

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00027 vom 3. Oktober 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-10-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00027

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00027 du 3 octobre 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00027 del 3 ottobre 2019

Erwägungen

E. 1.1

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

Bundesgesetz es über den Allge meinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie kann Folge von Geburts gebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetz es über die Invalidenversicherung , IVG).

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

E. 1.2

Mit Mitteilung vom 4. Mai 2015 setzte die IV-Stelle die Versicherte über die Kostenübernahme sowie die Ausrichtung eines Taggeldes für eine Potenzialabklärung bei der Institution A.____, B.____ Arbeitsintegration, vom 19. Mai bis am 18. Juni 2015 in Kenntnis (Urk. 6/39 -40 , Urk. 6/46 , vgl. Urk. 6/48). Vom 21. Juli bis am 14. August 2015 befand sich die Versicherte in der Klinik C.____ in stationärer Behandlung (Urk. 6/52). Mit Mitteilung vom 2. September 2015 leitete die IV-Stelle Kostengutsprache für ein Belastbarkeitstraining vom 21. September bis am 18. Dezember 2015, inklusive Ausrichtung eines Taggeldes (Urk. 6/53-54 , Urk. 6/56 , vgl. Urk. 6/70/4-7).

Am 2. Dezember 2015 informierte die IV-Stelle die Versicherte über die Kostengutsprache für ein Aufbautraining vom 19. Dezember 2015 bis am 17. Juni 2016 und den währenddessen bestehenden Taggeldanspruch (Urk. 6/64-65 , Urk. 6/67 , vgl. Urk. 6/82). Während des Aufbautrainings wurde die Versicherte bei der

D.____ AG eingesetzt (Urk. 6/66/3). Da sich die Versicherte nicht im Stande sah, ihre Arbeitsfähigkeit während des Aufbautrainings zu steigern, wurde die Massnahme per 8. April 2016 vorzeitig beendet (Urk. 6/79 , vgl. Urk. 6/80/4 -5). Per 11. April 2016 wurde die Versicherte als Aushilfsangestellte bei der D.____ AG in einem Teilzeit-Pensum auf Stundenlohnbasis angestellt , wobei sie dort 2 x 2 Stunden pro Tag, somit 20 Stunden pro Woche, arbeitet (Urk. 6/78). Mit Vorbescheid vom 1. Juli 2016 stellte die IV-Stelle der Versicherten die Abweisung ihres Leistungsbegehrens in Aussicht (Urk. 6/88). Nach erhobenem Einwand (Einwand vom 11. Juli 2016 , Urk. 6/90 ; Einwandbegründung vom

13. September 2016 , Urk. 6/93) gab die IV-Stelle am 21. November 2016 bei der Medizinischen Abklärungsstelle E.____

(Medas) ein polydisziplinäres Gutachten (Allgemeine

Innere Medizin, Rheumatologie, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie) in Auftrag (Urk. 6/98, vgl. Urk. 6/102) . Das Gutachten wurde am 9. Februar 2017 erstattet (Urk. 6/105).

Dazu nahm die Versicherte am 14. Juni 2017 Stellung und reichte den Bericht von Dr. med. F.____ , Facharzt FMH für Chirurgie, der multidisziplinären Schmerzambulanz am Spital G.____ , vom 8. Juni 2017 zu den Akten (Urk. 6/110 und Urk. 6/111).

Mit Verfügung vom 20. November 2017 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren der Versicherten ab (Urk. 6/113 = Urk. 2). 2.

Dagegen erhob die Versicherte am 8. Januar 2018 Beschwerde und beantragte, die Verfügung vom 20. November 2017 sei aufzuheben und es sei ihr ab April 2014 eine ganze Rente und ab März 2016 bis auf weiteres eine Dreiviertelsrente der Invalidenversicherung zuzusprechen (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 2. Februar 2018 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 5, unter Beilage ihrer Akten Urk. 6/1-116), was der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 5. Februar 2018 mitgeteilt wurde (Urk. 7). Mit Eingabe vom 17. Mai 2018 nahm die Beschwerdeführerin erneut zur Sache Stellung und reichte drei ärztliche Berichte von Dr. med. H.____ , Facharzt FMH für Chirurgie und Handchirurgie , datiert vom 12. Februar, 10. April und 9. Mai 2018, ein (Urk. 9/1-3). Diese Unterlagen wurden der Beschwerdegegnerin am 23. Mai 2018 zur Kenntnisnahme zugestellt (Urk. 10). 3.

Auf die einzelnen Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 1.2.1

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert besteht, welcher die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (vgl. BGE 139 V 547 E. 5, 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4).

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 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 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V

281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art.

E. 1.2.2

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

Das für somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden entwickelte strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C_590/2017 vom 15. Februar 2018 E. 5.1). Die Anerkennung eines rein tenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen). Die Durchführung eines strukturiertes Beweisverfahren bleibt jedoch dort entbehrlich, wo im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann (BGE 143 V 418 E.

7.1).

E. 1.3

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei aus geglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

E. 1.4

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. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 1.5

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 der

Verordnung über die Invalidenversicherung, 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). 1. 6

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt – was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist –, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; Ulrich Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in: Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.).

Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232; 125 V 351 E. 3a S. 352) entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte (sogenannte Administrativgutachten) ist Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470; Urteil 9C_823/2018 vom 11. Juni 2019 E. 2 mit Hinweisen). Zweck interdisziplinärer Gutachten ist es, alle relevanten gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu erfassen und die sich daraus je einzeln ergebenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit in ein Gesamtergebnis zu fassen (BGE 137 V 210 E.

1.2.4; SVR 2008 IV Nr. 15 S. 43 [I 514/06] E. 2.1). Dasselbe gilt mit Blick auf die mitunter schwierige Abgrenzung der im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG versicherten Zustände von in validitätsfremden Faktoren. Der abschliessenden, gesamthaften Beurteilung von Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit kommt dann grosses Gewicht zu, wenn sie auf der Grundlage einer Konsensdiskussion der an der Begutachtung mitwirkenden Fachärzte erfolgt (BGE 143 V 124 E. 2.2.4 mit Hinweisen). 2. 2.1

Umstritten und zu klären ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Rente der Invalidenversicherung. 2.2

Die Beschwerdegegnerin führt in der angefochtenen Verfügung aus, es ergebe sich zwar eine Einschränkung von 30 % aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs. Dieser sei allerdings auf die Schmerzstörung zurückzuführen, welche nicht derart stark ausgeprägt sei, dass von psychiatrischer Seite her eine eigenständige Erkrankung mit wesentlichem Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit begründet werden könne. Gesamtmedizinisch liege weiterhin eine volle Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit vor. Es bestehe ein IV-Grad von 27 % (Urk. 2). 2.3

Dahingegen stellt sich die Beschwerdeführerin im Wesentlichen auf den Standpunkt, es sei gesamthaft von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Auf das Medas-Gutachten könne – aus verschiedenen Gründen (vgl. Urk. 1 S. 4-7) – nicht abgestellt werden. Mit ihrer aktuellen Festanstellung bei der D.____

AG schöpfe sie die ihr verbliebene Restarbeitsfähigkeit voll aus (Urk. 1 S. 7).

