

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01040 vom 1. Februar 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-02-01, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2016.01040](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.01040)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01040 du 1 février 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01040 del 1 febbraio 2017

## Erwägungen

### E. 1

X.\_\_\_\_, geboren 1974, Mutter von zwei Kindern ( Jahrgang 1997 und 2003 ), war von November 2010 bis Mai 2011 im Rahmen eines Einsatzprogrammes im Y.\_\_\_\_

als Mitarbeiterin Hotellerie tätig, wobei der letzte Arbeitstag am 7. Mai 2011 war (Urk. 7/39, Urk. 7/78/1-78 S. 3). Die Versicherte meldete sich am 27. Mai 2013 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/10). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische und erwerbliche Situation ab

und holte beim Z.\_\_\_\_ ein polydisziplinäres Gutachten ein, das am 10. Juni 2014 erstattet wurde (Urk. 7/34). Zudem veranlasste die IV-Stelle eine Haushaltabklärung, worüber am 29. August 2014 berichtet wurde (Urk. 7/40).

Mit Vorbescheiden vom 13. Oktober 2014 stellte die IV-Stelle der Versicherten die Verneinung eines Rentenanspruchs (Urk. 7/44) und die Verneinung eines Anspruchs auf Arbeitsvermittlung (Urk. 7/43) in Aussicht. Dagegen erhob die Versicherte Einwände (Urk. 7/45, Urk. 7/48, Urk. 7/60, Urk. 7/85, Urk. 7/87). Im Rahmen des

Vorbescheidverfahrens

holte die IV-Stelle ein

bidisziplinäres Gutachten ein; das rheumatologische Teilgutachten wurde am 3. Februar 2016 (Urk. 7/78) und das psychiatrische Teilgutachten am 13. Dezember 2015 und 4. Februar 2016 (Urk. 7/82) erstattet. Mit Verfügungen vom 21. Juli

2016 verneinte die IV-Stelle einen Rentenanspruch (Urk. 7/89 = Urk. 2 S.

1-4) sowie einen Anspruch auf Arbeitsvermittlung (Urk. 7/90 = Urk. 2 S.

### 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**

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) Versicherte, die:

a. ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig ( Art.

## **E. 1.3**

Die von einer qualifizierten Person durchgeführte Abklärung vor Ort (nach Massgabe des Art. 69 Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung [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). Einer ärztlichen Fachperson, die sich zu den einzelnen Positionen der Haushaltsführung unter dem Gesichtswinkel der Zumutbarkeit zu äussern hat, bedarf es nur in Ausnahmefällen, namentlich bei unglaubwürdigen Angaben der versicherten Person, die im Widerspruch zu den ärztlichen Befunden stehen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_817/2013 vom 28. Mai

2014 E. 5.1 mit weiteren Hinweisen).

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.

## **E. 1.4**

Gemäss der mit BGE 130 V 352 begründeten und seither stetig weiterentwickelten Rechtsprechung vermochten eine fachärztlich (psychiatrisch) diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung und vergleichbare psychosomatische Leiden (BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) in der Regel keine langdauernde, zu einer Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG

führende Arbeitsunfähigkeit zu bewirken. Viel mehr bestand die Vermutung, dass solche Beschwerdebilder oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar seien und nur bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machten, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt (zur Entstehungsgeschichte dieser Praxis: BGE 135

V 201 E.

7.1.2; Urteil des Bundesgerichtes 9C\_739/2014 vom 30. November 2015 E. 2.1 ). Ob ein solcher Ausnahmefall vorlag, entschied sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien (so genannte „Foerster-Kriterien“, vgl. BGE 130 V 352, BGE 131 V 39 E. 1.2, BGE 139 V 547 E. 3.2.3).

Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht die Überwindbarkeitsvermutung aufgegeben und das bisherige Regel-/Ausnahme-Modell durch einen strukturierten normativen Prüfungsraster ersetzt. In dessen Rahmen wird im Regelfall anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen ergebnisoffen und symmetrisch beurteilt, indem gleichermassen den äusseren Belastungsfaktoren wie den vorhandenen Ressourcen Rechnung getragen wird (BGE 141 V 574 E. 4.2 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 9C\_534/2015 vom 1. März

2016 E. 2.2 mit Hinweisen ). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; BGE 141 V 547 E. 2; Urteil des Bundesgerichts 8C\_28/2016 vom 15. April 2016 E. 3.2).

Die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens nach dem dargelegten Prüfungsraster erübrigt sich rechtsprechungsgemäss, wenn Ausschlussgründe vorliegen, etwa wenn die Leistungseinschränkung überwiegend auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht, welche die Annahme einer gesundheitlichen Beeinträchtigung von vornherein ausschliessen (BGE 141 V 281 E. 2.2; vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_549/2015 vom 29. Januar 2016 E. 4.1 und 9C\_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4).

### **E. 1.5**

Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, wird für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad entsprechend der Behinderung in beiden Bereichen zu bemessen ( Art. 28a Abs. 3 IVG; gemischte Methode der Invaliditätsbemessung).

Nach der Gerichts- und Verwaltungspraxis wird zunächst der Anteil der Erwerbstätigkeit und derjenige der Tätigkeit im Aufgabenbereich (so unter anderem im Haushalt) ermittelt; die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person ohne gesundheitliche

Beeinträchtigung erwerbstätig wäre, beurteilt sich mit Rücksicht auf die gesamten Umstände, so die persönlichen, familiären, sozialen und beruflichen Verhältnisse. Im Rahmen der gemischten Methode bestimmt sich die Invalidität dadurch, dass im Erwerbsbereich ein Einkommens- und im Aufgabenbereich ein Betätigungsvergleich vorgenommen wird, wobei sich die Gesamtinvalidität aus der Addierung der in beiden Bereichen ermittelten und gewichteten Teilinvaliditäten ergibt (BGE 130 V 393 E. 3.3 mit Hinweisen; vgl. BGE 134 V 9) . 1. 6

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). 2. 2.1

Die Beschwerdegegnerin hielt in den angefochtenen Verfügungen vom 21. Juli 2016 (Urk. 2) fest, dass die Abklärungen ergeben hätten, dass die Beschwerdeführerin ohne einen Gesundheitsschaden einer Tätigkeit als Hilfsarbeiterin zu einem Pensum von 50 % nachgehen würde. Die restlichen 50 % würden in den Aufgabenbereich entfallen. Seit Sommer 2013 bestehe sowohl in der angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 50 %. Bei einem ausserhäuslichen Anteil von 50 % liege somit im Erwerbsbereich keine Erwerbseinbusse vor. Gemäss ihren Abklärungen sei die Beschwerdeführerin so dann im Haushaltsbereich zu 24.4 % eingeschränkt. Insgesamt bestehe demnach kein Rentenanspruch (S. 2 f.). Im Sommer komme die jüngere Tochter in die erste Oberstufe. Ab diesem Zeitpunkt könne davon ausgegangen werden, dass die Beschwerdeführerin bei guter Gesundheit zu 80 % einer ausserhäuslichen Erwerbstätigkeit nachgehen würde. Bei dieser neuen Qualifikation als 80 % Erwerbstätige und 20 % im Haushalt Tätige würde weiterhin kein Rentenanspruch begründet (S. 3 unten).

Auf aktive Arbeitsvermittlung bestehe nur Anspruch, wenn eine gesundheitsbedingte Einschränkung bei der Stellensuche bestehe. Bei der Beschwerdeführerin bestehe aus versicherungsmedizinischer Sicht keine gesundheitsbedingte Einschränkung bei der Stellensuche. Der Beschwerdeführerin sei eine angepasste Tätigkeit in einem Arbeitspensum von 50 % voll zumutbar, weshalb für sie das Regionale Arbeitsvermittlungszentrum (RAV) zuständig sei (S. 5). 2.2

Die Beschwerdeführerin stellte sich hingegen auf den Standpunkt (Urk. 1), dass auf das im Rahmen des Vorbescheidverfahrens eingeholte bi-disziplinäre Gutachten nicht abgestellt werden könne. Dem psychiatrischen und rheumatologischen Teilgutachten

komme insgesamt kein genügender Beweiswert zu. Die Erhellung der Gutachten sei mit den Anforderungen an eine neutrale, ergebnisoffene und fachlich einwandfreie Beurteilung nicht vereinbar und verstosse gegen den Anspruch auf ein faires Verfahren und Waffengleichheit (S. 2 f f. Ziff. II.1 -17). Die Beschwerdeführerin wäre in einem Pensum von 100 % erwerbstätig, wenn sie gesundheitlich nicht eingeschränkt wäre. Die Beschwerdegegnerin

habe sie demnach zu Unrecht als Teilerwerbstätige qualifiziert und die gemischte Methode angewendet (S. 7 f. Ziff. II. 19-23). Die Beschwerdegegnerin habe dabei die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes für Menschenrechte (EGMR), aus der sich ergebe, dass die bisher praktizierte gemischte Methode Art. 14 der Konvention

zum Schutze der Menschenrechte

und Grundfreiheiten (EMRK; Diskriminierungsverbot) in Verbindung mit Art. 8 EMRK (Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens) verletzt, ignoriert (S. 8 Ziff. 24). Ausserdem habe sie Anspruch auf berufliche Massnahmen, insbesondere Arbeitsvermittlung (S. 9 Ziff. II.27). 3. 3.1

