

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00021 vom 19. Juni 2020**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-06-19, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2020.00021](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00021)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00021 du 19 juin 2020

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00021 del 19 giugno 2020

## **Erwägungen**

### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 1968, war zuletzt vom 12. Juni bis am 10. September 2014 als Zimmerfrau im Hotel Y.\_\_\_\_

tätig. Am 21.

Dezember 2014 (Posteingang am 7. Januar 2015; vgl. Aktenverzeichnis der IV Stelle) meldete sie sich bei der Invalidenversicherung unter Hinweis auf Schmerzen an der Hüfte nach einem Sturz am 7. Juli 2014 zum Leistungsbezug an (Urk. 9/8, Urk. 9/28). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, führte in der Folge erwerbliche Abklärungen durch (Urk. 9/18, Urk. 9/26, Urk. 9/28), holte die Akten des Unfall- und des Taggeldversicherers (Urk. 9/11, Urk. 9/23, Urk. 9/37) sowie Berichte der behandelnden Ärzte (Urk. 9/20, Urk. 9/25, Urk. 9/31 f.) ein und auferlegte der Versicherten im Sinne der Schadenmindepflicht, sich für die nächsten zwölf Monate in eine psychologisch/psychiatrische sowie physiotherapeutische Behandlung zu begeben (Urk. 9/38), über deren Erfüllung sie erneut Berichte der behandelnden Fachpersonen einholte (Urk.

9/51 f., Urk. 9/55 f., Urk. 9/62 ff.) Am 26. Juli 2017 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass zur Zeit aus gesundheitlichen Gründen keine Eingliederungsmassnahmen möglich seien (Urk. 9/86).

Mit Vorbescheid vom 10. Januar 2018 stellte die IV-Stelle der Versicherten die Abweisung ihres Rentenbegehrens in Aussicht (Urk. 9/96). Nachdem die Versicherte dagegen Einwand erhoben hatte (Urk. 9/100, Urk. 9/104) holte die IV-Stelle ein polydisziplinäres Gutachten in den Fachrichtungen Allgemeine Innere Medizin, Orthopädie, Neurologie und Psychiatrie bei der Z.\_\_\_\_ ein (Urk. 9/113), das am 7. September 2018 erstattet wurde (Urk. 9/127). Am 6. Dezember 2018 erliess sie einen weiteren Vorbescheid, in dem sie der Versicherten die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht stellte (Urk. 9/133). Nachdem die Versicherte erneut Einwand erhoben hatte (Urk. 9/134, Urk. 9/136) entschied die IV-Stelle mit Verfügung vom 25.

November 2019 im angekündigten Sinne (Urk. 9/16

### **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. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 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. 1.3**

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 voraus (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 unbeschrieben 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. 1.4**

Zur Annahme der Invalidität nach Art. 8 ATSG ist – auch bei psychischen Erkrankungen – in jedem Fall ein medizinisches Substrat unabdingbar, das (fach-) ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Je stärker psychosoziale und soziokulturelle Faktoren wie beispielsweise Sorge um die Familie oder Zukunftsängste (etwa ein drohender finanzieller Notstand) im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein. Das bedeutet, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belastenden soziokulturellen Faktoren her rühren, bestehen darf, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat, zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren

psychischen Leidenszustand. Solche von der soziokulturellen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne selbstständige psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann. Wo die begutachtende Person dagegen im Wesentlichen nur Befunde erhebt, welche in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in ihnen aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben (BGE 127 V 294 E. 5a; Urteil des Bundesgerichts 8C\_730/2008 vom 23. März 2009 E. 2).

Wenn und soweit psychosoziale und soziokulturelle Faktoren zu einer eigentlichen Beeinträchtigung der psychischen Integrität führen, indem sie einen selbstständigen Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder den Wirkungsgrad seiner – unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden – Folgen verschlimmern, können sie sich mittelbar invaliditätsbegründend auswirken (Urteil des Bundesgerichts 9C\_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.2 mit Hinweisen).

### **E. 1.5**

Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen, nach BGE 143 V 409 namentlich auch leichte bis mittelschwere Depressionen, für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach Massgabe von BGE 141 V 281 zu unterziehen (Änderung der Rechtsprechung). Speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere depressive Störungen hielt das Bundesgericht in BGE 143 V 409 – ebenfalls im Sinne einer Praxisänderung – fest, dass eine invalidenversicherungsrechtlich relevante psychische Gesundheitsschädigung nicht mehr allein mit dem Argument der fehlenden Therapieresistenz auszuschliessen sei (E. 5.1; zur bisherigen Gerichtspraxis vgl. statt vieler: BGE 140 V 193 E. 3.3; Urteil des Bundesgerichts 9C\_13/2016 vom 14. April 2016 E. 4.2). Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sind somit auch bei den leichten bis mittelgradigen depressiven Störungen systematisierte Indikatoren beachtlich, 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). Die Therapierbarkeit ist dabei als Indiz in die gesamt haft vorzunehmende allseitige Beweiswürdigung miteinzubeziehen (BGE 143 V 409 E. 4.2.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_449/2017 vom 7. März 2018 E. 4.2.1).

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 beweislustige 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. 1.6**

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. 1.7**

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Gemäss ständiger Rechtsprechung ist in der Regel von der Rückweisung – da diese das Verfahren verlängert und verteuert – abzusehen, wenn die Rechtsmittelinstanz den Prozess ohne wesentliche Weiterungen erledigen kann. In erster Linie kommt eine Rückweisung in Frage, wenn der Versicherungsträger auf ein Begehren überhaupt nicht eingetreten ist oder es ohne materielle Prüfung abgelehnt hat, wenn schwierige Ermessensentscheidungen zu treffen sind, oder wenn der entscheidungserhebliche Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts U 209/02 vom 10. September 2003 E. 5.2).

### **E. 2**

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Tobias Figi, am 10. Januar 2020 Beschwerde mit den Anträgen, die Verfügung vom 25. November 2019 sei aufzuheben und es sei ihr spätestens ab dem 1. Dezember 2015 eine angemessene Rente der Invalidenversicherung auszurichten (Urk. 1). Mit Eingabe vom 14. Januar 2020 (Urk. 5) reichte sie einen Arztbericht der behandelnden Psychiaterin nach (Urk. 6). Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 12. Februar 2020 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 8), was der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 17. Februar 2020 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 10).

