

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00453 vom 30. Dezember 2022**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-12-30, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2022.00453](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2022.00453)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00453 du 30 décembre 2022

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00453 del 30 dicembre 2022

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Die 1968 geborene X.\_\_\_\_ arbeitete nach ihrer Einreise in die Schweiz im Februar 2021 in der Reinigung und als Haushaltshilfe bei verschiedenen Arbeitgebern, zumeist tiefprozentig, teils gleichzeitig (Urk. 7/22, 7/23, 7/24). Im August 2019 erfolgte eine Anmeldung zur Früherfassung (Urk. 7/17). Am 16. September 2019 meldete sich die Versicherte unter Hinweis auf eine Depression bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/24). Die

Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinischen und beruflichen Verhältnisse ab und holte Akten der Krankentaggeldversicherung ein (Urk. 7/46). Nach Einholung eines polydisziplinären Gutachtens (Expertise des Y.\_\_\_\_ vom 5. Juli 2021, Urk. 7/67) und Vorlage an den regionalen ärztlichen Dienst (Urk. 7/71/5-6) verneinte die IV-Stelle nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 7/72, 7/73, 7/79) mit Verfügung vom 4. Juli 2022 einen Leistungsanspruch der Versicherten (Urk. 2).

### **E. 1.1**

Am 1. Januar 2022 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV), des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) in Kraft getreten.

In zeitlicher Hinsicht sind vorbehaltlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1, 144 V 210 E. 4.3.1, je mit Hinweisen). Da der Zeitpunkt des Invaliditätseintritts (Art. 28 Abs. 1 und 1 bis IVG) und jener des Rentenanspruchs nicht unbedingt identisch sind, fällt eine Invalidenrente unter das neue Recht, wenn der Anspruchsbeginn ab dem 1. Januar 2022 liegt, auch wenn die Invalidität vor diesem Zeitpunkt eingetreten ist. Neurechtliche Invalidenrenten sind somit Renten, auf die gemäss Art. 29 Abs. 1 und 2 IVG der Anspruch ab dem 1. Januar 2022 entsteht (vgl. Rz. 1008 des Kreisschreibens zu den Übergangsbestimmungen zur Einführung des linearen Rentensystems, K S ÜB WE IV, gültig ab 1. Januar 2022).

Die angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022. Da die Entstehung eines Rentenanspruchs vorliegend bereits vor dem 1. Januar 2022 in Betracht fällt, sind die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die nachfolgend auch in dieser Fassung zitiert werden.

## **E. 1.2**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 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. 1.3**

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 unbesehen 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**

Sowohl bei der erstmaligen Prüfung des Rentenanspruchs als auch bei der Rentenrevision und im Neuanmeldungsverfahren ist die Methode der Invaliditätsbemessung (Art. 28a IVG) zu bestimmen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 117 V 198 E. 3b).

Die für die Methodenwahl (Einkommensvergleich, gemischte Methode, Betätigungsvergleich) entscheidende Statusfrage, nämlich ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist, beurteilt sich danach, was die Person bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. Entscheidend ist somit nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch erwerbstätig wäre. Bei im Haushalt tätigen Versicherten im Besonderen (vgl. Art. 27 IVV) sind die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen. Massgebend sind die Verhältnisse, wie sie sich bis zum Erlass der Verfügungsverfügung entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-)Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich ist (BGE 144 I 28 E. 2.3, 141 V 15 E. 3.1, 137 V 334 E. 3.2, 125 V 146 E. 2c, 117 V 194 E. 3b).

Die Beantwortung der Statusfrage erfordert zwangsläufig eine hypothetische Beurteilung, die auch die hypothetischen Willensentscheidungen der versicherten Person zu

berücksichtigen hat. Diese Entscheidungen sind als innere Tatsachen wesensmässig einer direkten Beweisführung nicht zugänglich und müssen in der Regel aus äusseren Indizien erschlossen werden (vgl. BGE 144 I 28 E. 2.4; Urteil des Bundesgerichts 8C\_178/2021 vom 11. Mai 2021 E. 3.2 mit Hinweisen).