Die Ärzte der Rheumaklinik des A.\_\_\_\_ führten in ihrem Bericht vom 10. Juli 2013 (Urk. 7/17) aus, dass die Beschwerdeführerin seit August 2012 im A.\_\_\_\_ ambulant behandelt werde (Ziff. 1.2). Am 8. Juli 2013 sei sie zur stationären Therapie eingetreten (Ziff. 1.3, Ziff. 1.5). Die Ärzte nannten die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - cervicospondylogenes und thorakospondylogenes Schmerzsyndrom bei Wirbelsäulenfehlhaltung, muskulärer Insuffizienz und Dysbalance und mehrsegmentalen cervicothorakalen Übergang - subakromiales

Impingement vom Supraspinatustyp bei muskulärer Dysbalance und ventralisierten Humerusköpfen mit Bursitis subdeltoidea - Status nach Kniegelenkskontusion rechts 24. Juni 2011 - aktuell schwere psychosoziale Belastungssituation 3.2

Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, nannte in seinem Bericht vom 8. August 2013 (Urk. 7/18/6-11) die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom - chronische Periarthropathia

humeroscapularis

tendopathica rechts - Status nach Kniekontusion - mittelgradiges depressives Zustandsbild - partielle gonadotrope Insuffizienz mit sekundärer

Amenorrhoe

Zudem diagnostizierte er einen insulinabhängigen Diabetes Typ 2 ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.2). Seit dem 24. Juni 2011 bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Ziff. 1.6), auch für angepasste Tätigkeiten (Ziff. 1.7).

3.3

Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in seinem Bericht vom 29./30. September 2013 (Urk. 7/21) aus, dass er die Beschwerdeführerin seit November 2011 ambulant behandle (Ziff. 1.2). Er diagnostizierte einen mittelgradig depressiven Zustand mit gelegentlichen Panikattacken seit Juni 2011 (Ziff. 1.1). Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit bestehe eine psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit von 30 % seit dem 26. (richtig: 24.) Juni 2011 (Ziff. 1.6).

3.4

Die Ärzte des Z.\_\_\_\_ erstatteten das von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebene interdisziplinäre Gutachten am 10. Juni 2014 (Urk. 7/34) gestützt auf die ihnen überlassenen Akten (S. 3 ff. Ziff. 2), die Angaben der Beschwerdeführerin (S. 8 ff. Ziff. 3) und die von ihnen vom 28. April bis 2. Mai 2014

ambulant durchgeführten

(vgl. S. 1 unten ) alle medizinischen (S. 11 f. Ziff. 4.1), orthopädischen (S. 12 ff. Ziff. 4.2) und psychiatrischen (S. 18 ff. Ziff. 4.3) Untersuchungen.

Die Gutachter nannten die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 29 Ziff. 7): - Status nach Kniegelenkskontusion rechts mit Bone

bruise medialer Tibiakopf , Verletzung des medialen Kapselbandapparates (Verkehrsunfall Juni 2011) - Fortbestehen einer Bewegungsstörung sowie eines belastungsabhängigen Schmerzzustandes im Bereich des medialen Kniegelenkes - chronische Periarthropathia humeroscapularis

tendinopathica rechts bei klinisch leichtem subacromialen

Impingement und sonographisch nach gewiesener Partialruptur - depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, deutlich ängstlich gefärbt - anamnestisch Panikattacken - anhaltende somatoforme Schmerzstörung - Differentialdiagnose: chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) - andere somatoforme Störung (ICD-10 F45.8)

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie (S. 29 Ziff. 8): - sekundäre Amenorrhoe (vorzeitige Menopause) bei normogonadotropem

Hypogonadismus - Diabetes mellitus Typ 2, insulinpflichtig - Tendomyosen der Schulterblattstabilisatoren - leichtgradiges lumbales Schmerzsyndrom, rechtsbetont mit Tendomyoseveränderungen der Rumpfstabilisatoren sowie der Hüftaussenrotatoren , muskuläres Defizit der Rückenmuskulatur bei leichtgradigem Haltungsfehler und untrainiertem Zustand - Angabe Kopfschmerzen mit gelegentlichem Erbrechen, wahrscheinlich

im Rahmen des psychischen Leidens - Dyslipidämie

Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte die allgemeinmedizinische Untersuchung (S. 11 f. Ziff. 4.1), Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, die orthopädische Untersuchung (S. 12 ff. Ziff. 4.2) , und Dr.

med.

F.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, die psychiatrische Untersuchung (S. 18 ff. Ziff. 4.3) durch.

Aus orthopädischer Sicht stünden die Schmerzsymptomatik des rechten Knies nach dem Unfallereignis im 2011 sowie die Schmerzsymptomatik der rechten Schulter im Vordergrund. Diese sei erst etwa ein Jahr nach dem Unfall aufgetreten, möglicherweise auch im Zusammenhang mit der Krückstockbenützung. Heute imponiere in erster Linie eine ausgeprägte muskuläre Verspannung, zum Teil mit Verkürzung besonders der Schulterblattstabilisatoren. Auch der Schmerzzustand im linken Knie sei schwierig zu beurteilen. Der objektive Befund sei eher leichtgradig . Röntgenbefunde des Knies würden keine den Schmerzen entsprechenden Veränderungen zeigen. Der

Zustand der Hals- und Lendenwirbelsäule sei heute als nicht relevant zu bezeichnen. Auch hier stünden Tendomyoseveränderungen im Lenden- und Beckenbereich rechts im Vordergrund. Gesamthaft gesehen seien die angegebenen Beschwerden erheblich überlagert. Sie würden sich nicht direkt aus dem klinischen Befund erklären. Die Knieverletzung

müsse als geheilt betrachtet werden (S. 16 f. Ziff. 4.2.5).

In

psychiatrischer

Hinsicht bestehe eine heute als mittelgradig eingeschätzte, deutlich ängstlich gefärbte depressive Episode, welche subjektiv als sehr schwer und sehr schuldhaft erlebt werde. Die Beschwerdeführerin zeige ängstlich-katastrophisierende Muster, aus welchen sie sich nur kurzzeitig lösen könne. Diskret zu diesem Erleben zeige sich aber keine schwere durchgängige affektive Beeinträchtigung, vielmehr eine erhebliche Affektinkontinenz und auch – labil mit dann durchaus tiefer Verzweiflung, grossen Ängsten und ausgesprochener Somatisierung. Daneben zeige sich die Beschwerdeführerin aber auch leicht beeindruckbar, gut führbar und ablenkbar, was bei eher einfacher Persönlichkeitsstruktur an abhängige Züge denken lasse. Hierfür spreche auch die nach Aktenlage deutlich erschwerte Trauerreaktion auf den Tod der Mutter respektive die bereits vorher bestehende Identifikation mit der Mutter. In diesem Rahmen habe die Beschwerdeführerin neben den berichteten Angst- und Panikzuständen offenbar nach langen Jahren zunehmend somatoforme Symptome entwickelt, insgesamt überwiegend mit Schmerzen, weniger mit funktionellen Symptomen. Dabei habe der leichte Unfall im

Jahr 2011 einen (weiteren) locus

minoris

resistentiae gebildet, so dass die Knieschmerzsymptomatik bei offensichtlicher geringen organischen Befunden im Rahmen des somatoformen Geschehens beurteilt werde. Dasselbe gelte für die beklagten Schulterbeschwerden. Er schwerend habe 2013 nun allerdings ein insulinpflichtiger Diabetes mellitus und eine vorzeitige Menopause diagnostiziert werden müssen. Erkrankungen, welche eine Verfestigung des ängstlichen Krankheitserlebens der Beschwerdeführerin bewirken und sie in ihrer Gewissheit des Vorliegens schwerer körperlicher Erkrankungen bestärken würden. Ätiologisch müsse

von einer gewissen „Vorbelastung“ im Sinne einer Erschöpfungsdepression ausgegangen werden. Die Beschwerdeführerin sei alleinerziehende Mutter gewesen, habe offenbar auch nach der Trennung von ihrem Ehemann unter dessen Nachstellungen gelitten. Mit dem an sich geringen Unfallereignis im Juni 2011 sei es dann zur Entwicklung einer Traumafolgestörung im weitesten Sinne gekommen (S. 24 f. Ziff. 4.3.5). Insgesamt bestehe bei der Beschwerdeführerin heute deshalb eine multifaktorielle Ätiologie des affektiven Leidens, welches heute im Sinne einer mittelgradigen depressiven Störung imponiere. Darüber hinaus seien die von der Beschwerdeführerin beklagten Beschwerden im von ihr beklagten Ausmass somatisch nicht erklärbar. Wohl bestehe eine muskuläre Dysbalance beziehungsweise Insuffizienz, welche gewisse Beschwerden verursachen könne; die ausgeprägten Schmerzen, insbesondere im Bereich des rechten Knies, seien durch das damalige Unfallereignis heute aber nicht vollumfänglich erklärbar (S. 26 Ziff. 4.3.5).

In somatischer Hinsicht sei die Beschwerdeführerin heute nicht in der Lage, ganz täglich stehende oder nur sitzende Tätigkeiten auszuführen. Sie könne auch keine den rechten Arm andauernd belastende Tätigkeiten ausführen, ebenso wie keine Überkopfarbeiten. Der Beschwerdeführerin seien heute aus orthopädischer Sicht leichte bis mittelschwere Tätigkeiten zumindest zu 50 % zumutbar, bei entsprechender Therapie steigerbar. Von Seiten des Diabetes mellitus könne die Beschwerdeführerin keine gefährlichen Tätigkeiten,

wie Tätigkeiten in grosser Höhe und so weiter, ausführen. Alle übrigen Tätigkeiten wären ihr zumutbar.

