

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00284 vom 8. Oktober 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-10-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00284

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00284 du 8 octobre 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00284 del 8 ottobre 2020

Erwägungen

E. 1

/80/3-16) hiess das hiesige Gericht im Verfahren IV.2017.01355 mit Urteil vom 16. Juli 2018 in dem Sinne gut, dass die angefochtene Verfügung vom 9.

November 2017 aufgehoben und die Sache an die IV-Stelle zurückgewiesen wurde , damit diese nach erfolgter Abklärung neu verfüge (Urk. 11/84).

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 ge sundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

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

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

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindes tens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Vier teltelrente , bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 1.3

Nach der allgemeinen Beweisregel (Art. 8 des Zivilgesetzbuches, ZGB) obliegt es bei erstmaliger Renten prüfung der versicherten Person die invalidisieren den Fol gen der

gesundheitlichen Beeinträchtigung mit dem Beweisgrad der über wie gen den Wahrscheinlichkeit nachzuweisen. Gelingt dieser Nachweis nicht, verfügt sie über keinen Leistungsanspruch. Mit anderen Worten wird bei Beweislosigkeit vermutet, dass sich der geklagte Gesundheitsschaden nicht invalidisierend auswirkt (BGE 140 V 290 E. 4.1; 139 V 547 E. 8.1). Bleiben die Auswirkungen eines objektivierbaren wie auch eines nicht (bildgebend) fassbaren Leidens auf die Arbeitsfähigkeit trotz in Nachachtung des Untersuchungsgrundsatzes sorgfältig durchgeführter Abklärungen vage und unbestimmt, ist der Beweis für die Anspruchsgrundlage nicht geleistet und nicht zu erbringen (BGE 140 V 290 E. 4.1 mit Hinweisen auf die Literatur).

E. 1.4

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 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).

E. 1.5

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).

Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen).

E. 1.6

Aus Gründen der Verhältnismässigkeit kann dort von einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 abgesehen werden, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist. Ein Beweisverfahren bleibt daher entbehrlich, wenn im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte (vgl. BGE 125 V 351) eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann (BGE 143 V 409 E. 4.5.3; vgl. BGE 143 V 418 E. 7.1). Insbesondere in Fällen, in welchen nach der Aktenlage überwiegend wahrscheinlich von einer bloss leichtgradigen depressiven Störung auszugehen ist, die nicht schon als chronifiziert gelten kann und auch nicht mit Komorbiditäten einhergeht, bedarf es in aller Regel keines strukturierten Beweisverfahrens (BGE 143 V 409 E. 4.5.3; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1).

E. 1.7

Zur Annahme einer Invalidität aus psychischen Gründen bedarf es in jedem Fall eines medizinischen Substrats, das (fach-)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt. Bestimmen psychische oder soziokulturelle Faktoren das Krankheitsgeschehen mit, dürfen die Beeinträchtigungen nicht einzig von den belastenden invaliditätsfremden Faktoren herrühren, sondern das Beschwerdebild hat davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen. Solche von der soziokulturellen oder psychosozialen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne verselbstständigte psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann (BGE 141 V 281 E. 4.3.3; 127 V 294 E. 5a; Urteil des Bundesgerichts 9C_543/2018 vom 21. November 2018 E. 2.2).

Somit sind psychosoziale und soziokulturelle Faktoren nur mittelbar invaliditätsbegründend, wenn und soweit sie den Wirkungsgrad der unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden Folgen des Gesundheitsschadens beeinflussen. Zeitigen soziale Belastungen direkt negative funktionelle Folgen, bleiben sie bei der Beurteilung der Gesundheitsbeeinträchtigung ausgeklammert (Urteil des Bundesgerichts 8C_717/2018 vom 22. März 2019 E. 3). In einer versicherungsmedizinischen Begutachtung, welche sich nach den normativen Vorgaben der Rechtsprechung orientiert, ist es daher nicht nur zulässig, sondern sogar geboten, solche invalidenversicherungsrechtlich nicht relevanten Umstände aufzuzeigen und gegebenenfalls bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit auszuklammern (Urteil des Bundesgerichts 9C_740/2018 vom 7. Mai 2019 E. 5.2.1).

