

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00019 vom 28. September 2017**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-09-28, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2017.00019](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00019)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00019 du 28 septembre 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00019 del 28 settembre 2017

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung

( IVV ) eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu ver gewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsgerichts ( ATSG ) vorzu gehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

### **E. 1.2**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung; IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 1.3**

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 lang dauernde, zu einer Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG führende Arbeitsunfähigkeit zu bewirken. Vielmehr 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 machen, 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 beweibelastete 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 ausschliesst (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. 1.4**

Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung oder eines damit vergleichbaren psychosomatischen Leidens (BGE 141 V 281 E. 4.2) sind Indikatoren beachtlich, die das Bundesgericht wie folgt systematisiert hat (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie „funktioneller Schweregrad“ - Komplex „Gesundheitsschädigung“ - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz - Komorbiditäten - Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) - Komplex „Sozialer Kontext“ - Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck

Diese Standardindikatoren erlauben - unter Berücksichtigung leistungs hindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits - das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und E. 4.1; Urteil des Bundesgerichts 9C\_534/2015 vom 1. März 2016 E. 2.2.1).

Beweisrechtlich entscheidend ist der Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4):

Der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabebereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (z.B. Freizeitgestaltung) andererseits gleich ausgeprägt ist. Dabei ist das bisherige Kriterium des sozialen Rückzugs (wiederum) so zu fassen, dass neben Hinweisen auf Einschränkungen auch Ressourcen erschlossen werden; umgekehrt kann ein krankheitsbedingter Rückzug aber auch Ressourcen zusätzlich vermindern. Soweit erhebbar, empfiehlt sich auch ein Vergleich mit dem Niveau sozialer Aktivität vor Eintritt der Gesundheitsschädigung. Das Aktivitätsniveau der versicherten Person ist stets im Verhältnis zur geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit zu sehen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.1).

Die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen, das heisst das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder Resistenz unter dem Komplex "Gesundheitsschädigung") auf den tatsächlichen Leidensdruck hin. Dies gilt allerdings nur, solange das betreffende Verhalten nicht durch das laufende Versicherungsverfahren beeinflusst ist. Nicht auf fehlenden Leidensdruck zu schliessen ist, wenn die Nichtinanspruchnahme einer empfohlenen und zugänglichen Therapie oder die schlechte Compliance klarerweise auf eine (unabwendbare) Unfähigkeit zur Krankheitseinsicht zurückzuführen ist. In ähnlicher Weise zu berücksichtigen ist das Verhalten der versicherten Person im Rahmen der beruflichen (Selbst-)Eingliederung. Inkonsistentes Verhalten ist auch hier ein Indiz dafür, die geltend gemachte Einschränkung sei anders begründet als durch eine versicherte Gesundheitsbeeinträchtigung (BGE 141 V 281 E. 4.4.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.2).

### **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).

### **E. 1.6**

Die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Art. 59 Abs. 2 bis IVG). Nach Art. 49 IVV beurteilen die RAD die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs. Die geeigneten Prüfmethode können sie im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz und der allgemeinen fachlichen Weisungen des Bundesamtes frei wählen (Abs. 1). Die RAD können Versicherte bei Bedarf selber ärztlich untersuchen. Sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest (Abs. 2; Urteil

des Bundesgerichts 9C\_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweis auf BGE 135 V 254 E. 3.5).

Die Funktion interner RAD-Berichte besteht darin, aus medizinischer Sicht

gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen sei. Sie würdigen die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht (Urteil des Bundesgerichts 9C\_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweis).

RAD-Berichte sind versicherungsinterne Dokumente, die von Art. 44 ATSG betreffend Gutachten nicht erfasst werden; die in dieser Norm vorgesehenen Verfahrensregeln entfalten daher bei Einholung von RAD-Berichten keine Wirkung (Urteil des Bundesgerichts 8C\_385/2014 vom 16. September 2014 E. 4.2.1 mit Hinweis auf BGE 135 V 254 E. 3.4).

