verzögertem, äusserst schmerzhaftem, postoperativem Verlauf an der rechten Schulter - neu aufgetretenen Schulterschmerzen links - chronischen Rückenschmerzen sowie Hüft-/Beinschmerzen rechts - Status nach Reccessotomie L4/L5 rechts am 08.05.2012 (vgl. dazu Urk. 10/27/33-34)

Sie führte aus, es bestünde immer noch eine massiv eingeschränkte Schultergelenksbeweglichkeit, entsprechend bestehe immer noch eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit für jegliche Haushalts- und Reinigungsarbeiten. Momentan seien nur

leichtere Belastungen für den rechten Arm, beziehungsweise Schulter unterhalb der Brusthöhe möglich und selbst repetitive Wischbewegungen würden unweigerlich zu Schmerzexazerbation führen. Somit sei die Beschwerdeführerin sowohl im Haushaltsbereich als auch in ihrem Erwerbsbereich als Haushalts- und Reinigungshilfe aus schulterorthopädischer Sicht immer noch zu 100 % arbeitsunfähig. Inwiefern in Zukunft eine Steigerung dies bezüglich möglich sei, werde der weitere Schmerzverlauf zeigen, könne aber zum jetzigen Zeitpunkt nicht abgeschätzt werden. Eine Rehabilitation einer postoperativen, adhäsiven Kapsulitis

könne nicht selten ein bis eineinhalb Jahre in Anspruch nehmen (S. 2).

Im Zeugnis vom 8. Mai 2013 (Urk. 10/21) und in den Berichten vom 18. Juni 2012 (Urk. 10/27/29) und 13. März 2013 (Urk. 10/27/16-17)

wurde im Nachgang zu den Operationen jeweils eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt, zuletzt bis 28. April 2013. 3. 3

Der behandelnde Dr. med. A. ____, Facharzt Allgemeine Innere Medizin, nannte in seinem Bericht vom 28. Juni 2013 (Urk. 10/27/2-4) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 2): - Exacerbiertes chronisches lumbospondylogenes Syndrom (bestehend seit Februar 2010) - Status nach Recessotomie L4/L5 rechts am 08.05.2012 bei Diskushernie L4/5

- Postoperative adhäsive Kapsulitis und verzögerter Rehabilitationsverlauf Schulter rechts (bestehend seit September 2011)

bei - offene Rekonstruktion der Rotatorenmanschette und Tenotomie lange Bicepssehne rechts 04.12.2012 - ausgedehnte Tendinopathie SSP im Rahmen eines chronischen subacromialen

Impingements - Cervicospondylogenes Schmerzsyndrom (bestehend seit 2011) - Chronisches Schmerzsyndrom mit Somatisierungstendenz - verzögertem, äußerst schmerzhaftem, postoperativem Verlauf der rechten Schulter - neu aufgetretenen Schulterschmerzen links - chronischen Rückenschmerzen sowie Hüft-/Beinschmerzen rechts

Keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit mass er folgende Diagnosen bei : - Gonarthrose rechts (bestehend seit ungefähr 2007) - Adipositas

Er gab an, da die Beschwerdeführerin im Stundenlohn gearbeitet habe, seien von ihm keine Arbeitsunfähigkeits-Zeugnisse ausgestellt worden. Seit Anfang 2011 seien wiederholt Arbeitsausfälle und Hospitalisationen aufgetreten.

Die körperliche Belastbarkeit sei durch die Schmerzen im Bereich von Nacken, Schulter und Lendenwirbelsäule stark vermindert. Erschwerend seien zudem marginale Deutschkenntnisse für die Eingliederung in eine alternative berufliche Tätigkeit. Hausarbeiten könnten nur verlangsamt und in Intervallen ausgeführt werden. Eine Wiederaufnahme der bisherigen Arbeit sei längerfristig nicht möglich. Im angepassten Rahmen in einer alternativen Tätigkeit sei rein theoretisch eine Restarbeitsfähigkeit vorhanden. Eine genaue Bemessung sei schwierig abzuschätzen. Zur detaillierten Abschätzung eines Pensums wäre eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit hilfreich.