3. 3. 1

Die medizinischen Akten betreffend den Zeitraum vor der Begutachtung wurden im polydisziplinären Gutachten der Medas vom 9. Februar 2017 zusammengefasst (Urk. 6/105/2-8), weshalb sie an dieser Stelle nicht noch einmal wiedergegeben werden. Soweit erforderlich, wird in den nachfolgenden Erwägungen aber darauf Bezug genommen.

Gestützt auf die Untersuchungen in den einzelnen Fachgebieten stellten die Medas-Gutachter in ihrer Gesamtbeurteilung folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 6/105/19): - Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) bei Status nach multiplen Voroperationen am Ellbogen und Unterarmbereich beidseits - Revision bei beginnender Beugesehnencheidenphlegmone Dig. II rechts am 02.12.2010 - Status nach Denervation einer Epicondylopathia humeroradialis rechts (nach Wilhelm) am 13.08.2013 - Operation bei Epicondylitis humeroradialis rechts, Dekompression Nervus medianus in der Pronator-Loge rechts am 08.10.2014 - Operation eines Pronator

ter-Syndrom links, Kubitaltunnelsyndrom links am 13.02.2015 - Hämatomevakuations-Drainage bei tiefem Hämatom links nach Dekompression Pronator

ter-Loge (13.02.2015) am 25.02.2015 Daneben wurden folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (Urk. 6/105/19): - Leichtgradig aktiver

Hallux valgus links - Leichte Schulterschmerzen links ohne Funktionseinschränkung, kein Impingementssyndrom - Aktenanamnestisch Hypothyreose

Es liege ein Zustand nach multiplen Operationen beider Unterarme seit dem Jahr 2010 vor, wobei auffalle, dass die operativen Eingriffe auch bei elektrophysiologischen Normalwerten oder nicht stark ausgeprägter Symptomatik erfolgt seien. Hinweise auf ein nicht-organisches Schmerzgeschehen sowie die psychiatrische Angabe, dass unter allen Umständen verhindert werden müsse, dass ohne ganz klare Indikationen weitere Operationen durchgeführt würden, hätten auf chirurgisch-orthopädischer Seite keine Beachtung gefunden. Zusätzlich zu den therapieresistenten Schmerzen im Bereich der Arme bestünden gemäss Vorakten auch Beschwerden im Bereich der unteren Wirbelsäule bei degenerativen Veränderungen. Von psychiatrischer Seite her sei im Jahr 2014 eine mittelschwere depressive Erkrankung diagnostiziert und ambulant wie auch stationär behandelt worden (Urk. 6/105/18). Aktuell würden die Schmerzen im Bereich beider Unterarme so wie der Lendenwirbelsäule im Vordergrund des Krankheitserlebens der Beschwerdeführerin stehen. Sowohl von rheumatologischer wie von neurologischer Seite her könnten allerdings keine eindeutigen somatischen Ursachen identifiziert werden, welche die ausgeprägten Schmerzen erklären könnten. Dies treffe sowohl für die Beschwerden in den Unterarmen wie auch für die Beschwerden im Bereich der Wirbelsäule zu. Gesamt gutachterlich und übereinstimmend mit den medizinischen Vorakten werde von einem kombinierten somatisch/psychiatrischen Krankheitsgeschehen ausgegangen. Die im Jahr 2014 diagnostizierte depressive Erkrankung sei mittlerweile remittiert, wie dies unter entsprechender Behandlung auch zu erwarten gewesen sei. Die funktionellen Einschränkungen würden aus gesamtmedizinischer Sicht als deutlich abhängig von den konkreten Arbeitsbedingungen beurteilt. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für körperliche leichte Arbeiten lasse sich gesamtmedizinisch nicht ausreichend begründen (Urk. 6/105/19).

Die Beschwerdeführerin besitze keine Berufsausbildung und sei in häufig wechselnden Arbeitsverhältnissen beschäftigt gewesen, so dass die Arbeitsfähigkeit allgemein formuliert würde (Urk. 6/105/19). Aktuell sei sie seit kurzem in einem Arbeitsverhältnis im Stundenlohn und einem täglichen Pensum von vier Stunden bei der Firma D.____ AG angestellt. Zu den Aufgaben gehörten das Verteilen der Post sowie das Verarbeiten von Rechnungen. Es handle sich hierbei um eine körperlich leichte, teils sitzende, teils stehend-gehende Tätigkeit. Aus gesamtmedizinischer Sicht bestehe für diese Tätigkeit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Medizinisch nicht zumutbar seien repetitive Arbeiten mit einer Lastenhandhabung von über 2-3 kg auf oder oberhalb von Schulterhöhe, vereinzelt sei eine Lastenhandhabung von 5-10 kg medizinisch möglich. Bis Gürtelhöhe sei eine Lastenhandhabung bis maximal 7.5 kg medizinisch zumutbar. Längerdauernde Arbeiten auf oder oberhalb von Brusthöhe seien auch ohne Gewichte medizinisch nicht möglich, ebenso keine Tätigkeiten mit fortgesetzten schwereren manuellen Halte- oder Greiffunktionen, Tätigkeiten mit Sicherungs- und Haltefunktion sowie keine Tätigkeiten mit Vibrationen.

Psychisch belastende Arbeiten wie beispielsweise das Arbeiten unter Zeitdruck, im Dreischichtbetrieb oder mit hoher Verantwortung für Personal oder Sachwerte führe zu einer erhöhten mentalen Beanspruchung, für derartige Tätigkeit wäre, abhängig von den konkreten Anforderungen, eine Einschränkung in Höhe von maximal 30 % aufgrund eines vermehrten Pausenbedarfs notwendig (Urk. 6/105/20). Der Beginn der Arbeitsunfähigkeit sei auf Beginn des Jahres 2011 zu datieren, als es zu wiederholten operativen Eingriffen im Bereich der Arme mit postoperativ kompletter Arbeitsunfähigkeit gekommen sei. In diesem

Punkt schliesse man sich den Attesten der behandelnden Ärzte an. Im weiteren Verlauf sei es im Jahr 2013 zum Auftreten einer depressiven Erkrankung gekommen. Arbeitsversuche in die sem Jahr seien nachvollziehbar krankheitsbedingt gescheitert. Ab Mitte des Jahres 2014 sei erneut

eine Teilarbeitsfähigkeit erreicht worden, wobei retrospektiv die genaue Höhe der Arbeitsunfähigkeit nicht näher angegeben werden könne. Es sei davon auszugehen, dass es bei gleichzeitig vorliegender depressiver Erkrankung, chronischen beidseitigen Armschmerzen nach multiplen Operationen sowie Beschwerden bei degenerativer Erkrankung der Lendenwirbelsäule zu gegenseitig ungünstigen Wechselwirkungen gekommen sei mit einer Gesamtarbeitsfähigkeit von deutlich unter 50%. Erst Ende des Jahres 2015 (Bericht Arbeitsintegration vom 07. Dezember 2015) könne von einer stabilen 50%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden (Urk. 6/105/20). Im Verlauf sei es zu einer weiteren Stabilisierung des Gesundheitszustandes gekommen, so dass die aktuell attestierte Arbeitsfähigkeit ab Datum des vorliegenden Gutachtens gelte. Von einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit im weiteren Verlauf sei nicht auszugehen. So seien die Beschwerden des Bewegungsapparates mittlerweile chronifiziert und könnten durch medizinische Massnahmen realistisch nicht in einem für eine Arbeitstätigkeit relevanten Umfang verbessert werden (Urk. 6/105/21). 3.2

