

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00222 vom 11. September 2018**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-09-11, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2017.00222](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00222)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00222 du 11 septembre 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00222 del 11 settembre 2018

## **Erwägungen**

### **E. 1**

9. Februar 1999 bis 31. Mai 2014 bei der Y.\_\_\_\_ AG sowie zusätzlich vom

1. Oktober 2009 bis 31. Dezember 2014 bei der Z.\_\_\_\_ GmbH jeweils in einem Teilzeitpensum als Reinigungsmitarbeiterin angestellt ( Urk. 7/1/5-7 und Urk. 7/25 ). Am

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie kann Folge von Geburts gebrechen, 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. 1.2**

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

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

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

### **E. 1.3**

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihrer zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau

ermittelt und einander gegen übergestellt 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). 1. 4

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 begründete die angefochtene leistungsabweisende Verfügung vom 20. Januar 2017 (Urk. 2) damit, dass die Beschwerdeführerin in einer angepassten leichten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei. Es bestehe ein Invaliditätsgrad von 0 % und folglich kein Anspruch auf eine Invalidenrente. 2.2

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1),

weder Vorbescheid noch Verfügung seien nachvollziehbar begründet worden. Die Sache sei deshalb an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit diese einen begründeten Vorbescheid erlasse (S. 3 f.). Das Valideneinkommen sei anhand der vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebung (LSE) Lohnsparte Reinigung berechnet worden, das Invalideneinkommen nach dem Total aller Branchen. Bei einem so getätigten Einkommensvergleich sei das Valideneinkommen um Fr. 16'237.-- tiefer als das Invalideneinkommen, es werde also eine gesamte Branche gegenüber einer durchschnittlich Verdienenden in einer Hilfstätigkeit um 23.3 % diskriminiert. Da in der Reinigungsbranche überwiegend Frauen tätig seien, stelle dies eine der Bundesverfassung und dem Gleichstellungsgesetz widersprechende indirekte Diskriminierung weiblicher Arbeitnehmenden dar. Diese indirekte Diskriminierung sei mit einem geeigneten Einkommensvergleich - beispielsweise der Berechnung der beiden Einkommen von der gleichen Basis und unter Berücksichtigung der individuellen Einschränkungen - aufzuheben (S. 4 f.). Aus ihren Einschränkungen ergebe sich ein leistungsbedingter Abzug von mindestens 20 %. Im Übrigen sei die belastungsabhängige Kurzzeitmüdigkeit von der Beschwerdegegnerin zu Unrecht nicht weiter abgeklärt worden. Dies sei nachzuholen (S. 5).

In ihrer ergänzenden Begründung (Urk. 12) hielt die Beschwerdeführerin fest, es sei nicht abgeklärt worden, ob sie in einer angepassten Tätigkeit allenfalls vorübergehend arbeitsunfähig gewesen sei. Die Sache sei deshalb an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Für die Berechnung des Invalideneinkommens sei auf den Reinigungssektor der LSE abzustellen, da das statistische Invalideneinkommen gemäss Total aller Branchen für sie völlig utopisch sei. Im Gutachten sei ein erhöhter Pausenbedarf ausgewiesen, weshalb ihr nur ein 80 % -Pensum zumutbar sei. Zudem sei ein leistungsbedingter Abzug von 25 % zu gewähren, womit die Eintrittsschwelle von 40 % für eine Invalidenrente erreicht werde (S. 2). 3.

