

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00609 vom 7. Juli 2021**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-07-07, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2020.00609](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00609)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00609 du 7 juillet 2021

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00609 del 7 luglio 2021

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

X.\_\_\_\_, geboren 1965, verfügt über keine Berufsausbildung und war zuletzt ab September 2002 in einem 80%-Arbeitspensum als Hilfsmonteurin tätig. Im März 2015 meldete sie sich wegen multipler Beschwerden bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 7/2; Unterschrift Urk. 7/13). Diese verneinte mit Verfügung vom 2. November 201

### **E. 1.2**

In der Folge holte die IV-Stelle aktuelle Berichte bei den behandelnden Ärzten ein (Urk. 7/90, 7/91 und 7/94) und gab ein internistisches, orthopädisches, neurologisches und psychiatrisches Gutachten bei der Y.\_\_\_\_ in Auftrag. Dieses wurde am 20. Mai 2019 erstattet (Urk. 7/116). Zudem nahmen die Y.\_\_\_\_-Gutachter mit Schreiben vom 11. Juli 2019 (Urk. 7/119) zu den von der Versicherten mit Schreiben vom 22. Mai 2019 (Urk. 7/114) geltend gemachten Mängeln der gutachterlichen Untersuchungen Stellung. Nach Prüfung des Gutachtens durch den RAD (Urk. 7/123/5-7) kündigte die IV-Stelle der Versicherten die Verneinung eines Anspruchs gegenüber der Invalidenversicherung an (Urk. 7/124). Dagegen erhob die Versicherte Einwand (Urk. 7/126) und reichte innert bis zum 12. Juni 2020 erstreckter Frist (Urk. 7/143) eine ergänzende Begründung (Urk. 7/145) unter Beilage einer Stellungnahme des behandelnden Psychiaters ein (Urk. 7/144). Gestützt auf eine weitere Stellungnahme des RAD (Urk. 7/146) verfügte die IV-Stelle am 16. Juli 2020 wie angekündigt (Urk. 2). 2.

Gegen diese Verfügung erhob die Versicherte mit Eingabe vom 14. September 2020, vertreten durch Rechtsanwalt Locher (Urk. 3), Beschwerde (Urk. 1). Darin beantragte sie, es sei ihr eine ganze Invalidenrente zuzusprechen, eventualiter sei ein Obergutachten zu veranlassen; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der IV-Stelle (Urk. 1 S. 2). Diese schloss in der Beschwerdeantwort vom 21. Oktober 2020 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6). Die Beschwerdeantwort wurde der Versicherten mit Verfügung vom 28. Oktober 2020 zur Kenntnis gebracht (Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

Die Sache wurde zuletzt mit Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich IV.2016.0 1358 vom 29. März 2018, Dispositivziffer 1, an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit diese nach Einholung eines Gutachtens und gegebenenfalls weiterer Abklärungen über den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin neu verfüge (Urk. 7/82/19). Dabei wurden den Parteien die rechtlichen Voraussetzungen eines erstmaligen Rentenanspruchs, einschliesslich der Besonderheiten im Rahmen psychischer Erkrankungen (vgl. E. 1.1-1.3 des erwähnten Urteils, Urk. 7/82/3 f.), erläutert. Ebenso finden sich im Rückweisungsentscheid Ausführungen zum Beweiswert von Arztberichten

im Allgemeinen (vgl. E. 1.4 des erwähnten Urteils, Urk. 7/82/4 f.) und von Stellungnahmen des RAD im Besonderen (vgl. E. 4.4.1 des erwähnten Urteils, Urk. 7/82/13). Darauf wird verwiesen. Soweit erforderlich, finden sich in den nachstehenden Erwägungen jeweils spezifische Ergänzungen. 2.

### 2.1

Die Beschwerdegegnerin erwog im angefochtenen Entscheid, ausserhalb der postoperativen Rekonvaleszenz habe in Bezug auf die somatischen Befunde keine Arbeitsunfähigkeit vorzulegen. Die leichte depressive Episode beeinflusse die Arbeitsfähigkeit nicht. Aus der Stellungnahme des behandelnden Psychiaters ergäben sich keine neuen Erkenntnisse. Eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) sei bei der ausgesprochenen Schmerzstörung mit Selbstlimitierung nicht sinnvoll (Urk. 2). Ergänzend verwies sie auf die RAD-Stellungnahmen vom 19. Juli 2019 und 6. Juli 2020 (Urk. 6). 2.2