Im Bericht von Dr. F. ___ vom 8. Juni 2017, welchen die Beschwerdeführerin im Rahmen der Anhörung eingereicht hat, wurden folgende Diagnosen gestellt

(Urk. 6/110/1): - Schmerzrelevante Diagnosen: - Chronische Schmerzen mit psychischen und somatischen Faktoren - Status nach multiplen Operationen am Ellbogen und Unterarm beidseitig mit chronischen Schmerzen in beiden Armen - Begleiterkrankungen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Probleme durch negative Kindheitserlebnisse / Differentialdiagnose: stressbedingte Hyperalgesie - Begleiterkrankungen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Chronische lumbale Schmerzen bei Osteochondrose L4/5 und Diskushernie L4/5 - Rezidivierende depressive Episoden, aktuell in Remission - Hypothyreose Es bestünden belastungsabhängige Schmerzen beider Arme, chronische lumbale Schmerzen, im aktuellen Belastungsniveau nicht einschränkend. Die Gelenkbeuglichkeit sei uneingeschränkt, die Beweglichkeit der LWS leicht eingeschränkt. Hinsichtlich der Muskelkraft (Kondition)

sei die maximale Belastungsgrenze der Arme bei 2 Stunden am Stück, es seien keine Arbeiten über Schulterniveau möglich. Die gesamte medizinische Einschränkung betrage 50%. Durch Verlangsamung (schmerzbedingt, kognitiv, psychisch, medikamentös) bestehe eine Einschränkung von 30%. Die medizinische Einschränkung addiere sich nicht automatisch mit der psychischen Einschränkung, lasse jedoch den Schluss zu, dass eine weitere Steigerung der Arbeitsbelastung über 50% nicht realisiert werden könne. Da die Schmerzen nur nach Belastung auftreten würden und kein therapeutisches Verbesserungspotential vorhanden sei, seien keine Erhaltungstherapien notwendig (Urk. 6/110/4-5). Eine leichte Arbeit von 2 mal 2 Stunden (Post verteilen, PC Arbeit) gehe gerade so ohne Schmerzverstärkung. Schwere Haushaltarbeiten würden durch die Söhne übernommen und schwere Sachen von den Söhnen eingekauft. Es bestehe eine geschätzte Einschränkung im Haushalt von 30%. Die Patientin habe sich in der Situation mit der momentanen Belastung arrangiert. Eine Steigerung der Arbeitsbelastung sei im Arbeitsversuch glaubhaft nicht über 50% möglich gewesen. Von weiteren operativen Therapien im Armbereich sei, wenn immer möglich abzusehen. Die psychische Stabilität

sei bei der Patientin fragil, die psychosoziale Situation chronifiziert. Es sei langfristig mit keiner Steigerung der Arbeitsfähigkeit über 50 % zu rechnen (Urk. 6/110/6-7). 4.

E. 4

, Urk. 6/37/2-3). Am 20. November 2013 (Eingangsdatum) meldete sie sich, unter Hinweis auf Tennisarm und psychische Belastung, bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 6/8). Daraufhin tätigte die IV-Stelle medizinische sowie erwerbliche Abklärungen (vgl. Urk. 6/12-20) und zog in diesem Rahmen unter anderem die Akten der Krankentaggeldversicherung bei (Urk. 6/15 , Urk. 6/20). Zudem stellte die Krankentaggeldversicherung der IV-Stelle ein von med. pract .

Z.____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, am 11. März 2014 erstattetes psychiatrisches Gutachten zu (Urk. 6/16). Zwischen dem 8. Oktober 2014 und dem 25. Februar 2015 unterzog sich die Versicherte diversen Infiltrationen der Lendenwirbelsäule

(medial branches L3 bis L5 ; Urk. 6/29/3-5, Urk. 6/29/9) sowie verschiedenen Operationen an beiden Armen (vgl. Urk. 6/19/6-7, Urk. 6/37/23 -24).

E. 4.1

Die Beschwerdeführerin stützt ihre n rentenablehnende n

Entscheid massgeblich auf das Medas -Gutachten vom 9. Februar 2017 (Urk. 2 S. 2).

Das Medas -Gutachten vom 9. Februar 2017

wurde in Kenntnis der Vorakten erstattet (Anamnese; Urk. 6/105/2-12), ist für die streitigen Belange umfassend, beruht auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen (Urk. 6/105/15-16 ,

Urk. 6/105/28-30, Urk. 6/105/37-39 , Urk. 6/105/43-44),

setzt sich mit den geklagten Beschwerden sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinander (Urk. 6/105/14-18 , Urk. 6/105/26-28, Urk. 6/105/35-37 , Urk. 6/105/41-43) und

leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge ein (Urk. 6/105/18-21 , Urk. 6/105/31-33, Urk. 6/105/39-40 , Urk. 6/105/44-46). Da mit erfüllt das Gutachten grundsätzlich die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische

Entscheidgrundlage (vgl. E. 1.6).

E. 4.2

.3

Im Weiteren wendet die Beschwerdeführerin gegenüber dem Medas -Gutachten ein, die Feststellung des rheumatologischen Gutachters, wonach die chronischen Schmerzen an beiden Ellenbogen und Unterarmen heute organisch nicht mehr erklärbar seien, bedeute nicht, dass sie nicht gleichwohl unter starken Schmerzen leide. Der Gutachter lasse hier eine Auseinandersetzung mit den Wechselwirkungen von psychischen und somatischen Aspekten vermissen (Urk. 1 S. 5 f.

R n 21). Im zusammenfassenden Gutachten fehle sowohl eine interdisziplinäre Gesamtbeurteilung wie auch eine Auseinandersetzung mit anderslautenden Beurteilungen. So verweise insbesondere Dr. med. K.____, Facharzt FMH für Rheumatologie, in seinem Gutachten lediglich auf einen längst überholten Bericht von Dr. med.

L.____, Facharzt FMH für Rheumatologie, in dem dieser (nach monatelanger Attestierung einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit) per Ende 2013 die Wiederaufnahme der Arbeit empfohlen habe. Daneben werde nur noch die (angeblich nicht weiter begründete) Beurteilung von Dr. H.____ erwähnt, der die aktuell ausgeübte berufliche Tätigkeit der Beschwerdeführerin in einem 50 %-Pensum als sinnvoll erachte, weil die Belastungsgrenze sonst überschritten werde. Keine Erwähnung fänden alle anderen Berichte von Dr. H.____ und insbesondere auch die Beurteilung der M.____-Klinik vom 3. Juli 2014, wonach an der Belastungsintoleranz der Arme «kein Zweifel» bestehe (Urk. 1 S. 6-7 Rn 24-25).