### **E. 1.5**

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

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

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

### **E. 1.6**

Die Wartezeit im Sinne von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG gilt in jenem Zeitpunkt als eröffnet, in welchem eine deutliche Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit eingetreten ist. Als erheblich in diesem Sinne gilt bereits eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % (AHI 1998 S. 124 E. 3c; Urteil des Bundesgerichts I 10/05 vom 14. Juni 2005 E. 2.1.1 in fine mit Hinweisen). Unter relevanter Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bestimmung ist eine Einbusse an funktionellem Leistungsvermögen im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zu verstehen. Das heisst, es muss arbeitsrechtlich in Erscheinung treten, dass die versicherte Person an Leistungsvermögen eingebüsst hat, so etwa durch einen Abfall der Leistungen mit entsprechender Feststellung oder gar Ermahnung des Arbeitgebers oder durch gehäufte, aus dem Rahmen fallende gesundheitlich bedingte Arbeitsausfälle. Mit anderen Worten: Die Leistungseinbusse muss in aller Regel dem seinerzeitigen Arbeitgeber aufgefallen sein. Eine erst nach Jahren rückwirkend festgelegte medizinisch-theoretische Arbeitsunfähigkeit genügt nicht. Umgekehrt ist eine in der beruflichen Tätigkeit im Vergleich zu einer gesunden Person tatsächlich nur reduziert erbrachte Leistung für sich allein gesehen in aller Regel ebenso wenig ausreichend für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit im Sinne des Gesetzes. Vielmehr bedarf es dazu regelmässig zusätzlich einer (überzeugenden) medizinischen Einschätzung, die ordentlicherweise echtzeitlicher Natur ist. Der Zeitpunkt des Eintritts der Arbeitsunfähigkeit muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Dieser Nachweis darf nicht durch nachträgliche erwerbliche oder medizinische Annahmen und spekulative Überlegungen ersetzt werden (Urteil des Bundesgerichts 8C\_204/2012 vom 19. Juli 2012 E. 3.2 mit weiteren Hinweisen). 2.

### **E. 2**

Dagegen erhob X.\_\_\_\_ am 5. September 2022 Beschwerde und beantragte, die Beschwerdegegnerin sei unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung zu ergänzenden Abklärungen zur Restarbeitsfähigkeit mit anschliessender neuer Festlegung des Invaliditätsgrades und Ausrichtung einer Teilinvalidenrente zu verpflichten. Weiter sei sie zu verpflichten, Eingliederungsmassnahmen zu prüfen ( Urk. 1 S. 2). Die Beschwerdegegnerin schloss mit Vernehmlassung vom 21. November 2022 auf Abweisung der Beschwerde ( Urk. 6), worüber die Beschwerdeführerin verfügungsweise in Kenntnis gesetzt wurde ( Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin verneinte einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin im angefochtenen Entscheid im Wesentlichen gestützt auf das Gutachten vom 5. Juli 2021. Demzufolge sei sie ab Juli 2019 in ihrer bisherigen Tätigkeit in der Reinigung beziehungsweise als Haushaltshilfe eingeschränkt gewesen, sei aber ab März 2020 wieder zu 80 % arbeitsfähig gewesen. Entsprechend könne sie ein rentenausschliessendes Einkommen erzielen. Für die Arbeitsvermittlung werde sie an die Regionale Arbeitsvermittlung verwiesen. Die Einwände der Beschwerdeführerin vermöchten hieran nichts zu ändern ( Urk. 2 S. 1 f.).

## **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin vertritt dagegen zusammengefasst den Standpunkt, das psychiatrische Fachgutachten in der eingeholten Expertise sei nicht schlüssig und in der Herleitung der Diagnosen und der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht nachvollziehbar. Zudem sei die Begutachtung, wie bereits mit dem Einwand vor gebracht, auf Italienisch anstatt Spanisch übersetzt worden, dies, obwohl sie lediglich lediglich Italienisch

spreche und verstehe. Zudem überzeuge die konsensuale Beurteilung der Arbeitsfähigkeit weder bezüglich der angestammten Tätigkeit noch im Haushalt oder im Verlauf. Weitere Abklärungen seien auch zur Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit notwendig. Sodann sei von einer Qualifikation als voll Erwerbstätige auszugehen, andernfalls sei die Qualifikation eben falls ergänzend abzuklären. Auch sei der Beginn des Wartejahres zu Unrecht auf 1. Juli 2019 datiert und kein Einkommensvergleich vorgenommen worden. Im Weiteren sei auch keine Prüfung von Eingliederungsmassnahmen erfolgt ( Urk. 1 S.

