

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00004 vom 2. März 2020**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-03-02, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2019.00004](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00004)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00004 du 2 mars 2020

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00004 del 2 marzo 2020

## **Erwägungen**

### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 1965, absolvierte nach der obligatorischen Schulzeit keine Berufsausbildung und

war mehrheitlich als Serviceangestellte in der Gastronomie tätig ( Urk. 10/5/5, Urk. 10/39/2

,

Urk. 10/55/11 ). Ab dem Jahre 2011 arbeitete sie in einem 80%-Pensum als Telefonverkaufssachbearbeiterin und daneben für einige Stunden pro Woche als Raumpflegerin (Urk. 10/4, Urk. 10/5/6, Urk. 10/20).

Am 7. August 2015 wurde X.\_\_\_\_ wegen eines Plattenepithel-Karzinoms am Anokutanen Übergang im Spital Y.\_\_\_\_ operiert (Urk.

10/10/4). Sie nahm ihre bisherigen beruflichen Tätigkeiten danach nicht wieder auf ( Urk. 10/4/2, Urk. 10/20/2).

Am 12. Februar 2016 meldete sie sich bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Hinweis auf die Krebserkrankung zum Leistungsbezug an ( Urk. 10/5, Urk. 10/8). Die IV-Stelle tätigte Abklärungen in beruflich-erwerblicher und medizinischer Hinsicht. Am 23. Juni 2017 teilte sie der Versicherten mit, dass eine polydisziplinäre medizinische Untersuchung (Allgemeine/ Innere Medizin, Pneumologie, Chirurgie, Psychiatrie) notwendig sei (Urk. 10/41). Die Untersuchungen fanden am 22. August und 14. September 2017 bei der MEDAS Z.\_\_\_\_

statt (Urk. 10/55/1). Die MEDAS Z.\_\_\_\_ erstattete ihr Gutachten am 6. November 2017 (nachfolgend: Gutachten der MEDAS Z.\_\_\_\_ vom 6. November 2017, Urk. 10/55). Danach kündigte die IV-Stelle X.\_\_\_\_ mit Vorbescheid vom 22. März 2018 die Ausrichtung einer Viertelsrente mit Wirkung ab 1. August 2016 an (Urk. 10/62). Dagegen erhob die Versicherte am 27. März 2018 Einwand (Urk. 10/65). Ferner veranlasste sie, dass ihre behandelnden Ärztinnen bei der IV-Stelle weitere Berichte einreichten (Urk. 10/72, Urk. 10/80/4-5, Urk. 10/83, Urk. 10/88).

Nach der Prüfung des Einwandes sprach die IV-Stelle der Versicherten mit Verfügungen vom 20. November 2018 wie vorbeschieden mit Wirkung ab dem

1. August 2016 eine Viertelsrente zu (Urk. 10/114 [= Urk.

### **E. 2**

Dagegen erhob X.\_\_\_\_ am 31. Dezember 2018 Beschwerde und beantragte, dass ihr in Abänderung der angefochtene n Verfügung vom 20. November 2018 mit Wirkung ab 1.

August 2016 eine ganze Rente zuzusprechen sei ( Urk. 1 S. 2). Alsdann reichte die Beschwerdeführerin mit Eingabe vom 1 1. Januar 2019 ( Urk. 6) den Bericht von Dr. med. A.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psycho therapie sowie FMH Kinder- und Jugendpsychiatrie, und Dr. phil. B.\_\_\_\_, Fachpsychologin für Psycho therapie FSP, vom 9. Januar 2019 ( Urk. 7) ein .

Mit Beschwerdeantwort vom 6. Februar 2019 beantragte die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde ( Urk. 9, unter Beilage der IV-Akten, Urk. 10/1-127), wa s der Beschwerdeführerin am

7. Februar 2019 zur Kenntnis gebracht wurde ( Urk. 11).

In der Folge reichte die Beschwerdeführerin mit Eingabe vom 3 1. Mai 2019 (Urk. 12) den Austrittsbericht des Reha zentrums

C.\_\_\_\_ vom 1 6. Mai 2019 ( Urk. 13/1) und den Bericht von Dr. D.\_\_\_\_, Chef Rheumatologie und Reha bi litation, Z entrum E.\_\_\_\_, vom 1 6. Mai 2019 ( Urk. 13/2) ein. Der Beschwerdegegnerin wurde eine Kopie dieser Eingabe zugestellt ( Urk. 14).

### **E. 2.1**

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 ). Erwerbs unfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Ein gliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbs möglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurtei lung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind aus schliesslich 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. 2.2**

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Vier telsrente , 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. 2.3.1**

Bei erwerbs tätigen 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 Bezie hung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen ). Der Einkommens ver gleich 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 Invali ditäts grad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommens vergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2, 128 V 29 E. 1).

### **E. 2.3.2**

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). 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). Die Verwendung der Tabellenlöhne ist subsidiär, das heisst deren Bezug erfolgt nur, wenn eine Ermittlung des Invalideneinkommens aufgrund 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).

### **E. 2.4.1**

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

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob er für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a).

### **E. 2.4.2**

Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung 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; Urteil des Bundesgerichts 9C\_823/2018 vom 11. Juni 2019 E. 2 mit Hinweisen).

### **E. 2.4.3**

Auch reine Aktengutachten können beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt. Dies gilt grundsätzlich auch in Bezug auf Berichte und Stellungnahmen regionaler ärztlicher Dienste (RAD; Urteile des Bundesgerichts 9C\_780/2015 vom 7. Januar 2016 E. 3.1.1 und 9C\_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1, je mit weiteren Hinweisen).

## **E. 2.5**

Für die Beurteilung der Gesetzmässigkeit der angefochtenen Verfügung oder des Einspracheentscheides ist für das Sozialversicherungsgericht in der Regel der Sachverhalt massgebend, der zur Zeit des Erlasses des angefochtenen Verwaltungsaktes gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung bilden (BGE 130 V 138 E. 2.1 mit Hinweis). Sie können indessen, unter Wahrung des rechtlichen Gehörs, berücksichtigt werden, wenn sie kurze Zeit nach dem Erlass des angefochtenen Entscheids eingetreten sind, sich ihre Beachtung aus prozessökonomischen Gründen unbedingt aufdrängt und sie hinreichend klar feststehen (BGE 105 V 156 E. 2d; ZAK 1984 S. 349 E. 1b). Dies ist der Fall, wenn sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Entscheiderlasses zu beeinflussen (BGE 99 V 98 E. 4 mit Hinweisen).

