

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00860 vom 16. November 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-11-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00860

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00860 du 16 novembre 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00860 del 16 novembre 2020

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1985, von Beruf Pflegehelferin, ist

stundenweise als Haushaltshilfe in einem Privathaushalt tätig (Urk. 9/8, Urk. 9/15). Unter Hinweis auf Schmerzen in verschiedenen Körperregionen meldete sie sich am 9.

November 2016 zur Früherfassung (Urk. 9/1) und am 6. Dezember 2016 zum Leistungsbezug (Urk. 9/8) bei der Invalidenversicherung an. Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, führte in der Folge erwerbliche (Urk.

9/14 ff.) und medizinische (Urk. 9/20 ff.) Abklärungen durch und teilte der Versicherten am 16. Juni 2017 mit, es seien keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich (Urk. 9/25). Nachdem die IV-Stelle ergänzende medizinische Unterlagen eingeholt hatte (Urk. 9/29 ff., Urk. 9/43 ff.), veranlasste sie ein bisdisziplinäres medizinisches Gutachten in den Fachrichtungen Orthopädie und Psychiatrie bei der Y.____ (Urk. 9/52), das am 10. April 2019 erstattet wurde (Urk. 9/58). Mit Vorbescheid vom 5. August 2019 stellte die IV-Stelle der Versicherten die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (Urk. 9/62). Nachdem die Versicherte am 5. September 2019 dagegen Einwand erhoben hatte (Urk. 9/68), verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 28. Oktober 2019 den Rentenanspruch wie angekündigt (Urk. 9/72 = Urk. 2).

E. 1.1

Invaliderität 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

vorstehend). Die Beschwerde ist daher abzuweisen.

E. 1.3.1

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben

eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose vor aus (vgl. BGE 145 V 215 E. 5.1, 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei 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 unbeschweren der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.3.2

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 und 7, Änderung der Rechtsprechung; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere Depressionen).

Das strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C_590/2017 vom 15.

Februar 2018 E. 5.1). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen).

E. 1.3.3

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V

281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) - Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4).

E. 1.4

Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht haben den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Sie haben alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere dürfen sie bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum sie auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellen (BGE 125 V 351 E. 3a).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob er 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a).

E. 2

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin Dina Raewel, am 28. November 2019 Beschwerde mit den Anträgen, es sei die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 28. Oktober 2019 aufzuheben und ihr eine volle (richtig: ganze) Invalidenrente - eventualiter eine Dreiviertelsrente - auszurichten. Subsequent sei die Verfügung aufzuheben und die Sache zur Neubeurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen. In formeller Hinsicht stellte sie sodann Antrag auf unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung (Urk. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 16. Januar 2020 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 8). Dies wurde der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 21. Januar 2020 zur Kenntnis gebracht, gleichzeitig wurde ihr die unentgeltliche Prozessführung gewährt und ihr Rechtsanwältin Dina Raewel als unentgeltliche Rechtsvertreterin bestellt (Urk. 10). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die Abweisung des Rentenbegehrens damit, dass die medizinischen Abklärungen ergeben hätten, dass die Beschwerdeführerin seit September 2016 in ihrer bisherigen Tätigkeit als Reinigungsmitarbeiterin und in allen anderen angepassten Tätigkeiten zu 30 % eingeschränkt sei. Dies entspreche auch dem maximalen Invaliditätsgrad. Demnach habe sie keinen Anspruch auf eine Invalidenrente (Urk. 2 S. 1).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin brachte dagegen vor, die Ausführungen des psychiatrischen Gutachters würden bestritten. Vielmehr

sei mit den behandelnden Ärzten der psychiatrischen Klinik Z. ___ davon auszugehen, dass sie aufgrund ihrer psychischen Beschwerden zu 80 % bis 100 % arbeitsunfähig sei (Urk. 1

S. 7). Ebenfalls bestritten werde die Feststellung der orthopädischen Gutachterin, wonach die Beschwerden aus orthopädisch-traumatologischer Sicht nicht objektivierbar seien. Auch wenn für die Schmerzsymptomatik keine pathologischen Korrelate bestehen sollten, würde sich diese dennoch im Sinne einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung invalidisierend auswirken und zu einer Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50 % führen (Urk. 1 S. 10 f.). In Bezug auf den diagnostizierten Schwankschwindel

würden ferner noch Abklärungen laufen, so dass noch nicht klar sei, inwiefern dieser invalidisierend sei (Urk. 1 S. 11).

E. 2.2.3

mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_782/2012 vom 22. Oktober 2013 E. 4.3.3).

