

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00236 vom 8. November 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-11-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00236

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00236 du 8 novembre 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00236 del 8 novembre 2016

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1968, war vom 18. April 2005 bis 31. März 2007 als Reinigungsangestellte bei der Z.____ AG in einem Pensum von rund 71 % angestellt, wobei der letzte Arbeitstag der 9. August 2006 war (Urk. 6/9 Ziff. 2.1, Ziff. 2.3, Ziff. 2.7 und Ziff. 2.9). Am 30. Juli 2007

meldete sie sich unter Hinweis auf Rückenbeschwerden bei der Invalidenversicherung für berufliche Massnahmen an (Urk. 6/2 Ziff. 7.2 und Ziff. 7.8). Am 21. November 2007 teilte die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, der Versicherten mit, dass die Arbeitsvermittlung nicht aufgenommen werde, da sie in der Zwischenzeit eine angepasste Erwerbstätigkeit gefunden habe (Urk. 6/15).

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). 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

Zur Annahme der Invalidität nach Art. 8 ATSG ist – auch bei psychischen Erkrankungen – in jedem Fall ein medizinisches Substrat unabdingbar, das (fach-)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Je stärker psychosoziale und soziokulturelle Faktoren wie beispielsweise Sorge um die Familie oder Zukunftsängste (etwa ein drohender finanzieller Notstand) im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein. Das bedeutet, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belastenden soziokulturellen Faktoren her rühren, bestehen darf, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat, zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand. Solche von der soziokulturellen Belastungssituation zu

unterscheidende und in diesem Sinne verselbständigte psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann. Wo die begutachtende Person dagegen im Wesentlichen nur Befunde erhebt, welche in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in ihnen aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben (BGE 127 V 294 E).

5a; Urteil des Bundesgerichts 8C_730/2008 vom 23. März 2009 E. 2).

Wenn und soweit psychosoziale und soziokulturelle Faktoren zu einer eigentlichen Beeinträchtigung der psychischen Integrität führen, indem sie einen verselbständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder den Wirkungsgrad seiner – unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden – Folgen verschlimmern, können sie sich mittelbar invaliditätsbe gründend auswirken (Urteil des Bundesgerichts 9C_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.2 mit Hinweisen).

E. 1.3

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 Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs.

E. 1.4

Sowohl im Rahmen einer erstmaligen Prüfung des Rentenanspruches als auch anlässlich einer Rentenrevision (Art. 17 Abs. 1 ATSG) stellt sich unter dem Gesichtspunkt des Art. 28a Abs.

E. 1.5

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

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 entscheidungsrelevante Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts U 209/02 vom 10. September 2003 E. 5.2). 2.

E. 2

des Bundesgesetz es

über die Invalidenversicherung; IVG).

E. 2.1

Die Beschwerdeführerin begründete ihre Verfügung (Urk. 2) damit, die Beschwerdeführerin sei seit dem 29. August 2013 in ihrer Arbeitsfähigkeit erheblich eingeschränkt. Seither sei es ihr nicht mehr möglich, ihre Tätigkeit als Verkaufsmitarbeiterin auszuüben. Aus ärztlicher Sicht ergebe sich aus den aktuellen funktionellen Einschränkungen kein wesentlicher Unterschied im Vergleich zur letzten Beurteilung vom Jahr 2007. Es könne daher angenommen werden, dass für körperlich schwere Tätigkeiten eine volle Arbeitsunfähigkeit bestehe. Angepasste körperliche Arbeiten seien ihr jedoch medizinisch theoretisch in vollem Umfang zuzumuten. Auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt stünden der Beschwerdeführerin genügend Hilfsarbeitertätigkeiten zur Verfügung, sodass sie keine erhebliche Erwerbseinbusse hinnehmen müsse und damit keine Invalidität im Sinne des Gesetzes bestehe (S. 1 ff.).

E. 2.2

Dagegen machte die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerde (Urk. 1) geltend, der Untersuchungsmaxime sei mit einer einfachen Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) nicht Genüge getan (S. 4 Ziff. 1.5). Es stelle sich vorliegend nicht die Frage, ob sich ihr Gesundheitszustand seit der letzten Beurteilung verschlechtert habe, da im Jahr 2007 nicht über eine Invalidenrente entschieden worden sei und keine weiteren medizinischen Abklärungen durchgeführt worden seien, da sie eine neue Stelle gefunden habe. Es könne nicht einfach ohne weitere Abklärungen festgestellt werden, dass für angepasste Tätigkeiten eine volle Arbeitsfähigkeit bestehe (S. 5 Ziff. 2.1). Aufgrund der ungeklärten Beschwerden hinsichtlich der Atrophie der glutealen Muskulatur seien weitere Abklärungen durchzuführen (S. 5 f. Ziff. 2.2).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin und in diesem Zusammenhang, ob der medizinische Sachverhalt genügend abgeklärt wurde. 3.