Am 26. Mai 2020 wurde die Personalvorsorgestiftung der Y.\_\_\_\_ zum Verfahren beigegeben (Urk. 11). Die GastroSocial Pensionskasse teilte am 8. Juni 2020 mit, sie habe die Versicherten der Personalvorsorgestiftung der Y.\_\_\_\_

per 1. Januar 2020 übernommen und verzichte auf Stellungnahme zum vorliegenden Verfahren (Urk. 13). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete die Verfügung vom 25. November 2019 dahingehend, dass

laut dem polydisziplinären Gutachten mit Blick auf das Rückenleiden eine Arbeitsfähigkeit von mindestens 80 % in der angestammten und von 100 % in einer angepassten Tätigkeit vorliege (Urk. 2 S. 1). Daher begründe das somatische Leiden keinen Rentenanspruch. Andererseits bilde sich eine Verschlechterung des psychischen Leidens ab. Diesbezüglich seien jedoch einerseits die Therapiemöglichkeiten nicht ausgeschöpft und andererseits lägen psychosoziale Faktoren vor, die für die Beurteilung der Erwerbsfähigkeit nicht berücksichtigt werden dürften. Diese Faktoren bildeten die direkte Ursache der Einschränkungen im Leistungsvermögen. Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin würde sich erheblich verbessern, sobald die belastenden Umstände wegfielen. Somit fehle es am Kausalzusammenhang zwischen der Arbeitsunfähigkeit und einer selbständigen gesundheitlichen Erkrankung. Die Beschwerdeführerin habe daher keinen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung (Urk. 2 S.

2).

### **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin brachte dagegen vor, das Gutachten der Z.\_\_\_\_

habe eindeutig bestätigt, dass ein schweres psychisches Leiden mit Krankheitswert vorliege. Die Unterstellung, wonach psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren vorlägen, sei nicht korrekt. Da das psychische Leiden Krankheitswert habe, könne auch nicht erwartet werden, dass dieses bei Wegfall allfälliger belastender Lebensumstände verschwinde (Urk. 1 S. 15 f.).

Die Behauptung, sie schöpfe die Therapiemassnahmen nicht richtig aus, sei sodann tatsachenwidrig (Urk. 1 S. 16 f.).

Die Begründung der Beschwerdegegnerin, wonach keine Erkrankung im Sinne der Invalidenversicherung vorläge, widerspreche klar dem Gesetz und der aktuellen höchstgerichtlichen Rechtsprechung. Zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit müsse auf die Einschätzung der medizinischen Sachverständigen abgestellt werden, wenn diese die Kriterien des strukturierten Beweisverfahrens berücksichtigt hätten und deren Beurteilung nachvollziehbar sei (Urk. 1 S. 18). Sie sei seit dem Unfallereignis vom 7. Juli 2014 - mit wenigen Unterbrüchen - gemäss Z.\_\_\_\_ -Gutachten zu mindestens 50 % erwerbsunfähig. Das Gutachten sei vom RAD auf seine Richtigkeit überprüft und für verwertbar erklärt worden. Es weiche sodann nicht gravierend von der durch die behandelnde Ärztin gestellten Diagnose ab, weshalb zwingend die von der Z.\_\_\_\_ attestierte Erwerbsunfähigkeit von - mindestens - 50 % berücksichtigt werden müsse. Da die Beschwerdegegnerin zudem einen leidensbedingten Abzug von 10 % akzeptiert habe, sei klar erstellt, dass sie spätestens ab dem 1. Dezember 2015 Anspruch auf mindestens eine Dreiviertelsrente habe (Urk. 1 S. 18 f.).

### **E. 2.2.3**

mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C\_782/2012 vom 22. Oktober 2013 E. 4.3.3).

Dr. L.\_\_\_\_ beschrieb jedoch keine Veränderung beziehungsweise Verschlechterung der Befundlage seit der letzten, am 26. April 2018 bei der Beschwerdegegnerin eingegangenen

Beurteilung durch Dr. F.\_\_\_\_ (Urk. 9/106). Gegen eine solche Verschlechterung spricht sodann auch die zwischen der Begutachtung und der Erstattung des Gutachtens erfolgte Stellungnahme der behandelnden Ärzte der G.\_\_\_\_, die weiterhin von einer mittelschweren depressiven Episode und einem stationären Gesundheitszustand sprachen (Urk. 9/126/1).

Es erscheint somit überwiegend wahrscheinlich, dass die gutachterlich attestierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bereits vor dem Begutachtungszeitpunkt Geltung hatte. Da Dr. F.\_\_\_\_ seit ihrer ersten Berichterstattung vom 1. Juli 2015 jeweils von einer kaum veränderten Befundlage aus ging, ist der Beginn der 50%igen Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin auf diesen Zeitpunkt festzulegen. 5.

#### 5.1

Es bleibt, die Prüfung der erwerblichen Auswirkungen vorzunehmen, wobei die Beschwerdeführer in unbestrittenermassen als zu 100 % Erwerbstätige zu qualifizieren ist (vgl. Urk. 9/132/3).

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 ausgleichender Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2, 128 V 29 E. 1).

In gewissen Fällen, insbesondere dort, wo Validen- und Invalideneinkommen anhand derselben Tätigkeit zu ermitteln sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_295/2017 vom 27. September 2017 E.

6. 5), kann auch eine Gegenüberstellung blosser Prozentzahlen genügen. Das ohne Invalidität erzielbare hypothetische Erwerbseinkommen ist alsdann mit 100 % zu bewerten, während das Invalideneinkommen auf einen entsprechend kleineren Prozentsatz veranschlagt wird, so dass sich aus der Prozentdifferenz der Invaliditätsgrad ergibt (sogenannter Prozentvergleich; BGE 114 V 310 E. 3a mit Hinweisen). 5.2

Aktuell geht die Beschwerdeführerin keiner Erwerbstätigkeit nach. Vor Eintritt des Gesundheitsschadens war sie seit ungefähr einem Monat als Zimmerfrau im Hotel Y.\_\_\_\_ tätig, diese Stelle wurde ihr jedoch noch während der Probezeit aufgrund von mangelnden Leistungen gekündigt (Urk. 9/28). Eine Tätigkeit im Reinigungsbereich oder in einer ähnlichen Hilfstätigkeit ist ihr gemäss der beweiskräftigen medizinischen Beurteilung jedoch nach wie vor in einem Pensum von 50 % zumutbar (Urk. 9/127/9). Somit sind sowohl das Validen- als auch das Invalideneinkommen ausgehend von denselben Lohnansätzen zu berechnen. Der zahlenmässige Ermittlung erübrigt sich indessen. Vielmehr entspricht der Grad der Arbeitsfähigkeit dem Invaliditätsgrad (Urteil des Bundesgerichts 8C\_365/2012 vom 30. Juli 2012 E. 7).