Im Zusammenhang mit den von der Beschwerdeführerin anlässlich der rheumatologischen Begutachtung geäusserten Schmerzen an beiden Ellenbogen und Unterarmen hat sich Dr. K.____ pflichtgemäss auch mit der Ätiologie der Schmerzen befasst und konnte – bei ausgedehnter Bildgebung (vgl. Urk. 6/105/30) – kein somatisches Korrelat zuordnen (vgl. Urk. 6/105/31). Eine Diskussion der Wechselwirkungen von psychischen und somatischen Aspekten bildet – typischerweise wie auch vorliegend – Teil der interdisziplinären Gesamtbeurteilung. Gestützt darauf haben die beteiligten Gutachter auf ein kombiniertes somatisch/psychiatrisches Krankheitsgeschehen und diagnostisch auf eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) geschlossen (6/105/18-19).

Nichts für sich zu gewinnen vermag die Beschwerdeführerin mit dem Vorbringen, dem Medas-Gutachten mangle es sowohl an einer interdisziplinären Gesamtbeurteilung wie auch an einer Auseinandersetzung mit anderslautenden Beurteilungen. Basierend auf einer Schlussbesprechung und vorgängig im Zirkulationsverfahren erarbeitetem Konsensfindungsprozess aller beteiligten Fachleute wurde im Medas-Gutachten eine Gesamtbeurteilung der Arbeitsfähigkeit vorgenommen (Urk. 6/105/18-21). Zudem enthält das Gutachten – wie bereits dargelegt – eine ausführliche Anamnese (vgl. Urk. 6/105/2-12). Dass sich die Gutachter nur mit den ihrer Ansicht nach wesentlichen Vorberichten ausdrücklich auseinandersetzen bildet Bestandteil ihres Ermessens und ist nicht zu beanstanden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_531/2007 vom 3. Juni 2008 E. 2.2.1).

E. 4.3

Die Beschwerdeführerin

beruft sich zur Begründung ihres Standpunktes, wonach von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % auszugehen sei, im Wesentlichen auf die Berichte von Dr. H.____, die Stellungnahme von Dr. F.____ vom 8. Juni 2017 sowie die Berichte über die absolvierten Eingliederungsmassnahmen (Urk. 1 S. 4 Rn 13, Urk. 1 S.

6-7 Rn 25-27). Diese Berichte würden im Medas-Gutachten ausser Acht gelassen. Obwohl sie dies am 14. Juni 2017 beantragt habe, habe keine ergänzende Vorlage des Berichts von Dr. F.____ an die Gutachter und Rückfragen zu den Inkonsistenzen stattgefunden (Urk. 1 S. 4 Rn 13).

Was den Bericht von Dr. F.____ vom 8. Juni 2017 betrifft, kann auf die zu treffenden Ausführungen von Dr. med. N.____, Facharzt für orthopädische Chirurgie und

Traumatologie, regionaler ärztlicher Dienst (RAD), vom 3. Juli 2017 verwiesen werden (Urk. 6/112/6). Demnach bestehen im Vergleich zum Gutachten nicht wesentliche Diskrepanzen in den Untersuchungsbefunden und Diagnosen, sondern in der Beurteilung der Auswirkungen der Schmerzstörung auf die Arbeitsfähigkeit. Dr. F. ___ legt seiner Beurteilung ein bio-psycho-soziales Konzept zugrunde (und kritisiert die seiner Ansicht nach zu restriktive versicherungsmedizinische Beurteilung). Zudem gewichtet er die subjektiven Angaben und Einschätzungen der Beschwerdeführerin sehr stark (vgl. Urk. 6/110). Demgegenüber hatten die Medizinal-Gutachter ihre Beurteilung nach den versicherungsmedizinischen Grundsätzen vorzunehmen und zu berücksichtigen, dass für einen Anspruch auf Rentenleistungen ausschliesslich der durch den Gesundheitsschaden bewirkte Verlust der Erwerbsmöglichkeiten massgebend ist (vgl. BGE 142 V 106 E. 4.2). In diesem Zusammenhang ist auch darauf hinzuweisen, dass es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits nicht zulässt, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen oder an vorgängig geäusserten abweichenden Auffassungen festhalten (SVR 2017 IV Nr. 49 [9C_338/2016] E. 5.5; Urteil des Bundesgerichts 9C_654/2015 vom 10. August 2016 E. 4.4 9C_175/2018 vom 16. April 2018 E. 3.3.1). Anders verhält es sich, wenn die behandelnden Ärzte objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorbringen, welche im Rahmen der Begutachtung unerkannt (oder ungewürdigt) geblieben und geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (SVR 2017 IV Nr. 49 [9C_338/2016] E. 5.5; SVR 2008 IV Nr. 15 [I 514/06] E. 2.1.1; Urteile des Bundesgerichts 9C_793/2016 vom 3. März 2017 E. 4.1.2 und 9C_353/2015 vom 24. November 2015 E. 4.1). Solche objektiv feststellbaren Gesichtspunkte werden von Dr. F. ___ nicht vorgebracht, weshalb auch kein Anlass bestand, seinen Bericht den Gutachtern zur Stellungnahme vorzulegen.

Die Frage nach den noch zumutbaren Tätigkeiten und Arbeitsleistungen ist

recht sprechungsgemäss nach Massgabe der objektiv feststellbaren Gesundheitsschädigung in erster Linie durch die Ärzte und nicht durch die Eingliederungsfachleute auf der Grundlage der von ihnen erhobenen, subjektiven Arbeitsleistung zu beantworten (Urteil des Bundesgerichts 8C_334/2018 vom 8. Januar 2019 E. 4.2.1 mit Hinweisen). Die Berichte der Eingliederungsfachleute lagen den Gutachtern bei ihrer Beurteilung vor (vgl. Urk. 6/105/8-9) und vermögen keine Zweifel an der gutachterlichen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu erwecken. Dem Abschlussbericht Aufbautraining der A. ___ , B. ___ Arbeitsintegration, vom 27. April 2016 lässt sich namentlich entnehmen, dass sich die Beschwerdeführerin nicht in der Lage sah, die Leistungsfähigkeit kurz- bis mittelfristig zu steigern, weshalb das Aufbautraining vorzeitig beendet worden sei (Urk. 6/82/3). Dass eine Leistungssteigerung aus objektiven Gründen nicht möglich war, geht aus dem Bericht indessen nicht hervor, vielmehr trugen nach Einschätzung der Eingliederungsfachperson auch persönliche Umstände dazu bei (vgl. auch Urk. 6/80/3).

Bei den Akten finden sich sodann diverse Berichte des behandelnden Arztes Dr. H. ___ , auf die sich die Beschwerdeführerin

in pauschaler Weise beruft (vgl. Urk. 1 S. 4 Rn 13). Zu den mit Eingabe vom 17. Mai 2018 eingereichten Berichten, datierend vom 12. Februar, 10. April und 9. Mai 2018 (Urk. 8-9), ist vorab zu bemerken, dass diese erst nach Erlass der – rechtsprechungsgemäss die zeitli

che Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis bildenden (BGE 130 V 445 E. 1.2 mit Hinweisen) – Verfügung vom 20. November 2017 verfasst wurden. Die den Berichten zugrundeliegenden Untersuchungen fanden ebenfalls erst im Nachgang zum Erlass der Verwaltungsverfügung statt, weshalb die Berichte keine Rückschlüsse auf die im Zeitpunkt des Verwaltungsverfahrens gegebene Situation ermöglichen. Die Berichte sind demnach nicht zu berücksichtigen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_235/2016 vom 26. Januar 2017 E. 4.2 mit Hinweisen). Im Bericht vom 1. April 2016 beurteilt Dr. H.____ die Situation als unverändert

und übernimmt die Ergebnisse aus dem Aufbau-Training, wonach eine tägliche Arbeitsleistung von 2 mal 2 Stunden möglich sei, ohne die eigene Einschätzung mit der objektiven Befundlage abzugleichen (vgl. Urk. 6/77). Die davor erstatteten Berichte von Dr. H.____

befassen sich nicht mit der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin

(vgl. Urk. 6/19/8-9, Urk. 6/19/10-11, Urk. 6/19/12-13, Urk. 6/43, Urk. 6/49/3-4).