Nach dem Einholen eines rheumatologischen Gutachtens (E. 4.7 hernach), gemäss welchem die Beschwerdeführerin in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei, erliess die Beschwerdegegnerin den Vorbescheid (Urk. 7/44). Darin führte sie - unter Verweis auf die relevanten gesetzlichen Grundlagen in der Beilage - aus, dass der

Beschwerdeführerin die angestammte Tätigkeit nicht mehr, eine den Beschwerden angepasste leichte Tätigkeit hingegen zu 100 % zumutbar sei und berechnete den Invaliditätsgrad. Der Einwand der Beschwerdeführerin ( Urk. 7/45) machte weder in erwerblicher noch in medizinischer Hinsicht weitere Abklärungen erforderlich, weshalb nicht zu beanstanden ist, dass die angefochtene Verfügung ( Urk. 2) inhaltlich weitgehend dem Vorbescheid entspricht. Zwar sind Vorbescheid und Verfügung lediglich knapp begründet. Nachdem jedoch keiner der behandelnden Ärzte in einer angepassten Tätigkeit eine längerfristige Arbeitsunfähigkeit attestiert hatte (vgl. dazu E. 4 hernach), erübrigten sich Weiterungen zur von der Beschwerdegegnerin angenommenen 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit. Ihr war es entsprechend möglich, die Verfügung detailliert und fundiert anzufechten ( Urk. 1) . Eine Verletzung des rechtlichen Gehörs ist nicht auszumachen und könnte im vorliegenden Beschwerdeverfahren ohnehin geheilt werden (vgl. dazu Urteile des Bundesgerichts 9C\_312/2014 vom 19. September 2014 E. 2.2.2 und 9C\_606/2014 vom 9. Dezember 2014 E. 2.3) . Es rechtfertigt sich deshalb aus prozessökonomischen Gründen, von einer Rückweisung der Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zur Gehörsgewährung abzusehen. 4 . 4 . 1

Chefarzt Prof. Dr. med. A. \_\_\_ und Assistenzärztin B. \_\_\_ vom C. \_\_\_

stellten nach der Hospitalisation vom 12. bis 13. November 2014 im Austrittsbericht vom 19. November 2014 ( Urk. 7/19/29-32) folgende Diagnosen (S. 1): - Angina bei nicht stenosierender Koronarsklerose , DD mikrovaskuläre Angina pectoris - pathologische Stressechokardiographie 5. November 2014 - Koronarangiographie vom 12. November 2014 nichtstenosierende Koronarsklerose mit einer

hämodynamisch nicht relevanten Plaque im proximalen RIVA - Hypertensive Herzkrankheit - normale biventrikuläre systolische Funktion - diastolische Dysfunktion Grad 1 - schwere Arbeitshypertonie - minimale degenerative Aorten- und Mitralklappeninsuffizienz

Dazu führten sie aus, in der Koronarangiographie hätten sich eine nichtstenosierende Koronarsklerose mit einer hämodynamisch nicht relevanten Plaque im proximalen RIVA gezeigt. Die LV-Funktion sei normal gewesen. Die Kardiologen hätten die Weiterführung mit Aspirin und eine Ergänzung mit einem Statin empfohlen. Bei fehlender koronarer Herzkrankheit sei der Betablocker gestoppt worden. Differentialdiagnostisch könne es sich auch um eine mikrovaskuläre Angina pectoris handeln, welche quoad

vitam eine ausgezeichnete Prognose habe und eine rein empirische Therapie mit Nitrat, Calciumantagonisten oder Ranolazine verlange (S. 1 f.).

Weitere kardiale Abklärungen seien aktuell nicht nötig, allenfalls noch eine Gastroskopie respektive probatorisch PPI und/oder eine pneumologische Abklärung (S. 4). 4 . 2

Nach einer am 20. Januar 2015 durchgeführten Gastroskopie und Koloskopie hielt Dr. med. D. \_\_\_ , FMH Innere Medizin und FMH Gastroenterologie, in seinem gleichentags verfassten Bericht ( Urk. 7/19/47) folgende Diagnosen fest: - kleine reizlose axiale Hiatushernie - aspektmässig Gastritis - leichte Kolondivertikulose - I-II gradige Hämorrhoiden - koronare Herzkrankheit unter Therapie