Praxisgemäss kommt einer reinen Aktenbeurteilung des RAD im Vergleich zu einer auf allseitigen Untersuchungen beruhenden Expertise, welche auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und die Schlussfolgerungen widerspruchsfrei begründet, nicht der gleiche Beweiswert zu (Urteil des Bundesgerichts 8C\_971/2012 vom 11. Juni 2013 E. 3.4).

Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxisgemässen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1) genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (BGE 137 V 210 E. 1.2.1). Allerdings kann auf das Ergebnis versicherungsinterner ärztlicher Abklärungen – zu denen die RAD-Berichte gehören – nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4.2 mit Hinweisen auf BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7). 2.

## 2.1

Das hiesige Gericht erwog im Urteil IV.2015.00401 vom 21. Dezember 2015 in Sachen der Parteien, eine schlüssige Beurteilung der Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin sei gestützt auf die in den Akten liegenden medizinischen Beurteilungen nicht möglich. Auf den Bericht der behandelnden Ärztin könne nicht abgestellt werden, weil zum einen ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung zu berücksichtigen sei und sie zum anderen über keine fachärztliche Ausbildung verfüge. Vor dem Hintergrund, dass die RAD-Ärztin lediglich eine Aktenbeurteilung vorgenommen und keine Stellung dazu genommen habe, dass von den behandelnden Ärzten ein CRPS diagnostiziert worden sei, vermöge auch ihre Einschätzung nicht ohne weiteres zu überzeugen. Weitere Beurteilungen der Arbeitsfähigkeit lägen nicht in den Akten. Damit bleibe unklar, in welchem Ausmass die von der Beschwerdeführerin geschilderten Beschwerden Auswirkungen auf ihre Leistungsfähigkeit hätten. Die Sache sei daher an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen,

damit sie den Gesundheitszustand respektive die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin rechtsgenüßlich abkläre und je nach Ausgang der weiteren medizinischen Abklärungen die Sta tusfrage neu prüfe (Urk. 6/56 S. 6). 2.2

In Nachachtung der Erwägungen im Rückweisungsurteil des hiesigen Gerichts zog die IV-Stelle weitere Berichte der behandelnden Ärzte bei und veranlasste sowohl eine orthopädische als auch eine psychiatrische Untersuchung beim RAD , welche r seine Berichte am 20. Juli 2016 erstattete (Urk. 6/74-75 ). 3. 3.1

Im Bericht der RAD-Ärztin med. pract. Y.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für orthopädische Chirurgie und Traumatologie, vom 20. Juli 2016 wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt (Urk. 6/74 S. 8): - schmerzhafte Bewegungs- und Belastungseinschränkung des linken Knie gelenkes - Status nach CRPS (M. Sudeck) - Status nach TP des Kniegelenks

Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden eine Bewegungs einschränkung und Krepitationen der linken Schulter bei Status nach Sturz mit Verletzung der Schulter genannt (Urk. 6/74 S. 8).

Die Versicherte klage über anhaltende Schmerzen im linken Kniegelenk, die immer vorhanden seien. Sie habe das Gefühl, eine offene Wunde am Knie zu haben. Sie leide auch unter Kribbelparästhesien im Bein. Das Bein könne sie nicht mehr frei bewegen. Am besten gehe es, wenn sie auf der Couch sitze. Dann lagere sie es in einer für sie bequemen Haltung. Auch im Liegen gehe es etwas besser. Schmerzen habe sie jedoch immer. Diese würden mehrmals am Tag schubartig zunehmen (Urk. 6/74 S. 1).

Das Auskleiden erfolge flüssig im Sitzen, teilweise halte sich die Versicherte am Mobiliar fest. Die Haut sei unauffällig, die Finger- und Fussnägel seien gepflegt. Das Gangbild sei hinkend. Das linke Bein werde im Kniegelenk weitgehend steif gehalten und nur wenig mitbewegt. Der Fersen- und Einbeinstand sei beidseits nicht prüfbar. Im rechten Kniegelenk finde sich weder eine Kapselschwellung noch ein Erguss. Am linken Knie werde die klinische Untersuchung verweigert. Das Hautcolorit sei unauffällig, die Gelenkskonturen würden leicht verplumpt wirken. Inspektorisch sei kein Hinweis auf einen Erguss erkennbar. Auch eine Rötung liege nicht vor (Urk. 6/74 S. 6).

