

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00154 vom 6. Juni 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-06-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00154

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00154 du 6 juin 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00154 del 6 giugno 2020

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 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 kom menden 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

Invalide oder von einer Invalidität (Art. 8 ATSG) bedrohte Versicherte haben gemäss Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit: a.

diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern; und b.

die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind.

Die Eingliederungsmassnahmen bestehen gemäss Abs. 3 in medizinischen Mass nahmen (lit . a), Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung (lit . a bis), Massnahmen beruflicher Art (Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildung, Umschulung, Arbeitsvermittlung, Kapitalhilfe; lit . b) und in

der Abgabe von Hilfsmitteln (lit . d).

E. 1.3

Versicherte, die seit mindestens sechs Monaten zu mindestens 50 % arbeitsunfä hig (Art. 6 ATSG) sind, haben Anspruch auf Integrationsmassnahmen zur Vorbe reitung auf die berufliche Eingliederung (Integrationsmassnahmen), sofern dadurch die Voraussetzungen für die Durchführung von Massnahmen beruflicher Art geschaffen werden können (Art. 14a Abs. 1 IVG). Als Integrationsmassnah men gelten gemäss Abs. 2 gezielte, auf die berufliche Eingliederung gerichtete Massnahmen zur sozialberuflichen Rehabilitation (lit . a) und Beschäftigungs massnahmen (lit . b). Es geht darum, bei denjenigen Versicherten, die aktuell nicht eingliederungsfähig sind oder deren Eingliederungsfähigkeit verloren zu gehen droht, die Eingliederungsfähigkeit herzustellen oder zu erhalten. Ist aber jemand in

einer anderen zumutbaren Tätigkeit arbeitsfähig, so ist er (in dieser anderen Tätigkeit) bereits eingliederungsfähig; er braucht keine Integrationsmassnahmen mehr, um die Eingliederungsfähigkeit herzustellen. Es gibt keinen Grund, Massnahmen zur Ermöglichung einer beruflichen Eingliederung durchzuführen, wenn auch ohne solche Massnahmen eine berufliche Eingliederung bereits umgesetzt werden kann (BGE 137 V 1 E. 7.2.3 mit Hinweisen).

E. 1.4

Gesetz und Verordnung enthalten keine Vorschriften über die materiellrechtliche Revision von Eingliederungsleistungen wegen einer seit ihrer Zusprechung ein getretenen Veränderung der Verhältnisse. Ebenso wenig ist geregelt, unter welchen Voraussetzungen im Falle einer vorangegangenen Verweigerung von Eingliederungsleistungen ein neues Gesuch entgegenzunehmen und zu prüfen ist. In BGE 105 V 173 hat das Bundesgericht entschieden, dass Eingliederungsleistungen gleich wie Renten und Hilflosenentschädigungen zu behandeln sind und dass demzufolge Art. 17 ATSG sowie die dazugehörigen Verordnungsbestimmungen in analoger Weise auch auf die Revision von Eingliederungsleistungen angewendet werden müssen. Art. 87 Abs.

E. 1.5

Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Leistungsanspruch zu beeinflussen. Insbesondere bildet eine wesentliche Änderung des Gesundheitszustandes einen Revisionsgrund. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Anspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und zur prozessualen Revision (BGE 133 V 108 E. 5.4).

E. 1.6

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

2.

E. 2

Am 4. Februar 2020 erhob die Versicherte Beschwerde gegen die Verfügung vom 6. Januar 2020 (Urk. 2) und beantragte die Aufhebung des angefochtenen Ent scheides und die Zusprache einer Rente und beruflicher Massnahmen (Urk. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 20. März 2020 (Urk. 7) beantragte die Beschwerdegeg nerin die Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführerin am 15. April 2020 unter gleichzeitiger Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 11). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete den angefochtenen Entscheid (Urk. 2) wie folgt: Es seien neue Diagnosen genannt worden. Die ursprüngliche Tätigkeit als Kommissioniererin sei seit je her in einem Pensum von mindestens 80 % zumut bar. Die Therapiemöglichkeiten seien nicht vollständig ausgeschöpft. In einer angepassten körperlich sehr leichten bis selten leichten, nicht repetitiven, wech selbelastenden und auf Arbeitshöhe durchzuführenden Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von mindestens 80 % . Ein Anspruch auf berufliche Massnahmen entstehe nicht; für die Stellensuche bestehe keine Einschränkung (S. 1 f.). Inge samt werde der für eine Rente erforderliche Invaliditätsgrad nicht erreicht. Da die Beschwerdeführerin gesundheitsbedingt nicht bei der Arbeitssuche eingeschränkt sei, bestehe auch kein Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen (Urk.

