

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00265 vom 6. November 2020**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-11-06, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2020.00265](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00265)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00265 du 6 novembre 2020

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00265 del 6 novembre 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 Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts; ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 1.2**

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

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

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

### **E. 1.3**

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanmeldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung; IVV), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 ATSG eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist (BGE 117 V 198 E. 3a mit Hinweis).

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben ( Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. 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 revisions rechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

#### **E. 1.4**

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

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob er für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). 2.

#### **E. 2**

Gegen die Verfügung vom 19. März 2020 erhob die Versicherte am 29. April 2020 Beschwerde mit dem Antrag, die Verfügung sei aufzuheben und ihr seien die gesetzlichen Leistungen zu gewähren, namentlich eine halbe Rente der Invalidenversicherung mit Leistungsdatum ab 1. Juli 2012 (Urk. 1). Die Beschwerdegegnerin schloss am 17. Juni 2020 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6). Dies wurde der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 1. Juli 2020 zur Kenntnis gebracht (Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

##### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete die Abweisung des Rentenbegehrens damit, dass die Beschwerdeführerin die angestammte Tätigkeit nicht mehr ausüben könne. Für körperlich sehr leichte Tätigkeiten unter Wechselbelastung bestehe hingegen eine Arbeitsfähigkeit von 80 % bei ganztägigem Pensum mit um 20 % reduzierter Leistung. Für solche Tätigkeiten habe auch in der Vergangenheit keine längerdauernde,

das obgenannte Ausmass übersteigende,

Arbeitsunfähigkeit bestanden. Der Gesundheitszustand habe sich insgesamt seit der letzten Prüfung nicht dahingehend verändert, dass im weiteren Verlauf von einer höheren Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für eine angepasste Tätigkeit als bisher ausgegangen werden könne. Der Invaliditätsgrad betrage 31 %, daher bestehe kein Rentenanspruch (

Urk. 2 S. 1 f.).

### **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin brachte dagegen vor, das Z.\_\_\_\_-Gutachten vom 22. Oktober 2018 enthalte diverse Widersprüche. Im neurologischen Teil des Gutachtens bestünden Abweichungen zur Gesamtdiagnostik. Sodann sei der Gesundheitsschaden an der linken Schulter von den Gutachtern des Z.\_\_\_\_ nicht berücksichtigt worden

(Urk. 1 S. 6). Gemäss dem Gutachten von Prof. Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, und Dr. med. B.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, vom 18. Mai 2019

bestehe aus orthopädischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von 40%. Diese Einschätzung sei nicht weit entfernt von derjenigen im Z.\_\_\_\_-Gutachten, wo für eine zumutbare, sehr eingeschränkte Tätigkeit von einem 80% Pensum mit um 20% reduzierter Leistungsfähigkeit ausgegangen werde, mithin von einer Arbeitsunfähigkeit von 36%. Daher sei insgesamt von einer maximal 60%igen zumutbaren Arbeitsfähigkeit auszugehen (Urk. 1 S. 7).

Ferner

erhob die Beschwerdeführerin Einwände gegen die Rentenbemessung. Für die Invaliditätsbemessung sei sowohl für das Validen- als auch das Invalideneinkommen auf die Tabellenlöhne der Lohnstrukturerhebung des Bundes abzustellen und ein leidensbedingter Abzug von 25% vorzunehmen. Dies ergebe einen Invaliditätsgrad von 56% womit sie ab 1. Juli 2012 -

also nach Ablauf der verfahrensrechtlichen Halbjahresfrist - Anspruch auf eine halbe Rente habe. Genauer zu prüfen sei, wie lange die Phase der Rehabilitation nach der Revisionsspondylodese gedauert habe, da für diese Zeit die Rente auf 100% zu erhöhen sei (Urk. 1 S. 7 f.).

In formaler Hinsicht sei das Recht auf ein faires Verfahren verletzt. Angesichts des im Oktober 2013 festgestellten Scheiterns im Zusammenhang mit der 2008 vorgenommenen Wirbelversteifung und den aufgrund der Komplikation erforderlichen zahlreichen bildgebenden Abklärungen und Eingriffen und des Weiteren angesichts der Notwendigkeit eines operativen Eingriffs an der linken Schulter könne nicht von einer seit 2006 im Wesentlichen unveränderten Situation ausgegangen werden. Hinzu komme, dass das Z.\_\_\_\_ keine neutrale Begutachtungsstelle, sondern von den Aufträgen der Invalidenversicherung abhängig sei. Ausserdem missachte die Beschwerdeführerin mit der Verweigerung der ihr zustehenden Rente den ihr

aufgrund der Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten (EMRK) zustehenden Anspruch auf Achtung des Familienlebens und verstosse gegen das Diskriminierungsverbot. Vergleichbare Fälle mit erheblichen Rückenbeschwerden würden mindestens zur Zusprechung einer Teilrente führen

(Urk. 1 S. 11 ff.).

