

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00869 vom 5. Januar 2021**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-01-05, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2019.00869](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00869)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00869 du 5 janvier 2021

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00869 del 5 gennaio 2021

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Die 1960 geborene X.\_\_\_\_, einzige Gesellschafterin und Geschäftsführerin der Y.\_\_\_\_ GmbH (vgl. Internet-Auszug Handelsregister des Kantons Zürich, 4. Januar 2021), meldete sich am 1. Februar 2018 (Eingangsdatum, Urk. 7/3) zur Früherfassung und am 27. Februar 2018 (Eingangsdatum, Urk. 7/14) für eine berufliche Integration/ Rente der Invalidenversicherung an. Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, tätigte daraufhin medizinische und erwerblich-berufliche Abklärungen, wobei sie namentlich die Akten des Krankentaggeldversicherers, beinhalten ein von diesem in Auftrag gegebenes Gutachten (Urk. 7/21/10-18), einholte. Sodann verneint die IV-Stelle nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Vorbescheid vom 12. August 2019, [Urk. 7/53], Einwand vom 11. September 2019 [Urk. 7/55]) mit Verfügung vom 31. Oktober 2019 (Urk. 2) einen Anspruch der Versicherten auf eine Invalidenrente.

### **E. 1.1**

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

liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 1.2**

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) Versicherte, die: a.

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

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

### **E. 1.3**

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

Die Wartezeit nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG wird unterbrochen, wenn die versicherte Person an mindestens 30 aufeinanderfolgenden Tagen voll arbeitsfähig war (Art. 29 ter der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV). Tritt nach einem wesentlichen Unterbruch wieder eine Arbeitsunfähigkeit (von wenigstens 20 %) ein, so beginnt die Wartezeit nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG neu zu laufen, ohne Anrechnung der bis zum wesentlichen Unterbruch bereits zurückgelegten Perioden von Arbeitsunfähigkeit (Urteil des Bundesgerichts 9C\_824/2018 vom 4. Juni 2019 E. 5.1).

#### **E. 1.4**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

#### **E. 2**

Dagegen erhob X.\_\_\_\_ am 2. Dezember 2019 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, die Verfügung vom 31. Oktober 2019 sei aufzuheben und es seien ihr die gesetzlichen Leistungen auszurichten. Sodann seien ihr die Kosten für den Bericht von Dr. med. Z.\_\_\_\_, Praktischer Arzt, vom 14. November 2019 (Urk. 3) in der Höhe von Fr. 390.-- zu ersetzen. Die IV-Stelle schloss in ihrer Beschwerdeantwort vom 21. Januar 2020 (Urk. 6) auf Abweisung der Beschwerde, wovon der Beschwerdeführerin am 27. Januar 2020 Kenntnis gegeben wurde (Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin verneinte einen Rentenanspruch mit der Begründung, dass das Wartejahr nicht erfüllt sei.

Die Beschwerdeführerin habe sich am 27. Februar 2018 zum Leistungsbezug angemeldet und die Wartezeit habe am 27. Februar 2017 begonnen. Gemäss medizinischer Beurteilung sei die Beschwerdeführerin ab dem 27. Februar 2017 für jegliche Tätigkeiten arbeitsunfähig geschrieben worden. Indes bestehe seit spätestens dem 14. Februar 2018 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten, weshalb die einjährige Wartezeit nicht erfüllt sei (Urk. 2).

## **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin stelle sich auf den Standpunkt, dass nach wie vor eine rentenrelevante Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit vorliege. Ihre Arbeitsunfähigkeit sei auch nicht nur orthopädisch begründet. Dies gehe namentlich aus dem im Beschwerdeverfahren aufgelegten ärztlichen Bericht hervor (Urk. 1). 3.

### 3.1

Die Beschwerdeführerin wurde am 13. Februar 2018 im Auftrag des Taggeldversicherers im Fachgebiet Orthopädie/ Traumatologie

begutachtet (Gutachten der A.\_\_\_\_ vom 26. Februar 2018, Urk. 7/21/10-18). Die Gutachterin, Dr. med. B.\_\_\_\_, Fachärztin für Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, schloss auf folgende Diagnosen (Urk. 7/21/14): - Pseudoradikuläres Lumbalsyndrom beidseits bei mittelschweren Facettengelenksarthrosen LWK 3/4 und LWK 4/5 beidseits - Bursitis trochanterica und Tendinopathie mit Partialrupturen der Gluteus minimus-Sehne links nach Kontusion der linken Hüfte am 27.02.2017 - Beginnende Coxarthrose links ohne behinderungsrelevantes Korrelat

