

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00180 vom 21. Juni 2017**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-06-21, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2017.00180](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00180)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00180 du 21 juin 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00180 del 21 giugno 2017

## **Erwägungen**

### **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**

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken.

Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein seelisches Leiden mit Krankheitswert besteht, welches die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG; BGE 139 V 547 E. 5; 131 V 49 E. 1.2; 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C\_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5 und 9C\_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4. ).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt grundsätzlich eine lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (vgl. BGE 130 V 396; Urteile des Bundesgerichts 8C\_616/2014 vom 25. Februar 2015 E. 5.3.3.3 und 9C\_739/2014 vom 30. November 2015 E. 3.2). Eine fachärztlich festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Es ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilen, ob und inwiefern der versicherten Person trotz ihres Leidens die Verwertung ihrer Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch sozial-praktisch zumutbar und für die Gesellschaft tragbar sei (BGE 141 V 281 E. 3.7.3; 136 V 279 E. 3.2.1; BGE 127 V 294 E. 4c; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C\_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5 und

8C\_731/2015 vom 18. April 2016 E. 4.1).

### **E. 1.3**

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

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

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

### **E. 1.4**

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. 1.5**

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.

## **E. 2**

Gegen die Verfügung vom 10. Januar 2017 (Urk. 2) erhob die Versicherte am 8. Februar 2017 Beschwerde und beantragte die Aufhebung des angefochtenen Entscheides und die Ausrichtung einer Invalidenrente. Eventuell sei die Sache zu weiteren Abklärungen zurückzuweisen (Urk. 1 S. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 14. März 2017 (Urk. 9) beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde.

Mit Gerichtsverfügung vom 20. März 2017 wurden antragsgemäss (vgl. Urk. 1 S. 1) die unentgeltliche Prozessführung bewilligt und der Beschwerdeführerin die Beschwerdeantwort zugestellt (Urk. 11).

Die Pensionskasse der Beschwerdeführerin, welche verfügungsweise am 18. April 2017 zum Prozess beigegeben wurde (Urk. 16), verzichtete auf die Einreichung einer Stellungnahme. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete den angefochtenen Entscheid (Urk. 2) wie folgt: Bei der Beschwerdeführerin liege gestützt auf das beweistaugliche Gutachten und die Berücksichtigung der Tatsache, dass im psychiatrischen Teilgutachten diverse invaliditätsfremde psychosoziale Faktoren aufgeführt seien, aus medizinischer Sicht keine Invalidität im Sinne des Gesetzes vor. Sie sei seit Dezember 1997 in ihren angestammten

Tätigkeiten als Standardausrüsterin und Reinigungsmitarbeiterin vollständig arbeitsunfähig. Ihr seien jedoch aus somatischer Sicht knieschonende, wechselbelastende Tätigkeiten – wenn nach zwei Stunden jeweils eine mindestens eine halbe Stunde dauernde, sitzende Tätigkeit eingefügt werden könne und keine Gewichte über 12.5 kg getragen werden müssten - im vollen Umfang zumutbar (Urk. 2 S. 1 f.).

### **E. 2.2**

Dem hielt die Beschwerdeführerin entgegen, auf das eingeholte Gutachten könne nicht abgestellt werden. Des Weiteren seien die neurologischen Beschwerden (ständige Kopfschmerzen, Schwindelgefühl) sowie Atemprobleme nicht abgeklärt worden. Zudem leide sie an Inkontinenz und müsse mindestens zehn Mal pro Tag zur Toilette, was eine negative Auswirkung auf die Erwerbsfähigkeit habe und sie psychisch belaste. Gemäss ihrem behandelnden Rheumatologen müssten beide Knie operiert werden, die Implantierung von Knieprothesen sei unvermeidbar. Auch bestünden keine soziokulturellen Faktoren. Schliesslich habe die Beschwerdegegnerin auch den Leidensabzug nicht berücksichtigt (Urk. 1 S. 3 ff.).