### **E. 2.3**

Die Beschwerdeführerin stellte sich in der Beschwerdeantwort auf den Standpunkt, sie sei ihrer Abklärungspflicht ausreichend nachgekommen, dem Vorwurf einer Diskriminierungsbeziehung eines nicht fairen Verfahrens könne daher nicht gefolgt werden (Urk. 6 S.

1). Ein leidensbedingter Abzug von 25 % sei so dann nicht gerechtfertigt ( Urk. 6 S. 2). 3.

3.1

Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung der Beschwerdeführerin vom 23. Januar 2012 ( Urk. 7/100) materiell eingetreten. Es gilt somit zu prüfen, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin im massgeblichen Zeitraum zwischen der Verfügung vom 10. März 2010, mit welcher ein Anspruch auf eine Invalidenrente ab dem 1. April 2009 verneint worden war ( Urk. 7/89) , und der angefochtenen Verfügung vom 19. März 2020 insoweit verschlechtert hat, dass nunmehr wieder ein Anspruch auf eine Invalidenrente besteht. Vorab ist jedoch auf die von der Beschwerdeführerin gerügten Grundrechtsverletzungen einzugehen. Die se macht geltend, ihr Recht auf e in faires Verfahren gemäss Art. 29 Abs. 1 der Bundesverfassung (BV) und Art. 6 EMRK sei dadurch verletzt, dass die Gutachter des Z.\_\_\_\_ und die Beschwerdegegnerin ihre schwerwiegende Situation nicht anerkennen würden ( Urk. 1 S. 13).

Allerdings ist nicht ersichtlich und auch nicht substantiiert dargelegt, inwiefern die Sachverständigen die im Rahmen der Begutachtung erhobenen anamnestischen Angaben und die persönlichen Umstände der Beschwerdeführerin sowie die in bekannten umfangreichen

Vorakten

nicht hinreichend in ihre Beurteilung einbezogen hätten (vgl. dazu auch nachfolgend E. 4.2.13 und E. 5).

Die Beschwerdeführerin kritisiert im Weiteren die wirtschaftliche Abhängigkeit des Z.\_\_\_\_ von der Beschwerdegegnerin.

Dazu ist auszuführen, dass gemäss der von der Beschwerdeführerin selbst zitierten bundesgerichtlichen Rechtsprechung die Beschaffung medizinischer Entscheidungsgrundlagen durch externe Gutachtensinstitute wie die Medizinischen Begutachtungsstellen in der schweizerischen Invalidenversicherung sowie deren Verwendung im Gerichtsverfahren an sich verfassungs- und konventionskonform ist (vgl. BGE 137 V 210 E. 2.1-2.3 mit Hinweisen). Soweit die Beschwerdeführerin vorbringt, dem Z.\_\_\_\_ fehle es an der notwendigen Unabhängigkeit, ist festzuhalten, dass sich ein Ausstandbegehren stets nur gegen Personen richten kann (BGE 137 V 210 E. 1.3.3). Wirtschaftliche Abhängigkeit allein begründet im Übrigen rechtsprechungsgemäss keine Befangenheit (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_854/2012 vom 4. April 2013 E. 4.2).

Eine Verletzung des Rechtes auf ein faires Verfahren ist mithin nicht dargetan . 3.2

Dies gilt ebenso für die Rüge des Verstosses gegen das in Art. 14 EMRK normierte Diskriminierungsverbot. Aus der pauschalen Behauptung, erhebliche Rücken schmerzen hätten in vergleichbaren Fällen mindestens die Zusprechung einer Teilrente zur Folge , lässt sich diesbezüglich nichts ableiten. Von einer Verletzung des Anspruchs auf Achtung des Familienlebens ( Art.

**E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

**E. 6.2**

Die Beschwerdeführerin klagte bereits in den Jahren 2008 und 2009 über Schmerzen im Rücken, teilweise auch mit Ausstrahlungen in das rechte Bein und den rechten Arm, über Schwäche sowie Schmerzen in der Brustwirbelsäule ( Urk. 7/54/8 ; vgl. auch Urk. 7/60). Nicht nachweisen liess sich zu diesem Zeitpunkt eine eindeutige radikuläre Symptomatik ( Urk. 7/62/1).