Die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 ist bei einer offensichtlich psychosozialen Genese der nicht überwiegend wahrscheinlich verselbständigten psychischen Beschwerden entbehrlich (Urteile des Bundesgerichts 9C_171/2020 vom 12. Mai

2020 E. 5.2, 9C_32/2018 vom 26. März 2018 E.

E. 1.8

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

Die Versicherte erhob am

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung vom 30. März 2020 (Urk. 2) davon aus, gestützt auf das polydisziplinäre Gutachten sei die Beschwerdeführerin seit Januar 2015 (Beginn der einjährigen Wartezeit) zu 20 % eingeschränkt. Eine volle Arbeitsunfähigkeit sei aufgrund der Operation im Mai 2016 bis Ende September 2016 in jeglichen Tätigkeiten ausgewiesen. Ab Oktober 2016 sei der Beschwerdeführerin die Ausübung einer Tätigkeit im administrativ-kaufmännischen Bereich so wie in anderen, angepassten Tätigkeiten bei ganz tägiger Präsenz mit einer Leistungseinschränkung von 20 % möglich und zumutbar. Die Leistungseinschränkung von 20 % bei ganztägiger Präsenz begründe sich durch den vermehrten Zeitaufwand und den Pausenbedarf. Bei den psychiatrischen Befunden hätten keine relevanten Einschränkungen objektiviert werden können. Eine gleichmässige Einschränkung in allen Lebensbereichen liege nicht vor (S. 2).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin brachte hiegegen vor (Urk. 1), die Gutachter hätten sich zur Tätigkeit als Verkäuferin geäußert. Lediglich einmal werde zur Tätigkeit als Sekretariatsangestellte Stellung genommen. Jedoch gehe aus dieser Beurteilung nicht weiter hervor, wie diese Einschätzung zustande gekommen sei. Ebenso sei nicht klar, wieso die Beschwerdegegnerin keinen Einkommensvergleich erstellt und sich nicht dazu geäußert habe, wieso kein leistungsbedingter Abzug gewährt werde (S. 9). Zudem habe sie bereits im Einwandverfahren den Beweiswert des Gutachtens beanstandet. Es sei ausführlich und detailliert berichtet worden, weshalb diese Ansicht vertreten werde (S. 10). Gesamthaft würden diverse Aussagen falsch wiedergegeben und falsche Schlüsse gezogen. Zuletzt werde ihr ein aggravierendes widersprüchliches Verhalten angelastet, wobei dies lediglich aufgrund falscher Angaben im Gutachten entstehe. Die Gutachter würden ihre Belastungen konsequent herunterspielen und eine aggravierende, willensstarke Frau kreieren, welche über diverse Ressourcen verfüge. Dieses Bild entspreche jedoch in keiner Weise der Realität. Gesamthaft werde die Ansicht vertreten, dass das Gutachten den Beweiswert für eine medizinische Einschätzung nicht erfülle (S. 14).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin. 3. 3.1

Dr. med. B.____, Facharzt für Anästhesiologie, Klinik C.____, berichtete am 14. Dezember 2018 (Urk. 7/93/7-9) über die ambulante Behandlung der Beschwerdeführerin seit April 2018 und führte aus, von ihm seien bisher keine Arbeitsunfähigkeiten attestiert worden. Seit 2007 bestünden wandernde Schmerzen im Bereich des gesamten Körpers.

Fachrheumatologisch sei eine entzündliche Erkrankung ausgeschlossen worden. Im Jahre 2015 hätten zervikale Infiltrationen eine Besserung der Symptomatik gebracht (S. 1). Es sei die infiltrative Evaluierung eines lumbospondylogenen Schmerzanteils (nicht bestätigt) sowie eines lumbo radikulären Schmerzanteils (Wurzelreizsymptomatik S1 beidseits bestätigt) erfolgt. In der Folge sei eine therapeutische gepulste Radiofrequenz der Wurzeln S1 beidseits mit Besserung der Schmerzsymptomatik durchgeführt worden. In den Jahren

2017/2018 sei eine dreimalige Applikation von autologem konditioniertem Plasma an die Supraspinatussehne sowie die Bursa SDSA rechts durchgeführt worden, vier Wochen später sei dabei nur wenig Erfolg zu verzeichnen gewesen. Die Halbjahreskontrolle stehe noch aus (S. 2 unten und f.) . 3.2

Lic. phil. D.____, Psychologin, und Dr. med. E.____, Fachärztin für Neurologie, berichteten am 23. Dezember 2018 (Urk. 7/95) und nannten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 Ziff. 1.2): - undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1) - Fibromyalgiesyndrom - Züge von generalisierter Angststörung (ICD-10 F41.1) - zusätzlich offenbar Diabetes B, Migräne