Der Invaliditätsgrad der Beschwerdeführerin liegt somit grundsätzlich bei 50 %. Sie macht jedoch geltend, dass die Beschwerdegegnerin einen leidensbedingten Abzug von 10 % vom Invalideneinkommen anerkannt habe. Dies war jedoch nur im Rahmen des ersten Vorbescheides vom 10. Januar 2018 der Fall, der auf unvollständigen Abklärungen der gesundheitlichen Situation beruhte und ein anderes Belastungsprofil vorsah, aufgrund

dessen der Beschwerdeführerin lediglich sehr leichte bis leichte Tätigkeiten möglich waren (Urk. 9/96). Aufgrund der attestierten Fähigkeit, leichte bis mittelschwere Tätigkeiten auszuüben, worunter auch die angestammte Tätigkeit zu begreifen ist, fällt diese Begründung für einen leidensbedingten Abzug ausser Betracht. Den weiteren Einschränkungen des Belastungsprofils wie der reduzierten Belastbarkeit und Ausdauer sowie der verminderten kognitiven Flexibilität und den Aufmerksamkeitschwierigkeiten wurde im Rahmen der um 50 % reduzierten Arbeitsfähigkeit bereits genügend Rechnung getragen. Weitere Faktoren, die unter Umständen die Lohnhöhe beeinflussen könnten, sind nicht ersichtlich, insbesondere sind mangelnde Sprachkenntnisse oder eine ungenügende Ausbildung nicht abzugsrelevant, da diesen Aspekten bei der Wahl des Kompetenzniveaus Rechnung zu tragen ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_549/2019 vom 26. November 2019 E. 7.7). Es bleibt damit bei einem Invaliditätsgrad von 50 %, die Beschwerdeführerin hat daher Anspruch auf eine halbe Rente der Invalidenversicherung. 6.

## 6.1

Zu prüfen bleibt der zeitliche Verlauf des Anspruchs auf eine Invalidenrente. Dieser entsteht

gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG nach einer während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch bestehenden durchschnittlich mindestens 40%igen Arbeitsunfähigkeit, sofern nach Ablauf dieses Jahres eine mindestens 40%ige Invalidität weiterbesteht. Dieses sogenannte Wartejahr gilt als eröffnet, wenn aufgrund der Verhältnisse im Einzelfall eine deutliche Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit vorliegt, wobei eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % in der Regel bereits bedeutend ist (AHI-Praxis 1998 S. 124).

Die Beschwerdeführerin war gemäss gutachterlicher Beurteilung ab dem 7. Juli 2014 bis am 3. August 2014 sowie während der stationären Behandlung in der Rehaklinik

C. zwischen dem 7. Juli und dem 4. August 2015 aus somatischer Sicht zu 100 % und während der übrigen Zeit zu 20 % arbeitsunfähig. Aus psychischen Gründen war sie spätestens ab dem 15. Juli 2015 zu 50 % arbeitsunfähig (vgl. E. 4.5). Erstmals während eines Jahres durchschnittlich zu mindestens 40 % arbeitsunfähig war sie damit am 9. November 2015 (168 Tage

à 20 % + 28 Tage à 100 % + 168 Tage à 50 % = 365 Tage à 40 %). Da ihre Anmeldung zum Rentenbezug am 21. Dezember 2014 mehr als 6 Monate vor diesem Zeitpunkt erfolgte (vgl. Art. 29 IVG), ist der Rentenbeginn auf Anfang November 2015 zu legen. 6.2

Nach der Rechtsprechung sind bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Invalidenrente die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen (Art. 17 ATSG in Verbindung mit Art. 88a IVV) analog anzuwenden (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 9C\_399/2016 vom 18. Januar 2017 E. 4.8.1). Ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten und damit der für die Abstufung oder Befristung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt des Rentenbeginns mit demjenigen im – nach Massgabe des analog anwendbaren Art. 88a Abs. 1 IVV festzusetzenden – Zeitpunkt der Anspruchsänderung (vgl. BGE 125 V 413 E. 2d mit Hinweisen; vgl. statt vieler: Urteile des Bundesgerichts 8C\_375/2017 vom 25. August 2017 E. 2.2 und 8C\_350/2013 vom 5. Juli 2013 E. 2.2 mit Hinweis).

Das beweiskräftige polydisziplinäre Gutachten datiert vom

### **E. 2.3**

Zu prüfen ist, wie es sich mit der Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht verhält und ob die Beschwerdegegnerin zu Recht das Vorliegen einer krankheitswerten psychischen Gesundheitsstörung verneint und der Beschwerdeführerin gestützt darauf die Ausrichtung einer Invalidenrente verweigert hat, was diese in Abrede stellte.

### **E. 3.1**

Dr. med. A.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte in ihrem Bericht vom 10. Februar 2015 ein persistierendes, therapierefraktäres lumbosakrales Schmerzsyndrom und ein lumbospondylogenes Syndrom mit ISG-Dysfunktion und myofaszialer Komponente bei Status nach Stürzen am 11.

November 2011 und am 7. Juli 2014 mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 9/20/1). Die Beschwerdeführerin habe invalidisierende Schmerzen bei jeglicher Tätigkeit. Die bisherige Tätigkeit sei aus medizinischer Sicht nicht mehr zumutbar, nach ausreichender Therapie (psychisch und körperlich) könne die Beschwerdeführerin leichte Tätigkeiten mit einer stufenweisen Wiedereingliederung ausüben (Urk. 9/20/3). Momentan möglich seien wechselbelastende und vorwiegend im Gehen ausgeübte Tätigkeiten, alle anderen Arbeiten seien nicht zumutbar. Dies gelte seit dem Unfall am 7. Juli 2014 (Urk. 9/20/5).

### **E. 3.2**

Dr. med. B.\_\_\_\_, praktischer Arzt, berichtete am 12. März 2015, die Beschwerdeführerin sei am 7. Juli 2014 bei der Arbeit mit den Füßen an einem Bett hängengeblieben und auf die rechte Seite gestürzt. Er diagnostizierte eine Nervenläsion der Wurzeln L4, eine Schmerzsymptomatik im Dermatome L5/S1, eine Denervation unklarer Genese im Verlauf des rechten Nervus

ischiaradicus, ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom und einen Verdacht auf eine Läsion im Musculus Piriformis rechts (Urk. 9/23/50). Er führte aus, die Beschwerdeführerin wirke verunsichert, schmerzgeplagt und zusätzlich unter einem psychisch stark belastenden Druck stehend, so dass zur Zeit weder berufsspezifisch noch in einer angepassten Tätigkeit von einer Arbeitsfähigkeit auszugehen sei (Urk. 9/23/55). Im Bericht vom 1. September 2015 diagnostizierte er sodann neben den bereits bekannten Diagnosen eine Zervikodorsalgie und eine pseudoradikuläre Lumbalgie (Urk. 9/31/1) und verwies für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auf den Bericht der Rehaklinik

C.\_\_\_\_ (Urk. 9/31/2 ff.).

### **E. 3.3**

Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Anästhesiologie und interventionelle Schmerztherapie, von der Klinik E.\_\_\_\_

berichtete am 29. Mai 2015, seine Abklärungen hätten die Diagnose eines spondylogenen Schmerzsyndroms ergeben, welches in der Folge mittels Radiofrequenztherapie behandelt worden sei, diesbezüglich sei die Beschwerdeführerin anlässlich der letzten Kontrolle vom 9.

