

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00501 vom 19. September 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-09-19, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2018.00501](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00501)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00501 du 19 septembre 2019

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00501 del 19 settembre 2019

## Erwägungen

### E. 1.1

Die IV-Stelle hat gemäss Art. 57a Abs. 1 Satz 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) der versicherten Person den vorgesehenen Endentscheid über ein Leistungsbegehren oder den Entzug oder die Herabsetzung einer bisher gewährten Leistung mittels Vorbescheid mitzuteilen. Die Parteien können innerhalb einer Frist von 30 Tagen Einwände zum Vorbescheid vorbringen (Art. 73 ter Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV). Bei dieser Frist handelt es sich um eine behördliche und daher bei Vorliegen von zureichenden Gründen erstreckbare Frist (Urteil des Bundesgerichts 8C\_372/2016 vom 29. Dezember 2016 E. 4.3 f.).

Nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens entscheidet die IV-Stelle mittels Verfügung, wobei sie sich darin mit den relevanten Einwänden der Parteien auseinandersetzen hat (Art. 74 IVV). Verfügungen der kantonalen IV-Stellen sind direkt beim Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle anfechtbar (Art. 69 Abs. 1 lit. a IVG).

### E. 1.2

).

In ihrer Beurteilung führten sie unter anderem aus, wesentliche Befunde und Beschwerden lägen auf psychiatrischem und psychosomatischem Gebiet. Die Beschwerdeführerin leide aus Gutachtersicht an einer klassischen Somatisierungsstörung (S.

70 unten).

Die Arbeits- und Leistungsfähigkeit sei durch keinen der in den Teilgebieten im Rahmen der Begutachtung objektivierten Befunde wesentlich beeinträchtigt (S.

71 unten). Qualitative Einschränkungen könnten in Bezug auf die Belastbarkeit der unteren Wirbelsäule, wo degenerative Veränderungen nachgewiesen seien, angenommen werden. Ausser für ausdrücklich rückenbelastende Tätigkeiten (ständige Vorneigehaltung des Rumpfes, häufiges oder dauerndes Heben von Lasten) bestehe gesamtmedizinisch keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, so wohl für die Tätigkeit als Schwesternhelferin im Operationsbereich der Augenklinik noch als angelernte Bürokräft (S.

71

f.).

Auf der psychischen Ebene bestünden aufgrund der diagnostizierten Somatisierungsstörung subjektive Beeinträchtigungen, bei welchen die Überwindbarkeit - bei fehlender relevanter Komorbidität und wenigen negativen Prognosefaktoren - aus

Gutachtersicht nicht eingeschränkt sei (S. 75 Ziff. 2.1).

Die zuletzt ausgeübten Tätigkeiten (Hilfskraft im Büro, Schwesternhelferin) können theoretisch zeitlich uneingeschränkt ausgeübt werden (S. 76 Ziff. 3.4). Qualitativ bestünden Einschränkungen für schweres Heben und Tragen sowie rückenbelastende Tätigkeiten, ferner allenfalls eine Leistungsminderung von 20

% auf Grund der Beschwerdechronifizierung (S. 76 Ziff. 3.5).

### **E. 1.3**

Der Sinn und Zweck des Vorbescheidverfahrens besteht darin, die Akzeptanz des Entscheids bei den Versicherten zu verbessern (BGE 134 V 97 E. 2.7). Das Vorbescheidverfahren geht über den verfassungsrechtlichen Mindestanspruch auf rechtliches Gehör (Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung, BV) hinaus, indem es Gelegenheit gibt, sich nicht nur zur Sache, sondern auch zum vorgesehenen Entscheid zu äussern (BGE 134 V 97 E. 2.8.2 mit Hinweisen).

### **E. 1.4**

Das Recht, angehört zu werden, ist formeller Natur. Die Verletzung des rechtlichen Gehörs führt ungeachtet der Erfolgsaussichten der Beschwerde in der Sache selbst zur Aufhebung der angefochtenen Verfügung. Es kommt mit anderen Worten nicht darauf an, ob die Anhörung im konkreten Fall für den Ausgang der materiellen Streitentscheidung von Bedeutung ist, das heisst die Behörde zu einer Änderung ihres Entscheids veranlasst wird oder nicht. Nach der Rechtsprechung kann eine - nicht besonders schwerwiegende - Verletzung des rechtlichen Gehörs ausnahmsweise als geheilt gelten, wenn die betroffene Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt wie die Rechtslage frei überprüfen kann (BGE 132 V 387 E. 5.1; 127 V 431 E. 3d/aa).

### **E. 2**

Es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, die gesetzlichen Versicherungsleistungen auszurichten.

Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin.»

In prozessualer Hinsicht ersuchte die Beschwerdeführerin um unentgeltliche Prozessführung und unentgeltliche Rechtsvertretung (Urk. 1 S. 3).