Sie führten aus, die Schmerzen hätten nach diversen schmerzmedizinischen Interventionen zugenommen, ebenso die ängstlich-depressive Stimmungslage. Die Symptome würden täglich schwanken, es sei relativ unkalkulierbar (S. 1 Ziff. 1.3). Die bisherige Tätigkeit im Sekretariat sei zurzeit unrealistisch, die Beschwerdeführerin könne zeitweise kaum sitzen, die Konzentration sei schlecht und sie habe Schmerzen. Als angepasste Tätigkeit sei eine Tätigkeit in wechselnder Stellung denkbar. Es gebe jedoch viele Phasen/Tage mit 100%iger Arbeitsunfähigkeit (S. 1

Ziff. 2.1). Es bestehe eine Verminderung der Leistungsfähigkeit von zirka 70-80

%, dies sei sehr wechselnd (S. 2 Ziff. 2.2). Die Prognose sei schwierig, bestenfalls sei sie stabil. Dies hänge stark auch von der sozialen Situation/Familie/Perspektive ab (S. 2 Ziff. 3.3). Eine Wiedereingliederung sei theoretisch möglich zu 2-3 Stunden pro Tag, jedoch gebe es auch Tage, an denen es unmöglich sei (S. 3 Ziff. 4.2). 3.3

Die Gutachter der Medizinischen Abklärungsstelle (MEDAS)

F.____, erstatteten ihr polydisziplinäres Gutachten am 30. August 2019 (Urk. 7/121) gestützt auf die Akten sowie die Untersuchungen der Beschwerdeführerin. Sie nannten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S.

E. 7

Mai 2020 Beschwerde (Urk. 1) gegen die Verfügung vom 30. März 2020 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihr mindestens eine Rente von Mai bis September des Jahres 2016 auszurichten (S. 2 Ziff. 1 und 2), ferner seien weitere medizinische Massnahmen in die Wege zu leiten (S. 2 Ziff. 3).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 23. Juni 2020 (Urk. 10) die Abweisung der Beschwerde. Mit Gerichtsverfügung vom 24. August 2020 wurde antragsgemäss (vgl. Urk. 1 S. 2 Ziff. 4) die unentgeltliche Prozessführung bewilligt und der Beschwerdeführerin die Beschwerdeantwort zugestellt (Urk. 12). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 9

Ziff.

4. 2): - lumbospondylogenes Schmerzsyndrom - radiologisch gemäss MRI LWS vom 5. Juni 2015 mit massiger Osteochondrose LWK 4/5 und geringen Bandscheibenpathologien in den Etagen L3 bis S1, ohne signifikante neurokompressive Befundlage, ohne Spinalkanalstenose - klinisch-neurologisch ohne objektivierbares radikuläres Defizit, Lasègue negativ, aber diskrete Reflexbeschleunigung der Reflexe (bei leichter zervikaler Myelopathie) - mit Status nach gepulster Radiofrequenztherapie L5 beidseits (gemäss

Bericht Klinik C.____

26. März 2019), anamnestisch ohne Verbesserung auf bisherige konservative
Therapiemassnahmen - Status nach zervikaler Spinalkanalstenose mit
zervikaler Myelopathie HWK5/6 - bei Spondylose C3/4 bis C6/7 mit Status nach
Laminektomie von dorsal C3 bis C7, Mai 2016 - radiologisch gemäss MRI HWS vom 28.
März 2019 persistierende deutliche Myelopathie mit fokaler Atrophie betont im Fasciculus
lateralis, geringergradig
posterior auf Höhe HWK5/6 bei sonst regelrechtem Myelon
- mit degenerativen Veränderungen mit erosiver

Osteochondrose und anteriorer

Spondylose ab HWK4 bis HWK6, aber ohne Kompression des Myelons, jedoch mit
mehrsegmentalen intervertebralen foraminalen Einengungen C4 bis C7 - klinisch - neurologisch
lediglich residuales diskretes spastisch beschleunigtes Reflexbild an den unteren
Extremitäten, jedoch ohne spastische motorische reaktivierbare Störungen, ohne
signifikante Sensibilitätsstörungen oder Tiefensensibilitätsstörungen, ohne signifikante
neurogene Blasen-Darm-Störung - leichtgradige neuropsychologische Störung - in
Aufmerksamkeit, Gedächtnis und Exekutivfunktionen - im Rahmen der medizinischen
Gesamtsituation

Sie nannten folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S.