Die Beschwerdeführerin hielt indessen dafür, sie stehe seit Dezember 2014 in rheumatologischer, neurologischer und psychiatrischer Behandlung und werde von sämtlichen Ärzten als arbeitsunfähig beurteilt (Urk. 1 Ziff. 7). Die Untersuchungen im Y.\_\_\_\_ seien unangemessen kurz ausgefallen – insbesondere die psychiatrische Exploration, für welche die Dolmetscherin (Zeugin) auch nur für 30 Minuten aufgeboten worden sei. Sie sei immer wieder unterbrochen worden, das Hauptaugenmerk habe statt auf ihren Beschwerden auf ihrer finanziellen Situation gelegen. Das psychiatrische Teilgutachten sei denn auch ausgesprochen kurz und enthalte weder eine Herleitung der Diagnosen noch eine Diskussion der Beurteilungen anderer Psychiater. Vorab die Angst- und Panikstörung seien völlig ausser Acht gelassen worden. Die Ressourcenprüfung erschöpfe sich in der Aufzählung anamnestischer Fakten, die sich vor der Erkrankung verwirklicht hätten und deren Würdigung (etwa die Familiengründung) schleierhaft sei. Es sei auf die Beurteilungen von Dr. Z.\_\_\_\_ und Dr. A.\_\_\_\_ abzustellen. Selbst die Y.\_\_\_\_-Gutachter hätten keine Aggravation oder Simulation festgestellt (Urk. 1 Ziff. 19-31). Im Y.\_\_\_\_-Gutachten werde mehrfach auf eine (ausgeprägte) Schmerzstörung hingewiesen, ohne sich damit auseinanderzusetzen. Die von der RAD-Beurteilung aus dem Jahr 2016

[richtig: 2015] abweichende Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht werde nicht begründet. Mittels EFL könnte gerade festgestellt werden, dass keine Selbstlimitierung bestehe (Urk. 1 Ziff. 32-34). 3.

### 3.1

In der Konsensbeurteilung des polydisziplinären Y.\_\_\_\_-Gutachtens vom 20. Mai 2019 kamen die Gutachter zum Schluss, die Beschwerdeführerin sei in der bisherigen Tätigkeit (leichte, überwiegend sitzende Tätigkeit mit manuellem Zusammenstellen von Bestandteilen des Motors für Fensterstoren, vgl. Urk. 7/116/22, 7/116/29 f., 7/116/47 und 7/22/6 f.) 100% arbeits- und leistungsfähig. Als optimal angepasst gelte eine leichte, wechselbelastende Tätigkeit. Ausser in der postoperativen Rekonvaleszenz nach der Bimalleolarluxationsfraktur

zwischen November 2016 und Mai 2017 könne keine wesentliche, längerdauernde und höhergradige Arbeitsunfähigkeit retrospektiv zugeordnet werden (Urk. 7/116/11). Medizinische Massnahmen seien vor allem bezüglich der Adipositas vorzuschlagen, jedoch ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Schmerzmedizinische Massnahmen mit multiplen

Infiltrationen würden nicht zielführend erscheinen – weder früher noch im Verlauf ( Urk. 7/116/11).

Eine EFL sei bei der ausgesprochenen Schmerzstörung mit Selbstlimitierung nicht sinnvoll durchführbar ( Urk. 7/116/12). Ebenso wenig könnten bei ausgeprägter subjektiver Krankheits- und Behinderungsüberzeugung berufliche Massnahmen vorgeschlagen werden ( Urk. 7/116/11). Ein eigentliches aggravatorisches Verhalten in der Untersuchung (wie umständliches Auskleiden oder andauerndes Stöhnen, Urk. 7/116/23) hätte nicht festgestellt werden können (Urk. 7/116/10).

### 3.2

Dazu führten die Gutachter im Rahmen der Diagnoseliste ( Urk. 7/116/9 f.) sowie der interdisziplinären medizinischen Beurteilung ( Urk. 7/116/10) im Wesentlichen aus , aus orthopädischer Sicht stehe das chronische zervikovertebrale Schmerzsyndrom mit radiologisch mehrsegmentaler Degeneration, Diskopathie sowie Spinalkanalstenose, aber ohne funktionell höhergradiges Defizit im Vordergrund. Zudem seien chronische Beschwerden an den unteren Extremitäten bei einem Status nach Bimalleolarluxationsfraktur

mit Volkmann-Beteiligung links im November 2016 anzumerken, wobei sich radiologisch ein regelrechtes post operatives bzw. ein gutes funktionelles Resultat zeige. Ferner könne ein unspezifisches multilokuläres Schmerzsyndrom zur Kenntnis genommen werden. Aufgrund der Befunde resultiere eine Einschränkung hinsichtlich schwerer und anhaltend mittelschwerer Tätigkeiten, welche die Beschwerdeführerin gar nie ausgeübt habe. In leichten, wechselbelastenden Tätigkeiten, ohne wiederholtes Heben und Tragen von Lasten über 10 kg, ohne häufiges Überwinden von Treppen und Gehen auf unebenem Grund bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit.

Aus neurologischer Sicht sei festzuhalten, dass keine radikuläre Symptomatik bezüglich Halswirbelsäulen - (HWS)-Syndrom zu verzeichnen sei. Die Kopfschmerzen könnten einem multifaktoriellen Kopfschmerzsyndrom mit Migräne-Spannungskopfschmerzkomponente zugeordnet werden. Anamnestisch bestehe der Verdacht auf eine vestibuläre Migräne. Zudem sei ein Ocular

flutter zu diagnostizieren. Aufgrund der Befunde könne neurologisch keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nachgewiesen werden.

Aus allgemeininternistischer Sicht sei vor allem die Adipositas per magna (BMI 41 kg/m<sup>2</sup>) zu erwähnen, welche per se die Arbeitsfähigkeit nicht einschränke.