4 ff.). 3. 3.1

Das Gutachten der Y. \_\_\_ vom 5. Juli 2021 ( Urk. 7/67/1-103) basiert auf einer allgemein-internistischen, einer orthopädisch-chirurgischen, einer neurologischen und einer psychiatrischen Exploration. Die Untersuchungen fanden am 20. April 2021 statt unter Beizug einer Dolmetscherin, welche auf Italienisch übersetzte ( S. 5, S. 26, S. 37, S. 50 ). Die Konsensbeurteilung führte zu folgenden Diagnosen (S. 9):

Diagnosen mit Einfluss auf Arbeitsfähigkeit: - Mittelschweres obstruktives Schlafapnoesyndrom (OSAS), ED 07/2020 (ICD-10 G47.3) - anamnestisch vermehrte Tagesmüdigkeit, ESS-Score 1/24 Punkte - respiratorische Polygraphie vom 17.07.2020: AHI 25.4/h, ODI 26.2/h - Chronische Kniebeschwerden rechts (ICD-10 M17.1/Z98.8) - radiologisch laterale und femoropatelläre Arthrose sowie Läsion des Aussenmeniskus (MRI 19.07.2019 und Röntgen 20.04.2021) - anamnestisch Status nach arthroskopischem Meniskuseingriff am 24.10.2019 (Spital Z. \_\_\_, A. \_\_\_ ) - klinische Zeichen der Femoropatellararthrose - Chronische Dorsalgie (ICD-10 M54.80) - radiologisch zervikale, thorakale und lumbale Degeneration ohne Neurokompression (MRI 18.07.2019 und 13.01.2021) - klinisch erheblicher Hohl-Rundrücken ohne höhergradiges funktionelles Defizit - Verdacht auf epileptischen generalisierten Anfall 2017 (ICD-10 G40.9) - Verdacht auf Status nach zerebraler Vaskulitis, Erstmanifestation 2017 (ICD-10 I67.7)

Diagnosen ohne Einfluss auf Arbeitsfähigkeit: - Chronisches unspezifisches multilokuläres Schmerzsyndrom (ICD-10 R52.9) - Metabolisches Syndrom - Adipositas (BMI 30kg/m<sup>2</sup>; ICD-10 E66.0) - arterielle Hypertonie, medikamentös behandelt (ICD-10 I10) - Dyslipidämie, medikamentös behandelt (ICD-10 E78.2) - Inzidentelles Aneurysma R. communicans anterior (3x2,7mm; ICD-10 I67.9) - Episodische Migräne ohne Aura

(ICHD-3 1.1) - Verdacht auf zervikogenen Kopfschmerz (ICHD-3 11.2.1) DD  
Kopfschmerz bei Vaskulitis (ICHD-3 6.4.2 / 6.4.3) - Chronischer Nikotinabusus (ICD-10  
F17.1) - Rezidivierende depressive Störung, als remittiert zu beurteilen (ICD-10 F33.4) -  
Leichte Aortenklappeninsuffizienz (ICD-10 I35.1) 3.2

Der fallführende Gutachter Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH  
, schloss in seinem Fachgutachten (Urk. 7/67/22-29), dass der Beschwerdeführerin  
aufgrund des Schlafapnoesyndroms, dessen Behandlung die Beschwerdeführerin aufgrund  
von Nervosität und Schlaflosigkeit bereits nach einem Monat sistiert habe, und der  
ungenügend eingestellten Hypertonie körperlich schwere Arbeiten nicht mehr zumutbar  
seien. Auch Schichtarbeiten und selbst- sowie fremdgefährdende Arbeiten sollten nicht  
mehr durchgeführt werden. Unter Einhaltung dieser Einschränkungen bestehe in einer  
körperlich leichten bis intermittierend mittelschweren Verweistätigkeit eine Arbeits- und  
Leistungsfähigkeit von 80 % bedingt durch einen erhöhten Pausenbedarf. Von dieser  
Arbeitsfähigkeit könne mit Sicherheit seit dem Zeitpunkt der Diagnosestellung der OSAS  
ausgegangen werden, mithin seit Juli 2020 (S. 27 ff.). Für Tätigkeiten im Haushalt bestehe  
bei freier Zeiteinteilung und in gewohnter Umgebung keine Einschränkung (S. 30). 3.3

Der psychiatrische Gutachter Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie  
, schloss aufgrund seiner klinischen Untersuchung vom 20. April 2021 auf eine Remission  
der rezidivierenden depressiven Störung. Zwar habe die Beschwerdeführerin bei der  
hiesigen Untersuchung beim BDI-II ein Ergebnis gezeigt, das auf eine schwere depressive  
Symptomatik hinweisen könnte. Diese Symptomatik habe in der Untersuchungssituation  
aber nicht objektiviert werden können. Die Beschwerdeführerin habe sich  
schwingungsfähig gezeigt, gehe verschiedenen Aktivitäten nach, zu denen Patienten mit  
behandlungsbedürftigen Depressionen mangels Antriebs und wegen des Interessenverlusts  
in der Regel nicht in der Lage seien. Ferner verfüge sie über mehrere Ressourcen.  
Zusammenfassend liessen sich keine Hinweise für eine tiefgreifende Funktions- und  
Leistungsbeeinträchtigung im psychiatrischen Bereich erkennen. Auch habe die  
Beschwerdeführerin erklärt, ihr Zustand habe sich unter der antidepressiven Medikation  
verbessert. Sodann hätten sich keine Anhaltspunkte für ein gravierendes kognitiv  
eingeschränktes Leistungsvermögen gezeigt. Weiter sei die Beschwerdeführerin in  
modischer Kleidung und gepflegt erschienen, was zwar eine Depression nicht ausschliesse,  
jedoch lege ein grosser Teil der Personen mit einer gravierend beeinträchtigenden  
Depression keinen Wert auf ihr Erscheinungsbild (S. 39).