Die Gutachterin hielt

im Rahmen der Befunderhebung fest, dass die Beschwerdeführerin ohne Einschränkungen vom Stuhl aufgestanden

sei. Auch seien die spontanen Bewegungen beim Ent- und Bekleiden ohne Einschränkungen erfolgt. Zudem

bediene sich die Beschwerdeführerin keiner orthopädischen Hilfsmittel (Urk. 7/21/13). Sodann notierte die Gutachterin, anhand des am 2. November 2017 erstellten MRI der Lendenwirbelsäule, beider Iliosakralgelenke und des linken Hüftgelenks habe

sich Folgendes darstellen lassen: Mehrsegmentale degenerative Veränderungen mit mittelschweren Facettengelenksarthrosen LWK 3/4 und LWK 4/5 beidseits, eine mässige Spinalkanalstenose LWK 4/5, eine Kompression der linken L5-Wurzel, eine schwere Tendinopathie mit Partialrupturen der Gluteus minimus-Sehne, eine leichtgradige Tendinopathie des lateralen Anteils der Gluteus - medius - Sehne, eine mittelschwere Bursitis trochanterica und eine leichte Coxarthrose. Hingegen hätten keine Hinweise auf eine akute Reizung der lumbalen Nervenwurzel bei fehlender Schon- und Fehlhaltung, fehlendem sensomotorischen Defizit beider Beine, seitengleich vorführbaren Gangvarianten, negativen Zeichen nach Lasègue und Bragard sowie beidseits auslösbaren Patellar- und Achillessehnenreflexen bestanden. Die (beschriebene) Coxarthrose links sei bei frei beweglichem Hüftgelenk ohne Gelenkerguss, ohne Synovialitis, nur geringer Osteophytenbildung, einer sehr geringen Degeneration des anterioren Labrums und sehr

geringen acetabulären Knorpelschäden als lediglich initial zu bezeichnen. Sodann habe eine Arthritis beider Iliosakralgelenke kernspintomographisch ausgeschlossen werden können. Die degenerativen Veränderungen im Bereich der Lendenwirbelsäule und die persistierende Bursitis trochanterica links würden nachvollziehbar gelegentlich auftretende belastungsabhängige Beschwerden bedingen. Indes nicht in der demonstrierten Art und dem demonstrierten Ausmass der Beschwerden.

Die Gutachterin resümierte, dass für die bei der orthopädisch-traumatologischen Untersuchung angegebenen ausgedehnten Schmerzangaben im Bereich der gesamten Lendenwirbelsäule, bei der Iliosakralgelenke und beider Hüftgelenke sowie die diffusen ausgedehnten Schmerzangaben der Hüft- und Kniegelenke während der Untersuchung kein entsprechendes klinisches und pathologisches Korrelat habe gefunden werden können.

Massiv diskrepant zu dem angegebenen Ausmass vorhandener Schmerzen sei die lediglich bedarfsweise Einnahme von Analgetika: Anlässlich der aktuell durchgeführten Laboruntersuchung seien Celecoxib und Novalgin im Blut nicht nachweisbar gewesen. Paracetamol habe deutlich unter dem Referenzbereich gelegen. Diskrepanzen hätten auch zwischen der demonstrierten und der spontanen Beweglichkeit bestanden. Am ausgeprägtesten sei dies beim Finger-Boden-Abstand gewesen. Alsdann seien sämtliche Waddell-Zeichen (Empfindlichkeit, Ablenkung, Scheinmanöver, Neuroanatomie und Überreaktion) positiv gewesen, was Hinweis für eine nichtorganische Pathologie sei. So sei im Stehen ein Finger-Boden-Abstand von 45 cm demonstriert worden. Im schmerzfrei vorführbaren Langsitz auf der Untersuchungsfläche habe der Finger-Zehen-Abstand 5 cm betragen (Scheinmanöver, Ablenkung). Alsdann habe die Beschwerdeführerin Druck- und Klopfschmerzangaben über den Lendenwirbelkörpern und Facettengelenken beidseits der gesamten Lendenwirbelsäule gemacht (Empfindlichkeit). Trotz flüssigem Gangbild ohne Hinken sei sodann beidseits positiv das Trendelenburg-Zeichen demonstriert worden (Neuroanatomie). Bei der Untersuchung der Beweglichkeit beider Hüftgelenke seien Schmerzen in beiden Hüftgelenken und bei der Untersuchung der Beweglichkeit beider Kniegelenke seien Schmerzen in beiden Hüft- und Kniegelenken angegeben worden. Der Zehenspitzen- und Fersengang sei beidseits ausgeprägt un sicher gewesen, jedoch vollständig demonstriert worden (Überreaktion).

