

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00831 vom 21. Januar 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-01-21, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2019.00831](https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00831)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00831 du 21 janvier 2021

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00831 del 21 gennaio 2021

## Erwägungen

### E. 1

X.\_\_\_\_, geboren 1967, Mutter von drei Kindern (1987, 1996 und 2000) und ohne berufliche Ausbildung, arbeitete seit 2001 als Mitarbeiterin Reinigung bei der Y.\_\_\_\_, zuletzt ab 2010 in einem Pensum von 75 % (Urk. 11/2, Urk. 11/46). Am 9. April 2016 (Urk. 11/2) meldete sie sich unter Hinweis auf Schmerzen im Lendenwirbelsäulenbereich und im rechten Bein bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an. Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zog die Akten des Kranken taggeldversicherers bei, tätigte erwerbliche und medizinische Abklärungen und veranlasste unter anderem die Begutachtung der Versicherten an der Z.\_\_\_\_ (Expertise vom 4. April 2019, Urk. 11/92). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 11/101), in dessen Verlauf weitere Arztberichte aufgelegt worden waren, verneinte sie mit Verfügung vom 21. Oktober 2019 (Urk. 2) den Anspruch der Versicherten auf eine Invalidenrente.

### E. 1.1

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

### E. 1.2

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

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

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

### E. 1.3

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 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, 128 V 29 E. 1).

#### **E. 1.4**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). 2.

#### **E. 2**

Eventualiter sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und es sei nach Durchführung der beruflichen Massnahmen eine Neubegutachtung in Auftrag zu geben. Ebenso sei eine Abklärung im Haushalt durchzuführen, bevor über den Fall neu entschieden wird.

#### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin führte zur Begründung der angefochtenen Verfügung aus (Urk. 2), die Beschwerdegegnerin könne seit 22. Oktober 2015 ihre bisherige Tätigkeit als Raumpflegerin nicht mehr ausüben, ab 1. Mai 2016 bestehe indes für angepasste Tätigkeiten eine volle Arbeitsfähigkeit. Ab Januar 2018 sei infolge einer leichten Verschlechterung nurmehr eine Arbeitsfähigkeit von 90 % in angepassten Tätigkeiten gegeben. Ausgehend von einer Qualifikation als zu 75 % im Erwerbsbereich und zu 25 % im Haushaltbereich Tätige errechnete die Beschwerdegegnerin einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad.

#### **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin hielt dagegen (Urk. 1), sie sei als Vollerwerbstätige zu qualifizieren, lebe sie doch in drückenden Verhältnissen, sei auf einen vollen Verdienst angewiesen und seien ihre Kinder gross geworden (S. 2). Werde von einer teilweisen Qualifikation als im Haushalt Tätige ausgegangen, sei eine Haushaltsabklärung durchzuführen, was bisher nicht geschehen sei. Im Rahmen der beantragten beruflichen Massnahmen habe sie die Beschwerdegegnerin aufgefordert, einen Arbeitgeber zu präsentieren, der trotz medizinischer Folgen bereit sei, sie aufzunehmen und in der Pensionskasse versichern zu lassen. Mit dem Hinwegsetzen über diesen Antrag habe die Beschwerdegegnerin das rechtliche Gehör verletzt (S. 3). Sie sei mehrfach angeschlagen und die verschiedenen Gesundheitsschädigungen verursachten eine nachhaltige Müdigkeit und Niedergeschlagenheit. Wenn die Gutachter davon ausgegangen seien, dass sie ihre bisherige Tätigkeit nicht mehr ausüben könne, erscheine es als unschlüssig und

widersprüchlich, wenn sie in irgendeinem anderen Beruf eine volle Arbeitsfähigkeit attestierten. Durch die fehlende Auseinandersetzung mit diesen im Einwandverfahren vorgebrachten Vorbringen habe die Beschwerdegegnerin die Begründungspflicht verletzt (S. 4). In der Zwischenzeit habe sie wegen Panikattacken eine Schlafambulanz durchgeführt, wobei die zu berücksichtigenden Ergebnisse noch ausstünden (S. 5).

Am 19. März 2020 (Urk. 18) ergänzte sie, aufgrund schlechter Schlafqualität könne sie sich regelmässig nicht erholen, um ihren Alltag und ihre Aufgaben zu meistern. Die mangelnde Schlafqualität resultiere aus der Schmerzsituation (Rückenleiden, Magen-Darm-Probleme). 3.