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung hat. 3. 3.1

Vom 23. Januar bis 22. März 2012 stand die Beschwerdeführerin in stationärer psychiatrischer Behandlung im C.\_\_\_\_. Mit Bericht vom 8. Mai 2012 (Urk. 10 /17/3-5) nannten die dort behandelnden Ärzte als Diagnose eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.1), und berichteten von regredienten depressiven Symptomen (Ziff. 1, Ziff. 6). Ausserdem wurde festgehalten, dass die Beschwerdeführerin zur weiteren Stabilisierung am 26. März 2012 in die D.\_\_\_\_ eingetreten sei (Ziff. 6). 3.2

Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte in seinem Bericht zuhanden der Beschwerdegegnerin vom 5. Juni 2012 (Urk. 10/20/6-7) als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit depressive Episoden mit Angst und somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11). Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte er ein Asthma bronchiale und eine Rhinokonjunktivitis

pollinosa, ein funktionelles laryngeales Globusgefühl, einen solitären Schilddrüsenknoten rechts, einen Lagerungsschwindel rechts, eine Hypertonie, eine Adipositas, einen Eisenmangel, ein Epicondylopathia

humeri, eine Metatarsalgie links sowie eine Gonarthrose beidseitig (S. 1 lit. A). Er führte aus, die Beschwerdeführerin leide unter depressiven Episoden mit multiplen somatischen Beschwerden, und verwies auf die beigelegten medizinischen Berichte (S. 2 lit. D; vgl. Urk. 10 /20/8 - 16). 3.3

Im Austrittsbericht der F.\_\_\_\_ vom 5. Juli 2012 (Urk. 10 /27/8-10) berichteten die Ärzte über die Behandlung der Beschwerdeführerin in der Tagesklinik vom 26. März bis 26. Juni 2012. Sie diagnostizierten Anpassungsstörungen sowie eine längere depressive Reaktion (ICD-10 F43.21) und hielten fest, dass die Beschwerdeführerin die Weiterführung der ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung wünsche (S. 1, S. 3). 3.4

Dr. med. G.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin sowie psychosomatische und psychosoziale Medizin, berichtete am 25. Juli 2012 über den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin (Urk. 10 /27/1-7). Sie nannte mehrheitlich die gleichen Diagnosen wie Dr. E.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E. 3.2), ergänzt um eine Anpassungsstörung (ICD-10 F43.21), einen solitären Schilddrüsenknoten rechts und Uterusmyome (Ziff. 1.1). Der Beschwerdeführerin attestierte sie eine vollständige Arbeitsfähigkeit als Reinigungskraft (Ziff. 1.6) und erachtete zwei Stunden tägliche Reinigungsarbeiten als gut möglich (Ziff. 1.7). 3.5

Mit Verlaufsbericht vom 24. Januar 2013 (Urk.

#### **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid ( 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. 10**

/35/1-5) nannte Dr. G.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E. 3.4) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - rezidivierende depressive Störung, mittelgradig mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11) - Eisenmangelanämie - Asthma bronchiale - Rhinokonjunktivitis

pollinosa - Gonarthrose beidseitig

Sie führte aus, es habe eine delegierte Psychotherapie durch Fachpsychologe H.\_\_\_\_ vom 24. Mai bis 6. Dezember 2012 in ihrer Praxis stattgefunden. Nach anfänglicher leichter Symptomverbesserung sei eine Stagnation in der Psychotherapie erfolgt, weshalb mangels dauerhafter Verbesserung die psychotherapeutische Behandlung beendet worden sei. Aufgrund der bisherigen Erfahrung mit der Beschwerdeführerin sei von einer ungünstigen Prognose auszugehen (Ziff. 1.4). Betreffend Arbeitsfähigkeit sei es der Beschwerdeführerin zumutbar, täglich bis zu zwei Stunden als Raumpflegerin zu arbeiten (Ziff. 1.7). 3.6

In seiner Stellungnahme vom 31. Januar 2013 (Urk. 10 /36/3-4) führte Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie, Hämatologie, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD), aus, durch die Depression hätten Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen, Angst, innere Unruhe und körperliche Schmerzsymptome bestanden, wodurch jegliche Tätigkeiten in der freien Wirtschaft (in wechselhaftem Ausmass) beeinträchtigt gewesen seien. Bezüglich der übrigen Diagnosen lägen nach Aktenlage keine weiteren beruflich relevanten Einschränkungen vor. Seit spätestens 25. Juli 2012 bestehe jedoch keine Arbeitsunfähigkeit mehr, mithin sei die Beschwerdeführerin im bisherigen Pensum in der bisherigen Tätigkeit vollständig arbeitsfähig. 3.7