Die psychiatrische Exploration kann sodann von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen und dem begutachtenden Psychiater bleibt praktisch immer ein gewisser Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_629/2017 vom 28. November 2017 E. 4.3 mit Hinweis auf das Urteil des Bundesgerichts 8C_839/2013 vom 13. März 2014 E. 4.2.2.1). Angesichts der von Dr. M.____ anlässlich der orthopädischen Begutachtung festgestellten Beschwerdevorderdeutlichungen sowie des von Dr. L.____ selbst beobachteten nicht auffallend schmerzgeplagten Eindrucks, erscheint es nachvollziehbar, dass Dr. L.____ die für eine somatoforme Schmerzstörung erforderliche Ausprägung der Beschwerden verneinte und die Diagnose einer nicht näher bezeichneten somatoformen Störung stellte (Urk. 9/58/26), zumal auch die behandelnden Psychiater lediglich eine Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0; Urk. 9/29/2) diagnostizierten. Was die von der Beschwerdeführerin ferner vorgebrachten Anzeichen für eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10 F62.0) betrifft (Urk. 1 S. 8), ist festzuhalten, dass diese Diagnose und die dafür erforderlichen psychiatrischen Befunde von Dr. L.____ ausdrücklich verworfen wurden. So konnte er insbesondere das für die Diagnose erforderliche generelle Misstrauen gegenüber der Welt nicht feststellen, sondern erlebte die Beschwerdeführerin als der Welt zugewandt. Auch zeige die Beschwerdeführerin zwar eine depressive Symptomatik, jedoch nicht im Sinne von Leere oder Hoffnungslosigkeit (Urk. 9/58/28). Ferner stellten auch die behandelnden Psychiater die genannte Diagnose jeweils nur im Sinne einer Differential- und Verdachtsdiagnose (Urk. 9/29/2, Urk. 3/3 S. 1).

4.3.2

Die Beschwerdeführerin machte weiter geltend, es sei nicht nachvollziehbar, dass Dr. L.____ der posttraumatischen Belastungsstörung keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zumesse (Urk. 1 S. 7). Dazu ist einerseits festzuhalten, dass Dr. L.____ bezüglich der von den behandelnden Psychiatern festgestellten depressiven Symptomatik, die diese wohl als Teil der posttraumatischen Belastungsstörung ansahen, die zusätzliche Diagnose einer depressiven Episode stellte, die einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe (Urk. 9/58/28). Andererseits hielt er fest, dass sich die aufdrängenden Erinnerungen an die Vergewaltigungen durch den Polizisten durch Ablenkung gut zurückdrängen liessen, so dass die Symptomatik geringer ausgeprägt gewesen sei, als die Beschwerdeführerin noch beruflich tätig und dadurch abgelenkt war. Unter diesen Umständen und angesichts der Tatsache, dass die Beschwerdeführerin trotz der seit dem Jahr 2005 bestehenden PTBS während mehr als 10 Jahren arbeitstätig war, ist von einer - abgesehen von der durch Dr.

L.____ im Rahmen einer separaten Diagnose ausgeklammerten depressiven Symptomatik - fehlenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit durch die PTBS auszugehen, zumal für die Darstellung der Beschwerdeführerin, die fortgesetzte Arbeitstätigkeit habe ihre psychische Gesundheit schwer beeinträchtigt (Urk. 1 S. 7), keine Anhaltspunkte bestehen. Die behandelnden Ärzte erwähnten diesbezüglich lediglich den Versuch einer Kompensation durch Arbeiten (Urk.

9/36/4) und leiteten daraus keine Folgen ab.

E. 2.3

Zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin zu Recht verneint hat.

E. 3.1

Dr. med. A.____, Oberarzt Orthopädie an der Universitätsklinik

B.____, stellte in seinem Bericht vom 7. April 2017 die folgenden Diagnosen (Urk. 9/20/6) :
- femoroacetabuläres PINCER- Impingement beidseitig - multiokuläre Gelenk-/Knochenschmerzen seit 2012 - lumbovertebrales Schmerzsyndrom bei Status nach Sturz 2012 auf die linke Hüfte / den Gesässbereich - Schwellung Unterschenkel beidseits links mehr als rechts unklarer Genese - Differentialdiagnose Lipomatose, im Rahmen Adipositas - persistierend in der Nacht - keine Hypalbuminämie, proBNP im Normbereich, keine Niereninsuffizienz - persistierende schmerzhafte Resistenz im Mittelbauch unklarer Ätiologie - Sonographie Abdomen Spital C.____ am 20. Februar 2014: subkutanes Fettgewebe linker Oberbauch und linke Flanke, keine Hinweise auf Lipome - Status nach Globusgefühl unklarer Ätiologie, sonographisch kein Korrelat (Sono Schilddrüse und cervical Spital C.____ 20. Februar 2014) - Adipositas, gewollte Reduktion von 101 kg auf 95 kg in vier Monaten, aktuell erneute Gewichtszunahme auf 100 kg

Dr. A.____ legte dar, die Beschwerden der Beschwerdeführerin könnten nicht komplett auf die im MRI und den Röntgenbildern ersichtlichen Veränderungen zurückgeführt werden. Da das Impingement-Zeichen negativ sei, sei trotz der Impingement-Konfiguration aus chirurgisch-orthopädischer Sicht kein sinnvolles Prozedere möglich. Die Beschwerdeführerin sei vom 25. November bis am 9.

Dezember 2016 zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 9/20/7) .

E. 3.2

In seinem Bericht vom 8. Juni 2017 attestierte Dr. med. D.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, der Beschwerdeführerin gestützt auf die Diagnosen multiokulärer Gelenk- und Knochenschmerzen, eines PINCER-Impingements beidseits sowie eines lumbovertebralen Schmerzsyndroms eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 1. September bis am 6. November 2016 und eine Arbeitsfähigkeit von 50 % ab dem 7. November 2016. Er führte aus, es bestünden Einschränkungen beim längeren Gehen, Stehen und Sitzen sowie beim Heben von schwereren Lasten (Urk. 9/23/2).