### **E. 3**

Für das vorliegende Verfahren sei die unentgeltliche Rechtspflege und Verbeiständung zu gewähren.

#### **E. 3.1**

Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, führte am 10. März 2016 (Urk. 11/16/2) bei der Diagnose einer L5-Radikulopathie rechts bei rezessaler Stenose L4/5 rechts eine mikrochirurgische Rezessotomie L4/5 rechts durch. Am 1. November 2016 (Urk. 11/23/1) stellte er die Diagnose einer unklaren Ischialgie rechts bei Status nach Dekompression. Er berichtete über eine geklagte Verschlechterung der Beschwerden durch die aktive Physiotherapie. Die geklagten Lumboischialgie-Beschwerden fasste er als unspezifisch und regte Abklärungen zum Ausschluss eines psychosomatischen Hintergrunds an. 3. 2

Dr. med.

C.\_\_\_\_, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. D.\_\_\_\_, Fachärztin Neurologie, hielten in ihrem Gutachten vom 22. Oktober 2016 (Urk. 11/61/40-49, Untersuchung am 19. August 2016) zu Händen des Krankentaggeldversicherers fest, es könnten objektiv-psychopathologisch keine Veränderungen festgehalten werden, welche deutlich über das von der Beschwerdeführerin beschriebene «Schmerzsyndrom» hinausgingen. Die für die nach versicherungsmmedizinischen Kriterien geforderte klinisch-objektive Schweregradbeurteilung impliziere heute (medizinisch-psychiatrisch) aus psychiatrisch-pathologischer und verhaltensneurologisch-leistungspsychologischer Sicht für die angestammte und jede andere bildungsadäquate Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Zu den Auswirkungen der körperlichen Beschwerden müsse aus rheumatologisch-orthopädischer Sicht Stellung genommen werden (S. 8). 3. 3

Die Ärzte der E.\_\_\_\_ führten in ihrem Bericht vom 29. November 2016 (Urk. 11/61/54-70) über die funktionsorientierte medizinische Abklärung (samt Evaluation der arbeitsbezogenen funktionellen Leistungsfähigkeit) aus, es lägen degenerative Veränderungen im LWS-Bereich vor, die radiologisch und klinisch bestätigt seien, die Stärke und Ausprägung der gezeigten Symptomatik aber nicht erklären könnten (S. 2). Unter Bezugnahme auf die Expertise der Dres. C.\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_ (E.

#### **E. 3.2**

) ab August 2016 möglich. Vorher lägen keine psychiatrischen Berichte vor. Es sei seit dieser letzten Begutachtung ab August 2016, als keine Hinweise für eine depressive Episode bestanden hätten, von einer leichten Verschlechterung des psychischen Zustands bildes auszugehen, sodass in der aktuellen gutachterlichen Untersuchung eine leichte

depressive Episode, differenzialdiagnostisch auch eine Dysthymia, diagnostiziert worden sei (S. 11).

Die Experten ergänzten, die Beschwerdeführerin sehe sich aufgrund ihrer Schmerzen zu keiner Tätigkeit in der Lage. Anhand des aktuell erhobenen klinischen und radiologischen Untersuchungsbefundes seien jedoch keine Einschränkungen des Aktivitätsniveaus in vergleichbaren Lebensbereichen nachvollziehbar. Es bestünden Diskrepanzen zwischen Art und Schwere der von der Beschwerdeführerin angegebenen Beschwerden und Einschränkungen zu den objektivierbaren klinischen und radiologischen Befunden. Die Beschwerdeführerin sei körperlich in der Lage, zum grössten Teil ihren Haushalt selbst zu versorgen, regelmässig spazieren zu gehen, Auto zu fahren, sogar bis in den Urlaub nach Bosnien (S. 10).