### **E. 2.1**

Die Beschwerdeführerin machte in formeller Hinsicht geltend (Urk. 1), im Vorbescheid vom 10. Oktober 2017 sei die Beschwerdegegnerin von einer vollen Arbeitsfähigkeit in angestammter und angepasster Tätigkeit ausgegangen. Ein Lohnvergleich sei im Vorbescheid dementsprechend nicht vorgenommen worden. Nachdem die Beschwerdegegnerin nach der Einsprache beabsichtigt habe, eine Viertelsrente auszurichten, hätte sie ihr dies sowie die konkreten Gründe in Form eines neuen Vorbescheids mitteilen und insbesondere einen Einkommensvergleich vornehmen müssen, was sie nicht getan habe. Sie hätte sich zumindest dazu äussern können müssen und nicht erst in einem kostenpflichtigen Beschwerdeverfahren. Indem die Beschwerdegegnerin keinen erneuten Vorbescheid erlassen habe, habe sie ihr rechtliches Gehör verletzt (S. 5 f. Ziff. 3).

## **E. 2.2**

Die Beschwerdegegnerin begründete den Vorbescheid vom 10. Oktober 2017 (Urk. 6/340) damit, aus ärztlicher Sicht liege seit der letzten Beurteilung im Jahre 2013 ein im Wesentlichen unveränderter Gesundheitszustand vor. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit so wie auch in anderen angepassten Tätigkeiten könne weiterhin von einer vollen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden. Es sei aber eine Leistungsminderung von 20 % zu berücksichtigen. Diese Leistungsminderung begründe auch den Invaliditätsgrad (S. 2).

Gegen diesen Vorbescheid brachte die Beschwerdeführerin im Einwandverfahren im Wesentlichen vor (Urk. 6/349), das Z.\_\_\_\_-Gutachten bescheinige eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes und attestiere eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in Tätigkeiten mit mittelschwerer und schwerer körperlicher Belastung und eine Leistungseinschränkung von 40 % für körperlich leichte, angepasste Tätigkeiten (S. 5).

Mit Verfügung vom 25. April 2018 sprach die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin ab 1. Juli 2017 eine Viertelsrente zu, ohne vorher - wie von dieser beantragt - einen erneuten Vorbescheid zu erlassen (Urk. 6/368). Zur Begründung führte sie aus (Urk. 6/360), für die Beurteilung der gesundheitlichen Einschränkungen könne vollumfänglich auf das Gutachten abgestellt werden, womit davon ausgegangen werden könne, dass sich der Gesundheitszustand verschlechtert habe. Die Beschwerdeführerin habe sich im November 2013 einem operativen Eingriff unterziehen lassen müssen, womit ab dem Operationsdatum eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden habe. Ab Februar 2014 könne ihr die früher ausgeübte Tätigkeit wieder im Vollpensum zugemutet werden, es bestehe dabei jedoch eine verminderte Leistungsfähigkeit von 40 %. Bei einem Valideneinkommen von Fr. 54'930. -- und einem Invalideneinkommen von Fr. 32'958. -- entstehe eine Erwerbseinbusse von Fr. 21'972. --, was einem Invaliditätsgrad von 40 % entspreche.

## **E. 2.3**

Die Beschwerdegegnerin nahm nach den Einwänden der Beschwerdeführerin keine weiteren medizinischen Abklärungen mehr vor, sondern sie stützte sich - wie von der Beschwerdeführerin im Einwand geltend gemacht (Urk. 6/349 S. 5 Ziff. 3) - auf die Einschätzungen im Gutachten. Mit Einwand machte die Beschwerdeführerin weder geltend, es könne auf das Gutachten nicht abgestellt werden, noch es sei ihr eine ganze Invalidenrente auszurichten, sondern, es seien ihr die gesetzlichen Versicherungsleistungen (berufliche Massnahmen, Invalidenrente) auszurichten. Sie beantragte, es sei auf der Grundlage des polydisziplinären Gutachtens ein Lohnvergleich vorzunehmen. Von welchem Einkommen die Beschwerdegegnerin nach ihrer Meinung ausgehen sollte, legte die Beschwerdeführerin nicht dar, obwohl dem Vorbescheid ein Lohnvergleich zugrunde lag, aller dings unter Berücksichtigung einer Leistungseinbusse von nur 20 % (Urk. 6/338).

Nach dem Dargelegten war nicht erforderlich, dass die Beschwerdegegnerin vor der Verfügung einen neuen Vorbescheid erliess. Der bereits im Verwaltungsverfahren vertretenen Beschwerdeführerin war zumutbar, sich bereits im Einwand auch zu den Vergleichseinkommen zu äussern, zumal ihr sämtliche Akten und insbesondere der Einkommensvergleich vom 10. Oktober 2017 (Urk. 6/338) vorlagen. Im Übrigen nahm die Beschwerdegegnerin hieran bei Verfügungserlass keine Änderung vor, ausser dass sie antragsgemäss eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 40 statt von 20 % berücksichtigte (vgl. Urk. 6/350).

