

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00252 vom 5. Januar 2021**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-01-05, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2020.00252](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00252)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00252 du 5 janvier 2021

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00252 del 5 gennaio 2021

## **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 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**

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 145 V 215 E. 5.1, 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 und 7, Änderung der Rechtsprechung; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere Depressionen).

Das strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C\_590/2017 vom 15.

Februar 2018 E. 5.1). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) - Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4).

### **E. 1.3**

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente ( Art. 28 Abs.

### **E. 1.4**

Sowohl bei der erstmaligen Prüfung des Rentenanspruchs als auch bei der Rentenrevision und im Neuanmeldungsverfahren ist die Methode der Invaliditätsbemessung ( Art. 28a IVG) zu bestimmen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 117 V 198 E. 3b).

Die für die Methodenwahl (Einkommensvergleich, gemischte Methode, Betätigungsvergleich) entscheidende Statusfrage, nämlich ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist, beurteilt sich danach, was die Person bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. Entscheidend ist somit nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch erwerbstätig wäre. Bei im Haushalt tätigen Versicherten im Besonderen sind die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen. Massgebend sind die Verhältnisse, wie sie sich bis zum Erlass der Verwaltungsverfügung entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-)Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich ist (BGE 144 I 28 E. 2.3, 141 V 15 E. 3.1, 137 V 334 E. 3.2, 125 V 146 E. 2c, 117 V 194 E. 3b).

Die Beantwortung der Statusfrage erfordert zwangsläufig eine hypothetische Beurteilung, die auch die hypothetischen Willensentscheidungen der versicherten Person zu berücksichtigen hat. Diese Entscheidungen sind als innere Tatsachen wesensmässig einer direkten Beweisführung nicht zugänglich und müssen in der Regel aus äusseren Indizien erschlossen werden (vgl. BGE 144 I 28 E. 2.4).

### **E. 1.5**

Bei einer hypothetisch im Gesundheitsfall lediglich teilerwerbstätigen versicherten Person ohne Aufgabenbereich im Sinne von Art.

27 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) bemisst sich die Invalidität rechtsprechungsgemäss nach der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs oder einer Untervariante (Schätzungs- oder Prozentvergleich, ausserordentliches Bemessungsverfahren) davon. Dabei ist das Valideneinkommen nach Massgabe der ohne Gesundheitsschaden ausgeübten Teilerwerbstätigkeit festzulegen, wobei entscheidend ist, was die versicherte Person als Gesunde tatsächlich an Einkommen erzielen würde, und nicht, was sie bestenfalls verdienen könnte. Wäre sie gesundheitlich in der Lage, voll erwerbstätig zu sein, reduziert sie aber das Arbeitspensum, um mehr Freizeit zu haben, hat dafür nicht die Invalidenversicherung einzustehen. Das Invalideneinkommen bestimmt sich entsprechend den gesetzlichen Vorgaben danach, was die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und Durchführung allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte. Dabei kann das – ärztlich festzulegende – Arbeitspensum unter Umständen grösser sein als das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung geleistete (BGE 131 V 51 E. 5.1.2; wiedergegeben in BGE 142 V 290 E. 5).

In Präzisierung dieser Rechtsprechung hat das Bundesgericht in BGE 142 V 290 entschieden, dass bei teilerwerbstätigen Versicherten ohne Aufgabenbereich die anhand der Einkommensvergleichsmethode zu ermittelnde Einschränkung im (allein versicherten) erwerblichen Bereich proportional – im Umfang der hypothetischen Teilerwerbstätigkeit – zu berücksichtigen ist (E. 7.3).

### **E. 1.6**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

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).

## **E. 2**

IVG).

### **E. 2.1**

Die Beschwerdeführerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, gestützt auf das eingeholte Gutachten bestehe in näher umschriebener, angepasster Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 80 % (S. 2 oben). Die Beschwerdeführerin habe die Ausbildung als kaufmännische Angestellte absolviert und ihre angestammte Tätigkeit zuletzt in einem 80 %-Pensum ausgeübt. Aufgrund der vorliegenden Befunde sei es ihr zumutbar, die angestammte Tätigkeit im bisherigen Ausmass weiterhin auszuüben, womit kein Anspruch auf eine Invalidenrente bestehe (S. 2 oben).

### **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), im Gutachten bestünden Ungereimtheiten, weshalb diese sich den Kriterien einer beweiskräftigen Entscheidungsgrundlage nicht zu genügen vermöge. Im psychiatrischen (Teil-) Gutachten werde von einer Arbeitsfähigkeit von sechs Stunden pro Tag ausgegangen und im interdisziplinären Konsens von 80 % (S. 7 f.). Ebenso hätten sich die Gutachter ungenügend mit den Berichten der beruflichen Abklärungsstelle auseinandergesetzt und es sei trotz mehrfachem Hinweis der behandelnden Rheumatologin keine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) durchgeführt worden (S. 8 ff.).

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente.

### **E. 3.1**

PD Dr. med. Z.\_\_\_\_, Spezialarzt für Orthopädische Chirurgie, insbesondere Wirbelsäulen-Chirurgie, berichtete am 9. Juli 2007

### **E. 3.2**

Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, speziell Rheumatologie, nannte in seinem Bericht vom 23. November 2007 (Urk. 7/11/10-11) als Diagnosen Zweisegment-Diskopathien mit Diskushernie L5/S1 und rechtsseitiger Lyse L5/S1 bei Irritation der Nervenwurzel L5 rechts und einer

Anterolisthese

Meyerding Grad I L5/S1 (S. 1 Ziff. 2). In der angestammten Tätigkeit als Flight Attendant bestehe keine Arbeitsfähigkeit mehr. Nach durchgeführter Rekonvaleszenz und Physiotherapie mit beruflicher Umstellung in eine rüchenschonende Tätigkeit ohne repetitives vornübergebückt sein respektive repetitives Gewicht heben über 50 kg beziehungsweise Wechsel zwischen sitzender und stehender Position sei eine volle Erwerbstätigkeit möglich (S. 1 unten).