E. 3.3

Die Beschwerdeführerin begab sich ab dem 5. Dezember 2016 im Ambulatorium E.____ der Z.____ in psychiatrische Behandlung. Dr. med. F.____, Oberärztin, und Dr. med. G.____, Assistenzärztin, diagnostizierten am 23.

Oktober 2017 eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1, Differentialdiagnose anhaltende Persönlichkeitsstörung nach Extrembelastung, ICD-10 F62.0 ; PTBS) sowie eine Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0; Urk. 9/29/2). Die Beschwerdeführerin sei bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 9/29/4).

In Verlaufsberichten vom 4.

April

2018 sowie vom 11.

Oktober

2018 ging Dr.

G.____

jeweils von einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit dem letzten Bericht und einer um 80 % verminderten Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus (Urk. 9/36/2 f. , Urk. 9/44/2 f.).

E. 3.4

Ebenfalls eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes stellte med. pract . H.____ , Praktischer Arzt, in seinem Bericht vom 18. Mai 2018 fest. Er führte aus, die Arbeitsfähigkeit als Pflegehilfe habe in den letzten zehn Monaten je nach Schmerzexazerbation zwischen 10 und 40 % geschwankt, wobei mehr als drei Stunden an einem Tag unrealistisch zu sein schienen. In einer wechselbelastenden, leichten Tätigkeit betrage die Arbeitsfähigkeit allenfalls 50

% (Urk.

9/38/1).

E. 3.5

Am 31.

August

2018 stellten Dr. med. I.____ , Oberärztin , und Dr.

med. J.____ , Assistenzärztin , von der Klinik für Rheumatologie des Universitäts hospitals K.____ die folgenden zusätzlichen Diagnosen (Urk. 9/45/1 f.): - Haltungsinsuffizienz bei Fehlstatik - Vitamin D-Mangel - Subjektiv stark störende Halitosis - Verdacht auf gastroösophageale

Refluxerkrankung - Intermittierende Dysphagie

Die behandelnden Ärzte führten aus, es bestehe eine Haltungsinsuffizienz mit Fehlstatik, die zu den generalisierten Schmerzen beitrage. Die erneute ausführliche Diagnostik habe keine Hinweise für das Vorliegen einer systemisch-entzündlichen rheumatologischen Erkrankung ergeben. Konventionell-radiologisch zeige sich eine beginnende Koxarthrose beidseits bei vorbestehendem femoroacetabulärem PINCER- Impingement . Bei aktuell im Vordergrund stehender Schmerzsymptomatik an den Füßen hätten sie eine Sonographie durchgeführt, wobei eine Enthesiopathie der Achillessehnen beidseits mit Verkalkungen ansatznah am Calcaneus beidseits linksbetont habe objektiviert werden können bei zugrundeliegenden ausgeprägten Knicksenkfüssen (Urk. 9/45/2 f.).

E. 3.6.1

Im bidisziplinären Gutachten vom 10. April 2019 stellten die Gutachter der Y.____ die folgenden Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 9/58/7): - leicht- bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.0/F32.1) - somatoforme Störung, nicht näher bezeichnet (ICD- 10 F45.9)

Den folgenden Diagnosen massen die Experten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu (Urk. 9/58/7): - posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) - unspezifisches Vertebralesyndrom ohne radikuläre Reizung - Senk-Spreiz-Platt-Knickfuss mit beginnendem Hallux

rigidus beidseits - massive Adipositas (BMI 40.3 kg/m²)

E. 3.6.2

Gemäss Dr. med. L.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie , stehen für die Beschwerdeführerin Schmerzen von Seiten des Bewegungsapparates

im Vordergrund des Beschwerdeerlebens , für die sich laut der orthopädischen Einschätzung keine pathologischen Korrelate hätten finden lassen. Die Orthopädin weist darauf hin, dass sich im Rahmen der Untersuchung Hinweise auf eine Verdeutlichung gezeigt hätten. Er schätze die Situation jedoch dennoch so ein, dass nach Abzug der Beschwerdebetonung ein Schmerzerleben plausibel sei, dies im Sinne einer psychosomatischen beziehungsweise somatoformen Symptomatik bei deutlich erkennbaren psychosozialen Belastungsfaktoren wie dem frühen Verlust der Eltern, dem Migrationshintergrund und dem Verlust der Arbeitsstelle. Die zu diskutierende Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) liege nicht vor, da diese Diagnose einen sehr erheblichen Mindestschweregrad im Sinne eines andauernden, schweren und quälenden Schmerzes voraussetze, die Schmerzsymptomatik in diesem Ausmass liege nicht vor. Da auch kein wesentlicher organmedizinischer Hintergrund vorliege, ergebe sich am ehesten die Diagnose einer somatoformen Störung, nicht näher bezeichnet (ICD-10 F45.9). Die Beschwerdeführerin habe im Jahr 2005 eine schwere Gewalttat erlebt, sie sei in ihrem Heimatland Äthiopien wiederholt von einem Polizisten vergewaltigt worden, deswegen sei sie in die Schweiz geflohen. Seitdem habe sie eine posttraumatische Störung mit Flashbacks, Albträumen und Vermeidungsverhalten entwickelt, diese dürfte auch zur genannten psychosomatischen Schmerzstörung beitragen. Nach Beschreibung der Beschwerdeführerin bestehe die posttraumatische Belastungsstörung durchgehend seit 2005, wobei sich aufdrängende Erinnerungen an die genannten Ereignisse durch Ablenkung gut zurückdrängen liessen. Dies sei der Grund, weshalb die Symptomatik in der Vergangenheit, als die Beschwerdeführerin noch beruflich tätig gewesen sei, geringer ausgeprägt gewesen sei , da die berufliche Tätigkeit mit häufiger Ablenkung verbunden gewesen sei. In affektiver Hinsicht liege eine depressive Symptomatik vor, die sich nach Beschreibung der Beschwerdeführerin entwickelt habe, nachdem sie ihren Arbeitsplatz verloren habe. Es liege sicherlich eine durchaus deutliche depressive Symptomatik vor, auf der anderen Seite gehe die Beschwerdeführerin auch