Eine Verletzung des rechtlichen Gehörs liegt demnach nicht vor.

### **E. 3.1**

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

### **E. 3.2**

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird bei einer neuen Anmeldung nur geprüft, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; es ist demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2).

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabebereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bildet die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 130 V 71 E. 3.2.3; vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.3 f.).

### **E. 3.3**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist 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.).

#### **E. 3.4**

Das Gericht ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden. Es kann eine Verfügung oder einen Einspracheentscheid zu Ungunsten der Beschwerde führenden Person ändern (reformatio in peius) oder dieser mehr zusprechen, als sie verlangt hat (reformatio in melius), wobei den Parteien vorher Gelegenheit zur Stellungnahme sowie zum Rückzug der Beschwerde zu geben ist (Art. 61 lit. d ATSG und § 25 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer; BGE 144 V 153 E. 4.4.2, 143 V 295 E. 4.1.5, 122 V 166 E. 2b).

#### **E. 4.1**

Materiellrechtlich ging die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin gemäss dem medizinischen Gutachten, auf welches vollumfänglich abgestützt werden könne, verschlechtert habe. Nach einem operativen Eingriff habe vorerst eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden, danach sei ab Februar 2014 bei einem vollständigen Pensum von einer verminderten Leistungsfähigkeit von 40 % in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit auszugehen. Bei einer eingeschränkten Leistungsfähigkeit von 40 % betrage der Invaliditätsgrad 40 %, welcher einen Anspruch auf eine Viertelsrente ab Juli 2017 begründe (S. 3).

Mit Beschwerdeantwort machte die Beschwerdegegnerin aus näher dargelegten Gründen geltend, es sei im Vergleich zur letztmaligen Beurteilung keine anspruchserhebliche Veränderung des Sachverhalts ausgewiesen, weshalb weiterhin kein Rentenanspruch gegeben sei (Urk. 5).

#### **E. 4.2**

Dagegen wandte die Beschwerdeführerin ein (Urk. 1), sie sei seit Jahren in psychiatrischer Behandlung. Ein aktueller Bericht der behandelnden Ärzte sei nicht aktenkundig und habe im Begutachtungszeitpunkt (psychiatrische Untersuchung vom 10. Juli 2017) nicht vorgelegen. Der letzte Bericht der A. \_\_\_ klinik

(A. \_\_\_) datiere vom 8. Februar 2018 und attestiere eine stark reduzierte Arbeitsfähigkeit von maximal zwei Stunden täglich, was im Gutachten nicht berücksichtigt und auch nicht thematisiert worden sei. Hinzu komme, dass sie wegen zunehmender Magenbeschwerden (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) in Abklärung sei. Die Arbeitsunfähigkeit betrage daher weit mehr als 40 %. Zudem sei aufgrund der zahlreichen qualitativen Einschränkungen ein Leistungsabzug von mindestens 20 % zu gewähren (S. 8 Ziff. 6 f.).

#### **E. 4.3**

Streitig ist, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der letztmaligen vom Gericht bestätigten leistungsabweisenden Verfügung vom 28. August 2014 in einer

für den Rentenanspruch erheblicheren Weise als von der Be schwerdegegnerin angenommen verschlechtert hat.

### **E. 5.1**

Das Gericht stützte sich bei der letztmaligen Rentenprüfung auf das polydisziplinäre Gutachten (internistisch, psychiatrisch, rheumatologisch und neurologisch) der MEDAS B.\_\_\_\_

vom 25. Januar 2013 (Urk. 6/132) sowie auf den Arztbericht von Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 10. März 2014 (Urk. 6/272).

### **E. 5.2**

Die Gutachter der MEDAS B.\_\_\_\_ nannten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S.

57 Ziff.

1.1): - Somatisierungsstörung mit/bei - funktioneller Gastrointestinal (GI)-Symptomatik (Colon irritabile, Dyspepsie, Ruminationsyndrom, Dysphagie, anorektale Funktionsstörung) - funktioneller kardiovaskulärer Störung (Präsynkope, phobischer Schwindel, Atemnotsyndrom) - chronisch ausgeweitetem Schmerzsyndrom (Fibromyalgie, somatoforme Schmerzstörung, Panvertebralsyndrom, zervikal und lumbal betont) F45.0, dokumentiert seit 1999

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie eine Diskopathie L5/S1 ohne Nachweis neuraler Beteiligung (Erstdiagnose 2007), ein sensibiles Sulcus ulnaris Syndrom links (Erstdiagnose 2003), vorbefundlich eine nichtalkoholische Steatosis hepatis (Erstdiagnose 2009), vorbefundlich eine Grosszehengrundgelenks (MTP)-III-Arthrose links (dokumentiert seit 2005) und eine Hypästhesie distal lateral am rechten Fuss, kompatibel mit distaler Neuropathie (Erstmanifestation 2012; S.