### **E. 3.4**

Es werde eine «verspannte Muskulatur im Schulter- und Nackenbereich», jedoch keine Erkrankung der rechten Schulter erwähnt. Die BWS mit harmonischer Kyphose sei frei beweglich gewesen. Klopf- und Druckschmerzangaben seien über den Dornfortsätzen des 6. bis 8. Brustwirbelkörpers und den Costotransversalgelenken beidseits von BWK8 erfolgt. Hinweise auf eine akute Reizung thorakaler Nervenwurzeln oder eine Blockierung der Costotransversalgelenke hätten nicht bestanden. Auch das MRI der BWS vom 18. Oktober 2018 sei vollkommen regelrecht gewesen. Ein entsprechendes pathologisches Korrelat für die von der Beschwerdeführerin angegebenen Beschwerden im Bereich der mittleren BWS bestehe somit weder anhand der klinischen noch der radiologischen Untersuchung (S. 6).

### **E. 3.7**

.6

Zu den funktionellen Auswirkungen der Befunde und Diagnosen hielten die Gutachter fest, aufgrund der vorhandenen degenerativen Veränderungen im Bereich der unteren LWS bestünden Einschränkungen der körperlichen Belastbarkeit der Beschwerdeführerin für körperlich mittelschwere Tätigkeiten mit Zwangshaltungen der LWS. Ausserdem bestünden aufgrund der leichten depressiven Episode Einschränkungen für unstrukturierte Tätigkeiten mit hohen Anforderungen an die Konzentrationsfähigkeit, an die emotionale und körperliche Belastbarkeit und mit Gefährdungspotential (S. 9).

Entsprechend attestierten sie in der bisherigen Tätigkeit als Reinigungskraft eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit. Eine angepasste Tätigkeit – im Sinne einer körperlich leichten bis selten leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit ohne Zwangshaltungen der LWS, gut strukturiert ohne zu hohe Anforderungen an die Konzentrationsfähigkeit, ohne hohe Anforderungen an die emotionale und körperliche Belastbarkeit und ohne Gefährdungspotential (S. 10) – erachteten sie als zu 90 % zumutbar. Retrospektiv gingen sie aufgrund der angegebenen L5-Radikulopathie rechts bis sieben Wochen nach der mikrochirurgischen Rezessotomie L4/5 rechts, also bis Ende April 2016, von einer vollumfänglichen Arbeitsunfähigkeit aus. Ab Mai 2016 werde vom Erreichen einer 100%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen. Lediglich für die Dauer der stationären Aufenthalte habe eine vorübergehende 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Eine rückwirkende Beurteilung aus psychiatrischer Sicht sei erst mit der ersten versicherungspsychiatrischen Begutachtung (E.

### **E. 3.8**

Dr. med. I.\_\_\_\_, Kaderarzt Pneumologie am J.\_\_\_\_, diagnostizierte in seinem Bericht vom 4. Dezember 2019 über die ambulante Behandlung wegen Atem- und Schlafproblemen vom 21. November 2019 eine psychophysiologische Insomnie mit Durchschlafstörung und Nicht-erholt-Sein am Tage, ein leicht gradiges obstruktives Schlafapnoe-Syndrom, eine depressive Verstimmung, chronische Rückenschmerzen, nächtliche Atemnot-Attacken und Dyspnoe verbunden mit thorakalem Engegefühl tagsüber (Differenzialdiagnose psychosomatisch), anamnestisch Migräne sowie saisonale Rhinokonjunktivitis. Er hielt fest, für eine Einschränkung der Lungenfunktion habe er keinen Hinweis erhalten. Bei der Belastungsprüfung am meisten auffällig sei die Atemtechnik mit stark wechselnden Atemzügen und Atemmittellage. Für eine Einschränkung des kardio-pulmonalen Systems habe er bis zum Ende der Belastung keinen Hinweis erhalten.

In der Polysomnographie

vom 21. Oktober 2019 zeige sich das Bild einer Insomnie, passend zur Anamnese. Für ein nächtliches relevantes PLMS (Periodic

Limb Movement) habe er keinen Hinweis erhalten. Es finde sich wie beim Vorbefund ein leichtgradiges obstruktives Schlafapnoe-Syndrom. Für eine CPAP-Therapie sehe er aktuell diesbezüglich keine Indikation, auch nicht für die sporadisch auftretenden (3-4 x jährlich) nächtlichen Atemnotattacken. Nach seiner Beurteilung im Vordergrund sollte eine psychosomatische, möglichst stationäre Therapie mit Fokus auf der Insomnie erfolgen.

