

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00133 vom 16. April 2003**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2003-04-16, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2020.00133](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00133)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00133 du 16 avril 2003

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00133 del 16 aprile 2003

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allge meinen Teil des Sozialversicherungsrech ts, 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 kom menden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der ge sundheitlichen 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 IVG Versicherte, die: a.

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

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

### **E. 1.3**

Am 12. August 2018 meldete sich die Versicherte unter Hinweis auf eine akute Arthrose sowie Fibromyalgie und eine Muskeleinschränkung in der Ischiasum ge bung erneut bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/117/6 und 8). Mit Vorbescheid vom 3. Dezember 2018 kündigte die IV-Stelle der Ver sicherten an, auf ihr Leistungsbegehren nicht einzutreten (Urk. 7/123). Dagegen erhob diese am 11. Januar, ergänzt am 30. April 2019, Einwand und reichte weitere Berichte ein (Urk. 7/124, Urk. 7/140, Urk. 7/138 f.). Daraufhin liess die IV-Stelle die Versicherte durch Dr. med. A.\_\_\_\_ , Facharzt für Allgemeine Inne re Medizin sowie Rheumatologie, begutachten (Gutachten vom 30. Septem ber 2019, Urk. 7/147).

Mit neuem Vorbescheid vom 11. November 2019 stellte die IV-Stelle der Ver sicherten die Abwe isung des Leistungsbegehrens in Aussicht

(Urk. 7/158). Am 15. November 2019, ergänzt am 13. Januar 2020, erhob die Versicherte Einwand und reichte eine Stellungnahme von Dr. med.

B.\_\_\_\_, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Chefarzt der Klinik für Rheumatologie, Spital C.\_\_\_\_, vom 18. Dezember 2019 ein (Urk. 7/159, Urk. 7/162 f.). Mit Verfügung vom 17. Januar 2020 verneinte die IV-Stelle einen Rentenanspruch bei einem Invaliditätsgrad von 18 % (Urk. 7/166 = Urk. 2).

## **E. 2**

Dagegen erhob die Versicherte am 18. Februar 2020 Beschwerde und beantragte, in Aufhebung der Verfügung vom 17. Januar 2020 seien ihr die gesetzlichen Leistungen zu erbringen und es sei ihr ab 1. Februar 2019 mindestens eine Viertelsrente auszurichten (Urk. 1 S. 2). Ihrer Beschwerde legte sie unter anderem

nochmals den Bericht von Dr. B.\_\_\_\_ vom 18. Dezember 2019 bei (Urk. 3/5). Die Beschwerdegegnerin schloss am 25. März 2020 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6). Mit Replik vom 15. Juni 2020 hielt die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen fest (Urk. 11), während die Beschwerdegegnerin am 31. Juli 2020 auf das Einreichen einer Duplik verzichtete

(Urk. 13). Am 15. September 2020 reichte die Beschwerdeführerin einen Bericht von Dr. phil.

D.\_\_\_\_, Psychotherapeutin, vom 11. September 2020 zu den Akten (Urk. 16). Dieser wurde der Beschwerdegegnerin am 18. September 2020 zur Kenntnis gebracht (Urk. 17). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin erwog in der angefochtenen Verfügung, aufgrund der medizinischen Unterlagen sei keine Veränderung der gesundheitlichen Situation seit der letzten Verfügung vom 29. März 2019 festgestellt worden. Gemäss der medizinischen Begutachtung sei der Beschwerdeführerin die Tätigkeit als Reprografen seit dem 27. November 2017 noch in einem 50 %-Pensum zumutbar. In einer leichten, vorwiegend sitzenden Tätigkeit, unter Berücksichtigung eines erhöhten Pausenbedarfs, sei ihr ein Pensum von 80 % zumutbar. Der durchgeführte Einkommensvergleich ergebe einen Invaliditätsgrad von 18 %. Beim neu eingereichten Bericht des Spitals C.\_\_\_\_ vom 18. Dezember 2019 handle es sich lediglich um eine andere Beurteilung des gleichen Sachverhalts (Urk. 2 S. 1-2).

### **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt, das Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_ sei nicht schlüssig. Es seien weitere Abklärungen vorzunehmen und es sei ein polydisziplinäres Gutachten zu erstellen, welches mindestens die Fachrichtungen Rheumatologie, Neurologie und Psychiatrie

berücksichtige (Urk. 1 S. 8). Grundsätzlich seien sämtliche psychischen Erkrankungen einer Prüfung durch ein strukturiertes Beweisverfahren zu unterziehen (Urk. 1 S. 9). Nach Durchführung des strukturierten Beweisverfahrens sei entsprechend der Beurteilung von Dr. B.\_\_\_\_ von einer invalidisierenden Gesundheitsbeeinträchtigung auszugehen. Es sei sowohl in der angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit von einer maximalen Arbeitsfähigkeit von 50 % auszugehen (Urk. 1 S. 10). Damit resultiere ein Invaliditätsgrad von 49 %, weshalb ihr ab 1. Februar 2019 mindestens eine Viertelsrente auszurichten sei (Urk. 1 S. 11).