Eine wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Sinne der Durchhaltbarkeit und der Arbeitsdichte bestehe aus psychiatrischer Sicht. Die komplexe affektive und psychosomatische Entwicklung schränke die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in jeder Tätigkeit teilweise ein. Rein psychiatrisch wäre der Beschwerdeführerin heute ebenfalls eine Arbeitsfähigkeit von 50 % zuzumuten. Diese Einschränkung könne zu der aus orthopädischer Sicht attestierten Arbeitsunfähigkeit aber nicht additiv gewertet werden, da sich die attestierten Einschränkungen teilweise überlappen würden. Der Beschwerdeführerin sei aktuell

insgesamt eine 50%ige Tätigkeit in einer körperlich leichten bis mittelschweren ausserhäuslichen Tätigkeit zumutbar. In der Tätigkeit als Hausfrau sei die Beschwerdeführerin weniger eingeschränkt, hier bestehe lediglich eine Einschränkung bei schweren Haushaltsarbeiten oder Arbeiten, die aus somatischer Sicht nicht möglich seien.

In der Haushaltsführung bestehe ein vermindertes Rendement von zirka 20 % (S. 31 Ziff. 10).

Dies bedeute, dass die Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit als Mitarbeiterin im Service heute eine 50%ige Arbeitsfähigkeit aufweise. Diese Tätigkeit sei nicht andauernd schwer und die Beschwerdeführerin habe die Möglichkeit, wechselschichtig zu arbeiten. Der Beginn der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit müsse auf den 24. Juni 2011 gelegt werden, als die Versicherte angefahren worden sei. Der Verlauf sei seither offenbar fluktuierend gewesen, auch abhängig von der psychosozialen Belastungssituation (Verschlechterung) respektive einer Schmerzreduktion anlässlich der Rehabilitation (Verbesserung). Insgesamt sei es seither nicht zu einer längerdauernden wesentlichen Besserung oder Verschlechterung gekommen. Seit März 2013 seien weitere somatische Erkrankungen aufgetreten, ohne dass in den Berichten aber von einer wesentlichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes deswegen die Rede gewesen wäre (S. 31 f. Ziff. 10). In einer adaptierten Tätigkeit, das heisst bei Wegfallen der aus somatischer Sicht zu formulierenden Einschränkungen, bestehe bei der Beschwerdeführerin heute ebenfalls eine 50%ige Arbeitsfähigkeit, da sich das psychische Leiden, welches doch als erheblich angesehen werden müsse, auch auf eine adaptierte Tätigkeit auswirken würde (S. 32 Ziff. 11).

### 3.5

Am 6. August 2014 fand eine Haushaltabklärung vor Ort statt, worüber am 29. August 2014 berichtet wurde (Haushaltabklärungsbericht, Urk. 7/40). Die Abklärungsperson führte aus, dass die Beschwerdeführerin die obligatorische Schulzeit in der G.\_\_\_\_ besucht habe (S. 2 Ziff. 2.1). Die Beschwerdeführerin habe immer in der Gastronomie gearbeitet und an verschiedenen Einsatzprogrammen des Sozialzentrums teilgenommen. Beim letzten Einsatzprogramm habe sie als Mitarbeiterin Hotellerie im

Y.\_\_\_\_

der Stadt Zürich gearbeitet. Die Beschwerdeführerin habe dort nach eigenen Angaben in einem 75 %-Pensum gearbeitet. Warum auf dem Arbeitszeugnis nur ein Pensum von 50 % stehe, habe sich die Beschwerdeführerin nicht erklären können. Nach Angaben der Beschwerdeführerin habe es zuerst so ausgesehen, dass sie im Altersheim im Anschluss an

das Einsatzprogramm einen Festanstellungsvertrag im 100 %-Pensum erhalten werde. Das Einsatzprogramm sei am 7. Mai 2011 fertig gewesen und der Unfall sei am 24. Juni 2011 passiert. Die Beschwerdeführerin habe nach eigenen Angaben bereits eine mündliche Zusage für eine Festanstellung

in einem 100

% - Pensum in einem Restaurant für nach den

Sommerferien

erhalten. Eine schriftliche Bestätigung habe sie nicht und zu einem Vertrag sei es gar nicht gekommen (S. 2 f. Ziff. 2.2).

Die Beschwerdeführerin wohne mit ihren beiden Töchtern (Jahrgang 1997 und 2003) in einer Mietwohnung. Die ältere Tochter beginne jetzt eine Ausbildung und die jüngere Tochter komme in die 5. Klasse. Über Mittag sei die jüngere Tochter im Hort (S. 3 Ziff. 2.3.1). Die Beschwerdeführerin würde nach eigenen Angaben bei guter Gesundheit mindestens in einem Pensum von 75 % arbeiten, eher sogar in einem 100 %-Pensum. Dies vor allem aus finanziellen Gründen, aber auch, weil sie nicht gerne den ganzen Tag zu Hause sei. Die Kinder seien schon selbständiger und über Mittag sei die jüngere Tochter im Hort fremdbetreut (S. 4 Ziff. 2.5). Die Abklärungsperson führte diesbezüglich aus, dass die Beschwerdeführerin keine aktuellen Bewerbungen habe vorlegen können. Die Beschwerdeführerin habe nach eigenen Angaben zu 100 % - gemeint ist wohl 75 % - im Altersheim gearbeitet, im Arbeitszeugnis werde jedoch nur ein 50%iges Pensum bestätigt. Die Beschwerdeführerin habe weiter angegeben, bereits eine mündliche Zusage für eine 100 % Anstellung zu haben; diesbezüglich läge jedoch keine schriftliche Bestätigung vor. Auch Bewerbungsunterlagen habe sie keine mehr. Die 50%ige Restarbeitsfähigkeit

werde nicht verwertet. Da schriftliche Bestätigungen fehlten sowie auch keine Bewerbungsunterlagen vorliegen würden, könne aktuell von einer Qualifikation von 50 % im Erwerbsbereich und 50 % im Haushaltsbereich ausgegangen werden. Dies entspreche der schriftlichen Bestätigung des Altersheims

Y.\_\_\_\_, mithin des letzten Arbeitgebers. Im Sommer 2016 komme die jüngere Tochter in die erste Oberstufe. Im Rentenfall sei dann eine Revision durchzuführen und die Situation noch einmal vor Ort abzuklären (S. 5 Ziff. 2.6.1).

Die Abklärungsperson ermittelte sodann eine Einschränkung von 24.4 % im Haushalt (S. 7 ff. Ziff. 6.1-6.8), was bei einem 50%igen Anteil im Haushaltsbereich einen Teilinvaliditätsgrad von 12.2 % ergibt (S. 9 Ziff. 7). 3.6

Die Ärzte der Klinik für Rheumatologie des A.\_\_\_\_

nannten in ihrem Bericht vom 5. November 2014 (Urk. 7/58) die folgenden Diagnosen (S. 1 Mitte): - chronisches, cervikospodylogenes Schmerzsyndrom rechts mit möglicherweise intermittierender Reizung C6 rechts - Wirbelsäulenfehlform mit Hyperkyphose der Brustwirbelsäule und Halswirbelsäule-Protraktion, muskuläre Insuffizienz - aktuell ausgeprägte Irritationszonen Halswirbelkörper 5/6 rechts, Trigempunkt im Levator

Scapulae, Trapezius, Infraspinatus und Teres minor rechts - geplant: MRI Halswirbelsäule - chronische Periarthropathia

humeroscapularis

tendi nopathica rechts bei chronischem , subakromialem

Impingement mit Humeruskopfprotraktion - sonografisch erneute chronische Bursitis subdeltoidea , Tendinopathie der Supraspinatussehne im Bereich des Impingements mit kleiner, ansatznaher Partialruptur und Mikroverkalkungen - Hypovitaminose D - Diabetes mellitus, insulinpflichtig, Erstdiagnose März 2013 - Verdacht auf partielle Gonadotrope Insufizienz bei sekundärer Amenorrhoe - Dyslipidämie - depressive Störung, neu unter Cymbalta

Insgesamt fänden sich klar mechanische Ursachen für die beklagten Schmerzen. Zudem sei der Vitamin D Spiegel erneut tief, was die Beschwerden verstärken könne. Langfristig würden nur eine gezielte Physiotherapie und regelmässige Übungen zu einer gewissen Beschwerdenminderung

führen. Wahrscheinlich erschwere die depressive Symptomatik die aktive Therapie (S. 2 unten). 3.7

Die Ärzte des Instituts für Diagnostische und Interventionelle Radiologie des A.\_\_\_\_

führten in ihrem Bericht vom 2. Dezember 2014 (Urk. 7/59) aus, dass ein MRI der Halswirbelsäule durchgeführt worden sei. Es seien

mehrsegmentale Diskusprotrusionen und eine mittelgradige Facettengelenksarthrose festgestellt worden. 3.8

Die Ärzte des Z.\_\_\_\_ führten in ihrer Stellungnahme vom 30. März 2015 (Urk. 7/62) aus, dass das im Bericht der Klinik für Rheumatologie des A.\_\_\_\_ vom 5. November 2014 (vgl. vorstehend E. 3.6) diagnostizierte chronische, cervikopondylogene Schmerzsyndrom rechts mit möglicher, intermittierender Reizung C6 rechts anlässlich der bei ihnen durchgeführten Untersuchung nicht diagnostiziert worden sei.