## **E. 3**

### **1. 2**

Der medizinisch interdisziplinären Beurteilung der Gutachter ist zu entnehmen, dass bei der Beschwerdeführerin am 7. August 2015 eine Tumorexzision anal eines ausgedehnten, mässig differenzierten Plattenepithelkarzinoms durchgeführt worden sei. Danach sei eine Nachbehandlung mit Radiochemotherapie erfolgt. Im Rahmen der präoperativen Abklärung sei die pneumologische Diagnose eines Asthmas bronchiale/COPD-Syndroms gestellt worden. Der onkologische Behandlungsabschluss sei im Februar 2016 erfolgt und die weiteren onkologischen Kontrollen hätten einen rezidivfreien Verlauf gezeigt (Urk. 10/55/16). Im März 2016 sei unter den Diagnosen einer gegenwärtig mittelgradigen depressiven Episode und einer Reaktivierung einer posttraumatischen Belastungsstörung eine psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung begonnen worden (Urk. 10/55/16-17). Im Sommer 2016 sei die Beschwerdeführerin durch die Pneumologin Dr. L. \_\_\_ als körperlich völlig dekonditioniert mit deutlicher Gewichtsabnahme beschrieben worden. Aufgrund einer schweren obstruktiven Ventilationsstörung und Verdacht auf Lungenemphysem sei die Zuweisung zur Rehabilitation erfolgt. Diese sei im Oktober 2016 im Rehasentrum

C. \_\_\_ mit gutem Erfolg durchgeführt worden. Anfangs 2017 sei die Beschwerdeführerin aus onkologischer Sicht für voll arbeitsfähig eingestuft worden. Aufgrund der mittelschweren depressiven Episode und der chronischen Lungenerkrankung habe aber aus Behandler Sicht eine deutliche Einschränkung der Leistungsfähigkeit bestanden (Urk. 10/55/17).

Die Gutachter hielten sodann fest, dass bei der internistischen Untersuchung über allen Lungenbezirken ein Giemen hörbar gewesen sei. Bei tiefstehendem Zwerchfell und geringer Atemumfangsdifferenz bestehe ein Verdacht auf ein Lungenemphysem. Sonst sei der internistische Befund weitgehend unauffällig und es würden sich keine Leistungseinschränkungen für eine nur leichte, angepasste Tätigkeit ergeben. Bei der chirurgischen Untersuchung seien anamnestisch und klinisch keine Spätfolgen der Radiochemotherapie nach Operation eines Analkarzinoms 2015 feststellbar gewesen. Bezüglich des Analkarzinoms sei die Beschwerdeführerin somatisch betrachtet geheilt und voll arbeitsfähig (Urk. 10/55/17).

Bei der pneumologischen Untersuchung sei festgestellt worden, dass der Epworth -Score als Massstab für die Tagesschläfrigkeit deutlich erhöht gewesen sei. Im Befund hätten sich zudem ein leicht ab geschwächtes Atemgeräusch und bei der Lungenfunktions prüfung eine starke bis mittelstarke Obstruktion mit nur grenz wertiger Besserung im Broncholyse -Test gezeigt. Somit bestehe eine COPD GOLD Stadium III bis II. Hinweise auf eine asthmatische Aktivität hätten sich nicht gefunden. Ursächlich sei der leider noch nicht sistierte Nikotinkonsum zu nennen. Ein auffälliger Herd im linken Lungenoberlappen bei der CT-Thorax-Untersuchung sollte in einem Jahr kontrolliert werden. Leistungseinschränkend sei die COPD, mittelschwere und/oder schwere Arbeiten seien nicht zumutbar. Eine leichte körperliche Arbeit in allergen- und rauchfreier Umgebung sei im vollen Pensum zumutbar, allerdings nur mit einer 20%igen Leistungsminderung ( Urk. 10/55/17).

Die psychiatrische Untersuchung habe bei der Beschwerdeführerin das Vorliegen eines chronifizierten depressiven Zustandsbildes mit mittelgradiger depressiver Episode aufgezeigt. Eine früher festgestellte posttraumatische Belastungsstörung lasse sich aktuell aufgrund der fehlender Symptomatik nicht bestätigen. Auch bei dieser Begutachtung habe die Beschwerdeführerin über grosse Stimmungsschwankungen, rasche Überforderung, insbesondere bei Administrativem, und fehlen dem Antrieb berichtet. Beruflich sei sie wiederholt in Erschöpfungskrisen geraten. Aufgrund der aktuellen Befundlage sei aus psychiatrischer Sicht von einer gegenwärtigen Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin von 40 % auszugehen ( Urk. 10/55/17).

### **E. 3.1.1**

Am Gutachten der MEDAS Z.\_\_\_\_ vom 6. November 2017 waren Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt FMH Allgemeine Innere Medizin, Klinische Pharmakologie und Toxikologie, University Professional Insurance Medicine (Universität G.\_\_\_\_), Ärztlicher Leiter, Dr. med. H.\_\_\_\_, Fachärztin Allgemeine Innere Medizin, Prof. Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt FMH Chirurgie, Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Zertifizierter Gutachter SIM, und

Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt FMH Pneumologie und Allgemeine Innere Medizin, beteiligt (Urk. 10/55/24).