Dazu führte er aus, es zeige sich ein reizloser oesophogastrischer Übergang ohne makroskopischen Hinweis auf Barretttschleimhautumwandlung . In dieser Situation könne mit einem Säureblocker bedarfsweise weiterbehandelt werden. Bei Helicobacternachweis

müsse in üblicher Weise eradiziert werden. Eine Kontroll koloskopie im Sinne der Vorsorge werde in 10 Jahren empfohlen. 4 . 3

Dr. med. E.\_\_\_\_ , Leitender Arzt, und Dr. med. F.\_\_\_\_ , Assistenzarzt, von der Pneumologie des C.\_\_\_\_

stellten in ihrem Bericht vom 23. April 2015 ( Urk. 7/19/23-25) folgende Diagnosen (S. 1):

1. Belastungsabhängige Kurzatmigkeit und thorakales Schmerzgefühl - im Rahmen Diagnose 2 und 3 sowie körperliche Dekonditionierung - Adipositas WHO I, BMI 30 kg/m<sup>2</sup> - kein Hinweis auf pulmonale Ätiologie - Zigarettenkonsum 20/d, kum . 20 py 2. Angina bei nicht stenosierender Koronarsklerose , DD mikrovaskuläre Angina

pectoris - pathologische Stressechokardiographie 5. November 2014 - Koronarangiographie vom 12. November 2014 nichtstenosierende Koronarsklerose mit einer

hämodynamisch nicht relevanten Plaque im proximalen RIVA 3. Hypertensive Herzkrankheit - normale biventrikuläre systolische Funktion - diastolische Dysfunktion Grad 1 - schwere Arbeitshypertonie - minime degenerative Aorten- und Mitralklappeninsuffizienz

Dazu führten sie aus, die Beschwerdeführerin sei ihnen zur pneumologischen Standortbestimmung bei belastungsabhängiger Kurzatmigkeit zugewiesen worden. Lungenfunktionell hätten sich normale statische und dynamische Lungenvolumina ohne Zeichen für eine obstruktive oder restriktive Ventilationsstörung gezeigt. Die CO-Diffusionskapazität sei mit 75 % allenfalls leicht eingeschränkt. Eine Anämie, Hyperferritinämie oder manifeste Herzinsuffizienz (NT-pro-BNP normal) liege nicht vor. Zur weiteren Differenzierung gegenüber einer kardial bedingten Kurzatmigkeit sei eine Spiroergometrie durchgeführt worden, bei welcher sich eine

mittelschwer eingeschränkte maximale körperliche Leistungsfähigkeit gezeigt habe ohne Hinweise auf eine pulmonale oder kardiale Limitation. Als Abbruchkriterium habe sie Beinschwäche, Thorax- und Halsschmerzen sowie Kurzatmigkeit angegeben. Ursächlich für die eingeschränkte körperliche Leistungsfähigkeit sei von einer körperlichen Dekonditionierung , Adipositas und Poor Effort auszugehen. Eine herzinsuffizienzbedingte Einschränkung habe in der Spiroergometrie nicht nachgewiesen werden können, wobei die Beschwerdeführerin jedoch Thoraxschmerzen als mögliches Korrelat der Angina pectoris angegeben habe. Eine Arbeitshypertonie sei im Rahmen dieser Untersuchung nicht aufgetaucht. Letztlich hätten sich keine Hinweise auf eine pulmonal bedingte Ursache der Beschwerden ergeben. Mit Sicherheit liege eine körperliche Dekonditionierung vor. Zusätzlich bestehe gemäss kardiologischem Bericht eine möglicherweise mikrovaskulär bedingte Angina pectoris sowie eine echokardiographisch nachgewiesene hypertensive Herzkrankheit mit diastolischer Dysfunktion. Sie sei auf die Wichtigkeit eines Rauchstopps hingewiesen worden, aktuell aber nicht dazu zu motivieren (S. 2). 4 . 4