Zur Arbeitsfähigkeit wurde festgehalten, für körperlich leichte wechselbe lastende Tätigkeiten, die überwiegend im Sitzen und ohne regelmässige Hebe- und Tragebelastungen über 10 kg, ohne Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, ohne häufiges Treppensteigen sowie ohne häufige Kniegelenksbelastungen aus geführt werden könnten, sei die Versicherte zu 70 % arbeitsfähig. Es bestehe ein erhöhter Pausenbedarf, weshalb die Leistung von 70 % in einer Präsenzzeit von 100 % zu erbringen sei. 3.2

Im Bericht über die psychiatrische Untersuchung durch Dr. med. Z.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, wurden folgende Diagno sen genannt (Urk. 6/75 S. 7): - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F 45.4) - Persönlichkeitsakzentuierung mit histrionischen und abhängigen Antei len (Z 73.1)

Die Versicherte klage über massive Schmerzen am linken Knie. Sie habe mehr oder weniger kontinuierlich Schmerzen. Es sei, wie wenn Säure hinunterlaufen würde. Sie verspüre auch eine Art Ameisenkribbeln. Alle Schmerztherapien hätten nicht geholfen. Schon bei Berührungen habe sie Schmerzen (Urk. 6/75 S. 2).

Die Kontaktaufnahme sei unkompliziert, im Gespräch sei die Versicherte offen, freundlich und mitteilend. Ihre Aussagen seien defizitorientiert und würden sich auf die Schmerzen konzentrieren. Während des rund 2 3/4-stündigen Gesprächs zeige die Versicherte jedoch keine Anzeichen für Schmerzen. Während der Exploration könnten die Aufmerksamkeit und Konzentration aufrechterhalten werden. Der affektive Rapport sei gut herstellbar, die Schwingungsfähigkeit unauffällig (Urk. 6/75 S. 4-6).

Zur Arbeitsfähigkeit wurde festgehalten, in einer angepassten Tätigkeit sei die Versicherte grundsätzlich arbeitsfähig. Indes seien aufgrund der jahrzehntelangen Dekonditionierung berufliche Massnahmen mit einem schrittweisen Einstieg zu empfehlen (Urk. 6/75 S. 8). 3.3

Die Beschwerdeführerin macht geltend, es könne nicht auf die Berichte des RAD abgestellt werden. Zu Unrecht sei im orthopädischen Bericht bei der Beschwerdeführerin kein CRPS diagnostiziert worden. Dabei sei die untersuchende Orthopädin nicht auf die Kriterien eines CRPS eingegangen und habe zu den Vorakten weitgehend keine Stellung genommen. Sie habe all jene Berichte, in denen ein CRPS diagnostiziert worden sei, bewusst ausgeklammert. Aus den eingeholten Berichten der behandelnden Ärzte gehe klar hervor, dass bei ihr ein CRPS vorliege und sie aufgrund dessen zu 100 % arbeitsunfähig sei (Urk. 1 S. 13-18).