Die Gutachter stellten folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 10/55/20): - Mittelgradige depressive Episode bei rezidivierender Depression ohne depressives somatisches Syndrom (ICD-10: F33.10) - Chronische obstruktive Lungenerkrankung (chronic

obstructive

pulmonary

disease, COPD), GOLD Stadium III bis II, Lungenemphysem, J44.91

Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter auf (Urk. 10/55/20): - Zustand nach Plattenepithel-Karzinom des Analkanals, Erstdiagnose (ED:) 08/2015, nach Radiochemotherapie rezidivfrei (ICD-10: C21.1) - Schädlicher Gebrauch von Nikotin und Alkohol (ICD-10: F17.1, ICD-10: F10.1) - Vermehrte Schläfrigkeit bei möglicher schlafassoziiertem Atemstörung

### **E. 3.1.3**

Die Gutachter führten

weiter

aus, sie hätten bei der Konsensbesprechung festgestellt, dass ein erfreulicher rezidivfreier Verlauf nach Analkarzinom vorliegen würde. Die regelmässigen onkologischen Kontrollen hätten dies bestätigt. Die ursprüngliche IV-Anmeldung sei wegen des Analkarzinoms erfolgt. Hieraus würde sich nun aber keine Einschränkung der Leistungsfähigkeit mehr ergeben. Vielmehr liege nun eine Leistungseinschränkung aus somatischer (COPD) und psychiatrischer Sicht bei rezidivierender depressiver Episode, gegenwärtig mittelgradig, vor. Wegen der Lungenkrankung seien grundsätzlich nur noch leichte Tätigkeiten in rauch- und allernaher Umgebung möglich. Für eine solche angepasste Tätigkeit, aber auch grundsätzlich für alle anderen Tätigkeiten, bestehe aus psychiatrischer Sicht eine Leistungseinschränkung von 40%. Die Umsetzung der 60%igen Arbeitsfähigkeit im bisherigen Beruf als Telefonverkaufssachbearbeiterin in einem Call-Center erscheine nicht günstig. Dies wegen der reinen Sprechertätigkeit, aber auch ein hoher Arbeitsdruck und die Tätigkeit in einem Grossraumbüro könnten die einfach strukturierte Beschwerdeführerin schnell überfordern. Auch eine Tätigkeit in der Gastronomie sei typischerweise nicht ruhig, nicht überschaubar und nicht gut strukturiert und körperlich nicht immer leicht (Urk. 10/55/18).

Zum zeitlichen Verlauf der Arbeitsunfähigkeit hielten die Gutachter fest, dass für die bisherige Tätigkeit als Telefonverkaufssachbearbeiterin seit der Krebskrankung am 7. August 2015 eine aufgehobene Arbeitsfähigkeit bestehe (Urk. 10/55/22). Aus onkologischer Sicht habe ab dem 1. Juli 2016 wieder eine volle Arbeitsfähigkeit bestanden (Urk. 10/55/22-23). Allerdings sei im März 2016 die psychiatrische Behandlung wegen mittelgradiger Episode einer rezidivierenden Depression eingeleitet worden. Diese Diagnose sei auch aktuell festzuhalten und bedinge eine Minderung der Arbeitsfähigkeit um 40%. Aufgrund der Lungenerkrankung sei die Arbeitsfähigkeit um 20% eingeschränkt, dies seit mindestens 29. August 2016. Somit ergebe sich gesamthaft ab 7. August 2015 eine Arbeitsfähigkeit von 0% und ab 1. Juli 2016 von 60% (Urk. 10/55/23).

### **E. 3.2**

Dr. med. L. \_\_\_\_, Leitende Ärztin Pneumologie, Spital Y. \_\_\_\_, stellte in ihrem Bericht vom 11. April 2018 die folgenden Diagnosen (Urk. 10/72/1): - Chronisch obstruktive Pneumopathie GOLD-Stadium III, Risikoklasse D mit/bei rezidivierenden Exazerbationen - Neu entdeckter Immunglobulin G (IgG)-Mangel und IgG-Subklassenmangel - Tennisellbogen links - Schwere reaktive Depression

Dazu hielt Dr. L. \_\_\_\_, fest, dass es hinsichtlich der pulmonalen Situation im vergangenen Jahr leider zu einer deutlichen Verschlechterung gekommen sei. Die Beschwerdeführerin habe ein forciertes expiratorisches Volumen in der ersten Sekunde (FEV<sub>1</sub>) das sich zwischen minimal 37% (880 ml) und 1.07 Liter (45%) bewege. Es komme leider immer wieder zu Infektexazerbationen, weshalb bei der Beschwerdeführerin die Gesamt-IgG bestimmt worden seien. Die Beschwerdeführerin habe tatsächlich einen schweren IgG-Mangel, welcher sie wahrscheinlich bezüglich Infektionen empfänglich mache. Zwischenzeitlich sei eine intravenöse monatliche Gabe von Immunglobulinen veranlasst

worden ( Urk. 10/72/1). Auf grund der sehr instabilen gesundheitlichen Situation sei die Beschwerdeführerin in der bisherigen Tätigkeit als Büroangestellte nur noch 20 bis 30 % arbeitsfähig, dies sowohl aufgrund somatischer als auch psychischer Einschränkungen. In einer angepassten Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin 1 bis 2 Stunden täglich arbeitsfähig, wobei der Arbeitsweg bereits ein grosses Hindernis für die Beschwerdeführerin darstellen könnte . Aufgrund der somatischen Situation sei es so, dass die Beschwerdeführerin eine sitzende Tätigkeit an einem trockenen warmen Arbeitsplatz in einem eingeschränkten Pensum von 1 bis 3 Stunden pro Tag bewältigen könnte. Auch hier sei natürlich der Arbeitsweg zu berücksichtigen ( Urk. 10/72/2).

### **E. 3.3**

Dem Bericht von Dr. med. M.\_\_\_\_, FMH für Medizinische Onkologie, Hämatologie, Innere Medizin, MSc Palliative Care, vom 22. Mai 2018 sind die folgenden Hauptdiagnosen zu entnehmen ( Urk. 10/80/4-5):

- Plattenepithelkarzinom des Analkanals pT2 cN2, cM0, G2, ED: August 201

### **E. 3.4**

Dr. med. O.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte im Bericht vom 23. Juli 2018 die folgenden Diagnosen ( Urk. 10/88/3) : - Rezidivierende depressive Episode, mittelschwere Episode (ICD-10: F33.1) - Reaktivierung posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) - Akzentuierte Persönlichkeitsstörung, emotional-instabile Anteile (ICD-10: Z73.1) - Cancer related

Fatigue (ICD-10: Z73.3) - Kognitive Störungen (ICD-10: F06.9) - COPD Asthma bronchiale - Herzrhythmusstörungen unklarer Genese - Plattenepithelkarzinom des Analkanals - Radiodermatitis

Dr. O.\_\_\_\_

führte in ihrem Bericht sodann aus, dass bei der Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht reduzierte kognitive Ressourcen bestünden. Sie habe Schwierigkeiten in zwischenmenschlichen Interaktionen und sei in der Emotionskontrolle schnell überfordert ( Urk. 10/88/4). Die Beschwerdeführerin könne in der bisherigen und in einer angepassten Tätigkeit aktuell nur zwei Stunden pro Tag arbeiten. Es werde empfohlen im Rahmen einer Wiedereingliederungsmassnahme ein Belastungsprofil zu erstellen ( Urk. 10/88/6).