Dezember 2014 beschwerdefrei gewesen. Die Behandlung der unfallbedingten Hüftbeschwerden sei nicht durch ihn erfolgt, daher könne er keine Stellung zum Invaliditätsgrad der Beschwerdeführerin nehmen. (Urk. 9/25/6).

### **E. 3.4**

Die Beschwerdeführerin war vom 7. Juli bis am 4. August 2015 in der Rehaklinik C.\_\_\_\_ hospitalisiert. Die behandelnden Fachpersonen stellten die Diagnose eines chronischen lumbospondylogenen Schmerzsyndroms mit Hemisacralisation L6 links, Facettenarthrose L4/5 rechts, einer Insertions tendinose am Beckenkamm rechts mehr als links mit frustrierten Infiltrationen und einer somatoformen Komponente (Urk. 9/31/9). Aus rein muskuloskelettaler Sicht sei eine Arbeitsunfähigkeit nicht mit Sicherheit beurteilbar, aus globaler Sicht sei jedoch eine Arbeitsaufnahme im aktuellen Zustand nicht wahrscheinlich. Zu empfehlen sei ein Belastbarkeitstraining über die Invalidenversicherung mit psychiatrischer Beteiligung (Urk. 9/31/12).

### **E. 3.5**

Dr. med. F.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Bericht vom 15. Juli 2015 in psychiatrischer Hinsicht eine depressive Episode, derzeit mittelgradig (ICD-10 F32.1), sowie einen Verdacht auf eine generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1). Die Beschwerdeführerin sei derzeit zu 100

% arbeitsunfähig, der weitere Verlauf sei schwierig abzuschätzen. (Urk.

9/32/1). Die Prognose sei eher schlecht, die Beschwerdeführerin befinde sich nach dem Umzug in einen anderen Kanton in einer sehr zu rückgezogenen und einsamen Situation, in welcher der Kontakt zur Familie deutlich erschwert sei. Vorschläge zum Aufbau einer Tagesstruktur oder von Kontakten zu anderen Menschen ausserhalb der Familie habe sie leider bisher freundlich, aber entschieden abgelehnt (Urk. 9/32/3). Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit sei durch deutliche Einschränkungen der Anpassungsfähigkeit und Belastungsfähigkeit, wahrscheinlich auch der Konzentrationsfähigkeit, beeinträchtigt. Die Tätigkeit als Zimmermädchen auf dem ersten Arbeitsmarkt sei zur Zeit nicht möglich, empfohlen werde ein Belastbarkeitstraining mit einem Pensum von 30 % im geschützten Rahmen. Mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit könne derzeit nicht gerechnet werden (Urk. 9/32/4).

### **E. 3.6**

Dr. D.\_\_\_\_ diagnostizierte am 13. Mai 2016 ein persistierendes lumbosakrales Schmerzsyndrom beidseits mit Rezidiv einer lumbospondylogenen Schmerzkomponente bei Status nach thermischer Radiofrequenzablation der lumbalen medial branches L2-L5 rechts am 8. September 2014 sowie einen Status nach periradikulärer Infiltration L5 und S1 rechts am 13. November 2014 bei Verdacht auf radikuläres Schmerzsyndrom und einer Infiltration der Bursa praetrochanterica rechts am 25. April 2016. Ebenfalls bestehe ein Verdacht auf höhergradige intra spinale Fibrose. Es seien erneut thermische Radiofrequenztherapien durchgeführt worden, die Beurteilung von deren Effekt sei erst im Juni möglich (Urk. 9/56).

### **E. 3.7**

Nach einer stationären Behandlung auf der Depressions- und Angststation der G.\_\_\_\_ vom 24. Mai bis am 21. Juli 2016 stellten med. pract. H.\_\_\_\_, Oberärztin, und Dr. med. I.\_\_\_\_, Assistenzärztin,

im Austrittsbericht vom 16. August 2016 in psychiatrischer Hinsicht die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1),

und einer Persönlich keitsakzentuierung mit ängstlich vermeidenden und abhängigen Zügen (ICD-10 Z73) . Die Beschwerdeführerin sei aktuell zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 9/59/1). Sie sei für eine tagesklinische Weiterbehandlung angemeldet, nach Abschluss dieser Behandlung seien eine erneute Beurteilung, eine Profilabklärung und gege benenfalls Wiedereingliederungsmassnahmen zu empfehlen (Urk. 9/59/2). Sie sähen die depressive Symptomatik im Rahmen von sozialer Isolation und Schei dung aufgrund von grenzüberschreitenden Erfahrungen in der Ehe, Verurteilung der Scheidung durch die Familie, Rollenveränderung bei Eigenständigkeit der erwachsenen Kinder und Arbeitsunfähigkeit bei persistierendem lumbosakralem Schmerzsyndrom seit Juli 2014 auf dem Boden von strukturellen Beeinträ ch ti gungen im Sinne einer Persönlichkeitsakzentuierung mit ängstlich-vermeidenden und abhängigen Persönlichkeitszügen (Urk. 9/59/2).

Die depressive Symptomatik habe sich während dem Klinikaufenthalt leicht verbe ssert, insbesondere der Antrieb (Urk. 9/59/2).

### **E. 3.8**

Im Bericht vom 9. November 2016 übernahm Dr. F.\_\_\_\_ die von den Ärzten der G.\_\_\_\_ gestellten Diagnosen und erklärte, der Befund sei kaum verändert, die Prognose hinsichtlich der Arbeitsfähigkei t sei ungünstig. Die Beschwerdeführerin sei weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 9/64/1 f.) . In Anbetracht der Kombi nation von somatischen und psychischen Faktoren sei es nicht möglich, derzeit ein klares Profil für eine Tätigkeit zu erstellen. Sie empfehle eine Profilabklärung und eventuell Wiedereingliederungsmassnahmen (Urk. 9/64/3).

### **E. 3.9**

Dr. med. J.\_\_\_\_ , Oberärztin am Institut für Anästhesiologie des Univer sitätsspitals K.\_\_\_\_ , stellte im Abschlussbericht vom 22. Februar 2018 über die chronische Schme rztherapie die Diagnosen eines rech t sbetonten lumbalen Schmer z syndroms, Differentialdiagnose radikulär, spondylogen , myofascial und eines Verdachts auf ein lumboradikuläres Schmerzsyndrom links (Urk. 9/103/1 f.). Arbeitsfähigkeitsbeurteilungen nehme sie prinzipiell keine vor , für eine solche Beurteilung eigne sich eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (Urk.

9/103/3).

### **E. 3.10**

In einem undatierten , bei der Beschwerdegegnerin am 26. Apr il 2018 einge gan genen, Verlaufsbericht berichtete Dr. F.\_\_\_\_ von einem stationären Gesundheits zustand mit zusätzlich aufgetretenem intermittierende m psychotische m Erleben . Sie legte dar, dass aus psychiatrischer Sicht (bei Besserung der psychischen Symptomatik) eine angepasste Tätigkeit in Teilzeit denkbar und sinnvoll

wäre (Urk. 9/106/1 ) .