### **E. 3.3**

Zum Einwand der fehlenden Durchführung einer EFL (Urk. 1 S. 10) ist festzuhalten, dass bei zuverlässiger ärztlicher Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in der Regel keine Notwendigkeit besteht, die Rechtsfrage der Erwerbsunfähigkeit durch eine EFL zu überprüfen. Ausnahmsweise kann eine solche erforderlich sein, wenn mehrere involvierte Ärzte eine solche angesichts eines multiplen und schwierig einzuschätzenden Krankheitsbildes ausdrücklich befürworten (Urteil des Bundesgerichts 8C\_711/2016 vom

1 5. Dezember 2016 E. 3.5 mit Hinweisen).

Der ortho pädische Gutachter erachtete eine solche – im Unterschied zur behandelnden Rheumatologin Dr. D.\_\_\_\_ – für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht als notwendig, ansonsten er eine solche empfohlen beziehungsweise veranlasst hätte. Auch sonst sind keine Umstände für die Notwendigkeit einer EFL

ersicht lich , da hier im Wesentlichen ein Rückenleiden vorliegt und keine multiplen körperlichen Einschränkungen. 4.3.4

Schliesslich stösst auch der Vorwurf der fehlenden Auseinandersetzung des orthopädischen Gutachters mit der anderslautenden Beurteilung der behandelnden Fachärztin (Urk. 1 S. 9 f.) ins L eere. Dr. F.\_\_\_\_ nahm seine Einschätzung in Kenntnis der gesamten medizinischen Aktenlage vor und ging auch auf die Berichte von Dr. D.\_\_\_\_ ein (Urk. 7/145 S. 3 und 9). Darüber hinaus konnte die behandelnde Rheumatologin an seiner klinischen Untersuchung nichts bemängeln (vgl. vorstehend E. 3.11). Ihre anderslautende Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit ist daher mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung zu ihrer Patientin eher zurückhaltend zu würdigen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc). Zudem ist ein nach Art.

44 ATSG eingeholtes Administrativgutachten 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 benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. statt vieler SVR 2017 IV Nr. 49 S. 148; Urteil des Bundesgerichts 9C\_119/2020 vom 18. Mai 2010 E. 3.2.3). Nach dem Gesagten sowie mit Blick auf die Beurteilung des RAD (vgl. vorstehend E. 3.12) vermag Dr. D.\_\_\_\_

indes keine solche neuen Aspekte aufzuzeigen.

Insoweit die zeitlich nach dem bidisziplinären Gutachten erstellten somatischen Berichte auf eine zunehmende lumboradikuläre Reizproblematik hinweisen und damit auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes schliessen lassen könnten , ist festzuhalten, dass die Oberärztin der Klinik J.\_\_\_\_ von fehlenden neurologischen Defiziten und minimaler Analgesie im Alltag berichtet und lediglich konservative Massnahmen empfiehlt (vgl. vorstehend E. 3.1 3 ), womit (noch) keine versicherungsrechtliche wesentliche Änderung des Gesundheitszustandes gegenüber dem Zustand anlässlich der Begutachtung eingetreten ist. 4.4

Zusammenfassend kann auf das bidisziplinäre

Gutachten vom 20. Juni sowie 16. Juli 2019 (vgl. vorstehend E. 3.9) abgestellt werden. Unter Berücksichtigung des Belastungsprofils ist damit zumindest in einer behinderungsangepassten Tätigkeit von einer 70 %igen Arbeitsfähigkeit auszugehen. 5. 5.1

Aus den Akten geht hervor, dass die Beschwerdeführerin nach zuvor ausgeübten diversen unterjährigen

Beschäftigungen im Bereich Tourismus, Freizeit und Sport sowie Transport (vgl. Auszug aus dem individuellen Konto, IK-Auszug Urk. 7/6), von August 2002 bis November 2005 als Flight Attendant bei der L.\_\_\_\_

AG gearbeitet hatte. Ab Januar 2005 und damit noch vor dem aktenkundig medizinisch ausgewiesenen Gesundheitsschaden war sie

in einem Beschäftigungsgrad von 70 % angestellt (Urk. 7/18/2.9; Ziff. 2.11), wobei aus dem IK-Auszug und den Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin hervorgeht, dass die Beschwerdeführerin auch davor nicht immer in einem Vollzeitpensum gearbeitet hatte. Hernach arbeitete die Beschwerdeführerin drei Monate lang (Mai bis August 2007) im Check-in für die M.\_\_\_\_, wo ihr in der Probezeit gekündigt wurde (Urk. 7/23). Ab 1. Oktober 2007 war sie in einem anfänglichen 65%-Pensum und ab Januar 2008 in einem solchen von 80 % bei der N.\_\_\_\_ GmbH als Allrounderin (Rezeption und im Check-in) bis zirka Ende 2010 tätig gewesen (Urk. 7/16; Urk. 7/161 S. 31). Hernach folgten saisonale Teilzeitanstellungen als Bademeisterin für die Jahre 2010-2013 und für drei Monate im Jahr 2015. Schliesslich war sie von Februar bis November 2016 als Telefonistin bei der O.\_\_\_\_ GmbH in einem Pensum von zirka 20-60 % auf Abruf im Stundenlohn angestellt gewesen (Urk. 7/161 S. 31 f.).

Gestützt auf die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin nach abgeschlossener KV-Lehre keine Tätigkeiten gemäss ihrer Ausbildung ausgeübt hatte, ihre Erwerbsbiografie mit vielen, noch vor Eintritt des medizinisch ausgewiesenen Gesundheitsschadens ausgeübten Teilzeitarbeitsstellen sowie den Umstand, dass sie den wiederholten Verlust ihrer Arbeitsstellen mit dem Rückenleiden und auch ihrer Beziehung begründete (Urk. 7/161 S. 32), ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin sie als zu 80% Erwerbstätige ohne Aufgabenbereich qualifiziert hat. Es ist überwiegend wahrscheinlich, dass die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall auch heute kein volles Erwerbspensum inne hätte.