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin hielt dem entgegen (Urk. 1), ihre gesundheitlichen Einschränkungen seien gravierend und sie sei auf Unterstützung bei der Wieder ein gliederung angewiesen. Die eingereichten Arztberichte seien von der Beschwer degegnerin ignoriert worden. Es sei ihr nicht mehr möglich, als Kom mis sioniere rin zu arbeiten, da die Arbeit körperlich sehr streng und gesundheitlich nicht mehr machbar sei.

E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist, ob seit Erlass der anspruchsverneinenden Verfügung vom 13. Juli 2017 (Urk. 8/97) eine relevante Veränderung eingetroffen ist und nunmehr ein Anspruch auf eine Rente oder Eingliederungsmassnahmen besteht. 3.

E. 3

IVV auszudehnen und diese Bestimmung ebenfalls in analoger Weise auf Eingliede rungsleistungen anzuwenden. Aufgrund d er dortigen Verweisung auf Art. 87 Abs. 2 IVV ist daher, wenn eine Eingliederungsleistung verweigert wurde, eine neue Anmeldung nur zu prüfen, wenn die versicherte Person glaubhaft mac ht (vgl. BGE 130 V 64 E. 5.2, 71 E.

E. 3.1

Die Leistungsabweisung vom 13. Juli 2017 erging gestützt auf das bidisziplinäre Gutachten vom Dr. med. Z. ___, Fachärztin für Innere Medizin, speziell Rheumaerkrankungen (Urk. 8/68), und Prof. Dr. med. A. ___, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie und Psychotherapie, vom 24. Nove mber 2016 (Urk. 8/79).

E. 3.1.1

Dr. Z. ___ stellte in ihrem rheumatologischen Teilgutachten vom 13. Juli 2016 (Urk. 8/68) keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 78 Ziff. 9.1.). Die folgenden, hier verkürzt wiedergegebenen Diagnosen hätten keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 78 Ziff. 9.2): - Nikotin-Abusus - Status nach Drogen-Abusus während

der Adoleszenz, aktuell Cannabis-Konsum - Status nach chronischer Hepatitis C -
ausgedehnte chronische Schmerzen, differentialdiagnostisch paraneoplastische
Beschwerden bei dringendem Verdacht auf ein Bronchuskarzinom

- leichte bis mässige degenerative Veränderungen und mässige Foraminale Tenose C3/C4
links sowie flache Protrusion C6/C7 ohne Kontakt zu neurogenen Strukturen und
extraforaminale Wurzeltaschenzyste C6/C7 links mit kräftiger und symmetrischer
Nackermuskulatur - kongenitale Übergangsanomalie mit partieller Sakralisation von L5
und Neathros beidseits mit altersentsprechend normalen Bandscheiben und
Facettengelenken bei kräftiger und symmetrischer Rückenmuskulatur - Status nach
Arthroskopie des rechten Knies am 28. März 2014 mit medialer Teilmeniskektomie bei
intakten Bändern - beginnende Fingerpolyarthrosen

Aus rheumatologischer Sicht lägen keine Befunde vor, die die Leistungsfähigkeit der
Beschwerdeführerin einschränkten. Das Ausmass und die Dauer ihrer Beschwerden
könnten aus rheumatologischer Sicht nicht erklärt werden, weshalb sie sämtliche Tätigkeit
ausführen könne (S. 80 unten). Die Arbeitsfähigkeit in allen angestammten Tätigkeiten
betrage 100 % (S. 82 unten).