E. 4.4

Aus dem Gesagten ergibt sich, dass weder die Einwände der Beschwerdeführerin noch die weiteren Unterlagen das Medas-Gutachten zu entkräften vermögen. Es liegen somit keine konkreten Indizien vor, welche gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. E. 1.6). Infolgedessen kann auf das Medas-Gutachten abgestellt werden.

E. 4.5

Bei der retrospektiven Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ist die Beschwerdegegnerin vom Medas-Gutachten abgewichen, ohne dies weiter zu begründen.

E. 4.5.1

Die Anmeldung der Beschwerdeführerin zum Leistungsbezug datiert vom 20. November 2013 (Urk. 6/8), weshalb ein allfälliger Rentenanspruch frühestens ab 1. Mai 2014 besteht (Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG). Massgebend ist daher die Arbeitsfähigkeit ab Mai 2013 (Beginn der Wartezeit gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG).

E. 4.5.2

Die Gutachter attestieren der Beschwerdeführerin zunächst eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (ab Anfang des Jahres 2011). Sie begründen dies mit den wiederholt erfolgten operativen Eingriffen im Bereich der Arme, welche postoperativ zu einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit geführt hätten. Im Verlauf des Jahres 2013 sei zudem eine depressive Erkrankung aufgetreten, Arbeitsversuche in diesem Jahr seien krankheitsbedingt gescheitert. Ab Mitte des Jahres 2014 habe wieder eine Teilarbeitsfähigkeit bestanden. Die Gutachter sahen sich ausser Stande, die genaue Höhe der Arbeitsunfähigkeit näher anzugeben, gingen bei gleichzeitig vorliegender depressiver Erkrankung, chronischen beidseitigen Armschmerzen nach multiplen Operationen sowie Beschwerden bei degenerativer Erkrankung der Lendenwirbelsäule und bei gegenseitig ungünstigen Wechselwirkungen aber von einer Gesamtarbeitsfähigkeit von deutlich unter 50 % aus. Ab Ende des Jahres 2015 attestierten die Gutachter eine stabile Arbeitsfähigkeit von 50 % (vgl. Urk. 6/105/20). Med. pract. Z.____ stuft die Beschwerdeführerin in ihrem zuhanden der Krankentaggeldversicherung erstatteten psychiatrischen Gutachten vom 11. März 2014 gestützt auf eine mittelgradige Depression als im Begutachtungszeitpunkt zu 100 % arbeitsunfähig ein, erachtete eine Verbesserung des Zustandsbildes und einen stufenweisen

Wiedereinstieg in ein den körperlichen Einschränkungen angepasstes Tätigkeitsfeld aber unter einer adäquaten Therapie in spätestens 3 bis 6 Monaten als möglich (Urk. 6/16/

E. 4.6

Zu prüfen bleibt, ob der Beurteilung der Gutachter auch unter Berücksichtigung der Standardindikatoren gefolgt werden kann. Der psychiatrische Gutachter hat bei seiner Einschätzung die Anforderungen gemäss BGE 141 V 281 berücksichtigt, jedoch nicht zu allen Indikatoren einlässliche Stellung genommen (vgl. Urk. 6/105/48). 4. 6 .1

Hinsichtlich des Komplexes «Gesundheitsschädigung» ergibt sich, dass die bei der Beschwerdeführer in

diagnostizierte Depression von Dr. P.____ und med. pract . Z.____ übereinstimmend als mittelgradig eingestuft wurde. Funktionell sei die Beschwerdeführer in aufgrund der raschen Erschöpfbarkeit, Kraft- und Energielosigkeit, Antriebsstörungen sowie der verminderten Konzentration und Aufmerksamkeit eingeschränkt (Urk. 6/16/

E. 7

Abs. 2 ATSG).

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

-13). Die Beschwerdeführerin befand sich vom 28. April bis am 8. August 2014 in der O.____ in tagesklinischer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung (vgl. Urk. 6/23/2). Dr. P.____ gelangte in seiner fachärztlichen Beurteilung für die O.____ vom 4. Juli 2014 zur Einschätzung, während der tagesklinischen Behandlung

bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Symptomatik im Rahmen einer mittelgradigen depressiven Episode. Eine berufliche Reintegrationsmassnahme durch die IV werde grundsätzlich unterstützt, um die Chancen für den ersten Arbeitsmarkt zu erhöhen. Es werde eine erneute Überprüfung in den nächsten 3-6 Monaten empfohlen (Urk. 6/20/5). In seinem Bericht vom 28. Oktober 2014 bestätigte Dr. P.____ eine mittelgradige depressive Episode sowie eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit für die Dauer der teilstationären Behandlung vom 28. April bis am 8. August 2014. Er sah sich ausser Stande, eine prognostische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nach Austritt aus der Tagesklinik abzugeben. Um eine erfolgreiche berufliche Reintegration zu ermöglichen, empfahl er eine schrittweise Steigerung des Arbeitspensums (Urk. 6/23/3-4). Da im Januar 2015 weitere operative Eingriffe in der Q.____ erfolgten (vgl. Urk. 6/29), nahm die Beschwerdegegnerin erst ab März 2015 Abklärungen betreffend Eingliederungsmassnahmen vor (vgl. Urk. 6/27, 6/30, 6/39 und 6/41). Vom 19. Mai bis 18. Juni 2015 wurde durch die A.____ , B.____ Arbeitsintegration , eine Potenzialabklärung, mit vier Stunden Präsenzzeit, vorgenommen (Urk. 6/48). Vom 21. Juli bis am 14. August 2015 war die Beschwerdeführerin in der Klinik C.____ in stationärer Behandlung (Urk. 6/52). Am 21. September 2015 folgte das Belastbarkeitstraining resp. das

Aufbautraining, welches bis zum vorzeitigen Abbruch am 8. April 2016 dauerte (vgl. Urk. 6/80). Die retrospektive Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch die Medas -Gutachter er scheint aufgrund der vorliegenden Akten nachvollziehbar.

E. 12

, Urk. 6/20/5). Im Austrittsbericht der Klinik C.____ vom 13. August 2015 wurde die Depression als aktuell leichtgradig eingestuft (Urk. 6/52/9-13). Zusätzlich zur depressiven Störung

diagnostizierte med. pract . Z.____ in ihrem Gutachten vom 11. März 2014 – wie auch später im Austrittsbericht der Klinik C.____ und im Medas -Gutachten festgehalten (vgl. Urk. 6/52/9, Urk. 6/105/19, Urk. 6/105/44) – eine Somatisierungsstörung im Sinne von ICD-10 F 45 (Urk. 6/16/12).