Freizeitbeschäftigungen, wie sie die Beschwerdeführerin in der neben dem erwerblichen Pensum verbleibenden Zeit ausüben würde, sind

invalidenversicherungsrechtlich unbeachtlich und stellen keinen Aufgabenbereich im Sinne von Art. 27 IVV dar. Dass sie die aus der Pensumsreduktion gewonnene Zeit im Wesentlichen für den Haushalt nutzt, wird von der Beschwerdeführerin sodann nicht behauptet (vgl. dazu: BGE 141 V 15 E. 4.4). Auch führt die alleine lebende Beschwerdeführerin weder Haushaltstätigkeiten im Rahmen einer vereinbarten Aufgabenteilung für eine andere Person aus, noch hat sie gemäss Aktenlage irgendwelche Pflegeaufgaben für Kinder oder Verwandte. Entsprechend gilt sie für die Invaliditätsbemessung als Teilerwerbstätige ohne Aufgabenbereich (vgl. zum Aufgabenbereich auch Urteile des Bundesgerichts 9C\_5 22/2019 vom 30. Oktober 2019 E. 6 und 9C\_615/2016 E.

5). 5.2

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2, 128 V 29 E. 1). 5.3

Aufgrund des beruflichen Werdegangs der Beschwerdeführerin bietet der IK - Auszug keine verlässliche Grundlage für die Ermittlung des Valideneinkommens. Vielmehr erscheint es dabei zugunsten der Beschwerdeführerin angezeigt, sowohl das Validen- als auch das Invalideneinkommen anhand statistischer Durchschnittswerte zu ermitteln, zumal sie ihre ursprünglich gelernte Tätigkeit als kaufmännische Angestellte weiterhin ausüben kann. Sind indessen Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom gleichen Tabellenlohn zu berechnen, erübrigt sich deren genaue Ermittlung. Diesfalls entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn. Dies stellt keinen «Prozentvergleich» dar, sondern eine rein rechnerische Vereinfachung dar (Urteil des Bundesgerichts 8C\_148/2017 vom 19. Juni 2017 E. 4 unter Hinweis auf Urteil 9C\_675/2016 vom 18. April 2017 E.

3.2.1) . 5.4

Vorliegend ist erstellt, dass die Beschwerdeführerin ohne Gesundheitsschaden einer Erwerbstätigkeit in einem 80 %-Pensum nachgehen würde (vgl. vorstehend E. 5.1). Für die Ermittlung des Invaliditätsgrades sind daher die Prozentzahlen gegenüberzustellen. 5.5

Bei teilerwerbstätigen Versicherten ohne Aufgabenbereich ist die anhand der Einkommensvergleichsmethode (Art. 16 ATSG) zu ermittelnde Einschränkung im allein versicherten erwerblichen Bereich proportional – im Umfang der hypothetischen Teilerwerbstätigkeit – zu berücksichtigen (vgl. dazu E. 1.5). Der Invaliditätsgrad entspricht der proportionalen Einschränkung im erwerblichen Bereich. Da die Beschwerdeführerin vorliegend ohne gesundheitliche Einbusse zu 80 % erwerbstätig und gesundheitlich bedingt nur 70 % erwerbsfähig ist, ergibt sich für den Erwerbsbereich zunächst eine Einbusse von 30 %; diese ist proportional zu gewichten (d.h. auf das hypothetische Erwerbspensum von 80 % zu beziehen), woraus ein massgebender rentenausschliessender Invaliditätsgrad von rund 24 % resultiert.

Selbst unter Annahme eines leidensbedingten Abzugs von

#### **E. 3.4**

Die Beschwerdeführerin wurde am 9. November 2017 neurologisch untersucht. PD Dr. med. B.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, nannte in ihrem Bericht vom 10. November 2017 (Urk. 7/56/4-5) die folgenden Diagnosen (S. 1): - ischämische Lyse L5 rechts mit Vorschub Halswirbelkörper (HWK) 5 über S1 ca. 3 mm - Diskusprotrusion L4/5 und L5/S1. Sie führte aus, bei der Beschwerdeführerin zeige sich seit Sommer 2017 (Juli und August) eine rezidivierende Lumbago mit Schmerzzunahme der bekannten Lumbalgien mit links lateral ausstrahlenden Lumboglutealgien ohne sensomotorische Defizite bei erhaltener Blasen-Mastdarm-Funktion (S. 2 oben). Die neurologische Untersuchung zeige symmetrisch erhaltene Muskelleigenreflexe in den oberen Extremitäten und in den unteren Extremitäten bezüglich des Patellarsehnenreflexes beidseits ohne Anzeichen einer Hyperreflexie oder pathologischer Reflexe. Die Muskelkraft sei symmetrisch an den oberen und unteren Extremitäten ohne

radikulär zuzuordnende Sensibilitätsdefizite. Die neurophysiologische Untersuchung zeige elektromyographisch keine Anhaltspunkte für eine Radikulopathie. Es zeige sich eine leichte Polyphasie L4 bis S1 links, jedoch ohne eine pathologische Spontanaktivität, welche kompatibel mit einer Wurzelschädigung wäre (S. 2 Mitte).

#### **E. 3.5**

Mit Bericht vom 19. Dezember 2017 (Urk. 7/48) diagnostizierte der die Beschwerdeführerin seit dem 20. November 2017 behandelnde Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, eine leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) und ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit/bei isthmischer Lyse L5/S1 und Diskusprotrusion L4/5 und L5/1 (Ziff. 1.1 f.). Er führte aus, anamnestisch schildere die Beschwerdeführerin chronische Rückenschmerzen lumbal seit dem 17. Lebensjahr mit regelmässigem Schmerzmittelgebrauch.

Sie habe alle ihre Stellen infolge der Rücken schmerzen aufgeben müssen . Seit August 2017 bestehe eine zunehmende depressive Entwicklung bei unklaren beruflichen Perspektiven und Rückenschmerzen ( Ziff. 1.4 ).

Aus psychiatrischer Sicht bestehe in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit im kauf männischen Bereich seit 4. Dezember 2017 bis vorerst 1. Januar 2018 eine voll ständige Arbeitsunfähigkeit, wobei im Verlauf mit einer vollen Arbeitsfähigkeit zu rechnen sei (Ziff. 1.6).