Auf Aufforderung des Gerichts erstatteten die Ärzte des J.\_\_\_\_ am 7. Januar 2014 ihren schriftlichen Bericht (Urk. 10/50 ). Sie stellten die folgenden Diagnosen (Ziff. 2.2b): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11) - Lagerungsschwindel - Gonarthrose beidseits - Asthma bronchiale und Rhinokonjunktivitis

pollinosa - solitärer Schilddrüsenknoten rechts - Eisenmangelanämie - Adipositas

Sie führten aus, die Beschwerdeführerin stehe seit dem 11. Dezember 2012 bei ihnen in Behandlung (Ziff. 2.2a). Die wöchentliche Einzeltherapie habe zu einer Entlastung geführt. Schmerzen, Asthma, Schwindel seien aber gleich geblieben, auch die Physiotherapie habe diese Situation bisher nicht ändern können (Ziff. 2.2c). Die Beschwerdeführerin sei seit Februar 2012 bis heute vollständig arbeitsunfähig. Primär verantwortlich für die Arbeitsunfähigkeit sei die Depression mit der damit einhergehenden Erschöpfung. Die Beschwerdeführerin sei auch für angepasste Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig. Im Haushalt bestehe eine zirka 60%ige Arbeitsunfähigkeit, da die Beschwerdeführerin nur wenig und verlangsamt mithelfen könne (Ziff. 2.2d). 3.8

Prof. B.\_\_\_\_ erstattete sein Gutachten vom 7. November 2015 (Urk. 10/71/2-32 ) nach Berücksichtigung der Akten, Erhebung der Anamnese und Durchführung eigener Untersuchungen und stellte als psychiatrische Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 28 Ziff. 1) eine beginnende chronifizierte rezidivierende depressive Störung, reaktiv auf und unterhalten durch psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren; im Verlauf seit zirka Ende 2011/Anfang 2012 mit mittelgradiger Ausprägung und somatischem Syndrom (ICD-10 F33 .11). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden die folgenden Diagnosen (S. 28 f. Ziff. 2): - Persönlichkeitsakzentuierung mit ängstlich-abhängigen Anteilen - chronische Schmerzen - multiple psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren mit Arbeitslosigkeit, finanziellen Problemen, Sprachproblemen und Problemen in Verbindung mit Ausbildung und Beruf Bei der hiesigen Exploration und im psychiatrischen Untersuchung habe sich eine teilweise affektinkontinente , in der Stimmung gedrückte, anhedonische Beschwerdeführerin mit Schlafstörungen und weiteren somatischen Symptomen, die eine inzwischen chronifizierte rezidivierende depressive Störung mittelgradiger Prägung aufweise, welche sich reaktiv auf einen protrahierten Ehekonflikt mit nachfolgender Trennung vom Ehepartner und anstehender Scheidung sowie soziokulturell bedingtem Schamgefühl entwickelt habe, gezeigt. Hinzutreten seien weitere psychosoziale Probleme mit Arbeitslosigkeit und finanziellen Problemen. Als wesentlicher krankheitsaufrechtserhaltender Faktor wirkten soziokulturelle Wertevorstellungen. Diese aversiven depressiven Affekte beherrschten das psychopathologische Bild und würden durch die religiöse und soziokulturelle Prägung in dominierender Weise bestimmt. Im Sinne einer Verschlechterung und als Zeichen der Chronifizierung sei eine chronische Schmerz Erkrankung hinzutreten. Da gemäss den Angaben der rheumatologischen Gutachterin die subjektiv beklagten und die objektiven Befunde in einer Diskrepanz stünden, müsse von einer Schmerzverarbeitungsstörung ausgegangen werden. Diagnostisch könne aber keine somatoforme Schmerzstörung gemäss ICD-10 F45.4 diagnostiziert werden (S. 25 f.). Die Untersuchung der Standardindikatoren zeige auf, dass bei der Beschwerdeführerin mit einer Persönlichkeitsakzentuierung mit ängstlich-abhängigen Anteilen und einer belasteten neurosenbiografischen Anamnese eine Schwächung der ICH-Funktion bestehe. Es liege vornehmlich aufgrund krankheitsbestimmter