Repetitive Arbeiten über Kopfhöhe, wiederholtes Knien und Bücken seien nicht zumutbar (S. 3). Mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit beziehungsweise Erhöhung der Einsatzfähigkeit könne nicht gerechnet werden (S. 4). 3. 4

Die Ärzte des Y.____ nannten in ihrem Bericht vom 16. Mai 2013 (Urk. 10/27/6-8) über die Hospitalisation vom 30. April bis 8. Mai

2013 (Zuweisung durch Dr. A.____ wegen Schmerzexazerbation) folgende Diagnosen (S. 6): - Exazerbation eines chronischen lumbospondylogenen bis - radikulären Schmerzsyndroms L4/L5 rechts mit/ bei - Status nach

Rezessotomie L4/L5 rechts am 08.05.2012 bei Diskushernie L4/5 mit Narbengewebe rezessal bis neuroforaminal rechts entlang der Nervenzwurzel L5 mit Kompression derselben (MRI 10/2012 ohne relevante Veränderung im Vergleich zum MRI vom 03/2013) - Exazerbiertes

zervikospo ndylogenes Schmerzsyndrom mit/ bei - segmentalen Dysfunktionen der unteren HWS und des zervikothorakalen Übergangs mit Muskelhartspann, muskulärer Dysbalance, Triggerpunkten linksbetont - Status nach offener Rekonstruktion der Rotatorenmanschette (Supraspinatus / Intervall) und Tenotomie der langen Bizepssehne rechts am 4.12.2012 bei - ausgedehnter Tendinopathie / interstitieller Läsion Supraspinatus / Intervall im Rahmen eines chronischen subacromialen

Impingements - Verdacht auf Gonarthrose rechts mit/ bei - leichter Verschmälerung des medialen Gelenkspalts (Anamnese, Röntgen Knie rechts vom 03/10) - Dekonditionierung

Dazu führten die Ärzte aus, dass nach Anpassung der Analgesie und Beginn der Physiotherapie eine leichte Schmerzreduktion eingetreten sei, die Beschwerden jedoch bis zum Austritt bestanden hätten. Sie erachteten eine weitere Operation nicht für indiziert und empfahlen eine stationäre Rehabilitation, welche die Beschwerdeführerin indes ablehnte.

Sie bescheinigten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 30. April bis 31. Mai 2013 (S. 7). 3. 5

RAD-Ärztin med. pract. B.____, Fachärztin für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, nannte in ihrem Bericht vom 8. November 2013 (Urk. 10/33) gestützt auf die eigene Untersuchung und die Vorakten

folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 8): - Schmerzhaftes Belastungseinschränkung der Lendenwirbelsäule - Bewegungseinschränkung der rechten Schulter bei Status nach Rekonstruktion der Rotatorenmanschette

Ihre fehlerhafte

versicherungsmedizinische Beurteilung, die

eine andere Person betraf (S. 9),

revidierte sie am 17. April 2014 (Urk. 10/47, Urk. 10/49/1). Darin attestierte sie in der angestammten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit Mai 2013 (Operation der Lendenwirbelsäule; richtig: Mai 2012 [Urk. 10/27/33-34]) und eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit (mit körperlich leichter wechselbelastender Tätigkeit, ohne regelmäßige Hebe-

und Tragebelastungen über zehn Kilogramm , ohne Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, ohne häufiges Treppensteigen, ohne häufige wirbel säul enbelastende und schulterbelastende Tätigkeiten, daher auch ohne Stoss-, Schlag- und Vibra tionsbelastungen des Schultergürtels sowie ohne dauerhafte Arbeit en über Kopf- und Schulterhöhe) ab Oktober 2013 (S. 1 f f.). 3. 6

RAD-Arzt med. pract . C.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in seinem Bericht vom 2 1. November 2013 (Urk. 10/34) fest , aus psychiat rischer Sicht bestehe höchstens eine leichtgradige Verminderung durch Schmerz mittel von 5-10 % , so dass die Arbeitsfähigkeit auf 90 % einzustufen wäre. A us somatischen Gründen bestehe s eit Mai 2012 eine 100% ige Arbeits unfähigkeit (S. 5- 6). 3. 7