Entsprechende Beschwerden seien von der Beschwerdeführerin auch nicht beklagt worden respektive nicht im Vordergrund gestanden. Im MRT-Bericht vom 2. Dezember 2014 der Halswirbelsäule (vgl. vorstehend E. 3.7) würden sodann Diskusprotrusionen beschrieben (S. 1 f.). Aufgrund dieser neuen Diagnosen seit ihrer Begutachtung vom 10. Juni 2014 (vorstehend E. 3.4) hätten sich möglicherweise Änderungen in der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin ergeben. Insgesamt würden die neuen Befunde allerdings eher leichtgradiger Natur erscheinen. Zur Klärung der Arbeitsfähigkeit seit ihrem Gutachten müsste die Beschwerdeführerin daher erneut untersucht beziehungsweise begutachtet werden (S. 2 unten). 3.9

Dr. med. und Dr. sc.nat. ETH H.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, erstattet das von der Beschwerdeführerin in Auftrag gegebene rheumatologische Gutachten am 3. Februar 2016 (Urk. 7/78 /1-78). Sie stütze sich dabei auf die ihr überlassenen Akten (S. 3 ff. Ziff. 4-6), die Angaben der Beschwerdeführerin (S. 53 f. Ziff. 7) und die am 25. Januar 2016 durchgeführte internistisch-rheumatologische Untersuchung (S. 2 Ziff. 1, S. 55 ff. Ziff. 8). Die Gutachterin nannte die folgenden rheumatologischen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 63 Ziff. 9.1): - Diabetes mellitus Typ 2 (Erstdiagnose März 2013) mit Insulin-Therapie und - ungenügender Einstellung und - relativer Hypoglykämie März 2014 mit unklarer neurologischer Episode mit starker Schläfrigkeit bei Ansprechbarkeit und Glucose

Als rheumatologische Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie (S. 63 Ziff. 9.2): - Nikotin-Abusus - ausgedehnte chronische Schmerzen - normogonadotroper

Hypogonadismus mit Menopause mit 39 Jahren (März 2013) - Osteopenie der Lendenwirbelsäule und des rechten Schenkelhalses (DEXA Februar 2016) bei normaler Knochendichte beider Radii und da her keine Inaktivitäts - Osteoporose der Arme - Vitamin D-Mangel - Hypercholesterinämie - w illkürlich anmutende Zuckungen rechtsbetont mit - n ormalen neurologischen und ENMG-Befunden (April 2013) und - n ormalen MRI-Befunden des Cerebrums (Februar 2016 und Juni 2013) - Status nach Unfall am 24. Juni 2011 mit Kontusion des rechten Knies mit medialem Bone

bruise , Mikrofrakturierung am medialen Tibiaplateau und Partialruptur des medialen Kollateralbandes mit konservativer Therapie und guter Heilung mit altersentsprechenden MRI-Befunden (Juli 2012) - leichte bis mässige degenerative Veränderungen der Halswirbelsäule mit mehrsegmentalen Diskusprotrusionen ohne Kompression neuraler Strukturen (MRI Dezember 2014)

Bei der Beschwerdeführerin bestehe ein Diabetes mellitus mit ungenügender Einstellung und einer dokumentierten Episode einer Hypoglykämie mit einer unklaren neurologischen Episode mit starker Schläfrigkeit (März 2014), der ihre Leistungsfähigkeit einschränke. Weitere strukturelle Veränderungen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden nicht. Die Verletzung des rechten Knies (Juni 2011) und die daraus folgende Überlastung der Schultergelenke wegen den Stöcken seien ohne Residuen gut geheilt. Die vorhandenen Befunde würden das Ausmass ihrer Beschwerden nicht erklären (S. 65 Ziff. 10).

Die Beschwerdeführerin sei wegen des Diabetes mellitus in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt und könne keine Nacharbeit (zwischen 22 Uhr und 6 Uhr) und keine Arbeiten mit Selbst- oder Fremdgefährdung ausüben . Die angestammte Tätigkeit als Mitarbeiterin Hotellerie im Altersheim beziehungsweise als Serviceangestellte, Verkäuferin, Mitarbeiterin an der Kasse und Buffet, Konditoreimitarbeiterin beziehungsweise Küchenangestellte könne sie uneingeschränkt ausüben, sofern sie dabei nicht in der Nacht zwischen 22 Uhr und 6 Uhr morgens arbeiten müsse. Wegen der Hypoglykämie-Episode könne sie beruflich nicht Autofahren. Im Haushalt bestünden keine Einschränkungen (S. 67 f. Ziff. 11.1). Die Einschränkungen durch den Diabetes mellitus bestünden seit der Erstdiagnose im März 2013. Die Beschwerdeführerin sei im Rahmen der polydisziplinären Z.\_\_\_\_-Begutachtung im Juni 2014 in einer leichten bis mittelschweren Tätigkeit als ganztags arbeitsfähig eingeschätzt worden (vgl. vorstehend E. 3.4) . Seither habe sich der Befund in der rechten Schulter gebessert. Aus den Unterlagen gehe nicht eindeutig hervor, wann diese Besserung eingetreten sei. Daher gelte die oben attestierte Arbeitsfähigkeit seit dem Datum der rheumatologischen Untersuchung am 25. Januar 2016 (S. 68 Ziff. 11.2). Die Beschwerdeführerin sei zu 100 % arbeitsfähig bezogen auf ein Pensum von 100 % (S. 68 Ziff. 11.3). Unter Berücksichtigung der genannten Einschränkungen könne die Beschwerdeführerin sämtliche Tätigkeiten uneingeschränkt ausüben, die Frauen ihres Alters üblicherweise machen können (S. 68 Ziff. 11.4).

Die Beschwerdeführerin habe eine gute Prognose. Es sei wahrscheinlich, dass sie in der angestammten Tätigkeit oder in einer anderen angepassten Tätigkeit un eingeschränkt arbeiten könne. Die berufliche Wiedereingliederung werde durch die invaliditätsfremden

Faktoren Migrationshintergrund, kein Schulbesuch in der Schweiz, fehlende Berufsausbildung, Hilfsarbeiter-Tätigkeit und geringe Deutschkenntnisse erschwert (S. 69 Ziff. 12.3). 3.10

Prof. Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie und für Psychiatrie und Psychotherapie, erstattete das von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebene psychiatrische Gutachten am

## **E. 5**

f.) 2.

Die Versicherte erhob am 14. September 2016 Beschwerde gegen die Verfügungen vom 21. Juli 2016 (Urk. 2) und beantragte, diese seien aufzuheben und es seien ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Eventuell sei die Sache zur Vornahme ergänzender Abklärungen an die Vorinstanz zurückzuweisen. Subeventuell seien ihr eine Dreiviertelrente zuzusprechen und berufliche Massnahmen, insbesondere Arbeitsvermittlung, zu gewähren (Urk. 1 S. 2 Ziff. 1-4).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 18. Oktober 2016 die Abweisung der Beschwerde (Urk. 6).

Mit Gerichtsverfügung vom 24. Oktober

2016

wurden antragsgemäss (vgl. Urk. 1 S. 2 Ziff. 5) die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung bewilligt und der Beschwerdeführerin die Beschwerdeantwort zugestellt (Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 5.1**

Die Beschwerdegegnerin ging gestützt auf den Haushaltabklärungsbericht vom August 2014 (vorstehend E. 3.5) von einer Qualifikation der Beschwerdeführerin als zu 50 % Erwerbstätige und zu 50 % im Haushalt Tätige aus. Ab August 2016, mithin nach Verfügungszeitpunkt,

sei hingegen von einer Qualifikation der Beschwerdeführerin als zu 80 % Erwerbstätige und zu 20 % im Haushalt Tätige aus zugehen (vorstehend E. 2.1). Demgegenüber machte die Beschwerdeführerin geltend, bei guter Gesundheit in einem Pensum von 100 % tätig zu sein (vorstehend E. 2.2). Strittig und zu prüfen ist demnach die sozialversicherungsrechtliche Qualifikation der Beschwerdeführerin.

### **E. 5.2**

Die Beschwerdeführerin ist Ende Dezember 1992 von der G.\_\_\_\_ in die Schweiz eingereist (Urk. 7/10 Ziff. 1.6). Gemäss Auszug aus dem individuellen Konto hat die Beschwerdeführerin seit Juli 1993 bei verschiedenen Arbeitgebern ein eher bescheidenes Einkommen generiert und bezog auch verschiedentlich Arbeitslosenentschädigung. Für die Jahre 2003 bis 2008 sind keine Einkommen verzeichnet, für die Jahre 2009 und 2010 solche von sehr geringer Höhe. Danach war sie nicht erwerbstätig (IK-Auszug, Urk. 7/15). Die in der Vergangenheit geleisteten Arbeitspensen sind nicht dokumentiert, dürften sich aber angesichts der erzielten Einkommen nicht in einem 100%igen Umfang befunden haben. Aus dem Haushaltabklärungsbericht vom August 2014 geht sodann hervor, dass die Beschwerdeführerin an verschiedenen Einsatzprogrammen des

Sozialen trums teilgenommen ha t . Beim letzten Ei nsatzprogramm habe sie als M itarbei terin Hotellerie im

Y.\_\_\_\_ der Stadt Zürich vom 8. November 2010 bis 7. Mai 2011 gearbeitet (vorstehend E. 3.5 , vgl. Arbeitszeugnis in Urk. 7/39).