handicapierender Fähigkeitsstörungen eine Einschränkung der mittel- und lang fristigen Arbeitsfähigkeit vor. Gehe man infolge der mittelgradigen depressiven Störungen von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit in zuletzt ausgeübter und adaptierter Tätigkeit aus, dann müssten gemäss den IV-rechtlichen Vorgaben hiervon psychosoziale und soziokulturellen Faktoren mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit abgezogen werden, die grundsätzlich in ihrer Höhe der juristischen Einschätzung obliegen. Ähnlich wie früher im PÄUSBONOG-Konstrukt (pathogenetisch-ätiologisch unklare syndromale Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage) fehlten für die IV-rechtlichen Vorgaben medizinische Messgrössen, wie diese im medizinischen Alltag in einem bio-psychosozialen Gesundheitsverständnis nicht separiert werden könnten. Grössenordnungsmässig sei medizinisch-theoretisch von zirka 1/3 des Effektes auf die Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Somit liege in Bezug auf ein Vollpensum aus psychiatrisch-gutachterlicher Sicht für die zuletzt ausgeübten und adaptierten Tätigkeiten eine Arbeitsunfähigkeit von 30 % vor. Im (zeitlichen) Verlauf bestünde die Einschränkung seit der stationären Aufnahme in die Klinik C.\_\_\_\_ vom 23. Januar 2012. Zwischenzeitlich könne es zu kurzzeitigen Verbesserungen oder Verschlechterungen gekommen sein. Die Einschätzung sei theoretischer Natur. Das psychische Störungsbild sei als (beginnend) chronifiziert zu beschreiben, weshalb eine Intensivierung der Therapie als dringend angezeigt sei (S. 29 f.). 3.9

Dr. A.\_\_\_\_ stellte nach Berücksichtigung der Akten, Erhebung der Anamnese und Durchführung eigener Untersuchungen in ihrem Gutachten vom 23. Dezember 2015 (Urk. 10/68) folgende rheumatologische Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 48 Ziff. 9.1): - verminderte Belastbarkeit und Beschwerden beider Knie bei - rechts: mässiger medialer Gonarthrose mit degenerativen Veränderungen des Hinterhorns des medialen Meniskus bei intaktem lateralem Meniskus und intakten Kollateral- und Kreuzbändern - links: mässiger medialbetonter Gonarthrose und leichter Femoropatellar-Arthrose mit kleinem Riss des Hinterhorns des medialen Meniskus bei intaktem lateralem Meniskus und intakten Kollateral- und Kreuzbändern - verminderte Belastbarkeit und Beschwerden beider Füsse bei - sehr grossen Fersenspornen beidseits

Die folgenden Diagnosen hätten keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 49 Ziff. 9.2): - Nikotin-Abusus mit - Asthma bronchiale und Rhinokonjunktivitis

pollinosa mit reversibler obstruktiver Ventilationsstörung (Erstdiagnose Februar 2009) - ausgedehnte chronische Schmerzen - Adipositas Grad II - arterielle Hypertonie mit medikamentöser Therapie (Erstdiagnose Juni 2007) - Status nach Unfall am oberen Sprunggelenk (OSG) links im Oktober 2010 mit Zerrung des Ligamentum fibulotalare anterior, des Ligamentum fibulocalarea und der vorderen Syndesmose bei intakten Peronealsehnen - Status nach vaginaler Hysterektomie (Dezember 2012) wegen Myom mit Menometrorrhagien und Hämopermenorrhoe mit Eisenmangel-Anämie

In der klinischen Untersuchung seien Diskrepanzen aufgefallen. Der intermittierend hinkende Gang normalisiere sich bei Ablenkung. Die Untersuchung des Bewegungsapparates werde durch Gegenspannen erschwert. Es bestehe eine Lendenwirbelsäulen (LWS)-Hyperlordose. Alle grossen peripheren Gelenke seien normal beweglich. Die Röntgenuntersuchungen der HWS und der LWS zeigten altersentsprechende Befunde. Die Röntgenuntersuchungen beider OSG hätten als wesentlichste Befunde sehr grosse Fersensporne beidseits ergeben (S. 49). Die bildgebenden Befunde im Bereich der Knie seien nicht besonders gravierend und diskutabel

ob diesbezüglich Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestehe. Zusammenfassend bestünden bei der Beschwerdeführerin strukturelle Befunde im Bereich beider Knie und sehr grosse Fersensporne beidseits, die ihre Leistungsfähigkeit einschränkten. Die vorhandenen Befunde würden das Ausmass ihrer Beschwerden nur teilweise erklären. Die Beschwerdeführerin könne, bezogen auf ein Pensum von 100 %, eine angepasste Tätigkeit zu 100 % ausüben. Gestützt auf die Empfehlungen der K.\_\_\_\_ könne die Beschwerdeführerin Lasten bis 12.5 kg hantieren. Wegen den Fersenspornen sollte sie nach zwei Stunden wechselbelastender Tätigkeit eine halbe Stunde lang (oder auch länger) sitzend arbeiten können. Danach könne sie erneut zwei Stunden lang wechselbelastend tätig sein. Insgesamt könne sie mit Abwechslung der Position ganztags arbeiten. Besonders günstig wären für sie Tätigkeiten als Näherin beziehungsweise Löterin, denn diese Arbeiten würden meist sitzend ausgeübt (S. 52).