### **E. 3.11**

Die Beschwerdeführerin war laut Bericht vom 27. August 2018 ab dem 20. Juli 2018 zunächst im K riseninterventionszentrum ( Urk. 9/122) und in der Folge auf der Depressions- und Angststation der G.\_\_\_\_ hospitalisiert. Die behandelnden Fachpersonen berichteten von einem stationären Gesundheitszustand mit unver änderten Diagnosen und

Befunden. Die Dekonditionierung bezüglich Erwerbsarbeit sowie anderer krankheitsbedingt vermiedener Alltagsaktivitäten sei proгредиert (Urk. 9/126/1). Die Beschwerdeführerin sei nicht arbeitsfähig, es sei fraglich, ob Belastbarkeit für Massnahmen der Wiedereingliederung im Umfang von mindestens zwei Stunden pro Tag bestehe (Urk. 9/126/2 f.).

### **E. 3.12.1**

Dem polydisziplinären Gutachten der Z. \_\_\_\_

vom 7. September 2018 sind folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen (Urk.

9/127/8): - rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelschwere bis schwere depressive Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F33.2) - rezidivierendes pseudoradikuläres Lumbalsyndrom beidseits bei gering- bis mittelgradigen Facettengelenksarthrosen LWK 2 bis SWK 1

Ferner stellten die Gutachter die folgenden Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 9/127/8): - akzentuierte Persönlichkeit mit ängstlich-vermeidenden und dependenten Anteilen (ICD-10 Z73.1) - Senk-Spreiz-Plattfuss beidseits - Adipositas (BMI 32.9 kg/m<sup>2</sup>)

- substituierte Hypothyreose - milde normochrome normozytäre Anämie - Hypovitaminosis D

### **E. 3.12.2**

Dr. med. L. \_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt fest, bei der Beschwerdeführerin, bei der sich die psychische Problematik bereits 2015 als wirksam erwiesen habe, sei es darauffolgend zu einem rezidivierenden Verlauf der depressiven Störung vor dem Hintergrund einer Arbeitslosigkeit seit 2014 und negativen Auswirkungen auf die Integration nach der Scheidung mit einer zunehmenden sozialen Isolation, Verurteilung der Scheidung durch die Familie sowie Rollenveränderung bei Eigenständigkeit der erwachsenen Kinder, gekommen. Der Verlauf der depressiven Erkrankung habe bisher keine Remissionsphasen gezeigt, die erfolgten Therapien hätten sich als wenig erfolgsversprechend erwiesen. Eine depressive Symptomatik mit Krankheitswert liege nach den Kriterien des ICD-10 und DSM-V im Sinne einer mittel- bis schwergradigen Episode ohne somatisches Syndrom vor. Die funktionsrelevanten Defizite resultierten aus der depressiven Symptomatik, die nach BDI-II und Hamilton-Skala objektiviert werden können. Das Ausmass der funktionellen Beeinträchtigungen führe zu Einschränkungen der Lebensführung, so dass die Beschwerdeführerin die eigene Selbstversorgung nur mit grossen Schwierigkeiten aufrechterhalten könne und auf die Hilfe und Unterstützung der Kinder angewiesen sei. Aufgrund der psychopathologischen Funktionsstörungen sei die Beschwerdeführerin weiterhin behandlungsbedürftig, die Behandlungsmöglichkeiten seien keineswegs ausgeschöpft, eine Therapieresistenz sei noch nicht zu postulieren. Bei einem bereits chronifizierten Verlauf der depressiven Erkrankung sei die aktuelle medikamentöse Option unzureichend. Aus psychiatrischer Sicht resultiere daraus eine Arbeitsunfähigkeit sowohl in der angestammten als auch in der angepassten Tätigkeit von 50 % (Urk. 9/127/6 f.).

### **E. 3.12.3**

Im Rahmen der Exploration durch Dr. med. M.\_\_\_\_, Fachärztin für ortho pä di sche Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, habe die Beschwer de füh rin belastungsabhängige Schmerzen im Bereich der unteren Lenden wir belsäule mit teilweiser Ausstrahlung in beide Beine angegeben. Bei der Unter suchung habe sich eine reizlose, spontan frei bewegliche Lendenwirbelsäu le mit einer Hyper lordose gezeigt. Übereinstimmend mit der angegebenen pseudora dikulären Schmerz ausstrahlung hätte n sich im MRT der Lendenwirbelsäu le vom 18. Jan u ar 2018 Facettengelenksarthrosen von LWK 2 bis SWK 1 ohne Neuro kom pression dargestellt. Die von der Beschwerdeführerin angegebene Hypäs thesie sei bei feh lender Neurokompression im aktuellen MRI nicht nachvoll zieh bar. Aufgrund des radiologischen Befunds seien gelegentliche belastungsab hängige Schmerzen im Bereich der unteren Lendenwirbelsäule mit pseudoradikulärer Ausstrahlung mög lich, eine generelle Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin lasse sich jedoch daraus nicht ableiten (Urk. 9/127/7).

#### **E. 3.12.4**

Dr. med.

N.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, konnte auf ihrem Fachgebiet keine Erklärung für die von der Beschwerdeführerin beklagten chronisch-thera pieresistenten Rückenschmerzen und der Sensibilitätsminderung ab Mitte der rechten Oberschenkelaussenseite mit Ausstrahlung bis zur vierten Zehe rech ts finden . Auf neurologischem Gebiet best ehe keine Einschränkung der Arbeits fähig keit (Urk. 9/127/7 f.).

#### **E. 3.12.5**

Gemäss Dr. med. O.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Endokrinologie-Diabetologie , sei eine suffiziente Einstellung der Schilddrüsen funktion unternommen worden. Durch die Schilddrüsenunterfunktion seien die angegebenen Symptome mit Müdigkeit und Kraftlosigkeit nicht zu erklären. Die aktuell festgestellte milde Anämie und die Hypovitaminosis D würden die Symp tome ebenfalls nicht erklären (Urk. 9/127/8) .