Die Gutachterin attestierte der Beschwerdeführerin in der bisherigen Tätigkeit und im Hinblick auf eine Verweistätigkeit eine sofortige 100%ige Arbeitsfähigkeit. So sei anhand des aktuellen klinischen Befundes und der vorhandenen radiologischen/kernspintomographischen Untersuchungsbefunde von

orthopädisch-traumatologischer Seite eine weitere Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin nicht nachvollziehbar. Für einen inzwischen eher geringen Leidensdruck spreche auch die nur bedarfsweise Schmerzmitteleinnahme. Sodann lehne die Beschwerdeführerin diagnostische oder therapeutische Infiltrationen ab. Nicht nachvollziehbar sei der Wunsch der Beschwerdeführerin nach einer weiteren Durchführung von Physiotherapie und einer stationären Rehabilitation. So habe sie angegeben, die seit fast einem Jahr stattfindende Physiotherapie habe bisher keine Linderung gebracht.

Zum Belastungsprofil notierte die Gutachterin, dass körperlich leichte bis mittel schwere, wechselbelastende Tätigkeiten zumutbar seien. Zum vor Krankheitsbeginn bestandenen Jobanforderungsprofil hielt

die Gutachterin fest , dass es sich bei der bisherigen Tätigkeit der Beschwerdeführerin um diejenige einer Hausfrau und einer zu 100 % Selbständigen im eigenen Bauunternehmen handle . Bei Letzterem habe sie Styropor tragen , saubermachen und die Baustelle aufräumen müssen ( Urk. 7/21/12) . Dabei habe es sich um eine körperlich sehr leichte Tätigkeit gehandelt . So habe die Beschwerdeführerin nur manchmal mehr als 50 Meter und auf unebenem Gelände gehen müssen . Demgegenüber habe sie keine Lasten heben und tragen, nicht mit Werkzeugen hantieren , Treppensteigen , Leitern besteigen oder Zwangshaltungen einnehmen müssen

( Urk. 7/21/15-17) . 3.2

Dr. med. C.\_\_\_\_ , Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, und Dr. med. D.\_\_\_\_ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, für Physikalische Medizin und Rehabilitation und für Rheumatologie, der Klinik E.\_\_\_\_

nannten im Bericht vom 10. April 2018 ( Urk. 7/31) folgende Diagnosen:

Mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - Coxalgie

bds m/b leichter Coxarthrose und

Tendinopathie mit Partialrupturen der Gluteus minimus-Sehne und Bursitis trochanterica links (11/17) - Fibromyalgie (04/1

#### **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

#### **E. 8**

)

Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - Hypothyreose (unter Substitution ) - arterielle Hypertonie - Hypercholesterinämie

Dres .

C.\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_ , welche die Beschwerdeführerin am 6. April 2018 untersucht hatten, führten als aktuelle medizinische Symptomatik und Situation persistierende Schmerzen und vermehrte myofasziale Beschwerden ubiquitär an ( Ziff. 2.2). Sie attestierten der Beschwerdeführerin für Hilfsarbeiten auf der Baustelle und als Reinigungskraft seit dem 27. Februar 2017 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit ( Ziff. 1.3). Zu den Anforderungen, welche die aktuelle Tätigkeit an die Beschwerdeführerin stelle, hielten sie fest, diese sei am ehesten ( « a.e . » ) körperlich streng. Da kein genauer Berufsbeschreibung vorhanden sei, sei dies jedoch schwierig zu beurteilen ( Ziff. 3.3). Eine dem Leiden angepasste Tätigkeit erachteten Dres .

C.\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_ im Umfang von 8.5 Stunden pro Tag als zumutbar ( Ziff. 4.2). Leichte, wechselseitige Tätigkeiten seien aktuell möglich ( Ziff. 2.7). 3.3

Der Hausarzt der Beschwerdeführerin, Dr. Z.\_\_\_\_ , nannte im Bericht vom 11. Mai 2018 ( Urk. 7/28/1-6) eine Tendinopathie mit Partialrupturen der Gluteus-minimus-Sehne

als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit.