Die Beschwerdeführerin meldete sich am 30. Juli 2007 bei der Invalidenversicherung an und beantragte berufliche Eingliederungsmassnahmen (vgl. Urk. 6/2 Ziff. 7.8). Am 21. November 2007 teilte die Beschwerdeführerin der Beschwerdeführerin infolge erfolgreicher Selbsteingliederung mit, dass die Arbeitsvermittlung nicht aufgenommen werde (vgl. Urk. 6/15). Ein allfälliger Rentenanspruch wurde nicht geprüft (Urk. 6/14 S. 2 Mitte). Am 17. März 2014 meldete sich die Beschwerdeführerin erneut bei der Invalidenversicherung zur Prüfung der beruflichen Integration und des Rentenanspruches an (vgl. Urk. 6/22). Hinsichtlich der Prüfung des Rentenanspruches handelt es sich damit um eine Erstanmeldung, weshalb sich ein Vorgehen im Sinne der Prüfung eines

Revisionsgrundes nach Art. 17 Abs. 1 ATSG nachfolgend erübrigt. 4.

4.1

Dr. med. D.____, Facharzt für Rheumatologie und für Physikalische Medizin und Rehabilitation, führte in seinem zu Handen der Swica erstellten rheumatologischen Gutachten vom 8. Januar 2014 (Urk. 6/46/12-20) aus, er habe die Versicherte am 23. Dezember 2013 untersucht (S. 1). Zur Arbeitsfähigkeit führte Dr. D.____ aus, die Beschwerdeführerin habe berichtet, dass es ihr etwas besser gehe. Sie gehe zwar mit leichtem Hinken und Schonen des linken Beines, allerdings benötige sie keine Stöcke mehr. Sie habe glaubhaft angegeben, dass sie gerne arbeite und an ihren Arbeitsplatz zurückkehren möchte. Sie habe vielleicht mehr Angst als Schmerzen. Sie habe sich auch spontan bereit erklärt, es mit einer 50%igen Arbeit zu versuchen. Aus seiner Sicht bestehe ab dem 1. Januar 2014 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit. Die anderen 50 % seien unfallfremd einzustufen und würden dann durch den behandelnden Arzt Dr. E.____ weiter kontrolliert. Bei Besserung werde die Arbeitsfähigkeit sukzessive gesteigert, sodass sie in drei oder spätestens sechs Wochen voll arbeitsfähig sein sollte, sofern man nichts anderes finde (S. 8 unten f.).

Die Beschwerdeführerin habe ferner berichtet, sie fühle sich in ihrem Haushalt behindert. Den Staubsaugerstab müsse sie ziemlich weit ausziehen, damit sie sich nicht bücken müsse, und sie verspüre häufiges Kribbeln im linken Bein, welches nachts auftrete. Sie könne nicht lange sitzen (maximal 30 Minuten), stehen könne sie maximal 15 Minuten und sie könne nur kurze Strecken gehen. Zum Heben könne sie keine Angaben machen (S. 4 unten).

Zum Status vom 23. Dezember 2013 führte Dr. D.____ aus, er verweise für den neurologischen Status auf die Untersuchungen von Dr. E.____. Aus seiner Sicht befinde sich die Versicherte in sehr gutem Allgemein- und Ernährungszustand.