### **E. 3.9**

Die Ärzte der A.\_\_\_\_, wo die Beschwerdeführerin vom 16. Januar bis 5. März 2020 stationär behandelt wurde, diagnostizierten mit Austrittsbericht vom 9. März 2020 (Urk. 19/1) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, eine Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst), eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, eine nicht organische Insomnie sowie ein leichtes obstruktives Schlafapnoe-Syndrom (S. 2). Sie führten aus, die chronische Schmerzstörung halte die Hyperfokussierung auf körperliche Symptome sowie die Angstsymptomatik aufrecht. Die Aktivität und Teilhabe am Alltag sowie an einer potenziellen beruflichen Arbeitsstelle seien aufgrund der körperlichen Einschränkungen (Rückenschmerzen, Magen-Darm-Probleme) schwer betroffen. Das mittelgradig depressive Zustandsbild habe im Rahmen der therapeutischen Behandlung aufgefangen und deutlich verbessert werden können, sodass von einer Teilremission ausgegangen werden könne. Die Angstsymptome sowie die körperlichen Beschwerden bestünden weiterhin (S. 5).

Im Rahmen der durchgeführten Aktigraphie habe sich im Durchschnitt eine Gesamtschlafzeit von 7 Stunden 9 Minuten bei einer Schlafeffizienz von 79 % gezeigt. Der Schlaf habe sich durch die psychiatrisch-psychotherapeutische sowie schlafmedizinische Behandlung teilweise verbessert. Die Beschwerdeführerin berichte jedoch von zunehmenden belastenden Träumen. Es sei auch teilweise vorgekommen, dass sie nachts aufgeschreckt sei und Atemnot beschrieben habe (S. 5 f.).

Die Ärzte attestierten eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit bis zum 18. März 2020 und boten eine ambulante schlafmedizinische Behandlung im Falle der Persistenz der Schlafstörungen an (S. 6). 4.

### **E. 4**

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zuzüglich 7.7 % Mehrwertsteuer zu Lasten der Beschwerdegegnerin .

Die IV-Stelle ersuchte am 10. Januar 2020 ( Urk. 10) um Abweisung der Beschwerde. Am 28. Januar 2020 ( Urk. 13) äusserte sich die Beschwerdeführerin erneut. Am 13. März 2020 ( Urk. 15) reichte die A.\_\_\_\_ und am 19. März 2020 ( Urk. 18) die Beschwerdeführerin den Austrittsbericht vom 9. März 2020 ( Urk. 16) sowie weitere Unterlagen ein, was der Beschwerdegegnerin am 8. Juni 2020 ( Urk. 20) zur Kenntnis gebracht wurde. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 4.1.1**

Vorwegzuschicken ist, dass das Gutachten der Z.\_\_\_\_ vom 4. April 2019 ( E. 3.7) den praxismässigen Anforderungen an den Beweiswert einer Expertise entspricht. So ist es für die streitigen Belange umfassend , beantwortet es doch die Fragen nach den vorliegenden Befunden, den zu stellenden Diagnosen und der Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Das Gutachten beruht sodann auf den notwendigen Untersuchungen in den Disziplinen Orthopädie/Traumatologie, Innere Medizin, Neurologie und Psychiatrie, was angesichts der geklagten Pathologien nicht zu beanstanden ist. Die Experten berücksichtigten detailliert die geklagten Beschwerden und setzten sich damit auseinander. Ihnen waren weiter die Vorakten bekannt. Sie legten die medizinischen Zusammenhänge einleuchtend dar und die Schlussfolgerungen der Experten erscheinen als begründet.

#### **E. 4.1.2**

In diesem Sinne zeigten sie auf, dass die hauptsächliche Pathologie im Bereich der unteren LWS liegt, an welcher Stelle die Dekompressionsoperation stattgefunden und aufgrund welcher Beschwerden sich die Beschwerdeführerin bei der Beschwerdegegnerin angemeldet hatte. Unter Bezugnahme auf die bildgebenden Untersuchungsergebnisse konstatierten sie eine ausgewiesene Pathologie, zeigten indes auf, dass das geklagte Schmerzniveau damit nicht in Übereinstimmung zu bringen ist. So legten sie dar, dass die Bilder vom August 2018 keine eindeutige Neurokompression zeigten , sondern lediglich zwei Anulus