Zusammenfassend hielt die Gutachterin fest, dass in der angestammten Tätigkeit oder in einer anderen angepassten Tätigkeit nie eine lang andauernde Arbeitsunfähigkeit bestanden habe. Eine besonders kniebelastende Tätigkeit habe die Beschwerdeführerin aber ab Dezember 1997 wegen einer Schwellung im rechten Knie nicht mehr ausüben können (S. 53). 3.10

Die interdisziplinäre Beurteilung ergab eine seit 23. Januar 2012 (Datum der stationären Aufnahme in die C.\_\_\_\_) bestehende Arbeitsfähigkeit von 70 % in einer angepassten knieschonenden Tätigkeit mit der folgenden Einschränkung: Keine Lasten über 12.5 kg, nach zwei Stunden wechselbelastender Tätigkeit sollte die Beschwerdeführerin eine halbe Stunde (oder auch länger) sitzend arbeiten können. Besonders kniebelastende Tätigkeiten könne die Beschwerdeführerin seit Dezember 1997 nicht mehr ausüben (Urk. 10/71/1). 3.11

Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt für Anästhesiologie, RAD, legte in seiner Stellungnahme vom 14. Januar 2016 (Urk. 10/76/3-4) gestützt auf das interdisziplinäre Gutachten die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin wie folgt fest: Für besonders kniebelastende Tätigkeiten bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit seit Dezember 1997. Da Reinigungsarbeiten ein grosses Spektrum an verschiedenen Tätigkeiten umfassten, gälten sie nur als zumutbar, wenn das Belastungsprofil dabei eingehalten werden könne. In einer angepassten Tätigkeit bestehe seit Dezember 2012 eine 30%ige Arbeitsunfähigkeit. Eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes sei kaum zu erwarten. Als medizinische Massnahme seien Fersensporn-Schuheinlagen und physiotherapeutische Behandlungen sinnvoll. 3.12

Auf Hinweis der Beschwerdegegnerin, dass aus Rechtsanwender-Sicht der psychiatrische Gesundheitsschaden durch psychosoziale Belastungsfaktoren begründet und somit versicherungsrechtlich nicht relevant sei, wurde RAD-Arzt Dr. L.\_\_\_\_ von der Beschwerdegegnerin um eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus rein somatischer Sicht in Bezug auf ein 100%-Pensum gebeten.

Mit Stellungnahme vom 9. März 2016 (Urk. 10/76/7) führte er aus, dass aus rein somatischer Sicht auf das Teilgutachten von Dr. A.\_\_\_\_ abzustellen sei, mit hin bestehe für besonders kniebelastende Tätigkeiten eine vollständige Arbeitsunfähigkeit seit Dezember 1997. Weitere bisherige Tätigkeiten wie Näherin oder Löterin, welche meist sitzend ausgeübt werden, gälten als angepasst. Angepasst seien knieschonende, wechselbelastende Tätigkeiten, wenn nach zwei Stunden jeweils mindestens eine halbe Stunde sitzende

Tätigkeiten eingefügt werden könnten, mit einer Gewichtslimite von 12.5 kg. 3.13

Med. pract . M.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. phil. klin . N.\_\_\_\_, vom J.\_\_\_\_, nahmen am 31. Oktober 2016 Stellung zum psychiatrischen Gutachten von Prof. B.\_\_\_\_ (Urk. 10/87 = Urk. 3/2). Sie berichteten das (Teil-)Gutachten dahingehend, dass die Beschwerdeführerin nicht häufig den Psychiater gewechselt habe, sondern zuerst bei Dr. med. G.\_\_\_\_ und anschliessend beim J.\_\_\_\_ in Behandlung gestanden habe (S. 2 oben). Hinsichtlich der Diagnose ergäben sich keine Abweichungen zu Prof. B.\_\_\_\_, wobei sie die Depression als eigenständige, sich längst verselbständigte Störung sähen, mithin sei die rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11), versicherungsrelevant und nicht alleine auf psychosoziale Umstände zurückführbar. Sie attestierten der Beschwerdeführerin eine vollständige Arbeitsunfähigkeit sowohl in angestammter als auch für angepasste Tätigkeiten, dies aufgrund der Schmerzen, der Depression und des Schwindels. Ferner sei die Störung nicht willentlich überwindbar, die Beschwerdeführerin sei aktuell in der Depression gefangen, ertrage keine Belastungen mehr und könne am Alltag nur sehr beschränkt teilnehmen (S. 2).  
4. 4.1