Was die auch in Betracht fallende somatoforme Störung anbelange, müsse zuvor eine  
Symptomausweitung oder Aggravation ausgeschlossen werden. Bei der  
Beschwerdeführerin lägen hingegen keine deutliche Hinweise auf ein mindestens ver-  
deutlichendes Verhalten vor. Gemäss der Mini-ICF-Bewertung lasse sich sodann einzig  
eine leichte Einschränkung in der Mobilität und Verkehrsfähigkeit feststellen (S. 40 f.).

Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe derzeit weder in einer erwerblichen Tätigkeit noch  
im Haushalt eine Einschränkung. Hiervon müsse spätestens ab dem Zeitpunkt der  
Untersuchung vom 20. April 2020 (richtig: 20. April 2021) ausgegangen werden (S. 45  
ff.). Im Rahmen der Verlaufsbeurteilung sei zu berücksichtigen, dass sich gezeigt habe,  
dass bei der Beschwerdeführerin IV-fremde Faktoren im Vordergrund stünden und sie ihre  
Antidepressiva nicht oder nur ungenügend einnehme (S. 41 f.). 3.5

Der orthopädische Gutachter Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, führte in seiner Expertise ( Urk. 7/67/48-57) aus, die Beschwerdeführerin klagt über chronische, im Verlauf stetig zunehmende Beschwerden unter anderem im Bereich sämtlicher Abschnitte des Bewegungsapparates, wobei nur die Füße nicht betroffen seien. Am stärksten ausgeprägt sei die Symptomatik gemäss ihrer Darstellung im dorsalen Schulterbereich, doch betreffe sie sämtliche Wirbelsäulenabschnitte sowie das gemäss Akten vor eineinhalb Jahren operierte rechte Kniegelenk. Bedarfsweise eingenommene Analgetika brächten kaum Linderung und auf die letztmals vor einem halben Jahr ausgeübte Physiotherapie habe sie kaum angesprochen (S. 53 f.).

Bei der Untersuchung habe sich eine weitgehend freie Beweglichkeit der Wirbelsäule und der Extremitäten in sämtlichen Abschnitten gezeigt, wobei am reizlosen rechten Kniegelenk Hinweise für eine femoropatelläre Degeneration vorlägen. Die gesamte ausführliche Untersuchung im Stehen, Gehen, Sitzen und Liegen habe bei guter Kooperation problemlos durchgeführt werden können, wobei zu keinem Zeitpunkt ein höhergradiger Leidensdruck offenbar geworden sei. Auffallend sei eine grossflächige mediale Druckdolenz am rechten Kniegelenk bei allerdings dezidiert negativen Meniskusprovokationstests sowie überhaupt fehlender Schmerzverstärkung unter Belastung. Es bestehe eine Fehlhaltung im Sinne eines erheblichen Hohlrückens samt muskulärer Verhärtung der periskapulären Muskulatur. Eine höhergradige funktionelle Einschränkung der oberen Extremitäten könne angesichts der in der Untersuchung gezeigten Beweglichkeit und Kraft ausgeschlossen werden. Auf radiologischer Ebene zeige sich am rechten Kniegelenk eine laterale und femoropatelläre Degeneration, während eine Läsion des Aussenmeniskus zwischenzeitlich offenbar chirurgisch saniert worden sei. An der zervikalen, thorakalen und lumbalen Wirbelsäule seien degenerative Veränderungen ohne Neurokompression dokumentiert. Zusammenfassend könne festgestellt werden, dass sich die letztlich ubiquitär beklagten Beschwerden durch die klinischen und radiologischen Befunde keinesfalls klar begründen liessen. Nachvollziehbar sei ein gewisser Leidensdruck bei Fehlhaltung und Degeneration der Wirbelsäule sowie im Rahmen höhergradiger Belastung des rechten Kniegelenks, kaum aber die übrige Symptomatik, weshalb von einer erheblichen nicht-organischen Beschwerdekomponente ausgegangen werde.