#### **E. 3.12.6**

Im interdisziplinären Konsens kamen die Experten zur Auffassung, dass die diag nostizierte psychische Erkrankung mit sozialmedizinischer Relevanz die Arbeits fähigkeit sowohl in der angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit um 50 % einschränke. Von orthopädisch-traumatologischer Seite bestehe eine 80 %ige Arbeits f ähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Reinigungskraft aufgrund eines gering erhöhten Pausenbedarfs, i n einer leidensadaptierten, dem Belastungsprofil entsprechenden Tätigkeit werde von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit der Be schwerdeführerin ausgegangen (Urk. 9/127/9). Der Beschwerdeführerin seien körperlich leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten ohne Zwangs haltungen der Lendenwirbelsäule zumutbar. Bei einer limitierten Handlungs energie mit Antriebsmangel, verminderter emotionaler Belastbarkeit und Aus dauer seien Tätigkeiten ungeeignet, in denen schnelle Ein- und Umstellung auf neue Anforderungen und neue Situationen sowie Anforderungen an die kognitive Flexibilität und Ausdauer im Vordergrund stünden. Tätigkeiten mit hohen Anfor derungen an Verlässlichkeit und Genauigkeit könnten wegen Aufmerksam keits schwierigkeiten problematisch sein. Arbeiten ohne stressreiche Umgebung in einem flexiblen Arbeitsmodus seien denkbar. Tätigkeiten ohne Schichtarbeit und ohne besonderen Zeitdruck seien geeignet. Dabei seien die sprachlichen Fähig keiten der Beschwerdeführerin sowie ihr

Ausbildungsgrad zu berücksichtigen (Urk. 9/127/9 f.).

### **E. 3.13**

Im Gerichtsverfahren eingereichten Bericht von Dr. F.\_\_\_\_ vom 23. Dezember 2019 schildert e

diese eine ab Januar 2019 bestehende, in der Intensität fluktuierende Suizidalität, die in dieser Zeit zunehmend gewesen sei, die Beschwerdeführerin sei jedoch noch absprachefähig gewesen. Im Behandlungsverlauf seien verschiedene Antidepressiva versucht worden, die jedoch aufgrund von nicht tolerablen Nebenwirkungen hätten sistiert werden müssen. Am 30. Mai 2019 sei bei einer Zuspitzung der Suizidalität, von der sich die Beschwerdeführerin kaum mehr abgrenzen können, notfallmässig der Eintritt ins Kriseninterventionszentrum und nach zwei Wochen eine Überweisung zur stationären psychiatrischen Behandlung auf der Spezialstation für Angst und Depression der G.\_\_\_\_ erfolgt. Die stationäre Behandlung dort habe vom 27. Juni bis am 12. August 2019 gedauert (Urk. 6 S.

2

f.).

### **E. 4.1**

Vorab ist auf den Beweiswert des Gutachtens der Z.\_\_\_\_ vom 7. September 2018 (Urk. 9/127) einzugehen.

Die Expertise basiert auf umfassenden orthopädisch-traumatologischen, internistischen, neurologischen und psychiatrischen Untersuchungen (Urk. 9/127/30, Urk. 9/127/49 ff., Urk. 9/127/62 ff., Urk. 9/127/77 ff.) und wurde in detaillierter Kenntnis der Vorakten erstellt (Urk. 9/127/14 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 der Krankheitsentwicklung sowie dem gewöhnlichen Tagesablauf äussern (Urk.

9/127/ 27 ff. ,

9/127/45

ff., 9/127/59 ff., Urk. 9/127/73 ff. ). 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.

9/127/ 32 ff., Urk. 9/127/50 ff., Urk. 9/127/63 ff. , Urk. 9/127/80 ff. ). Die Gutachter nahmen ausserdem Stellung zu vorangegangenen ärztlichen Beurteilungen (Urk. 9/127/35 , Urk. 9/127/64 f. , Urk. 9/127/80 ) . Gesamthaft erfüllt das Z.\_\_\_\_ -Gutachten somit die vom Bundesgericht festgelegten formellen Kriterien für eine beweiswerte medizinische Expertise (vgl. E. 1.3 vorstehend).

### **E. 4.2**

In somatischer Hinsicht diagnostizierten die Experten ein rezidivierendes pseudoradikuläres Lumbalsyndrom beidseits bei gering- bis mittelgradigen Facettengelenksarthrosen LWK 2 bis SWK 1 (Urk. 9/127/8), dem sie dahingehend Einfluss auf die

Arbeitsfähigkeit zumassen, als dass die Ausübung der bisherigen Tätigkeit der Beschwerdeführerin nur zu 80 % zumutbar sei. In einer angepassten Tätigkeit sei sie hingegen zu 100 % arbeitsfähig (Urk. 9/127/9).

Diese Beurteilung gelte ab dem 4. August 2014. Aufgrund des Sturzes am 7. Juli 2014 sei die Beschwerdeführerin für höchstens vier Wochen zu 100 % arbeitsunfähig gewesen, ebenso während der Dauer der stationären Aufenthalte (Urk. 9/127/11). Die Beschwerdegegnerin stellte auf diese Beurteilung ab, welche sich in Anbetracht der nur teilweise objektivierbaren Beschwerden als nachvollziehbar erweist. Dies blieb auch seitens der Beschwerdeführerin unbestritten (Urk. 2 S. 2, vgl. Urk. 1). Dr. A. \_\_\_

und Dr. B. \_\_\_ attestierten in den Jahren 2014 bis 2015 hingegen jeweils eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Urk. 9/20/5, Urk. 9/23/55). Zu diesem Zeitpunkt beruhten diese Einschätzungen vor allem auf den von der Beschwerdeführerin subjektiv angegebenen Schmerzen.

Soweit in den darauf folgenden medizinischen Abklärungen objektive Befunde erhoben werden konnten (Urk. 9/31/9, Urk. 9/31/16), hat diese die Gutachterin Dr. M. \_\_\_ in ihre Beurteilung mit einbezogen (Urk. 9/127/7, Urk. 9/127/35).

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

### **E. 4.3**

In psychiatrischer Hinsicht diagnostizierte die Gutachterin Dr. L. \_\_\_ eine rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelschwere bis schwere Episode ohne somatisches Syndrom, dem sie eine Reduktion der Arbeitsfähigkeit von 50 % in jeglicher Tätigkeit beimass (Urk. 9/127/).

#### **E. 4.4.1**

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. 4.4.2**

Was den Komplex «Gesundheitsschädigung» respektive den Indikator der «Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde» angeht, ist festzuhalten, dass Dr. L. \_\_\_ eine rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelschwere bis schwere depressive Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F33.2) diagnostizierte, der ein mittelschwerer bis schwerer Schweregrad inhärent ist. Diese Diagnose geht

einher mit den erhobenen Befunden einer deutlichen Antriebslosigkeit mit ein geschränkter affektiver Modulationsfähigkeit und depressiver Stimmungslage, einem Wechsel zwischen psychomotorischer Verlangsamung und Agitiertheit und objektivierbaren Störungen bezüglich Konzentration und Aufmerksamkeit (Urk. 9/127/81). Psychosoziale Faktoren, welche rechtlich keine Invalidität zu be gründen vermögen, sind zwar vorhanden, doch hat sich das depressive Zustands bild als eigenständiges Krankheitsbild manifestiert (vgl. vorstehende E. 4.3).

#### **E. 4.4.3**

Bezüglich des Indikators des «Behandlungs- und Eingliederungserfolgs, beziehungsweise -resistenz» ist anzumerken, dass entgegen der Darstellung der Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entscheid (Urk. 2 S. 2) allein die fehlende Ausschöpfung aller Behandlungsmöglichkeiten nicht mehr ausreicht, um einen invalidisierenden Gesundheitsschaden zu verneinen (vorstehend E.