E. 10

Ziff. 4.2): - Schulterschmerzen rechts intermittierend bei Teilruptur Supraspinatus -
leichtes polytopes chronisches Schmerzsyndrom (fibromyalgiform) langjährig. Im Sinne
einer leichten stressinduzierten zentralen Hyperalgesie - bei wahrscheinlich
undifferenzierter Somatisierungsstörung - anamnestisch Angabe von Ängstlichkeit und
anankastischen Persönlichkeitszügen bei jedoch auch robusten Persönlichkeitsanteilen -
Ausschluss Multiple Sklerose gemäss Liquordiagnostik (Bericht 26. März 2019

Klinik C.____) - kein Hinweis für rheumatisches Krankheitsbild (Labordiagnostik 12. Juni
2017, Rheumafaktor und CCP-Antikörper negativ, jedoch Hinweis für latenten Vitamin B
12-Mangel) - ICD-10 F45.1 undifferenzierte Somatisierungsstörung - ICD-10

Z73 leichte Persönlichkeitsakzentuierung (emotional instabil, teilweise ängstliche,
anankastische Züge) und Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der
Lebensbewältigung (Realängste) - primäre episodische Migräne, teilweise mit Aura -
Adipositas Grad II (BMI 36.9) - arterielle Hypertonie - Diabetes mellitus II (diagnostiziert
zirka 2014) - Hypercholesterinämie - Asthma bronchiale, saisonal, sporadisch behandelt -
Schlafapnoe (aktenanamnestisch), unbehandelt, aber klinisch nicht erkennbar relevant -
Nikotinabusus Sie führten aus, dass eine mittelgradig verminderte Rückenbelastbarkeit
bestehe. Somatisch bestehe das folgende Zumutbarkeitsprofil: Das Heben und Tragen von
mehr als 5

kg sei der Beschwerdeführerin nicht mehr zumutbar wie auch Arbeiten rein im Stehen, rein
im Sitzen und rein im Gehen oder in Zwangspositionen des Rumpfes oder des Kopfes oder
in gebückter Stellung oder mit Gehen auf unebenem Gelände. Überkopfarbeiten oder das
Hantieren mit vibrierenden oder schlagenden Maschinen seien nicht zumutbar. Es sollten

keine Arbeiten mit häufigen HWS-Zwangshaltungen durchgeführt werden. Es fänden sich multifaktorielle leichte neuropsychologische Störungen. Die Beschwerdeführerin arbeite bei leicht komplexeren Aufgaben leicht verlangsamt. Sie könne sich kurzfristig nur eine leicht reduzierte Anzahl an neuen Informationen merken. Einen im Alter vergleichbar zu hohen Anteil von neu gelernten visuellen Informationen vergesse sie nach einer Weile wieder. Sie gehe in Aufgaben umständlich vor und lasse sich durch Unterbrechungen stören (arbeite dann langsamer). Sie wirke unsicher, ängstlich und beginne rasch zu weinen. Ihre kognitiven Einschränkungen nehme sie gesteigert wahr. Es zeigten sich Hinweise, dass kognitiv anspruchsvolle Aufgaben sie übermässig ermüden würden. Alle anderen Bereiche könnten als Resourcen betrachtet werden. So könne die Beschwerdeführerin visuell-koordinative Aufgaben (etwas abzeichnen, etwas nach Plan nachbauen) ausführen. Einfachere, klar strukturierte Aufgaben löse sie in einem altersgerechten Tempo. Auch lasse sie sich durch Anforderungen an «Multitasking» nicht beirren. Neue verbale Informationen lerne sie mithilfe von Wiederholungen gut und könne sich auch nach einer Ablenkung oder zeitlichen Verzögerung noch ausreichend daran erinnern. In der Aufgabenbearbeitung oder im Gespräch verliere sie den Faden nicht mehr als Gleichaltrige. Sie könne zügig von einer bekannten Aufgabe zur nächsten wechseln. Bei Schwierigkeiten finde sie oftmals selbstständig eine alternative Lösung. Sie erkenne logische Zusammenhänge. Sie könne lesen und rechnen. Sie sei freundlich zugewandt, in allen Modalitäten orientiert und zeige sich nachweislich anstrengungsbereit (S. 10 f.).