### **E. 3.5.1**

RAD-Ärztin

dipl.-med.

P.\_\_\_\_, Fachärztin für Innere Medizin/ Prävention und Gesundheitswesen, hielt in ihrer Stellungnahme vom 3. August 2018 fest, dass durch die behandelnde Fachärztin für Psychiatrie weiterhin eine mittelschwere depressive Episode attestiert werde. Sie stimme hierin mit dem MEDAS-Gutachten vom Dezember 2017 (richtig: vom 6. November 2017) überein (Urk. 10/99/5). Während durch die MEDAS-Stelle hieraus eine Arbeitsunfähigkeit von 40 % abgeleitet werde, komme Dr. O.\_\_\_\_ als Behandlerin zu einer anderen Bewertung. Sie attestiere eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für alle Tätigkeiten (Urk. 10/99/5-6) . Es handle sich aus versicherungsmedizinischer Sicht hierbei aber um eine andere Beurteilung des gleichen Sachverhaltes. Das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung habe durch die MEDAS-Stelle bei fehlender Symptomatik nicht bestätigt werden können

(Urk. 10/99/6) .

### **E. 3.5.2**

Die RAD-Ärztin führte ferner aus, im Rahmen des Gutachtens sei festgestellt worden, dass die Beschwerde führe rin infolge einer COPD Stadium II-III , hervor gerufen durch einen nicht sistier t en Nikotinabusus, in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt sei. Schwere körperliche Arbeiten könnten nicht verrich tet werden. Für leichte körperliche Arbeiten sei eine Leistungsminderung um 20 % festgestellt worden. Durch die behandelnde Pneumologi n werde nun ein verschlechterter Gesundheitszustand und eine COPD Stadium III , Risikoklasse D attestiert mit rezidivierenden Infektexacerbationen . Es sei ein IgG -Mangel ent deckt worden, der zu rezidivierenden Infekten

führe . Gemäss der Beurteilung der Pneumo login

könne die Beschwerdeführerin an einem warmen und trockenen Ort 1 bis 3 Stunden täglich arbeiten. Damit habe sie ihre Auffassung aus dem Jahr 2016 (Arbeitsfähigkeit von 20 bis 40 % an einem warmen Ort) bekräftigt. Auch bei der Beurteilung der Pneumologi n handle es sich um eine andere Beurteilung des gleichen Sachverhaltes. Selbst wenn man die tendenzielle Verschlechterung der COPD von Gold Stadium II-III auf Gold Stadium III berücksichtige, so resultierte daraus keine derart eingeschränkte Arbeitsfähigkeit, wie dies von der Pneumo login attestiert werde. Mit einer Arbeitsunfähigkeit von 40 % , wie d iese im Gut achten psychiatrischerseits festge legt worden sei, wäre auch der pulmonalen Ein schränkung Rechnung getragen worden ( Urk. 10/99/6).

### **E. 3.5.3**

Alsdann habe der Hausarzt Dr. Q.\_\_\_\_ der Beschwerdeführerin (in sei nem Arztzeugnis vom 2 5. April 2018, Urk. 10/76) wegen einer COPD und einer depressive n Verstimmung eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Der Hausarzt habe seine Beurteilung nicht weiter begründet. Diesbezüglich könne auf die Stellungnahmen zu den Berichten der behandelnden Psychiaterin und Pneu mologin verwiesen werden. Die Chirurgin Dr. M.\_\_\_\_ habe sodann eine anhaltende Remission der Tumorerkrankung ohne Hinweis auf ein Rezidiv und Spätkompli kationen bestätigt. Es werde bekräftigt, dass aus onkologischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit vorliege . Das Vorliegen eines Cancer Related

Fatigue -Synd rom s sei nicht erwähnt worden. Die Veränderung der Genitalschleimhaut (vgl. dazu die Telefonnotiz vom 5. April 2018, Urk. 10/70) sei fachärztlich nicht belegt worden und könne daher nicht berücksichtig t werden ( Urk. 10/99/6).

### **E. 3.5.4**

Zusammenfassend sei im Rahmen des Einwandes der Beschwerdeführerin vom 27. März 2018 gegen den Vorbescheid vom 22. März 2018 (Urk. 10/62, Urk. 10/65) als relevante neue medizinische Tatsache einzig eine Zunahme der pulmonalen Beschwerden geltend gemacht worden. Diesbezüglich könne eine graduelle Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit angenommen werden. Da es durch die Infektexacerbationen jedoch nur partiell und nicht dauerhaft zu einer Zunahme der Beschwerden komme, könne hieraus keine dauerhaft schwergradig eingeschränkte Arbeitsunfähigkeit abgeleitet werden. Mit der gutachter licherseits

festgestellten Arbeitsunfähigkeit von 40 % sei auch dieser Erkrankung Rechnung getragen worden. Es sei im Übrigen möglich, dass die Beschwerde füh rerin ihre gesundheitliche Situation durch einen Rauchstopp verbesser e (Urk. 10/99/6). 4.

#### 4.1

Die Gutachter der MEDAS Z.\_\_\_\_

erstellten ihr Gutachten vom 6. November 2017 in Kenntnis der Akten der Beschwerdeführerin und den weiteren Befund berichten, welche sie vor der Begutachtung von der Beschwerdeführerin erhalten hatten, sowie eines von Dr. K.\_\_\_\_ angeforderten Berichtes (vgl. Urk. 10/55/4-11). Am 22. August und 14. September 2017 wurde die Beschwerdeführerin sodann in der MEDAS Z.\_\_\_\_ von einer Ärztin der Fachrichtung Allgemeine Innere Medizin und von Ärzten der Fachrichtungen Allgemeine Innere Medizin, Pneumologie, Chirurgie und Psychiatrie untersucht (vgl. Urk. 10/55/1 , Urk. 10/55/24 ), wobei die Gutachterin und die Gutachter die Beschwerdeführerin unter anderem auch zu ihren Beschwerden befragt haben (vgl. Urk. 10/55/25-26, Urk.