Zum Indikator «Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz» ist fest zuhalten, dass die Beschwerdeführerin vom 28. April bis am 8. August 2014 eine teilstationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung mit Einzel-, Gruppen- sowie Milieuthérapie an fünf Tagen pro Woche in der O.____ absolvierte (Urk. 6/20/5). Als Medikation nahm sie dazumal täglich 40 Tropfen Surmontil 4 % (Urk. 6/16/8, Urk. 6/20/5, Urk. 6/23/3) sowie alle drei Tage eine Tablette Zolpidem

Zentiva bei Schlafstörungen ein

(Urk. 6/23/3).

Nach der teilstationären Therapie wurde zwar auf gewisse positive Auswirkungen derselben hingewiesen. So habe die Beschwerdeführerin von den tagesstrukturierenden Massnahmen und dem Knüpfen von Kontakten zu Mitpatienten

profitieren können und

auch die wöchentlich stattfindenden stützenden Einzelgespräche hätten zu einer Zustandsverbesserung geführt. Ein konkreter Therapieerfolg wurde aber – auch prognostisch – nicht festgehalten (Urk. 6/20/5, Urk. 6/23/3). Nachdem sich die Beschwerdeführerin vom 21. Juli bis am 14. August 2015 in der Klinik C.____ zur psychosomatischen Rehabilitation aufgehalten hatte, wurde im betreffenden Austrittsbericht insbesondere auf einen fördernden Einfluss der Psychotherapie hingewiesen. Die Aktivierung sowie die Entspannung hätten zu einer Verbesserung des stark dysregulierten vegetativen Nervensystems und auch des Schlafes geführt. Durch Entschleunigung und einen achtsameren Umgang mit ihrem Körper habe sie letztlich die körperliche Leistungsfähigkeit steigern können, wobei sich die Schmerzen in den Armen jedoch kaum verbessert hätten. Die antidepressive und schlafanstossende Medikation sei unverändert belassen worden (Urk. 6/52/11-12).

Auch wenn sich anhand der medizinischen Akten nicht unmittelbar auf eine gute Behandelbarkeit der Beschwerdeführerin schliessen lässt, lassen die Berichte der O.____ und der Klinik C.____

im Verlauf doch eine gewisse Verbesserung der

Behandelbarkeit erahnen .

Damit besteht keine ausgewiesene Therapieresistenz.

Als Komorbiditäten wurde im Medas -Gutachten auf chronische beidseitige Armschmerzen nach multiplen Operationen sowie Beschwerden bei degenerativer Erkrankung der Lendenwirbelsäule mit gegenseitigen ungünstigen Wechselwirkungen hingewiesen (Urk. 6/105/20). Diese bestanden sodann auch bereits im Jahr 2014 (vgl. Urk. 6/19/10-11), was denn auch einen weiteren operativen Eingriff am 8. Oktober 2014 am rechten Arm nach sich zog (Urk. 6/19/6-7).

Die Komorbiditäten mitsamt Wechselwirkungen sind ressourcenhemmend zu berücksichtigen. 4. 6 .2

In Bezug auf den Komplex «Persönlichkeit» ist festzuhalten, dass im Gutachten von med. pract . Z. ___ vom 11. März 2014 aufgrund der lebensgeschichtlichen Hintergründe, der Beziehungsgestaltung und der beruflichen Entwicklung der Verdacht auf eine Persönlichkeitsstörung im engeren Sinne erhoben , eine solche Diagnose – mangels Fremdanamnese und der depressiven Episode – aber nicht abschliessend gestellt wurde (Urk. 6/16/12).

Im Medas -Gutachten wurde zwar keine (Verdachts-) Diagnose auf eine Persönlichkeitsstörung erhoben, der Psychiater wies aber auf eine Beeinträchtigung der Gesamtpersönlichkeit hin, welche verschiedene Teilaspekte umfasse . Die persönlichen Ressourcen sah er als durch die zahlreichen durchgemachten Belastungen eingeschränkt, das Potenzial zur Bewältigung von Belastungen infolgedessen reduziert (Urk. 6/105/45). Aufgrund der zahlreichen Belastungen im Bereich der Persönlichkeit, ist nicht davon auszugehen, dass sich die Beschwerdeführerin auf dieser Ebene auf ressourcen fördernde Faktoren stützen kann.

Im «sozialen Kontext» ist zu erwähnen, dass die Beschwerdeführerin zwei mittlerweile erwachsene Söhne hat , welche in den Jahren 2003 bis 2009 – als die Beschwerdeführerin mit ihrem zweiten Ehemann in U. ___ lebte – vom Vater und den Grosseltern versorgt wurden . Die Beschwerdeführerin ist zweimalig geschieden und lebt aktuell alleine (Urk. 6/6-8, Urk. 6/105/

E. 13

). Mit ihrem ersten Ehemann, dem Vater ihrer Kinder, habe sie einen recht guten Kontakt. Der Kontakt zu ihren beiden Söhnen beschreibt die Beschwerdeführerin als gut und innig . Ihre Mutter sei verstorben, zu ihrem Vater habe sie nur sporadischen Kontakt, mit zwei von den drei Geschwistern habe sie den Kontakt komplett abgebrochen, mit dem nächstälteren Bruder habe sie ab und zu Kontakt . Nicht zuletzt durch ihre Arbeit habe sie eigentlich immer einen gewissen, guten Bekanntenkreis gehabt, heute sei sie eher zurückgezogen, habe aber regelmässig Kontakt zu einzelnen Freundinnen (Urk. 6/16/5 -6 , vgl. auch Urk. 6/52/10). Im Medas -Gutachten gab sie an, sie habe einen Kollegen, mit dem sie – aber nur in grösseren Abständen – telefonieren würde. Zudem habe sie eine gute Kollegin, mit der sie täglich spazieren gehen würde (Urk. 6/105/13). Auch wenn die Beschwerdeführerin nur über ein kleines soziales Netzwerk verfügt, ist nicht von einem ausgeprägten sozialen Rückzug auszugehen. 4. 6 .3

In der Kategorie «Konsistenz» ist darauf hinzuweisen, dass sich die Beschwerdeführerin in den Untersuchungen

authentisch zeigte und sich den medizinischen Akten keine Hinweise auf Aggravationstendenzen entnehmen lassen (vgl. Urk. 6/105/46 , vgl. auch Urk. 6/105/44).

Nach ihrem letzten Arbeitstag

bei der Gate Gourmet AG am 15. April 2013, ging die Beschwerdeführerin bis zu ihrer Anstellung bei der D.____ AG ab dem 11. April 2016 keiner Arbeitstätigkeit mehr nach (Urk. 6/16/6,

Urk. 6/52/10, Urk. 6/105/12). Bei der D.____ AG arbeitet die Beschwerdeführerin zweimal zwei Stunden täglich, wobei sie Post verteilt und Rechnungen verarbeitet (Urk. 6/78, vgl. Urk. 6/105/12).