57 Ziff.

### **E. 5.3**

Dr. C.\_\_\_\_ führte in seinem Bericht vom 10.

März 2014 (Urk. 6/272) unter anderem aus, die Erstkonsultation habe am 10.

September 2013 stattgefunden und die letzte Verlaufskontrolle am 17.

Februar 2014 (Ziff.

1.2). Als Diagnose nannte er einen Status nach Cloward Spondylodese C5/6 vom 19.

November 2013 (Ziff.

1.1) und führte aus, die Beschwerdeführerin sei vom 18.

bis 25.

November 2013 hospitalisiert gewesen (Ziff.

1.3). Die Prognose sei günstig, postoperativ seien die Cervicobrachialgien nicht mehr vorhanden (Ziff.

1.4).

Zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit führte er aus, es sei von ihm aus kein Arbeitsunfähigkeitszeugnis benötigt worden (Ziff.

1.6); es bestehe eine leicht verminderte Belastbarkeit der Halswirbelsäule, Arbeiten über Kopfhöhe sollten gemieden werden, ebenso das Tragen von Gewichten über 10

kg (Ziff. 1.7). In angepasster Tätigkeit mit wenig Belastung für die Halswirbelsäule und Meiden von Tragen/Heben von Gewichten von über 10

kg wäre die Beschwerdeführerin, was rein die HWS-Problematik betreffe, vermutlich 3 - 4 Monate postoperativ wie der in die Arbeitswelt integrierbar, im Vordergrund stehe jedoch angeblich ein Rheumaleiden (Ziff.

1.8).

#### **E. 5.4**

Am 29. April 2014 legte einer der MEDAS-Gutachter dar, dass und warum an der gutachterlichen Beurteilung festgehalten werde (Urk. 6/274).

#### **E. 6.1**

Der aktuelle Gesundheitszustand ergibt sich aus den folgenden medizinischen Berichten:

#### **E. 6.2**

Dr. med. D.\_\_\_\_, Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie, Y.\_\_\_\_ Hospital (Y.\_\_\_\_), stellte im Bericht vom 7. Februar 2017 (Urk. 6/311) folgende gastroenterologische Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 Ziff. 1.1): - Verdacht auf funktionelle Dyspepsie - Verdacht auf IBS-C mit bakterieller Fehlbesiedlung des Dünndarms (SIBO) und Hinweisen auf FODMAP Unverträglichkeit - Lebersteatose/NASH

Aus gastroenterologischer Sicht ergäben sich keine Hinweise auf eine verminderte Arbeitsfähigkeit (S. 3 Ziff. 1.7).

#### **E. 6.3**

Dr. rer. nat. E.\_\_\_\_, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, und Dr. med. F.\_\_\_\_, Oberärztin an der A.\_\_\_\_,

diagnostizierten im Bericht vom 8. Februar 2017 (Urk. 6/314/1-8) eine Somatisierungsstörung F45.0, bestehend seit mindestens Ende 2009, und akzentuierte Persönlichkeitszüge mit histrionischen Anteilen Z73, bestehend seit dem Erwachsenenalter. Aktenanamnestisch bestehe mindestens seit 1997 (Erstdiagnose) eine Fibromyalgie (S. 2 Ziff. 1.1). Vom 1. bis 14. April 2010 sei die Beschwerdeführerin in der A.\_\_\_\_ stationär behandelt worden (S. 2 Ziff. 1.3).

Die Beschwerdeführerin präsentiere sich in den in der Regel wöchentlich stattfindenden supportiv ausgerichteten psychotherapeutischen Einzelgesprächen stets stark leidend und klagend über diverse, meist gastrointestinale oder muskuloskeletale, körperliche Beschwerden, die sie zu unzähligen somatischen Abklärungen bei Ärzten unterschiedlichster Fachrichtungen getrieben hätten, wobei bisher keine hinreichende Ursache für die stets wechselnden Beschwerden gefunden worden seien. Sie sei häufig nicht in der Lage, ihren Haushalt zu verrichten und vernachlässige gelegentlich auch ihre Körperpflege (Haare waschen) aufgrund von Schmerzen in Armen und Nacken. Die

Schmerzen hinderten sie auch an einem erholsamen Schlaf, so dass sie tagsüber oft müde und rasch erschöpft sei und sich nicht mehr gut konzentrieren könne (S. 3 Ziff. 1.4).