Dr. Z.\_\_\_\_, welcher den 9. Mai 2018 als das Datum der letzten Kontrolle nannte ( Ziff. 1.1), verwies betreffend aktuelle medizinische Symptomatik und Situation auf beigelegte Berichte. Mehr könne er nicht berichten ( Ziff. 2.2). Zur Frage, welche Informationen ihm zur beruflichen Situation der Beschwerdeführerin vorlägen, gab

Dr. Z.\_\_\_\_

zur Antwort, «schwere körperliche Arbeiten», und verwies im Weiteren wiederum auf beigelegte Berichte ( Ziff. 3.2). Sodann attestierte Dr. Z.\_\_\_\_ eine seit dem 27. Februar 2017 bestehende 100%ige Arbeitsunfähigkeit ( Ziff. 1.3). Zur Frage, wie viele Stunden pro Tag die bisherige Tätigkeit zumutbar sei, hielt er fest, dass keine Arbeit zumutbar sei ( Ziff. 4.1). Die Frage, wie viele Stunden pro Tag eine dem Leiden angepasste Tätigkeit zumutbar sei, beantwortete er mit «fraglich» ( Ziff. 4.2). 3.4

Zwischen dem 11. Juni und dem 7. Juli 2018 war die Beschwerdeführerin in der Rehaklinik

F.\_\_\_\_ hospitalisiert

( Urk. 7/38). Im

dazugehörigen Austrittsbericht vom 11. Juli 2018 hielten die Ärzte der F.\_\_\_\_ fest, dass die Beschwerdeführerin beim Klinikeintritt mobil eingeschränkt gewesen sei und anfänglich Hilfsmittel benutzt habe. Sie habe jedoch alle Transfers selbständig durchführen können und sei in den « Activities

of Daily Living » (ADL) nicht auf Unterstützung angewiesen gewesen. Die eingeschränkte Gehstrecke sei sicherlich multifaktoriell bedingt. Trotz Schmerzmittelbehandlung habe die Beschwerdeführerin über bewegungs- und belastungsabhängige Schmerzen geklagt. In der neurologischen Untersuchung habe sich eine Hyposensibilität des rechten Unterschenkels und ein leichter Unterschied der Muskeleigenreflexe der unteren Extremitäten, rechts mehr als links, gezeigt.

Man habe die Beschwerdeführerin mit erlaubter Vollbelastung nach Beschwerdesituation in ein multimodales Physiotherapieprogramm integriert und systematisch die Rumpfmuskulatur gestärkt. Auch habe man die Ausdauer und die Flexion der BWS und der LWS verbessert. Die Beschwerdeführerin sei anfänglich eher passiv gewesen und habe lediglich bei Massagen eine Verbesserung der Symptomatik angegeben. Mit zunehmender Rekonditionierung und nach Überwindung der Sprachbarriere habe sich dies jedoch geändert und die Beschwerdeführerin habe konzentriert und engagiert an den angebotenen Therapien teilgenommen. Zudem habe sie gelernt, auf die Signale ihres Körpers zu hören und rechtzeitig Pausen zur Entspannung einzulegen. Das Beschwerdebild habe sich gebessert. Zuletzt habe die Beschwerdeführerin noch über Schmerzen bei Flexion der Hüfte geklagt. Der Klinikaustritt sei in gutem Allgemeinzustand bei gebesserter Mobilität, jedoch bei nur leicht reduzierter Schmerzsymptomatik in die gewohnten Wohn- und Lebensverhältnisse erfolgt.

Die Ärzte der F.\_\_\_\_ attestierten der Beschwerdeführerin vom 11. Juni bis zum 13. Juli 2018 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Weitere Angaben betreffend die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin machten sie nicht. 3.5

Mit Bericht vom 31. August 2018 ( Urk. 7/34) führte

Dr. Z.\_\_\_\_

zusätzlich folgende

Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit auf ( Ziff. 1.2, vgl. auch Ziff. 3.1 i.V.m . Urk. 7/38): - Chronische Niereninsuffizienz , bestehend seit ca. Mai 2018 - Arterielle Hypertonie - Hypothyreose unter Substitution - Hypercholesterinämie