### **E. 2.3**

In ihrer Beschwerdeantwort ergänzte die Beschwerdegegnerin, es fehlten Hinweise auf das Bestehen von nicht-rheumatologischen Einschränkungen. Demzufolge sei eine polydisziplinäre Begutachtung nicht angezeigt. Im vorliegenden Fall seien keine psychiatrischen Diagnosen gestellt worden. Es sei deshalb fraglich, ob überhaupt eine Indikatorenprüfung

durchzuführen sei. Auch wenn eine solche vorzunehmen sei, könne diese nicht dazu führen, dass von einer höheren Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werde, als im Gutachten attestiert worden sei. Dr. A. \_\_\_ habe aus rheumatologischer Hinsicht lediglich eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % attestiert. Eine Prüfung der Standardindikatoren sei vorliegend überflüssig (Urk. 6 S. 2).

### **E. 2.4**

Replicando

brachte

die Beschwerdeführerin vor, die Feststellung, es sei keine psychiatrische Diagnose gestellt worden, sei aktenwidrig und willkürlich. Den Akten könne entnommen werden, dass sie unter einer Fibromyalgie leide. Daher hätte eine Indikatorenprüfung vorgenommen werden müssen (Urk. 11 S. 2).

### **E. 2.5**

Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung der Beschwerdeführerin vom 12. August 2018 (Urk. 7/117) eingetreten. Zu prüfen ist somit, ob sich der Gesundheitszustand seit

der letzten Anspruchsprüfung mit Verfügung vom 29. März 2007 (Urk. 7/107) anspruchrelevant verändert hat

und ob diesbezüglich der Sachverhalt hinreichend abgeklärt ist. 3.

Im Zuge der anspruchsverneinenden Verfügung vom 29. März 2007 stützte sich die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf das MEDAS-Gutachten des Z. \_\_\_ vom 18. April 2006 in den Bereichen Innere Medizin, Rheumatologie und Psychiatrie

(Urk. 7/98). Darin hielten die Gutachter als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1) fest. Ohne leistungsmindernde Wirkung sei demgegenüber das generalisierte Schmerzsyndrom mit/bei vegetativen Begleitbeschwerden, Hinweisen für nicht-organischen Schmerz, einer diskreten Dehydratation der Bandscheibe L3/4 und L4/5 sowie einer Fehlhaltung und einer insuffizienten muskulären Rumpfstabilisation. Radiologisch seien eine Retropatellararthrose rechts sowie eine Akromioklavikulargelenksarthrose links möglich, wobei die Gelenke in der klinischen Untersuchung unauffällig gewesen seien (Urk. 7/98/15).

Dem interdisziplinären Konsens ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin in der Untersuchung über Beschwerden berichtet habe, die seit etwa neun Jahren bestünden. Sie hätten als Rückenschmerzen begonnen und sich mit der Zeit im ganzen Körper ausgebreitet. Der Schmerzcharakter sei zwischen stechend bis brennend variierend. Sie sei nie ohne Schmerzen. Es sei die Diagnose einer undifferenzierten Somatisierungsstörung zu stellen.

Die von der Beschwerdeführerin geklagten, teilweise als extrem geschilderten Schmerzen an diversen Körperlokalisationen liessen sich somatisch in keiner Weise erklären oder auf fassbare Befunde zurückführen. Es fänden sich in jeder klinischen Untersuchung erhebliche Diskrepanzen zwischen den geltend gemachten Einschränkungen und der Spontanbeweglichkeit, wie auch zwischen den angegebenen Schmerzen und den klinisch zu erhebenden Befunden am Bewegungsapparat, die gänzlich unspezifisch und wenig fassbar seien (Urk. 7/98/16).

Die gleiche Diskrepanz finde sich zwischen der Selbsteinschätzung der psychischen Befindlichkeit und den in der psychiatrischen Untersuchung erhobenen, objektivierbaren Befunde. In der Untersuchung finde sich eine psychopathologisch weitgehend unauffällig wirkende Beschwerdeführerin, die zwar auf die körperlichen Beschwerden eingeeignet wirke, jedoch in keiner Weise depressiv oder psychomotorisch und kognitiv beeinträchtigt sei. Es bestehe ein normaler Denkfluss und sie habe eine kräftige und modulierte Stimme sowie eine adäquate Gestik und Mimik. Es könne keine gravierende depressive Symptomatik objektiviert werden. Allenfalls könne eine Tendenz zu einer Anpassungsstörung vermutet werden, die jedoch ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit bleibe (Urk. 7/98/16).