Das Vorbringen der Beschwerdeführerin, die begutachtende Orthopädin habe die Kriterien eines CRPS nicht geprüft und sich unzureichend mit den Vorakten auseinandergesetzt, trifft nicht zu. Sie erhob detaillierte Befunde und legte eingehend dar, weshalb gemäss ihrer Einschätzung kein aktives CRPS mehr vorliege. So hielt sie fest, das Hautcolorit am linken Knie sei unauffällig, es würden sich weder ein Erguss noch eine Rötung zeigen (Urk. 6/74 S. 6). Sowohl die Röntgenaufnahmen als auch die MRI-Bilder würden keine Hinweise auf eine entsprechende Erkrankung liefern (Urk. 6/74 S. 8-9). Zudem kontrastiere die demonstrierte erhebliche Bewegungseinschränkung mit dem Umstand, dass die Versicherte angebe, sich die Fussnägel selber schneiden zu können. Die gemessene Muskelmasse am linken Bein lasse eine langjährige und ausgeprägte Schonung des linken Beines unwahrscheinlich erscheinen (Urk. 6/74 S. 8). Aus dem Bericht geht des Weiteren hervor, dass sich die untersuchende Orthopädin eingehend mit den Vorakten sowie den abweichenden Einschätzungen der behandelnden Ärzte auseinandergesetzt (Urk. 6/74 S. 8-9). Ihre Beurteilung vermag daher zu überzeugen. Daran vermögen die in den Akten liegenden Berichte der behandelnden Ärzte nichts zu ändern. Sowohl im Bericht von Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Rheumatologie vom 15. Juli 2016 als auch in demjenigen von Dr. med. B.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Rheumatologie und Innere Medizin, vom 15. Oktober 2015 wurden praktisch ausschliesslich subjektive Angaben der Beschwerdeführerin aufgelistet (Urk. 6/67, Urk. 3/4). Bereits aus diesem Grund erscheinen ihre Beurteilungen nicht überzeugend. Hinzu kommt, dass Dr. A.\_\_\_\_ festhielt, eine Untersuchung des Knies sei nicht möglich. Die Beschwerdeführerin könne das Knie normal strecken, auch eine Beugung von 60 ° sei möglich. Die Haut sei leicht schweissig, die Temperatur normal, eine Verfärbung bestehe nicht (Urk. 3/4 S. 2). Weshalb er trotz dieser Befunde ohne weiteres vom Vorliegen eines CRPS ausging, ist unklar und wird von ihm nicht dargelegt. Zu berücksichtigen ist ferner, dass die Beschwerdeführerin seit Jahren als Raumpflegerin tätig ist (Urk. 1 S. 26, 6/50). Diese Arbeit lässt sich kaum mit der geltend gemachten vollständigen Leistungseinschränkung vereinbaren. Schliesslich ist dem Grundsatz Rechnung zu tragen, dass Berichte der behandelnden Ärzte wegen deren auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen sind. Das

gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie für den behandelnden Spezialarzt und erst recht für den schmerztherapeutisch tätigen Arzt mit seinem besonderen Vertrauensverhältnis und dem Erfordernis, den geklagten Schmerz zunächst bedingungslos zu akzeptieren (Urteil des Bundesgerichts 8C\_913/2013 vom 11. April 2014, E. 4.4.3).

Weiter bringt die Beschwerdeführerin vor, es könne nicht auf den psychiatrischen Untersuchungsbericht des RAD abgestellt werden. Die untersuchende Psychiaterin sei zu Unrecht davon ausgegangen, dass kein organisches Korrelat für die Schmerzen vorliege. Ihre Aussagen seien widersprüchlich und teilweise aktenwidrig. So schreibe Dr. Z.\_\_\_\_, die Beschwerdeführerin würde sich allein gelassen fühlen, man glaube ihr nicht. Indes sei den Akten zu entnehmen, dass sie in ihrem Familienkreis sozial gut eingebunden sei und sich unterstützt fühle. Kein behandelnder Arzt habe bisher die Diagnose einer Schmerzstörung gestellt, was zeige, dass die Einschätzung der RAD-Ärztin falsch sei. Sie leide an keiner somatoformen Schmerzstörung, sondern vielmehr an einem CRPS (Urk. 1 S. 20 22).

Die untersuchende Psychiaterin erhob detaillierte Befunde (Urk. 6/75 S. 4-7) und legte ihre Schlussfolgerungen schlüssig dar (Urk. 6/75 S. 7-8). Angesichts dessen, dass in der orthopädischen Untersuchung keine Diagnose eines aktiven CRPS gestellt worden war, ist nicht zu beanstanden, dass die untersuchende Psychiaterin sich auf diese Einschätzung stützte. Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin wurde zudem bereits in der Vergangenheit darauf hingewiesen, dass die von ihr geschilderten Schmerzen auf eine psychiatrische Erkrankung zurückzuführen sein könnten. Im Bericht des C.\_\_\_\_ vom 2. November 2011 wurde festgestellt, die psychometrischen Tests würden Anhaltspunkte für eine depressive und ängstliche Komponente der Schmerzverarbeitung zeigen (Urk. 6/14 S. 26). Im Bericht des C.\_\_\_\_ vom 28. August 2013 wurde sodann ausgeführt, es bestehe der Verdacht auf eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (Urk. 6/27 S. 4). Auch die behandelnde Ärztin kam in ihrem Bericht vom 18. April 2016 zum Schluss, es sei einerseits von einer zentralen Schmerzsenibilisierung und andererseits von einer Schmerzverarbeitungsstörung auszugehen (Urk. 6/66 S. 3).