Dr. med. G.\_\_\_\_ , Innere Medizin und Rheumatologie FMH, hielt in seinem Bericht vom 26. Juni 2015 ( Urk. 7/19/14 f.) folgende Diagnosen fest (S. 1) : - Periarthropathia

humeroscapularis vom Supraspinatustyp rechts - Ultraschall rechte Schulter 27. Mai 2015: Verdacht auf Partialruptur Intervallregion Supraspinatussehne - Fortgeschrittene AC-Arthrose beidseits - Arthro MR Schulter rechts 12. Juni 2015: Schwere AC-Gelenksarthrose mit Reizzustand, kleine Partialläsionen an allen Rotatorenmanschettensehnen , keine transmurale Ruptur, Einriss in den Bizepssehnenansatz

, Tendinopathie der langen Bizepssehne, keine Verfettung/Atrophie der Rotatorenman  
schettenmuskulatur - Infiltration AC-Gelenk und subacromial rechts 19. Juni 2015, links 2  
4. Juni 2015 - Periarthropathia

humeroscapularis vom Supraspinatustyp links - Ultraschall 27. Mai 2015:  
Supraspinatustendinosen links - Anamnestisch Status nach Schulter( sub ?) Luxation links  
2x vor Jahren - Arthro MR Schulter links: 12. Juni 2015: Mittelschwere  
AC-Gelenksarthrose mit Reizzustand, gelenkseitige Partialläsionen Infraspinatusehne,  
angrenzender Defekt am

Humeruskopf, Verdacht auf Hill-Sachs-Defekt, kleine gelenkseitige Partialläsion der  
Supraspinatusehne, keine Verfettung/Atrophie der Rotatorenmanschettenmuskulatur -  
Chronisches Zervikalsyndrom - Röntgen 27. Mai 2015: degenerative Veränderungen HWS  
- myofasziale Schmerzen - Myogelose

Steinocleidomastoideus links - Anamnestisch koronare, hypertensive und valvuläre  
Kardiopathie (ED 04/15 C.\_\_\_\_, keine Hinweise auf pulmonale Ätiologie bei  
Belastungsdyspnoe)

Dazu führte er aus, es bestehe zweifelsohne eine eingeschränkte Belastbarkeit der  
Halswirbelsäule und im Bereich beider Schultern, weswegen die angestammte Ar  
beitstätigkeit als Raumpflegerin nur sehr eingeschränkt durchführbar sei. Das selbe gelte  
für gewisse körperlich schwerere Arbeiten im Haushalt wie zum Beispiel  
Überkopfarbeiten. Für eine adaptierte Tätigkeit mit reduzierten Nacken- und  
Schulterbelastungen sei die Beschwerdeführerin hingegen arbeitsfähig (S. 2). 4. 5

Gemäss dem Bericht des behandelnden Hausarztes Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt FMH für  
Allgemeine Innere Medizin, vom 28. Juli 2015 (Urk. 7/19/6-11) sei – bei gestellten  
Diagnosen - die Arbeitsfähigkeit als Reinigungsfachfrau dauerhaft nicht mehr gegeben. Um  
die Arbeitsfähigkeit in einer der Behinderung angepassten Tätigkeit schlüssig objektiv  
beurteilen zu können, sei seiner Meinung nach eine genaue Testung nötig.

An seiner Beurteilung hielt er mit Bericht vom 7. Januar 2016 (Urk. 7/32/6-10) fest (S. 2).  
4. 6

Oberärztin Dr. med. I.\_\_\_\_ von der Klinik für Gefässchirurgie des KWS stellte in ihrem  
Bericht vom 12. November 2015 (Urk. 7/32/14 f.) folgende Diagnosen: - Status nach  
Crossectomie, Stripping der V. saphena magna und Miniphlebektomie beidseits am 28.  
September 2015 mit/bei: - kompletter Stamm- und Nebenastvarikosis der V. saphena  
magna im Stadium Hach II rechts mit - insuffizienter V. femoralis

communis - inkomplette Stamminuffizienz der V. saphena magna links - Hypertensive  
Herzkrankheit mit - normaler biventrikulärer systolischer Funktion - diastolischer  
Dysfunktion Grad I