Auch die Selbsteinschätzung der körperlichen Einschränkungen liesse sich in keiner Weise objektivieren. Nebst an verschiedenen Körperstellen beklagten Schmerzen bestünden diverse vegetative Begleitbeschwerden wie Schwellungsgefühle, Herzrasen, Verdauungsstörungen, wiederholter vaginaler Ausfluss sowie Dysmenorrhoe oder Dyspareunie. Die Beschwerden hätten in diversen ambulanten Untersuchungen weder einer fassbaren Pathologie zugeordnet noch durch therapeutische Massnahmen wesentlich beeinflusst werden können (Urk. 7/98/16 f.). Das aktuell angegebene Schmerzniveau von 8/10 Punkten sei mit den klinischen Befunden und der Spontanbeweglichkeit nicht in Einklang zu bringen. Während bei der Eintrittsuntersuchung anlässlich der Hospitalisation in der Rehaklinik E.\_\_\_\_ (September 2000) sowie wohl auch in früheren Untersuchungen durch den Hausarzt eine auf die Fibromyalgie typischen Tender points beschränkte Druckdolenz bestanden habe, finde sich jetzt, wie bereits anlässlich der Untersuchung durch die MEDAS Y.\_\_\_\_ im Februar 2003, eine ausgeprägte, generalisierte Druckdolenz. Es seien nicht nur sämtliche Weichteilstrukturen druckdolent und dies bereits auf leichtesten Druck, sondern es bestehe auch eine Druckdolenz frontal, über den Schienbeinen sowie sämtlicher Processus

spinosi. Ein Fibromyalgiesyndrom könne gemäss Kriterien lediglich diagnostiziert werden, wenn eine ausgeprägte Druckdolenz von mindestens 11 der 18 Tender points bestehe, wobei die Druckempfindlichkeit auf die Tender points beschränkt sein solle. Bei der Beschwerdeführerin könne die Diagnose eines Fibromyalgiesyndroms nicht mehr gestellt werden, sondern es müsse von einem generalisierten Schmerzsyndrom ausgegangen werden. Begleitet werde dieses durch diverse vegetative Symptome. Die Schmerzen seien durch die lediglich geringgradigen degenerativen Veränderungen und die diskrete Fehllagerung nicht genügend erklärbar.

Es fänden sich keinerlei Hinweise für ein entzündlich-rheumatologisches Geschehen oder andere spezifische Schmerzursachen (Urk. 7/98/17).

Gesamthaft liessen sich die Beschwerden am besten als generalisiertes, unspezifisches Schmerzsyndrom im Rahmen einer undifferenzierten Somatisierung interpretieren,

wie dies bereits durch die MEDAS Y.\_\_\_\_ erfolgt sei . Trotz fehlender organischer Grundlage la sse sich eine geringgradige Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit durch die als chronisch erlebten Schmerzen begründen, jedoch nie in dem Ausmass, wie es die Beschwerdeführerin selber sehe (Urk. 7/98/18).

Aus gesamtmedizinischer Sicht bestehe eine Arbeitsfähigkeit in einem 80 %-Pen sum mit normaler Leistungsfähigkeit. Die zeitliche Einschränkung begründe sich mit der verminderten Belastbarkeit durch die psychiatrische Diagnose. Aus somatischer Sicht seien folgende Bedingungen einzuhalten: Körperlich schwere Arbeiten seien nicht zumutbar. Leichte bis maximal mittelschwere, wechselnde lastende Tätigkeiten seien möglich. Ungünstig und deshalb zu vermeiden seien langdauernde Zwangshaltungen der Wirbelsäule oder der Gliedmassen sowie lang an dauerndes / anhaltendes Arbeiten über der Horizontalen. Die Beschwerdeführerin sei zuletzt vorwiegend in verschiedenen Tätigkeiten, unter anderem als Ver packerin von Medikamentensendungen und als Putzfrau tätig gewesen. Diese Arbeiten seien als leicht bis mittelschwer zu erachten und daher zumutbar . Da die Arbeitsfähigkeit aus somatisch-rheumatologischer Sicht sowohl für das Fibro myalgiesyndrom wie auch das generalisierte Schmerzsyndrom gleich ausfalle und sei t dem Jahr 2000 keine wesentliche Verschlechterung der organischen Befunde eingetreten sei, sei die Arbeitsfähigkeit seit 2000 gleichgeblieben und betrage seit diesem Zeitraum etwa 80 % (Urk. 7/98/18). Die Frage, ob es sich um eine Fibro myalgie, eine somatoforme Schmerzstörung oder eine undifferenzierte Somati sierungsstörung handle, sei für die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit vermutlich weitgehend sekundär und untergeordnete t. Dies, da nicht die Diagnose als solche ausschlaggebend sei und zwischen den Diagnosen teils fließende und je nach Blickwinkel schwer abgrenzbare Übergänge bestünden, sondern die klinisch fass bare Einschränkung der Leistungsfähigkeit (Urk. 7/98/20). 4. 4.1

Im Zusammenhang mit der Neuanschuldung der Beschwerdeführerin vom 12. August 2018 (Urk. 7/ 117) sind im Wesentlichen die folgende n

medizinische n Unterlagen

aktenkundig: 4.2

Die Behandler der Universitätsklinik F.\_\_\_\_ , Abteilung Rheumatologie und Physikalische Medizin ,

stellten mit Sprechstundenbericht vom 7. August 2018 unter anderem die Diagnosen eines chronischen lumbospondylogenen Schmerzsyndroms linksbetont