1.5). Dr. L.\_\_\_\_ führte diesbezüglich aus, die Beschwerdeführerin habe die empfohlene stationäre und ambulante psychiatrische Behandlung wahrgenommen (Urk.

9/127/10). Die Behandlungsmöglichkeiten seien jedoch keineswegs ausgeschöpft, obwohl der Verlauf der Erkrankung bereits eine Chronifizierung ohne Remissionsphasen zeige und die erfolgten Therapien sich sowohl ambulant als auch stationär als wenig wirksam erwiesen hätten (Urk. 9/127/85). Eine Therapieresistenz sei noch nicht zu postulieren (Urk. 9/127/7). Dr. L.\_\_\_\_ empfahl dringend eine Intensivierung der antidepressiven Pharmakotherapie sowie eine stationäre psychiatrische/psychosomatische Behandlung. Ausser der Optimierung der antidepressiven Medikation sollten die augmentativen und phasenprophylaktischen Ansätze sowie eine psychiatrisch-psychotherapeutische Anbindung in der Muttersprache dringend diskutiert werden (Urk. 9/127/12). Eine erneute stationäre Behandlung wurde zum Gutachtenszeitpunkt bereits diskutiert (Urk.

9/127/73), die Beschwerdeführerin war in der Folge noch vor Erstattung des Gutachtens am 20. Juli 2018 zunächst im Kriseninterventionszentrum und später auf der Depressions- und Angststation der G.\_\_\_\_ hospitalisiert (Urk. 9/122/1 f., Urk.

9/126). Im Rahmen dieser Behandlung wurde auch eine Aufdosierung der medikamentösen Versorgung vorgenommen. Von den behandelnden Fachpersonen wurde jedoch in einem Verlaufsbericht zwei Wochen vor der geplanten Entlassung ein unverändertes Beschwerdebild und ein sehr geringes Therapieansprechen festgehalten (Urk. 9/126/1).

Ferner liegt der Bericht der behandelnden Psychiaterin Dr.

F.\_\_\_\_ vom 23. Dezember 2019 vor, zu dem sich die Beschwerdegegnerin äussern konnte (Urk. 7). Dieser wurde

zwar erst nach Abschluss des Verwaltungsverfahrens erstellt, ist jedoch vorliegend zu berücksichtigen, da er

mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang steht und geeignet ist, die Beurteilung im Zeitpunkt des Entscheiderlasses zu beeinflussen (BGE 121 V 362 E. 1b, 99 V 98). Daraus ergibt sich eine weitere Behandlung im Kriseninterventionszentrum und auf der Depressions- und Angststation der G.\_\_\_\_ im Jahr 2019 sowie der Versuch, mehrere Antidepressiva einzusetzen oder höher zu dosieren, was jedoch von der Be

schwerdeführerin nicht vertragen wurde (Urk. 6 S. 2). Insgesamt ist trotz in der Zwischenzeit erfolgten Intensivierung der Therapiemassnahmen nur ein sehr mässiger Therapieerfolg ersichtlich. Weiter ist zu bemerken, dass die Beschwerdeführerin anfänglich den ärztlich empfohlenen Aufbau einer Tagesstruktur zwar abgelehnt hat (vorstehend E. 3.5), im Verlauf jedoch die verschiedenen verordneten Behandlungen mit unterschiedlichen therapeutischen Ansätzen wahr genommen hat.

Zum Eingliederungserfolg respektive zur Eingliederungsresistenz ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin selbst keine Anstrengungen unternommen hat, um sich wieder in den Arbeitsmarkt zu integrieren. Im Rahmen der ab 23. März 2017 eingeleiteten

beruflichen Massnahmen (Urk. 9/75) zeigte sie sich zunächst zwar motiviert, an Eingliederungsmassnahmen teilzunehmen (Urk. 9/79/1), brach diese jedoch bei m ersten Gespräch ab, da sie sich aus gesundheitlichen Gründen dazu nicht in der Lage sah (Urk. 9/87/2), obwohl die behandelnden Ärzte die Durchführung von solchen Massnahmen empfohlen hatten (vgl. Urk. 9/59/2, Urk.

9/64/3). Dies gilt als Indiz für eine nicht in validisierende Beeinträchtigung (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2). Festzuhalten ist jedoch, dass die genauen Umstände des Abbruchs nicht protokolliert wurden und insbesondere nicht ersichtlich ist, ob die Beschwerdeführerin auf allfällige negative Folgen der Verweigerung der Teilnahme hingewiesen wurde (vgl. Urk. 9/87).

#### **E. 4.4.4**

Störungen fallen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbiditäten in Betracht, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist (BGE 143 V 418 E. 8.1).

Die Beschwerdeführerin leidet unter Rückenbeschwerden, die zwar durch die Untersuchungsergebnisse nur teilweise zu objektivieren waren (Urk. 9/127/10), gemäss der orthopädisch-traumatologischen Beurteilung jedoch dennoch eine nur 80%ige Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Reinigungsfachfrau zur Folge haben (Urk. 9/127/9).

#### **E. 4.4.5**

Im Komplex «Persönlichkeit» ist zu beachten, dass die Beschwerdeführerin weit zurückreichende Züge mit rigiden, ängstlich-vermeidenden Komponenten aufweist, so dass von einer Persönlichkeitsakzentuierung auszugehen ist. Diese führt laut Dr. L. \_\_\_ zu einer Unterordnung der eigenen Bedürfnisse, unter diejenigen anderer Personen, zu denen eine Abhängigkeit besteht. Dazu kommt die Angst, nicht für sich selbst sorgen zu können, und die Furcht, verlassen zu werden und auf sich selbst angewiesen zu sein.

Das führe zu einer Wahrnehmung von sich selbst als sozial unbeholfen und minderwertig im Vergleich mit anderen, mit einem eingeschränkten Lebensstil und Vermeidung von sozialen Kontakten. (Urk.

9/127/81 f.). Hinweise für eine Persönlichkeitsstörung ergaben sich jedoch keine. Die Beschwerdeführerin habe sich sodann in der Exploration verträglich, umgänglich sowie kontaktfreudig gezeigt und sei in der Lage gewesen, mit ausreichender Flexibilität auf das Gegenüber und die jeweilige Situation zu reagieren (Urk. 9/127/9). Insgesamt ist

jedoch davon auszugehen, dass die auch gutachterlich erhobene und als Z-Diagnose gefasste akzentuierte Persönlichkeit der Beschwerdeführerin den Umgang mit ihren gesundheitlichen Beschwerden und die berufliche Eingliederung eher erschwert als begünstigt.