Dazu führte sie aus, sechs Wochen nach genanntem Eingriff hätten die Schmerzen gemäss  
Schilderungen der Beschwerdeführerin deutlich nachgelassen. Klinisch zeigten sich reizlos  
verheilte Wundverhältnisse im Bereich der Inguina beidseits sowie der  
Miniphlebektomiewunden. Es zeigte sich ca. 4 cm medial der Inguina eine deutliche  
Rötung und Schwellung sowie Induration im Sinne eines beginnenden Furunkels. Die  
Wunde selbst zeigte keine Fluktuation oder Sekretion von Eiter. Aus diesem Grund und  
wegen der nur minimalen Rötung werde auf eine antibiotische Therapie verzichtet. Aufgrund

der ansonsten schön verheilten Wundverhältnisse nach Crossektomie und Stripping seien keine weiteren Kontrollen in der Klinik für Gefäßchirurgie vorgesehen. 4.7

Chefarzt KD Dr. med. J. \_\_\_ und Stv. Chefarzt Dr. med. K. \_\_\_ von der Klinik für Rheumatologie des Stadtspitals L. \_\_\_ stellten in ihrem Gutachten vom 9. Mai 2016 (Urk. 7/38/1-29) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S.

24): - Periarthropathia

humeroscapularis vom Supraspinatus typ rechts - Ultraschall rechte Schulter 27. Mai 2015: Verdacht auf Partialruptur, Intervallregion

Supraspinatussehne - Fortgeschrittene AC-Gelenksarthrose beidseits - Arthro-MR Schulter rechts 12. Juni 2015: Schwere AC-Gelenksarthrose mit Reizzustand, kleine Partiailläsionen an allen Rotatorenmanschettensehnen, keine transmurale Ruptur, Einriss in den Bizepssehnenansatz, Tendinopathie der langen Bizepssehne, keine Verfettung/Atrophie der Rotatorenmanschettensmuskulatur - Infiltration AC-Gelenk und subacromial rechts 19. Juni 2015, links 24. Juni 2015 und Oktober 2015 - Periarthropathia

humeroscapularis vom Supraspinatus typ links - Ultraschall 17. Mai 2015: Supraspinatus-Tendinosen links - Anamnestisch Status nach Schulter(sub?)luxation links zweimal vor Jahren - Arthro-MR Schulter links vom 12. Juni 2015: Mittelschwere AC-Gelenksarthrose mit Reizzustand, gelenksseitige Partiailläsion Infraspinatussehne, angrenzender Defekt am

Humeruskopf, Verdacht auf Hill-Sachs-Defekt, kleine gelenksseitige Partiailläsion der Supraspinatussehne, keine Verfettung/Atrophie der Rotatorenmanschettensmuskulatur

Zudem hielten sie folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest (S. 16 f.): - Chronisches Zervikalsyndrom (zum Zeitpunkt der Untersuchung im Rahmen des Gutachtens praktisch symptomfrei) - Röntgen 27. Mai 2015: Degenerative Veränderungen HWS - Myofasziale Schmerzen - Myogelose

Sternocleidomastoideus links - Anamnestisch koronare, hypertensive und valvuläre Kardiopathie (ED 04/2015 C. \_\_\_, keine Hinweise auf pulmonale Ätiologie bei Belastungsdyspnoe)

Dazu führten sie aus, aus aktueller rheumatologischer Sicht beständen nur leicht eingeschränkte Funktionen des Bewegungsapparates, die Gehstrecke sei nicht vermindert. Eine Hockstellung könne vollständig eingenommen werden. Behindernd sei die rechtsseitig schmerzhafte Schulter, dies jedoch in einem Missverhältnis zu objektiv erhebbaren klinischen und bildgebenden Befunden, welche als altersentsprechend gewertet werden könnten. Die heutige klinisch-rheumatologische Untersuchung gebe Hinweise auf eine sogenannte Impingementsymptomatik und leichte Bewegungseinschränkung im Bereich des dominanten rechten Schultergelenkes sowie leichte Beschwerden auch im Bereich des linken Schultergelenkes. Die Aktivitätseinschränkungen betreffen beispielsweise das Heben schwerer Gegenstände, Staubsaugen und Überkopfarbeiten im Haushalt. Wegen belastungsabhängiger Beschwerden sei quantitativ von einer geringen Einschränkung für repetitive Bewegungen auszugehen (S. 18).