Aus allgemeiner-internistischer Sicht bestünden keine Funktionsstörungen, die Ressourcen seien nicht beeinträchtigt. Die Adipositas habe keine Einschränkungen der Arbeits- und Leistungsfähigkeit zur Folge. Affektionen des Bewegungsapparats vor allem der Beine könnten dadurch verstärkt werden. Die vermutete Schilddrüsen-Affektion werde mittels Substitution behandelt und stelle keine Beeinträchtigung dar. Der seit Jahren bekannte Diabetes mellitus - auch wenn er insulinpflichtig und schlecht eingestellt wäre - habe keine unmittelbaren medizinischen Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Bei Diabetes mellitus sei ein regelmässiger strukturierter Tagesablauf anzustreben, was durch eine Erwerbstätigkeit unterstützt würde. Das metabolische Syndrom wie die Dyslipidämie habe keine Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Die pulmonalen Affektionen seien aktuell auch ohne Therapie nicht manifest. Sie hätten allenfalls eine Leistungseinschränkung für schwerste körperliche Belastungen zur Folge, wie sie nach Wissensstand der Gutachter nie zum Anforderungsprofil der Beschwerdeführerin gehört hätten (S. 11).

In psychischer Hinsicht fänden sich zwar leichte emotional instabile Persönlichkeitszüge, und es seien auch Realängste im Kontext von psychosozialen Belastungen entsprechend vormals auch wechselhaft, negative Affekte erklärbar. Die früheren Konflikte seien jedoch zwischenzeitlich zumeist entaktualisiert. Entsprechend wirke die Beschwerdeführerin im Rahmen der aktuellen Begutachtung auch nicht psychoenergetisch kraftlos oder müde, durchaus durchsetzungsstark und psychoenergetisch kräftig, durchaus auch euthym und emotional gut schwingungsfähig. Es könne keine eigenständige generalisierte Angststörung oder Zwangsstörung festgestellt werden. Auch könne rückblickend keine so hohe Ausprägung nachvollzogen werden, dass die Vergabe der Diagnose aus dem Kapitel F32 (depressive Episode) oder gar F33 (rezidivierende depressive Störung) berechtigt wäre (S. 11).

Es hätten zwar in den letzten Jahren mehrfache erhebliche psychosoziale Belastungen bestanden (zwei belastende Partnerschaften, Ehetrennung 2001, Status als alleinerziehende Mutter von zwei Kindern, Schwierigkeiten am Arbeitsplatz mit Kündigung, Suche nach neuer Arbeitsstelle, finanzielle Schwierigkeiten, existenzielle Ängste).

Entsprechend sei es auch reaktiv zu den negativen Affekten im Sinne der Realängste, denkbar auch damit zur vermehrten Ausbildung der Schmerzen teilweise über vermehrte Muskelspannung sowie über eine leichte Somatisierungsreaktion gekommen. Zwischenzeitlich lebe die Beschwerdeführerin gemäss ihren Angaben aber in einer guten Partnerschaft. Die früher belastenden Ehebeziehungen mit Gewalterfahrung seien somit längst nicht mehr aktuell. Auch befinde sie sich derzeit nicht mehr im Status als alleinerziehende Mutter, zumal die Kinder nunmehr bereits erwachsen seien. Gleichwohl habe sie trotz den beschriebenen Mehrbelastungen vollumfänglich gearbeitet gehabt. Sie habe in der Vergangenheit auch erhebliche Resilienz, durchaus Durchsetzungskraft und Zielorientierung, sowohl in beruflicher als auch privater Ebene gezeigt. Zwar finden sich gemäss ihren Persönlichkeitsakzenten

in der Arbeitsbiografie gelegentliche Schwierigkeiten, thematisch zumeist aber Männern gegenüber (Reaktualisierung zu frühen Erfahrungen). Es zeige sich aber ansonsten durchaus auch eine hohe Resilienz. Es ergäben somit trotz gewisser Belastungen in der entwicklungspsychologischen Kindheitsanamnese angesichts der dann doch weitgehend unauffälligen Schul-, Arbeits- und Sozialanamnese keine Hinweise für eine relevante Störung des psychischen Strukturniveaus (S. 11 f.). Die komplexen Ich-Funktionen seien nicht erkennbar relevant gestört. So seien auch die Beziehungsfähigkeit und Kontaktgestaltung adäquat, gleichermassen sei die Affektsteuerung und Impulskontrolle ausreichend stabil. Intentionalität und Antrieb seien durchaus intakt, dürften aber von den persönlichen Zielsetzungen geleitet sein, wohl auch unter dem Eindruck der früheren mehrfachen Belastungen. Dennoch seien krankheitswertige Störungen nicht ableitbar, eher ein Wunsch nach Entlastung, was sich über eine gewisse negative Leistungsverzerrung in den anamnestischen Angaben zeige. Es ergäben sich somit auch hinsichtlich der psychischen Funktionen in Anlehnung an den Mini-ICF-APP nach Linden keine krankheitswertigen Ursachen, welche die Fähigkeit einschränken würden, sie unterlägen aber deutlich der motivationalen Modulation. So wirke die Beschwerdeführerin im Rahmen der aktuellen Begutachtung auch nicht psychoenergetisch kraftlos oder müde, durchaus durchsetzungsstark und psychoenergetisch kräftig, durchaus auch emotional gut schwingungsfähig (S. 12).