( Erstmanifestation 2010, Schmerzexazerbation Sommer 2017 ) , eines Hypermobilitätssyndroms sowie einer Fibromyalgie (anamnestic, Erst diagnose 1998, Urk. 7/138/1). Die Beschwerdeführerin berichte über eine Schmerzexazerbation des lumbospondylogenen Schmerzsyndroms linksbetont seit Sommer 2017, mit Schmerzexazerbation nach längerem Sitzen, Laufen oder Stehen und teilweise mehr maligem nächtlichen Erwachen. Es seien lumbale Beschwerden mit Ausstrahlung vom lateralen Oberschenkel bis zum medialen Unterschenkel linksbetont. MR-tomographisch hätten sich im März 2018 eine Wirbelsäulenfehlhaltung mit Hyperlordose und konsekutiver Spondylarthrose der unteren beiden Segmente, vor allem der Lendenwirbelkörper (LWK) 4/5 mit Zeichen einer aktivierten Spondylarthrose links mit Knochenmarksödem sowie ein leichtes Diskusbulging LWK 2/3 bis LWK 4/5 nachweisen lassen (Urk. 7/138/2). In der Gesamtschau sei von einem mechanisch bedingten lumbospondylogenen Schmerzsyndrom

bei beginnenden degenerativen Veränderungen der unteren Lendenwirbelsäule (LWS) auszugehen (Urk. 7/138/2 f.). Therapeutisch sei eine hausinterne physiotherapeutische Massnahme zur Kräftigung der para spinalen und Rumpfmuskulatur mit dem Ziel eines Überganges in eine medizini-sche Trainingstherapie verordnet worden (Urk. 7/138/3). 4. 3

Am 30. September 2019 erstattete Dr. A.\_\_\_\_ sein rheumatologisches Gutachten. Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hielt er die folgenden fest (Urk. 7/147/13): - Chronisches, beschwerdeprogredientes, lumbovertebrales Schmerzsyn-drom mit - linksseitig en

Fazettengelenksschmerzen bei aktivierter Fazettengelenksarthrose L4/L5 links - klinisch en Hinweise n für eine sensorische Narbe der S1-Nervenwurzel links, aktuell ohne Hinweise für eine anhaltende radikuläre Symptomatik - progrediente degenerative Veränderungen mit aktuell fortgeschrittener Spondylarthrosebildung linksbetont L4/L5, etwas weniger ausgeprägt bei L5/S1, ohne Diskushernie - konstante Einhalten eines lumbovertebralen Schonverhaltens, ohne Diskrepanzen - Ausgeprägtes weichteilrheumatisches Schmerzsyndrom im Sinne einer generalisierenden Fibromyalgie/ Allodynie mit Betonung der linken Körperhälfte gegenüber der rechten, im Rahmen einer Somatisierungsstörung und Schmerz wahrnehmungs-/ verarbeitungsstörung ,

Widespread-Pain-Index (WPI ) 8, Symptom schwere 5, Total 13

Die beginnende Chondropathie des AC-Gelenks links und retropatellär beidseits, asymptomatisch, sowie das Hypermobilitätssyndrom ( Beighton -Score 5/ 9) hätten demgegenüber keine leistungsmindernde Wirkung (Urk. 7/147/13).

Dazu erwog der Gutachter, es handle sich um eine komplexe Schmerzentwicklung im Rahmen einer progredient degenerativ veränderten lumbalen Wirbelsäule, mit Fazettengelenksschmerzen links, ausgehend vom Gelenk L4/L5 mit Hinweis n für eine sensorische Narbe der Nervenwurzel S1 links. Zudem habe sich vor 21 Jahren eine generalisierende Fibromyalgie entwickelt, mit einem WPI von 13 gemäss ACR-Kriterien 2015. Diese beiden Diagnosen seien im Verlaufe der vergangenen Jahre in der Entwicklung nicht nur betreffend die reproduzierbare klinische und objektivierbare radiologische Befunde progredient, sondern auch in der Schmerzperzeption. Entsprechend sei das Bewegungsverhalten von einem Schonverhalten lumbal begleitet. Die Mitwirkung sei gut, die Verdeutlichungstendenz sei nicht als demonstratives Element, sondern als Schmerzpräsentation auch im Rahmen des kulturellen Hintergrundes zu beurteilen (Urk. 7/147/14) .

Weiter erwähnenswert sei eine deutliche Stabilisierung der Psyche. Die Beschwerdeführerin bestätige, dass sie in früheren Jahren depressive Stimmungsschwankungen gehabt habe. Gemäss ihrer Aussage sei dies jetzt nicht mehr der Fall. Sie könne ihre psychischen Schwankungen kontrollieren und steuern und nehme keine Psychopharmaka mehr ein. Dies könne bestätigt werden. Der affektive Rapport sei gut, mit differenzierten Angaben in der Anamnese und Beschreibung. Entsprechend könne zum heutigen Zeitpunkt nicht mehr von psychischen Faktoren für die Schmerzentwicklung ausgegangen werden , wie dies früher noch der Fall gewesen sei (Urk. 7/147/15).