Aus psychiatrischer Sicht könne eine leichte depressive Episode (ICD-10: F32.0) konstatiert werden. Zudem seien eine Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10: F40.01) zu erwähnen. Die Somatisierung könne im Rahmen der depressiven Episode zugeordnet werden. Diese sei gemäss Untersuchungskriterien gering gradig ausgeprägt und beeinflusse die Arbeitsfähigkeit nicht. 3.3

Der begutachtende orthopädische Chirurg, Dr. med. B.\_\_\_\_, wies in seinem Teilgutachten alsdann darauf hin, dass die Beschwerdeführerin auffallend diffus über ihre Beschwerden berichte, doch habe die gesamte ausführliche Untersuchung im Stehen, Gehen, Sitzen und Liegen bei ausreichender Kooperation problemlos durchgeführt werden können. Zu Konsistenz und Plausibilität führte er aus , der ebene Gang erfolge unauffällig, während beim Treppenabgehen der linke Fuss vorangestellt werde. Bei der Untersuchung der

Wirbelsäule zeige sich die Beweglichkeit zervikal und lumbal praktisch frei, thorakal unter Gegenhalten aber klar vermindert. An den oberen und unteren Extremitäten bestehe eine weitgehend freie Beweglichkeit. Es bestehe eine völlig diffuse Druckdolenz der gesamten Körperoberfläche ohne klares punctum maximum. Immer wieder komme es zu deutlichen Gegenhalten etwa bei Prüfung der Hüftgelenke in Rückenlage, während selbst die forcierte Vornahme derselben Manöver in sitzender Position mit hängenden Beinen ohne ersichtlichen Leidensdruck toleriert werde. Zu erwähnen sei, dass die Beschwerdeführerin trotz ihres erheblichen Übergewichts im Langsitz den Oberkörper spontan mit den Armen hochgestemmt habe, um auf der Unterlage rückwärts zu rutschen. Vier von fünf Waddell-Zeichen seien positiv.

Auf radiologischer Ebene würden sich an der Wirbelsäule zervikal mehr segmental Degenerationen, einschliesslich Diskopathie und Spinalkanalverengung, zeigen, während lumbal, an Hüft- und Iliosakralgelenken sowie am linken (richtig: rechten, vgl. Urk. 7/116/32) Knie keine höhergradigen Veränderungen dokumentiert worden seien. Am linken Sprunggelenk bestünden regelrechte Verhältnisse nach Osteosynthese und an der Ferse Spornbildungen.

Zusammenfassend liessen sich die sehr diffus beklagten Beschwerden durch die klinischen, radiologischen und infiltrativen Befunde keinesfalls vollständig begründen. Durchaus nachvollziehbar sei zum einen ein gewisser Leidensdruck bei zervikaler Degeneration und Fehlhaltung im Sinne einer Protraktion von Kopf und Schultern sowie im Sinne eines Hohlrückens und zum anderen Restbeschwerden nach linksseitiger Sprunggelenksfraktur. Die gesamte anamnestiche und klinische Präsentation lasse aber deutlich an eine im Vordergrund stehende, nicht-organische Beschwerdekomponekte denken (Urk. 7/116/34).

Dr. med. C.\_\_\_\_, der

leitende Arzt Manuelle Medizin und interventionelle Rheumatologie der Klinik D.\_\_\_\_, habe am 8. Januar 2019 unklare, deutlich rechts betonte Ganzkörperschmerzen angeführt. Die an sämtlichen Extremitäten beklagten Beschwerden seien «mit objektivierbaren Befunden» kaum in den Griff zu bekommen. Die klinischen Fakten sprächen eher gegen eine rheumatologische Grunderkrankung, wahrscheinlicher sei eine Weichteilproblematik bei psychiatrischer Begleiterkrankung und Chronifizierungstendenzen. Von der Fusschirurgie der Klinik D.\_\_\_\_ sei gemäss deren Schreiben vom 10. Juli 2018 (Urk. 7/90) keine Arbeitsunfähigkeit ausgestellt worden. Diesen Einschätzungen könne somit gefolgt werden (vgl. Urk. 7/116/35). 3. 4

Dem Teilgutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ist ergänzend zum beobachteten Verhalten während des 55-minütigen Gesprächs zu entnehmen, die Beschwerdeführerin klage über Schmerzen und Ängste, zeige im Gespräch aber keinen grossen Leidensdruck. Die affektive Modulation sei etwas eingeschränkt; sie sei durchwegs in ernster und gefasster Haltung, doch zum depressiven Pol hingelenkt (Urk. 7/116/48 f.).

Zum Befund notierte Dr. E.\_\_\_\_

hauptsächlich, der affektive Kontakt sei gut herstellbar gewesen. Die Stimmung sei leicht depressiv mit etwas verminderter Freude bei durchaus erhaltenen Interessen. Die Beschwerdeführerin gebe Schlafstörungen in der Nacht und erhöhte Ermüdbarkeit am Tag

an. Sie habe vor allem auch anfallsartige Ängste, die relativ häufig mit vegetativen Symptomen als Ausdruck der Angst und unabhängig von der Situation auftreten würden, gebe aber auch Ängste in Menschenmengen an. Hinweise auf Zwänge bestünden nicht. Die Aufmerksamkeit, die Auffassung und das Gedächtnis seien ungestört. Das Denken sei formal geordnet und inhaltlich ohne Wahnideen, Halluzinationen und Ich-Störungen. Eine Zirkadianität sei nicht deutlich ausgeprägt ( Urk. 7/116/49).