#### **E. 4.4.6**

Zum Komplex «sozialer Kontext» ist aktenkundig, dass die Beschwerdeführerin bereits vor der psychischen Erkrankung aufgrund ihrer Scheidung sozial isoliert war, ihr sozialer Rückzug erfolgte mithin nicht (nur) krankheitsbedingt, sondern trug als psychosozialer Faktor auch zur Entwicklung der Erkrankung bei. Die Beschwerdeführerin hat drei erwachsene Kinder, die beiden Söhne leben mit ihr in einem Haushalt. Zwar erhält sie von den Söhnen Hilfe bei der Hausarbeit, die Beziehung ist jedoch belastet, die Streitereien zwischen den Söhnen sowie die Impulsivität des jüngeren Sohnes mit Polizeieinsätzen im Haus machen der Beschwerdeführerin zu schaffen. Sie fühlt sich mit ihren Verpflichtungen gegenüber den Kindern überfordert. Positiv zu werten ist, dass sie besonders zu ihrer Schwester, die in Zürich lebt, eine enge Beziehung hat (Urk. 9/127/75). Ferner besucht ihre 30jährige Tochter sie einmal pro Woche und sie hat täglichen Kontakt zu ihrer Enkelin per FaceTime (Urk. 9/127/76). Das soziale Netz der Beschwerdeführerin weist somit durchaus gewisse Ressourcen auf, wenn auch die Familie nicht als intakt zu bezeichnen ist.

#### **E. 4.4.7**

Hinsichtlich der beweisrechtlich entscheidenden Kategorie der «Konsistenz» ist vorab festzuhalten, dass Dr. L. \_\_\_ die beklagten Symptome und Funktions einbussen als konsistent, plausibel und nachvollziehbar eingestuft hat (Urk.

9/127/82) und keine Hinweise auf Aggravation oder Simulation ausmachen konnte (Urk. 9/127/78). Sie führte aus, das Ausmass der funktionsrelevanten Defizite resultiere aus der depressiven Symptomatik, dieses führe zu massiven Einschränkungen der Lebensführung, so dass die Beschwerdeführerin die eigene Selbstversorgung nur mit grossen Schwierigkeiten aufrechterhalten könne und auf Hilfe und Unterstützung der Kinder angewiesen sei (Urk. 9/127/81). Die Beschwerdeführerin schilderte dann auch einen Alltag, der zwar gewisse Aktivitäten, wie Kontakte mit der Enkelin via FaceTime und deren zeitweise Betreuung (Urk. 9/127/48) sowie die Erledigung eines Teils der Haushaltsarbeiten beinhaltet, jedoch insbesondere im Hinblick auf ausserhäusliche Aktivitäten deutlich eingeschränkt ist (Urk. 9/127/76). Dass die Beschwerdeführerin in der Lage ist, alleine die öffentlichen Verkehrsmittel zu benutzen sowie ein- bis zweimal jährlich in die Türkei zu fliegen, ist grundsätzlich nicht mit einer vollumfänglichen, doch mit einer 50%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vereinbar, zumal die Beschwerdeführerin soweit ersichtlich nicht zu Freizeit Zwecken mit dem öffentlichen Verkehr unterwegs ist, sondern um Termine

einzuhalten, und sich darüber hinaus oft von ihrer Schwester begleiten lässt. Bei den Flügen in die Türkei handelt es sich sodann nicht um Ferienreisen an sich, sondern um Besuche bei ihren Eltern, wo der Beschwerdeführerin die Verhältnisse bekannt sind und sie sich nicht auf neue Umstände einstellen muss (Urk. 9/127/76).

#### **E. 4.4.8**

Ein gewisser Leidensdruck ist behandlungsanamnestisch ausgewiesen, die Beschwerdeführerin nimmt - wie gesagt - seit Jahren regelmässig ambulante psychiatrische

Termine bei Dr. F.\_\_\_\_ wahr und absolvierte in den Jahren 2016, 2018 und 2019 jeweils mehrmonatige stationäre Aufenthalte im Kriseninterventionszentrum sowie auf der Depressions- und Angststation der G.\_\_\_\_. (Urk. 9/59).

#### **E. 4.4.9**

In Anbetracht der mittel- bis schwergradig ausgeprägten Befunde, der Persönlichkeitsakzentuierung und

dem wesentlich reduzierten Aktivitätsniveau im privaten Lebensbereich bei inzwischen intensivierten Therapiebemühungen lässt sich die gutachterlich angegebene Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 50 % auch mit Blick auf die Standardindikatoren nachvollziehen.

Die Einschränkung um 50 % ergab sich aufgrund der dokumentierten funktionellen Einschränkungen (Urk. 8/184/97) und ist auch im Lichte der teilweise vorhandenen Ressourcen und der fehlenden Integrationsbemühungen, welche auf einen teilweisen Erhalt der Arbeitsfähigkeit hinweisen, nicht zu beanstanden. Demnach rechtfertigt es sich nicht, aus juristischer Sicht von dieser medizinischen gutachterlichen Beurteilung, welcher sich auch die RAD-Ärztin anschloss (Urk.9/132/7), abzuweichen.

#### **E. 4.5**

Laut Dr. L.\_\_\_\_ gilt die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 50 % seit dem Tag der Begutachtung, mithin dem 16. Juli 2018. Retrospektiv erachtete sie die von der behandelnden Psychiaterin Dr. F.\_\_\_\_ ab dem 1. Juli 2015 (und nicht erst wie von der Gutachterin angenommen ab dem Jahr 2016; Urk. 9/32/1) attestierte Arbeitsunfähigkeit von 100 % als zu hoch und führte aus, die diagnostizierte mittelgradige depressive Episode rechtfertige höchstens eine Reduktion der Arbeitsfähigkeit um 30-40 % (Urk. 9/127/11). Gemäss bundegerichtlicher Rechtsprechung ist jedoch nicht die diagnostische Einordnung eines Gesundheits Schadens entscheidend, sondern die zugrunde liegenden psychiatrischen Befunde (vgl. BGE 130 V 352 E).

#### **E. 7**

.2

Nach Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 Abs. 1 GSVGer hat die ob siegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streit Sache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer).

Unter Berücksichtigung der genannten Kriterien ist die von der Beschwerde gegnerin an die Beschwerdeführerin zu leistende Entschädigung ermessensweise auf Fr. 2'100.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 25. November 2019 aufgehoben und es wird festgestellt, dass die Beschwerdeführerin ab dem 1. November 2015 Anspruch auf eine halbe Rente der Invalidenversicherung hat. Im Übrigen wird die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen damit sie die erforderlichen Abklärungen im Sinne der Erwägungen durchführe und hernach über den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin ab dem Jahr 2019 neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu

gestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2'100.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Tobias Figi unter Beilage einer Kopie von Urk. 13 - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage einer Kopie von Urk. 13 - GastroSocial Pensionskasse, Buchserstrasse 1, Postfach, 5001 Aarau

- Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

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

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

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

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