fibrosus -Risse sowie ein minimaler Reizzustand der Endplatten L5/S1 (E. 3.7.2) . Dass die Ärzte bei dieser Ausgangslage die Tätigkeit in der Raumpflege mit ihren teilweise anspruchsvollen körperlichen Anteilen als nicht mehr zumutbar erachteten, ist ebenso nachvollziehbar wie die Annahme einer - aus körperlicher Sicht - vollständigen Arbeitsfähigkeit in einer Tätigkeit, welche auf die LWS-Problematik Rücksicht nimmt. Mangels ausgewiesener Nervenreizung ist nicht erkennbar, aus welchen Gründen eine in optimaler Haltung zu verrichtende Tätigkeit nicht vollumfänglich möglich sein sollte.

#### **E. 4.1.3**

Nachvollziehbar schilderten die Gutachter , dass auch die übrigen Pathologien keinen respektive nur einen geringen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit haben. Bezüglich Nacken/Armausstrahlung zeigten sie auf, dass sich in den Bildern vom Oktober 2018 wohl eine Reizung des Facetten gelenkes C5/6 rechts gezeigt hatte , die sie allerdings nicht für die geklagte nächtliche Taubheit der Handaussenflächen verantwortlich sein kann. In Bezug auf geklagte Schulterbeschwerden konnten klinisch keine relevanten Befunde erhoben werden und auch in der Vergangenheit fanden sich nur nebensächliche Klagen respektive Befunde (verspannte Muskulatur). Die BWS betreffend

zeigten die bildgebenden Untersuchungen keine Pathologie (E. 3.7.2).

In schlüssiger Weise legten die Experten auch dar, dass in psychiatrischer Hinsicht bei der Diagnose einer leichten depressiven Episode nur eine marginale Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 10 % gegeben ist. Hierzu zeigten sie anhand der Diagnose richtlinien auf, dass es mit der gestellten Diagnose sein Bewenden hat. Weiter sind die geschilderten Befunde (Urk. 11/92/84-83) zwanglos mit der gestellten Diagnose vereinbar und legen nicht den Schluss nahe, dass die Arbeitsfähigkeit massiv eingeschränkt wäre. Sodann schlossen die Ärzte begründet die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung aus und gingen stattdessen von einer undifferenzierten Somatisierungsstörung aus, wobei sie darlegten, dass nicht sämtliche Kriterien gegeben sind und nur eine leichte Ausprägung vorliegt (E. 3.7.3).

#### **E. 4.1.4**

Bei dieser Ausgangslage erscheint die Schlussfolgerung einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 10 % als nachvollziehbar, sind doch leichte Schwierigkeiten bei der Arbeitsausübung nachvollziehbar und aufgrund der diskreten objektiven Befunde ebenso, dass die Beschwerdeführerin grundsätzlich in der Lage ist, einer angepassten Tätigkeit nachzugehen. Ebenso schlüssig erscheint, dass sieben Wochen nach der Rückenoperation die Rekonvaleszenz soweit fortgeschritten war, dass die Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit zurückgewonnen war.

#### **E. 4.2**

Im gleichen Sinn waren schon die Fachleute des E.\_\_\_\_ im November 2016 davon ausgegangen, dass die Beschwerdeführerin in einer angepassten Tätigkeit vollzeitleistungsfähig ist. Damals zeigten sich noch keine depressiven Symptome, weshalb dieser Bericht (E. 3.3) vollständig mit dem Z.\_\_\_\_ -Gutachten in Übereinstimmung steht.

#### **E. 4.3**

Eine abweichende Meinung vertrat in der Periode vor der Erstellung des Z.\_\_\_\_ -Gutachtens vorweg

Hausarzt Dr. H.\_\_\_\_, welcher im Januar 2018 (mittelfristig) von einer etwa 50%igen Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten ausging (E. 3.6). Diese Einschätzung wurde indes nicht begründet, sondern fusste zur Hauptsache auf den subjektiven Schmerzklagen der Beschwerdeführerin. Dies vermag die detaillierten Darlegungen der Z.\_\_\_\_ -Gutachter nicht in Frage zu stellen, zumal eine vollständige Arbeitsunfähigkeit auch in angepassten Tätigkeiten, wie sie der Hausarzt implizit attestierte, nicht nachvollziehbar ist.