Zur Frage, in welchem Umfang die bisherige Tätigkeit ausgeübt werden könne, hielt Dr. Z.\_\_\_\_ fest, dass aktuell weiterhin keine Arbeit zumutbar sei. Dieselbe Frage, jedoch bezogen auf eine angepasste Tätigkeit, beantwortete Dr. Z.\_\_\_\_

mit einem Fragezeichen ( Ziff. 2.1). Die Motivation der Beschwerdeführerin bewertete er als gering ( einer von zehn möglichen Punkten, wobei ein s für «gering» und zehn für «sehr hoch» steht [ Ziff. 4.3 ] ). 3. 6

Mit Bericht vom 30. August 2019 ( Urk. 7/54) nannte Dr. Z.\_\_\_\_ folgende Diagnosen: - Arterielle Hypertonie mit rezidivierenden hypertensiven Entgleisungen, EM 2011 - Nierenarterienstenosen beidseits, ED 11.12.2018 - DD Fibromuskulär Dysplasie - PTA der Arteria

renalis rechts am 19.12.2018 - Doppelsonographie der Nierenarterien vom 20.12.2018: Geringgradige

residuelle

Stenosierung (<

60 % ) - Rezidivierende Spannungskopfschmerzen seit 2011 - Chronische Gastritis und nicht erosive

Refluxerkrankung - Dyslipidämie - Substituierte Hypothyreose - Strumektomie 1998 - Diabetes mellitus, ED 19.10.2018 - Depressive Stimmung mit Angstzuständen - Carpal-tunnelsyndrom bds . ( zurzeit besser)

Dr. Z.\_\_\_\_ hielt fest, der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin sei nach wie vor gleichbleibend mit tendenzieller Verschlechterung. So leide sie weiterhin an täglichen, persistierenden Schmerzen. Es sei ihr keine Arbeit zumutbar. Deshalb bleibe die Arbeitsunfähigkeit weiterhin zu 100 % bestehen. Die Prognose sei düster. 3. 7

Im zu Händen der Beschwerdeführerin verfassten Schreiben vom 14. November 2019 ( Urk. 3) hielt

Dr. Z.\_\_\_\_

fest, dass die Beschwerdeführerin aufgrund einer Schmerzproblematik an starken Beeinträchtigungen der kognitiven Leistungsfähigkeit leide. Das gereizt-depressive Zustandsbild stelle einen Begleitzustand zu den chronischen Schmerzen dar. Die Behandlung sei naturgemäss schwierig. Die Art und das Ausmass der vorliegenden somatischen Beschwerden und der schmerzbedingten psychischen Störung und deren Funktionsdefizit hätten bis vor Kurzem eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit zur Folge gehabt. Aktuell veranschlage er die Arbeitsunfähigkeit mit 60 bis 70 % , da der Gesundheitszustand aktuell stabil sei. Die vorhandene Arbeitsfähigkeit von 20 bis 30 % sei eher als Integrationsmassnahme aufzufassen ( Ziff. 1). Betreffend objektiver Untersuchungsbefunde hielt Dr. Z.\_\_\_\_ fest, dass «sehr sehr viele auswärtige Berichte vorhanden seien» ( Ziff. 3). 4.

#### 4.1

Das Gutachten vom 26. Februar 2018 ( Urk. 7/ 21/10-18 ) basiert auf einer umfassenden orthopädisch- rheumatologischen Untersuchung und wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben. Die Gutachterin hat detaillierte und nachvollziehbare Befunde und Diagnosen erhoben und sich mit den von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden auseinandergesetzt. Zudem hat sie die medizinischen Zusammenhänge und die medizinische Situation einleuchtend dargestellt und ihre Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet (vgl. E. 1.4).

Was die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Gutachten der A. \_\_\_ anbelangt, ging die Gutachterin gestützt auf die anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin, wonach sie bei ihrer zu 100 % ausgeübten selbständigen Tätigkeit im Bauunternehmen Styropor herumtrage, saubermache und auf den Baustellen auf Räume ( Urk. 7/21/12), zu Recht davon aus, dass es sich bei der angestammten Tätigkeit um eine in der Gesamtschau im Wesentlichen körperlich leichte Tätigkeit mit nur manchmal notwendigem Gehen von mehr als 50 m und auf unebenem Gelände handelt ( Urk. 7/21/16). Jedenfalls rechtfertigt sich gestützt auf die Angaben der Beschwerdeführerin der Schluss, dass es sich dabei um eine höchstens mittelschwere körperliche Tätigkeit handelt.