G emäss dem in den Akten liegenden Arbeitszeugnis vom 7. Mai 2011 betrug das Arbeitspensum 50 % (Urk. 7/39).

Die Beschwerdeführerin gab anlässlich der Haushaltabklärung an, bei guter Gesundheit mindestens in einem Pensum von 75 % zu arbeiten, eher sogar in ei nem 100 %-Pensum. Dies vor allem aus finanziellen Gründen, aber auch, weil sie nicht gerne den ganzen Tag zu Hause sei. Zudem führte sie aus, im Alters heim in einem 75 %-Pensum gearbeitet zu haben. Warum auf dem Arbeits zeugn is nur ein Pensum von 50 % stehe (vgl. Urk. 7/39), könne sie sich nicht erklä ren. Nach Angaben der Beschwerdeführerin habe es zudem zuerst so aus gese hen, wie wenn sie im Altersheim im Anschluss an das Einsatzprogramm einen Festanstellungsvertrag in einem 100 %-Pensum erhalte, was schliesslich dann nicht geklappt habe ( vorstehend E. 3.5 ).

Aus einer internen (undatierten) Notiz der Sozialen Einrichtungen und Betriebe der Stadt Zürich ist sodann ersichtlich, dass der Leiter Hotellerie des Altersheims Y.\_\_\_\_

der Stadt Zürich Ende Februar den Sozialen Einrichtungen und der Bes chwerdeführerin mitgeteilt ha t , dass eine Festanstellung zu 90 % sicher sei. Ende April sei die Beschwerdeführerin darüber informiert worden, dass ihr doch keine Stelle angeboten werden könne aufgrund von Budgetkürzungen. Aus der Notiz geht ferner hervor, dass die Beschwerdeführerin die Stellensuche anfangs April intensiviert ha t . Sie habe sich auch einige Male vorstellen können, leider habe sie nur Absagen erhalten. Die Beschwerdeführerin sei bezüglich Arbeits zeiten nicht sehr flexibel, da sie Betreuungspflichten habe. Sie habe aber die Möglichkeit, ausnahmsweise an Wochenenden oder abends zu arbeiten . Es sei abgeklärt worden, ob eine Anmeldung zur Stellenvermittlung trotz Han dicap Arbeitszeiten möglich sei (Urk. 3/4). Die Beschwerdeführerin gab ferner an läss lich der Haushaltabklärung an, eine mündliche Zusage für eine 100%ige Anstel lung in einem Restaurant nach den Sommerschulferien gehabt zu haben. Eine schriftliche Bestätigung konnte sie jedoch nicht vorweisen ( vorstehend E. 3.5 ).

### **E. 5.3**

Gestützt auf die Erwerbsbiographie der Beschwerdeführerin , wonach sie über wiegend wahrscheinlich auch in der Vergangenheit kaum ein je 100 %-Pensum ausgeübt haben dürfte,

ihren

offensichtlich bestehenden Betreuungspflichten und der damit verbundenen Einschränkung bezüglich Arbeitszeiten

sowie den fehlenden schriftlich eindeutig belegbaren

Arbeitsbemühungen beziehungs weise Nachweisen einer Anstellung in einem 100 %-Pensum (vgl. vorstehend E. 5.2) kann nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass die Beschwerdeführerin bei guter Gesundheit einer 100%igen Erwerbstä tig keit nachgehen würde. Ein Pensum von 50 % wie in der zuletzt

verrichteten Tätigkeit im Altersheim ausgewiesenermassen ausgeübt, erscheint deshalb als wahrscheinlich. Im Sommer 2016 kam die jüngere Tochter (Jahrgang 2003) in die erste Oberstufe, weshalb es der Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall

ab die sem Zeitpunkt zumutbar wäre , ihre Erwerbstätigkeit zu erhöhen. Dafür sprechen auch finanzielle Gründe. Eine 80%ige Erwerbstätigkeit ab diesem Zeitpunkt erscheint wahrscheinlich.

Die Beschwerdeführerin ist demnach als 50 % Erwerbstätige und als 50 % im Haushalt Tätige und ab August 2016 als 80 % Erwerbstätige und als 20 % im Haushalt Tätige zu qualifizieren.

5.4

Die von der Beschwerdegegnerin ermittelten Einschränkungen im Haushalt von 24.4 % (vorstehend E. 3.5) sind schlüssig begründet und nachvollziehbar und werden von der Beschwerdeführerin nicht substantiiert bestritten, weshalb darauf abgestellt werden kann. Bei einem Anteil im Haushalt von 50 % entspricht dies einem gewichteten Teilinvaliditätsgrad von 12.2 % und ab August 2016 bei einem Anteil im Haushalt von 20 % einem solchen von 4.88 %. 6.

## **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

### **E. 6.1**

Zu prüfen bleibt damit die Ermittlung des Invaliditätsgrades im erwerblichen Bereich anhand eines Einkommensvergleiches.

### **E. 6.2**

Gemäss Urteil des EGMR in Sachen Di

Trizio gegen die Schweiz vom 2. Februar 2016 (7186/09) verletzte die Anwendung der gemischten Invaliditätsbestimmungsmethode in der Invalidenversicherung bei einer Versicherten, welche ohne gesundheitliche Einschränkungen nach der Geburt ihrer Kinder nur noch zeitlich erwerbstätig gewesen wäre und deshalb im Rentenrevisionsverfahren ihren Anspruch auf eine Invalidenrente verlor, Art. 14 EMRK ( Diskriminierungsverbot) in Verbindung mit Art. 8 EMRK (Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens).

Gemäss IV-Rundschreiben Nr. 355 des BSV vom 31. Oktober 2016 hat das Urteil des EGMR zur Folge, dass in Fällen einer ähnlichen Ausgangslage wie im Fall Di Trizio mit Blick auf die Achtung des Familienlebens der bisherige Status beibehalten und die gemischte Methode nicht mehr angewendet wird. Eine solche Ausgangslage liegt vor, wenn es kumulativ um eine Rentenrevision oder erstmalige Rentenzusprache mit gleichzeitiger Abstufung oder Befristung der Rente geht sowie ein familiär bedingter Grund (Betreuungspflichten gegenüber minderjährigen Kindern) für die Reduktion der Arbeitszeit vorliegt. Andererseits ist beispielsweise bei einer erstmaligen Rentenzusprache bei einer Person, die bereits vor der Rentenprüfung einer Teilerwerbstätigkeit nachgegangen ist, das bisherige Recht und das bisherige Berechnungsmodell der gemischten Methode anzuwenden. Ein solcher Fall liegt hier vor, weshalb die gemischte Methode zur Anwendung gelangt.

### E. 6.3

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Validen einkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der Überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BG E 134 V 322 E. 4.1 mit Hinweis).

Der bei der Bemessung des Invalideneinkommens zu berücksichtigenden ausgeglichenen Arbeitsmarktlage (Art. 16 ATSG) ist grundsätzlich auch bei der Festsetzung des Validenlohnes Rechnung zu tragen, wobei auf die Ergebnisse der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) abgestellt werden kann (Urteil des Bundesgerichts 9C\_192/2014 vom 23. September 2014 E. 3.2 mit Hinweisen).

### E. 6.4

Die Beschwerdeführerin ging in den letzten Jahren keiner geregelten Erwerbstätigkeit nach und war zuletzt im Rahmen eines Einsatzprogrammes

als Mitarbeiterin in der Hotellerie in einem Altersheim tätig (vorstehend E. 5.2), weshalb es sich rechtfertigt, für die Ermittlung des Valideneinkommens auf den standardisierten Durchschnittslohn für einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art in sämtlichen Wirtschaftszweigen des privaten Sektors gemäss LSE abzustellen. Das im Jahr 2012 von Frauen im Durchschnitt für einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art in sämtlichen Wirtschaftszweigen erzielte Einkommen betrug pro Monat Fr. 4'112.-- (LSE 2012, S. 35, Tabellengruppe TA1, Monatlicher Bruttolohn nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor, Kompetenzniveau 1, Total Frauen), mithin Fr. 49'344.-- pro Jahr (Fr. 4'112.-- x 12) bei einem Pensum von 100 %.

Unter Berücksichtigung der allgemeinen Lohnentwicklung im Jahr 2013 in der Höhe von 0.7 % und im Jahr 2014 in der Höhe von 0.8 % (Schweizerischer Lohnindex nach Sektor, Tabellengruppe T1.93 Nominallohnindex 1993-2015, Total, [www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch), Arbeit und Erwerb, Löhne/Erwerbseinkommen/Arbeitskosten, Lohnentwicklung) sowie der durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit im Jahr 2014 von 41.7 Stunden (Arbeitsmarktindikatoren 2016, S. 98, Tabellengruppe T18 wöchentliche Normalarbeitszeit der Vollzeitarbeitnehmer nach Wirtschaftsfaktoren, -abschnitten und -abteilungen, Total 2014) ergibt dies ein Valideneinkommen

von rund Fr. 52'216.-- für das Jahr 2014

(Fr. 49'344.-- x 1.007 x 1.008 : 40 x 41.7) bei einem Pensum von 100 %. Ohne gesundheitliche Einschränkungen würde die Beschwerdeführerin – wie bereits dargelegt wurde (vorstehend E. 5.3) – einer 50%igen Erwerbstätigkeit und ab August 2016 einer 80%igen Erwerbstätigkeit nachgehen, weshalb das Valideneinkommen

entsprechend zu reduzieren ist. Bei einem 50 %-Pensum beträgt das Valideneinkommen demnach

rund Fr. 26'108.-- und bei einem 80 %-Pensum rund Fr. 41'773.--.