Am 2 4. Februar 2014 berichteten die Ärzte des Schmerzzentrums des Y.____ (Urk. 10/53/3-5). Sie diagnostizierten zur Hauptsache ein chronisches lumbos pondylogenes bis radikuläres Schmerz- und leichtgradiges sensomotorisches Ausfallsyndrom L5 rechts, eine postoperative adhäsive Kapsulitis und einen ver zögerten Rehabilitationsverlauf Schulter rechts, eine Adipositas sowie psychi sche und Verhaltensfaktoren, die zur Chronifizierung beitragen (ICD-10 F54). Zur Erarbeitung von Schmerzbewältigungsstrategien und zum Aufbau einer aktivierenden Tagesstruktur legten sie eine schmerzpsychotherapeutische Unter stützung sowie eine pharmakologische Schmerztherapie nahe (S. 2).

Weiter gaben sie an, im Rahmen einer MRI - Untersuchung der Lendenwirbel säule habe kein morphologisches Korrelat für die geklagten Beschwerden gefunden werden können . Sie dokumentierten eine

bessere Beweglichkeit der Wirbelsäule mit einem Fingerbodenabstand von 15 cm . Auch den psychia tri schen Untersuchungsbefund dokumentierten sie als unauffällig (S. 4) .

Auf Veranlassung der Ärzte des Schmerzzentrums untersuchten die Neurologen des Y.____ die Beschwerdeführerin. Sie führten in ihrem Bericht vom 7. Mai 20 14 (Urk. 10/53/1-2) aus die Beschwerdeführerin klage über Schmerzen im Rücken und ausstrahlende Schmerzen im rechten Bein.

A ufgund der Angaben der Beschwerdeführerin , des klini schen Befundes und auch der elektroneu romyo graphischen Untersuchung be steh e eine Radikulopathi e der Nerv enwurzel L5 auf der rechten S eite. Ke rn spin tomographisch zeige sich auch wenig ep i durales Narbengewebe dorsolateral mit geringer partieller Umscheidung der Nerven wurzel L5 rechts als Erklärung für die Beschwerden. Sicherlich fänden sich keine Hinweise für eine Polyneuropathie oder eine Affektion de s Plexus lum b osac ralis . Die Denerva tionszeichen

para vertebral in Höhe L5 rechts würden für eine Affektion der Nervenwurzel L5 auf der rechten Seite sprechen . Sinnvoll sei ein Ausbau der neuropathischen Schmerzmedikation und eine physiother apeutische Behandlung mit entspre chender Rückenschule und einem Musk el aufbautraining im Rückenbereich .

Zu dem berichteten sie über eine leichte Schwäche der Gross zehenhebung und eine minimale Schw äche der Hüftabspreizung rechts und empfahlen eine Optimie rung der Schmerztherapie (S. 2) .

Die vorgeschlagenen medizinischen Massnahmen bewirkten gemäss Mitteilung des Hausarztes Dr. A. ___ vom 7. November 2014 keine Veränderung. Seit dem ablehnenden Entscheid der Beschwerdegegnerin habe sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin dahingehend verschlechtert, dass sich die lumboradikuläre Ausfall- und Schmerzsymptomatik des rechten Beins verstärkt und zu einer weiteren Einschränkung der Alltagsaktivitäten geführt habe (Urk. 10/54). 3.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 6.1

Die Beschwerdeführerin hat in ihrer Beschwerdeschrift unter Beilage von Belegen ein Gesuch um unentgeltliche Prozessführung und Bestellung eines unentgeltlichen Rechtsvertreters in der Person von Rechtsanwältin Dr. Tanja Gehrig Arbenz gestellt (Urk. 1 S. 2 , Urk. 7-8 / 1-8). Die Voraussetzungen zur Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung und zur Bestellung einer unentgeltlichen Rechtsvertretung gemäss § 16 Abs. 1 und Abs. 2 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) sind erfüllt. Der Beschwerdeführerin wird Rechtsanwältin Dr. Tanja Gehrig Arbenz als unentgeltliche Rechtsvertreterin für das Verfahren bestellt. Die Beschwerdeführerin wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer

hin gewiesen, wonach sie zur Nachzahlung der ihr erlassenen Rechtspflegekosten verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist.