Angesichts der weitgehend unauffälligen Befunde vermag die Einschätzung der Gutachterin zur Arbeitsfähigkeit zu überzeugen und lässt sich nachvollziehen, dass die Beschwerdeführerin diese (spätestens) am 14. Februar 2018 wieder erlangte, womit das unbestritten am 27. Februar 2017 angelaufene Wartejahr nicht erfüllt wurde (E. 1.3). So konnte die Gutachterin kein entsprechendes klinisches und pathologisches Korrelat für die von der Beschwerdeführerin angegebenen ausgedehnten Schmerzangaben im Bereich der gesamten Lendenwirbelsäule, beider Iliosakralgelenke und beider Hüftgelenke sowie für die diffusen ausgedehnten Schmerzangaben während der Untersuchung in den Hüft- und Kniegelenken

finden. Sodann stellte sie deutliche Inkonsistenzen fest, insbesondere was die demonstrierte und die spontane Beweglichkeit anbelangt. Alsdann bejahte die Gutachterin sämtliche Waddell-Zeichen, was

auf eine nichtorganische Pathologie hindeutet. Sodann ist der Gutachterin beizupflichten, wenn sie - angesichts der nur bedarfsweisen Schmerzmitteleinnahme - auf einen eher geringen Leidensdruck schloss. Gegen einen erheblichen Leidensdruck spricht auch, dass die Beschwerdeführerin diagnostische oder therapeutische Infiltrationen ablehnt.

Der Schluss, wonach in der angestammten Tätigkeit zumindest aus orthopädisch-rheumatologischer Sicht spätestens seit der Begutachtung keine Einschränkung in der Leistungsfähigkeit mehr bestanden hat, findet im Ergebnis in der Beurteilung von Dr. C. \_\_\_ und Dr. D. \_\_\_ vom 10. April 2018 denn auch insofern Bestätigung, als diese gar unter Berücksichtigung einer zusätzlich diagnostizierten Fibromyalgie von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit zumindest in einer leichten, wechselbelastenden Tätigkeit ausgingen (E. 3.2). Dies bestätigten sie sodann mit Bericht vom 14. Februar 2019 (Urk. 7/47). Dass sich Dr. C. \_\_\_ und Dr. D. \_\_\_ für eine seit 27. Februar 2017 bestehende vollständige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit aussprachen, ist dem Umstand geschuldet, dass sie diesbezüglich fälschlicherweise von einer körperlich strengen, mithin schweren Tätigkeit ausgingen (Urk. 7/31/4), was die Beurteilung im Gutachten der A. \_\_\_ nicht in Frage zu stellen vermag.

Was die Berichte des Hausarztes (E. 3.3, 3.5

- 3.7) anbelangt, vermag seine Einschätzung zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin diejenige der Gutachterin nicht infrage zu stellen, zumal mehrere seiner Berichte nicht auf eigenen Untersuchungen beruhen. So verwies Dr. Z.\_\_\_\_ im Bericht vom 11. Mai 2018 bei Schilderung der aktuellen medizinischen Symptomatik und Situation auf beigelegte Berichte und hielt er fest, «mehr könne er dazu nicht sagen» (E. 3.3). Auch aus dem Bericht vom 31. August 2018 ist zu schliessen, dass Dr. Z.\_\_\_\_ keine eigenen Untersuchungen vorgenommen hat (Urk. 7/34/1 Ziff. 1.3). Im Bericht vom 14. November 2019 hielt Dr. Z.\_\_\_\_ zur Frage nach den objektiven Untersuchungsbefunden alsdann fest, dass «sehr sehr viele auswärtige Berichte vorhanden seien» (E. 3.7), was darauf hindeutet, dass er auch in diesem Fall keine eigene Untersuchung vorgenommen hat.