Trotz fortwährender psychotherapeutischer Bemühungen seit Anfang 2010 sei es bislang zu keiner Verbesserung hinsichtlich der psychischen Verarbeitung der körperlichen Symptomatik respektive des Umgangs damit gekommen. Bezüglich Vorhandenseins einer psychischen Komponente ihrer Erkrankung zeige sich die Beschwerdeführerin kaum einsichtig und sei einem psychosomatischen Störungsmodell wenig zugänglich (S. 4 Ziff. 1.4).

Die psychischen Einschränkungen führten zu schnellem Überforderungserleben, rascher Erschöpfung, dem Bedürfnis nach längeren Erholungsphasen, Müdigkeit, erhöhter Fehlerquote sowie langsamerem Arbeitstempo und insgesamt zu reduzierter psychischer und physischer Belastbarkeit und damit zu einer deutlichen Leistungsverminderung. Die bisherige Tätigkeit als Mitarbeiterin einer Apotheke sei aus medizinischer Sicht nicht mehr zumutbar (S. 5 Ziff. 1.6 und

1.7). Allen falls käme eine Tätigkeit mit sehr geringer körperlicher Belastung in Frage, bei welcher die Zeit frei eingeteilt werden könne, da die Beschwerdeführerin regel mässige Erholungsphasen benötige. Der Umfang betrage höchstens 2 Stunden täglich und müsste erprobt werden (S. 6 Ziff. 1.7).

#### **E. 6.4**

Dr. med. G.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, nannte im Bericht vom 15. Februar 2017 (Urk. 6/313 /1-5 ) folgende Diagnosen (S. 1 Ziff. 1.1): - Tendovaginitis de Quervain beidseits - Karpaltunnelsyndrom (CTS) beidseits - Status nach Operation mit Restbeschwerden - Foramenstenose und Bandscheibenvorfall rechts HWK3/4, 4/5 - Status nach cervicalen Diskushernie 2015 (richtig: 2013) mit operativer Versorgung - immer noch Restbeschwerden in den Armen - Lumboischialgien mit Bandscheibenprotrusion

Die Beschwerdeführerin klagt seit Monaten über Schmerzen in beiden Armen und Händen mit Kribbeln und Kraftverlust beidseits. Die Prognose sei unklar (S. 2 Ziff. 1.4). Seit März 2016 bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit als Pflegeassistentin und als Hilfskraft in einer Apotheke (S. 2 Ziff. 1.6).

#### **E. 6.5.1**

Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie, Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, und Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erstatteten am 29. September 2017 das Gutachten der Z.\_\_\_\_ (Urk. 6/335). Darin stellten sie folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 65): - begleitende muskuläre Dysbalance am Schultergürtel beidseits mit zervikozephaler Schmerzausstrahlung beidseits und pseudoradikulärer Schmerzausstrahlung in beide Arme (Trapezius, Rhomboidei und Levator scapulae) - Bursitis subacromialis/ subdeltoidea und Ansatz tendinopathie der Supraspinatussehne rechts gemäss MR-Arthrographie rechte Schulter vom 17. Juli 2014 - chronisches therapierefraktäres generalisiertes Schmerzsyndrom - multisegmentale degenerative Veränderungen der HWS und Lendenwirbelsäule

(LWS) - Status nach Spondylodese C5/6 am 19. November 2013 - aktuell kein Nachweis eines radikulären Reiz- und Ausfallssyndroms im Bereich der HWS und der LWS - chronische Handbeschwerden - anamnestisch Verdacht auf Sulcus-Ulnaris-Syndrom

links und rechtsbetontes CTS beidseits - Status nach Excision eines Ganglions am dorsalen Handgelenk links zirka 2008 - Status nach Operation CTS rechts und Tendovaginitis stenosans rechts am 3. August 2016 - kein aktueller Nachweis eines CTS, einer Ulnaris-Neuropathie oder einer Polyneuropathie

Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter an (S. 66) : - Somatisierungsstörung F45.0 - Verdacht auf Schmerzstörung mit körperlichen und psychischen Faktoren F45.43 - akzentuierte Persönlichkeitszüge gemäss Akten Z73.1 - beginnende Fingerarthrosen (klinisch Heberdenarthrosen Zeigfinger beidseits und Verdacht auf beginnende Rheumathrose rechts sowie Irritation Fingergrund ( MCP ) -Gelenk Daumen ) - Status nach Operation einer Tendovaginitis de Quervain rechts und eines CTS rechts am 3. August 2016 - klinisch Verdacht auf MTP-Arthrose beidseits