E. 3.1.2

Prof. A. ___ stellte in seinem psychiatrischen Teilgutachten vom 23. November 2016 (Urk.
8/82)

keine psychiatrischen Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 48 lit. E. Ziff.
1). Keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten psychopathologische Faktoren und
Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten (ICD-10 F54) und eine
depressive Episode, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F32.4; S. 48 lit. E. Ziff. 2). Der
Verdacht auf ein Bronchialkarzinom habe sich nicht bestätigt (S. 45 unten). Im Rahmen der
psychosozialen Belastungen (Entlassung und Arbeitslosigkeit, kranke Kinder, finanzielle
Probleme) und den Kränkungsgefühlen nach der Entlassung sei es offensichtlich zu einer
vorübergehenden depressiven Entwicklung gekommen. Gegenwärtig bestehe jedoch keine
Störung der Affektsteuerung mehr. Hinweise auf ein Suchtverhalten fänden sich nicht. Im
Psychostatus und in der Anamnese hätten keine ADHS-typischen Symptome erhoben
werden können (S. 46). Die medikamentöse und multimodale Schmerztherapie sei
unzureichend und es bestehe massives Verbesserungspotential (S. 48 oben).

Aus psychiatrisch-versicherungsmedizinischer Sicht lägen keine psychiatrischen
Störungsbilder mit handicapierenden Fähigkeitsstörungen auf die mittel- und langfristige
Arbeitsfähigkeit vor. Aus psychiatrischer Sicht könne die Beschwerdeführerin alle
körperlichen leidensgerechten Tätigkeiten einer gleichaltrigen Person ausüben. Es habe in
der zuletzt ausgeübten Tätigkeit keine Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht
vorgelegen (S. 49).

E. 3.1.3

Aus bidisziplinärer Sicht bestehe keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit.
Die Beschwerdeführerin könne sämtliche Tätigkeiten, die Frauen ihres Alters üblicherweise
machen könnten, uneingeschränkt ausführen (Urk. 8/79).

E. 3.2

Gestützt auf diese Beurteilung verneinte die Beschwerdegegnerin nach zuvor
durchgeführten Eingliederungsmassnahmen einen weiteren Leistungsanspruch der

Beschwerdeführerin. 4. 4.1

Eine bildgebende Untersuchung der Lendenwirbelsäule vom 8. August 2018 (Urk. 8/131/19) ergab eine osteo- diskale

neuroforaminale Enge bei LWK 4/5 rechts mit Tangierung der Nervenwurzel L4 rechts, Zysten im Spinalkanal und am Eingang des Neuroforamens bei SWK 1, differentialdiagnostisch Ligamentum Flavum / Tarlov Zysten. Eine Reizung der Nervenwurzel S1 rechts sei möglich.

Eine bildgebende Untersuchung der Halswirbelsäule vom 8. August 2018 (Urk. 8/131/18) ergab eine neuroforaminale Enge bei CWK 3/4 und CWK 6/7 links mit Tangierung von C4 und C7 links, Nervenwurzelzysten und im Verlauf seit 2017 keine wesentliche Befundänderung. 4.2

Dr. med. B.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, führte mit Bericht vom 21. August 2018 (Urk. 8/131/30-31) aus, die klinische Untersuchung zeige eine Patientin mit einer ausgeglichenen Wirbelsäulenstatik, einer sehr guten Rumpfmobilität in allen Ebenen ohne jegliche Schmerzprovokation und keine Hinweise für sensomotorische Beeinträchtigungen. Bildgebend sehe man bezüglich der Lendenwirbelsäule ein physiologisches Profil, keine fortgeschrittenen Diskopathien, gegebenenfalls bei L4/5 rechts etwas hypertroph mit möglicher Kompromittierung der L5-Nervenwurzel. Sehr auffallend seien die extreme Schmerzsymptomatik thorakal mit Ausstrahlung nach ventral, die damit verbundene Atemproblematik und die unklare Inkontinenz. Eine mögliche L5-Symptomatik, die aufgrund der Bildgebung gerade noch nachvollziehbar wäre, gebe die Beschwerdeführerin in der Anamnese nicht an. Gegebenenfalls sei eine gynäkologische/urologische Beurteilung sinnvoll. Im Moment sei von diagnostischen Injektionen im Bereich der Lendenwirbelsäule abzusehen (S. 2). 4.3

Lic. phil. C.____, Neuropsychologin, und Dr. med.