Zusammenfassend besteht eine mittelschwere schmerzhafte Periarthropathia

humeros capularis rechts vom Supraspinatustyp mit leicht degenerativen Veränderungen der Rotatorenmanschette bei Rechtshändigkeit und eine leichte Unregelmässigkeit antero-inferior am Glenoid im Sinne einer beginnenden Omarthrose rechts. Linksseitig bestehe ein Zustand nach anamnestisch zweimaliger Luxation mit strukturell wenig Veränderungen. Diese Befunde dürften als altersentsprechend gewertet werden (S. 19).

Es bestehen leichte Einschränkungen der dominanten rechten oberen Extremität ( die Bewegung des rechten Schultergelenks sei schmerzhaft eingeschränkt). Diese Einschränkung komme im beruflichen Alltag als Reinigungskraft zum Tragen. Die aktuelle Arbeitsfähigkeit als Reinigungskraft sei deutlich eingeschränkt. Für eine angepasste Tätigkeit ohne mittelschweres bis schweres Heben und Tragen und ohne Überkopfarbeiten

sei die Beschwerdeführerin voll einsatzfähig. Die angepasste Tätigkeit entspreche einer körperlich leichten Tätigkeit in wechselnder Körperposition, allenfalls mit vermehrten Pausen zur Einnahme von Entlastungshaltungen und Erholung bei erhöhter Ermüdbarkeit. Eine angepasste Tätigkeit beinhalte das Vermeiden des Hebens schwerer Lasten, das Vermeiden von wie derholtem Bücken und von Arbeiten in Hockstellung sowie das Vermeiden mit telschwerer bis schwerer manueller Tätigkeiten mit repetitivem Einsatz der Handgelenke. Zusammengefasst beständen aus aktueller rheumatologischer Sicht nur leichte Einschränkungen der Funktionen des Bewegungsapparates (S. 19 f.). 5 . 5 . 1

Das rheumatologische Gutachten der Dres .

J.\_\_\_\_ und K.\_\_\_\_ vom 9. Mai 2016 (E. 4 . 7 hievov ) beruht auf den erforderlichen Untersuchungen, ist für die streitigen Belange umfassend und wurde in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den fallrelevanten Vorakten erstellt. Die Gutachter legten die medizinischen Zusammenhänge einleuchtend dar, beurteilten die medizinische Situation überzeugend und setzten sich mit den geklagten Beschwerden und dem Verhalten der Beschwerdeführerin auseinander. Sie gelangten zum begründeten und nachvollziehbaren Schluss, dass die Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit als Reinigungsmitarbeiterin nicht mehr, in einer den Beschwerden angepassten körperlich leichten Tätigkeit in wechselnder Körperposition ohne Heben und Tragen von mittelschweren bis schweren

Lasten und ohne Überkopfarbeiten

oder

wiederholtes Bücken, unter Vermeidung von Arbeiten in Hockstellung und mit telschweren bis schweren manuellen Tätigkeiten mit repetitivem Einsatz der Handgelenke sowie allenfalls mit vermehrten Pausen zur Einnahme von Entlastungshaltungen und Erholung bei erhöhter Ermüdbarkeit voll arbeitsfähig ist . Das Gutachten entspricht damit den rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage (vgl. E. 1.4 hievov ). 5.2

Die Beschwerdeführerin brachte vor, aufgrund der gemäss Gutachter allenfalls vermehrt erforderlichen Pausen zur Einnahme von Entlastungshaltungen und Erholung bei erhöhter Ermüdbarkeit

in einer angepassten Tätigkeit lediglich zu 80 % arbeitsfähig zu sein ( Urk.