## **E. 6.5**

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzielttes Erwerbseinkommen gegeben, nämlich 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. 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).

## **E. 6.6**

Die Beschwerdeführerin war zuletzt von November 2010 bis Mai 2011 im Rahmen eines Einsatzprogramms in einem 50 %-Pensum tätig, seither hat sie nicht mehr gearbeitet (vorstehend E. 5.2, vgl. Urk. 7/78/1-78 S. 3). Für die Ermittlung des Invalideneinkommens rechtfertigt es sich deshalb, ebenfalls auf den standardisierten Durchschnittslohn für einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art in sämtlichen Wirtschaftszweigen des privaten Sektors gemäss LSE abzustellen. Das Invalideneinkommen beträgt demnach ebenfalls Fr. 52'216.-- für das Jahr 2014 bei einem Pensum von 100 % (vgl. vorstehend E. 6.4).

Der Beschwerdeführerin ist seit Sommer 2013 sowohl die angestammte Tätigkeit als auch eine andere angepasste Tätigkeit in einem Umfang von 50 % zumutbar (vorstehend E. 4.3), woraus sich ein Invalideneinkommen von Fr. 26'108.-- ergibt.

Die Beschwerdegegnerin gewährte der Beschwerdeführerin keinen

leidensbedingten Abzug (vgl. Urk. 7/41 S. 2), wohingegen die Beschwerdeführerin einen leidensbedingten Abzug von 20 % als gerechtfertigt erachtete. Zur Begründung führte sie aus, dass sie nur beschränkt tätig sein könne und ihr verschiedene Tätigkeiten nicht offenstünden oder nur, wenn sie gegenüber gesunden Versicherten eine zusätzliche Lohneinbusse hinnehme (Urk. 1 S. 9 Ziff. 26). Der Beschwerdeführerin ist seit Sommer 2013 sowohl ihre angestammte Tätigkeit als auch eine andere angepasste Tätigkeit zu 50 % zumutbar, sofern es sich dabei nicht um Nachtarbeit und Arbeiten mit Selbst- oder Fremdgefährdung handelt (vorstehend E. 4.3). Auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt besteht deshalb ein genügend breites Spektrum an zumutbaren Verweisungstätigkeiten, weshalb kein leidensbedingter Abzug zu gewähren ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_796/2013 vom 28. Januar 2014 E. 3.1.1 mit Hinweisen).

## **E. 6.7**

Der Vergleich des Valideneinkommens von Fr. 26'108.-- mit dem Invalideneinkommen von Fr. 26'108.-- ergibt keine Einkommenseinbusse und damit keine Einschränkung. Bei

einem Anteil von 50 % im erwerblichen Bereich resultiert damit ein Teilinvaliditätsgrad von 0 %.

Für den Zeitraum ab August 2016 ergibt der Vergleich des Valideneinkommens von Fr. 41'773.-- mit dem Invalideneinkommen von Fr. 26'108.-- eine Einkommenseinbusse von Fr. 15'665.-- und damit eine Einschränkung von 37.50 %. Bei einem Anteil im erwerblichen Bereich von 80 % resultiert damit ein Teilinvaliditätsgrad von 30 %.

### **E. 6.8**

Die Addition der Teilinvaliditätsgrade von 0 % im erwerblichen Bereich (vorstehend E. 6.7) und von 12.2 % im Haushaltsbereich (vgl. vorstehend E. 5.4) ergibt einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von gesamthaft rund 12.2 %. Ab August 2016 ergibt die Addition der Teilinvaliditätsgrade von 30 % im erwerblichen Bereich (vorstehend E. 6.7) und 4.88 % im Haushaltsbereich (vorstehend E. 5.4) einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 34.88 %.

Dementsprechend hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Rente. Mithin ist die angefochtene Verfügung vom 21. Juli 2016 betreffend die Rente

(Urk. 2 S. 1-4) nicht zu beanstanden und die Beschwerde ist diesbezüglich abzuweisen.

7.

7.1

Es bleibt der Anspruch auf berufliche Massnahmen, namentlich Arbeitsvermittlung, zu prüfen. 7.2

Arbeitsunfähige ( Art. 6 ATSG) Versicherte, welche eingliederungsfähig sind, haben gemäss Art.

### **E. 8**

ATSG) sind.

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

### **E. 8.1**

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ermessensweise auf Fr. 800.-- anzusetzen. Die Kosten sind ausgangsgemäss der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzulegen,

infolge bewilligter unentgeltlicher Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht von § 16 Abs. 4 GSVG hingewiesen.

### **E. 8.2**

Nachdem der zum unentgeltlichen Rechtsvertreter bestellte Rechtsanwalt Viktor Györfy

trotz telefonischer Aufforderung durch das Gericht (vgl. Urk. 10 ) keine Kostennote ein gereicht hat, ist seine Entschädigung nach Ermessen durch das Gericht bei Anwendung des gerichtlichen Stundenansatzes von Fr. 220.-- auf Fr. 2'400.-- (inklusive Mehrwertsteuer und Barauslagen) festzusetzen.

Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht von § 16 Abs. 4 GS VGer hingewiesen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt ,

jedoch zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Viktor Györfly , Zürich, wird mit Fr. 2'400.-- (inkl. Barauslagen und MWSt ) aus der Gerichtskasse entschädigt. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4 .

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Viktor Györfly , unter Beilage einer Kopie von Urk. 10 - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 5 .

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

**E. 13**

Dezember

2015 und am

4.

Februar 2016 nach abschliessender interdisziplinärer Besprechung

(Urk. 7/82). Er stützte sich dabei auf die ihm überlassenen Akten (S. 3 Ziff. A.3), die Angaben der Beschwerdeführerin (S. 5 ff. Ziff. B) und die am 10. Dezember 2015 durchgeführte psychiatrische Untersuchung (S. 4 Ziff.

A.2). Zudem berücksichtigte er die vom Bundesgericht aufgestellten Standardindikatoren gemäss Urteil vom 3. Juni 2015 (BGE 141 V 281) sowie die im IV-Rundschreiben Nr. 339 des BSV vom 9. September 2016 gemachten Umsetzungsempfehlungen (S. 4 Ziff. A.1).

Der Gutachter nannte die folgenden psychiatrischen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 27 Ziff. E.1): - rezidivierende depressive Störung (beginnend chronifiziert); unzureichend medikamentös behandelt; gegenwärtig mittelgradig mit somatischem Syndrom und vorwiegend ängstlichen Anteilen (ICD-10 F33.11) - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)

Zudem diagnostizierte er anamnestische Panikattacken (ICD-10 F41.0) ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 27 Ziff. E.2). Der Gutachter führte aus, dass er die psychiatrische Einschätzung im polydisziplinären Z.\_\_\_\_-Gutachten vom Juni 2014 (vgl. vorstehend E. 3.4) in sein Gutachten übernommen habe, da sie von ihm geteilt werde und unveränderte Gültigkeit besitze. Es sei nichts hinzuzufügen, ausser dass sich die sonstigen somatoformen Anteile zurückgebildet hätten unter weiterer Präsenz des somatoformen Schmerzbildes (S. 22 f. Ziff. D). Bezüglich der Zuckungen im Arm sei unter anderem eine neurologische Abklärung mit bildgebender Diagnostik im Juni 2013 ohne pathologischen Befund erfolgt, welche schliesslich als diffuse motorische Entäusserungen gewertet worden seien ohne somatisches Pendant und dissoziativer Natur (S. 24 Ziff. D). Im Vordergrund der psychiatrischen Symptome hätten wiederum Klagen der Beschwerdeführerin über chronische Schmerzen der gesamten rechten Körperseite gestanden. Klagen über sonstige somatoforme Symptome habe sie im Gegensatz zu der Vorbegutachtung nicht mehr geäussert. Psychopathologisch habe sich im Vergleich zum Z.\_\_\_\_-Gutachten vom Juni 2014 im Affektiven kein veränderter Befund ergeben. Es habe wiederum ein ängstlich gefärbtes depressives mittelgradiges Zustandsbild imponiert. Anamnestisch habe die Beschwerdeführerin von gelegentlichen Panikattacken berichtet. Die diagnostische Einschätzung sei insofern abzuändern, als dass die depressive Episode nun seit mehr als zwei Jahren anhalte und damit als rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig mit somatischem Syndrom, einzuordnen sei. Die Diagnosen anamnestischer Panikattacken und einer anhaltenden somatoformen

Schmerzstörung würden aus dem Vorgutachten übernommen. Die Diagnose einer anderen somatoformen Störung liege nicht mehr vor (S. 24 Mitte Ziff. D).