Auch das Vorbringen, im Bericht fänden sich Widersprüche und aktenwidrige Aussagen, verfängt nicht. Aus dem Untersuchungsbericht geht hervor, dass die Beschwerdeführerin gegenüber Dr. Z.\_\_\_\_ angab, sie habe sich aufgrund der starken Schmerzen notfallmässig in der Klinik vorgestellt. Der behandelnde Arzt habe jedoch gemeint, sie müsse Geduld haben. Daraufhin habe sie keine Termine mehr gehabt, man habe sie allein gelassen mit ihren Schmerzen (Urk. 6/75 S. 2). Diese Aussagen nahm Dr. Z.\_\_\_\_ in ihre Beurteilung auf, was nicht zu beanstanden ist. Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin kann daher auf ihre Beurteilung abgestellt werden. 4. 4.1

Wie bereits ausgeführt, vermögen die Einschätzungen des RAD zu überzeugen. Es wurden detaillierte Befunde erhoben und hieraus begründete Diagnosen abgeleitet. Daher erfüllen die Berichte die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an beweistaugliche Entscheidungsgrundlagen. Namentlich ist auch eine Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren gemäss BGE 141 V 281 möglich.

Unter dem Aspekt „funktioneller Schweregrad“ ist in Betracht zu ziehen, dass die diagnoserelevanten Befunde und Symptome nicht besonders ausgeprägt erscheinen. Die von den behandelnden Ärzten bereits früher empfohlene psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung wurde von der Beschwerdeführerin bisher nicht aufgenommen (Urk. 6/75 S. 9), womit noch nicht alle Therapieversuche als

ausgeschöpft gelten können.

Eine relevante psychische Komorbidität konnte nicht festgestellt werden. Zum Komplex „Sozialer Kontext“ ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin über zahlreiche Ressourcen verfügt. So lebt sie in einer intakten Ehe, unterhält gute Beziehungen zu ihren Kindern, surft gerne im Internet und telefoniert mit ihrer Schwester oder mit Freundinnen (Urk. 6/74 S. 3).

Zum - beweisrechtlich entscheidenden - Aspekt der „Konsistenz“ ist zu erwähnen, dass die aktenkundigen Behandlungsbemühungen zwar auf einen gewissen Leidensdruck schliessen lassen. Indes wurde bisher trotz ärztlicher Empfehlung keine psychiatrisch-psychotherapeutische Therapie begonnen. Zudem verfügt die Beschwerdeführerin durchaus über Ressourcen. So geht sie einkaufen, trifft sich mit ihrer Schwester im Café, beschäftigt sich mit dem iPad und telefoniert mit Freundinnen (Urk. 6/74 S. 1 und 3).

Unter Berücksichtigung der nunmehr im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren sind erhebliche funktionelle Auswirkungen der Schmerzstörung auf die Arbeitsfähigkeit nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen. Gewisse Einschränkungen sind indessen vorhanden. Diese gehen jedoch in der bereits aus orthopädischer Sicht attestierten Arbeitsunfähigkeit von 30 % auf. 4.2

Mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ist daher von einer 70%igen Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in einer angepassten Tätigkeit auszugehen. 5. 5.1