Dr. E.\_\_\_\_ schlussfolgerte, bei der Beschwerdeführerin bestehe eine leichte depressive Episode, gekennzeichnet durch depressive Verstimmung und verminderte Freude, aber auch durch erhöhte Ermüdbarkeit, Schlafstörungen und etwas negative Zukunftsperspektiven bezüglich der gesundheitlichen und beruflichen Situation. Es bestehe diagnostisch auch eine Panikstörung mit Agoraphobie, gekennzeichnet durch doch relativ häufiges Auftreten anfallsartiger Ängste mit vegetativen Symptomen als Ausdruck der Angst, auch unabhängig von der Situation und auch durch Ängste in Menschenmengen, so in Einkaufsläden ( Urk. 7/116/49).

Eine Angststörung und eine depressive Episode seien bereits in den Akten aufgeführt. Zu diskutieren sei eine in den Akten aufgeführte akzentuierte, dependente selbstunsichere, ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung. Die Achse II-Diagnose einer Persönlichkeitsstörung könne nicht gestellt werden, da die Beschwerdeführerin früher sonst voll leistungsfähig gewesen sei und dies während mehrerer Jahre. Die sonst normale Sozialisation mit voller Leistungsfähigkeit spreche gegen diese Diagnose. Durchaus vorhanden seien akzentuierte,

dependente

selbstunsichere,

ängstlich-vermeidende

Persönlichkeitszüge

( Urk. 7/116/50).

Zur Konsistenz und Plausibilität erläuterte Dr. E.\_\_\_\_, die Beschwerdeführerin habe sich im Gespräch gut konzentrieren können, die Anamnese habe gut erhoben werden können und sie habe auch die Lebensdaten gut angeben können. Im

Alltag werde ihr viel abgenommen. Vor allem werde sie überallhin begleitet. So könne ein sekundärer Krankheitsgewinn entstehen ( Urk. 7/116/50).

Ferner führte er aus, die Beschwerdeführerin habe durchaus Ressourcen für angelernte Arbeiten. Sie habe zusammen mit ihrem Ehemann eine Familie gegründet und zwei Kinder gross gezogen, die noch zuhause wohnen würden. Früher habe sie ausserhäuslich gearbeitet bzw. zum Haushalt mitverdient. Sie sei einer Doppelbelastung als Hausfrau, Mutter und Erwerbstätige ausgesetzt gewesen. Es bestehe ein Migrationshintergrund. Heute könne sich die Beschwerdeführerin nicht mehr vorstellen, ausserhäuslich zu arbeiten. Sie begründe dies mit ihren Schmerzen und Ängsten, für die sie sonst keine Ursache wisse ( Urk. 7/116/50 f. ).

Abschliessend erörterte Dr. E.\_\_\_\_, der Therapieverlauf sei protokolliert. Die psychopharmakologische Medikation sei aber ungenügend, das Antidepressivum, das die Beschwerdeführerin verordnet erhalten und sich auch günstig bei Ängsten auswirken könne, sei im Serum nicht genügend vorhanden. Es bestehe auch eine deutlich ausgeprägte Kr an

kheits- und Behinderungsüberzeugung, die nicht nur krankheitsbedingt sei, so dass es schwierig sei, eine Therapie mit Erfolg durchzuführen ( Urk. 7/116/52). 4. 4.1

Wie bereits im Rückweisungsentscheid IV.2016.01358 vom 29. März 2018 E.1.4 ausführlich erörtert, hat das Sozialversicherungsgericht den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und die Beweise frei zu würdigen. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist dabei 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 ; vgl. Urk. 7/82/4 ).

In Bezug auf Berichte von behandelnden Arztpersonen gilt es allerdings auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc ; Urteil des Bundesgerichts 8C\_549/2019 vom 26. November 2019 E. 4.5 ).

Wohl kann die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Behandlung oft wertvolle Erkenntnisse zeitigen; doch lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag einerseits und Begutachtungsauftrag andererseits (BGE 124 I 170 E. 4) nicht zu, ein Administrativgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die anderslautenden Einschätzungen wichtige, nicht rein subjektiver Interpretation entspringende Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind ( vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_677/2014 vom 29. Oktober 2014 E. 7.2 mit Hinweisen, u.a. auf SVR 2008 IV Nr. 15 S. 43 E. 2.2.1 [I 514/06]).

#### 4.2

4.2.1

Bezüglich der somatischen Beurteilung monierte die Beschwerdeführerin eine fehlende Begründung der Arbeitsfähigkeitseinschätzung, insbesondere mit Blick auf die RAD-Stellungnahme im letzten Verwaltungsverfahren ( Urk. 1 Ziff. 33) . Es wurde indessen schon im Rückweisungsentscheid IV.2016.01358 vom 29. März 2018 eingehend erörtert, dass die Stellungnahme des RAD-Arztes pract . med. F.\_\_\_\_ , Facharzt für Arbeitsmedizin, vom 26. November 2015 (vgl. Urk. 7/35; erwähntes Urteil E. 3.2.1, Urk. 7/82/8) gerade in Bezug auf seine relativ vage Arbeitsfähigkeitseinschätzung, lautend auf eine Leistungsfähigkeit von 70 bis 80 % bei einer 100 % Präsenz und einem erhöhten Pausenbedarf von zwei Stunden pro Tag angesichts des von ihm definierten, bereits erheblich eingeschränkten Belastungsprofils nicht restlos zu überzeugen vermochte . Es wurde darauf hingewiesen, dass gemäss Auskunft der ehemaligen Arbeitgeberin der letzte effektive Arbeitstag der Beschwerdeführerin der 8. Dezember 2014 gewesen sei , wobei diese gemäss den Absenzen- und Überstundenblättern bis dahin nur vereinzelt Krankheitstage aufgewiesen und auch erst ab Juni 2015 Leistungen der Krankentaggeldversicherung bezogen habe. Zudem habe sich der behandelnde Leitende Arzt