Im Gutachten des Z.\_\_\_\_ vom 16. März 2006 sei im MRI der LWS lediglich eine leichte Dehydratation der Bandscheibe L3-L5 beschrieben worden. Die heutige Situation habe sich radiologisch deutlich verschlechtert. Bei damals fehlenden lumbalen Beschwerden habe der

Gutachter die LWS in der Diagnose nicht aufgeführt, sondern lediglich das generalisierende weichteilrheumatische Schmerzsyndrom und er habe für wechselbelastende Tätigkeiten eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit attestiert. Offensichtlich sei es seit der Begutachtung im Jahr 2006 im Verlauf nicht nur zu einer Verstärkung der Schmerzen gekommen. Es hätten sich auch die reproduzierbaren klinischen und objektiveren radiologischen Befunde betreffend die LWS verschlechtert. Zusammenfassend bestehe eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes. Es resultiere eine bleibende somatisch begründete Belastbarkeitsverminderung. Diese sei einerseits bedingt durch die Fibromyalgie mit einem erheblichen Beschwerdeausmass. Andererseits sei sie bedingt durch die zusätzlich progredienten Degenerationen an der LWS. Die Fibromyalgie führe zu einer ungünstigen zusätzlichen Beeinflussung mit Verstärkung der Schmerzperzeption im Rahmen der Schmerzverarbeitung - / verarbeitungsstörung (Urk. 7/147/16).

Die Schmerzverarbeitungsstörung entspreche einer Somatisierungsstörung mit Betonung der Schmerzen in der linken Körperhälfte und bewirke eine generalisierende Fibromyalgie/Allodynie. Dies führe zu einer erhöhten subjektiven Schmerzperzeption mit Generalisierungstendenz. Dieser Anteil der Beschwerden habe Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit, da die Weichteilbeschwerden ausgeprägt seien, kombiniert mit verschiedenen vegetativ unterhaltenden Beschwerden, einem schmerzbedingt schlechten Durchschlaf und konsekutiv erhöhter Müdigkeit. Dies wirke sich ungünstig auf die lumbal degenerativ bedingten Veränderungen aus durch eine Aktivierung und Knochenmarksödembildung. Entsprechend sei die Schmerzperzeption lumbal bei der Beschwerdeführerin tendenziell höher als bei jemandem, der ohne weichteilrheumatische Komponente sei (Urk. 7/147/17).

Betreffend die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit führte der Gutachter aus, das Problem bei der Arbeit in der Druckerei sei das praktisch ausschliessliche Stehen gewesen. Die letzten Monate habe die Beschwerdeführerin gemäss ihren eigenen Angaben derart verstärkte lumbale Schmerzen gehabt, dass sie im Stehen das linke Bein immer leicht flektiert gehalten habe. Die Arbeitsfähigkeit sei mit 50 % seit Anfang Dezember 2017 zu bewerten, ohne Aussicht auf eine Steigerung (Urk. 7/147/18 f.). In einer adaptierten Beschäftigung sei der Beschwerdeführerin seit Anfang Dezember 2017 ein 80 %-Pensum zumutbar. Die Tätigkeit solle leicht, mit vorwiegend sitzenden Arbeitsabläufen, aufgeteilt in ein Teilpensum vormittags und nachmittags, ohne wiederholt gebückte Arbeitsabläufe und ohne repetitive Heben von Gewichten über 10 kg und ohne Exposition in kaltem feuchtem Milieu sein. Die verbleibenden 20 % der Arbeitsunfähigkeit dienen dazu, regelmässig Pausen einzuhalten (Urk. 7/147/19). 4. 4

Mit Stellungnahme vom 18. Dezember 2019 zuhanden des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin erklärte Dr. B. \_\_\_\_, die Beurteilung durch Dr. A. \_\_\_\_, sei grundsätzlich nachvollziehbar und konsistent. Was hingegen in die Bewertung zu wenig eingehe, sei die Hypermobilität mit einem Beighton - Score von 5-6/9, was wahrscheinlich für die Beschwerdeführerin eine nicht unerhebliche Einschränkung der Ausdauerleistung im Rahmen der Gesamtsymptomatik bedeute. Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit solle eine qualitative und quantitative Einschränkung beinhalten, mit dem Ziel, Belastungen unterhalb der schmerzauslösenden Schwelle zu halten. Bei einer Arbeitsfähigkeit von 80 % mit den genannten Einschränkungen sei in der Gesamtschau bei der Beschwerdeführerin mit stark gestörtem Nachtschlaf und Hypermobilitätssyndrom, Fibromyalgie und chronischem lumbospondylogenen Schmerzsyndrom linksbetont zu

erwarten, dass bei einer quantitativen Belastung von 80 % Anwesenheit am Arbeitsplatz die Belastung deutlich oberhalb der schmerz aus lösenden Schwelle liege . Es sei daher ,  
rein aus Kenntnis der Akten geschätzt, quantitativ eine maximal halbtägige Zumutbarkeit (entsprechend 50 %) zu empfehlen . Die vom Gutachter als optimal angepasste leichte Tätigkeit mit vor wiegend sitzenden Arbeitsabläufen, aufgeteilt in ein Teilpensum (vormittags und nachmittags), ohne wiederholt gebückte Arbeitsabläufe und ohne repetitives Heben von Gewichten über 10 kg ohne Exposition in kalt-feuchtem Milieu , sei korrekt (Urk. 3/5 S. 2 ,  
Urk. 7/162/2, ). 4. 5