Für überwiegend stehende und gehende, körperlich leichte bis selten mittel schwere Verrichtungen, wie sie die Beschwerdeführerin zuletzt immer wieder in der Reinigung ausgeübt habe, bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80 % bei ganz täglichem Pensum mit um 20 % reduzierter Leistung aufgrund eines vermehrten Pausenbedarfs. Das wiederholte Heben und Tragen von Lasten über 10 kg, selten 15 kg, sollte dabei ebenso vermieden werden wie die wiederholte Einnahme kniender und kauender Positionen. Die retrospektive Einschätzung sei schwierig, doch könne von genannter Arbeitsfähigkeit spätestens drei Monate nach dem gemäss den Akten am 24. Oktober 2019 erfolgten Knieeingriff ausgegangen werden (S. 55).

In einer angepassten Tätigkeit (körperlich leicht bis selten mittelschwer, immer wieder auch sitzend, Wechselbelastung, ohne wiederholtes Heben und Tragen von Lasten über 10 kg, selten 15 kg, ohne längerdauerndes Stehen und Gehen, unter Vermeidung der Einnahme kniender und kauender Positionen) habe auch in der Vergangenheit keine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit vorgelegen. Für Tätigkeiten im Haushalt sei die Beschwerdeführerin nicht eingeschränkt (S. 55 f.). 3.6

Der neurologische Experte Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, legte dar, dass es bei der Beschwerdeführerin aus neurologischer Sicht in der Zusammen schau seit dem 15. Lebensjahr zu einer regelmässigen Migräne-Kopfschmerzsymptomatik komme. 2017 sei es gemäss Aktenlage zu einem erstmaligen generalisierten epileptischen Anfall im Rahmen einer möglichen zerebralen Vaskulitis gekommen. Zum aktuellen Zeitpunkt beklage die Beschwerdeführerin kontinuierliche Nacken- und Kopfschmerzen, welche in der Regel am Nachmittag in moderater Intensität aufträten. Klinisch-neurologisch finde sich ein altersentsprechender unauffälliger Hirnnervenstatus, motorisch fänden sich keine Einschränkungen, Stand, Gang und Koordination seien intakt. Zusammenfassend bleibe die Ursache des mutmasslichen generalisierten epileptischen Anfalls von 2017 offen. Eine stattgehabte Vaskulitis sei denkbar, aber nicht beweisbar und bleibe bei aktuell unverändertem MRI des Schädels und unauffälligem CRP eine Hypothese. Durch den stattgehabten epileptischen Anfall ergäben sich qualitative Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit dahingehend, dass Arbeiten mit Nachtschichten oder Absturzgefahr sowie das Bedienen von Maschinen mit Verletzungsgefahr vermieden werden sollten. Die geltend gemachten Kopfschmerzen seien am ehesten im Rahmen der degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule zu werten, jedoch leicht ausgeprägt. Was die Migräne anbelange, begründe diese vor dem Hintergrund der aktuellen Frequenz (eine Attacke monatlich) und dem Ansprechen auf die noch nicht ausgebaute Schmerzmedikation (Aulin) keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Das zerebrale Aneurysma sei ein Zufallsbefund, habe eine gute Prognose und aktuell ebenfalls keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 62 f.). Einem zusätzlich diagnostizierten, nicht näher bezeichneten chronischen Rückenschmerz (ICD -

#### **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

#### **E. 8**

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente ( Art. 28 Abs. 2 IVG).

#### **E. 10**

M54.9, S. 62) mass Dr. E.\_\_\_\_

ebenfalls keine Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit bei. Abgesehen von den qualitativen Einschränkungen zur Vermeidung eines weiteren epileptischen Anfalls sei die Beschwerdeführerin aus neurologischer Sicht zu 100 % arbeitsfähig. Im Verlauf sei durch die mutmassliche Vaskulitis und den epileptischen Anfall eine zeitweilige Arbeitsunfähigkeit begründbar (S. 64). 3.7

Interdisziplinär schlossen die Gutachter aufgrund des erhöhten Pausenbedarfs bei unbehandeltem OSAS auf eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit sowohl in der angetragenen als auch in einer körperlich leichten bis selten mittelschweren adaptierten Verweistätigkeit. Von einer Addition der in den einzelnen Fachgutachten aufgeführten Arbeitsunfähigkeiten wurde abgesehen, da für die jeweiligen Ruhepausen die gleichen Pausen beansprucht werden könnten. Was den Verlauf anbelange, könne nach vorangehend nicht länger

dauernd höhergradiger Arbeits unfähigkeit und dann aufgehobener Arbeitsfähigkeit ab Juli 2019 (zuerst psychi atrisch und dann orthopädisch begründet) die 80%ige Arbeitsfähigkeit ab Februar 2020 angenommen werden (S. 11). Für Tätigkeiten im Haushalt bestehe bei freier Zeiteinteilung und in gewohnter Umgebung keine Einschränkung (S. 12). 3.8