für manuelle Medizin und interventionelle Rheumatologie der Klinik D.\_\_\_\_ ausser Stand gesehen, bei den von ihm aufgezählten funktionellen Einschränkungen nähere Angaben zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit zu machen und ausdrücklich eine EFL empfohlen (vgl. erwähntes Urteil E. 4.4.3, Urk. 7/82/14). 4.2.2

Es kommt hinzu, dass Dr. C.\_\_\_\_ in seinem

gutachterlich erwähnten ,

jüngsten Bericht an Dr. med. G.\_\_\_\_ v om 8. Januar 2019

im Hinblick auf ein rheumatologisches Konsil

festhielt , er habe die Beschwerdeführerin immer wieder aufgrund ihrer zervikozephalen Schmerzen rechtsbetont bei objektivierbarem Muskelhartspann jeweils ziemlich erfolgreich mit Wet und Dry Needling behandelt. Nicht in den Griff bekommen habe man die Beschwerden in beiden Armen und beiden Beinen rechtsbetont, mit kaum objektivierbaren Befunden, ausser einer Schwellung am Unterarm im Bereich radially ohne direkte

Hinweise für eine Sehnen- oder Gelenkbeteiligung. Im Knie rechts seien leichte bis mässige degenerative Veränderungen auszumachen. Begleitend dazu bestehe eine subjektive Schwäche beider Oberarme, wiederum rechtsbetont, bei neurologisch normalem Befund bei bekannter Spinalkanaleinengung ohne objektivierbare Befunde einer Myelopathie. Es stelle sich die Frage, ob allenfalls doch eine rheumatologische Grunderkrankung in Frage komme, die klinischen Fakten sprächen jedoch eher dagegen. Wahrscheinlich stehe eher eine Weichteilproblematik, bei psychiatrischer Begleiterkrankung und Chronifizierungstendenz , im Vordergrund (vgl. Urk. 7/116/58 f.). 4.3

Es liegt somit eine andere Ausgangslage als im letzten Prozess vor. Ein Teil der körperlichen Beschwerden erwies sich als mittels Triggerpunkttherapie

( Needling ) gut behandelbar bei bereits früher festgestelltem begleitendem

myofascialem Schmerzsyndrom bei Haltungsinsuffizienz (vgl. Urk. 7/116/66) .

Dabei stellt eine blosser Dekonditionierung auch keinen invalidisierenden Gesundheitsschaden im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) dar (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_385/2017 vom 19. September 2017 E. 4.2 mit Hinweis auf 9C\_848/2016 vom 12. Mai 2017 E. 4.2).

Für die übrigen , auch neuen

Beschwerden konnten weder die behandelnden Ärzte noch die Y.\_\_\_\_ -Gutachter ein hinreichendes organisches Korrelat feststellen bzw. ein solches wurde nicht als überwiegend wahrscheinlich erachtet. Der klinisch objektive Befund ist weitgehend bland. Damit hat es im Wesentlichen mit den Bildbefunden von Wirbelsäule (ohne Schädigung des Rückenmarks oder Neurokompression) , Knie und Sprunggelenk sein Bewenden, denen mit dem Belastungsprofil aus orthopädischer Sicht (leichte körperliche Verrichtung ohne häufiges Überwinden von Treppen und unebenem Grund, vgl. Urk. 7/116/36) nachvollziehbar Rechnung getragen wurde.

Daran ändert auch der Hinweis im Bericht der Fusschirurgie vom 10. Juli 2018 (Urk. 7/90) nichts, dass für Angaben zur zumutbaren Anzahl Stunden in angepassten Tätigkeiten die Resultate der Physiotherapie und der Massnahmen abzuwarten seien (Frage 4.2). Weder

hatten diese Ärzte je eine Arbeitsunfähigkeit bescheinigt ( Frage 1.3 ), noch vermochten sie Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Frage 2.5)

oder eine Funktionseinschränkung anhand der Befunde zu benennen (Frage 3.4).

Eine EFL erscheint somit

– entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin ( Urk. 1 Ziff. 34 f.) –

entbehrlich abgesehen davon , dass aufgrund der gutachter lich aufgezeigten Inkonsistenzen in der Untersuchung

gewisse Zweifel an deren Aussagekraft bestünden. Daran ändert noch nichts, dass die klinische Untersuchung insgesamt nicht nennenswert eingeschränkt war und die Beschwerdeführerin nicht durch ein besonders demonstratives Verhalten auffiel. 4.4

4. 4 .1

Bezüglich der psychiatrischen Begutachtung durch Dr. E.\_\_\_\_ rügte die Beschwerdeführerin vorab die kurze Dauer der Exploration , wobei sie diese mit 40 Minuten (im Gegensatz zu den im Gutachten vermerkten 55 Minuten )

angab . Der Gutachter habe sich so kein hinreichendes Bild von ihrem psychischen Gesundheitszustand machen können, zumal es ihm auch vorab um ihre finanzielle Situation gegangen sei ( Urk. 1 Ziff. 20).