Sie gehe leicht hinkend und das linke Bein werde nicht vollständig belastet. Beim Aus- und Anziehen seien keine Bewegungseinschränkungen zu beobachten. Die Muskeleigenreflexe seien inkonstant auslösbar. Nach jedem Reflexversuch klagte die Beschwerdeführerin über Schmerzen. Das Aufsitzen aus der liegenden Position sei problemlos ausgeführt worden, dabei habe der Finger-Zehen-Abstand 30 cm betragen (S. 5 Mitte). Bei der Prüfung der Tender points hätten in erster Linie Schmerzen im Bereich beider Gesässseiten, links mehr als rechts, bestanden. In der mittleren Gesässpartie hätten links und rechts Zeichen einer Lipodystrophie, etwa handtellergross, möglicherweise infolge einer Cortisoninfiltration bestanden. Ansonsten sei dieser Befund abklärungsbedürftig. Die multiplen Tender points liessen den Verdacht auf einen beginnenden Weichteilrheumatismus erahnen. Die Statik zeige eine deutliche X-Beinstellung (10°) sowie Knickspreizfüsse, links mehr als rechts. Auch dies deute auf eine insuffiziente Haltung bei detoniierter Rückenmuskulatur hin. Die Prüfung der Sensibilität habe eine undifferenzierte Hyposensibilität ergeben, welche nicht genau lokalisiert werden können, und schliesslich habe die Beschwerdeführerin gemeint, dass am linken Bein weniger Empfindlichkeit bestehe, als am rechten. Hinzu kämen deutliche subkutane Varizen, vorwiegend am linken Bein, sowie ein etwas schwächerer Muskeltonus der Quadrizepsmuskulatur links, was auf eine ältere Anamnese hindeute (S. 5 unten f.). 4.2

PD Dr. med. F.____, Oberarzt, und Dr. med. PhD G.____, Assistenzärztin, Klinik für Neurologie, C.____, stellten in ihrem Bericht vom 12. August 2014 (Urk. 6/40/7-8) folgende Diagnose (S. 1): - Atrophie der glutealen Muskulatur links mehr als rechts mit Schmerzen

linksgluteal, betont im Sitzen - Ätiologie: unklar, Differenzialdiagnose Piriformis-Syndrom - MRI vom 15. April 2014: generell im Beckenbereich leicht bis mässig atrophe Muskulatur beidseits, erhebliche Atrophie mit fettiger Degeneration des Musculus gluteus maximus beidseits links mehr als rechts - MRI der Lendenwirbelsäule (LWS) vom 26. September 2013: Verdacht auf Recessusstenose L4/5 links. Chondrose L5-S1 mit Partialruptur des Anulus fibrosus - Labor Mai bis August 2014: (...) normwertig - Elektroneuromyographie (ENMG) August 2014: Musculus gluteus maximus links: polyphasische Potentiale, ansonsten unauffällig. Musculus vastus lateralis links: unauffällig

Die Ärzte führten aus, die Beschwerdeführerin sei zur Abklärung einer Atrophie der Glutealmuskulatur linksbetont zugewiesen worden, welche auch bildgebend erkennbar sei. Beschwerden würden die Schmerzen im linken Gesäss verursachen, welche besonders im Sitzen aufträten. Klinisch-neurologisch seien keine fokalen Defizite erkennbar. Eine im MRI der LWS vom Mai 2014 mögliche radikuläre Kompression der Wurzel L4 links sei ohne klinisches Korrelat. Es sei auch kein konklusiv myopathisches Muster in den untersuchten Muskeln zu erkennen gewesen.

Aufgrund der über gluteal hinausreichenden Muskelschmerzen seien Rheuma-Basis-Laborabklärungen durchgeführt worden, welche leicht erhöhte Entzündungszeichen sowie einen erhöhten Titer antinukleärer Antikörper ergeben hätten. Das klinische Bild mit Schmerzen, insbesondere lokal am linken Becken, aggraviert durch Sitzen mit Atrophie der Glutealmuskulatur, lasse an ein lokales Muskelproblem denken. Auch darüber hinaus gebe die Patientin mehrere Schmerzen an, mit positiven nukleären Autoantikörpern (S. 2). 4.3

Dr. med. E.____, Facharzt für Neurologie, führte in seinem Bericht vom 15. September 2014 (Urk. 6/40/6) aus, es bestehe nach wie vor eine lokale Atrophie des linken Gluteus maximus unklarer Genese. Die Patientin berichte über brennende Schmerzen, über eine Ausstrahlung in das linke Bein und über ein Gefühl des Geschwollenseins im Bereich der linken Grosszehe. Die heutige Untersuchung habe eine leichte Sensibilitätsverminderung im Bereich der linken Grosszehe gezeigt, die Kraft sei erhalten gewesen. Auch die Kraft der übrigen Muskulatur sei in allen Gelenken geprüft worden und erhalten gewesen. Speziell der Hüftstrecker links gegenüber rechts sei nur minimal vermindert. Die Reflexe seien schwach auslösbar, symmetrisch und es bestünden keine Pyramidenzeichen und eine normale Vibrationsempfindung. Das Gangbild sei leicht asymmetrisch und die Patientin habe X-Beine. Der Fingerbodenabstand betrage 10 cm und es bestehe eine ausgeprägte Druckdolenz bei L4 sowie eine leichte Druckdolenz im Bereich des Trapezius beidseits.