Der seit Juli 2019 behandelnde Psychiater Dr. med. F.\_\_\_\_, welcher sich im Bericht vom 1 7. Juli 2020 für das Vorliegen einer schweren depressiven Episode der rezidivierenden depressiven Störung bei gleichzeitig diagnostizierter chronischer Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren und eine Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit von höchstens 30 % ausgesprochen hatte ( Urk. 7/49 S. 2) , nahm mit E-Mail vom 2 6. Januar 2022 zum psychiatrischen Fachgutachten der Y.\_\_\_\_ Stellung ( Urk. 7/78). Dabei konstatierte er gravierende Auffälligkeiten, welche eine Voreingenommenheit des psychiatrischen Gutach ters nahelegen würden, unter anderem den Umstand, dass die BDI - II-Testdiagnostik auf eine schwere depressive Symptomatik hinweise, der Gutachter dieselbe subjektiv wied er verworfen habe und dabei das Ausmass der tatsäch lichen Aktivitäten der Beschwerdeführerin ebenso ausser Acht gelassen habe wie die vorhandene Lustlosigkeit, die sehr belastenden Schmerzen und den sozialen Rückzug. Auch sei die Begutachtung nicht in der Muttersprache der Beschwerde führerin erfolgt, was, auch wenn sie I talienisch gut verstehe und spreche, mit Blick auf die gerade in der Psychiatrie notwendigen Nuancen essentiell gewesen wäre. 4. 4.1

Was den Beweiswert des Y.\_\_\_\_ -Gutachtens anbelangt, beruht dasselbe auf allseitigen Untersuchungen und wurde in Kenntnis der Vorakten abge g eben , erfüllt mithin insoweit die praxisgemässen Anforderungen an einen beweis wertigen ärztliche n Bericht

(BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Streitig und zu prüfen ist dagegen , ob dasselbe für die streitigen Belange umfassend ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen de r Experten begründet sind. 4.2

Was zunächst den Einwand der Beschwerdeführerin bezüglich der Übersetzungs sprache I talienisch anbelangt , hat der Gutachter im Rahmen sorgfältiger Auftragserfüllung zu entscheiden, ob eine medizinische Abklärung in der Muttersprache des Exploranden oder der Explorandin oder ob der Beizug eines Übersetzers im Einzelfall geboten ist. Besonderes Gewicht kommt der bestmög lichen Verständigung zwischen Gutachter und versicherter Person im Rahmen von psychiatrischen Abklärungen zu. Dort setzt eine gute Exploration auf beiden Seiten vertiefte Sprachkenntnisse voraus. Ist der Gutachter der Sprache des Exploranden nicht mächtig, erscheint es medizinisch und sachlich geboten, dass er eine Übersetzungshilfe beizieht. Der Beweiswert des Gutachtens ist dann nicht geschmälert, wenn den Umständen nach auszuschliessen ist, dass sich die fehlende Übersetzung wesentlich auf die gutachterliche Beurteilung ausgewirkt hat (Urteil des Bundesgerichts 9C\_295/2021 vom 2 3. November 2021 E. 4.4.1 mit Hinweisen). Die Muttersprache der Beschwerdeführerin ist unbestritten S panisch und gemäss Aktenlage spricht sie kaum D eutsch ( Urk. 7/20/2, 7/34/6). Im Vorfeld der Begutachtung in der Y.\_\_\_\_ bat die Beschwerdeführerin, vertreten durch einen Bekannten, die Beschwerdegegnerin denn auch telefonisch, einen S panisch spre chenden Dolmetscher für die Begutachtung zu organisieren ( Urk. 7/63). Aus welchem Grund die Begutachtung in der Folge auf I talienisch übersetzt wurde (E.

3.1), ist dem Gutachten nicht zu entnehmen.

Hingegen lassen die Akten darauf schliessen, dass sich die Beschwerdeführerin in italienischer Sprache

unterhalten kann. In ihrem Lebenslauf führte sie gute mündliche und schriftliche Kenntnisse in Italienisch an (Urk. 7/22/2) und ihr Psychiater Dr. F.\_\_\_\_ führte aus, dass sie Italienisch gut verstehe und spreche (E. 3.8). Zwar trifft es zu, dass mit Blick auf die in der psychiatrischen Beurteilung massgeblichen Nuancen eine Übersetzung in die Muttersprache jedenfalls idealer gewesen wäre. Jedoch verzichtete die Beschwerdeführerin darauf, konkret darzulegen, inwiefern die Verständigung nicht funktioniert haben soll und inwiefern aufgrund der erschwerten Verständigung konkrete Missverständnisse des Sachverhalts resultiert haben sollen (siehe auch Urteil des Bundesgerichts 9C\_362/2020 vom 21. Oktober 2020 E. 3.3.3.2).