D.____, Fachärztin für Neurologie, führten mit Bericht vom 18. September 2018 (Urk. 8/131/20-23) aus, die Beschwerdeführerin berichte, sie sei bei ihrer Geburt aufgrund der um den Hals liegenden Nabelschnur blau angelaufen (Hypoxie) und mit Hilfe einer Saugglocke zur Welt gekommen (S. 2 oben). Es bestehe unter Berücksichtigung der Befunde, der Ergebnisse in den ADHS-Fragebögen sowie der anamnestischen Angaben kein Zweifel am Vorliegen einer primären Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung seit der Kindheit mit Fortbestand im Erwachsenenalter als Folgen einer frühkindlich erworbenen zerebralen Entwicklungsstörung (Hypoxie im Rahmen der Geburt). Unter Berücksichtigung der schul- und berufsanamnestischen Angaben führten die kognitiven Befunde zu relevanten Auswirkungen auf die Alltagsfunktionalität und die Leistungsfähigkeit der Patientin, diese sei dringend auf IV-unterstützte berufliche Reintegrationsmassnahmen angewiesen (S. 2 unten f.). 4.4

Dr. med. E.____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie für Rheumatologie, stellte mit Bericht vom 11. Oktober 2018 (Urk. 8/131/16-17) folgende Diagnosen (S. 1): - chronisch rezidivierendes zervikospondylogenes beziehungsweise zervikoradikuläres Schmerzsyndrom bei neuroforaminale Enge C3/4 und C6/7 links mit Tangierung von C4 und C7 links - chronisch rezidivierendes lumbospondylogenes beziehungsweise lumboradikuläres Schmerzsyndrom links bei - osteo- diskale

neuroforaminaler Enge bei LWK 4/5 rechts mit Tangierung der Nervenwurzel L4 rechts - Facettengelenksarthrose L1 bis S1 beidseits - psychiatrische Diagnosen anamnestisch

Aus rheumatologischer Sicht sei die Beschwerdeführerin aufgrund der jetzigen Schmerzen zu 100 % arbeitsunfähig. 4.5

Mit Bericht vom 6. November 2018 (Urk. 8/131/8-14) stellten med. pract. F.____

und lic. phil. G.____ folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 2.5): - einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10 F90.0) - psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak, Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig Substanzgebrauch (ICD-10 F17.24) - Zustand nach psychische und Verhaltensstörung durch Opioide, abstinent seit 2006 (ICD-10 F11.20) - Zustand nach psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain, abstinent seit 2006 (ICD-10 F15.20) - Verdacht auf chronisches Schmerzsyndrom - Verdacht auf emotional instabile Persönlichkeitsakzentuierung, DD -störung, Borderline -Typ (ICD-10 F60.31) Die Beschwerdeführerin sei seit 2. Mai 2018 bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig (Ziff. 1.3). Der Arbeitsintegration stehe primär eine eingeschränkte kognitive Flexibilität, körperliche Einschränkungen aufgrund der chronischen Schmerzen sowie eine psychische Instabilität und die damit einhergehende geringe Belastbarkeit entgegen. Die Beschwerdeführerin könne aufgrund der Schmerzsymptomatik nicht lange stehen oder sitzen, müsse sich immer wieder bewegen. Es bestehe eine erhöhte Erschöpfbarkeit in Abhängigkeit der Schmerzintensität (Ziff. 2.7). Die Patientin könne nicht lange stehen oder sitzen, es seien keine Rücken- und Nackenbelastungen möglich, keine Überkopf-Tätigkeiten, keine langdauernde, eintönige Haltung. Sie benötige eine möglichst reizarme Umgebung (Ziff. 3.4). 4.6