Die Halswirbelsäule (HWS) sei frei beweglich. Angesichts der unveränderten Diagnostik und des Beschwerdebildes betrage die Arbeitsfähigkeit nach wie vor 50 % von 80 % beziehungsweise 40 %. Die Patientin sei auf Stellensuche. 4.4

Dr. B.____ und Dr. med. H.____, Assistenzärztin, Klinik für Rheumatologie, C.____, stellten in ihrem Bericht vom 20. April 2015 (Urk. 6/51/3 5) folgende, hier gekürzt angeführten Diagnosen (S. 1 f.): - Atrophie der glutealen Muskulatur links mehr als rechts mit Schmerzen linksgluteal, betont im Sitzen - Ätiologie unklar, Differenzialdiagnose neurogen - cervicospondylogenes Schmerzsyndrom linksbetont mit/bei - Hyperkyphose der Brustwirbelkörper (BWK) mit sekundären myofascialen Befunden über dem Musculus Trapezius, Musculus rhomboidei, Musculus sternocleidomastoideus - klinisch keine radikuläre Symptomatik - lumbospondylogenes Schmerzsyndrom links mit/bei -

wechselnde Hyposensibilität links, kein motorischer Ausfall, Reflexe symmetrisch - MRI der LWS vom 26. September 2013: Verdacht auf Recessusstenose L4/5 links. Chondrose L5-S1 mit Partialruptur des Anulus fibrosus - ENMG März 2015: unauffällig

Die Ärztinnen führten aus, bei der Patientin bestehe eine Atrophie der glutealen Muskulatur links mehr als rechts noch unklarer Aetiologie. In den bisher durch geführten Untersuchungen (MRI, ENMG, Muskelbiopsie, Serologie...) habe kein wegweisender Befund dargestellt werden können. Ein vor 2 ½ Wochen durch geführter Wechsel der Medikation habe bisher noch keine ausreichende Besserung der Schmerzsituation erbracht. Weiter hätten ein zerviko- und lumbospondylogenes Schmerzsyndrom bei Wirbelsäulenfehlform und segmentalen Dysfunktionen sowie myofaszialen Befunden betont zervikal, lumbogluteal und am Tractus iliotibialis links und keine Hinweise für ein akutes radikuläres Ausfallsyndrom bestanden (S. 2 unten). 4.5

Dr. E.____ führte in seinem Bericht vom 11. Mai 2015 (Urk. 6/51/1-2) aus, die Patientin stehe seit dem 17. Oktober 2013 in seiner Behandlung (S. 2), und er habe sie erneut am 4. Mai 2015 gesehen. Die Beschwerden seien im Bereich des Rückens und des Gesässes mit Ausstrahlung in die Beine auch cervico brachial mit einem Schweregefühl und Druckdolenz der Muskulatur.

Leider habe eine Genese für die gluteale Muskelatrophie mit Parästhesien nicht gefunden werden können. Die Patientin sei zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben, auch aus psychischen Gründen (Ehekonflikt). Die Arbeitsfähigkeit für leichte Arbeit sei auf 50 % einzuschätzen (zum Beispiel Promotion im Flughafen). Allerdings bestehe eine weitere Einschränkung dadurch, dass die Tochter ab 12 Uhr mittags zuhause sei und die Patientin nur am Vormittag arbeiten könne.

Dr. E.____ führte aus, die Patientin stehe jetzt in einer tiefen Depression bei einem Ehekonflikt. Deswegen sei sie auch zu 100 % arbeitsunfähig. Er habe sie nie dermassen depressiv gesehen.