Mit Bericht vom 11. September 2020 zuhanden des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin führte Dr. phil. D.\_\_\_\_ aus, die Beschwerdeführerin sei ihr bei einer schwierigen persönlichen und beruflichen Situation zugewiesen worden. Die Beschwerdeführerin habe sie bis zum jetzigen Zeitpunkt drei Mal aufgesucht, erstmals am 9. März, letztmals am 4. August 2020 (Urk. 16 S. 1). Sie fühle sich angesichts der dauernden Schmerzen und der Arbeitslosigkeit motivations- und perspektivlos – «dies fresse einen auf». Als Diagnose nannte Dr. phil. D.\_\_\_\_ eine mittelgradige reaktive Depression aufgrund eines starken Schmerzsyndroms (ICD-10 F32.1). Angesichts des chronischen Verlaufes und der Verschlechterung des Zustandes sei die Beschwerdeführerin trotz ihrer ursprünglich positiven Einstellung nicht mehr arbeitsfähig und solle deshalb unbedingt eine 100%ige Kostengutsprache der Invalidenversicherung erhalten. Es sei in Absprache mit der Beschwerdeführerin eine Behandlung mit Antidepressiva in Erwägung zu ziehen. Diese könn t e n von Dr. med . Richard Walter , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie Rheumatologie, verordnet werden. Die Gesprächstherapie könne auf Wunsch der Beschwerdeführerin einmal monatlich weitergeführt werden (Urk. 16 S. 1). 5. 5.1

Die Beschwerdegegnerin verneinte – dem Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_ folgend – einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin, da sie in einer angepassten Tätigkeit zu 80 % arbeitsfähig sei (Urk. 2 S. 2).

Aus den Akten geht hervor, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwer de führerin seit der letzten Begutachtung im Jahr 2006 durch die MEDAS Z.\_\_\_\_

in somatischer Hinsicht verschlechtert hat. Dr. A.\_\_\_\_

statuierte in seinem Gutachten insbesondere, dass im MRI aus dem Jahr 2006 lediglich eine leichte Dehydratation der Bandscheiben L3/4 und L4/5 festgestellt werden konnte (Urk. 7/98/7, Urk. 7/98/15). Demgegenüber stellte er in seiner Untersu chung vom September 2019 insbesondere linksseitige Fazettengelenksschmerzen bei aktivierter Fazettengelenksarthrose L4/L5 links fest und wies auf die an l ä s s lich der MR-tomographischen Untersuchungen vom 2. März 2018 und 4. April 2019 nachgewiesenen progredienten degenerativen Veränderungen mit aktuell fortgeschrittener Spondylarthrosebildung linksbetont in Höhe von L4/L5

(Urk. 7/147/12

f.) hin . Ferner ist eine deutliche Schmerzexazerbation im Dezem ber 2017 dokumentiert (Urk. 7/147/16). Im Gegensatz zu den Gutachtern der MEDAS Z.\_\_\_\_ sprach Dr. A.\_\_\_\_ auch nicht mehr von einer fehlenden organischen Grundlage der Beschwerden (Urk. 7/98/18), sondern von einer somatisch begründeten Belastbarkeitsverminderung,

bedingt durch die Fibromyalgie und die progredienten Degenerationen der LWS (Urk. 7/147/16).

Damit liegt eine seit der erstmaligen Rentenabweisung wesentliche Änderung vor, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad zu beeinflussen. Der Rentenanspruch ist daher in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen (vgl. E. 1. 4 ). 5.2

Die Beschwerdeführerin stellt sich zunächst auf den Standpunkt, es seien weitere Abklärungen im Sinne einer polydisziplinären Begutachtung in den Bereichen Rheumatologie, Neurologie und Psychiatrie durchzuführen (Urk. 1 S. 8). Diesbezüglich ist zu beachten, dass gemäss Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_ zwar klinische Hinweise auf eine sensorische Narbe der S1-Nervenwurzel links bestehen, welche aber aktuell nicht mit einer anhaltenden

radikulären Symptomatik einhergeht (Urk. 7/147/13). Auch die Behandler der Universitätsklinik F.\_\_\_\_ empfahlen keine weiteren neurologischen Abklärungen, sondern leiteten physiotherapeutische Massnahmen und eine Labordiagnostik aufgrund der persistierenden Müdigkeit ein (Urk. 7/138/3). Dr. B.\_\_\_\_ sprach in seiner Beurteilung des Gutachtens von Dr. A.\_\_\_\_

vom 18. Dezember 2019 ebenfalls nicht von der Notwendigkeit weitergehender neurologischer Untersuchungen (Urk. 3/5, Urk. 7/162).

Mit Bezug auf den psychischen Gesundheitszustand konnten die Gutachter der MEDAS Z.\_\_\_\_ anlässlich ihrer Untersuchung im Jahr 2006 keine gravierende depressive Symptomatik feststellen (Urk. 7/98/16). Anzeichen dafür, dass sich die psychische Situation bis zum Abschluss des Verwaltungsverfahrens verschlechtert hätte, bestehen nicht. Dr. phil. D.\_\_\_\_ diagnostizierte in ihrem Bericht vom 11. September 2020 zwar eine mittelgradige reaktive Depression aufgrund des starken Schmerzsyndroms (Urk. 16 S. 2). Dabei handelt es sich jedoch nicht um eine fachärztliche Beurteilung. Zudem fehlen Angaben zum psychopathologischen Befund, sodass ihre Diagnose nicht nachvollzogen werden kann. Überdies nahm die Beschwerdeführerin die Behandlung bei Dr. phil. D.\_\_\_\_ erst am 9. März 2020 und damit nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 17. Januar 2020 auf, welche rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis bildet (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 mit Hinweisen). Davon abgesehen empfahl auch Dr. phil. D.\_\_\_\_ nicht ausdrücklich eine weitergehende psychiatrische Abklärung oder Behandlung, indem sie erklärte, die Gesprächstherapie könne auf Wunsch der Beschwerdeführerin einmal monatlich weitergeführt werden (Urk. 16 S. 2).