In seinem Teilgutachten vom 3. Mai 2019 (Urk. 8/138) stellte Dr. med. H.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumaerkrankungen, folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 78): - unspezifische, panvertebrale Rückenschmerzen mit und bei - Chronifizierung und Symptomausweitung - ungenügender Rumpfstabilisation (Haltungsinsuffizienz) - Hohlrundrücken - symmetrischer Übergangsstörung mit Sakralisation von LWK 5 - Diskopathie C6/7 und Nervenwurzelzyste C7 links, unverändert im MRI HWS vom 8. August 2018 - minimale Diskopathie L4/5 und spinale Zysten im MR vom 8. August 2018 - chronifizierte myofasziale Schulter-Nacken-Armschmerzen linksbetont bei - muskulärer Dysbalance Die folgenden Diagnosen hätten keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 78): - Vitamin D-Mangel - latente Hypothyreose - chronischer Nikotinkonsum - Status nach Hepatitis C 2006 - Status nach intravenösem Drogenabusus bis 2003 Die Beschwerdeführerin habe ihre Beschwerden auffallend gravierend und invalidisierend geschildert. Dabei seien die klinischen Befunde allesamt unspezifisch und für sich allein nicht einmal sicher pathologisch. Dennoch sei die Kooperation bei der Untersuchung durchaus zuverlässig gewesen. So habe sich die Beschwerdeführerin auch potentiell schmerzauslösenden belastenden Tests unterzogen. Schmerzhaft Funktionsstörungen hätten jedoch nicht beobachtet werden können. Dennoch seien aufgrund der muskulären Situation Beschwerden durch aus erklärbar. Die Beschwerdeführerin habe jedoch ohne schmerzhaft Entlastungsreaktion während 1 ½ Stunden ruhig sitzen und ihre Heimübungen korrekt ohne Schmerzauslösung demonstrieren können (S. 69). Auch nach 2.5 Stunden Exploration sei sie durchaus aufmerksam gewesen und es habe sich kein Nachlassen der Konzentration beobachten lassen (S. 70).

Objektiv gesehen habe sich aus somatischer Sicht am Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin zwischenzeitlich nichts relevant geändert. Es bestünden wei terhin ausgeprägte muskuläre Defizite. Medizinische und therapeutische Massnahmen schienen geeignet, die Beschwerden zu kontrollieren und zu verbessern. Eine grössere körperliche Leistungsfähigkeit scheine jedoch kaum realistisch. Es seien wohl nicht zu wenige, sondern eher zu viele Massnahmen durchgeführt worden. Vor allem die zahlreichen schmerztherapeutischen Interventionen schienen das somatische Krankheitsverständnis zu verstärken (S. 88). Die Beschwerdeführerin sei von wenig muskelkräftigem Habitus, zeige eine Fehlform der Wirbelsäule und habe muskuläre Defizite. Die Wirbelsäule sei somit vermindert belastbar und reagiere mit Schmerzen, was auch für die Extremitäten und die peripheren Gelenke gelte. Ungünstig seien somit auch repetitive Tätigkeiten, solche in ungünstigen Positionen sowie in der Höhe. Trotz regelmässigen aktiven Therapien, Training und Heimübungen blieben offensichtlich relevante muskuläre Defizite. Dennoch sollte die Beschwerdeführerin persönlich durchaus Ressourcen haben, um ihr Funktionsniveau noch leicht zu verbessern und dann auch aufrecht erhalten zu können. Mit einer viel grösseren Leistungs- und Belastungsfähigkeit sei jedoch kaum mehr zu rechnen (S. 91).

Die Beschwerdeführerin könne die zuletzt ausgeübte Tätigkeit, die mehrheitlich angepasst gewesen sei, auch heute noch ganztags ausüben. Dabei sei aufgrund eines vermehrten Pausenbedarfs von einer Leistungsminderung von 20 % auszugehen, womit eine Arbeitsfähigkeit von 80 % bestehe. Es sei davon auszugehen, dass sich die Arbeitsfähigkeit seit Anfang 2017 nicht verändert habe (S. 92).