Aus somatischer Sicht sei auf den Bericht der Klinik für Rheumatologie des C.____ vom 20. April 2015 verwiesen (S. 1). Es sei eine stationäre Abklärung mit Therapie vorgeschlagen worden. Jedoch sei die Patientin aktuell alleinerziehend mit einer kleinen Tochter (S. 2). 4.6

Dr. med. I.____, Facharzt für Psychiatrie und für Psychotherapie, und J.____, behandelnder Psychotherapeut, stellten in ihrem Bericht vom 4. Juni 2015 (Urk. 6/51/6-8) folgende Diagnosen (S. 1): - rezidivierende depressive Episoden, zurzeit mittel bis schwere Episoden - Ängste - Schlafstörungen und Alpträume

Dr. I.____ und der Psychologe J.____ führten aus, die Beschwerdeführerin befinde sich seit 9. Januar 2014 in psychotherapeutischer Behandlung (S. 1). Die Behandlung fände wöchentlich statt (S. 3).

Die Patientin zweifle an sich und ihren Fähigkeiten, da sie sich nicht fähig gefühlt habe, die Arbeitsstelle zu behalten. Sie äussere Ängste, da die Zukunft sehr viele Unklarheiten aufweise. Der Ehemann habe geäussert, dass er im Ausland leben möchte, woraufhin die Patientin Ängste entwickelt habe, er könnte die gemeinsame Tochter entführen und mit ins Ausland nehmen. Sie sei auch stark belastet durch den Vertrauensmissbrauch des Ehemannes, da dieser ihre Kreditkarte mit vielen Ausgaben belastet habe und die Schulden an ihr hängen blieben.

Sie leide unter rezidivierenden depressiven Episoden, schwankend von mittel schwer bis schwer. Die dargestellte Situation belaste sie ausserordentlich, und sie leben im Moment in einer für sie sehr bedrohlichen Situation. Die Vorstellung, der Ehemann könnte die Tochter entführen und sich mit ihr ins Ausland absetzen, sei für sie unerträglich und rufe schwere Ängste mit Schlafstörungen und Alpträumen hervor. Zudem plagten sie Zukunfts- und Existenzängste. Der Verlust des Arbeitsplatzes habe stark am Selbstwertgefühl der Patientin genagt (S. 2 unten). Ihre Selbstsicherheit sei stark vermindert, da sie wegen erheblicher psychischer und physischer Beschwerden nicht arbeitsfähig sei. Die Beschwerdeführerin sei zwischen der Krise am Arbeitsplatz und der Ehekrise noch eine Zeitlang zu 50 % arbeitsfähig gewesen. Zurzeit sei sie wegen vieler gesundheitlicher Einschränkungen zu 100 % arbeitsunfähig (S.

3). 4.7

Dr. I.____ und der Psychologe J.____ stellten in ihrem Bericht vom 3. August 2015 (Urk. 6/57) folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0) - Angst und depressive Störung, gemischt (ICD-10 F41.2) - Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2)

Die Fachpersonen führten aus, die Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin beruhe mehrheitlich auf körperlichen Einschränkungen, die Auswirkungen auf ihre Leistung und das psychische Wohlbefinden hätten. Die Verschlechterung bestehe darin, dass durch die körperlichen Einschränkungen die Hoffnung und der Mut stark reduziert worden seien. Die Patientin ziehe sich wegen der Schmerzen in der Hüfte und in den Beinen von sozialen Kontakten zurück und isoliere sich (S. 1). Möglicherweise würde eine Kur mit intensiver physiotherapeutischer Behandlung eine Verbesserung bringen (S. 2). 4.8

Pract. med. K.____, Facharzt für Arbeitsmedizin, RAD, führte in seiner Stellungnahme vom 24. August 2015 (Urk. 6/64/3-4) aus, aus versicherungsmedizinischer Sicht ergäben sich aufgrund der vorliegenden Unterlagen folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0) - Angst und depressive Störung gemischt (ICD-10 F41.2) - Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2) - Atrophie der glutealen Muskulatur - cervicospodylogenes Schmerzsyndrom - lumbospodylogenes Schmerzsyndrom

Pract. med. K.____ führte aus, aus somatischer Sicht bestünden aufgrund der vorliegenden Unterlagen keine neuen funktionellen Einschränkungen im Vergleich zum Zeitpunkt der Beurteilung im Jahr 2007.

Im Rahmen der Beurteilung durch den behandelnden Facharzt für Psychiatrie (Dr. I.____, 3. August 2015) seien im Wesentlichen die somatischen funktionellen Einschränkungen genannt worden, welche die Arbeits- oder Leistungsfähigkeit einschränkten.