positiv besetzten Aktivitäten nach, nehme unter anderem regelmässig soziale Kontakte wahr und bewältige ihren üblichen Alltag inklusive Hausarbeit problemlos, so dass hinsichtlich des Schweregrades von einer leicht- bis mittel gradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.0/32.1) auszugehen sei . Die Beschwerdeführerin berichte des Weiteren über Pseudohalluzinationen (Geräusche, Gemurmel), wobei der diesbezügliche

Leidensdruck gering sei, begleitende psychotische Angst habe sich nicht gezeigt. Auffällig sei, dass der Apripinzospiegel sehr niedrig sei, dies weise auf eine unregelmässige Einnahme des im Zusammenhang mit den Halluzinationen verordneten Medikamentes hin. Die ätiologische Zuordnung der Halluzinationen sei schwierig und habe auch von der Z.____, wo die Beschwerdeführerin seit längerem in Behandlung stehe, nicht eindeutig vorge nommen werden können. Es könnte ein Zusammenhang mit der Depression, aber auch mit der posttraumatischen Belastungsstörung bestehen (Urk. 9/58/5 f.).

E. 3.6.3

Anlässlich der orthopädischen Untersuchung durch Dr. med. M.____, Fachärztin für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, habe die Beschwerdeführerin Schmerzen der gesamten Wirbelsäule

und sämtlicher Gelenke beider Arme und Beine angegeben. Im Rahmen der Untersuchung habe sich eine geringgradig eingeschränkt demonstrierte Seitneigung nach links und Rückneigung des Kopfes gezeigt. Die Brust- und Lendenwirbelsäule seien frei beweglich gewesen. Hinweise auf eine Reizung zervikaler, thorakaler oder lumbaler Nervenwurzeln hätten sich nicht feststellen lassen. Auch im MRI der Halswirbelsäule vom 1. September 2019 habe sich lediglich eine minimale foraminale

Enge auf Höhe HWK 5/6 links bei mässiger Unkovertebral- und Fazetten gelenksarthrose ohne Neurokompression gezeigt. Bereits im MRI der Lendenwirbelsäule vom 20. Juni 2016 habe sich kein klares morphologisches Korrelat für die unspezifische Lumbago der Beschwerdeführerin darstellen lassen. Das schmerzbedingte Ablehnen des Vorführens des Zehenspitzen- und Fersenganges sei diskrepant zum flüssigen Gangbild der Beschwerdeführerin. Sämtliche Gelenke beider oberer und unterer Extremitäten seien frei beweglich gewesen. Die Handfunktionen seien vollständig gewesen, wobei Schmerzen im Bereich des Daumengrund- und -endgelenkes beidseits angegeben worden seien. Die Röntgenaufnahmen beider Hände im November 2016 seien unauffällig gewesen. Die Röntgenaufnahmen beider Hüftgelenke vom 4. November 2016 hätten eine Coxa

profunda beidseits und eine Taillierungsstörung am Femurkopf /Halsübergang links anterior gezeigt. Im Arthro-MRI beider Hüftgelenke vom 25. November 2016 habe sich ein femoroacetabuläres

Impingement beidseits darstellen lassen. Das Impingement-Zeichen sei jedoch beidseits negativ gewesen. An den Füßen hätten sich ein verbreiteter Mittelfuss, eine Absenkung des Quer- und Längsgewölbes und eine Valgus-Fehlstellung der Fersen beidseits gezeigt. Beide Grosszehengrundgelenke seien gering eingeschränkt beweglich gewesen. In der Röntgenaufnahme beider Füsse vom 11. März 2019 hätten sich geringe degenerative Veränderungen beider Grosszehengrundgelenke sowie Verkalkungen dorsal des Kalkaneus im Ansatzbereich der Achillessehnen beidseits dargestellt. Für die von der Versicherten angegebene n Schmerzen, Funktionseinschränkungen und Taubheitsgefühle fänden sich weder von orthopädisch-traumatologischer Seite noch neuroanatomisch entsprechende pathologische Korrelate (Urk. 9/58/6 f.).

E. 3.6.4

Die Experten kamen zum Schluss, die Beschwerdeführerin sei in der bisherigen sowie einer angepassten Tätigkeit seit September 2016 zu 70 % arbeitsfähig, dies bei etwa sechs stündiger täglicher Arbeit ohne Leistungsminderung (Urk. 9/58/8 f.).