Gegen einen weiteren Abklärungsbedarf hinsichtlich des psychischen Gesundheitszustandes spricht ferner, dass die Beschwerdeführerin gegenüber Dr. A.\_\_\_\_ erwähnte, sie sei psychisch recht stabil, habe früher Depressionen gehabt, was nun aber nicht mehr der Fall sei (Urk. 7/147/8). Sie nehme auch keine Psychopharmaka mehr ein (Urk. 7/147/15). Dass Dr. A.\_\_\_\_ daher nicht mehr von psychischen Faktoren für die Schmerzentwicklung ausging (Urk. 7/147/15), mag zwar eine fachfremde Beurteilung sein, korreliert jedoch mit der übrigen Aktenlage, weshalb darauf abzustellen ist.

Von weiteren medizinischen Abklärungen sind daher keine zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf in antizipierter Beweiswürdigung zu verzichten ist (BGE 124 V 90 E. 4b, 122 V 157 E. 1d, 136 I 229 E. 5.3). 5.3

Das rheumatologische Gutachten

von Dr. A.\_\_\_\_

erfüllt sodann die formalen Anforderungen an den Beweiswert einer Expertise ( vgl. E. 1 . 5 vorstehend ) ohne weiteres, ist es doch für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen der Beschwerdeführerin , berücksichtigt auch die geklagten Beschwerden

und ihr Verhalten

und wurde in Kenntnis

und in Auseinandersetzung mit den

Vorakten (Anamnese) abgegeben.

Darüber hinaus leuchtet es auch in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge sowie in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und enthält nachvollziehbar begründete Schlussfolgerungen.

Daran vermag entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 8) auch der Bericht von Dr. B.\_\_\_\_ nichts zu ändern. Denn dieser beurteilte die Einschätzung von Dr. A.\_\_\_\_ als grundsätzlich nachvollziehbar und konsistent. Weshalb Dr. A.\_\_\_\_ das bestehende Hypermobilitätssyndrom zu wenig in seine Beurteilung einbezogen haben sollte, leuchtet nicht ein. Denn auch Dr. B.\_\_\_\_ beurteilte die dadurch bewirkte Einschränkung der Ausdauerleistung im Rahmen der Gesamtsymptomatik lediglich als wahrscheinlich ( Urk . 3/5 S. 2 , Urk. 7/162/2 ). Überdies ist das Hypermobilitätssyndrom bei der Beschwerdeführerin lediglich mässig ausgeprägt (Urk. 7/147/12). Daher besteht kein Grund, die Schlussfolgerung von Dr. A.\_\_\_\_ , wonach das Hypermobilitätssyndrom keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hat, anzuzweifeln.

Auch der Einwand der Beschwerdeführerin, wonach ein WPI von

## **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

### **E. 6.1**

Die Frage, ob ein psychisches Leiden respektive ein fibromyalgieformes Schmerzsyndrom zu einer Arbeitsunfähigkeit führt, welche auch rechtlich bedeutsam ist,

beurteilt sich

in Nachachtung von

Art. 7 Abs. 2 ATSG grundsätzlich auf der Grundlage eines strukturierten Beweisverfahrens ( Standardindikatorenprüfung ) nach BGE 141 V 281 und BGE 143 V 418

(vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_568/2019 vom 22. November 2019 E. 5.6) . Vorliegend erübrigt sich indessen die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens. Unabhängig davon, ob die Indikatorenprüfung die seitens des Gutachters bescheinigte Arbeitsunfähigkeit von 20 % in einer behinderungsangepassten Tätigkeit bestätigen würde, führt diese Einschränkung nicht zu einem Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente, wie im Folgenden dargelegt wird .

### **E. 6.2**

Die Beschwerdegegnerin ermittelte den Invaliditätsgrad korrekterweise gestützt auf einen Einkommensvergleich. Dabei stützte sie sich für die Berechnung des

Valideneinkommens auf den zuletzt erzielten Lohn bei der G.\_\_\_\_ AG

in einem 80 %-Pensum. Diesen rechnete sie auf ein 100 %-Pensum

hoch

( Fr. 50'400.--, Urk. 7/155/3, Urk. 7/156/1). Für das Invalideneinkommen zog sie zu Recht den Tabellenlohn der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung ( LSE ) 2016 TA1\_tirage\_skill\_level, Kompetenzniveau 1 heran . Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung sowie der betriebsüblichen Arbeitszeit errechnete sie ein Invalideneinkommen von Fr. 44'028.50 in einem zumutbaren 80 %-Pensum (Urk. 7/156/1). Da die Beschwerdeführerin im Vergleich zur massgebenden Branche unterdurchschnittlich verdiente , parallelisierte die Beschwerdegegnerin das Invalideneinkommen richtigerweise bis zum Erheblichkeitsgrenzwert von 5 % (vgl. BGE 135 V 297 E. 6.1.3) der

LSE 2016 (Ziffer 16-18 , Herstellung von Holzwaren und Papier, Druckerzeugnisse ) .