**E. 3**

1. Mai 2015 meldete sie sich unter Hinweis auf Herz-, Magen-, Lungen- und Schulterbeschwerden bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/2). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, tätigte medizinische und erwerbliche Abklärungen und liess die Versicherte insbesondere rheumatologisch begutachten (Expertise vom 9. Mai 2016; Urk. 7/38). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 7/44 und Urk. 7/45) wies sie das

Leistungsbegehren mit Verfügung vom 20. Januar 2017 (Urk. 2) ab.

Dagegen erhob die Versicherte am 16. Februar 2017 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, die Verfügung vom 20. Januar 2017 sei aufzuheben und es sei die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen. Zudem sei ein Einkommensvergleich vorzunehmen und ihr seien die gesetzlichen Leistungen auszurichten. Eventualiter sei die Sache für weitere Abklärungen und eventuell für medizinische Untersuchungen an die Vorinstanz zurückzuweisen (S. 2). Am 17. März 2017 (Urk.

### **E. 3.1**

mit Hinweisen).

Nach ständiger Rechtsprechung darf das (kantonale) Sozialversicherungsgericht sein Ermessen, wenn es um die Beurteilung des Tabellenlohnabzuges gemäss BGE 126 V 75 geht, nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen; es muss sich auf Gegebenheiten stützen können, welche seine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (BGE 137 V 71 E. 5.2 und 126 V 75 E).

6). Wurde bei der Festsetzung der Höhe des Abzuges vom Tabellenlohn ein Merkmal oder ein bestimmter Aspekt eines Merkmals zu Unrecht nicht berücksichtigt oder zu Unrecht berücksichtigt, hat die Beschwerdeinstanz den Abzug gesamthaft neu zu schätzen (vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C\_113/2015 vom 26. Mai 2015 E).

#### **E. 3.1.1**

mit Hinweisen). Ist von einem genügend breiten Spektrum an zumutbaren Verweisungstätigkeiten auszugehen, können unter dem Titel leidensbedingter Abzug grundsätzlich nur Umstände berücksichtigt werden, die auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art.

### **E. 3.2**

und 8C\_808/2013 vom 14. Februar 2014 E. 7.1.1 mit Hinweisen).

Mit Bezug auf den behinderungs- beziehungsweise leidensbedingten Abzug ist zu beachten, dass das medizinische Anforderungs- und Belastungsprofil eine zum zeitlich zumutbaren Arbeitspensum tretende qualitative oder quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit darstellt, wodurch in erster Linie das Spektrum der erwerblichen Tätigkeiten (weiter) eingegrenzt wird, welche unter Berücksichtigung der Fähigkeiten, Ausbildung und Berufserfahrung der versicherten Person realistischerweise noch in Frage kommen. Davon zu unterscheiden ist die Frage, ob mit Bezug auf eine konkret in Betracht fallende Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage verglichen mit einem gesunden Mitbewerber nur bei Inkaufnahme einer Lohneinbusse reale Chancen für eine Anstellung bestehen (Urteil des Bundesgerichtes 9C\_796/2013 vom 28. Januar 2014 E).

### **E. 3.3**

unter Hinweis auf 8C\_ 351/2014 vom 14. August 2014 E. 5.2.4.2). 6 .3

Die Beschwerdeführerin ist - wie bereits dargelegt - in einer angepassten körperlich leichten wechselbelastenden Tätigkeit ohne Überkopfarbeiten, ohne wiederholte Bücken oder Arbeiten in Hockstellung zu 100 % arbeitsfähig. Im Sitzen, Gehen, Stehen und Laufen ist sie in einer leichten Tätigkeit nicht eingeschränkt. Dies rechtfertigt (höchstens) den von der Beschwerdegegnerin gewährten Leistungsabzug von 10 % .