Anlässlich der orthopädischen Begutachtung berichtete die Beschwerdeführerin von immer gleichen Schmerzen vor allem auf der rechten Seite von sakral über das Gesäss in den dorsalen, lateralen und ventralen Oberschenkel sowie die Vorderseite des Unterschenkels bis zur Grosszehe und verneinte linksseitige Ausstrahlungen ( Urk. 7/270/46). Weitere Beschwerden bestanden auf Höhe der thorakolumbalen Wirbelsäule mit rechtsbetonten Ausstrahlungen in den Rippenbogen samt resultierenden Atembeschwerden sowie tiefzervikal beidseits gedehnte Schmerzen, die zumeist rechts über den dorsolateralen und ventralen Oberarm sowie grossflächig den radialen Vorderarm in die Finger I-III und teilweise in den rechten Oberarm ausstrahlen würden ( Urk. 7/270/47). Der orthopädische Gutachter Dr. U.\_\_\_\_ führte dazu aus, zusammenfassend könne festgestellt werden, dass sich die beklagten Beschwerden durch die klinischen, radiologischen und infiltrativen Befunde keinesfalls klar begründen liessen. Nachvollziehbar sei eine gewisse Restsymptomatik nach lumbalen Eingriffen, kaum aber die übrige Symptomatik. ( Urk. 7/270/53). Eine radikuläre Reiz- und Ausfallsymptomatik beziehungsweise eine neurale Beteiligung wurde vom neurologischen Gutachter sodann ausdrücklich verneint ( Urk. 7/270/42).

Aus versicherungsmedizinischer Sicht ist bezüglich der Rückenproblematik entsprechend eine Verschlechterung der gesundheitlichen Situation seit dem letzten Entscheid nicht dargestellt. Auch in der Ausprägung der einzelnen Beschwerden ist keine Verschlechterung nachgewiesen.

### **E. 6.3**

Was die nach dem Verfügungszeitpunkt im Jahr 2010 neu hinzugetretenen Schulterbeschwerden betrifft, haben diese gemäss dem Z.\_\_\_\_ -Gutachten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ( Urk. 7/ 270/ 9;

vgl. auch E. 5 .5 vorstehend ). Insofern die Beschwerdeführerin unter Verweis auf mündliche Aussagen von Dr. O.\_\_\_\_ eine Verschlechterung dieser Beschwerden nach dem Gutachtenszeitpunkt geltend macht (vgl. Urk. 1 S. 12 ), ist zu bemerken, dass sich aus dessen Bericht vom 29. Januar 2020 keine relevante Verschlechterung ergibt. So stellte er zwar zusätzlich die Diagnose einer SLAP-Läsion, bezeichnete diese jedoch als oligosymptomatisch (nur wenig symptomatisch ). Dass sich die Beschwerden in einer die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigenden Weise verstärkt hätten, legte er sodann nicht dar ( Urk. 7/293/1). Hinweise dafür, dass aufgrund der ebenfalls neu diagnostizierten leichten Chondropathia

patellae beidseits ( Urk. 7/290/15) sowie der beginnenden Coxarthrose rechts ( Urk. 7/277/2)

die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin eingeschränkt ist, bestehen sodann keine.

### **E. 6.4**

In psychiatrischer Hinsicht stellte der begutachtende Dr. S.\_\_\_\_ die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F54.41;

Urk. 7/270/9). Diese Diagnose ist zwar im Vergleich zum Jahr 2010 neu dazu gekommen, jedoch bestanden bereits zum Vergleichszeitpunkt Hinweise für eine gestörte Schmerzverarbeitung (Urk. 7/54/8).

Rechtsprechungs gemäss

besteht zwischen ärztlich gestellter Diagnose und Arbeitsunfähigkeit keine unmittelbare Korrelation (BGE 140 V 193 E. 3.1 mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts 9C\_636/2018 vom 20. Dezember 2018 E. 6.4). Massgebend sind vielmehr die konkreten funktionellen Auswirkungen auf das Leistungsvermögen der betroffenen Person (Urteile des Bundesgerichts 9C\_570/2018 vom 18. Februar 2019 E. 3.2.1 und 9C\_851/2018 vom 23. Mai 2019 E. 4.1.4).

Der Gutachter Dr. S.\_\_\_\_ verneinte eine Auswirkung der diagnostizierten psychischen Störung auf die Arbeitsfähigkeit. Diese Beurteilung wurde von der Beschwerdeführerin nicht in Frage gestellt und ist angesichts der fehlenden psychopathologischen Befunde, die auf eine Arbeitsunfähigkeit hinweisen würden, und der Tatsache, dass die Beschwerdeführerin sich nur während einer kurzen Zeit im Jahr 2011 in psychiatrischer Behandlung befand (Urk. 7/270/33), nachvollziehbar und überzeugend.