Eine der Behinderung optimal angepasste Tätigkeit sei körperlich sehr leicht bis selten leicht, nicht repetitiv, wechselbelastend und auf Arbeitshöhe durchzuführen. Eine solche angepasste Tätigkeit sei vollzeitlich möglich, und es sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin seit 2017 in einer angepassten Tätigkeit immer voll arbeitsfähig gewesen sei (S. 92 unten f.). 4.7

Dr. med. I.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte in seinem psychiatrischen Teilgutachten vom 7. Mai 2019 (Urk. 8/140/1-37) keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Die folgenden Diagnosen hätten keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 27 f.): - Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54) - psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak, Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtiger Substanzgebrauch (ICD-10 F17.24) - Differentialdiagnose: ADHS, rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4) Im Kontext als Kommissioniererin habe das Mini-ICF-APP keine vollständigen, schweren oder mittelgradigen Beeinträchtigungen ergeben. Leicht eingeschränkt sei die Beschwerdeführerin in ihrer Selbstbehauptungsfähigkeit, ansonsten bestehe keine Einschränkung (S. 25 f.). Das Vorliegen eines ADHS habe in der Untersuchungssituation weder bestätigt noch ausgeschlossen werden können. Die Störung sei durch lic. phil. C.____ nachgewiesen worden, eine entsprechende medikamentöse Behandlung finde allerdings nicht statt. Aufgrund dessen seien die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit lediglich aufgrund des ADHS wenig nachvollziehbar (S. 28 unten). Es sei insgesamt von erheblichen Inkonsistenzen und nicht nachweisbarer Plausibilität der geschilderten Beschwerden auszugehen (S. 34). Aufgrund des Fehlens einer psychischen Störung mit Krankheitswert respektive mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit könne keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus rein psychiatrischer Sicht begründet werden. 4.8

In ihrer interdisziplinären Gesamtbeurteilung (Urk. 8/140/38-56) kamen die Gutachter zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht in der angestammten Tätigkeit seit Anfang 2017 mindestens 80 % arbeitsfähig sei. Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe keine Arbeitsunfähigkeit (S. 17 Ziff. 4.7). Eine optimal der Behinderung angepasste, körperlich sehr leichte bis selten leichte, nicht repetitive und wechselbelastende Tätigkeit auf Arbeitshöhe sei aus somatischer Sicht seit Anfang 2017 immer zu 100 % möglich gewesen (S. 18 Ziff. 4.8). 4.9

Dr. med. J.____, Facharzt für Anästhesiologie und für Interventionelle Schmerztherapie, hielt mit Bericht vom 29. Oktober 2019 (Urk. 8/152/1-2) fest, es bestehe eine anhaltende, hartnäckige zervikale Wurzelreizsymptomatik sowie eine anhaltende zervikospondylogene wie auch lumbospondylogene Schmerzkomponente. Die Beschwerdeführerin sei mindestens mittelgradig in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Es sei eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit durchzuführen (S. 2). 5. 5.1

Ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG betrifft Änderungen in den persönlichen Verhältnissen der versicherten Person (BGE 133 V 454 E. 7.1). Dazu gehört namentlich der Gesundheitszustand. Dabei ist nicht die Diagnose massgebend, sondern in erster Linie der psychopathologische Befund und der Schweregrad der Symptomatik. Aus einer anderen Diagnose oder einer unter unterschiedlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus medizinischer Sicht allein kann somit nicht auf eine für den Invaliditätsgrad erhebliche Tatsachenänderung geschlossen werden (Urteil des Bundesgerichts 9C_602/2016 vom 14. Dezember 2016 E. 5.1 mit weiteren Hinweisen).