Das Gutachten von Prof. B.\_\_\_\_ und Dr. A.\_\_\_\_ vom 23. Dezember 2015 (vgl. vorstehend E. 3.8-3.10) vermag die an eine beweiskräftige ärztliche Expertise gestellten Anforderungen vollumfänglich zu erfüllen (vgl. vorstehend E. 1.5) . Die gutachterlichen Beurteilungen beruhen auf ausführlichen Untersuchungen, erfolgten unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden und wurden in nachvollziehbarer Weise sowie in Auseinandersetzung mit den relevanten Vorakten begründet. Demnach leidet die Beschwerdeführerin seit Januar 2012 an einer verminderten Belastbarkeit und Beschwerden in beiden Knien und Füßen, wobei sie besonders kniebelastende Tätigkeiten bereits ab Dezember 1997 nicht mehr hat ausüben können. In psychiatrischer Hinsicht leidet sie an einer beginnenden, chronifizierten, rezidivierenden depressiven Störung mit mittelgradiger Ausprägung und somatischem Syndrom. Insgesamt besteht eine 70%ige Restarbeitsfähigkeit in einer angepassten, knieschonenden Tätigkeit.

Soweit die Beschwerdeführerin die Beweiskraft des rheumatologischen Gutachtens von Dr. A.\_\_\_\_ absprechen will mit der Begründung, sie sei zu versicherungsfreundlich, was aus dem Urteil des Bundesgerichts 8C\_531/2014 vom 23. Januar 2015 (Urk. 3/1) klar hervorgehe, ist ihr entgegenzuhalten, dass vorliegend keine Gründe für eine Befangenheit respektive eine Gefahr der Voreingenommenheit auszumachen sind und das zitierte Bundesgerichtsurteil sich auf eine Äusserung der Gutachterin in diesem konkreten Fall bezog, weshalb daraus nicht pauschal auf weitere Fälle geschlossen werden kann. 4.2  
4.2.1

Entgegen den Ausführungen der Beschwerdegegnerin (vgl. Urk. 2 S. 2) ist gestützt auf das (psychiatrische) Gutachten mit der diagnostizierten chronifizierten depressiven Störung mit mittelgradiger Ausprägung und somatischem Syndrom ein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden ausgewiesen. 4.2.2

Was die psychosozialen Faktoren betrifft, so liegen solche vorliegend unbestritten vor, was denn im psychiatrischen Gutachten von Prof. B.\_\_\_\_ auch festgehalten wurde (vgl. vorstehend E. 3.8). So erfolgte beispielsweise ein Ehekonflikt mit nachfolgender Trennung vom Ehepartner und anschliessender Scheidung. Ebenfalls lagen Arbeitslosigkeit und finanzielle Probleme vor und soziokulturelle Wertvorstellungen

wurden vom Gutachter als krankheitsaufrecht erhaltender Faktor taxiert. 4.2.3

Aus dem Gutachten von Prof. B.\_\_\_\_ ergibt sich allerdings auch, dass neben den psychosozialen Faktoren eine verselbständigte psychische Störung vorliegt, infolge derer die Beschwerdeführerin eine leicht verminderte Belastbarkeit und Durchhaltefähigkeit aufweist sowie in ihrer Selbstbehauptungsfähigkeit eingeschränkt ist (Urk. 10/71 S. 26). Dass diese Störungen ihre hinreichende Erklärung in psychosozialen Umständen finden und bei Wegfall dieser Umstände abklingen würden, trifft vorliegend nicht zu. Der psychiatrische Gutachter hielt explizit fest, es handle sich aktuell um ein psychisches Leiden mit Krankheitswert, bei welchem krankheitsbestimmte Fähigkeitsdefizite überwiegen, und schloss bei der Beurteilung der Leistungsfähigkeit soziokulturelle und psychosoziale Faktoren, welche er mit einem Drittel bewertete, aus.