Bei ihrer Argumentation stützte sie sich vollumfänglich auf die

Stellungnahme zum Y.\_\_\_\_ -Gutachten von Dr. med. H.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und

Dr. phil. Z.\_\_\_\_ , Psychotherapeutin ASP, vom 8. Juni 2020. Diese konstatierten insbesondere, im Gutachten werde die eigentliche Problematik, die Panik- und Angststörung, umgangen und eher Nebensächliches hervorgehoben. Die Ausführungen von Dr. E.\_\_\_\_ seien nichtssagend. Sie würden die komplexe psychiatrische Situation

in keiner Weise erfassen. Die Ressource «intakte Familie» habe eventuell eine weitergehende Dekompensation verhindert; es sei jedoch nicht haltbar, aufgrund der Familienunterstützung eine Arbeitsunfähigkeit zu verneinen. Eine medizinisch nachvollziehbare Begründung für die attestierte Arbeitsfähigkeit finde sich nicht. Im Übrigen sei die Beschwerdeführerin bemüht, sich nichts anmerken zu lassen. Eine einmalige, knapp einstündige Untersuchung reiche nicht aus, um den Leidensdruck zuverlässig zu beurteilen . Eine ausserhäusliche Tätigkeit wäre nur denkbar, wenn die Beschwerdeführerin von einer ihr vertrauten Person begleitet werden könnte und auch dann nur in einem eingeschränkten Pensum. Durch die Fibromyalgie werde das psychische Leiden verstärkt ( Urk. 7/144/2 f.). 4. 4 .2

Zutreffend ist , dass sich unter Umständen auch anhand der aufgewendeten Zeit bestimmt, ob eine Expertise als inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig gelten kann. Wie viel Aufwand im Einzelfall zu betreiben ist, hängt indes von der Fragestellung und dem zu beurteilenden Beschwerdebild ab; in letzter Konsequenz kann deshalb, je nach Natur der abzuklärenden Frage, selbst ein reines Aktengutachten den nötigen Beweis erbringen. Ein Zeitrahmen für die Untersuchung lässt sich nicht allgemeingültig festlegen. So wird auch in Ziff. 3 der «Qualitätslinien für versicherungspsychiatrische Gutachten» der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) vom 16. Juni

2016 nur eine «angemessene» Dauer mit genügend Zeit für eine umfassende Anamnese und ein vollständiges Bild der Befundlage verlangt. Über die Akten erschliessen sich dem Gutachter häufig so viele Anhaltspunkte für seine Beurteilung, dass der in

der Untersuchung gewonnene Eindruck vor allem bestätigend wirkt (Urteile des Bundesgerichts 9C\_747/2011 vom 10. Februar 2012 E. 2.2.2 und ferner 9C\_170/2009 vom 6. Mai 2009 mit zahlreichen Hinweisen). 4. 4 . 3

Der begutachtende Dr. E.\_\_\_\_

führte aus, die Beschwerdeführerin gebe an, sie könne nicht mehr allein aus dem Haus aufgrund von Ängsten unter Leuten . Mehrmals wöchentlich habe sie Herzrasen verbunden mit der Angst, dass etwas Schlimmes passiere, und mit einem Kraftverlust. Sie fahre nicht mehr selbst Auto und erleide als Beifahrerin oft Panikattacken bei der Fahrt durch einen Tunnel. Angst- und Panikattacken habe sie auch zuhause. Sie schlafe nachts mit Unterbrüchen. Tagsüber sei sie müde, müsse sich auch hinlegen. Wenn sie Panikattacken habe, sei ihr Appetit schlecht, sie habe dennoch zugenommen ( Urk. 7/116/46 f.).

Die geklagten Beschwerden fanden

Eingang in den

von Dr. E.\_\_\_\_ erhobenen psychopathologischen Befund und schlugen sich ebenso in den vom ihm gestellten Diagnosen nieder

(vgl. E. 3.4 ).

Wie nachfolgend aufzuzeigen ist, nannten Dr. H.\_\_\_\_

und

Dr. phil. Z.\_\_\_\_

weder massgebliche Befunde noch alltägliche Einschränkungen, die hierbei vom Gutachter übersehen worden wären . Es kann deshalb von einer angemessenen Dauer der psychiatrischen Exploration ausgegangen werden, die es dem Gutachter zusammen mit den Vorakten erlaubt, sich ein umfassendes Bild über den psychischen Zustand der Beschwerdeführerin zu verschaffen.