E. 3.7

Dr. med. N.____, Oberärztin, und Dr. med. O.____, Assistenzarzt, vom

Interdisziplinären Zentrum für Schwindel und neurologische Sehstörungen des Universitätsspitals K.____ stellten in ihrem Bericht vom 29. Juli 2019 neu die Diagnose rezidivierender Episoden von

Schwankschwindel mit Erstdiagnose im Jahr 2016 (Differentialdiagnosen vestibuläre Migräne oder funktionell). Die Beschwerdeführerin habe von seit dem Jahr 2016 bestehenden, täglich auftretenden und jeweils einige Minuten anhaltenden Episoden von Schwan- und Dreh schwindel berichtet. Diese träten beim Gehen auf, in Ruhe beständen keine Beschwerden. Zusätzlich beschreibe sie ein intermittierende s Ohrgeräusch rechts und teilweise rechtsseitige Kopfschmerzen. Die neuro- otologische Untersuchung sei unauffällig gewesen, es bestehe kein fokales neurologisches Defizit (Urk. 9/67/1). Zur weiteren diagnostischen Einordnung wurde eine ergänzende apparative Vestibularisdiagnostik sowie ein cMRI und ein MRI der Felsenbeine durchgeführt (Urk. 9/67/2).

E. 3.8

Das am 17. September 2019 durchgeführte MRI des Felsenbeins

zeigte keine Hinweise auf eine akute oder abgelaufene Ischämie oder Blutung, keine Raumforderung oder pathologische KM-Aufnahme im KHBW (Kleinhirnbrückenwinkel) sowie keinen Hinweis auf einen Gefässnerven-Konflikt des Nervus

vestibulo cochlearis (Urk. 9/74/1).

E. 3.9

Im mit der Beschwerde eingereichten Bericht vom 25. November 2019 hielten Dr.

P.____ und Dr. Q.____ von der Z.____ fest, es bestünden eine allgemein verminderte Leistungsfähigkeit mit eingeschränkter Belastbarkeit, erhöhter Erschöpfbarkeit, Konzentrationsstörungen und einer verminderten Aufnahmefähigkeit sowie ein ausgeprägtes Gedankenkreisen. Hinzu kämen interaktionelle Schwierigkeiten bei vermehrtem Misstrauen (Urk. 3/3 S. 1).

E. 4

.3

4.3.1

In psychiatrischer Hinsicht stellte Dr. L.____ die Diagnosen einer leicht- bis mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.0/F32.1) und einer nicht näher bezeichneten somatoformen Störung (ICD-10 F45.9) mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit sowie einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F45.9), welche die Arbeitsfähigkeit nicht einschränken (Urk. 9/58/7). Die Beschwerdeführerin brachte dagegen vor, bei ihr lägen entgegen der Ansicht von Dr. L.____ andauernde Schmerzen in verschiedenen anatomischen Regionen in einem Ausmass vor, das die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung rechtfertigt (Urk. 1 S. 10 f.). In diesem Zusammenhang ist zunächst darauf hinzuweisen, dass nicht die diagnostische Einordnung eines Gesundheitsschadens entscheidend ist, sondern die zugrundeliegenden psychiatrischen Befunde (vgl. BGE 130 V 352 E).

E. 4.1

Die Beschwerdegegnerin stützte sich zur Beurteilung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin auf das psychiatrisch -orthopädische Gutachten vom 10. April 2019. Es ist daher vorab auf dessen Beweiswert einzugehen.

Die Expertise basiert auf umfassenden psychiatrischen und orthopädisch-traumatologischen Untersuchungen (Urk. 9/58/20 ff., Urk. 9/58/40 ff.) und wurde in detaillierter Kenntnis der Vorakten erstellt (Urk. 9/58/13 ff.). Die Beschwerdeführerin konnte gegenüber den einzelnen Sachverständigen ihre aktuellen Beschwerden schildern und wurde von diesen jeweils — soweit fachspezifisch erforderlich — eingehend befragt. Sie konnte sich insbesondere zu verschiedenen Themenbereichen wie dem beruflichen Werdegang sowie dem gewöhnlichen Tagesablauf äussern (Urk. 9/58/22 f., Urk. 9/58/38). Die geklagten Leiden fanden sodann im Rahmen der Diagnostik Berücksichtigung, wobei sowohl diese als auch die aus medizinischer Sicht resultierenden Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit dargelegt und nachvollziehbar erläutert wurden (Urk. 9/58/5 ff., Urk. 9/58/26 ff., Urk. 9/58/43 ff.). Die Gutachter nahmen ausserdem Stellung zu vorangegangenen ärztlichen Beurteilungen (Urk. 9/58/28 f., Urk. 9/58/45 f.). Gesamthaft erfüllt das Y.____ -Gutachten somit die vom Bundesgericht festgelegten formellen Kriterien für eine beweiswerte medizinische Expertise (vgl. E. 1.