Zwar fallen nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtes leichte bis mittelgradige depressive Störungen, seien sie im Auftreten rezidivierend oder episodisch, einzig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht, wenn sie erwiesenermaßen therapieresistent sind (statt vieler: BGE 140 V 193 E. 3.3 mit Hinweis). Die Beschwerdeführerin steht jedoch seit Dezember 2012 ambulant psychiatrisch im J.\_\_\_\_ in Behandlung, zuerst in wöchentlichen Einzeltherapien und seit zirka einem Jahr in der Frequenz von zweimal pro Monat (Urk. 10/71 S. 17; vorstehend E. 3.7), womit die aus fachärztlicher Sicht indizierten zumutbaren Behandlungsmöglichkeiten in kooperativer Weise optimal und nachhaltig ausgeschöpft wurden (BGE 140 V 193 E. 3.3;

vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_13/2016 vom 14. April 2016 E. 4.2 und 9C\_89/2016 vom 12. Mai 2016 E. 4.1). Ferner erachtete Prof. B.\_\_\_\_ weitere Behandlungen als dringend angezeigt, die psychische Erkrankung gar als chronisch, und auch die Ärzte vom J.\_\_\_\_ konnten in ihrem Bericht nicht vorhersagen, wann eine vollständige Remission eintreten werde. Angesichts dieser fachärztlichen Beurteilungen und Prognosen und der langen Behandlungsdauer muss vorliegend mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zumindest von einer gewissen Therapieresistenz der depressiven Störung ausgegangen werden.

Hinsichtlich der Ressourcen ist festzuhalten, dass sich aus den geschilderten Tagesabläufen anlässlich der Begutachtung ein deutlicher sozialer Rückzug und ein vermindertes Aktivitätenniveau der Beschwerdeführerin ergibt (vgl. Urk. 10/71 S. 16, S. 27 f.), wobei die Beschwerdeführerin durchaus noch über einige Ressourcen verfügt, was sich in der von Prof. B.\_\_\_\_ attestierten 70%igen Arbeitsfähigkeit widerspiegelt.

Schliesslich stimmt die gutachterliche Einschätzung der invalidisierenden depressiven Störung auch mit den behandelnden Ärzten des J.\_\_\_\_ in dem Sinne überein, als diese ebenfalls von einer verselbständigten psychischen Störung ausgingen. Nicht abgestellt werden kann hingegen auf die seitens der behandelnden Ärzte wenig begründete attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin (vgl. vorstehend E. 3.13). Letztere Einschätzung findet ihre Begründung in der Erfahrungstatsache, dass nicht nur allgemeinpraktizierende Hausärzte, sondern auch behandelnde Spezialärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. BGE 125 V 353 E. 3b/cc mit Hinweisen). 4.3

Mit der diagnostizierten depressiven Störung ist somit – neben den somatischen Einschränkungen (vgl. vorstehend E. 3.9 und E. 3.10) – eine IV-relevante gesundheitliche Störung ausgewiesen. Gestützt auf das interdisziplinäre

Gutachten vom 23. Dezember 2015 ist daher mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die Beschwerdeführerin in ihrer Arbeitsfähigkeit ab Januar 2012 zu 30 % eingeschränkt ist. 4.4

Nicht gefolgt werden kann der Beschwerdeführerin, soweit sie neurologische Beschwerden sowie Atemprobleme als unberücksichtigt gebliebene Beschwerden geltend macht (vgl. Urk. 1 S. 3 f.), denn aus den medizinischen Akten geht hervor, dass überwiegend die psychische Problematik die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt. So hielten die Ärzte des J.\_\_\_\_ in ihrem Bericht vom 7. Januar 2014 fest, dass primär die Depression mit der einhergehenden Erschöpfung verantwortlich sei für die Arbeitsunfähigkeit (vgl. vorstehend E. 3.7). Gleiches geht auch aus der RAD-Einschätzung vom 31. Januar 2013 (vgl. vorstehend E. 3.6) hervor, wonach bezüglich der übrigen von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Diagnosen keine weiteren beruflich relevanten Einschränkungen vorlägen. Entsprechend äusserten sich auch die Gutachter A.\_\_\_\_ und B.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E. 3.8-3.10). Weitere medizinische Abklärungen sind daher nicht angezeigt. 5.1

Die Beschwerdegegnerin ging gestützt auf den Abklärungsbericht vom 3. August 2016 (Urk. 10/74) davon aus, dass die Beschwerdeführerin ohne gesundheitliche Beeinträchtigungen zu 100 % erwerbstätig wäre ( Ziff. 2.6) . Dies wurde nicht bestritten und gibt nach Lage der Akten zu keinen Beanstandungen Anlass. 5.2

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 ausgleichender 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). 5.3