Es ergäben sich Hinweise für teilweise leistungsverzerrendes negatives Antwortverhalten. Angaben zu Energielosigkeit und Kraftlosigkeit liessen sich im aktuellen klinischen Eindruck sicher nicht bestätigen. Eine chronische schwerwiegende Schmerzsymptomatik könne nicht angenommen werden angesichts lediglich selten erforderlicher analgetischer Bedarfsmedikation, fehlender vegetativer und affektiver Schmerzkorrelate, ruhigem Sitzen über 3 Stunden Begutachtung. Die subjektive geringe Leistungseinschätzung könne somit somatisch, aber auch psychiatrisch nicht nachvollzogen werden. Die Therapieaktivitäten seien als gering zu bezeichnen. Eine Therapieresistenz liege nicht vor. Eine solche Einschätzung (zuletzt zum Beispiel Klinik C.____) stütze zu unkritisch auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin ab (S. 12).

Die angestammte Tätigkeit, ausgehend von Verkäuferin als gelernte Tätigkeit mit rückenbelastenden Tätigkeiten, sei als medizinisch nicht zumutbar zu bezeichnen.

Retrospektiv gelte diese Bewertung in angestammter Tätigkeit seit Januar 2015. Die entsprechenden Ausführungen des RAD-Gutachtens vom Mai 2017 seien diesbezüglich zutreffend.

Jedoch wären adaptierte Tätigkeiten möglich, limitiert nur durch die verminderte Rückenbelastbarkeit sowie durch leichte kognitive Beeinträchtigungen (ganz täglich, Leistungsminderung um 20 %). Gleichermassen gelte dies für lei densadap tierte Tätigkeiten seit Januar 2015. Ausnahmen davon seien aber die peri - /post operativen Zeiten (Operation im Mai 2016, Restitutionsphase bis Ende September 2016) . Die entsprechenden Ausführungen des RAD-Gutachtens vom Mai 2017 seien diesbezüglich zutreffend (S. 12).

Die Interaktion somatischer und psychischer Faktoren sei ausführlich dargestellt und in der versicherungsmedizinischen Bewertung berücksichtigt worden , aber auch unter Abgrenzung der versicherungsfremden Faktoren (Inkonsistenzen), was die Diskrepanz zwischen gutachterlicher Bewertung und

subjektiver, zu geringer Einschätzung der Beschwerdeführerin und den stark auf deren Angaben gestützten Beurteilungen der behandelnden Ärzte erkläre (S. 13).

3.4

Dr. med. G.____, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD) der Beschwerdeführerin, nahm am 18. September 2019 Stellung (Urk. 7/122/4-6) und führte aus, das poly disziplinäre MEDAS-Gutachten beantworte die gestellten Fragen umfassend, berücksichtige die geklagten Beschwerden, sei in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den Vorakten erstellt worden und sei in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge einleuchtend. Ebenso seien die gezogenen Schlussfolgerungen in nachvollziehbarer Weise hergeleitet worden und die Inkonsistenzen würden diskutiert. In der bisherigen Tätigkeit im Büro/Sekretariat sowie in angepassten Tätigkeiten bestehe seit Januar 2015 und auf Dauer eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit. Davon ausgenommen seien nur die peri - und postoperativen Zeiten im Rahmen der Dekompressionsoperation vom 20. Mai 2016 (S. 5).

4. 4.1

Das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom August 2019 (vgl. vorstehend E. 3.3) umfasst die Fachrichtungen Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Orthopädie, Neuropsychologie und Psychiatrie. Die Gutachter verfügen über den entsprechenden Facharztstitel beziehungsweise die erforderliche Fachausbildung und waren somit in ihren Fachgebieten zur Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin befähigt (vgl. Urk. 7/ 121 S. 2).

Die Gutachter berücksichtigten sodann die geklagten Beschwerden und das Verhalten der Beschwerdeführerin und erstellten ihr jeweilige s

Teigutachten in Kenntnis der Vorakten . Sowohl die gestellten Diagnosen als auch die Schlussfolgerungen zur Arbeitsfähigkeit werden im Gutachten ausführlich begründet und sind nachvollziehbar. Damit erfüllt das Gutachten die bundesgerichtlichen Anforderungen an ein medizinisches Gutachten (vorstehend E. 1. 8) vollumfänglich, so dass für die Entscheidfindung darauf abzustellen ist. 4.2

Die Gutachter legten in schlüssiger und nachvollziehbarer Weise dar, dass aus neurologischer Sicht kein klinisch relevanter Residualbefund festgestellt werden könne, welcher die Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit höhergradig limitiere .