#### **E. 6.5**

Aus dem Gesagten ergibt sich, dass eine massgebliche Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit der letztmaligen Verneinung eines Rentenanspruchs nicht ausgewiesen ist. Dies wurde von den Gutachtern des Z.\_\_\_\_ in nachvollziehbarer Weise dargelegt. Auch für die Zeit nach der Begutachtung bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung ist eine beachtliche Veränderung nicht ausgewiesen. Da sich im relevanten

Zeitraum beim Grad der Arbeitsunfähigkeit in angepasster Tätigkeit keine wesentliche Änderung ergeben hat, erübrigt sich die Durchführung eines neuerlichen Einkommensvergleichs (Urteil des Bundesgerichts 8C\_259/2014 vom 31. Juli 2014 E. 4). Damit hat die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch zu Recht verneint. 7.

Da die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen zu prüfen war, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind unabhängig vom Streitwert nach dem Verfahrensaufwand festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Jürg Maron - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diese Entscheidung 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 Fehr Engesser

## **E. 8**

bei beidseitiger isthmischer Spondylolyse und Diskopathie LWK5/SWK1 - Status nach BV-gesteuerter Infiltration des rechten Iliosakralgelenks mit Triamcort am 26. März 2013 - Status nach CT-gesteuerter Infiltration im Bereich des Schraubenbruchs SWK1 beidseits am 27. Januar 2014 - Status nach Infiltration der Iliosakralgelenke sowie der Fazettengelenke LWK4/5/SWK1 beidseits mit Kenacort am 23. April 2017 - Status nach perkutaner minimal-invasiver ISG-Fusion rechts und Endoskopie des thorakolumbalen Übergangs am 8. Juni 2017 - Status nach endoskopischer minimal-invasiver Denervation der Fazettengelenke LWK2/3/4 am 8. November 2017 - Status nach Entfernung der Stäbe am 28. Februar 2018 bei gebrochenen Schrauben in LWK5 und SWK1 - radiologisch kein Hinweis für relevante Anschlussdegeneration sowie Diskopathie oder Neurokompression (MRI 8. September 2017) - neurologisch keine Hinweise auf Reiz- oder Ausfallsymptomatik

Den folgenden Diagnosen massen die Gutachter keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu ( Urk. 7/270/9): - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F54.41) - chronisches

zervikobrachiales Schmerzsyndrom unter Betonung der rechten Seite (ICD-10 M53.1) - radiologisch linksbetonte foraminale Einengung HWK3/4 und HWK5/6 mit möglicher Affektion der linksseitigen Nervenwurzeln C4 und C6 (MRI 19. Dezember 2016 ; vgl. Urk. 7/270/74 ) - Status nach Infiltration des linken Akromioklavikulargelenkes links am 25. April 2018 - chronisches thorakovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.6) - radiologisch unauffällige Verhältnisse der Brustwirbelsäule (MRI 8. September 2017) - chronischer Fersenschmerz rechts (ICD-10 M77.3) - anamnestisch bestehende Spornbildung - Übergewicht, BMI 28 kg/m<sup>2</sup> - Nikotinabusus (ICD-10 F17.1)

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

hielt im internistischen Teilgutachten fest, er könne keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

stellen ( Urk. 7/270/ 29 ).

Dr. med. S.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte im psychiatrischen Teilgutachten aus, bei der Beschwerdeführerin bestehe diagnostisch eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, gekennzeichnet durch ausgeweitete Schmerzen im Bewegungsapparat, deren Ausmass mit der Überzeugung, gar nicht arbeiten zu können, mit somatischen Befunden nicht hinreichend objektiviert werden könne, bei psychosozialen und emotionalen Belastungsfaktoren. Die chronische Schmerz

problematik und die bisher trotz Behandlung nicht eingetretene

Beschwerdefreiheit, hätten psychisch zu Verunsicherung und Enttäuschung geführt. Lebensgeschichtliche schwere Enttäuschungen bestünden ansonsten nicht. Die Beschwerdeführerin sei zwar infolge ihrer persistierenden Schmerzen in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung gewesen, diese sei jedoch bei im Vordergrund stehenden somatischen Problemen abgeschlossen worden. Sie erhalte derzeit keine psychopharmakologische Medikation. Bei der aktuellen Untersuchung hätten keine psychopathologischen Befunde für die Diagnose einer psychischen Störung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit erhoben werden können. Die Prognose sei aufgrund des chronischen Verlaufs und der deutlich ausgeprägten Krankheits- und Behinderungsüberzeugung ungünstig (Urk. 7/270/36).