Befragt nach Hobbies gab die Beschwerdeführerin an, dass sie puzzle. Täglich gehe sie ein bisschen spazieren, sie könne wegen ihres Rückens jedoch maximal eine Stunde am Stück laufen (Urk. 6/16/12). Vergleicht man den im Gutachten von med. pract. Z.____ vom 11. März 2014 geschilderten Tagesablauf mit demjenigen im Medas -Gutachten vom 9. Februar 2017, so ist eine mit der Teilzeitanstellung bei der D.____ AG verbundene Steigerung des Aktivitätsniveaus auszumachen (vgl. Urk. 6/16/8 und Urk. 6/105/13).

Dafür spricht auch die Angabe der Beschwerdeführerin anlässlich des Standortgesprächs vom 4. April 2016, sie übe in ihrem Wohnblock noch eine Hauswart-Tätigkeit aus (Urk. 6/80/4).

Behandlungsanamnestisch ist

ab anfangs 2014 auf einen relevanten psychischen Leidensdruck zu schliessen, zumal die Beschwerdeführerin vom 28. April bis am 8. August 2014 eine teilstationäre Therapie in der O.____ absolvierte (vgl. Urk. 6/23), nachdem med. pract. Z.____

die psychiatrische Behandlung inklusive der Pharmakotherapie in ihrem Gutachten vom 11. März 2014 noch als absolut unzureichend bezeichnet und unter anderem eine tagesklinische Behandlung empfohlen hatte. Die unzureichende Pharmakotherapie wurde insbesondere mit der «fragwürdigen Grundhaltung des behandelnden Psychiaters» erklärt, welcher einerseits Medikamente ablehne, und sich eine Heilung durch Ausruhen und Schonen verspreche

(Urk. 6/16/13).

Vom 21. Juli bis am 14. August 2015 absolvierte die Beschwerdeführerin eine psychosomatische Rehabilitation im Schmerzprogramm in der Klinik C.____, wo auch die Pharmakotherapie angepasst wurde (Urk. 6/52/9 -13). 4. 6. 4

Unter Berücksichtigung der ausgewiesenen Defizite und Ressourcen der Beschwerdeführerin ist mit den Medas -Gutachtern davon auszugehen, dass (mindestens) ab Mai 2013 eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit bestanden hat. Es ist zunächst auf einen ausgeprägten Schweregrad der psychischen Störung zu schliessen. Belastend kommen die Komorbiditäten, die fehlenden Ressourcen im Bereich der Persönlichkeit sowie das dazumal tiefe Aktivitätsniveau hinzu. Im Dezember 2015 kann eine wesentliche und dauerhafte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit auf 50 % als erstellt gelten. Ab dem Zeitpunkt der Begutachtung (Ende Dezember 2016) besteht in einer angepassten Tätigkeit gemäss dem im Gutachten beschriebenen Leistungsprofil (vgl. E. 3.1) keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit mehr. Objektive Anhaltspunkte dafür, dass seither bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung eine erhebliche (andauernde) Verschlechterung der gesundheitlichen Situation der Beschwerdeführerin eingetreten sein könnte, liegen nicht vor. Es besteht somit kein Anlass, von den Einschätzungen der

medizinischen Sachverständigen der Medas abzuweichen.

5 .

5 .1

Zur Ermittlung der erwerblichen Auswirkungen der gesundheitlich bedingten Einschränkungen

ist ein Einkommensvergleich vorzunehmen (vgl. E. 1. 3) .

In Anwendung von Art. 88a Abs. 1 IVV sind bei der Invaliditätsbemessung folgende Arbeitsunfähigkeiten zu berücksichtigen: 100 % vom 1. Mai 2014 bis am 29. Februar 2016 und 50 % vom 1. März 2016 bis am 31. März 2017 (vgl. E. 4. 6 .4). Ab dem 1. April 2017 ist der Beschwerdeführerin

eine 100%ige Arbeits tätigkeit in einer angepassten Tätigkeit aus medizinischer Sicht zumutbar.

Medizinisch nicht zumutbar sind ihr repetitive Arbeiten mit einer Lastenhandhabung von über 2-3 kg auf oder oberhalb von Schulterhöhe, vereinzelt ist eine Lastenhandhabung von 5-10 kg medizinisch möglich. Bis Gürtelhöhe ist eine Lastenhandhabung bis maximal 7.5 kg medizinisch zumutbar. Längerdauernde Arbeiten auf oder oberhalb von Brusthöhe sind auch ohne Gewichte medizinisch nicht möglich, ebenso keine Tätigkeiten mit fortgesetzten schwereren manuellen Halte- oder Greiffunktionen, Tätigkeiten mit Sicherheits- und Haltefunktion sowie keine Tätigkeiten mit Vibrationen (Urk. 6/105/20). 5 .2

Bei der vollständigen Arbeitsunfähigkeit ab 1. Mai 2014 beträgt der Invaliditätsgrad 100 %. Der Einkommensvergleich ist auf den Zeitpunkt der Anpassung des Rentenanspruchs per 1. März 2016 und den 1. April 2017

durchzuführen (vgl. Urteil e des Bundesgerichts 9C_818/2018 vom 5. April 2019 E. 4.2.1 und 8C_486/2019

vom 18. September 2019 E. 7.4, je mit Hinweisen). 5 .2.1

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Validen einkommens entscheidend, was die versicherte Person nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fort gesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; 135 V 58 E. 3.1; 134 V 322 E. 4.1 mit Hin weis).

5 .2.2

Vor Eintritt des Gesundheitsschadens war die Beschwerdeführerin bei der Y.____

GmbH angestellt und erzielte dort im Jahr 2012 ein Bruttoeinkommen von Fr. 63'164.-- (Urk. 6/12/1). In Anpassung an die Nominallohnentwicklung im Jahr 2016 ergibt sich ein massgebendes Valideneinkommen von Fr. 65'061.30 (Fr. 63'164.-- : 2630 x 2709) und im Jahr 2017 von Fr. 65'301.50 (Fr. 63'164.-- : 2630 x 2719; vgl. Bundesamt für Statistik, Tabelle T39 , Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne , Nominal löhne Frauen). 5 .3

5.3.1

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2, 129 V 472 E. 4.2.1, 126 V 75 E. 3b). Dabei sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (BGE 143 V 295 E. 4.1.3; zur Verwendung der aktuellsten statistischen Daten bei Rentenrevisionen vgl. BGE 143 V 295 E. 4.2.2, 142 V 178 E. 2.5.8.1, 133 V 545 E. 7.1). Der Griff zur Lohnstatistik ist subsidiär, das heisst deren Beizug erfolgt nur, wenn eine Ermittlung des Invalideneinkommens auf Grund und nach Massgabe der konkreten Gegebenheiten des Einzelfalles nicht möglich ist (vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.7, 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2; vgl. auch Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, Rn 55 und 89 zu Art. 28a, mit weiteren Hinweisen auf die Rechtsprechung). 5.3.2

Nachdem die

Beschwerdeführer in

ihre Restarbeitsfähigkeit mit der ausgeübten Stelle als Aushilfsangestellte

bei der D.____ AG (20 Stunden pro Woche; Urk. 6/78) nicht

voll ausschöpft, ist das Invalideneinkommen gestützt auf die Tabellenlöhne der LSE zu bestimmen (vgl. BGE 139 V 592 E. 2.3). Die