Solche sind denn auch nicht ersichtlich, weshalb die Übersetzung in Italienisch zwar nicht ideal erscheint, allein deshalb der Beweiswert des Gutachtens aber nicht zu verneinen wäre.

. 4.3

Hingegen erweist sich insbesondere das psychiatrische Gutachten der Y.\_\_\_\_ in weiteren Punkten als nicht überzeugend. So fällt zunächst auf, dass die von Dr. C.\_\_\_\_ erhobenen anamnestischen Angaben zum Tagesablauf (S. 36) teilweise zu Ungunsten der Beschwerdeführerin von denjenigen in den anderen Fachgutachten abweichen. So notierte Dr. B.\_\_\_\_, dass die Beschwerdeführerin abgesehen von morgendlichen Spaziergängen mit dem Enkel keinen weiteren speziellen Aktivitäten nachgehe, das Mittagessen von der Tochter zubereitet werde und sich die Beschwerdeführerin danach für jeweils ein bis zwei Stunden hinlege (S. 26). In der psychiatrischen Anamnese wurde dagegen angeführt, die Beschwerdeführerin lege sich am Nachmittag bewusst nicht hin, erledige vielmehr die Wäsche und Kleinigkeiten im Haushalt, wasche das Geschirr ab (S. 36). Hinweise auf notwendige Mithilfe Dritter im Haushalt fehlen im psychiatrischen Gutachten bezeichnenderweise gänzlich (S. 36, vgl. dagegen: S. 50). Eine Auflösung dieses Widerspruchs findet sich im Gutachten nicht. Damit erscheint fraglich, ob Dr. C.\_\_\_\_ die Ressourcenlage und das Aktivitätsniveau der Beschwerdeführerin, welchen er im Rahmen seiner Beurteilung massgebliche Bedeutung beimass (S. 39 f.), richtig einschätzte. Im Lichte dessen erweist sich auch seine Auseinandersetzung mit dem Widerspruch der Ergebnisse seiner klinischen Befunde zur BDI-Testung, welche auf eine schwer depressive Symptomatik hindeutete, als zweifelhaft. Dass er ausser einer leichten Einschränkung der Mobilität und Verkehrsfähigkeit weitere Einschränkungen gemäss der Mini-ICF-Bewertung ausschloss (S. 40 f.), obwohl er als einzigen testpsychologischen Zusatzbefund den BDI - II anführte (S. 38), mithin gar keine Mini-ICF-APP-Testung stattfand, vermag die Beweiskraft seiner Beurteilung ebenfalls nicht zu stärken.

Dasselbe gilt für den diagnostischen Ausschluss einer Schmerzstörung, welche Dr. C.\_\_\_\_ abweichend von Dr. F.\_\_\_\_ (Urk. 7/49/2) als nicht vorliegend beurteilt, dies mit dem pauschalen Hinweis auf ein verdeutlichendes Verhalten der Beschwerdeführerin (S. 40), welches er lediglich dahingehend konkretisierte, als die Angaben der Beschwerdeführerin nicht immer plausibel gewesen seien, ihr Verhalten während der Untersuchung nicht mit den subjektiven Beschwerdeschilderungen übereingestimmt habe und sich verschiedene Auffälligkeiten gezeigt hätten (S. 44). Worin die fehlende Plausibilität der Angaben der Beschwerdeführerin und die Auffälligkeiten gelegen haben sollen, legte Dr. C.\_\_\_\_ nicht dar. Auch schliesst ein bloss verdeutlichendes Verhalten die Diagnose einer Störung aus dem somatoformen Kreis gemäss den klinisch-diagnostischen Leitlinien der Internationalen

Klassifikation psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation, ICD-10 Kapitel V (F), Dilling / Mombour / Schmidt [Hrsg.], 10. Auflage, Bern 2015, entgegen der Annahme von Dr. C.\_\_\_\_ nicht aus respektive legte er nicht dar, weshalb sich vorliegend andere Annahmen rechtfertigen.