10/55/32-33 , Urk.

10/55/46-47 ). Insoweit erfüllt das Gutachten die von der Rechtsprechung bezüglich Beweiswert einer Expertise formulierten Anforderungen (E. 2.4.1).

Die Beschwerdeführerin stellt auch nicht

in Frage, dass in der MEDAS Z.\_\_\_\_

grundsätzlich die für die Abklärung des medizinischen Sachverhaltes nötigen Untersuchungen erfolgt sind. Für sie hat das Gutachten vom 6. November 2017 jedoch keinen Beweiswert. Dies begründet sie insbesondere

damit, dass die Beurteilungen der Gutachter in den Fachgebieten Psychiatrie und Pneumologie nicht nachvollziehbar seien (Urk. 1 S. 6 , Urk. 1 S. 8-9 ). Zudem hält sie fest, dass es seit der Begutachtung in der MEDAS Z.\_\_\_\_ zu einer Verschlechterung ihres physischen und psychischen Gesundheitszustandes gekommen

sei ( Urk. 1 S.

#### **E. 5**

, aktuell in kompletter Remission (März 2018) - Chronisch obstruktive Pneumopathie GOLD-Stadium 2, Risikoklasse A

Als weitere Diagnosen nannte sie ( Urk. 10/80/5): - Verdacht auf Mukositis , Radiodermatitis - Malnutrition, NRS 5 Punkte - Herzrhythmusstörungen unklarer Ätiologie mit häufigen monomorphen ventrikulären Extrasystolen (VES) - Verdacht auf intrakavitäres Myom von ca. 15 mm Durchmesser, differentialdiagnostisch (DD:) suspektes Endometrium von 15 mm

Dr. M.\_\_\_\_ führte in ihrem Bericht sodann aus, dass die Beschwerdeführerin (bezüglich des Plattenepithelkarzinoms) in kontinuierlicher Remission ohne Hinweise für ein Rezidiv beziehungsweise ein schränkende Spätkomplikationen der durchgeführten kombinierten Chemo-Radiotherapie sei. Aus onkologischer Sicht bestehe keine Arbeitsunfähigkeit (Urk. 10/80/5).

Am 21. Juni 2018 hielt Dr. M.\_\_\_\_ fest, dass die Beschwerdeführerin monatlich im Ambulatorium N.\_\_\_\_ zur Immunglobulin substitution

bei einem dokumentierten IgG -Mangel und rezidivierenden pulmonalen Infekten sei ( Urk. 10/83/1).

### E. 5.1

Zu prüfen bleibt, wie sich diese Einschränkung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in erwerblicher Hinsicht auswirkt. Diesbezüglich ist unbestritten geblieben, dass das Wartejahr (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) vorliegend am

6. August 2016 abgelaufen ist (Urk. 10/60/8), womit ab dem 1. August 2016 Anspruch auf eine Invalidenrente besteht (Art. 28 Abs. 1 IVG, Art. 29 Abs. 3 IVG). Dies bedarf keiner weiteren Erörterungen.

### E. 5.2

Gemäss den ebenfalls unbestritten gebliebenen Feststellungen der Beschwerdegegnerin erzielte die Beschwerdeführerin mit ihren zuletzt ausgeübten beruflichen Tätigkeiten als Telefonverkaufssachbearbeiterin und als Raumpflegerin (vgl. Urk. 10/4, Urk. 10/5/6, Urk. 10/20) im Jahr 2014 ein Einkommen von total

Fr. 59'678.-- (Urk. 10/60/8). Bereinigt um die Nominallohnentwicklung/Frauen (2014: 2673, 2016: 2709, vgl. die Tabelle «T 39 Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne, 2010-2018» des Bundesamtes für Statistik, BFS) führt dies zu einem hypothetischen Validen Einkommen 2016 von Fr. 60'481.75 . 5. 3

Als dann ist dem Gutachten der MEDAS Z.\_\_\_\_ vom 6. November 2017 (Urk. 10/55) zu entnehmen, dass die Umsetzung der 60%igen Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Telefonverkaufssachbearbeiterin nicht günstig erscheint. Gleiches gelte für die der Beschwerdeführerin zuvor ausgeübte Tätigkeit als Serviceangestellte in der Gastronomie (Urk. 10/55/18). Zwar äusserten sich die Gutachter nicht explizit zur Zumutbarkeit einer Arbeit als Raumpflegerin.

Sie haben aber festgehalten, dass die Beschwerdeführerin wegen ihrer COPD in einer allergen- und rauchfreien Umgebung arbeiten müsse (Urk. 10/55/17). Es kommt hinzu, dass gemäss der behandelnde Pneumologin

Dr. L.\_\_\_\_ der Beschwerdeführerin nur noch Tätigkeiten ohne Staubexposition zumutbar sind (Urk. 10/32/4). Weil eine Raumpflegerin aber berufsbedingt Staub ausgesetzt ist, ist der Beschwerdeführerin auch diese Tätigkeit nicht mehr möglich.

Es rechtfertigt sich daher, hinsichtlich des Invalideneinkommens von den

lohnstatistischen Angaben der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) 2016 des BFS für Hilfsarbeiterinnen von Fr. 4'363.-- (LSE 2016 TA1 Ziff. 5-96 «Total») auszugehen. Aufgerechnet auf die durchschnittliche Wochenarbeitszeit 2016 von 41,7 Stunden (vgl. die Tabelle «Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen» des BFS) ergibt dies in einem Zwischenschritt ein Einkommen von Fr.

4'548.45

pro Monat beziehungsweise von Fr. 54'581.15 pro Jahr (100%-Pensum). Die Beschwerdeführerin hält dafür, dass zusätzlich ein Abzug von 25% vom Tabellenlohn zu berücksichtigen sei (Urk. 1 S. 11). Zu ihren diesbezüglichen Vorbringen ist zunächst festzuhalten, dass sich die psychischen und pulmonalen Einschränkungen der Beschwerdeführerin

bereits im Zumutbarkeitsprofil der Gutachter finden (vgl. Urk. 10/55/18). Ihr ist daher nicht zusätzlich noch ein sogenannter leidensbedingter Abzug zu gewähren (Urteile des

Bundesgerichts 8C\_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.1, 8C\_536/2014 vom 20. Januar 2015 E.