Beschwerdeführer in hat keine Berufsausbildung abgeschlossen und verfügt über Arbeitserfahrung in Hilfsarbeits-tätigkeiten in diversen Branchen (vgl. Urk. 6/12, Urk. 6/37/2-3). Es sind ihr daher – zumindest – einfache Tätigkeiten des Kompetenzniveaus 1

zumutbar. Gemäss der Tabelle TA1_tirage_skill_level des Bundesamtes für Statistik (Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor) betrug der Medianlohn von Frauen, welche im Jahr 2014 Tätigkeiten des Kompetenzniveaus 1 ausübten Fr. 51'600.-- (Fr. 4'300 x 12). Angepasst an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41,7 Stunden (vgl. Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche, Total) und die Nominallohnentwicklung ergibt sich bei in einem zumutbaren Pensum von 50 % ein Jahreseinkommen von Fr. 27'258.75 im Jahr 2016 (Fr. 51'600.-- : 40 x 41,7 : 2'673 x 2'709 x 0.5)

respektive in einem 100%-Pensum Fr. 54'718.75 im Jahr 2017 (Fr. 51'600.-- : 40 x 41,7 : 2'673 x 2'719). 5.3.3

Der von der Beschwerdegegnerin vorgenommene leidensbedingte Abzug von 10 % trägt den bei ihr bestehenden Einschränkungen angemessenen Rechnung

und ist so zu übernehmen (vgl. Urk. 6/95/1).

Das massgebende Invalideneinkommen

ab März 2016 beläuft sich somit auf Fr. 24'532.85 und ab April 2017 auf Fr. 49'246.85. 5.4

Bei einem Invaliditätsgrad von 100 % hat die Beschwerdeführerin vom 1. Mai 2014 bis Ende Februar 2016 grundsätzlich (vgl. aber E. 5.5) Anspruch der auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung. In der Zeitspanne vom 1. März 2016 bis Ende März 2017 steht

einem Valideneinkommen von Fr. 65'061.30 ein Invalideneinkommen von Fr. 24'532.85 gegenüber, wodurch eine Erwerbseinbusse von Fr. 40'528.45 (Fr. 65'061.30 - Fr. 24'532.85) und ein IV-Grad von gerundet 62 % ($100 : \text{Fr. } 65'061.30 \times \text{Fr. } 40'528.45$) resultiert. Damit besteht vom 1. März 2016 bis am 31. März 2017 grundsätzlich (vgl. aber E. 5.5) Anspruch auf eine Dreiviertelsrente. Ab dem 1. April 2017 hat die Beschwerdeführerin keinen Rentenanspruch mehr, da einem

Valideneinkommen von Fr. 65'301.50 ein Invalideneinkommen von Fr. 49'246.85 gegenübersteht, was eine

Erwerbseinbusse von Fr. 16'054.65 und damit einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von gerundet 25 % ergibt ($100 :$

$\text{Fr. } 65'301.50 \times \text{Fr. } 16'054.65$). 5.5

5.5.1

Ferner zu berücksichtigen ist, dass die Beschwerdeführerin vom 19. Mai 2015 bis am 18. Juni 2015 (Urk. 6/46, vgl. Urk. 6/48)

und vom 21. September 2015 bis am 8. April 2016 (Urk. 6/56-57, Urk. 6/65, Urk. 6/67, Urk. 6/79) im Rahmen von Eingliederungsmassnahmen Taggelder der Invalidenversicherung bezog. 5.5.2

Das Taggeld wird grundsätzlich zusätzlich zur Rente ausgerichtet, dieses wird je doch während der Dauer des Doppelanspruchs bei der Durchführung von Abklärungs- oder Eingliederungsmassnahmen um einen Dreissigstel des Rentenbetrags gekürzt (Art. 47 Abs. 1 ter IVG). Während einer Eingliederungsmassnahme, die zu einer länger als drei Monate dauernden Taggeldberechtigung führt, wird die Rentenzahlung unterbrochen. Nach Wegfall des Taggeldanspruchs lebt die Rente wie der auf. Eine Prüfung des Rentenanspruchs für die Zukunft hat unter dem Gesichtspunkt der Revision zu erfolgen (AHI 1998 179 E. 2-3). Diese Rechtsprechung hat auch im Rahmen der revidierten Art. 47 Abs. 1-1 ter IVG Bestand (Meyer/Reichmuth, a.a.O., Rn 2 zu Art. 43). 5.5.3

Art. 29 Abs. 2 IVG steht einem Rentenanspruch vorliegend nicht entgegen, zumal dieser bereits am 1. Mai 2014 und damit deutlich vor dem ersten Taggeldbezug (19. Mai 2015) entstanden ist. Die erste Phase des Taggeldbezugs dauerte vom 19. Mai 2015 bis am 18. Juni 2015 und damit nicht länger als drei Monate.

Diese Phase des Taggeldbezugs führt somit

nicht zur Unterbrechung des Rentenanspruchs (vgl. E. 5.5.2). Die zweite Phase des Taggeldbezugs erstreckte sich vom 21. September 2015 bis am 8. April 2016 und somit über eine längere Zeit als drei Monate, was eine Sistierung des Rentenanspruchs zur Folge hat.

Der

Rentenanspruch der Beschwerdeführerin

ruhte vom

1. Januar 2016 (Ende des dritten vollen Kalendermonats, der dem Beginn der Massnahme folgte; Art. 47 Abs. 1 bis

lit . b IVG) und lebte am 1. April 2016 (Monat, in dem der Taggeldanspruch en dete; vgl. Art. 47 Abs. 2 IVG) wieder auf . 5.6

Zusammengefasst ergibt sich ein Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung vom 1. Ma i 2014 bis am 31. Dezember 201 5. Darüber hinaus hat die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Dreiviertels rente

vom 1. April 2016 bis am 31 . März 201 7. Insofern ist die Beschwerde gut zuheissen .

Im Übrigen ist die Beschwerde abzuweisen. 6 .

Da das Verfahren die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invali denversicherung zum Inhalt hat, ist es kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind in Anwendung von Art. 69 Abs. 1 bis IVG auf Fr. 8 00. -- festzusetzen und ausgangs gemäss den Parteien je zur Hälfte (Fr. 400.--) aufzuerlegen.

Die Beschwerdegeg nerin ist zu verpflichten, d er Beschwerdeführerin

eine reduzierte Prozessentschä digung zu bezahlen, welche in Anwendung von Art. 61 lit . g ATSG in Verbindung mit § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses auf Fr. 900 .-- (inkl. Barauslagen und MWSt) festzusetzen ist. Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungs anstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 20. November 2017 dahingehend abgeän dert , dass die Beschwerdeführerin vom 1. Mai 2014 bis am 31. Dezember 2015 An spruch auf eine ganze Rente sowie vom 1. April 2016 bis am 31 . März 2017 Anspruch auf eine Dreiviertelsrente der Invalidenversicherung hat.

Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800 .-- werden den Parteien je zur Hälfte auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden den

Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Die Beschwerdeführerin wird

verpflichtet, der Beschwerdegegnerin

eine reduzierte Pro zessentschädigung von Fr. 900 .-- (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 Bundesge setzes 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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. 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
Der Gerichtschreiber
HurstKübler

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