### **E. 3.6**

Dr. med. D.\_\_\_\_, Fachärztin für Rheumatologie, berichtete am 11. April 2018 der Beschwerdegegnerin (Urk. 7/60). Sie nannte als Diagnose n mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches lumbovertebrales, teils lumbospondylogenes Schmerzsyndrom links bei bekannter isthmischer Lyse L5 rechts mit Vorschub L5 gegen S1 ca. 3mm, eine Diskusprotrusion L4/5 und L5/S1 ohne Neurokompressionshinweise und mit fehlenden Anhaltspunkten für eine Radikulopathie, eine Fehlhaltung sowie eine muskuläre Insuffizienz bei Hypermobilität (Ziff. 2.5).

Die Beschwerdeführerin leide bereits seit dem 17. Altersjahr nach einer abdominalen Operation an tieflumbalen Beschwerden, aktuell linksseitig mit diffuser Ausstrahlung in den Oberschenkel- respektive Unterschenkel- Hinterbereich bis etwa Mitte Unterschenkel. Eine MRI-Untersuchung habe zwar Segmentdegenerationen im unteren Lendenwirbelsäulen (LWS)-Abschnitt aufgezeigt, jedoch keine neurokompressiven Hinweise dargestellt. Eine elektrophysiologische Abklärung sei zudem unauffällig gewesen (Ziff. 2.1). Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit erachte sie eine zumindest 50%ige Arbeitsfähigkeit in Wechselbelastung als realistisch, wobei einer Eingliederung psychosoziale Belastungsfaktoren im Wege stünden. Allenfalls empfehle sie eine Abklärung im Sinne einer EFL (Ziff. 2.7; Ziff. 4.4).

### **E. 3.7**

Der Wirbelsäulenuntersuch vom 15. Oktober 2018 in der Universitätsklinik E.\_\_\_\_ ergab eine Lumbalgie bei isthmischer Spondylolisthese L5/S1 Meyerding Grad 1 und die Ärzte erachteten nur bei therapierefraktärer Lumbalgie und entsprechend hohem Leidensdruck eine Indikation zur dorsalen Spondylodese für angezeigt. Da die Physiotherapie ein sehr gutes Ansprechen mit zumindest temporär beschwerdefreier Beschwerdeführerin gezeigt habe, sei diese zu intensivieren (Bericht vom 25. Oktober 2018, Urk. 7/102).

### **E. 3.8**

Dr. D.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E. 3.6) qualifizierte in ihrem Bericht vom 12. November 2018 (Urk. 7/106) bei bekannten Diagnosen (Ziff. 1.2) das Leiden der Beschwerdeführerin als chronisch und erachtete sie bei verschlechterter Situation als vollständig arbeitsunfähig (Ziff. 1.3; Ziff. 4.1). Rein theoretisch bestehe eine Belastbarkeit für Massnahmen der

Wiedereingliederung im Umfang von mindestens zwei Stunden, wofür allenfalls eine EFL notwendig wäre (Ziff. 4.2).

### **E. 3.9.1**

Die Beschwerdegegerin veranlasste am 27. Dezember 2018 ein bidisziplinäres Gutachten in den Disziplinen Orthopädie und Psychiatrie (Urk. 7/115).

### **E. 3.9.2**

Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie und Orthopädie, erstattete am 20. Juni 2019 ein orthopädisches Gutachten (Urk. 7/145).

Gestützt auf die Akten und die am 21. Februar 2019 erfolgte Untersuchung nannte er die folgenden Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 8): - a ausgeprägtes, chronisches, lumbovertebrales, teils lumbospondylogenes Schmerzsyndrom links mit - isthmischer Spondylolyse L5 rechts - Diskusprotrusion L4/5 und L5/S1 mit rezessaler Stenose - ausgeprägte r

Hyperlaxität und Hypermobilität mit entsprechender Fehlhaltung sowie muskulärer Insuffizienz - deutliche r Progredienz der Bandscheibendegeneration mit erkennbarer Instabilität im Verlauf von Mitte 2007 bis zur letztmaligen Untersuchung vom 15. Oktober 2018 in der Universitätsklinik E.\_\_\_\_ Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte er einen Status nach Jochbogenfraktur links vor zirka 20 Jahren sowie unspezifische Kniebeschwerden beidseits im Sinne einer

Chondropathia

patellae beidseits aufgrund Muskeldysbalancen mit einhergehender Patella-Instabilität rechts mehr als links (S. 8 unten). Die Beschwerdeführerin klagt seit ihrem 17. Lebensjahr kontinuierlich über lumbale Rückenbeschwerden und Schmerzen verschiedenen Ausmasses. Diese lumbalen Rückenbeschwerden hätten sich in den letzten Jahren so gesteigert, dass die Beschwerdeführerin nachvollziehbar die in verschiedenen Tätigkeiten geforderten Arbeitsleistungen nicht habe erbringen beziehungsweise nur teilweise kompensieren können. Zusätzlich bestehe sicherlich eine psychiatrische Symptomatik, weshalb hier auf das psychiatrische Hauptgutachten verwiesen werde (S. 8 f.).

Die kernspintomographischen und radiologischen Befunde und Berichte sowie die angefertigten Kernspintomographien der lumbalen Wirbelsäule, beginnend vom 25. Juni 2007 bis letztmalig zum 15. Oktober 2018, zeigten eine Verschlechterung des degenerativen lumbalen Wirbelsäulenleidens im Sinne eines oben genannten chronischen lumbovertebralen, teils lumbospondylogenen Schmerzsyndroms, hauptsächlich links. Die morphologischen Veränderungen seien eindeutig nachweisbar im Sinne einer Protrusion beziehungsweise einer intermittierenden Nervenwurzelkompression auf der linken Seite bei erkennbarer Spondylolyse (S. 9). Hinsichtlich Arbeitsfähigkeit sei die Beschwerdeführerin aus orthopädisch-optischer Sicht in der Lage, leichte und gelegentlich mit teilschwere Arbeiten, möglichst wechselbelastend und ohne Zwangshaltung für die Wirbelsäule und die Kniegelenke, auszuüben. Zu meiden seien Arbeiten in Zwangshaltung wie vorne übergeneigt stehend. Langfristiges Stehen und Sitzen sollte mit maximal 45 Minuten limitiert bleiben. Zu meiden seien Arbeiten mit repetitiven Bewegungsanforderungen an den Rumpf, mit statischer Beanspruchung der Kniegelenke wie Knien, Hocken, Kauern. Auch keine Tätigkeiten, welche mit eventueller Unfallgefährdung einhergehen. Arbeiten auf Leitern und Gerüsten sollten unterbleiben. Häufiges Bücken und Arbeiten in