Nach der Rechtsprechung darf ausnahmsweise von der ärztlich geschätzten Arbeitsfähigkeit ohne Weiteres auf einen entsprechenden Invaliditätsgrad geschlossen werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_994/2010 vom 12. April 2011 E. 3.2.3). Dies trifft beispielsweise dann zu, wenn die beiden Vergleichseinkommen ausgehend vom selben Tabellenlohn zu ermitteln sind. Da die Beschwerdeführerin bei Eintritt des Gesundheitsschadens als Reinigungsangestellte tätig war (Urk. 10/26), jedoch seit Februar 2012 keiner Arbeit mehr nachging und zuvor diverse Tätigkeiten ausgeübt hatte (vgl. Urk. 10/68/51), rechtfertigt es sich mit der Beschwerdegegnerin, sowohl für die Bemessung des Validen- als auch des Invalideneinkommens auf den Lohn als Hilfsarbeiterin gemäss den Tabellenlöhnen des vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) abzustellen (vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.7; BGE 139 V 592 E. 2.3, BGE 135 V 297 E. 5.2; vgl. auch Meyer/Reichmuth, IVG, 3. Aufl., N 55 und 89 zu Art. 28a IVG, mit weiteren Hinweisen auf die Rechtsprechung). Dies blieb auch unbestritten. 5.4

Gestützt auf die LSE 2012, Tabelle TA1, Ziff. 5-96, und unter Berücksichtigung der betriebsüblichen Wochenarbeitszeit ermittelte die Beschwerdegegnerin ein Valideneinkommen für Hilfsarbeiten (Zentralwert) für das Jahr 2012 von Fr. 51'441.10 (Urk. 10/75). Unter Zugrundelegung des identischen Jahreseinkommens für das Invalideneinkommen und gestützt auf eine 30%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergibt sich rechnerisch mittels Prozentvergleich ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 30 %. 5.5

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Mit dem sogenannten Leidensabzug wurde ursprünglich berücksichtigt, dass versicherte Personen, welche in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten und nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nurmehr beschränkt einsatzfähig sind, in der Regel das entsprechende durchschnittliche Lohnniveau gesunder Hilfsarbeiter nicht erreichen. Der ursprünglich nur bei Schwerarbeitern zugelassene Abzug entwickelte sich in der Folge zu einem allgemeinen behinderungsbedingten Abzug, wobei die Rechtsprechung dem Umstand Rechnung trug, dass auch weitere persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben können. Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25

% des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75). Dabei ist zu beachten, dass allfällige bereits bei der Parallelisierung der Vergleichseinkommen mitverantwortliche invaliditätsfremde Faktoren im Rahmen des sogenannten Leidensabzuges nicht nochmals berücksichtigt werden dürfen (BGE 134 V 322 E. 5.2).

Wurde bei der Festsetzung der Höhe des Abzuges vom Tabellenlohn ein Merkmal oder ein bestimmter Aspekt eines Merkmals zu Unrecht nicht berücksichtigt, hat die Beschwerdeinstanz den Abzug gesamthaft neu zu schätzen. Es ist nicht von dem von der IV-Stelle vorgenommenen Abzug auszugehen und dieser angemessen zu erhöhen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_796/2013 vom 28. Januar 2014 E. 3.2 mit Hinweis auf SVR 2011 IV Nr. 31 S. 90, 9C\_728/2009 E. 4.1.2). 5.6

Aus somatischer Sicht besteht für besonders kniebelastende Tätigkeiten eine vollständige Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin. Hingegen sind ihr knie schonende, wechselbelastende Tätigkeiten mit jeweils mindestens einer halben Stunde sitzenden Tätigkeit nach zwei Stunden Arbeit sowie unter Berücksichtigung einer Gewichtslimite von 12.5 kg zumutbar (vgl. vorstehend E. 3.13). Angesichts des eingeschränkten Tätigkeitsfeldes und des Belastungsprofils ist ein Leidensabzug zu gewähren, welcher auf höchstens 10 % zu bemessen ist. Damit steht dem Valideneinkommen von 100 % ein Invalideneinkommen von 63 % (70 % x 90 %) gegenüber, was einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 37 % ergibt.

Das von der Beschwerdegegnerin abgewiesene Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin ist folglich im Ergebnis rechtsens und demnach ist die Beschwerde abzuweisen. 6.

Die Gerichtskosten, die nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- und Fr. 1'000.-- zu bemessen sind (Art. 69 Abs. 1 bis IVG), sind auf Fr. 800.-- anzusetzen und der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung (vgl. Urk. 11) werden diese jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen, dies mit dem Hinweis auf § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Milosav Milovanovic - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Personalvorsorge Y.\_\_\_\_ - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

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

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

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

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