Dr. med. T.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, legte dar, bei der aktuellen Untersuchung hätten im Gegensatz zu den zur Zeit

vor der zweiten Spondylodese im Februar 2018 hauptsächlich rechtsseitige Schmerzbeschwerden nunmehr lumbale Rückenschmerzen im Vordergrund gestanden. Beklagt würden Schmerzen, zum Teil hexenschussartig auftretend, und diffuse nicht radikulär abgrenzbare Minderempfindungen aber keine Paresen. Bei der Untersuchung habe sich in objektiver Hinsicht ein unauffälliger Status ergeben und abgesehen von einer verminderten Hypästhesie an der Grosszehe habe sich auch in sensibler Hinsicht kein relevanter Befund gezeigt. Paresen lägen nicht vor, Fersen- und Zehenstand sowie -gang seien durchführbar, wie auch das Einnehmen der tiefen Hocke, welche die Beschwerdeführerin zum Aufheben vom Boden spontan eingenommen habe. Auch betreffend des früher erwogenen HWS-Syndroms habe sich aktuell kein Anhaltspunkt für eine neurale Beteiligung gefunden (Urk. 7/270/42 f.).

Gemäss Dr. med. U.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, sei ein

anlässlich der orthopädischen Untersuchung die Wirbelsäule in sämtlichen Abschnitten sowie

die oberen und unteren Extremitäten weitgehend frei beweglich gewesen, mit Inkonsistenzen im Verlauf der Untersuchung. Radiologisch seien an der Wirbelsäule zervikal degenerative Veränderungen mit möglicher linksseitiger radikulärer Affektion festgehalten worden. Der Befund im thorakalen Abschnitt sei regelrecht gewesen und auch an der LWS hätten Hinweise für relevante Anschlussdegenerationen sowie Diskopathien oder Neurokompressionen gefehlt. Zusammenfassend hätten sich die beklagten Beschwerden durch die klinischen, radiologischen und infiltrativen Befunde keineswegs klar begründen lassen. Es hätten sich Hinweise auf eine erhebliche nicht-organische Beschwerdekomponekte ergeben (Urk. 7/270/10).

Die Gutachter kamen gemeinsam zum Schluss, für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit bestehe - unter der Annahme, dass diese immer wieder mit höheren körperlichen Belastungen verbunden gewesen sei - seit etwa September 2006 eine bleibende Arbeitsunfähigkeit. In einer körperlich sehr leichten Tätigkeit unter Wechselbelastung ohne wiederholtes Heben und Tragen von Lasten von mehr als 5 kg und ohne Zwangshaltungen sei der Beschwerdeführerin eine maximale Präsenzzeit von 8-8.5 Stunden pro Tag möglich. Dabei bestehe eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit bei erhöhtem Pausenbedarf. Insgesamt betrage die Arbeits- und Leistungsfähigkeit 80%. Für derartig angepasste Tätigkeiten

könne auch retrospektiv in der Vergangenheit keine länger dauernde Arbeitsfähigkeit, die das genannte Mass übersteige, festgestellt werden (Urk. 7/270/11). 4.2.14

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

führte am 29. Oktober 2018 eine

Denervation L2-S2 beidseits durch (Urk. 7/274/1), worauf die Beschwerdeführerin am 5. Dezember 2018 über weniger Schmerzen als präoperativ berichtete (Urk. 7/274/3).

Am 20. Dezember 2018 führte Dr. A.\_\_\_\_ sodann aufgrund der neu gestellten Diagnose einer beginnenden Coxarthrose rechts eine Infiltration der Hüfte rechts und der Bursa trochanterica rechts durch (Urk. 7/277/2), worauf die Schmerzen im Bereich der rechten Hüfte deutlich besser wurden. Die lumbalen Schmerzen und die Beinschmerzen seien jedoch nach wie vor vorhanden (Urk. 7/277/3). 4.2.15

Dr. med. B.\_\_\_\_ und Prof.

A.\_\_\_\_ kamen in einem von der Beschwerdeführerin veranlassten internistischen Gutachten vom 18. Mai 2019 zum Schluss, aus allgemein-internistischer Sicht sei die Beschwerdeführerin in einem guten Allgemeinzustand. Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit könnten keine gestellt werden (Urk. 7/290/11). Die Arbeitsfähigkeit und das Belastungsprofil seien aus internistischer Sicht nicht eingeschränkt, aus orthopädischer Sicht bestehe eine um etwa 40% reduzierte Leistungsfähigkeit, insbesondere aufgrund der Beschwerden im Bereich der Lendenwirbelsäule und des Iliosakralgelenks

(Urk. 7/290/12). 4.2.16

Gestützt auf eine MRI Untersuchung der linken Schulter vom 12. November 2019, anlässlich derer auch eine Infiltration des linken Schultergelenks durchgeführt worden war (Urk. 7/293/3-7), stellte Dr. O.\_\_\_\_

in seinem Bericht vom 29. Januar 2020 die Diagnose einer symptomatischen AC-Gelenksarthropathie

der linken Schulter mit oligosymptomatischer SLAP-I-Läsion. Die Infiltration habe für drei Wochen zu einer Schmerzbesserung von 50% geführt, aktuell seien die Schmerzen wieder intensiv. Die Schmerzen an der linken Extremität seien einerseits durch die Schulterproblematik bedingt, andererseits auch durch eine radikuläre Reizsymptomatik. Sekundär habe die Beschwerdeführerin ein subakromiales

Impingement sowie eine Bizepsstendinopathie bei degenerativer SLAP Läsion (Urk. 7/293/1). Klinisch bestehe keine radikuläre Ausfallsymptomatik. Im MRI der Halswirbelsäule seien foraminale Engen mit Irritation der Wurzel 5 und 6 gesehen worden (Urk. 7/293/2).