Auf die Einschätzung einer vorläufig lediglich 50%igen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit (vorwiegend sitzend) durch Dr. med. K.\_\_\_\_, FMH orthopädische Chirurgie, welcher am 26. Januar 2017 (Urk. 11/32 S. 5) zu Händen der BVK ein vertrauensärztliches Gutachten erstellte, kann nicht abgestellt werden. So stützte er sich dabei hauptsächlich auf die Schmerzklagen der Beschwerdeführerin und konnte keine einschlägigen morphologischen Befunde nennen. Weiter war ihm das Gutachten der E.\_\_\_\_ nicht bekannt, weshalb seine Einschätzung nicht in Kenntnis der Vorakten erfolgte und das Gutachten den bundesgerichtlichen Beweiskriterien von vornherein nicht entspricht.

Operateur Dr. B.\_\_\_\_ attestierte nach dem Eingriff wohl vollständige Arbeitsunfähigkeiten (Urk. 11/19-20, Urk. 11/22), bezog sich dabei aber jeweils offenkundig auf die bisherige Tätigkeit und nicht auf eine angepasste. Zuletzt teilte er den Abschluss der Behandlung mit

und äusserte sich nicht mehr zur Arbeitsfähigkeit ( Urk. 11/23/1). Der behandelnde Rheumatologe Dr. G.\_\_\_\_ äusserte sich ebenfalls nicht zur Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit ( Urk. 11/31/3, Urk. 11/70/3). Demgemäss kann den Berichten der behandelnden Spezialisten nichts Abweichendes entnommen werden und stellen sie auch nicht die Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit sieben Wochen nach dem operativen Eingriff - mithin ab Mai 2016 - in Frage.

#### **E. 4.4.1**

Die Beschwerdeführerin monierte die gutachterliche Einschätzung nicht substantiiert. Soweit sie einen Widerspruch im Attest einer vollumfänglichen Arbeitsunfähigkeit im bisherigen und einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit sieht ( Urk. 1 S. 4), kann ihr angesichts der detaillierten Begründung der Gutachter nicht gefolgt werden. Dass sie angesichts des lädierten Rückens die körperlich zuweilen anstrengende und in nicht ergonomischer Haltung auszuführende Tätigkeit in der Reinigung nicht mehr ausüben kann, leuchtet jedenfalls ein. Dass sie deswegen aber auch in einer hierauf Rücksicht nehmenden Tätigkeit eingeschränkt sein soll, ist nicht erkennbar.

Zu Hauptsache verwies die Beschwerdeführerin auf weitere Leiden, namentlich Kopfschmerzen, Borreliose, Schlafapnoe ( Urk. 1 S. 4) sowie die neu eingeleiteten Abklärungsmassnahmen aufgrund von Panikattacken (S. 5).

#### **E. 4.4.2**

Hierzu ist festzuhalten, dass sich die Gutachter eingehend mit den Kopfschmerzen auseinandergesetzt und dargelegt haben, dass diese nicht als Migräne zu fassen und neuroanatomisch und neurophysiologisch nicht spezifizierbar sind (E. 3.7.4). Aktenkundig ist, dass die Beschwerdeführerin deswegen nie in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt war, jedenfalls sind keine entsprechenden Arztberichte greifbar. Dass sich diesbezüglich eine Verschlechterung eingestellt hätte, welche zu einer Arbeitsunfähigkeit führte, ist nicht erkennbar und wurde von der Beschwerdeführerin auch nicht geltend gemacht.

Dass der Status nach Borrelioseerkrankung einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätte, ist den Akten ebenfalls nicht zu entnehmen. Die Z.\_\_\_\_-Gutachter legten dar, dass die Borrelioseerkrankung antibiotisch behandelt wurde und laborchemische Kontrollen keine Aktivität mehr auswiesen (E. 3.7.5). Dies wurde von der Beschwerdeführerin nicht in Frage gestellt.