Insgesamt resultiert ein massgebendes Invalideneinkommen von Fr. 41'432. 68

(Urk. 7/156/1 und 3).

Die so ermittelte invaliditätsbedingte Erwerbseinbusse von Fr. 8'967.32 im Jahr 2018 ergibt einen Invaliditätsgrad von 18 %, welcher keinen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung begründet.

Nach dem Gesagten erweist sich die angefochtene Verfügung vom 17. Januar 2020 als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 7.

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis

IVG sind ermessensweise auf Fr. 7 00.-- anzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. 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 Michael Grimmer - 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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin FehrReiber

## **E. 8**

sowie eine Symptomschwere von 5, total

## **E. 13**

einer 80%igen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit entgegenstehe (Urk. 1 S. 8), geht fehl. Dr. A. \_\_\_ legte diesbezüglich insbesondere dar, dass der WPI betreffend die Fibromyalgie über all die Jahre zugenommen hat und die Fibromyalgie im Rahmen der Schmerzverarbeitungsstörung zu einer erhöhten Schmerzperzeption an allen Abschnitten des Bewegungsapparates führt (Urk. 7/147/14). Zudem berücksichtigte er die ausgeprägten Weichteilbeschwerden, kombiniert mit verschiedenen vegetativ unterhaltenden Beschwerden, einem schmerzbedingt schlechten Durchschlaf und konsekutiv erhöhter Müdigkeit (Urk. 7/147/17). Entsprechend schloss er auf eine somatisch begründete, bleibende Belastbarkeitsverminderung, bedingt durch die Fibromyalgie und die zusätzlich progredienten Degenerationen an der LWS (Urk. 7/147/16). Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass die Beschwerdeführerin an ihrem vorherigen Arbeitsplatz praktisch ausschliesslich stehend arbeiten konnte und dies ihre lumbalen Schmerzen verstärkte (Urk. 7/147/18), ist die Einschätzung einer verbleibenden 50%igen Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit schlüssig (Urk. 7/147/19). Hingegen beinhaltet das Belastungsprofil einer adaptierten Tätigkeit unter anderem leichte, vorwiegend sitzende Arbeitsabläufe und zusätzliche Pausen (Urk. 7/147/19). Es ist daher nachvollziehbar, dass die Beschwerdeführerin einer solchen Arbeit in einem höheren Arbeitspensum von 80 % nachgehen kann. Das Belastungsprofil wurde im Übrigen auch von Dr. B. \_\_\_ als korrekt erachtet (Urk. 3/5 S. 2).

Dr. B. \_\_\_ vertrat zwar die Auffassung, der Beschwerdeführerin sei auch eine adaptierte Arbeit lediglich im Umfang von 50 % zumutbar. Er führte jedoch selbst aus, dass er diese Einschätzung rein aufgrund der Kenntnis der Akten abgab. Daher ist sie nicht geeignet, das auf einer ausführlichen Untersuchung beruhende Gutachten zu entkräften. Auch die behandelnde Dr. phil. D. \_\_\_ sah die Beschwerdeführerin als nicht mehr arbeitsfähig an (Urk. 16 S. 2). Allerdings handelt es sich bei ihrer Beurteilung nicht um eine fachärztliche Einschätzung. Weiter ist in Bezug auf Berichte von behandelnden Therapeuten auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc). Eine zurückhaltende Würdigung ist hier insbesondere angezeigt mit Blick auf die Aussage der Psychologin, die Beschwerdeführerin solle unbedingt eine 100%ige Kostengutsprache der Invalidenversicherung erhalten (Urk. 16 S. 2). Dies belegt eine besondere Nähe zur Beschwerdeführerin und schmälert den Beweiswert ihres Berichts, weshalb auch er die gutachterliche Beurteilung

nicht in Zweifel zu ziehen vermag. Im Übrigen ist ein Administrativgutachten ganz grundsätzlich nicht stets dann in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn behandelnde Ärzte zu einem anderen Ergebnis gelangen; vorbehalten

bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil sie wichtige Aspekte be nennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt g eblieben sind (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_119/2020 vom 1 8. Mai 2020 E. 3.2.3 sowie 9C\_338/2015 vom 1 2. November 2015 E. 5.5). Inwiefern solche Aspekte aus den medizinischen Akten hervorgingen, ist weder ersichtlich noch in der Beschwerde rechtsgenüßlich dargetan. 5.4

Zusammenfassend ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit seit dem 27. November 2017 respektive seit Anfang Dezember 2017 noch zu 50 % arbeitsfähig ist, hingegen eine adaptierte Tätigkeit seit diesem Zeitpunkt zu 80 % ausüben kann. 6.

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