E. 4.2

.2

Die Beschwerdeführerin brachte weiter vor, es würden noch Abklärungen bezüglich des diagnostizierten Schwankschwindels durchgeführt, so dass noch nicht klar sei, inwiefern sich dieser invalidisierend auswirke (Urk. 1 S. 11). Dazu ist zu bemerken, dass diese Schwindelbeschwerden - laut Bericht des K.____ vom 29. Juli 2019 (Urk. 9/67/1) - bereits seit dem Jahr 2016 vorliegen, mithin bereits im Zeitpunkt der Begutachtung bestanden, die Beschwerdeführerin sie gegenüber den Gutachtern jedoch nicht erwähnte. Gestützt darauf ist davon auszugehen, dass sie damals durch die geltend gemachten Schwindelbeschwerden nicht, oder jeden falls nicht

erheblich eingeschränkt war. Dafür, dass sich die Beschwerden seit diesem Zeitpunkt verschlechtert hätten, liegen keine Anhaltspunkte vor. Es ist somit nicht überwiegend wahrscheinlich, dass die Schwindelbeschwerden einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben, auch wenn die noch durchzuführenden - bisher ergebnislos gebliebenen (vgl. Urk. 9/67/1, Urk. 9/74/1) - Abklärungen eine allfällige organische Ursache der Beschwerden zu eruieren vermöchten. Entgegen dem Eventualantrag der Beschwerdeführerin ist daher von weiteren medizinischen Abklärungen abzusehen, da von diesen keine neuen entscheiderelevanten Erkenntnisse zu erwarten sind (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 V 90 E.

4b, 122 V 157 E. 1d, 136 I 229 E. 5.3).

E. 4.2.1

In somatischer Hinsicht diagnostizierte die orthopädische Gutachterin Dr. M.____ ein unspezifisches Vertebralesyndrom ohne radikuläre Reizung, beidseitige Senk-Spreiz-Platt-Knickfüsse mit beginnendem Hallux

rigidus beidseits sowie eine massive Adipositas, wobei sie keine in diesen Leiden einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zumass (Urk. 9/58/7). Die Beschwerdeführerin brachte dagegen vor, sie leide seit 2012 an wechselnden Gelenk- und Muskelschmerzen, wobei sich

der Schmerz seit 2014 verstärkt habe und aktuell konstant vorhanden sei. Mit Verweis auf zahlreichere Arztberichte bestreite sie die Ausführungen von Dr.

M.____, wonach die Beschwerden aus orthopädisch- traumatologischer Sicht nicht objektivierbar seien. Insbesondere sei mehrfach eine Koxarthrose beidseitig bei femoroacetabulärem PINCER- Impingement radiologisch nachgewiesen worden und aktuelle Fotoaufnahmen der Füße zeigten, dass die beklagten Fusschmerzen objektivierbar seien (Urk. 1 S. 9 f.).

Dr. M.____

bestätigte, dass sich im Anterior-MRI beider Hüftgelenke vom 25.

November

2016 ein femoroacetabuläres

Impingement beidseits zeigte (Urk.

9/58/6), mithin durchaus ein bildgebend objektivierbarer Befund vorliegt. Entscheidend sind jedoch nicht so sehr die bildgebenden Befunde, sondern die funktionellen Einschränkungen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_484/2013 vom 12. August 2013). Diesbezüglich hielt Dr. M.____ - übereinstimmend mit dem behandelnden Orthopäden Dr.

A.____ (Urk. 9/20/7) - fest, das Impingementzeichen sei

negativ gewesen (Urk. 9/58/6). Sodann seien beide Hüftgelenke seitengleich frei beweglich (Urk. 9/58/42). Insgesamt sind somit funktionelle Auswirkungen der bildgebend festgestellten Impingementkonfiguration nicht nachgewiesen und es ist nicht zu beanstanden, dass Dr. M.____ diesbezüglich keine eigenständige Diagnose stellte.

Hinsichtlich der Fuss- und Fersenschmerzen stellte Dr. M.____

in Übereinstimmung mit den behandelnden Ärzten der Klinik für Rheumatologie (Urk. 9/45/2) durchaus objektive Befunde wie einen verbreiterten Mittelfuss mit Absenkung des Quer- und Längsgewölbes mit Valgus-Fehlstellung der Fersen beidseits fest sowie auf den Röntgenbildern ersichtliche geringe degenerative Veränderungen bei der Grosszehengrundgelenke und Verkalkungen dorsal des Kalkaneus im Ansatzbereich der Achillessehne beidseits (Urk. 9/58/43), mass diesen Befunden jedoch keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu (Urk. 9/58/6). Ärztliche Berichte, die diesen Beschwerden eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zuschreiben, liegen keine vor. Auch die von der Beschwerdeführerin eingereichte Fotografie der Füße (Urk. 3/4) vermag eine diesbezügliche Einschränkung nicht zu belegen. Es ist daher auf die Einschätzung von Dr. M.____ abzustellen.

Was die von der Beschwerdeführerin beklagten Schmerzen an der Wirbelsäule und den weiteren Gelenken betrifft, hielt Dr. M.____ weder klinisch noch bildgebend objektive Befunde fest, die diese erklären könnten (Urk. 9/58/43). Dies stimmt grundsätzlich auch mit der Beurteilung durch die behandelnden Ärzte überein. So hielt Dr. A.____ in seinem Bericht vom 7.