Nicht zu überzeugen vermag des Weiteren seine Verlaufsbeurteilung. So fällt auf, dass er den Bericht von Dr. F.\_\_\_\_ vom 17. Juli 2020 (Urk. 7/49/15) zu Ungunsten der Beschwerdeführerin falsch wiedergab, indem er festhielt, der erstere habe darin über einen verschlechterten Gesundheitszustand informiert, jedoch bei gleichbleibenden Diagnosen (S. 41), dies obwohl der Behandler abweichend von seinem letzten Bericht (Urk. 7/40/1) neu eine schwergradige depressive Episode diagnostiziert hatte (Urk. 7/49/2). Eine begründete Verlaufsbeurteilung fehlt ausserdem gänzlich und die Ausführungen von Dr. C.\_\_\_\_

unter Ziffer 7.2 zum bisherigen Verlauf von Behandlungen etc. (S. 41 f.) erweisen sich im Wesentlichen als nicht fallspezifisch, die Ausführungen zu den angeblich im Vordergrund stehenden IV-fremden Faktoren als in keiner Weise konkretisiert. Dass Dr. C.\_\_\_\_ die von ihm attestierte volle Arbeitsfähigkeit offen sichtlich irrtümlich auf den 20. April 2020 anstatt den tatsächlichen Untersuchungszeitpunkt vom 20. April 2021 datierte (S. 46), passt ins Bild einer insgesamt unsorgfältigen Begutachtung. Indem die Beschwerdeführerin hierauf abstellte, ohne das Gutachten zumindest ergänzen zu lassen, ist sie ihrer Abklärungspflicht nicht rechtsgenügend nachgekommen und erweisen sich weitere Abklärungen als unumgänglich. 4.4

Was die somatischen Fachgutachten anbelangt, bleibt anzufügen, dass sich die der orthopädischen Expertise massgeblich zugrunde gelegten Berichte zu den bildgebenden Untersuchungsbefunden des rechten Knies und der Wirbelsäule (vgl. Urk. 7/67 S. 52 f.) nicht in den Akten befinden, die Nachvollziehbarkeit der orthopädischen Beurteilung dadurch eingeschränkt ist und die Akten im Hinblick auf die neuerliche Begutachtung diesbezüglich zu ergänzen sind. Was den Ausschluss einer radikulären Problematik insbesondere im Bereich der LWS anbelangt, welche der orthopädische Gutachter gestützt auf seinen neurologischen Status und die bildgebenden Befunde vornahm (S. 52 und S. 54), wurde eine solche vom neurologischen Experten weder anamnestisch erfragt noch befundet. Auch diesbezüglich besteht im Rahmen einer neuerlichen Begutachtung deutlicher Verbesserungsbedarf. 4.5

Damit ist eine verlässliche medizinische Beurteilung der verbleibenden Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin nicht möglich; eine erneute Begutachtung erweist sich als unumgänglich. Die Sache ist entsprechend an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

Anzufügen bleibt, dass die Eröffnung des Wartjahres im Juli 2019 (Urk. 2 S. 2) der Einschätzung des behandelnden Dr. med. G.\_\_\_\_, Innere Medizin FMH, vom 16. September 2019 (Urk. 7/30/1) widerspricht, welcher wegen Hirnentzündungen, hypertensiven Krisen und lumbalen Rückenschmerzen bereits ab 1. Januar 2019 eine Arbeitsunfähigkeit attestierte. Eine Auseinandersetzung damit fehlt im Y.\_\_\_\_-Gutachten und in der Verfügung der Beschwerdegegnerin. Zudem findet sich im Entscheid der Beschwerdegegnerin keine Qualifikation der Beschwerdeführerin (Urk. 7/56/3). Die von der Beschwerdegegnerin angeommene 35-40%ige Erwerbstätigkeit erschliesst sich nicht ohne Weiteres aus den Akten. Zu berücksichtigende Aspekte werden hierbei sicherlich die tiefen Einkommen (Urk. 7/23) sein, indessen auch die 2017 erfolgte Scheidung, die

ebenfalls 2017 erstmals aufgetretene Epilepsie und die Volljährigkeit des jüngsten Kindes im gleichen Jahr. Damit stellt sich die Frage einer allfälligen Ausweitung des Erwerbsbereiches, aber auch des Zeitbedarfs für das Hüten der Enkel.

#### 5. 5.1

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 700.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 5.2

Die Rückweisung einer Sache kommt einem Obsiegen der Beschwerdeführerin gleich. Ausgangsgemäss ist die Beschwerdegegnerin demnach zu verpflichten, der Beschwerdeführerin eine angemessene Prozessentschädigung zu bezahlen, welche in Anwendung von Art. 61 lit. g ATSG, namentlich unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses auf Fr. 2'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 4. Juli 2022 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- 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. 2'000.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Yolanda Schweri - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - 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 Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Gräub-Fonti

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