In einer angepassten körperlich leichten Tätigkeit, ohne Tragen und Transportieren von Lasten von mehr als 5 Kilogramm und ohne Verharren in Zwangshaltungen bestehe seit jeher eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. In der bisherigen Tätigkeit als Zimmermädchen oder Verkaufsmitarbeiterin bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. 4.9

Prof. Dr. med. L.____, Klinikdirektor, und PD Dr. B.____, leitende Ärztin Klinik für Rheumatologie, C.____, beantworteten in ihrem Bericht vom 10. Juni 2016 (Urk. 9) die vom Gericht gestellten Fragen (vgl. Urk. 7). Sie führten aus, der Beschwerdeführerin sei

aufgrund der gestellten Diagnosen eine behinderungsangepasste Tätigkeit zumutbar, welche wie folgt zu definieren sei: Wechselbelastende Tätigkeit nicht länger als 30 Minuten Sitzen, Gehen oder Stehen am Stück, wiederholte Gelegenheit für Kurzpausen bei 30 Minuten für 5 Minuten oder alle 60 Minuten für 10 Minuten zur Durchführung physiotherapeutischer Übungen und für Lockerungsübungen; keine Notwendigkeit für Steigen von Treppen oder auf Leitern, keine Notwendigkeit des Bergauf- oder Bergabgehens, keine Tätigkeiten in hockender, kniender oder kauender Position, keine Überkopfarbeiten, keine Arbeiten mit Zwangshaltungen für die Wirbelsäule und kein Heben von Lasten über 5 kg (S. 1 Ziff. 1).

Die Ärzte führten aus, die Atrophie der glutealen Muskulatur wirke sich vor allem in Einschränkungen der Hüftextension und Adduktion aus. Dies beeinträchtige insbesondere die Fähigkeit, Treppen zu steigen, aufwärts zu gehen oder aus dem Sitzen aufzustehen. Wie oben ausgeführt, resultiere daraus, dass die Patientin idealerweise in einer Tätigkeit eingesetzt werde, die die oben genannten qualitativen Einschränkungen berücksichtige und die in der Tat wechselbelastend sei, das heisse nicht länger als 30 Minuten Sitzen, Gehen oder Stehen am Stück (S. 1 Ziff. 2).

Das zerviko-lumbospondylogene Schmerzsyndrom linksbetont, das aus einer Fehlstellung der Wirbelsäule mit Hyperkyphose der Brustwirbelsäule (BWS), sekundärer Kopfprotraktion und Hyperlordose der LWS bei Bandlaxität, muskulärer Haltungsinsuffizienz mit daraus entstehenden segmentalen Dysfunktionen und sekundären myofaszialen Befunden resultiere, führe zu folgenden Einschränkungen: Tätigkeiten mit Zwangshaltungen für die Wirbelsäule, Tätigkeiten in sitzender, kauender oder hockender Position, Überkopfarbeiten und das Tragen von Lasten über 5 kg sollten idealerweise unterbleiben. Selbst in einer idealen angepassten Tätigkeit resultiere aus einer Beschwerdeakkumulation im Laufe des Tages mit Notwendigkeit für Kurzpausen eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Es sei davon auszugehen, dass die Leistungsfähigkeit im Laufe des Tages abnehme und insgesamt ein langsames Arbeitstempo vorliege (S. 1 Ziff. 3).

„Bis zu einer Berücksichtigung der oben genannten qualitativen Einschränkungen“ sei eine angepasste Tätigkeit zu 50 % zumutbar. Dabei sei die Einschränkung der Leistungsfähigkeit mit Notwendigkeit von Kurzpausen von 10 bis 15 Minuten alle 60 Minuten zu berücksichtigen (S. 1 f. Ziff. 4).

E. 3

IVG in Verbindung mit Art. 16 und 7 Abs. 2 ATSG die Frage nach der anwendbaren Invaliditätsbemessungsmethode.

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

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

Bei im Haushalt tätigen Versicherten im Besonderen (vgl. Art. 27 IVV) sind die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen (Urteil des Bundesgerichts 9C_915/2012 vom 15. Mai 2013 mit Hinweisen auf BGE 133 V 504 E. 3.3).

Die gemischte Methode findet auch Anwendung, wenn der (in einem Aufgabenbereich tätigen) versicherten Person ohne gesundheitliche Beeinträchtigung eine vollzeitliche Erwerbstätigkeit zumutbar wäre, sie aber trotzdem eine solche nicht ausüben würde (vgl. BGE 133 V 504 E. 3.3 in fine). Ist jedoch anzunehmen, die versicherte Person wäre ohne gesundheitliche Beeinträchtigung teilerwerbstätig oder sie arbeitete unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mit, ohne daneben in einem andern Aufgabenbereich nach Art.