### **E. 6.5.2**

Rheumatologisch bestünden bei der Beschwerdeführerin bei der klinischen Untersuchung in guter Korrelation mit den anamnestischen Angaben vordergründig ausgeprägte Zeichen einer Schmerzfehlerverarbeitung, wie schon im rheumatologischen Vorgutachten von 2013. Es fanden sich ubiquitäre Druckdolenz. Bei der Beweglichkeitsprüfung der Wirbelsäule und auch der Gelenke traten Gegeninnervationen auf, die immer wieder von Schmerzäusserungen begleitet seien. Es seien weiterhin alle 18 Fibromyalgiedruckpunkte positiv, aber auch die Kontrollpunkte. Erneut seien auch alle fünf Waddell-Zeichen positiv. Es sei deshalb keine separate Diagnose bezüglich Kreuzschmerzen aufgeführt worden, da diese auf grund der klinischen Untersuchungsbefunde am ehesten im Rahmen der Schmerzfehlerverarbeitung zu sehen seien. Die stärksten ausstrahlenden Schmerzen hätten nicht im Bereich der Lendenwirbelsäule provoziert werden können, sondern durch Druck im Bereich des medialen Beckenkammes beidseits. Bei der klinischen Untersuchung sei die Lendenwirbelsäule praktisch nach allen Richtungen unbeweglich gewesen, was deutlich mit den Spontanbewegungen kontrastiert habe (S. 45).

Das Problem bei der gutachterlichen Beurteilung der Beschwerden stelle sich dadurch, dass trotz der ausgeprägten Überlagerungszeichen dennoch morphologische Befunde, speziell an der HWS, vorhanden seien, die im Sinne eines möglichen somatischen Kerns der Beschwerden betrachtet und beurteilt werden müssten. Dies gelte auch für die Bewegungseinschränkungen an den Schultergelenken, radiologisch sei hier eine Bursitis subacromialis / subdeltoidea rechts dargestellt worden. Klinisch sei eine gewisse Impingementsymptomatik beidseits möglich, wobei diese aufgrund der zusätzlichen Symptome der Schmerzfehlerverarbeitung wiederum schwierig zu erkennen sei (S. 45).

Weiterhin bestünden auch ausgeprägte muskuläre Dysbalancen am Schultergürtel, die einerseits im Sinne der beschriebenen Schmerzausstrahlungen als Zeichen der Schmerzfehlerverarbeitung gewertet werden müssten, andererseits aber doch per se deutlich ausgeprägt seien und offensichtlich seit Jahren bestünden und dadurch durchaus auch einen Teil der Beschwerdesymptomatik im Sinne eines organischen Kerns unterhalten könnten (S. 46 oben).

### **E. 6.5.3**

Neurologisch bestehe bei der Beschwerdeführerin ein chronisches therapierefraktäres generalisiertes Schmerzsyndrom seit vielen Jahren. Als organischer Beschwerdekern könnten die multisegmentalen degenerativen Veränderungen der HWS und der LWS benannt werden, im Bereich der HWS überdies der Status nach Spondylodese C5/6.

Neurologisch könnten jedoch weder im Bereich der HWS noch im Bereich der LWS radikuläre Reiz- und Ausfallssyndrome nachgewiesen werden. Auch eine Ulnaris-Neuropathie und eine Polyneuropathie könnten nicht objektiviert werden. Ganz im Vordergrund stehe eine erhebliche funktionelle Überlagerung mit Schmerzfehlverarbeitung und resultierendem generalisiertem Schmerzsyndrom (S. 62 unten).

Im Vergleich zu den Vorgutachten von 2007 und 2013 sei insofern eine leichte Verschlechterung eingetreten, als zwischenzeitlich infolge der degenerativen HWS-Veränderungen im November 2013 die Spondylodese C5/6 habe durchgeführt werden müssen und auch anlässlich der jüngsten Magnetresonanztomographie (MRT) der HWS degenerative Läsionen zur Darstellung kämen. Eine zuletzt vom Neurochirurgen vermutete lumboradikuläre Symptomatik im Zusammenhang mit den in der MRT der LWS dargestellten degenerativen Veränderungen könne aus neurologischer Sicht anhand der klinischen Befunde nicht bestätigt werden (S. 63 oben).

#### **E. 6.5.4**

In psychiatrischer Hinsicht zeige sich aktuell eine etwas diskrepante Beschwerdeführerin, die nicht ohne Weiteres mit den Angaben in den Unterlagen verglichen werden könne. Sie gebe aktuell an, dass sie sich tagsüber sehr gut und irgendwie immer beschäftigen könne, sie könne Aktivitäten nachgehen und soziale Kontakte pflegen, was nicht mit den Angaben der behandelnden Stelle übereinstimme. Auch die objektivierbaren Befunde deuteten auf keine wesentliche Beeinträchtigung hin, insbesondere nicht auf eine depressive Symptomatik. Es bestehe eine Körperschmerzsymptomatik, wobei einerseits muskuloskeletale Beschwerden zu bestehen schienen, die aus somatischer Sicht nicht hinreichend nachvollzogen werden könnten, andererseits auch Magen- und Darmbeschwerden, die erneut abgeklärt würden. Es sei denkbar, dass tatsächlich weiterhin eine Somatisierungsstörung bestehe, wobei auch zusätzlich eine Schmerzstörung angenommen werden müsse. Es falle auf, dass die Beschwerdeführerin in der Untersuchungssituation diesbezüglich nicht beeinträchtigt sei, weswegen nicht ausgeschlossen sei, dass eine Aggravation der Beschwerden vorliege. Eine ausgesprochene Schonungstendenz scheine auch im Alltag nicht vorhanden zu sein (S. 26).