Eine Einvernahme der Dolmetscherin als Zeugin (vgl. Urk. 1 Ziff. 21) erübrigt sich. 4. 4 . 4

Zunächst lassen die von den aktuellen Behandlern

angeführten depressiven Symptome (Energieverlust, erhöhte Ermüdbarkeit, Aktivitätseinschränkung, verminderter Antrieb, verminderte Konzentration, Schuldgefühle, Gefühl der Wertlosigkeit) nicht schon auf eine Qualifikation der depressiven Episode als mittelgradig schliessen . Daraus ist mit Blick auf die gebräuchliche ICD-10-Klassifikation (vgl. dazu Dilling / Mombour /Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien,

## **E. 6**

( Urk. 7/57) einen Rentenanspruch der Versicherten, wobei sie sich insbesondere auf eine allgemein-/arbeitsmedizinische Untersuchung durch den Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; Urk.

## **E. 7**

/56).

Mit Urteil IV.2016.01358 vom 29. März 2018 (Urk. 7/82) hiess das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich

die Beschwerde der Versicherten in dem Sinne gut, als es die Verfügung vom 2. November 2016 aufgehoben und die Sache an die IV-Stelle zurückwies, damit diese nach Einholung eines orthopädisch-rheumatologischen und psychiatrischen Gutachtens und gegebenenfalls weiteren Abklärungen im Sinne der Erwägungen (dazu E. 6 des erwähnten Urteils, Urk. 7/82/18) über den Rentenanspruch neu verfüge (Urk. 7/82/19).

### **E. 10**

(Aufl. 2015, S. 169-173) nämlich weder ein besonders breites Spektrum noch ein besonders ausgeprägter Schweregrad der Symptome ersichtlich. Darüber hinaus sind, wie von Dr. E.\_\_\_\_

zutreffend bemerkt,

durchaus noch Interessen vorhanden

und werden auch regelmässig ausserhäusliche Aktivitäten (zumindest in Begleitung) wahrgenommen. Zu nennen sind Lesen und Handarbeit (vgl. Urk. 7/116/40), stundenlange Spaziergänge am Weiher/Fluss, zahlreiche Arzt-/Therapietermine (vgl. Urk. 7/116/29), gelegentliche Treffen mit Freunden, ein alljährlicher Urlaub in Italien (vgl. Urk. 7/116/30 und 7/91/5) sowie Einkäufe (etwa Urk. 7/116/23). Im Übrigen konnte Dr. E.\_\_\_\_ keine kognitive Beeinträchtigung bestätigen und die Behandler hatten die depressive Episode in ihrem Bericht vom 28. September 2018 selbst noch als leicht qualifiziert (Urk. 7/94/3 Frage 2.5). 4.4.5

Nach Auffassung der aktuellen Behandler steht denn auch primär die Angstsymptomatik einer Arbeitsfähigkeit entgegen, wobei sie im Umkehrschluss letztlich einräumen, dass zumindest in Begleitung ein Teilzeitpensum möglich wäre. Dabei wiesen sie anamnestisch darauf hin, dass man die Beschwerdeführerin ein Jahr lang vor der Entlassung immer habe zur Arbeit bringen müssen (vgl. Urk. 7/144/1). Die Kündigung im November 2014 erfolgte seitens der Arbeitgeberin und

(soweit ersichtlich)

nicht aus

gesundheitlichen Gründen, sondern infolge einer Umstrukturierung (vgl. Urk. 7/22/8; aber Urk. 7/15/3 Frage 1.7). In ähnlicher Weise wurde auch im Bericht vom 12. Mai 2016, damals noch mitunterzeichnet vom Psychiater Dr. med. I.\_\_\_\_, kein bestimmter Grad der Arbeits- (un)fähigkeit genannt, sondern vielmehr festgehalten, die Beschwerdeführerin könne nur in Begleitung eines Familienmitgliedes aus dem Haus und arbeiten in einer Gruppe gehen derzeit nicht (vgl. Urk. 7/67/1).

Dr. E.\_\_\_\_

berücksichtigte bei der von ihm diagnostizierten Panikstörung mit Agoraphobie neben der Angst in Menschenmengen nicht situationspezifisch auftretende Panikattacken begleitet von einer vegetativen Symptomatik (vgl. E.

3.4). Die Behandler zählten

zusätzlich zu den bekannten Einschränkungen im Alltag beim Verlassen des Hauses, beim Autofahren und Einkaufen nur die Benützung des öffentlichen Verkehrs auf, was lediglich ein weiteres Beispiel für Angst unter Leuten darstellt. Neue Aspekte stellen die

geltend gemachte erschwerte Umstellung der Medikation nach einer Panikattacke im Rahmen einer Infiltration und die Unmöglichkeit gewisser medizinischer Untersuchungen wegen einer Klaustrophobie dar. Diese vermögen jedoch nicht zu überzeugen. Zum einen benützt die Beschwerdeführerin nach eigenen Angaben gerne den Lift, was eine im Zusammenhang mit der Arbeitsfähigkeit relevante Klaustrophobie wohl ausschliesst

(vgl. Urk. 7/116/48 oben). Zudem nimmt sie auch das ihr seit Jahren verschriebene Cipralex, dem sie vertraut (etwa Urk. 7/67/2) und das gemäss Dr. E.\_\_\_\_\_

(wie auch behandlungsanamnestisch, vgl. Urk. 7/70) die gesamte psychiatrische Symptomatik günstig zu beeinflussen vermöchte, wohl nicht zuverlässig ein (vgl. Urk. 7/116/50 Mitte).