4.3, je mit Hinweisen). Auch ein Abzug vom Tabellenlohn aufgrund des Alters der 1965 geborenen Beschwerdeführerin rechtfertigt sich nicht. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung sich

das Alter bei Beschäftigungen mit niedrigem Anforderungsprofil lohnmässig weit weniger stark auswirkt als bei den Gruppen der anspruchsvollen und schwierigen Arbeiten (Urteil des Bundesgerichts 9C\_733/2008 vom 15. Januar 2009 E. 4.3 mit Hinweis, 9C\_439/2018 vom 31. Januar 2019 E. 4.3.2 mit Hinweisen). Der Umstand, dass die Beschwerdeführerin keinen Beruf erlernt hat (Urk. 10/5/5, Urk. 10/39/2,

Urk. 10/55/11), führt ebenfalls nicht zu einem Abzug vom Tabellenlohn, weil vorliegend von den lohnstatistischen Angaben für Hilfsarbeiterinnen ausgegangen wurde. Andere Umstände, die einen Abzug vom Tabellenlohn rechtfertigen könnten, sind nicht ersichtlich.

Unter Berücksichtigung des der Beschwerdeführerin noch zumutbaren 60%-Pensums (Urk. 10/55/23)

führt dies zu einem hypothetischen Invalideneinkommen 2016 von Fr. 32'748.70.

#### **E. 5.4**

Beim Einkommensvergleich (Valideneinkommen: Fr. 60'481.75, Invalideneinkommen: Fr. 32'748.70) resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 27'733.05

beziehungsweise ein Invaliditätsgrad von gerundet 46%. Bei einem Invaliditätsgrad von 46% besteht Anspruch auf eine Viertelsrente (E. 2.2).

Anzufügen ist, dass die von der Beschwerdeführerin geltend gemachte Arbeitsunfähigkeit von 100%

während des stationären Aufenthalts vom 22. September 2016 bis zum 12. Oktober 2016 (Urk. 1 S. 5), keine Auswirkungen auf den Rentenanspruch hat (vgl. Art. 88a Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV) . 6.

Demnach erweisen sich die angefochtenen Verfügungen vom 20. November 2018 (Urk. 10/114 [= Urk. 2], Urk. 10/118) im Ergebnis als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 7.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das vorliegende Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem

Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Ausgangsgemäss sind die Gerichtskosten der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Stéphanie Baur - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - 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 Der Gerichtsschreiber HurstHübscher

## **E. 9**

). Aus diesen Gründen könne nicht auf das Gutachten der MEDAS Z.\_\_\_\_ abgestellt werden. Darauf ist im Folgenden einzugehen. 4.2

Die Beschwerdeführerin führt zunächst aus , dass ihre Leidensgeschichte mit einem Plattenepithelkarzinom des Analkanals begonnen habe. Das Karzinom sei am 7. August 2015 operativ entfernt worden. Durch die Krebsbehandlung habe sie als Folge der Chemotherapie und Bestrahlung auch eine schmerzhafte Muskulatur der Vaginalschleimhaut und des Verdauungstraktes sowie eine ebenso schmerzhafte Radiodermatitis erlitten ( Urk. 1 S. 3). Dazu ist festzuhalten,

dass sie gemäss dem Gutachter Prof. Dr. I.\_\_\_\_

aus somatischer Sicht als vom Analkarzinom geheilt gilt und voll arbeitsfähig ist (Urk. 10/55/27). Die Onkologin

Dr. M.\_\_\_\_ , bei welcher die Nachkontrollen nach der Krebsbehandlung durchgeführt wurden ( Urk. 10/25) , hielt in ihrem Bericht vom 22. Mai 2018

sodann fest , dass sich die Beschwerdeführerin in kontinuierlicher Remission ohne Hinweise für ein Rezidiv befindet . Zudem fänden sich keine Hinweise für ein schränkendes Spätkomplikationen der durchgeführten kombinierten Chemo-Radiotherapie. Laut Dr. M.\_\_\_\_ besteht aus onkologischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit (Urk. 10/80/5). Bezüglich der Krebserkrankung und deren Behandlung wird der Beschwerdeführerin somit keine Arbeitsunfähigkeit mehr attestiert.

4.34.3.1

Die Beschwerdeführerin bringt weiter vor, dass sie - ebenfalls als Folge ihrer Krebserkrankung - an psychischen Beschwerden leiden würde ( Urk. 1 S. 4). Zur Beurteilung des psychiatrischen Gutachters Dr. J.\_\_\_\_ sei festzuhalten, dass der Gutachter zwar von einer erheblichen Beeinträchtigung ihrer Leistungsfähigkeit ausgehen würde, ihr aber dennoch nur

eine Arbeitsunfähigkeit von 40 %

attes tiert habe ( Urk. 1 S. 6) . Diesbezüglich ist darauf hinzu weisen, dass eine psychiatrische Exploration

von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann. Dies eröffnet der begutachtenden Fachperson des halb praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist (Urteil des Bundesgerichts 8C\_8/2019 vom 23. April 2019 E.

5.2.1).

Entgegen der Darstellung der Beschwerdeführerin trifft es sodann nicht zu (Urk. 1 S. 6), dass Dr. J.\_\_\_\_ nur auf Testresultate abgestellt hat. Bei der Befundaufnahme orientierte er sich am AMDP-System der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie, wie dies in den Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SGPP (3. Auflage vom 16. Juni 2016) vorgesehen ist, sowie an dem von der AMDP erarbeiteten Modul für Depression (vgl. Urk. 10/55/33-36). Als Gutachter kommt ihm bei der Wahl der Methode zur Erstellung des Gutachtens aber ein grosses Ermessen zu (Urteil des Bundesgerichts 8C\_820/2016 vom 27. September 2017 E. 5.2). Entscheidend ist, dass das Gutachten von Dr. J.\_\_\_\_ vom 16. Oktober 2017 (Urk. 10/55/28-41) die von der Rechtsprechung an den Beweiswert eines Gutachtens aufgestellten Anforderungen erfüllt (E. 2.4.1). Diesbezüglich ist festzuhalten, dass der Psychiater Dr. J.\_\_\_\_ über die Vorakten

verfügte (Urk. 10/55/29-31).