Möglicherweise wirke die Beschwerdeführerin im Verhalten eher etwas übertrieben und schwer nachvollziehbar, weswegen histrionische Züge angenommen werden könnten. Die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung lasse sich allerdings nicht bestätigen, dann dazu hätte die Beschwerdeführerin zeitlebens wiederholt Schwierigkeiten im zwischenmenschlichen und beruflichen Bereich gehabt haben müssen. Es lägen diesbezüglich keine Angaben vor, und auch von der Beschwerdeführerin habe nichts in Erfahrung gebracht werden können (S. 26 unten f.).

Eine dauerhaft gedrückte Stimmung mit Interessenverlust, Verminderung des Antriebs und erhöhter Ermüdbarkeit könne nicht vorgefunden werden. Eine affektive Problematik lasse sich demnach nicht bestätigen (S. 27 oben).

Es sei seit der letzten Beurteilung im 2013 keine wesentliche Änderung eingetreten, es werde aktuell zwar die Körperschmerzsymptomatik diagnostisch erfasst, doch sei diese damals schon aufgeführt und erwähnt worden, allerdings ohne dass eine entsprechende Diagnose gestellt worden sei (S. 27 Mitte).

#### **E. 6.5.5**

Zur Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter gesamtmedizinisch aus, es sei seit 2013 zu einer Verschlechterung der gesundheitlichen Situation gekommen. Unter Berücksichtigung der gesamten Datenlage seien der Beschwerdeführerin Tätigkeiten mit mittelschwerer und schwerer körperlicher Belastung nicht zumutbar. Körperlich leichte, wechselbelastende Arbeiten ohne vorwiegend einseitige Körperhaltung, ohne repetitive Überkopfstellung der Arme und ohne repetitives Bücken/Wiederaufrichten seien jedoch vollschichtig zumutbar. Unter Berücksichtigung des organischen Beschwerdekerns bei multisegmentalen degenerativen HWS- und LWS-Veränderungen sei dabei eine Leistungseinschränkung von 40 % einzuräumen (S. 69 unten f.).

## **E. 7**

3

Insoweit die Beschwerdeführerin rügt, die Gutachter hätten nicht berücksichtigt, dass sie sich seit Jahren in psychiatrischer Behandlung befinde und im Begutachtungszeitpunkt kein aktueller Bericht vorgelegen habe, ist dem zu widersprechen. Entgegen der Behauptung der Beschwerdeführerin datiert der Bericht der A. \_\_\_ nicht vom 8. Februar 2018, sondern vom 8. Februar 2017, wurde von der Beschwerdeführerin im Zuge der Abklärungen eingefordert (E. 6.3) und lag den Gutachtern vor. Der psychiatrische Gutachter (E. 6.5.4) zitierte Teile aus diesem Bericht (S. 25 unten) und führte dazu aus, dass sich aktuell eine etwas diskrepante Explorandin zeige, die angebe, sich tagsüber sehr gut und irgendwie immer beschäftigen zu können, Aktivitäten nachgehen und soziale Kontakte pflegen könne, was nicht mit den Angaben der behandelnden Stelle übereinstimme (S. 26). Im Übrigen vermag der A. \_\_\_ -Bericht das psychiatrische Teilgutachten nicht zu entkräften, attestierten doch die Behandlerinnen eine seit Frühjahr 2010 anhaltende 100%ige Arbeitsunfähigkeit, obwohl sich die Beschwerdeführerin erst wieder seit August 2013 durch die Fachpersonen der A. \_\_\_ behandeln lässt (Ziff. 1.2 des Berichts).

### **E. 7.1**

Das Gericht stützte sich im Urteil vom 18. März 2016 (Urk. 6/289) auf das Gutachten der MEDAS B. \_\_\_ und hielt bezüglich der nach der Erstattung des Gutachtens durchgeführten Versteifung an der Halswirbelsäule (C5/6) fest, dass aus dem Bericht des behandelnden Arztes klar hervorgehe, dass mit diesem Eingriff nur eine vorübergehende Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit verbunden war (E. 5.4). Dementsprechend ging das Gericht von einer Leistungsminderung von 20 % in den zuletzt ausgeübten Tätigkeiten aus (E. 5.3).