Wie bereits im Vorgutachten beschrieben worden sei, habe sich das psychische Störungsbild der Beschwerdeführerin auf dem Boden einer Vorbelastung entwickelt. Die Beschwerdeführerin sei nach ihrer Scheidung bei mässiger Ressourcenlage (keine Ausbildung, geringer Rückhalt in der Familie, Auseinandersetzungen mit dem Ex-Ehemann, finanzielle Schwierigkeiten) als alleinerziehende Mutter überdurchschnittlich belastet gewesen. Zudem seien die Übergriffe des Ex-Ehemannes von der Beschwerdeführerin als traumatisierend erlebt worden. Dies habe die Beschwerdeführerin überdurchschnittlich belastet, so dass ein gewisser Erschöpfungszustand prädestinierend das psychiatrische Krankheitsbild begünstigt habe. Der Tod der Mutter, welche eine wesentliche und vermeintlich letzte Ressource für die Beschwerdeführerin dargestellt habe, habe dann das psychiatrische Bild mit der ängstlich gefärbten Depression und der Symptomausweitung der Schmerzen mit dem Auftreten somatoformer Schmerzen und anderer Symptome ausgelöst (S. 24 f. Ziff. D).

Aus psychiatrisch-gutachterlicher Sicht ergebe sich im Vergleich zur psychiatrischen Vorbegutachtung im Juni 2014 ein unverändertes Zustandsbild. Die Einschätzung des Vorgutachters einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit bezogen auf ein Vollpensum in zuletzt ausgeübter und adaptierter Tätigkeit sei korrekt. Gegenwärtig bestehe eine mittelgradige Minderung der Durchhaltefähigkeit und der Ausdauerleistungen der Beschwerdeführerin sowie der geistigen Flexibilität und der Entscheidungsfähigkeit. Zum Verlauf des Störungsbildes sei ab Sommer 2013 von der psychiatrisch bedingten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen. Das psychiatrische Störungsbild sei unzureichend behandelt. So habe im hiesigen bidisziplinären Untersuchungs fest festgestellt werden müssen, dass der Duloxetinblutserumspiegel ( Cymbalta ) im nicht nachweisbaren Bereich gelegen habe, was die medikamentöse Compliance der Beschwerdeführerin in Frage stelle . Es sei davon auszugehen, dass unter adäquater multimodaler Schmerztherapie und antidepressiver medikamentöser Behandlung mit einer Rückbildung des Störungsbildes innerhalb von sechs bis spätestens zwölf Monaten nach Therapiebeginn gerechnet werden dürfe. Da dann auch mit einer signifikanten Verbesserung der Arbeitsfähigkeit zu rechnen sei, spreche aus psychiatrisch-versicherungsmedizinischer Sicht nichts gegen die Auferlegung einer Schadenminderungspflicht (S. 28 Ziff. F).

Das psychische Störungsbild sei als beginnend chronifiziert zu beschreiben. Es habe eine leitliniengerechte Behandlung des Störungsbildes zu erfolgen, welche per Blutserumspiegelkontrollen bezüglich der medikamentösen Compliance zu überwachen sei. Zudem werde eine intensiviertere multimodale Schmerztherapie und eine die Selbstwirksamkeitserwartung stärkende Psychotherapie empfohlen (S. 28 Ziff. G). 3.11

In der

bidisziplinären Zusammenfassung der beiden rheumatologischen und psychiatrischen Gutachten vom 4. Februar 2016 (Urk. 7/83) nannten Dr. H.\_\_\_\_ und Prof. I.\_\_\_\_ die gleichen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wie in ihren jeweiligen Gutachten (vorstehend E. 3.9-3.10 ). Aus bidisziplinärer Sicht sei die Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit oder in einer anderen angepassten Tätigkeit zu 50 % arbeitsfähig bezogen auf ein Pensum von 100 %. In ihrem Haushalt bestehe keine Einschränkung. Wegen des Diabetes mellitus könne die Beschwerdeführerin keine Nachtarbeit (zwischen 22 Uhr und 6 Uhr) und keine Arbeiten mit Selbst- oder Fremdgefährdung ausüben. Diese Arbeitsfähigkeit gelte seit Sommer 2013. Das psychiatrische Störungsbild sei unzureichend behandelt. Es sei davon auszugehen, dass unter adäquater multimodaler Schmerztherapie und antidepressiver medikamentöser Behandlung mit einer Rückbildung des Störungsbildes innerhalb von sechs bis spätestens zwölf Monaten nach Therapie gerechnet werden dürfe. Da dann auch mit einer signifikanten Verbesserung der Arbeitsfähigkeit zu rechnen sei, spreche aus psychiatrisch-versicherungsmedizinischer Sicht nichts gegen die Auferlegung einer Schadenminderungspflicht. 3.12

Dr. med. J.\_\_\_\_ , Facharzt für Anästhesiologie , Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), führte in seiner Stellungnahme vom 14. Juli 2016 (Urk. 7/88/8-9) aus, dass das bidisziplinäre Gutachten bezüglich berücksichtigter Akten, aktuell erhobener Befunde und Diagnosen sowie der darauf basierende n Beurteilung der Arbeitsfähigkeit seit 2013 plausibel sei. Es bestehe kein Anlass, von der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin von 50 % abzuweichen. 4 . 4.1

Das interdisziplinäre Gutachten von Dr. H.\_\_\_\_ und Prof. I.\_\_\_\_ umfasst die Fachrichtungen Rheumatologie und Psychiatrie. Die beiden Gutachter verfügen über entsprechende Facharztstitel und waren somit in ihren Fachgebieten grundsätzlich zur Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit der

Beschwerdeführerin befähigt. Die Gutachter berücksichtigten die beklagten Beschwerden und das Verhalten der Beschwerdeführerin und erstellten ihren jeweiligen Teil des Gutachtens in Kenntnis der Vorakten (vorstehend E. 3. 9-3.10 ).

Dr. H.\_\_\_\_ diagnostizierte in ihrem rheumatologischen Gutachten einen insulinpflichtigen Diabetes mellitus Typ 2 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Sie legte in schlüssiger und nachvollziehbarer Weise dar, warum keine weiteren strukturellen Veränderungen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestehen. Die Verletzung des rechten Knies im Juni 2011 und die daraus folgende Überlastung der Schultergelenke wegen den Stöcken seien ohne Residuen gut geheilt. Zudem würden die vorhandenen Befunde das Ausmass der Beschwerden nicht erklären. Die Beschwerdeführerin sei wegen des Diabetes mellitus eingeschränkt und könne keine Nachtarbeit und keine Arbeiten mit Selbst- oder Fremdgefährdung ausüben. Die Gutachterin führte sodann aus, dass die Beschwerdeführerin im Rahmen des polydisziplinären Z.\_\_\_\_ -Gutachtens vom Juni 2014 in einer leichten bis mittelschweren Tätigkeit als ganztags arbeitsfähig eingeschätzt worden sei. Bei dieser Aussage handelt es sich offensichtlich um ein Versehen, denn der Beschwerdeführerin wurde im Rahmen des Vorgutachtens in der angestammten Tätigkeit wie auch für angepasste Tätigkeiten eine Arbeitsfähigkeit von 50 % attestiert (vgl. vorstehend E. 3.4). Die Gutachterin führte sodann aus, dass sich der Befund in der rechten Schulter seither gebessert habe. Die Beschwerdeführerin könne deshalb die angestammte Tätigkeit als Mitarbeiterin Hotellerie im Altersheim beziehungsweise als Serviceangestellte, Verkäuferin, Mitarbeiterin an der Kasse und Buffet, Konditoreimitarbeiterin beziehungsweise Küchenangestellte seit dem Datum der rheumatologischen Untersuchung am 25. Januar 2016 uneingeschränkt zu 100 % ausüben, sofern sie dabei nicht in der Nacht zwischen 22 Uhr und 6 Uhr morgens arbeiten müsse (vorstehend E. 3.9).

Prof. I.\_\_\_\_

diagnostiziere eine rezidivierende depressive Störung (beginnend chronifiziert); unzureichend medikamentös behandelt; gegenwärtig mittelgradig mit somatischem Syndrom und vorwiegend ängstlichen Anteilen sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Zudem diagnostizierte er anamnestische Panikattacken ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Er führte aus, dass er die psychiatrische Einschätzung im polydisziplinären Z.\_\_\_\_ -Gutachten vom Juni 2014 in sein Gutachten übernommen und diese unveränderte Gültigkeit habe. Es sei nichts hinzuzufügen, ausser dass sich die sonstigen somatoformen Anteile zurückgebildet hätten unter weitaus geringerer Präsenz des somatoformen Schmerzbildes. Der Gutachter legte in nachvollziehbarer Weise dar, dass die diagnostische Einschätzung insofern abzuändern sei, als dass die depressive Episode nun seit mehr als zwei Jahren anhalte und damit als rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig mit somatischem Syndrom, einzuordnen sei. Die Diagnose anamnestischer Panikattacken und einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung sei aus dem Vorgutachten zu übernehmen und die Diagnose einer anderen somatoformen Störung liege nicht mehr vor. Der psychiatrische Gutachter legte schlüssig dar, dass aus psychopathologischer Sicht im Vergleich zum

Vorgutachten kein verändertes Zustandsbild vorliege. Die Einschätzung im Vorgutachten einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit bezogen auf ein Vollpensum in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit sei deshalb zu übernehmen. Zum Verlauf des Störungsbildes sei ab Sommer 2013 von der psychiatrisch bedingten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen. Schliesslich hielt der Gutachter fest, dass das psychiatrische Störungsbild unzureichend behandelt sei. Unter adäquater multimodaler Schmerztherapie und antidepressiver medikamentöser Behandlung sei mit einer Rückbildung des Störungsbildes innerhalb von sechs bis spätestens zwölf Monaten zu rechnen (vorstehend E. 3.10).