Nachdem die Beschwerden bis am 11. März 2020 unverändert geblieben waren, schlug Dr. A.\_\_\_\_

in der Stellungnahme vom 12. November 2019 die Durchführung einer Schulterarthroskopie mit AC-Gelenksresektion und Bizepsstenotomie vor, die jedoch höchstens eine Schmerzbesserung von 50% bringen werde. Die Indikation sei rein durch den Leidensdruck der Beschwerdeführerin gegeben (Urk. 7/297/3). Die Beschwerdeführerin entschied sich am 18. März 2020 für die Durchführung dieses Eingriffs (Urk. 7/297/4). Tags darauf erliess die Beschwerdeführerin die angefochtene Verfügung (Urk. 2) und kam trotz eines

Gesuchs der Beschwerdeführerin auf ihren Entscheid nicht mehr zurück (vgl. Urk. 7/296 f., Urk. 7/299 f.). 5 . 5 .1

Die Beschwerdegegnerin stützte sich zur Beurteilung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 19. März 2020 hauptsächlich auf das Gutachten des Z.\_\_\_\_ vom 22. Oktober 2018 (Urk. 7/270). Es ist daher vorab auf dessen Beweiswert einzugehen. 5 .2

Die Expertise beruht auf umfassenden internistischen, psychiatrischen, neurologischen und orthopädischen Abklärungen und wurde in detaillierter Kenntnis der zum Begutachtungszeitpunkt vorliegenden

Vorakten erstellt (Urk. 7/270/15 ff.). Die Beschwerdeführerin konnte gegenüber den einzelnen Gutachtern ihre aktuellen Beschwerden schildern und wurde von diesen jeweils - soweit fachspezifisch erforderlich - eingehend befragt. Sie konnte sich insbesondere auch zu verschiedenen Themenbereichen wie dem beruflichen Werdegang und dem gewöhnlichen Tagesablauf äussern (Urk. 7/270/27 f., Urk. 7/270/33 f., Urk. 7/270/40 f., Urk. 7/270/46 ff.). Die geklagten Leiden fanden darüber hinaus im Rahmen der Diagnosestellung Berücksichtigung, wobei sowohl diese als auch die aus medizinischer Sicht resultierenden Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit dargelegt und erläutert wurden (Urk. 7/270/29 f., Urk. 7/270/35 ff., Urk. 7/270/42 ff., Urk. 7/270/51 ff.). Soweit notwendig erfolgte ausserdem eine Auseinandersetzung mit vorangegangenen ärztlichen Beurteilungen (Urk. 7/270/42 f., Urk. 7/270/53 ff.). Gesamthaft erfüllt das polydisziplinäre Z.\_\_\_\_-Gutachten somit die formellen Kriterien für eine beweiswerte medizinische Expertise (vgl. E. 1.5). 5 .3

Die Beschwerdeführerin bringt dagegen vor, die Schlussfolgerungen im Gutachten seien widersprüchlich. So werde ihr vorgeworfen, sie sei subjektiv krankheits- und behinderungsüberzeugt, obwohl sie auf die Frage, wie sie beruflichen Massnahmen gegenüberstehe, geantwortet habe, sie müsse mit einem begrenzten Pensum von etwa 20 % einsteigen (Urk. 1 S. 6).

Zwar trifft es zu, dass die Beschwerdeführerin

gegenüber dem internistischen und dem neurologischen Gutachter angab, sie könne sich eine angepasste Tätigkeit zu Beginn in einem Pensum von 20 % vorstellen (Urk. 7/270/28, Urk. 7/270/41), gegenüber dem psychiatrischen und dem orthopädischen Gutachter führte sie jedoch aus, zur Zeit könne sie nicht arbeiten beziehungsweise sie wolle gesund werden und dann arbeiten (Urk. 7/270/33).