Zur vorgebrachten Schlafapnoe ergibt sich, dass die Gutachter auf diesbezügliche lungenfachärztliche Abklärungen verwiesen, welche kein organisches Korrelat zu Tage förderten ( Urk. 11/92/5 unten). In die Schlafabklärung begab sich die Beschwerdeführerin kurz vor Zugang der angefochtenen Verfügung ( Urk. 1 S. 5). Eine Arbeitsunfähigkeit wurde durch die abklärenden Ärzte indes nicht attestiert. Im Gegenteil lassen die Resultate nicht auf eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit schliessen. Es zeigte sich lediglich ein leichtgradiges obstruktives Schlafapnoe-Syndrom, für eine CPAP-Therapie wurde keine Indikation gesehen, auch nicht wegen den selten auftretenden nächtlichen Atemnotattacken. Eine Einschränkung der Lungenfunktion wurde nicht festgestellt (E. 3.8). Die weiterführenden Abklärungen in der A.\_\_\_\_ ergaben Schlafzeiten von über sieben Stunden. Dass aus der Diagnose einer nichtorganischen Insomnie und dem leichten obstruktiven Schlafapnoe-Syndrom eine andauernde Arbeitsunfähigkeit resultieren sollte, wurde nicht bestätigt. Die beteiligten Ärzte äusserten sich jedenfalls nicht in dieser Hinsicht, sondern

attestierten eine Arbeitsunfähigkeit nur während der Hospitalisation respektive für einen weiteren Tag. Gleiches gilt für die neu geltend gemachten Panikattacken (E. 3.9), welche erstmals nach Verfügungserlass therapiert wurden, von den Z.\_\_\_\_-Gutachtern noch nicht festgestellt worden waren und demgemäss im vorliegenden Kontext grundsätzlich unbeachtlich zu bleiben haben. Die zuletzt - nach Erlass der angefochtenen Verfügung - intensiver geschilderte psychische Symptomatik ( Urk. 16 S. 5) konnte im Rahmen der Hospitalisation in der A.\_\_\_\_ merklich verbessert werden und die dortigen Erhebungen (massiver sozialer Rückzug, fehlende Tagesstruktur, belastetes Familiensystem) stimmen nicht mit den von den Z.\_\_\_\_-Gutachtern erhobenen Befunden überein (regelmässiger Kontakt zu zwei Schwestern und – telefonisch

- zur Mutter, kein Hinweis für einen ausgewiesenen sozialen Rückzug, Interaktion mit der Tochter, Tätigkeiten im Haushalt, Abendessen mit der Familie, Spaziergänge, lustige TV-Sendungen schauen, Urk. 11/92/82-83). Aus den neusten Angaben ergeben sich damit keine Hinweise, dass die psychische Symptomatik bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung schlechter war als von den Z.\_\_\_\_-Gutachtern beschrieben.

#### **E. 4.5**

Der medizinische Sachverhalt ist damit als in dem Sinne erstellt zu erachten, dass die Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit im Reinigungsdienst nicht mehr arbeitsfähig ist, sieben Wochen nach der Rückenoperation - mithin ab Mai 2016 - in einer angepassten Tätigkeit die Arbeitsfähigkeit zu 100 % zurückerlangte und sich diese ab 1. Januar 2018 auf 90 %

reduzierte. 5. 5.1

Der von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Einkommensvergleich wurde von der Beschwerdeführerin in Bezug auf die verwendeten Grössen nicht beanstandet.

In Bezug auf das Valideneinkommen ergibt sich ausgehend vom letzten gemeldeten Lohn von (13 x) Fr. 3'167.40 für das innegehabte 75%-Pensum (Urk. 11/46/2)

ein Ansatz von Fr. 4'223.23 (Urk. 11/46/8). Hochgerechnet auf ein Vollzeitpensum ergäbe sich ein Wert von Fr. 54'902.--. Die Beschwerdegegnerin stützte sich dagegen auf das zuletzt im individuellen Konto verbuchte Einkommen von Fr. 41'976.-- (2015, Urk. 11/11/4) und rechnete dieses per 2016 auf Fr. 42'311.81 hoch (Urk. 11/100/1), was einem Wert pro 100 % von Fr. 56'516.-- entspricht. Wollte man der Beschwerdeführerin folgen und sie als vollzeitlich Erwerbstätige qualifizieren, ergäbe sich unter der nicht nachgewiesenen Prämisse, dass sie im Gesundheitsfall ihr Pensum auf ein vollzeitliches hätte steigern können, das genannte Validen Einkommen von Fr. 56'516.--.