April

2017 fest, die Beschwerden könnten nicht komplett auf die Veränderungen, die im MRI und im Röntgenbild ersichtlich gewesen seien, zurückgeführt werden. An objektiven

Befunden führte er lediglich die Impingement -Konfiguration der Hüfte auf (Urk. 9/20/6 f.) . Die von Dr. D.____ festgestellte Arbeitsfähigkeit von 50 % mit Einschränkungen beim längeren Gehen, Stehen, Sitzen und Heben von schweren Lasten beruht sodann nicht auf objektiven Befunden, sondern auf den Schmerzangaben der Beschwerdeführerin (Urk. 9/23/2). Hinweise für das Vorliegen einer systemisch-entzündlichen Erkrankung hätten sich gemäss den behandelnden Ärzten der Klinik für Rheumatologie ebenfalls nicht ergeben (Urk. 9/45/2).

Die Beurteilung der somatischen Beschwerden der Beschwerdeführerin ist somit nicht zu beanstanden.

E. 4.4.1

Im Folgenden ist die Frage nach den Auswirkungen der psychischen Erkrankungen auf das funktionelle Leistungsvermögen rechtsprechungsgemäss unter Anwendung des strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 zu beantworten (BGE 143 V 418 E. 6).

E. 4.4.2

Zum Komplex «Gesundheitsschädigung» ist festzuhalten, dass Dr. L.____ gestützt auf die Befunde des leicht auf die Schmerzen eingeeengten formalen Gedankengangs, des reduzierten Antriebs und der bedrückten Grundstimmung mit reduzierter affektiver Schwingungsfähigkeit

(Urk. 9/58/25) nachvollziehbar auf eine leicht- bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.0/F32.1) schloss, der ein leichter bis mittlerer Schweregrad inhärent ist. Ferner diagnostizierte er eine nicht näher bezeichnete somatoforme Störung (ICD-10 F45.9), wobei er die anlässlich der orthopädischen Begutachtung festgestellte Verdeutlichung ausklammerte und daher die schwerwiegendere Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung ausschloss (Urk. 9/58/5). Insgesamt ist daher von einer höchstens mittelgradigen Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde auszugehen.

Zum Indikator «Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz» ist anzumerken, dass die Beschwerdeführerin seit dem 5. Dezember 2016 eine ambulante psychiatrische Behandlung mit Gesprächsterminen alle zwei bis drei Wochen wahrnimmt (Urk. 9/29/3). Eine traumaspezifische Behandlung konnte laut den behandelnden Psychiatern bisher nicht durchgeführt werden, da der Zustand der Beschwerdeführerin bisher zu instabil gewesen sei (Urk. 9/44/4). Dr. L.____ empfahl, zunächst die medikamentöse Therapie zu optimieren. Sollte dies zu keiner Besserung führen sei eine Therapieintensivierung im Sinne einer teil- oder vollstationären Behandlung in Betracht zu ziehen (Urk. 9/58/9). Es liegen mithin noch Möglichkeiten zur Therapieoptimierung vor, eine Therapieresistenz ist nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen.

Die Angaben zur derzeitigen beruflichen Eingliederung der Beschwerdeführerin sind widersprüchlich. Einerseits wurde im orthopädisch-traumatologischen Teil gutachten festgehalten, «seit 2014 bis heute» arbeite sie in der Reinigung, andererseits wurde ein paar Zeilen weiter ausgeführt, seit Juni 2018 sei sie anhaltend krankgeschrieben (Urk. 9/58/38). Der psychiatrische Teilgutachter wiederum vermerkte, dass die Beschwerdeführerin seit Ende 2016 nicht mehr beruflich tätig sei (Urk. 9/58/27). Im Fragebogen für Versicherte vom 22.

Januar

2019 (Urk.

9/58/ 57) gab die Beschwerdeführerin den Juni 2018 als letzten Arbeits monat an. Bemühungen, die - zumutbare - angestammte oder eine andere an ge passte Tätigkeit (wieder) aufzunehmen , sind aus den Akten ebenso

wenig ersicht lich wie andere Eingliederungsversuche.

Zu den Komorbiditäten ist festzuhalten, dass Dr. L. ___ sowohl der depressiven Episode als auch der somatoformen Störung Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu schrieb (Urk. 9/58/27). Es sind somit ressourcenhemmend e Komorbiditäten vor handen. Der PTB S sowie den somatischen Diagno sen kommt

als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit keine zusätzliche ressourcenhemmende Wirkung zu.

E. 4.4.3

In Bezug auf die Pers önlichkeit der Beschwerdeführerin ist festzuhalten, dass weder eine Persönlichkeitsstörung noch akzentuierte Persönlichkeitszüge vorlie gen . Von der Persönlichkeit her ist sie verträglich, kontaktfreudig und offen (Urk.

9/58/25). Der Persönlichkeitsstruktur ist in Anbetracht dieser Umstände keine ressourcenhemmende Wirkung beizumessen.

E. 4.4.4

Zum sozialen Lebenskontext gab die Beschwerdeführerin an, sie habe einen sehr guten Kontakt zu ihrer Schwester. Sie sehe sie etwa dreimal in der Woche, entweder besuche sie diese mit der Bahn oder dem Bus oder sie werde von der Schwester besucht. Mit einer unmittelbar neben ihr wohnenden Kollegin , die ebenfalls aus Äthiopien stamme, habe sie einen guten Kontakt und sie sehe sie täglich. Eine weitere Kollegin sehe sie etwa einmal im Monat (Urk.