vorgeneigter Körper position sollte n ebenfalls nicht gefordert werden. Das Heben, Tragen und Bewegen von Lasten sei mit maximal 15 kg körperrnah limitiert (S. 10 Mitte). Damit sei in der angestammten Tätigkeit beziehungsweise im erlernten Beruf als Kauffrau eine Arbeitsfähigkeit von maximal 50 % gegeben. In einer dem Leiden optimal angepassten Tätigkeit, das heisst mit ausreichenden Pausen sowie Möglichkeiten der Lageveränderungen, z.B. kurzfristige s Hinlegen von zirka 20 Minuten oder weitere Entspannungsmöglichkeiten, bestehe eine Arbeitsfähigkeit in Höhe von 80 % . Es sei allerdings fraglich, ob eine Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt ohne operative Massnahmen bei der noch relativ jungen Versicherten und der bestehenden Hypermobilität möglich sein werde (S. 10 unten).

### **E. 3.9.3**

Am 8. Juli 2019 (Urk. 7/157) präzisierte Dr. F.\_\_\_\_ auf Rückfragen, dass die Einschätzungen hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit aus orthopädischer Sicht in der bisherigen und einer angepassten Tätigkeit ab der erneuten IV-Anmeldung vom 7. Dezember 2017 gälten. In einer dem Leiden optimal angepassten Tätigkeit, das heisst mit ausreichenden Pausen sowie Möglichkeiten der Lageveränderungen, z.B. kurzfristiges Hinlegen von zirka 20 Minuten oder weitere Entspannungsmöglichkeiten, bestehe eine Arbeitsfähigkeit in Höhe von 80% (S. 3). Zuvor sei auf die dokumentierten Arbeitsunfähigkeiten abzustellen, welche nachvollziehbar und gerechtfertigt seien (S. 2).

### **E. 3.9.4**

Dr. med. G.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erstatte te gestützt auf die ihm überlassenen Akten, eine Anamnese und seine am 2. Mai 2019 durchgeführte Untersuchung sowie eine von

Dr. sc. Hum. Dipl.-Psych. H.\_\_\_\_ am 2. Juni 2019 erhobene neuropsychologische Untersuchung (vgl. nachstehend E. 3.9.5 ) am 16. Juli 2019 ein psychiatrisches Gutachten (Urk. 7/161/1-61). Er nannte als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Aufmerksamkeitsdefizits-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Erwachsenenalter (ICD-10 F90.0) mit mittel schweren Einbussen bei der Aufmerksamkeit (S. 44 Ziff. 6.1). Als Diagnose ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine Angst und depressive Störung gemischt (ICD-10 F41.2), Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung im Sinne von emotional instabil akzentuierten Persönlichkeitszügen sowie abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle, Trichotillomanie (ICD-10 F63.3; S. 44 f. Ziff. 6.2).

Der Gutachter führte aus, im objektiven psychopathologischen Befund in Anlehnung an die AMDP-Richtlinien anlässlich der Untersuchung vom 2. Mai 2019 sei eine phasenweise gedrückte, dysphorische Stimmung ohne durchgehende Depression aufgefallen. Bei der Exploration von traumatischen Ereignissen sei eine emotionale Labilität zu beobachten gewesen. Inhaltlich sei die Beschwerdeführerin auf diffuse Schmerzen eingeeengt. Auffallend sei eine ausgeprägte Tendenz zur Selbstbeobachtung körperlicher Vorgänge im Sinne einer Aufmerksamkeitsfokussierung. Vorgetragen worden seien Zukunfts- und Existenzängste, agoraphobische Ängste mit Vermeidung von öffentlichen Verkehrsmitteln, zwanghaftes Zupfen der Wimpern und Augenbrauen und ein sozialer Rückzug. Insgesamt wirke die Beschwerdeführerin nicht schmerzgequält. Im Rahmen der Untersuchung zeigten sich keine Beeinträchtigungen der Bewusstseinsklarheit und der Bewusstseinsshelligkeit. Im klinischen Eindruck ergäben sich keine Hinweise auf umfassende und ausgeprägte

Störungen (S. 46 oben). Ebenso seien der Antrieb und das psychomotorische Verhalten ungestört, Gestik und Mimik seien ange messen und unterstrichen die Stimmung affektsynthym , Spontanität und Eigen initiative seien erhalten. Die soziale Teilnahme sei im privaten Bereich eingeschränkt. Die Beschwerdeführerin weise kein reduziertes Alltagsaktivitäts niveau auf. Bei den Haushaltsarbeiten fühle sie sich aufgrund von körperlichen Beschwerden eingeschränkt (S. 46 Mitte). Es liege auf psychiatrischem und neuropsychologischem Fachgebiet ein ADHS im Erwachsenenalter vor, darüber hin aus eine emotional instabile Persönlichkeitsakzentuierung und eine weitere Komorbidität im Sinne einer Angst und depressiven Störung gemischt , die bekannterweise zu einer stressinduzierten Hyperalgesie führen könnten, weswegen sich die Beschwerdeführerin dadurch insuffizient und im Selbstwertgefühl reduziert erlebe. Eine aufgrund der von der Beschwerdeführerin angegebenen körperlichen Schmerzen und Missempfindungen und der beklagten Intensität in dem Zusammenhang auf psychiatrischem Fachgebiet gemäss den ICD-10-Kriterien erwogene chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) könne nicht diagnostiziert werden.

In den zuletzt ausgeübten Tätigkeiten sei die Beschwerdeführerin sechs Stunden am Tag arbeitsfähig. Aufgrund der Aufmerksamkeitsstörungen sei von einem um 20 % reduzierten Rendement auszugehen. Seit der Anmeldung bei der IV-Stelle sei eine 80%ige Arbeitsfähigkeit bei um 20 % reduzierter Leistungsfähigkeit (Rendement) ausgewiesen (S. 58 f. Ziff. 8.1). Für klar strukturierte Aufgaben, die kein hohes Mass an Dauerkonzentration und Daueraufmerksamkeit erfordern oder ein hohes Mass an Kreativität voraussetzen, bestehe mit Möglichkeit, sich zurückzuziehen, während sechs Stunden am Tag an fünf Tagen pro Woche eine Arbeitsfähigkeit von 80 % ( S. 59 Ziff. 8.2). Bei der Beschwerdeführerin lägen als relevante psychosoziale Belastungsfaktoren die längere Abwesenheit vom Arbeitsmarkt und finanzielle Probleme vor (S. 61 Ziff. 8.5).