Das Invalideneinkommen bemisst sich nach den Tabellenlöhnen des Bundesamtes für Statistik (LSE 2016), wobei die Beschwerdeführerin einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art zu verrichten im Stande ist. Dabei könnte sie ein Einkommen von Fr. 4'429.-- erzielen (LSE 2016, korrigierte Fassung vom 8. November 2018, T1\_tirage\_skill\_level). Angepasst an die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden (Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftszweigen 2004-2018, Bundesamt für Statistik, T 03.02.03.01.04.01) ergibt sich beim zumutbaren Pensum von 90 % ein mögliches Jahreseinkommen von Fr. 49'866.--. Wollte man davon noch einen - diskutablen - Abzug vom Tabellenlohn von 10 % gewähren, resultiert ein Invalideneinkommen von Fr. 44'879.-- und ein Invaliditätsgrad von 21 % . 5.2

Bei diesem Ergebnis kann die Qualifikation der Beschwerdeführerin offen gelassen werden. Bei der - von ihr bestrittenen - Qualifikation von 25 % Haushaltsanteil müsste sie darin praktisch vollständig eingeschränkt sein, um den notwendigen Mindestinvaliditätsgrad von 40 % zu erreichen (15.75 % im Erwerbsanteil + 25 % im Haushaltsanteil = 40.75 % nach der seit 1. Januar 2018 angewendeten Berechnungsmethode). Solches ist indes ausgeschlossen. Die zuständige Orthopädin Dr. med. L.\_\_\_\_ von der Z.\_\_\_\_ erkannte in keinem Haushaltsbereich eine Einschränkung (Urk. 11/92/42). Dass eine Haushaltsabklärung gänzlich andere Resultate zeigen würde, ist nicht anzunehmen. 5.3

Zusammenfassend resultiert bei der Beschwerdeführerin nach jeglicher Berechnungsmethode kein Invaliditätsgrad von mindestens 40 %, weshalb sie keinen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde in diesem Punkt. 5.4

Soweit die Beschwerdeführerin den Anspruch auf berufliche Massnahmen thematisieren will (Urk. 1 S. 2 Ziff. 1 und 2), ist festzuhalten, dass sich die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung hierüber nicht geäußert hat. Gegenstand bildete einzig der Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung. Diesbezüglich ist auf die Beschwerde nicht einzutreten. Indes verlangt die Beschwerdeführerin unter dem Titel der beruflichen Massnahmen keine solchen, sondern lediglich die Angabe eines konkreten Arbeitgebers, welcher sie einstellen würde (Urk. 1 S. 3 Ziff. 5). Hierzu ist auf die einschlägige Rechtsprechung zu verweisen, wonach an die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstansichten praxisgemäss keine übermässigen Anforderungen zu stellen sind (BGE 138 V 457 E. 3.1 mit Hinweis; vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C\_293/2016 vom 11. Juli 2017 E. 4.2 mit Hinweisen). Ein fehlendes Nennen eines möglichen Arbeitgebers kann demgemäss auch nicht als Verletzung des rechtlichen Gehörs gefasst werden. 6.

Da die Voraussetzungen erfüllt sind, ist der Beschwerdeführerin antragsgemäss (Urk. 1 S. 2) die unentgeltliche Prozessführung zu gewähren und es ist ihr Rechtsanwalt Dr. Kreso Glavas als unentgeltlicher Rechtsvertreter für das vorliegende Verfahren zu bestellen.

Die Kosten des Verfahrens (Art. 69 Abs. 1 bis

IVG) sind auf Fr. 800.-- festzulegen, ausgangsgemäss der Beschwerdeführerin aufzuerlegen, indessen einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Dr. Kreso Glavas ist ermessensweise mit Fr. 2'200.-- aus der Gerichtskasse zu entschädigen.

Die Beschwerdeführerin wird auf § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgesetz (GSVGer) aufmerksam gemacht, wonach sie zur Nachzahlung der Gerichtskosten und der Entschädigung an den unentgeltlichen Rechtsvertreter verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf eingetreten wird. 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.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Dr. Kreso Glavas, Zürich, wird mit Fr. 2'200.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Kreso

Glavas - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 5.

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

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

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

#### **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

#### **E. 8**

Senk-Spreizfuss beidseits

#### **E. 9**

Zustand nach Hepatitis B

#### **E. 10**

Zustand nach Borreliose

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