Weder aufgrund der Anzahl Dienstjahre noch des Beschäftigungsgrads ist hingegen beim vorliegend anwendbaren Kompetenzniveau 1 eine Erhöhung des Abzugs angezeigt. Die mangelhaften Sprachkenntnisse sind bereits durch die Verwendung der Tabellenlöhne Kompetenzniveau 1 abgegolten und auch aufgrund der Aufenthaltskategorie (Niederlassungsbewilligung) ist kein höherer Abzug vorzunehmen (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts 8C\_469/2016 vom 7. September 2016 E. 4.3.3) . Selbst wenn der Abzug aufgrund des Alters der Beschwerdeführerin zu erhöhen wäre, würde dies kein maximaler Leistungsabzug von 25 % rechtfertigen. 6 .4

Selbst bei der von der Beschwerdeführerin verlangten Berechnung des Validen- und des Invalideneinkommens nach demselben Tabellenlohn (Lohnsparte Reinigung), der von ihr geltend gemachten Arbeitsfähigkeit von 80 % und unter Berücksichtigung eines (vorliegend nicht gerechtfertigten) Leistungsabzugs von 20 % resultiert ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 36 % ( $100\% - [100\% \times 80\% \times 80\%]$ ) . Es kann deshalb offen bleiben, ob die Beschwerdegegnerin das Invalideneinkommen zu Recht nach dem Total aller Branchen berechnet hatte - was einen tieferen IV-Grad zur Folge hätte - oder ob auch dieses nach der Lohnsparte Reinigung hätte festgesetzt werden müssen, wie dies die Beschwerdeführerin vorbrachte . Ebenso

erübrigt es sich damit, auf die gemäss Beschwerdeführerin indirekte Diskriminierung von weiblichen Arbeitnehmenden im Falle einer Anwendung unterschiedlicher Tabellenlöhne (Urk. 1 S. 5) weiter einzugehen.

Die Beschwerde ist somit abzuweisen . 7 .

Die Kosten des Verfahrens (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) sind auf Fr. 800.-- festzulegen und ausgangsgemäss der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3 .

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Manfred Lehmann - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - 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  
Die Gerichtsschreiberin Gräub Lanzicher

## **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. 12**

S. 2) . 6 .2

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/ aa ). Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten (BGE 126 V 75 E. 5b/ aa ). Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (BGE 135 V 297 E. 5. 2; 134 V 322 E. 5.2 und 126 V 75 E. 5b/ bb -cc). Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/ bb ). Zu beachten ist jedoch, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (Urteile des Bundesgerichts 9C\_846/2014 vom 22. Januar 2015 E. 4.1.1 und

8C\_805/2016 vom 22. März 2017 E.

## **E. 16**

ATSG), wo sich ein fortgeschrittenes Alter nicht zwingend lohnsenkend auswirken muss. Hilfsarbeiten werden auf dem massgebenden ausgeglichenen Stellenmarkt altersunabhängig nachgefragt (Urteile des Bundesgerichts 8C\_403/2017 vom 25. August

2017 E. 4.4.1 und 8 C\_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.4.3).

Dass das Alter die Stellensuche faktisch negativ beeinflussen kann, muss als in validitätsfremder Faktor unberücksichtigt bleiben (Urteil des Bundesgerichts 8C\_312/2017 vom 22. November 2017 E.

3.3.2 unter Hinweis auf 8C\_808/2013 vom 14. Februar 2014 E. 7.3).

Die lange Abwesenheit vom Arbeitsmarkt betrifft das Kriterium der Dienstjahre, dessen Bedeutung im privaten Sektor abnimmt, je niedriger das Anforderungsprofil ist. Mit Blick auf das Kompetenzniveau 1 (bis LSE 2010 Anforderungsstufe 4) kommt diesem Aspekt keine ins Gewicht fallende Bedeutung zu (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_808/2015 vom 29. Februar 2016 E. 3.4.2 und 8C\_805/2016 vom 22. März 2017 E.

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