Ferner ist davon auszugehen, dass sich die von Dr. Z.\_\_\_\_ im Bericht vom 11. Mai 2018 wie auch in späteren Berichten attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit seit dem 27. Februar 2017 auf eine Tätigkeit bezieht, welche von der Beschwerdeführerin so nicht ausgeübt wurde. So hielt Dr. Z.\_\_\_\_ im Bericht vom 11. Mai 2018 fest, dass die Beschwerdeführerin körperlich schwere Arbeit auszuführen habe (E. 3.3), was - wie dargelegt - nicht zutrifft. 4.2

Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, ihre Arbeitsunfähigkeit sei nicht nur orthopädisch begründet und es sei von einem mehrschichtigen Krankheitsbild auszugehen, welches die Arbeitsfähigkeit einschränke (Urk. 1), kann ihr nicht gefolgt werden:

Was die von Dres. C.\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_

diagnostizierte

Fibromyalgie

anbelangt (E. 3.2),

fällt auf, dass die Diagnose bei auffälligen 18 von 18 positiven Tender points gestellt wurde, offensichtlich ohne Befundung der sogenannten Kontrollpunkte, welche im Falle einer Fibromyalgie keinen Druckschmerz hervorrufen dürften (Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch 2012, 26. Aufl. 2011, S. 666). Angesichts der im Gutachten der A.\_\_\_\_ festgestellten Diskrepanzen (E. 3.1) wäre eine vollständige Klinik unter Einbezug der Kontrollpunkte jedoch für die Nachvollziehbarkeit der Diagnose einer Fibromyalgie unabdingbar gewesen. Nachdem in der Rehaklinik

F.\_\_\_\_ anlässlich des Aufenthalts der Beschwerdeführerin vom 11. Juni bis 7. Juli 2018 aber offensichtlich keine Hinweise auf das Vorliegen einer Fibromyalgie (mehr) festgestellt werden konnten (Urk. 7/38), erübrigen sich Weiterungen hierzu.

Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin,

welcher die Beschwerdeführerin im Wesentlichen aufgrund ihres Zeckenbisses

vom Juli 2017 behandelt wurde (Urk. 7/24, 7/50/45), attestierte mehrfach eine (vollständige) Arbeitsunfähigkeit. Soweit sich diese jedenfalls über den Zeitpunkt der Begutachtung erstreckt, kann Dr. G.\_\_\_\_ nicht gefolgt werden, hielt die SUVA-Ärztin, Dr. med. H.\_\_\_\_, Fachärztin für Arbeitsmedizin und Praktische Ärztin, anlässlich ihrer Beurteilung vom 17. Mai 2018 doch

überzeugend fest, dass die Beschwerdeführerin von Seiten der durchgemachten Lyme-Borreliose beschwerdefrei sei und von einer guten Ausheilung ausgegangen werden könne

. Die von Dr. G.\_\_\_\_ seit dem letzten Jahr attestierten zahlreichen Arbeitsunfähigkeiten seien deshalb als auffällig zu bezeichnen und in keiner Weise durch die gemeldete Diagnose eines Erythema migrans zu rechtfertigen ( Urk. 7/50/24). Diese Einschätzung wird denn auch durch Dr. G.\_\_\_\_ selber bestätigt, welcher mit Bericht vom 27. April 2018 erläuterte, dass die Beschwerdeführerin hinsichtlich der durch gemachten Lyme -Borreliose seit Januar 2018 beschwerdefrei sei ( Urk. 7/50).

Zur von Dr. Z.\_\_\_\_ am 31. August 2018 diagnostizierten chronischen Niereninsuffizienz ist festzuhalten,

dass diese nach Stenosen im Dezember mittels perkutaner transluminale r

Angioplastie ( PTA ) behandelt wurde und die Arbeitsunfähigkeit durch

Dr. Z.\_\_\_\_ offensichtlich nicht mit der Niereninsuffizienz begründet wurde.

Sodann ist zu berücksichtigen, dass die se

Störung nach Einschätzung von Dr. Z.\_\_\_\_

circa Mitte Mai 2018 und damit nach Ablauf des Wartjahres respektive nach einem wesentlichen Unterbruch der Arbeitsunfähigkeit von mindestens 30 aufeinanderfolgenden Tagen auftrat. Eine durch diese gesundheitliche Störung hervorgerufene Arbeitsunfähigkeit wäre daher im Rahmen einer neuen Wartezeit zu berücksichtigen, ohne dass die bis zum wesentlichen Unterbruch bereits zurückgelegte Periode von Arbeitsunfähigkeit angerechnet würde (E. 1.3).

Hinweise aber, welche auf eine nach der durchgeführten PTA verursachte Arbeitsunfähigkeit hindeuten würden, sind den Akten nicht zu entnehmen.