E. 3.5

und 8C_511/2013 vom 30. Dezember 2013, je mit Hinweisen).

E. 5

.5

Insgesamt

fehlt es vorliegend an verlässlichen medizinischen Grundlagen zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in somatischer wie auch in psychiatrischer Hinsicht und damit an der Grundlage für einen Entscheid. Zur Beurteilung ihrer invalidenversicherungsrechtlichen Ansprüche bedarf es daher zusätzlicher medizinischer Grundlagen im Sinne eines Gutachtens, welches sich zu den offenen Fragen äussert. Zudem wird die Beschwerdegegnerin die Statusfrage zu klären haben und in diesem Zusammenhang eine Haushaltabklärung veranlassen müssen.

Die angefochtene Verfügung vom 15. Januar 2016 (Urk. 2) ist folglich aufzuheben und die Sache zur Vornahme weiterer Abklärungen im Sinne der Erwägungen und zu erneutem Entscheid über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

E. 5.1

Die Beschwerdegegnerin ging in ihrer rentenanspruchsverneinenden Verfügung (Urk. 2) gestützt auf die Einschätzung von pract. med. K.____, RAD, vom August 2015 (vorstehend E. 4.8) davon aus, dass sich aus den aktuellen funktionellen Einschränkungen kein wesentlicher Unterschied zum Zeitpunkt der letztmaligen Beurteilung im Jahr 2007 ergebe und damit für körperliche schwere Tätigkeiten eine volle Arbeitsunfähigkeit bestehe, hingegen in einer behinderungsangepassten leichten Tätigkeit eine vollständige

Arbeitsfähigkeit gegeben sei (vgl. vorstehend E. 2.1).

E. 5.2

Obwohl bis zum Zeitpunkt des Verfügungserlasses für die beklagte Atrophie der Glutealmuskulatur weder von rheumatologischer noch von neurologischer Seite her eine Erklärung gefunden werden konnte (vgl. E. 4.1-5), wird die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch pract. med. K.____, RAD, vom August 2015 der medizinischen Situation der Beschwerdeführerin nicht gerecht. So lässt die medizinische Aktenlage insgesamt kein schlüssiges Bild über die tatsächlich vorhandenen funktionellen Einschränkungen zu.

Dr. D.____ attestierte der Beschwerdeführerin in seinem Gutachten vom Januar 2014 (vgl. vorstehend E. 4.1) ab 1. Januar 2014 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit, welche grundsätzlich innert drei bis sechs Wochen auf 100 % gesteigert werden könne, abhängig von den weiteren Untersuchungen. Die von Dr. D.____ getätigte Befunderhebung lässt keine schlüssige Aussage zur tatsächlichen Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu. Jedoch ist seinem Gutachten zu entnehmen, dass sich die Beschwerdeführerin selbst als hochgradig eingeschränkt betrachtete, indem sie angab, sie könne lediglich noch 30 Minuten Sitzen, Stehen für maximal 15 Minuten und nur kurze Strecken laufen. Ein solch ein geschränktes Bild wurde dann auch von Prof. L.____ und PD Dr. B.____ in ihrem gerichtlich eingeholten Bericht vom Juni 2016 (vgl. vorstehend E. 4.9) bei ihrer Einschätzung der Arbeitsfähigkeit wiedergegeben.

Das Gericht hat in Bezug auf Berichte von behandelnden Arztpersonen der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E.

3b/cc). Vorliegend ist nicht auszuschliessen, dass medizinisch

nicht begründbare Selbsteinschätzungen und -limitierungen der Beschwerdeführerin, wie sie, gerichtsnotorisch, ärztlicherseits sehr oft unterstützt werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_492/2014 E. 3.7.1) in diese Einschätzung der Arbeitsfähigkeit miteingeflossen sind. Überdies werfen die Ausführungen zur Arbeitsfähigkeit im ergänzenden Bericht zusätzliche Fragen auf. Unklar ist insbesondere, wie die Formulierung zu deuten ist, „bis zur Berücksichtigung der genannten qualitativen Einschränkungen“ sei eine angepasste Tätigkeit zu 50 % zumutbar, wobei ein (schon bei den qualitativen Einschränkungen angeführter) erhöhter Pausenbedarf - zusätzlich? - zu berücksichtigen sei.