Er

führte eine eigene Untersuchung

der Beschwerdeführerin durch, zu welcher unter anderem die Befragung der Beschwerdeführerin zu ihren Beschwerden (Urk. 10/55/32-33) und der Erhebung eines klinischen Psychostatus gehörten (Urk. 10/55/33). In seiner Beurteilung Dr. J.\_\_\_\_ finden sich keine Widersprüche. Seiner Expertise kommt grundsätzlich voller Beweiswert zu. Zu prüfen bleibt, ob andere fachärztliche Beurteilungen vorliegen, welche Zweifel am Gutachten von Dr. J.\_\_\_\_ begründen. 4.3.2

Die frühere Psychiaterin der Beschwerdeführerin, Dr. O.\_\_\_\_,

stellte in ihren Berichten vom 21. August 2016, 19. März 2017 und 23.

Juli 2018 (Urk. 10/28/1, Urk. 10/34/1, Urk. 10/88/3)

-

zusätzlich zu einer rezidivierenden depressiven Episode - als weitere Diagnosen insbesondere eine (reaktivierte) posttraumatische Belastungsstörung sowie eine Cancer-related

Fatigue (vgl. E. 3.4). Anders als Dr. J.\_\_\_\_ attestierte Dr. O.\_\_\_\_ der Beschwerdeführerin zunächst eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Berichte vom 21. August 2016 und 19. März 2017,

Urk. 10/28/2, Urk. 10/34/4) beziehungsweise eine Arbeitsfähigkeit von 2 Stunden pro Tag (Bericht vom 23. Juli 2018, Urk. 10/88/6). Dr. J.\_\_\_\_ erstellte sein Gutachten in Kenntnis

der Berichte von Dr. O.\_\_\_\_ vom 21. August 2016 und 19. März 2017 (Urk. 10/28, Urk. 10/34; Urk. 10/55/30-31). Der Gutachter begründete, weshalb die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht bestätigt und der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht gefolgt werden könne (Urk. 10/55/38).

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach)Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4) nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen bzw. Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die anderslautenden Einschätzungen wichtige - und nicht rein subjektiver Interpretation entsprechende - Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts 8C\_677/2014 vom 29. Oktober 2014 E. 7.2 mit Hinweisen, u.a. auf SVR 2008 IV Nr. 15 S. 43 E. 2.2.1 [I 514/06]). Dies ist vorliegend nicht der Fall. Es kommt hinzu, dass der von Dr. O.\_\_\_\_ in ihren Berichten vom 19. März 2017 und vom 23. Juli 2018 wiedergegebene psychopathologische Befund im Wesentlichen derselbe ist (Urk. 10/34/2, Urk. 10/88/6). Es steht Dr. J.\_\_\_\_ zu, dass er als Facharzt für Psychiatrie und Gutachter zu einer

anderen Beurteilung gelangt.

Aufgrund der Berichte von Dr. O.\_\_\_\_

ist weder

vom Gutachten von Dr. J.\_\_\_\_ abzuweichen noch sind weitere Abklärungen nötig.

#### 4.3.3

Alsdann ist im Bericht, welcher von der Psychiaterin Dr. A.\_\_\_\_ und der Psychologin Dr. phil. B.\_\_\_\_ am 9. Januar 2019 verfasst wurde (Urk. 7), von einer akut destabilisierten Beschwerdeführerin die Rede (Urk. 7 S. 2). Des Weiteren ist diesem Bericht zu entnehmen, dass die Verschlechterung der Lungenwerte während den letzten Monaten bei der Beschwerdeführerin zu massiven Zukunftssängsten und pessimistischen Zukunftsperspektiven geführt habe, was wiederum eine Verstärkung des depressiven Zustandsbildes zur Folge gehabt habe (Urk. 7 S.

4). Dr. A.\_\_\_\_ und Dr. phil. B.\_\_\_\_ gingen in ihrem Bericht vom 9.

Januar 2019 zwar auch auf die Beurteilung von Dr. J.\_\_\_\_ ein (Urk.

7 S.

3-4). Sie beziehen sich aber auf eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes, welcher gemäss ihrem Bericht vom 9.

Januar 2019 akut destabilisiert sei (Urk. 7 S. 2). Dies vermag keine Zweifel an der Beurteilung von Dr. J.\_\_\_\_ zu begründen, da er die Beschwerdeführerin am 14. September 2017 untersucht hat (Urk. 10/55/1). Bezüglich einer allfälligen seitherigen Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes gilt, dass das Sozialversicherungsgericht grundsätzlich nur den Sachverhalt bis zum Erlass der angefochtenen Verfügungen vom 20. November 2018 (Urk. 10/114 [= Urk. 2], Urk. 10/118) beurteilen kann (E. 2.5). Der

Bericht vom 9. Januar 2019 hat vorliegend unberücksichtigt zu bleiben.

Zum einen ergibt sich bereits aufgrund dieses Berichtes, dass die dort erwähnte Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes nach dem Verfügungserlass vom 20. November 2019 eingetreten sein muss. Zum anderen hat

Dr. O.\_\_\_\_ -

wie ausgeführt -

in ihren Berichten vom 19. März 2017 und vom 23. Juli 2018 im Wesentlichen denselben psychopathologische Befund festgehalten (Urk. 10/34/2, Urk. 10/88/6). Dies spricht dagegen, dass sich der psychische Gesundheitszustand bereits im Juli 2018 verschlechtert haben könnte. Auch mit dem Bericht des RehaZentrums

C.\_\_\_\_ vom 16. Mai 2019 (Urk. 13/1) muss sich das Gericht nicht befassen. Immerhin ist jenem Bericht zu entnehmen, dass sich die Beschwerdeführerin vom 28. Februar bis 26. März 2019 zur psychosomatischen Rehabilitation im RehaZentrum