Was die von Dr. Z.\_\_\_\_ diagnostizierten, seit 2011 bestehenden Spannungskopfschmerzen angeht, welche im Bericht vom 14. November 2019 als episodisch geklagt erwähnt ( Urk. 3) und im Bericht vom 30. August 2019 als rezidivierend bezeichnet wurden (E. 3.6), fehlen Hinweise, welche auf einen massgeblichen Einfluss dieser Störung auf die Arbeitsfähigkeit hindeuten würden.

Des Weiteren unterliess es Dr. Z.\_\_\_\_, schlüssig darzulegen, weshalb die von ihm mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit genannten Diagnosen einen eben solchen Einfluss ausüben. So geht aus dem Bericht vom 31. August 2018 nicht hervor, weshalb die diagnostizierte arterielle Hypertonie sowie die Hypothyreose unter Substitution und die Hypercholesterinämie (neu) einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zeitigten (E. 3.5), war Dr. Z.\_\_\_\_ drei Monate zuvor noch zu Gegenteiligem gelangt (vgl. Bericht vom 11. Mai 2018, Urk. 7/28/1-6). Zudem schlossen auch Dres. C.\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_ in ihrem Bericht vom 10. April 2018 (E. 3.2) einen Einfluss dieser Diagnosen auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus.

Was die am 30. August 2019 von Dr. Z.\_\_\_\_

erstmal diagnostizierte und im Bericht vom 14. November 2019 ebenfalls aufgeführte Diagnose einer depressiven Stimmung mit Angstzuständen (E. 3.6 und 3.7) angeht, stützt sich dieselbe offensichtlich auf keine fachpsychiatrische Abklärung. Ferner ist zu

berück sichtigen, dass

weder dem Bericht von Dr. Z.\_\_\_\_ noch den übrigen Akten Hin weise zu entnehmen sind , wonach sich die Beschwerdeführerin in psychiat rischer Behandlung befinden (vgl. Urk. 7/34/2 Ziff. 3. 5 )

oder Psychopharmaka einneh men würde (vgl. Urk. 7/28/3) .

Entsprechend durfte die Beschwerde gegnerin auf weitere Abklärungen hierzu verzichten, bestand dafür aufgrund der Parteivor bringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte doch kein hinreichender Anlass (BGE 110 V 48 E. 4a).

Betreffend die von Dr. Z.\_\_\_\_ genannten

Diagnosen Diabetes mellitus ,

chronische Gastritis, nicht erosive

Refluxerkrankung , Dyslipidämie und Carpaltunnel syndrom

sind den Akten ebenfalls keine Hinweise zu entnehmen , die auf ein en Einfluss dieser Diagnosen auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin hin deuteten .

In Ergänzung dazu kann festgehalten werden, dass

Diabetes

nach der Rechtsprechung grundsätzlich keine Invalidität zu begründen vermag ( statt vieler Urteil des Bundesgerichts 8C\_903/2014 vom 1 3. August 2015 E. 4.3) .

5 .

Zusammenfassend

führt die Würdigung der medizinischen Aktenlage zum Schluss , dass ab dem 1 4. Februar 2018 eine volle Arbeitsfähigkeit in der ange stammten wie auch in einer angepas sten Tätigkeit bestand (E. 3.1) und dass dieselbe bis zum Erlass des angefochtenen Entscheids ( Urk. 2) ohne anspruchs relevanten Unterbruch bestanden hat. Entsprechend hat die Beschwerdeführerin nach ihrer Anmeldung zum Leistungsbezug am 2 7. Februar 2018 zu keinem Zeit punkt das Wartejahr erfüllt.

Der angefochtene Entscheid ist rechtens. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 6 .

Die Gerichtskosten, die nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert zu bemessen sind (Art. 69 Abs. 1 bis IVG), sind auf Fr. 700.-- anzuset zen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen.

Was den Antrag der Beschwerdeführerin anbelangt, ihr seien die Kosten für den Bericht von Dr. Z.\_\_\_\_ vom 1 4. November 2019 in der Höhe von Fr. 390.-- zu ersetzen ( Urk. 1), ist dieser

abzuweisen. So war die Auflage dieses Berichts ( Urk. 3) für dieses Verfahren weder notwendig noch beachtlich und für den Ausgang des selben auch nicht ausschlaggebend (Urteil des Bundesgerichts 9C\_671/2012 vom 1 5. November 2012 E. 6.1). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700 .-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Ivo Baumann -  
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 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 Gerichtsschreiber VogelWeber

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