Angesichts der Tatsache, dass diese Selbsteinschätzungen allesamt

erheblich tiefer ausfallen, als die von den Gutachtern attestierte 80% ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit (Urk. 7/270/11), erscheint es nicht als widersprüchlich, dass die begutachtenden Ärzte in der Gesamtbeurteilung zum Schluss kamen, die Beschwerdeführerin sei subjektiv krankheits- und behinderungsüberzeugt. 5 .4

Die Beschwerdeführerin erblickt weitere Widersprüche darin, dass im neurologischen Teilgutachten vom Gesamtgutachten abweichende Diagnosen aufgeführt wurden und Dr. T.\_\_\_\_ trotz Aufführung einer Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit aus neurologischer Sicht eine

Arbeitsunfähigkeit verneint

habe ( Urk. 1 S. 6).

Dazu ist zu bemerken, dass die Gesamtbeurteilung auf einer Konsensfindung zwischen den Gutachtern beruht, wobei die in den einzelnen Fachgebieten gestellten Diagnosen aus interdisziplinärer Sicht beurteilt wurden. Die vom neurologischen Gutachter gestellte Diagnose eines lumbovertebralen Schmerzsyndroms ist dabei in der orthopädischen Diagnose des chronischen Schmerzsyndroms im dorsalen Beckenabschnitt unter rechtsseitiger Betonung aufgegangen, die Diagnose des HWS-Syndroms in derjenigen des chronischen zervikobrachialen Schmerzsyndroms (vgl. Urk. 7/270/9). Dies ist angesichts des Umstandes, dass der neurologische Gutachter eine radikuläre Reiz- oder Ausfallsymptomatik beziehungsweise eine neurale Beteiligung verneinte, wodurch die Diagnosen eher auf dem rheumatischen Fachgebiet anzusiedeln sind, nachvollziehbar. Weiter stellte Dr. T.\_\_\_\_\_

aufgrund der Anamnese die Diagnose einer Schmerzverarbeitungsstörung, welche im Rahmen der vom psychiatrischen Gutachter diagnostizierten chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F54.41) Eingang in die Gesamtbeurteilung fand. Die ebenfalls aufgrund der anamnestischen Angaben gestellte Diagnose eines leichten CTS relativierte er sodann dahingehend, dass sich bei den seitens des behandelnden Arztes

beschriebenen

minimalen neurographischen Veränderungen und die motorische distale Latenzzeit des Nervus

medianus von 3.1 ms die Frage einer Überinterpretation stelle (Urk. 7/270/44). Daher - und da es sich gemäss dem neurologischen Teilgutachten ohnehin um eine Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit handelt - vermag die fehlende Aufführung in der Gesamtbeurteilung den Beweiswert des Gutachtens nicht zu beeinträchtigen. Insgesamt stellte Dr. T.\_\_\_\_\_ damit zwar verschiedene Diagnosen mit beziehungsweise ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit, verneinte jedoch eine neurologische Komponente dieser Beschwerden und legte dar, bei seiner Untersuchung habe sich in objektiver Hinsicht ein unauffälliger Status ergeben und abgesehen von einer Hypästhesie an der Grosszehe habe sich auch in sensibler Hinsicht kein relevanter Befund ergeben (Urk. 7/270/43). Dass er gestützt darauf zum Schluss kam, aus neurologischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, ist daher kein Widerspruch, zumal er ausdrücklich festhielt, die Einschränkungen für rückenbelastende Tätigkeiten seien vom orthopädischen Gutachter festzulegen (Urk. 7/270/44). 5 .5

Ferner brachte die Beschwerdeführerin vor, die Gutachter berücksichtigten den Gesundheitsschaden in der linken Schulter nicht, obwohl dieser zum Gutachtenszeitpunkt bereits bekannt gewesen sei (Urk. 1 S. 6).

Die Beschwerdeführerin berichtete anlässlich der orthopädischen Begutachtung von Schmerzen im Schultergelenk (Urk. 7/270/47). Die darauffolgende Untersuchung des Schultergelenks fiel bis auf eine Druckdolenz am medialen Skapularand und Levator scapulae

linksseitig sowie beidseits an der Fossa a

supraspinata unauffällig aus. Die von Dr. O.\_\_\_\_ am 12. April 2018 noch festgestellten Bewegungseinschränkungen (Urk. 7/256/4) waren nicht mehr vor handen (Urk. 7/270/49). In der Folge stellten die Gutachter keine eigenständige Diagnose betreffend die Schulterbeschwerden, sondern führten den Status nach Infiltration des linken Akromioklavikulargelenks am 25. April 2018 in der Diagnoseliste unter der Diagnose des zervikobrachialen Schmerzsyndroms auf (Urk. 7/270/

## E. 9

). Von einer fehlenden Berücksichtigung der zum Gutachtenszeitpunkt offensichtlich nicht gravierenden Schulterbeschwerden kann mithin nicht die Rede sein. Der für die Zeit nach Verfügungserlass geplante operative Eingriff an der Schulter ist für die Beurteilung im Übrigen ohne Einfluss (vgl. vorstehende E. 4.2.16). 5.6