Auch das Hinzutreten einer neuen Diagnose stellt nicht per se einen Revisionsgrund dar, weil damit das quantitative Element der (erheblichen) Gesundheitsverschlechterung nicht zwingend ausgewiesen ist (BGE 141 V 9 E. 5.2 mit Hinweisen). Massgebend ist einzig, ob bzw. in welchem Ausmass – unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie – den medizinischen Akten eine Verschlechterung der Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit im relevanten Zeitraum entnommen werden kann (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_664/2017 vom 25. Januar 2018 E. 9 und 9C_799/2016 vom 21. März 2017 E. 5.2.1 mit weiteren Hinweisen). 5.2

Bei Erlass der Verfügung vom 13. Juli 2017 lagen im wesentlichen chronische Schmerzen bei leichten bis mässigen Veränderungen der Halswirbelsäule mit kräftiger und symmetrischer Halsmuskulatur, eine angeborene Übergangsanomalie mit partieller Sakralisation von L5 und Neathros mit altersentsprechend normalen Bandscheiben und Facettengelenken und kräftiger und symmetrischer Rückenmuskulatur, ein Status nach Arthroskopie des rechten Knies im Jahr 2014 und beginnende Fingerpolyarthrosen vor, woraus sich nach gutachterlicher Einschätzung keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergab. Da auch keine psychiatrischen Diagnosen feststellbar waren, war von voller Arbeitsfähigkeit auszugehen (vgl. vorstehend E. 3). 5.3

Im Vergleich dazu stellte Dr. H.____, dessen Expertise den beweisrechtlichen Anforderungen (vgl. vorstehend E. 1.6) genügt,

nach sorgfältiger und ausführlicher Befunderhebung aus somatischer Sicht im Wesentlichen unverändert unspezifische, panvertebrale Rückenschmerzen bei unveränderter Diskopathie der Bereiche C6/7 und C7 der Halswirbelsäule sowie einer minimalen Diskopathie L4/5 und spinalen Zysten und chronifizierte myofasziale Schulter-Nacken-Armschmerzen linksbetont bei muskulärer Dysbalance fest.

Kniebeschwerden waren nicht mehr von Relevanz. Dr. H.____ hielt fest, dass die klinischen Befunde alle samt unspezifisch und für sich allein nicht einmal sicher pathologisch seien, wobei aufgrund der muskulären Situation die Beschwerden erklärbar seien. Objektiv gesehen habe sich aus somatischer Sicht am Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin zwischenzeitlich nichts geändert (vgl. vorstehend E. 4.6). Im Gegensatz zu Dr. Z.____ trug Dr. H.____ der Fehlform der Wirbelsäule und den muskulären Defiziten in dem Sinne Rechnung, als er die zuletzt ausgeübte Tätigkeit nicht zu 100, sondern lediglich zu 80 % zumutbar erachtete. Damit nahm er jedoch eine lediglich andere und damit revisionsrechtlich unbeachtliche (vgl. vorstehend E. 1.5) Einschätzung eines unveränderten medizinischen Sachverhalts vor, zumal er ausdrücklich festhielt, dass sich die Arbeitsfähigkeit seit Anfang 2017 nicht verändert habe (vgl. vorstehend E. 4.6).

Der psychiatrische Teilgutachter Dr. I.____ stellte unverändert zu 2017 keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (vorstehend E. 4.7) und hielt fest, es lasse sich einzig in der Selbstbehauptungsfähigkeit eine leichte Einschränkung erheben und es sei insgesamt von erheblichen Inkonsistenzen und nicht nachweisbarer Plausibilität der geschilderten Beschwerden auszugehen. Zu Recht wies Dr. I.____ darauf hin, dass bei fehlender Behandlung die Relevanz des ADHS auf die Arbeitsfähigkeit wenig nachvollziehbar sei. Dem ist beizufügen, dass die Beschwerdeführerin trotz dieser Diagnose von 2006 bis 2014 an der gleichen Arbeitsstelle tätig sein konnte (vgl. Urk. 8/44/1 Ziff. 2.1), womit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht von einer infolge dieser Diagnose relevanten Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit auszugehen ist. 5.4