### **E. 3.9.5**

Dem neuropsychologischen Teilgutachten der Diplompsychologin

H.\_\_\_\_

vom 2. Juni 2019 (Urk. 7/186; vgl. vorstehend E. 3.9.4) lassen sich hinsichtlich Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit mittelschwere Einbussen bei der Aufmerksamkeit und ein Verdacht auf ADHS entnehmen (S. 9 Ziff. 6.1). Darüber hinaus wurde festgehalten, dass die Beschwerdeführerin in der am 8. Mai 2019 durchgeführten Untersuchung viele gute Resultate gezeigt habe. Durchschnittlich gewesen seien ihr verbales, ihr visuelles Gedächtnis und ihr Arbeitsgedächtnis, ihre Fähigkeit zum logischen Denken und Schlussfolgern, ihre visuell-perzeptive Wahrnehmung, ihre Wortflüssigkeit und ihre Planungs- und Problemlösungsfähigkeit. Ihre kognitive Flexibilität und Umstellfähigkeit habe über dem Durchschnitt gelegen. Ihre gerichtete Aufmerksamkeit liege unter dem Durchschnitt. Die Testergebnisse habe Hinweise auf ein ADHS ergeben (S. 10 Ziff. 7.1). Hinsichtlich Arbeitsfähigkeit sei die Beschwerdeführerin in der Tätigkeit als kaufmännische Angestellte aus neuropsychologischer Sicht zu 50 % eingeschränkt (S. 11 Ziff. 8.1). Das zumutbare Arbeitspensum in einer angepassten Tätigkeit sei ebenfalls zu 50% eingeschränkt (S. 11 Ziff. 8.2).

### **E. 3.9.6**

In der bidisziplinären Konsensbeurteilung (Urk. 7/161/62-70) führten die Gutachter aus, die Beschwerdeführerin klagt seit ihrem 17. Lebensjahr kontinuierlich über lumbale

Rückenbeschwerden und Schmerzen verschiedenen Ausmasses . An psychiatrischen Beschwerden werde über ein ständiges Gefühl, nicht zu genügen, mangelndes Selbstwertgefühl, Existenz- und Zukunftsängste sowie eine wechselhafte, allerdings überwiegend gedrückte Grundstimmung und Grübeln berichtet (S. 65) .

Als Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien mit Verweis auf die Teilgutachten (vgl. vorstehend E. 3.9.2; E. 3.9.4 f. ) zu nennen (S. 66 Ziff. 4.1): - ADHS im Erwachsenenalter (ICD-10 F90.0) mit mittelschweren Einbussen bei der Aufmerksamkeit - ausgeprägtes chronisches lumbovertebrales , teils lumbospondylogenes Schmerz syndrom links

Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter eine Angst und depressive Störung gemischt (ICD-10 F41.2), ein Problem mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung im Sinne von emotional instabil akzentuierten Persönlichkeitszügen, abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle, Trichotillomanie (ICD-10 F63.3), einen Status nach Jochbogenfraktur links vor zirka 20 Jahren sowie unspezifische Kniebeschwerden beidseits (S. 66 Ziff. 4.2).

Hinsichtlich Belastungsfaktoren und Ressourcen sei zu erwähnen, dass bei der Beschwerdeführerin bis auf die längere Abwesenheit vom Arbeitsmarkt und finanzielle Probleme keine nicht versicherungsmedizinisch relevanten psychosozialen Belastungsfaktoren vorlägen. An negativen Ressourcen seien die fehlende persönliche und berufliche Zielklärung hervorzuheben, darüber hinaus Aufmerksamkeitsstörungen bei ansonsten guter kognitiver Leistungsfähigkeit. Es bestünden keine Handlungstendenzen im beruflichen Kontext. Die Beschwerdeführerin verfüge über keine Visionen, Ziele, Ideen. Zusätzlich bestünden ein reduziertes Stresserlebnis, keine Interessen/Hobbies, kaum soziale Kontakte, kein Lebenspartner/keine Familie sowie fehlende ökonomische Stabilität (S. 68 Ziff. 4.5). Die gutachterliche Konsistenzprüfung habe auf psychiatrischem Fachgebiet keine Hinweise auf nicht im geklagten Umfang vorhandene Funktionsbeeinträchtigungen ergeben. An Diskrepanzen und Inkonsistenzen sei lediglich das Ausmass der geschilderten Beschwerden im Vergleich zur Intensität der bisherigen Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe aufgefallen. Zusammenfassend ergäben die vorliegenden Befunde bei kritischer Würdigung ein in sich schlüssiges, konsistentes Bild (S. 68 Ziff. 4.6).

Da in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit die Einschränkungen auf orthopädischem Gebiet überwiegen, sei aus bidisziplinärer Sicht von einer Gesamtarbeitsunfähigkeit von 50 % auszugehen. In einer dem Leiden optimal angepassten Tätigkeit bestehe übereinstimmend eine Gesamtarbeitsfähigkeit von 80 % (S. 69 Ziff. 4.9).

### **E. 3.10**

Wegen einer Reklamation der Beschwerdeführerin anlässlich der psychiatrischen Begutachtung (vgl. Urk. 7/152) nahm Dr. G. \_\_\_ am 16. Juli 2019 Stellung (Urk. 7/162). Er verneinte – näher ausgeführt – die Anschuldigungen (S. 2 f.), korrigierte hingegen den Drogenabusus im Sinne des langjährigen Konsums von Cannabinoiden aufgrund eines Übertragungsfehlers. Gemeint gewesen sei in diesem Zusammenhang der langjährige Schmerzmittelkonsum der Beschwerdeführerin (S. 3 unten).