C.\_\_\_\_ befand und gemäss Bericht beim Austritt «psychisch deutlich aufgehellter» war (Urk. 13/1 S. 4). Dies würde dafür sprechen, dass sich der im Bericht vom 9. Januar 2019 beschriebene schlechte psychische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin in der Folge wieder gebessert hat. 4.3.4

Des Weiteren ist festzuhalten, dass das Vorbringen der Beschwerdeführerin, wonach Dr. J.\_\_\_\_ nicht explizit auf die von Dr. O.\_\_\_\_

angeführte Diagnose

tumorassoziierte

Fatigue beziehungsweise Cancer-related

Fatigue

(Urk. 10/28/1) eingegangen sei (Urk. 1 S. 7),

- soweit er sichtbar - zwar zutrifft. Da es sich hierbei aber nicht um eine psychiatrische Diagnose handelt (vgl. BGE 139 V 346 E. 3.4), wäre er zu deren Beurteilung auch nicht kompetent gewesen. Vorliegend hat die behandelnde Onkologin Dr. M.\_\_\_\_ in ihren Berichten vom

8. Juni 2016 und 22. Mai 2018 (Urk. 10/26/4, Urk. 10/80/4-5)

keine Cancer-related

Fatigue diagnostiziert (vgl. dazu auch die Stellungnahme von RAD-Ärztin P.\_\_\_\_ vom 3. August 2018, Urk. 10/99/6). Damit muss es bezüglich dieses Vorbringens der Beschwerdeführerin sein Bewenden haben (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_909/2013 vom 14. Juli 2014 E. 3.2). 4.4

Die Beschwerdeführerin bringt sodann vor, dass ihr allein schon aufgrund der Lungenproblematik, bei einer verbleibenden Restarbeitsfähigkeit von maximal 30%, eine ganze Rente zuzusprechen sei (Urk. 1 S. 10). Dem Bericht von Dr.

L.\_\_\_\_ vom 11. April 2018 sei zu entnehmen, dass es seit den Untersuchungen bei der MEDAS Z.\_\_\_\_

vom 14. September 2017 zu einer deutlichen Verschlechterung seitens der COPD-Problematik gekommen sei (Urk. 1 S. 8).

Dazu ist auszuführen, dass Dr. L.\_\_\_\_ der Beschwerdeführerin bereits im Bericht vom 19. September 2016 eine Arbeitsfähigkeit von maximal 20 bis 40 % in rein sitzender Tätigkeit an warmen Orten ohne Staubexposition attestierte (Urk. 10/32/4). In ihrem Bericht vom 11.

April 2018 hielt Dr. L.\_\_\_\_ fest, dass die Beschwerdeführerin eine sitzende Tätigkeit an einem trockenen warmen Arbeitsplatz ein Pensum von 1 bis 3 Stunden pro Tag bewältigen könnte. Jedoch könnte bereits der Arbeitsweg ein grosses Hindernis für die Beschwerdeführerin darstellen (Urk. 10/72/2). Damit führte Dr. L.\_\_\_\_ einerseits in ihrem Bericht vom 11. April 2018 aus, dass es im vergangenen Jahr zu einer Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit gekommen sei. Andererseits umschreibt sie die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aber im Wesentlichen so, wie sie dies bereits in ihrem Bericht vom 19. September 2016 getan hat. Daraus kann die Beschwerdeführerin nichts zu ihren Gunsten ableiten. Weitere Abklärungen sind ebenfalls nicht nötig. Gemäss der überzeugenden Stellungnahme von RAD-Ärztin P.\_\_\_\_ würde auch bei Berücksichtigung einer tendenziellen Verschlechterung der COPD höchstens eine Arbeitsunfähigkeit von 40 % resultieren, wie sie von den Gutachtern der MEDAS Z.\_\_\_\_ in ihrer Gesamtbeurteilung bereits festgelegt wurde

(Urk. 10/99/6). 4. 5

Der Vollständigkeit halber ist schliesslich zu erwähnen,

dass im Sprechstundenbericht Rheumatologie des Ärzteentrums E.\_\_\_\_ vom 16. Mai 2019 die Diagnosen Osteoporose der Lendenwirbelsäule - 4. OSD und Osteopenie der linken Hüfte -2.3 SD gestellt wurden. Weiter ist jenem Bericht zu entnehmen, dass bei der Beschwerdeführerin aufgrund der Anamnese und der Werte der Ostedensitometrie ein Risiko für eine osteoporotische Fraktur in den nächsten 10 Jahren von 38 % errechnet werden könne, was absolut behandlungsbedürftig sei (Urk. 13/2). Dies ist aber nicht mit einer Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin gleichzusetzen. In Bericht des Ärzteentrums E.\_\_\_\_ vom 16. Mai 2019 wurde der Beschwerdeführerin denn auch keine Arbeitsunfähigkeit attestiert. Die Beschwerdeführerin kann somit auch aus diesem Bericht nichts zu ihren Gunsten ableiten. 4. 6

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Vorbringen der Beschwerdeführerin und die von ihr eingereichten Berichte keine Zweifel am Gutachten der MEDAS Z.\_\_\_\_ respektive an der Beurteilung des psychiatrischen Gutachters Dr. J.\_\_\_\_ begründen. Die geltend gemachte Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin im Januar 2019 ist nicht im vorliegenden Verfahren zu beurteilen, da sie nicht mehr zum zeitlich massgebenden Sachverhalt gehört. Sodann würde sich in pneumologischer Hinsicht laut RAD-Ärztin P.\_\_\_\_ auch bei Berücksichtigung einer tendenziellen Verschlechterung der COPD der Beschwerdeführerin

an der Gesamtbeurteilung der Gutachter der MEDAS Z.\_\_\_\_ nichts ändern. Die Berichte der behandelnden Pneumologen

Dr. L.\_\_\_\_ sprechen nicht für eine wesentliche Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit im Zeitraum von 2016 bis 2018. Sie begründen mithin keine Zweifel an der Einschätzung der RAD-Ärztin.

Aufgrund des Gutachtens der

MEDAS Z.\_\_\_\_ vom 6. November 2017 ist somit mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die Beschwerdeführerin ab 1. Juli 2016 in einer Verweisungstätigkeit zu 60 % arbeitsfähig war (Urk. 10/55/23).

5.

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