Aus den Berichten der behandelnden Ärzte ist demgegenüber nicht auf eine anspruchrelevante Veränderung der Arbeitsfähigkeit zu schliessen. Ganz grundsätzlich stehen diese in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person und haben sich zudem in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren. Ihre Berichte verfolgen daher nicht den Zweck einer abschliessenden Entscheidung über die Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes und erfüllen deshalb kaum je die materiellen Anforderungen an ein Gutachten gemäss BGE 125 V 351 E. 3a. Aus diesen Gründen und aufgrund der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte – beziehungsweise regelmässig behandelnde Spezialärzte (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 551/06 vom 2. April 2007 E. 4.2) – mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, kommt im Streitfall ein direktes Abstellen einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte nur selten in Frage (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_1055/2010 vom 17. Februar 2011 E. 4.1). 5.5

Nebst diesen Kriterien ist darauf hinzuweisen, dass, wie Dr. I.____ festhielt, dem Bericht von Dr. D.____ und lic. phil. C.____ (vgl. vorstehend E. 4.3) keine relevanten Angaben zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu entnehmen sind. Dass die kognitiven Befunde «relevante» Auswirkungen auf die Alltagsfunktionalität und die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin hätten, ist zu ungenau, als dass entscheidungswesentlich darauf abgestellt werden könnte.

Auch Dr. E.____ (vorstehend E. 4.4) hielt in pauschaler und damit nicht genügend begründeter Weise fest, die Beschwerdeführerin sei aufgrund der Schmerzen zu 100 % arbeitsunfähig. Eine substantiierte Auseinandersetzung mit den Anforderungen in der bisherigen Tätigkeit oder mit der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit fehlt und es ist davon auszugehen, dass Dr. E.____ seine Einschätzung im Wesentlichen auf die anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin stützte, zumal sein Bericht keine eigene

Befunderhebung enthält . Dies gilt auch für die Angaben von Dr. J.____ , der einzig von einer «mindestens mittelgradigen» Beeinträchtigung ausging (vorstehend E. 4.8). Demgegenüber wies Dr. B.____

in Übereinstimmung mit Dr. H.____

auf eine ausgeglichene Wirbelsäulenstatik, eine sehr gute Rumpfmobilität in allen Ebenen ohne jegliche Schmerzprovokation und keine Hinweise für sensomotorische Beeinträchtigung hin (vgl. vorstehend E. 4.2).

Med. pract

F.____

und lic. phil. G.____ stützten ihre Einschätzung (vorstehend E. 4.5), wonach die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsunfähig sei, auch auf somatische Befunde, was nicht in ihre Beurteilungskompetenz fällt. Nebst diesem Umstand kann mangels psychiatrisch-fachärztlicher Qualifikation ohnehin nicht auf ihren Bericht abgestellt werden. Rechtsprechungsgemäss sind für die verlässliche Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes und seiner Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit in der Regel psychiatrische Fachärzte beizuziehen (BGE 130 V 352 E. 2.2.3; Urteil des Bundesgerichts 8C_989/2010 vom 16. Februar 2011 E. 4.4.2 mit weiteren Hinweisen; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C_880/2015 vom 30. März 2016 E. 4.2.4).

5.6

Somit ist nach dem Gesagten von einer unveränderten Arbeitsfähigkeit in der angestammten und jeder anderen geeigneten Tätigkeit auszugehen und ein Revisionsgrund zu verneinen. Damit besteht weder ein Renten- noch ein Eingliederungsanspruch. Selbst wenn, wie von Dr. H.____ postuliert, von einer nun lediglich 80%igen Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit auszugehen wäre, bestünde aufgrund der vollen Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten kein Anspruch auf Integrationsmassnahmen. Bei dieser Sachlage ist rechtsprechungsgemäss von einer selbständigen Umsetzbarkeit der beruflichen Eingliederung auszugehen (vgl. vorstehend E. 1.3).

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

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 700.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

Die Beschwerdeführerin ist auf § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hinzuweisen, wonach sie zur Nachzahlung der Auslagen für die Vertretung verpflichtet werden kann, sofern sie dazu in der Lage ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt , zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.____ - 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. Juli bis und mit dem 1. August sowie vom 1. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Mosimann Lienhard

E. 7

S. 2).

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