#### 4.2

In der bidisziplinären Zusammenfassung der beiden in Auftrag gegebenen rheumatologischen und psychiatrischen Gutachten vom 4. Februar

2016

nannten Dr. H.\_\_\_\_ und Prof. I.\_\_\_\_ die gleichen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wie in ihren jeweiligen Gutachten. Aus bidisziplinärer Sicht attestierten sie der Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit als auch in einer anderen angepassten Tätigkeit eine 50%ige Arbeitsfähigkeit bezogen auf ein Pensum von 100% seit Sommer 2013, sofern es sich dabei nicht um Nacharbeit und Arbeiten mit Selbst- oder Fremdgefährdung handelt. Die Gutachter führten aus, dass das psychiatrische Störungsbild unzureichend behandelt sei und unter adäquater multimodaler Schmerztherapie und antidepressiver medikamentöser Behandlung mit einer Rückbildung des Störungsbildes innerhalb von sechs bis spätestens zwölf Monaten nach Therapie gerechnet werden dürfe (vorstehend E. 3.11).

Die gestellten Diagnosen als auch die Schlussfolgerungen zur Arbeitsfähigkeit werden im bidisziplinären Gutachten ausführlich begründet und sind nachvollziehbar. Ausserdem hat der psychiatrische Gutachter

die vom Bundesgericht auf gestellten Standardindikatoren beachtet (vgl. vorstehend E. 1.4).

Sodann befragte Dr. H.\_\_\_\_ die Beschwerdeführerin anlässlich der rheumatologischen Exploration nach ihrer aktuellen Medikamenteneinnahme. Sie führte in ihrem Gutachten diesbezüglich aus, dass die Beschwerdeführerin nach eigenen Angaben jeden Abend eine Kapsel Cymbalta einnehme, zuletzt habe sie diese am Abend des Vortages eingenommen. Zudem nehme die Beschwerdeführerin nach eigenen Angaben hin und wieder eine Tablette Atorvastatin gegen die Hypercholesterinämie ein. Dr. H.\_\_\_\_ führte diesbezüglich aus, dass die mitgebrachte Medikamentenpackung bereits im Februar 2015 beziehungsweise seit fast einem Jahr verfallen sei (Urk. 7/78/1-78 S. 54 Ziff. 7.4).

Die Beschwerdeführerin machte diesbezüglich in ihrer Beschwerde geltend, dass sie gegenüber Dr. H.\_\_\_\_ nicht angegeben habe, konkret am Abend zuvor Cymbalta eingenommen zu haben. Sie habe sich nur dazu geäussert, wie sie ihre Medikamente normalerweise einnehme. Was die mitgebrachte Medikamentenpackung betreffe, habe Dr. H.\_\_\_\_ unterschlagen, dass sie ihr dazu gesagt habe, dass die Schachtel zwar alt sei, sie aber jeweils, wenn sie eine neue Schachtel erhalte, Medikamente von der neuen Packung in die alte tue und diese so wieder auffülle (Urk. 1 S. 5 Ziff. II.9).

Ob die Beschwerdeführerin anlässlich der Exploration angegeben hat, Cymbalta am Abend zuvor eingenommen zu haben oder sich nur zur gewöhnlichen Medikamenteneinnahme geäußert hat, kann im Nachhinein nicht mehr festgestellt werden. Fest steht jedoch, dass das Medikament nicht im Blut der Beschwerdeführerin nachgewiesen werden konnte und Prof. I. \_\_\_ in seinem psychiatrischen Gutachten unter Verweis auf den interdisziplinären Untersuch (vgl. Urk. 7/82 S. 5 Ziff. A.3) den nachvollziehbaren Schluss zog, der Duloxetinblutserumspiegel (Cymbalta) habe im nicht nachweisbaren Bereich gelegen, was die medikamentöse Compliance der Beschwerdeführerin in Frage stelle (vorstehend E. 3.10). Ausserdem kommt der (korrekten) Medikamenteneinnahme insbesondere für den prospektiven Gesundheitsverlauf Bedeutung zu und spielt vorliegend für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin eine untergeordnete Rolle. Auch dem Aspekt der alten Medikamentenpackung kommt vorliegend keine erhebliche Bedeutung zu, nimmt die Beschwerdeführerin die Atorvastatin-Tabletten doch für die Behandlung der Hypercholesterinämie ein, die keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hat (vgl. vorstehend E. 3.9).

Die beiden Argumente bezüglich der Medikamente vermögen somit die interdisziplinäre Einschätzung der Gutachter nicht umzustossen. 4.3

Nach dem Gesagten erfüllt das

interdisziplinäre Gutachten die bundesgerichtlichen Anforderungen an ein medizinisches Gutachten (vorstehend E. 1.6) vollumfänglich, so dass für die Entscheidungsfindung darauf abzustellen ist. Anzumerken bleibt, dass die Vorbringen der Beschwerdeführerin unter dem Gesichtspunkt der wirtschaftlichen Abhängigkeit und mangelnden Unvoreingenommenheit der Gutachter (Urk. 1 S. 2 ff. Ziff. II.1-6) angesichts der gefestigten Rechtsprechung, wo nach der regelmässigen Beizug eines Gutachters durch den Versicherungsvertragsnehmer, die Anzahl der beim selben Arzt in Auftrag gegebenen Gutachten und Berichte sowie das daraus resultierende Honorarvolumen für sich allein genommen nicht zum Ausstand führen (BGE 137 V 270 E. 1.3.3 S. 226 f. mit Hinweisen), sich als unbehelflich erweisen.

Der medizinische Sachverhalt ist somit dahingehend erstellt, dass seit Sommer 2013 sowohl in der angestammten Tätigkeit als auch in einer anderen angepassten Tätigkeit eine 50%ige Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin besteht, sofern es sich dabei nicht um Nacharbeit und Arbeiten mit Selbst- oder Fremdgefährdung handelt, wobei sich der Gesundheitszustand und damit die Arbeitsfähigkeit prognostisch bei zureichender multimodaler Schmerztherapie und antidepressiver medikamentöser Behandlung wahrscheinlich verbessern liesse.

5.

## **E. 18**

Abs. 1 IVG Anspruch auf aktive Unterstützung bei der Suche eines geeigneten Arbeitsplatzes (lit. a) und auf begleitende Beratung im Hinblick auf die Aufrechterhaltung ihres Arbeitsplatzes (lit. b). Die IV-Stelle veranlasst diese Massnahmen unverzüglich, sobald eine summarische Prüfung ergibt, dass die Voraussetzungen dafür erfüllt sind (Abs. 2).

Der Anspruch

auf

Arbeitsvermittlung bedarf weder der Invalidität noch eines Mindestinvaliditätsgrades. Daher genügt der Eintritt einer (teilweisen) Arbeitsunfähigkeit, welche quantitativ, qualitativ und zeitlich so beschaffen sein muss, dass sie den Versicherten bei der Arbeitssuche erheblich behindert. Für das Vorliegen eines Arbeitsvermittlungsanspruchs müssen die Teilgehalte der Verhältnismässigkeit (Art. 8 Abs. 1 lit. a IVG), insbesondere die Notwendigkeit und Geeignetheit, erfüllt sein. Voraussetzung ist sodann die Eingliederungsfähigkeit des Versicherten, das heisst seine objektive Möglichkeit und subjektive Bereitschaft, von einem durchschnittlichen Arbeitgeber angestellt zu werden. Ist die Arbeitsfähigkeit einzig insoweit eingeschränkt, als dem Versicherten leichte Tätigkeiten voll zumutbar sind, bedarf es zur Begründung des Anspruchs auf Arbeitsvermittlung zusätzlich einer spezifischen Einschränkung gesundheitlicher Art (Urteil des Bundesgerichts 9C\_594/2016 vom 18. November 2016 E. 3.2). 7.3

Die Beschwerdeführerin ist in ihrer Arbeitsfähigkeit insofern eingeschränkt, als dass ihr sowohl die angestammten Tätigkeiten als auch angepasste Tätigkeiten

noch in einem Pensum von 50 % zumutbar sind, sofern es sich dabei nicht um Nachtarbeit und Arbeiten mit Selbst- oder Fremdgefährdung handelt (vorstehend E. 4.3). Die fehlende berufliche Eingliederung im Sinne der Verwertung der bestehenden (Rest-)Arbeitsfähigkeit scheint vorliegend aber nicht in erster Linie auf gesundheitlich bedingte Schwierigkeiten bei der Stellensuche zurückzuführen sein. So hielt Dr. H. \_\_\_ ausdrücklich fest, die berufliche Eingliederung werde durch invaliditätsfremde Faktoren wie Migrationshintergrund, fehlende Berufsausbildung, Hilfsarbeiter-Tätigkeit und geringe Deutschkenntnisse erschwert vgl. Vorstehend E.

3.9).

In der internen

Notiz der Sozialen Einrichtungen und Betriebe der Stadt Zürich wird ferner als Handicap für die Stellensuche der Umstand der mangelnden Flexibilität bezüglich Arbeitszeiten aufgrund von Betreuungspflichten genannt (Urk. 3/4). 7.4

Trotz Vorliegens der Eingliederungsfähigkeit der Beschwerdeführerin fällt nach Gesagtem, die Arbeitsvermittlung nicht in die Zuständigkeit der Beschwerdegegnerin, weshalb sich die angefochtene Verfügung vom 21. Juli 2016 betreffend Verneinung eines Anspruchs auf Arbeitsvermittlung als richtig erweist. Dies führt auch diesbezüglich zur Abweisung der Beschwerde. 8.

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