Auch die übrigen medizinischen Berichte, insbesondere jene von Dr. E.____ vom September 2014 und vom Mai 2015 (vgl. vorstehend E. 4.3 und E. 4.5), lassen keine schlüssige Einschätzung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu. Auffallend ist jedoch, dass Dr. E.____ in seinem Bericht vom September 2014 abgesehen von der lokalen Atrophie der linken Glutealmuskulatur keine Befunde nannte, welche die von ihm attestierte Arbeitsfähigkeit von lediglich 40 % erklären könnten. Er berichtete unter anderem von einer leichten Sensibilitätsstörung der linken Grosszehe, bei erhaltener Kraft. Auch die Kraft der übrigen Muskulatur sei in allen Gelenken geprüft und erhalten gewesen und der Hüftstrecker links sei gegenüber rechts nur minimal vermindert gewesen. Das Gangbild sei leicht asymmetrisch bei X-Beinen. In seinem Bericht vom Mai 2015

zog Dr. E.____ bei seiner Beurteilung der Arbeitsfähigkeit den Ehekonflikt der Beschwerdeführerin sowie die Betreuung der Tochter mit ein, so dass darauf ebenfalls nicht abgestellt werden kann.

E. 5.3

Was den psychischen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin anbelangt, stellen die vorliegenden Berichte von Dr. I.____ und des Psychologen J.____ vom Juni und August 2015 (vgl. vorstehend E. 4.6-7) keine genügende Beurteilungsgrundlage dar. So fehlt es an einer die Diagnosen erklären den objektiven Befunderhebung und es werden im Wesentlichen die subjektiven Ängste der Beschwerdeführerin im Zusammenhang mit der Konfliktsituation mit dem Ehemann, sowie Zukunfts- und Existenzängste geäußert. Dies ist jedoch grundsätzlich klar von einer psychischen Erkrankung zu unterscheiden (vgl. vorstehend E. 1.2). Zudem wurden fachfremde somatische und psychische Beschwerden bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit vermischt.

E. 5.4

Wie ausgeführt (vgl. vorstehend E. 1.4), beurteilt sich die Statusfrage praxisgemäss nach den Verhältnissen, wie sie sich bis zum Erlass der Verwaltungsverfügung entwickelt haben. Aus den Akten lässt sich weiter entnehmen, dass die Beschwerdeführerin vor ihrer erstmaligen Anmeldung bei der Invalidenversicherung am 30. Juli 2007 (Urk. 6/2) in einem Pensum von rund 71 % als Reinigungsangestellte bei der Z.____ AG (vgl. Urk. 6/9 Ziff. 2.9) und nach erfolgreicher Selbsteingliederung von August 2007 bis August 2013 in einem Pensum von 80 % im A.____ SA als Verkäuferin tätig war (vgl. Urk. 6/37 Ziff. 2.1 und Ziff. 2.3). Im Dezember 2009 gebar sie eine Tochter (vgl. Urk. 6/19).

Dem Bericht von Dr. E.____ vom Mai 2015 (vgl. vorstehend E. 4.5) lassen sich gewichtige Hinweise dafür entnehmen, dass die Statusfrage abgeklärt werden muss. So führte er aus, dass die Beschwerdeführerin nur vormittags arbeiten könne, da die Tochter ab 12 Uhr mittags zuhause sei. Des Weiteren äusserte die Beschwerdeführerin anlässlich der Begutachtung bei Dr. D.____ im Dezember 2013 (vgl. vorstehend E. 4.1), dass sie sich auch im Haushalt behindert fühle. Eine Abklärung allfälliger Einschränkungen im Haushalt fand bislang jedoch nicht statt.

E. 6

.

E. 6.1

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen 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.

E. 6.2

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 vertretene Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Prozessentschädigung hat. Diese ist unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses und beim massgebenden Stundenansatz von Fr. 185.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) auf Fr. 1'800.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzulegen und von der Beschwerdeführerin zu bezahlen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 15. Januar 2016 aufgehoben und die Sache an diese zurückgewiesen wird, damit sie nach Durchführung der erforderlichen Abklärungen im Sinne der Erwägungen neu über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin 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. 1'800.-- (inkl. Barauslagen und MWS) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - DAS Rechtsschutz-Versicherungs-AG - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage einer Kopie von Urk. 10/1-2 - 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 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 Mosimann Schucan

E. 7

00.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

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