Die Beschwerdegegnerin ging davon aus, dass die Beschwerdeführerin als teilerwerbstätige Person mit einem Pensum von 13 % , welche daneben mit einem Pensum von 87 % im Aufgabenbereich Haushalt tätig sei , qualifiziert werden könne (Urk. 6/49). Die Beschwerdeführerin macht demgegenüber geltend, sie wäre bei guter Gesundheit zu 100 % erwerbstätig. Vor Eintritt des Gesundheitsschadens habe sie während mehrerer Jahre mit einem Beschäftigungsgrad von 100 % gearbeitet. Inzwischen seien ihre Kinder ausgezogen, weshalb sie keine Betreuungsaufgaben mehr wahrzunehmen habe. Da sie auf ein Einkommen angewiesen wäre, würde sie im Gesundheitsfall zu 100 % arbeiten (Urk. 1 S. 24-27). 5.2

Aktenkundig ist, dass die Beschwerdeführerin seit dem Jahr 1980 nicht mehr vollzeitlich erwerbstätig war (Urk. 6/74 S. 3, 6/50). Ihre Kinder wurden im Jahr 1989 geboren (Urk. 6/4). Sie benötigen daher bereits seit Jahren keine Betreuung mehr. Trotzdem meldete sich die Beschwerdeführerin nicht beim RAV an. Bei der IV-Stelle erfolgte die Anmeldung zum Leistungsbezug erst am 27. Juni 2012 (Urk. 6/4). Da die Beschwerdeführerin gemäss eigenen Angaben seit dem Jahr 1992 in einem kleinen Teilzeitpensum als Raumpflegerin tätig war (Urk. 6/4 S. 5), erscheint fraglich, weshalb es ihr nicht hätte möglich sein sollen, mit einem höheren Beschäftigungsgrad einer Tätigkeit in einem Büro nachzugehen. Zu berücksichtigen ist jedoch, dass sie vor Eintritt des Gesundheitsschadens während einiger Jahre vollzeitlich erwerbstätig war. Ihr Ehemann wurde frühpensioniert, weshalb sie finanziell auf ein zusätzliches Erwerbseinkommen angewiesen wäre (Urk. 6/39 S. 3). Zudem gab sie gegenüber der Abklärungsperson von Beginn weg an, sie wäre bei guter Gesundheit vollzeitlich erwerbstätig (Urk. 6/39 S. 3). Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung sind die spontanen „Aussagen der ersten Stunde“ in der Regel unbefangen und zuverlässig (BGE 121 V 47 E. 2a). 5.3

Unter Berücksichtigung dieser Umstände rechtfertigt sich daher die Annahme, die Beschwerdeführerin wäre ohne Gesundheitsschaden voll erwerbstätig.

## **E. 6**

/4). Die IV-Stelle tätigte erwerbliche sowie medizinische Abklärungen und verneinte mit Verfügung vom 26. Februar 2015 einen Leistungsanspruch der Versicherten (Urk. 6/49). Dagegen erhob diese Beschwerde beim hiesigen Sozialversicherungsgericht, welche mit Urteil vom 21. Dezember 2015 insoweit gutgeheissen wurde, als die angefochtene Verfügung aufgehoben und die Sache an die Verwaltung zurückgewiesen wurde, damit diese weitere Abklärungen vornehme und anschliessend über die Sache neu verfüge (Urk. 6/56).

### **E. 6.1**

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei aus geglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

### **E. 6.2**

Bei der Invaliditätsbemessung kommt der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 16 ATSG grundsätzlich Vorrang zu. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie indes nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen. Wird eine Schätzung vorgenommen, so muss diese nicht unbedingt in einer ziffernmässigen Festlegung von Annäherungswerten bestehen. Vielmehr kann auch eine Gegenüberstellung blosser Prozentzahlen genügen. Das ohne eine Invalidität erzielbare hypothetische Erwerbseinkommen ist alsdann mit 100 % zu bewerten, während das Invalideneinkommen auf einen entsprechend kleineren Prozentsatz veranschlagt wird, so dass sich aus der Prozentdifferenz der Invaliditätsgrad ergibt (sog. Prozentvergleich; Urteil des Bundesgerichts 8C\_131/2011 vom 5. Juli 2011 E. 10.2.1 mit Hinweis auf BGE 114 V 310 E. 3a).