Der zuletzt in der Klinik C. ___ angenommene lumboradikuläre Schmerzanteil könne nicht bestätigt werden bei fehlenden radikulären Störungsanteilen sowie ohne neurokompressive Befunde (Urk. 7/121 S. 5 f.) . Zudem seien neuropathische Schmerzen ebenfalls nicht objektivierbar . So fänden sich keine zerebralzentralen Störungen und insbesondere auch bezüglich der erfolgreich operierten zervikalen Spinalkanalstenose finde sich lediglich noch ein residueller leichter Myelopathiebefund . Es seien somit nur geringe Residuen erkennbar, die sich aus neurologischer Sicht für zumindest adaptierte körperlich leichte Tätigkeiten nicht relevant limitierend auswirkten . Insbesondere könne aus dem Myelopathiebefund keine Einschränkung der Gehfähigkeit abgeleitet werden (S. 7) . Aus internistischer und orthopädischer Sicht seien keine Diagnosen mit versicherungsmmedizinischer Relevanz nachweisbar (S. 9 oben).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht in ihrer angestammten Tätigkeit als Verkäuferin mit rückenbelastenden Tätigkeiten nicht mehr arbeitsfähig ist, in ihrer zuletzt ausgeübten Büro-/Sekretariatstätigkeit sowie in sämtlichen angepassten, körperlich leichten Tätigkeiten gemäss beschriebenem Belastungsprofil jedoch zu 80 % arbeitsfähig ist . Während der peri - und postoperativen Zeiten von Mai bis Ende September 2016 bestand eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 9 f. , S. 13).

4.3

In psychiatrischer Hinsicht diagnostizierten die Gutachter eine undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1) sowie eine leichte Persönlichkeitsakzentuierung und Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (ICD-10 Z73). Sie erachteten diese Diagnosen jedoch nicht als sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkend (S. 10).

Die Gutachter stellten ausführlich und nachvollziehbar dar, dass ohne hinreichend erklärende Schmerzursache aus somatischer Sicht eine stressinduzierte Hyperalgesie diskutiert werden müsse .

Es müsse aber auch eine Abgrenzung gegenüber negativ leistungsverzerrenden Angaben und Verhalten vorgenommen werden. Bei der Beschwerdeführerin bestünden entsprechende Belastungen, aber auch Inkonsequenzen (S. 7 Mitte) . Es könnten zwar Realängste in Bezug auf die psychosozialen Belastungen nachvollzogen, hingegen keine schwerere psychoreaktive Symptomausprägung begründet werden. Eine erhebliche therapieresistente Ausbildung der Schmerzsymptomatik könne nicht nachvollzogen werden. Es sei en zwar eine leichte Stressvulnerabilität und gewisse Persönlichkeitsauffälligkeiten als Akzentuierung nachvollziehbar, es bestünden aber auch genügend persönliche Ressourcen . Die von der Beschwerdeführerin gemachten Angaben über Konzentrationsstörungen, Antriebsminderung und Müdigkeitsgefühle seien im klinischen Eindruck in keiner Weise nachvollziehbar. Die Beschwerdeführerin zeige sich viel mehr psychoenergetisch dynamisch, kräftig, durchaus sehr selbstbewusst, emotional gut schwingungsfähig und in keiner Weise im engeren Sinne depressiv. Eine eigenständige versicherungsmedizinisch relevante höhere Einschränkung der Arbeitsfähigkeit lasse sich hieraus nicht begründen . Lediglich aus neuro psych ologischer Sicht seien leichtgradige

Störungen der Aufmerksamkeit, des Gedächtnisses und der Exekutivfunktionen festgestellt worden, welche aber unspezifisch zu werten seien (S. 8, S. 11). Angesichts der Inkonsistenzen, wonach die von der Beschwerdeführerin angegebenen Schlafstörungen im klinischen Eindruck nicht bestätigt werden könnten, keine erkennbare affektive oder vegetative Schmerzsymptomatik feststellbar sei und zudem lediglich bedarfsweise Analgetika eingenommen werde, seien trotz der unauffälligen Beschwerde- und Symptomvalidierung im neuropsychologischen Gutachten zumindest gewisse negativ leistungsverzerrende Angaben anzunehmen. Die erhobenen, leichten kognitiven Einschränkungen seien nur gering leistungsrelevant (S. 8, S. 12).