9/58/23). Von den behandelnden P s ychiatern wird

abweichend von den Ausführungen der Beschwerdeführerin gegenüber dem Gutachter sowohl vor als auch nach der Begutachtung ein sozia ler Rückzug mit lediglich Kontakt zur Schwester erwähnt (Urk. 9/29/3, Urk. 3/3 S. 1), so dass daraus kein zwi schen zeitlich verstärkter Rückzug abgeleitet werden kann .

E. 4.4.5

I n Bezug auf die beweisrechtlich entscheidende Kategorie «Konsistenz» ist fest zuhalten , dass die Beschwerdeführerin einerseits den Haushalt selbständig erle digt und andererseits mit dem Training im Fitnessstudio alle drei Tage, den erwähnten sozialen Aktivitäten sowie der Lektüre von Zeitungen oder Büchern und dem Malen durch aus Freizeitaktivitäten vorhanden sind . Einzig ihre eigent lichen Hobbies, das Stricken und Nähen, übe sie seit längerem nicht mehr aus (Urk. 9/58/23). Mithin konnte sie auch mit der Erkrankung eine strukturierte Alltagsgestaltung aufrechterhalten. Dr. L. ___ merkte dann auch an, dass die Ein schätzung der Beschwerdeführerin, sie sei zwei Stunden pro Tag zu einer beruf lichen Tätigkeit in der Lage , diskrepant zu den Aktivitäten in den Bere ichen Freizeit und Haushalt sei (Urk. 9/58/28).

Die Beschwerdeführerin ist regelmässig in psychiatrischer Behandlung, es werden jedoch nur alle zwei bis drei Wochen Termine wahrgenommen. Der Spiegel des verschriebenen Neuroleptikums lag im Gutachtenszeitpunkt sodann unterhalb des Referenzbereichs.

Die Beschwerdeführerin berichtete anlässlich der psychiatrischen Begutachtung, sie habe feststellen müssen, dass sich ihr Zustand mit der aktuellen Behandlung wohl nicht verbessern werde und sie sich jetzt auf die von den behandelnden Psychiatern empfohlene stationäre Behandlung einlassen könne (Urk. 9/58/28). Gemäss den behandelnden Psychiatern ist jedoch eine transitorische Behandlung zur Zeit nicht möglich (Urk. 9/44/4). Eine medikamentöse Anpassung oder eine andere Intensivierung der Therapie (wie zum Beispiel eine Erhöhung der Therapiefrequenz) ist nach der Begutachtung soweit ersichtlich nicht erfolgt (Urk. 3/3 S. 2). Insgesamt ist daher von einem massigen Leidensdruck auszugehen.

E. 4.4.6

Zusammenfassend ergibt sich aus der Gesamtwürdigung der Standardindikatoren, dass insbesondere weder eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen noch eine ressourcenhemmende Persönlichkeitsstruktur vorliegen. Im sozialen Lebenskontext ist ein krankheitsbedingter Rückzug allenfalls eingeschränkt erkennbar. Sodann ist eine Therapieresistenz nicht ausgewiesen, es ist jedoch von einer gewissen krankheitsbedingten Unfähigkeit zur Therapieintensivierung auszugehen. Den auf die depressive Episode zurückzuführenden Befunden eines eingeschränkten Antriebs, einer leichten Einengung des formalen Gedankenganges und einer bedrückten Grundstimmung sowie der zusätzlich vorliegenden somatoformen Störung ist durch die von Dr. L. ___ statuierte 70%ige Arbeitsfähigkeit im angestammten Tätigkeitsbereich als Reinigungskraft hinreichend Rechnung getragen, so dass kein triftiger Grund besteht, von seiner Einschätzung der Arbeitsfähigkeit abzuweichen. Umgekehrt kann der Einschätzung der behandelnden Fachärzte, wonach die Beschwerdeführerin in ihrer Leistungsfähigkeit zu 80 % eingeschränkt sei, aufgrund der Prüfung der Standardindikatoren nicht gefolgt werden. Retrospektiv kann im Übrigen mangels Hinweisen auf eine zwischenzeitliche Verschlechterung ebenfalls auf die gutachterliche Beurteilung abgestellt werden, wonach seit September 2016 von der genannten Arbeitsfähigkeit auszugehen ist (Urk. 9/58/8).

E. 5

Auf der Grundlage einer 70%igen Arbeitsfähigkeit im angestammten Tätigkeitsbereich ab September 2016 erübrigt sich ein ordentlicher Einkommensvergleich. Sowohl das Valideneinkommen als auch das Invalideneinkommen sind gestützt auf dieselbe Bemessungsgrundlage und der Invaliditätsgrad anhand eines Prozentvergleichs zu bestimmen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_463/2012 vom 3. August 2012 E. 4.2). Jener

liegt demnach bei nicht rentenbegründenden 30 % (vgl. E.

E. 6

.3

Die Beschwerdeführerin ist abschliessend auf § 16 Abs. 4 GSVG hinzuweisen, wonach sie zur Nachzahlung der Gerichtskosten und der Entschädigung an die unentgeltliche Rechtsvertreterin verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- 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.

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin, Rechtsanwältin Dina Raewel, Zürich, wird mit Fr. 2'100.-- (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: - Rechtsanwältin Dina Raewel -
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
Die Vorsitzende
Die Gerichtsschreiberin
FehrEngesser

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