### **E. 7.2**

Die Z. \_\_\_ -Gutachter (E. 6.4) gingen davon aus, dass sich seit der letzten Begutachtung (Januar 2013) eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes ergeben habe (E. 6.5.5). Der Rheumatologe (E. 6.5.2) begründete dies damit, dass es unter dessen aufgrund der verstärkten Symptomatik zu einem operativen Eingriff an der Halswirbelsäule gekommen sei und auch in der zuletzt durchgeführten bildgebenden Darstellung der HWS mittels MRI von Dezember 2016 multisegmentale Diskopathien dargestellt seien. Auch die Bewegungseinschränkungen der Schultern seien im Vorgutachten noch nicht in dieser Art vorhanden gewesen (S. 47 unten des Gutachtens).

Der neurologische Gutachter (E. 6.5.3) kam zum Schluss, dass eine leichte Verschlechterung eingetreten sei, indem zwischenzeitlich infolge der degenerativen

HWS-Veränderungen im November 2013 die Spondylodese C5/6 habe durchgeführt werden müssen und auch anlässlich der jüngsten MRT der HWS degenerative Läsionen zur Darstellung gekommen seien.

Es trifft zwar zu, dass die Spondylodese erst im November 2013 durchgeführt, das Gutachten der MEDAS B.\_\_\_\_ (E. 5.2) aber bereits im Januar 2013 erstattet worden ist und die dafür notwendigen Untersuchungen bereits zwischen September und Dezember 2012 stattgefunden haben. Die Operation konnte somit im Gutachten noch keine Berücksichtigung finden. Hingegen fand sie für die Beurteilung des Gesundheitszustandes im damals massgeblichen Zeitpunkt von August 2014 durchaus Berücksichtigung (vorstehende E. 7.1). Die Feststellungen der Z.\_\_\_\_ -Gutachter bezüglich Spondylodese mögen zwar richtig sein, indessen wurde sie im massgebenden Beurteilungszeitpunkt bereits berücksichtigt, weshalb sie alleine nicht für eine seit dem Beurteilungszeitpunkt eingetretene Verschlechterung des Gesundheitszustandes herangezogen werden können.

Im Z.\_\_\_\_ -Gutachten wurde neu eine Bursitis subacromialis/ subdeltoidea und Ansatzdynamopathie der Supraspinatussehne rechts diagnostiziert. Der rheumatologische Gutachter (E. 6.5.2) hielt diesbezüglich fest, klinisch sei eine gewisse Impingementsymptomatik beidseits möglich, wobei diese aufgrund der zusätzlichen Symptome der Schmerzfehlverarbeitung schwierig zu erkennen sei. Die Bewegungseinschränkungen der Schultern waren gemäss dem Gutachter im Vorgutachten noch nicht in dieser Art vorhanden. Allerdings wird diese Feststellung relativiert durch die Beobachtungen des neurologischen Gutachters (E. 6.5.3), welcher in Bezug auf die Schulterbeschwerden Inkonsistenzen beschrieben hat, welche sich darin äusserten, dass in der formalen Untersuchung der Schürzen- und Nackengriff nicht ausführbar gewesen war, die Beschwerdeführerin aber zur Illustration der Nackenschmerzen spontan einen problemlosen Nackengriff ausführen konnte (S. 62 oben des Gutachtens). Gesamtmedizinisch wurde denn auch die attestierte Leistungseinbusse um 40% mit den multisegmentalen degenerativen HWS- und LWS-Veränderungen begründet. Mithin deutet auch die neu diagnostizierte Bursitis subacromialis/ subdeltoidea und Ansatzdynamopathie der Supraspinatussehne rechts nicht auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin hin.

#### **E. 7.4**

Was die Magenbeschwerden betrifft, kann dem Bericht von Dr. D.\_\_\_\_ (E. 6.2) entnommen werden, dass die gastroenterologischen Diagnosen keine verminderte Arbeitsfähigkeit hervorriefen.

#### **E. 7.5**

Zusammenfassend ist seit der letzten Beurteilung von keiner Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin auszugehen, weshalb ihr die Beschwerdegegnerin zu Unrecht eine Viertelsrente zugesprochen hat. Dies führt androhungsgemäss (vgl. Urk. 15) zur Abweisung der Beschwerde und Aufhebung der Verfügung vom 25. April 2018 (Urk. 2) mit der Feststellung, dass kein Rentenanspruch besteht.

#### **E. 8**

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr.

#### **E. 9**

00. festzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen und die Verfügung vom 25. April 2018 wird mit der Feststellung

aufgehoben, dass die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Invalidenrente hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X. \_\_\_\_ - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage einer Kopie von Urk. 15 - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

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 Mosimann Tiefenbacher

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