Der Invaliditätsgrad ist namentlich dann durch Prozentvergleich zu ermitteln, wenn Validen- und Invalideneinkommen sich nicht hinreichend genau oder nur mit unverhältnismässig grossem Aufwand bestimmen lassen und in letzterem Fall zudem angenommen werden kann, die Gegenüberstellung der nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände geschätzten, mit Prozentzahlen bewerteten hypothetischen Einkommen ergebe ein ausreichend zuverlässiges Resultat. Diese Berechnungsweise ist insbesondere anwendbar, wenn die konkreten Verhältnisse so liegen, dass die Differenz zwischen Validen- und Invalideneinkommen die für den Umfang des Rentenanspruchs

massgebenden Grenzwerte von 70, 60, 50 und 40 % (Art. 28 Abs. 2 IVG) eindeutig über- oder unterschritten (Urteil des Bundesgerichts 8C\_333/2013 vom 11. Dezember 2013 E. 5.3 mit Hinweisen).

### **E. 6.3**

Aus den Akten geht hervor, dass die Beschwerdeführerin über keine Ausbildung verfügt. Zwar absolvierte sie eine vierjährige Anlehre. Sie erwarb jedoch kein Abschlusszertifikat (Urk. 6/4 S. 5, 6/55 S. 14). Mangels formaler Qualifikation wäre die Beschwerdeführerin ohne gesundheitliche Einschränkung daher als Hilfskraft tätig. Wie vorstehend dargelegt, ist sie in der Lage, in einer angepassten Tätigkeit 70 % zu arbeiten. Da sie auch in dieser Tätigkeit als Hilfskraft zu qualifizieren ist, kann zur Bestimmung des Validen- sowie Invalideneinkommens auf denselben Lohn abgestellt werden. Damit erübrigt sich ein ziffernmässiger Einkommensvergleich, und es kann eine Gegenüberstellung blosser Prozentzahlen vorgenommen werden (9C\_22/2014 vom 18. Februar 2014 E. 3.2).

### **E. 6.4**

In Anbetracht dessen, dass der Beschwerdeführerin aufgrund ihrer gesundheitlichen Einschränkung lediglich noch eine eingeschränkte Anzahl Stellen offen steht, ist ihr ein leidensbedingter Abzug von 15 % zu gewähren. Damit resultiert ein Invaliditätsgrad von 40,5 %, womit ein Anspruch auf eine Viertelsrente der Invalidenrente ausgewiesen ist.

### **E. 7**

Nach dem Gesagten ist die Beschwerde teilweise gutzuheissen. Die Beschwerdeführerin meldete sich am 27. Juni 2012 zum Leistungsbezug an (Urk. 6/4). In Anwendung von Art. 29 IVG ist ihr daher ab dem 1. Dezember 2012 eine Viertelsrente der Invalidenversicherung zuzusprechen.

### **E. 8**

.2

Nach der Rechtsprechung ist bei bloss teilweisems Obsiegen dann eine ungekürzte Parteientschädigung zuzusprechen, wenn die versicherte Person im Grundsatz obsiegt und lediglich im Masslichen (teilweise) unterliegt. In Streitigkeiten um die Höhe einer Invalidenrente trifft dies zu, wenn nicht die beantragte ganze oder höhere Rente, sondern eine geringere Teilrente zugesprochen wird. Dahinter steht die Überlegung, dass eine „Überklagung“ eine Reduktion der Parteientschädigung nicht rechtfertigt, soweit das Rechtsbegehren keinen Einfluss auf den Prozessaufwand ausübt (Urteil des Bundesgerichts 9C\_995/2012 vom 17. Januar 2013 mit weiteren Hinweisen). Die durch Rechtsanwältin Noëlle Cerletti vertretene Beschwerdeführerin hat somit Anspruch auf eine ungekürzte Parteientschädigung.

Diese ist in Anwendung von § 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) auf Fr. 2'400.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) festzulegen und der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 25. November 2016 aufgehoben, und es wird festgestellt, dass die Beschwerdeführerin ab dem 1. Dezember 2012 Anspruch auf eine Viertelsrente der Invalidenversicherung hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2'400.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

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

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

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der 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  
Hurst  
Curiger

### **E. 8.1**

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 700.- festzulegen und ausgangsgemäss von der Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG).

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