E. 6.2

Das Verfahren ist kostenpflichtig. Die Gerichtskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 7 00.-- festzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdeführerin aufzuerlegen, infolge bewilligter unentgeltlicher Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

E. 6.3

Mit Honorarnote vom 4. April

2016 (Urk. 12) machte die mit heutigem Beschluss bestellte unentgeltliche Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin einen Aufwand von 4,2 Stunden und Barauslagen im Betrag von Fr. 27.70 geltend, was angemessen erscheint. Daraus resultiert eine Entschädigung von insgesamt Fr. 1'027.85 (inklusive Mehrwertsteuer von 8 %), weshalb Rechtsanwältin Dr. Tanja Gehrig Arbenz in diesem Umfang aus der Gerichtskasse zu entschädigen ist . Das Gericht beschliesst:

In Bewilligung des Gesuchs vom 10. Februar 2015 wird der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Prozessführung gewährt und es wird ihr in der Person von Rechtsanwältin Dr. Tanja Gehrig

Arbenz

eine

unentgeltliche Rechtsvertreterin für das vorliegende Verfahren bestellt, und erkennt sodann : 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin, Rechtsanwältin Dr. Tanja Gehrig Arbenz, Winterthur, wird mit Fr. 1'027.85 (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 Dr. Tanja Gehrig Arbenz - 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 1. Juli bis und mit 1. August sowie vom 1. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

E. 8

In der Stellungnahme vom 30. Juni 2014 (Urk. 10/49/3) hielt med. pract. B. ___ fest, für den Zeitraum vom August bis Oktober 2013 könne überwiegend wahrscheinlich angenommen werden, dass die Arbeitsfähigkeit für angepasste Tätigkeiten wie zum Zeitpunkt der Untersuchung beim RAD im Oktober 2013 bestanden habe. Wesentliche Veränderungen im Gesundheitszustand seien mehr als ein Jahr nach der Wirbelsäulen-Operation und acht Monate nach der Schulteroperation nicht mehr zu erwarten gewesen. Daher sei aus medizinischer Sicht davon auszugehen, dass auch im August 2013 die gleiche Arbeitsfähigkeit wie im Oktober 2013 bestanden habe. Auch Dr. A. ___ habe schon im Juni 2013 attestiert, es sei eine Restarbeitsfähigkeit für angepasste Tätigkeiten vorhanden, er sehe sich jedoch nicht in der Lage, diese zu bemessen. 3.

E. 9

Dr. med. D. ___ , Fachärztin für Anästhesiologie, leitende Ärztin des Schmerzzentrums des Y. ___ , hielt mit Schreiben vom 31. Oktober 2014 (Urk. 10/55/3) fest, sie habe die Beschwerdeführerin nun nach Monaten wieder gesehen. Auffallend sei ein Gewichtsverlust von 15 Kilogramm in drei Monaten. Sie empfahl eine gastroenterologische Abklärung und eventuell eine Tumorabklärung. 3.

E. 10

In der Stellungnahme vom 7. Januar 2015 (Urk. 10/62/3-4) führte med. pract. B.____ aus, dass es Fehler im Untersuchungsbericht vom 31. Oktober 2015

E. 13

sei bereits mit der RAD-Stellungnahme vom 17. April 2015

E. 14

EMRK (Diskriminierungsverbot) in Verbindung mit Art. 8 EMRK (Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens). Es kann an dieser Stelle offen bleiben, welche Auswirkungen dieses Urteil auf die Rechtsprechung in Zukunft haben wird. Da die Invaliditätsbemessung vorliegend weder mittels der Einkommensvergleichsmethode noch mittels der gemischten Methode einen Rentenanspruch begründet, kann der Status der Beschwerdeführerin offen bleiben. Eine Verletzung des Rechts auf Achtung des Familienlebens durch Anwendung der gemischten Methode ist jedenfalls nicht ersichtlich und wird im Übrigen auch nicht geltend gemacht. 5.3

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich – unabhängig von der Statusfrage

– jeweils ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad ergibt. Deshalb erweist sich die angefochtene Verfügung vom 8. Januar 2015 (Urk. 2) als korrekt und die Beschwerde ist abzuweisen. 6.

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