### **E. 3.11**

Dr. D.\_\_\_\_ liess sich am 5. Februar 2020 zum Gutachten vernehmen (Urk. 7/192). Sie anerkannte die Feststellung, wonach die Beschwerden durch eine isthmische Spondylolisthese L5 gegen S1 erklärbar seien. Hingegen könne sie nicht bestätigen, dass die Physiotherapie ein sehr gutes Ansprechen mit zum mindesten temporärer beschwerdefreier Beschwerdeführerin zeige (S. 1 oben). Darüber hinaus sei es immer wieder typisch, dass bei bestehender Hypermobilität und gleichzeitiger Lyse die muskuläre Balance dekompenziere (S. 1 unten). Anfänglich habe durch die Infiltration der Lyse (Juli 2018) das Schmerzbild vorübergehend positiv beeinflusst werden können. Eine wiederholte Infiltration habe das Schmerzbild nicht mehr lindern können. Insgesamt könne erwähnt werden, dass die Auflistung der subjektiven Probleme in Kurzfassung im Gutachten korrekt sei. Ebenso könne an der klinischen Untersuchung nichts bemängelt werden (S. 2 oben). Bezüglich der Diagnose habe sich die aktuelle Situation geändert. Ab Herbst 2019 sei eine zunehmende lumboradikuläre Reizproblematik L5 links aufgetreten (S. 2 Mitte).

Wie ebenfalls korrekterweise bezüglich der Arbeitsfähigkeit erwähnt, sei auch die Meinung wie teilweise der Gutachter und wie auch aus neuropsychologischer Sicht, dass die Beschwerdeführerin lediglich maximal zu 50 % arbeitsfähig sei. Ob in einem dem Leiden optimal angepassten Berufsfeld die Arbeitsfähigkeit tatsächlich gesteigert werden könne, hinterfrage sie aber stark (S. 2 unten).

### **E. 3.12**

Med. pract. I.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), erachtete in seiner Stellungnahme vom 18. Februar 2020 (Urk. 7/196/2) die gutachterliche Stellungnahme auf einer umfassenden Würdigung der Befunde basierend. Die funktionelle Leistungsfähigkeit spiegle sich im ausführlichen Gutachten, wobei auch die verwertbaren Ressourcen herausgestellt worden seien.

### **E. 3.13**

Die Beschwerdeführerin wurde am 18. Februar 2020 in der Klinik J.\_\_\_\_ ambulant untersucht und beraten. Oberärztin Dr. med. univ. K.\_\_\_\_ diagnostizierte im Sprechstundenbericht gleichen Datums (Urk. 7/194/2-3) chronische lumbospondylogene Schmerzen mit L5- Radikulopathie links mit isthmischer

Spondylolisthese bei zusätzlicher Bandscheibenprotrusion

extraforaminal L5/S1 und L5 Wurzelkompression links ;

zusätzlich einen

kleinen Bandscheibenvorfall im Segment L4/L5 mit

black discs Pathologie und beginnender Osteochondrose sowie einen zusätzlichen

black disc im Segment L3/L4 (S. 1 oben). Aktuell seien bei fehlenden neurologischen Defiziten und minimaler Analgesie im Alltag weitere konservative Massnahmen empfohlen. Es bestehe nur eine relative OP-Indikation, eine absolute OP-Indikation bei fehlenden Nervenaffektionen sei nicht gegeben (S. 2). 4. 4.1

Das interdisziplinäre Gutachten vom 20. Juni sowie 16. Juli 2019 (vgl. vorstehend E. 3.9)

legt

den medizinischen Sachverhalt in einer schlüssigen und nachvollziehbaren Weise dar, insbesondere erfolgte auch im Rahmen der ergänzenden neuropsychologischen

Begutachtung vom 19. Dezember 2019 eine interdisziplinäre Gesamtbeurteilung ( vgl. vorstehend E. 3.9. 6 ).

Es ist deshalb grundsätzlich beweis kräftig (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis ; vgl. auch vorstehend E. 1. 6 ), wovon auch der RAD der Beschwerdegegnerin ausging (vgl. vorstehend E. 3.12).

Demnach leidet die Beschwerdeführerin mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit an einem ADHS mit mittelschweren Einbussen bei der Aufmerksamkeit und an einem ausgeprägten chronischen lumbovertebralen , teils lumbospondylo genen Schmerzsyndrom links .

Einer näheren Prüfung bedarf jedoch die getroffene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit. 4.2

In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung gingen die Gutachter hinsichtlich Arbeitsfähigkeit in einer dem Leiden optimal angepassten Tätigkeit im Umfang von 80 % aus (vgl. vorstehend E. 3.9.6). Demgegenüber legte der psychiatrische Gutachter in seinem Teilgutachten die Arbeitsfähigkeit auf sechs Stunden am Tag an fünf Tagen pro Woche fest (Urk. 7/161 S. 59 Ziff. 8.2 ; vgl. vorstehend E. 3.9.4 ), was – wie die Beschwerdeführerin zu Recht feststellte - eine Arbeitsfähigkeit von zirka 70 % bedeutet (vgl. Urk. 1 S. 9). Dieser Widerspruch vermögen die Gutachter nicht aufzulösen, weshalb zu Gunsten der Beschwerdeführerin von einer 70%igen Arbeitsfähigkeit in einer dem Leiden optimal angepassten Tätigkeit auszugehen ist. 4. 3

#### 4.3 .1

Die Rüge der Beschwerdeführerin , das bidisziplinäre Gutachten der Dres . F.\_\_\_\_ und G.\_\_\_\_