Insgesamt vermögen die Einwände der Beschwerdeführerin die Beweiskraft des Z.\_\_\_\_-Gutachtens nicht zu schmälern. Zu klären bleibt, ob gestützt auf das Gutachten auf eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin im relevanten Zeitraum und somit auf einen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG geschlossen werden kann (vgl. E. 1.3). 6.6.1

Die Verfügung vom 10. März 2010 basierte auf der Beurteilung von Dr. C.\_\_\_\_ vom RAD, der gestützt auf den Bericht von Dr. D.\_\_\_\_ vom 29. Oktober 2008 auf grund des Status nach transforaminaler lumbaler intersomatischer Fusion L5/S1 vom 17. Juni 2008 bei Spondylose L5 von einer Arbeitsfähigkeit von 0 % für die angestammte Tätigkeit und von mindestens 70 % für eine angepasste Tätigkeit ausging (Urk. 7/65/4, Urk. 7/79/2). Die Beschwerdeführerin machte zwar bereits damals geltend, die von Dr. D.\_\_\_\_ am 29. Oktober 2008 gestellte Prognose, dass sie bei unauffälligem Verlauf ab Dezember 2008 zu 70-80 % in angepasster Tätigkeit arbeitsfähig sein könne, sei nicht eingetreten (Urk. 7/72/3), es lagen

jedoch keine dies bestätigende medizinische Akten vor, so dass zum Verfügungszeitpunkt mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von der durch Dr. C.\_\_\_\_

fest gelegten Arbeitsfähigkeit ausgegangen wurde. Dies wurde von der Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerde an das Sozialversicherungsgericht dann auch anerkannt (Urk. 7/90/5, vgl. Urk. 7/95/6).

Seit dem Vergleichszeitpunkt am 10. März 2010 hat sich die Beschwerdeführerin am 8. Juni 2017 einer perkutanen minimal-invasiven ISG-Fusion rechts und Endoskopie des thorakolumbalen Übergangs, am 8. November 2017 einer endoskopischen minimal-invasiven Denervation der Fazettengelenke LWK2/3/4 und am 28. Februar 2018 einer Entfernung der Stäbe bei gebrochenen Schrauben in LWK5 und SWK 1 unterzogen (Urk. 7/270/9). Dies führte jedoch nicht zu einer massgeblich anderen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit. So erachteten die Z.\_\_\_\_-Gutachter die Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit bereits seit dem Jahr 2006 als arbeitsunfähig und in einer angepassten Tätigkeit als zu 80 % arbeitsfähig. Ferner hielten sie fest, für derartig angepasste Tätigkeiten könne auch retrospektiv eine länger dauernde, das genannte Mass übersteigende Arbeitsunfähigkeit bescheinigt werden (Urk. 7/270/11). Der Hinweis der Beschwerdeführerin, die Z.\_\_\_\_-Gutachter seien von einer Arbeitsfähigkeit von 64 % (80%iges Pensum mit um 20 % reduzierter Leistung) ausgegangen (Urk. 1 S. 7 lit. c), ist unzutreffend, führten die Gutachter doch ausdrücklich aus, in einer angepassten Tätigkeit

sei eine Präsenz von 8 bis 8.5 Stunden möglich - was einem 100%-Pensum entspricht - wobei die Leistungsfähigkeit bei erhöhtem Pausenbedarf eingeschränkt sei, so dass sich eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 % ergebe ( Urk. 7/270/11).

Der von der Beschwerdeführerin angerufenen Einschätzung von Dr. A. \_\_\_ vom

18. Mai 2019 hingegen, in der er der Beschwerdeführerin eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit von etwa 40 % aufgrund der Beschwerden im Bereich der Lendenwirbelsäule und des Iliosakralgelenkes

attestiert ( Urk. 7/290/12), fehlt es an einer Darlegung der von ihm erhobenen Befunde und auch an einer Auseinandersetzung mit der Arbeitsfähigkeitsbeurteilung im Z. \_\_\_ -Gutachten, so dass nicht ersichtlich ist, aus welchen Gründen er die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin abweichend bewertete. Ferner äusserte

Dr. A. \_\_\_

sich auch nicht dazu, ob es sich dabei um eine Arbeitsfähigkeit in der angestammten oder einer angepassten Tätigkeit handle und worin diese Einschränkung bestehe. Ein Tätigkeitsprofil für eine dem Leiden angepasste Tätigkeit formulierte er nicht. Die Beurteilung von Dr. A. \_\_\_ genügt mithin nicht, um die Einschätzung der Gutachter, es liege in einer der Beeinträchtigung angepassten Tätigkeit eine 80%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit vor, in Zweifel zu ziehen.

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