Damit ist nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die Beschwerdeführerin aus psychischer Sicht dauerhaft in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist.

Da eine Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen nachvollziehbar und schlüssig verneint wurde, kann auf ein strukturiertes Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 verzichtet werden (vgl. E. 1.6). 4.4

Bezüglich der Berichte des behandelnden Psychologen lic. phil. D.____ (vgl. vorstehend E. 3.2) sowie der Ärzte der Klinik C.____ (vgl. vorstehend E. 3.1) ist auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung hinzuweisen, wonach der Umstand allein, dass behandelnde (Fach-)Ärzte eine vom eingeholten Gutachten abweichende Meinung äussern, nicht Anlass zu weiteren Abklärungen gibt oder das Gutachten in Frage zu stellen vermag; anders würde es sich verhalten, wenn die behandelnden Ärzte konkrete, objektiv fassbare Aspekte namhaft machen, die dem ärztlichen Experten entgangen sind oder mit denen er sich nicht befasst hat (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 2. August 2006 U 58/06 E. 2.2) - was vorliegend allerdings nicht der Fall ist. Zu den von ihnen gestellten Diagnosen nahmen die MEDAS-Gutachtern denn auch

in schlüssiger und nachvollziehbarer Weise Stellung und setzten sich detailliert mit der Frage auseinander, ob bei der Beschwerdeführerin ein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden vorliegt. Bei den psychiatrischen Befunden konnten die Gutachter schliesslich keine relevanten Einschränkungen objektivieren (vgl. vorstehend E. 4.3).

Zusammenfassend ist das MEDAS-Gutachten vom 30. August 2019 – entgegen den Ausführungen der Beschwerdeführerin - vollbeweiskräftig. Von weiteren Abklärungen, wie von der Beschwerdeführerin gefordert, sind keine zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf in antizipierter Beweiswürdigung (vgl. BGE 122 V 157 E. 1d mit Hinweisen) verzichtet wird. Der Beschwerdeführerin sind sowohl die zuletzt ausgeübte Büro-/Sekretariatstätigkeit

wie auch jegliche angepassten Tätigkeiten gemäss beschriebenem Profil zu 80 % zumutbar. 4.5

Der durch die Beschwerdegegnerin zur Ermittlung der erwerblichen Auswirkungen vorgenommene Einkommensvergleich (vgl. Urk. 2 S. 3 unten, Urk. 7/122 S. 7; vgl. auch Urk. 7/19) ist nicht zu beanstanden.

Die Rechtsprechung gewährt einen Abzug auf dem Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeiter Tätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb). Gemäss der Rechtsprechung ist indes der Umstand allein, dass nur mehr leichte Arbeiten zumutbar sind, selbst bei einer eingeschränkten Leistungsfähigkeit kein Grund für einen zusätzlichen

leidensbedingt en Abzug, weil der Tabellenlohn bereits eine Vielzahl von leichten Tätigkeiten umfasst (Urteile des Bundesgerichts 8C_61/2018 vom 23. März 2018 E.

6.5.2, 8C_439/2017 vom 6. Oktober

2017 E.

5.5 und 8C_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.4.2).

Angesichts des vorliegend gegebenen Zumutbarkeitsprofils ist von einem genügend breiten Spektrum an zumutbaren Verweisungstätigkeiten auszugehen. Die eingeschränkte Leistungsfähigkeit durch den vermehrten Pausenbedarf wurde sodann bereits im reduzierten Pensum berücksichtigt und kann folglich nicht zusätzlich noch einmal unter dem Titel leidensbedingter Abzug berücksichtigt werden.

Es können grundsätzlich nur Umstände berücksichtigt werden, die auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt als ausserordentlich zu bezeichnen sind (Urteil des Bundesgerichts 9C_421/2017 vom 19. September 2017 E. 2.4 mit Hinweisen). Solche Umstände sind vorliegend nicht ersichtlich. Dass weitere abzugsrelevante Merkmale gegeben wären, macht die Beschwerdeführerin nicht geltend und ist nicht ersichtlich. Damit erscheint ein Abzug vom Tabellenlohn bei der Bemessung des Invalideneinkommens als nicht gerechtfertigt.

Die angefochtene Verfügung erweist sich demnach als rechens, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 5.

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. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung je doch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Die Beschwerdeführerin wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Stadt Zürich, Soziale Dienste, Y.____ -
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für
Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 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 beizubringen.

legen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin MosimannSchüpbach

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