weise Ungereimtheiten auf (Urk. 1 S. 7 ff.) , ist insoweit begründet, als dass ein Widerspruch im Umstand besteht, dass die hinzugezogene neuropsychologische Gutachterin in ihrem Teilgutachten zum Schluss gekommen ist, das zumutbare Arbeitspensum in einer angepassten Tätigkeit betrage 50 % (vgl. vorstehend E. 3.9.5) , wohingegen die Gutachter in ihrer Gesamtbeurteilung von einer 80%igen beziehungsweise korrigierten 70%igen (vgl. vorstehend E. 4.2) Arbeitsfähigkeit in einer dem Leiden angepassten Tätigkeit ausgehen (vgl. vorstehend E. 3.9.6) . Dass der psychiatrische Gutachter Dr. G.\_\_\_\_ sich nicht explizit hierzu äussert, vermag den Beweiswert seines Gutachtens indes nicht in Zweifel zu ziehen. Dr. G.\_\_\_\_ setzte sich eingehend mit den Standardindikatoren ( vgl. vorstehend E. 1.2) auseinander (vgl. Urk. 7/161 S. 54 ff., S. 67 ff. ). Seine Beurteilung umfasste das ganze Leistungsprofil mit sowohl negativen als auch positiven Anteilen und ist so verfasst, dass die attestierte Arbeitsunfähigkeit «gleichsam aus dem Saldo aller wesentlichen Belastungen und Ressourcen» (BGE 141 V 281 E. 3.4.2.1) abgeleitet wurde. Der psychiatrische Gutachter ist bei der Beantwortung der Frage, wie er das Leistungsvermögen einschätzte, den einschlägigen Indikatoren gefolgt, er hat ausschliesslich funktionelle Ausfälle berücksichtigt, welche Folge der gesundheitlichen Beeinträchtigung sind, und seine versicherungsmmedizinische Zumutbarkeitsbeurteilung ist auf objektivierter Grundlage erfolgt. Die von der Rechtsanwendung zu prüfende Frage, ob er sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten und das Leistungsvermögen in Berücksichtigung der einschlägigen Indikatoren eingeschätzt hat (BGE 141 V 281 E. 5.2.2), ist klar zu bejahen. Die funktionellen Auswirkungen der

medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage lassen sich anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachweisen, weshalb seine fachärztliche Beurteilung, wonach unter Ausklammerung invaliditätsfremder psychosozialer Belastungsfaktoren eine 20 beziehungsweise 30 %ige reduzierte Leistungsfähigkeit

in einer dem Leiden angepassten Tätigkeit bestehe, nachvollziehbar und schlüssig ist und mehr zu überzeugen vermag als die Einschätzung der Psychologin, welche keine Ressourcenprüfung vorgenommen hat. Zudem erscheint eine um die Hälfte reduzierte Festlegung der Arbeitsfähigkeit vor dem Hintergrund der selbst festgestellten guten Resultate und überdurchschnittlichen kognitiven Flexibilität und Umstellungsfähigkeit der Beschwerdeführerin und somit alleine aufgrund ihrer Einschränkung in der Aufmerksamkeit doch fragwürdig, zumal die Einschränkungen von Dr. G. im Rahmen der Diagnosestellung ADHS ebenfalls festgestellt und gewürdigt wurden (vgl. vorstehend E. 3.9.4) . 4.3 .2

Der

Vorwurf, wonach die Gutachter sich ungenügend mit den Berichten der beruflichen Abklärungsstellen auseinandergesetzt hätten (Urk. 1 S. 7 f.), vermag den Beweiswert des Gutachtens ebenfalls nicht zu schmälern.

Die abschliessende Beurteilung der sich aus einem Gesundheitsschaden ergebenden funktionellen Leistungsfähigkeit obliegt in der Hauptsache dem Arzt oder der Ärztin, nicht den Fachleuten der Berufsberatung oder der beruflichen Eingliederung. Mit Blick auf die rechtsprechungsgemäss enge, sich gegenseitig ergänzende Zusammenarbeit zwischen der Ärzteschaft und der Berufsberatung ist jedoch einer konkret leistungsorientierten beruflichen Abklärung nicht jegliche Aussagekraft für die Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit abzusprechen. Steht eine medizinische Einschätzung der Leistungsfähigkeit in offensichtlicher und erheblicher Diskrepanz zu einer Leistung, wie sie während einer ausführlichen beruflichen Abklärung bei einwandfreiem Arbeitsverhalten/-einsatz der versicherten Person effektiv realisiert wurde und gemäss Einschätzung der Berufsfachleute objektiv realisierbar ist, vermag dies ernsthafte Zweifel an den ärztlichen Annahmen zu begründen und ist das Einholen einer klärenden medizinischen Stellungnahme grundsätzlich unabdingbar (Urteil des Bundesgerichts 8C\_563/2018 vom 14. November 2018 E. 6.1.1).

Diese Voraussetzungen sind vorliegend nicht gegeben. Einerseits geht aus dem Schlussbericht der Potenzialerhebung (Urk. 7/68) hervor, dass bei der Beschwerdeführerin keine Präsenzsteigerung durchgeführt worden sei und dass aufgrund der begrenzten Anwesenheit keine detaillierte Aussage zum Arbeitsverhalten gemacht werden könne (S. 3 f.). Andererseits erfolgte der Abbruch des später aufgenommenen Aufbautrainings auf Wunsch der Beschwerdeführerin und dies bereits am zweiten Teilnahmetag (Urk. 7/103 S. 2). 4.

## **E. 7**

(Urk. 7/8/7-8) gestützt auf den Magnetresonanztomographie-Befund (MRI, Urk. 7/11/7) von einer deutlich fortgeschrittenen Bandscheibendegeneration L4/5 mit protrusiver Komponente auf beiden Etagen ohne direkt neurokompressiv

relevantes Ausmass. Zusätzlich bestehe wahrscheinlich rechtsseitig eine einseitige Lyse L5 ohne namhafte Olisthese (S. 2 oben).

### **E. 7.1**

Die Beschwerdeführerin beantragte die Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung (Urk. 1 S. 2 Ziff. 3). Die Voraussetzungen zur Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung sind vorliegend erfüllt.

### **E. 7.2**

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs.

1 bis

IVG). Vorliegend sind die Kosten auf Fr. 900.-- festzusetzen. Ausgangsgemäss sind sie der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung sind die Kosten 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 Gerichtskosten und der Auslagen für die Vertretung verpflichtet werden kann, sofern sie dazu in der Lage ist. Das Gericht beschliesst: In Bewilligung des Gesuchs vom 23. April 2020 wird der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Prozessführung gewährt. und erkennt sodann: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- 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: - Stadt Zürich Soziale Dienste - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

### **E. 10**

% vom Invaliden einkommen würde ein nicht anspruchsbegründeter Invaliditätsgrad von 32 % resultieren . 6.

Nach dem Gesagten ist die angefochtene Verfügung (Urk. 2) im Resultat nicht zu beanstanden, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 7.

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