Ebenfalls zu relativieren sind die weiteren, von den Behandlern aufgelisteten Symptome soziale Rückzug und Verhaltensvermögen. Die Beschwerdeführerin vermeidet es einzig, selbst ein Auto zu lenken

(vgl. dazu aber auch Urk. 7/70 und 7/35/1). Alle anderen für sie möglicherweise schwierigen Situationen, wie Einkäufe, Autofahrten im Tunnel, Aufenthalt am Flughafen und zweistündige Flugreisen, kann sie in Begleitung einer vertrauten Person meistern und zwar regelmässig. Zudem pflegt sie soziale Kontakte nicht nur im engsten Familienkreis, sondern trifft auch Freunde und verbringt ihren Urlaub alljährlich in Kalabrien, wo Verwandte leben.

Offen bleiben kann bei vergleichbaren anamnestischen Angaben und Befunden die mit Ermessen verbundene spezifische diagnostische Zuordnung (vgl. dazu BGE 143 V 418 E. 5) im Rahmen der Phobien und anderen Angststörungen und damit neben Abweichung im Gutachten auch die Frage, weshalb die Behandler die noch im Bericht vom 28. September 2018

(Urk. 7/94/3) erwähnte soziale Phobie (Frage 2.5)

in der aktuellen Stellungnahme nicht mehr diagnostiziert ist. Erwähnenswert ist indessen, dass

in jenem Bericht ausgeführt wurde, dass glaubhaft von schwierigen Erfahrungen bzw. Problemen berichtet werde (Frage 2.4). Hinweis darauf, dass während der mehrjährigen Therapie eine der angegebenen häufigen Panikattacken durch die Behandler beobachtet werden konnte, finden sich keine.

Im Übrigen fällt auf, dass sich die Panikattacken erst im Herbst 2015 bei Ablauf der Karenzfrist nach Art. 29 IVG, also fast ein Jahr nach dem Verlust des Arbeitsplatzes und zweieinhalb Jahre nach der beschriebenen ersten heftigen Panikattacke beim Autofahren im Mai 2013

intensivierten, wobei die Angaben der Beschwerdeführerin nicht gänzlich konsistent scheinen (vgl. Urk. 7/69, 7/5/9 unten, 7/5/23, 7/35/2 zweiter Abschnitt und

7/75/1) und der Hausarzt zuvor zumindest von einer Teilarbeitsfähigkeit ausging (vgl. Urk. 7/5/3 f.). 4. 4.6

Eine Persönlichkeitsstörung wurde von Dr. E.\_\_\_\_, wie schon zuvor durch den von der Krankentaggeldversicherung mit einem Gutachten beauftragten Psychiater Dr. med. A.\_\_\_\_, nachvollziehbar verneint. Beide Experten stellten aber depressive, selbstunsichere und ängstlich-vermeidende Persönlichkeitszüge fest. Dr. A.\_\_\_\_ wies dabei auf einen Überlappungsbereich zwischen der Persönlichkeitsakzentuierung und der depressiv-ängstlichen Störung hin. Zudem erörterte er, dass die Chronifizierungstendenz durch die ungünstige Wechselwirkung von depressiver Störung, Angststörung und interagierende struktureller Defizite wesentlich unterhalten werde (vgl. Urk. 7/36/22 f.).

Akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) fallen als solche nicht unter den Begriff des rechtserheblichen Gesundheitsschadens (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_558/2015 vom 22. Dezember 2015 E. 4.2.4). Es ist aber zu berücksichtigen, dass ein solcher Faktor den Gesundheitszustand und das Leistungsvermögen ebenfalls beeinflussen kann (Urteil des Bundesgerichts 8C\_300/2017 vom 1. Februar 2018 E. 5.3 unter Hinweis auf BGE 141 V 281 E. 4.3.2). In diesem Sinne ist der von Dr. A.\_\_\_\_ beschriebenen Wechselwirkung Rechnung zu tragen, zumindest solange nicht die akzentuierte Persönlichkeit im Vordergrund steht. Im Gegensatz zur Persönlichkeitsstörung, deren Diagnostizierung ein tief greifendes und starres Verhaltensmuster bedingt (Dilling / Mombour / Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 274-277), kann von einer versicherten Person mit akzentuierten Persönlichkeitsanteilen (besonders mit therapeutischer Unterstützung) nämlich grundsätzlich erwartet werden, dass sie ihr Verhalten zugunsten einer Erwerbstätigkeit anpasst.

Gegen eine vorrangige Angststörung spricht vorliegend insbesondere das Fehlen eines behandlungsanamnestisch ausgewiesenen, relevanten Leidensdrucks mit einem Medikamentenspiegel

des vertrauten, langjährig verordneten Antidepressivums im nicht-therapeutischen Bereich und

niederfrequenten

psychotherapeutischen Sitzungen alle zwei Wochen. Es kommt hinzu, dass die Beschwerdeführerin in Begleitung eines Familienmitglieds letztlich keine Einschränkungen im Alltag zu gegenwärtigen hat. Ebenso wenig entwickelte sie eine nennenswerte depressive Symptomatik, wie sie bei häufigen und erheblichen Angstzuständen (selbst zuhause) zu erwarten wäre. In den Akten wurde vielmehr nur eine leichte,

teilweise bis höchstens mittelgradige depressive Episode beschrieben. Die ständig

bereit gestellte Begleitung und auch sonst der Beschwerdeführerin zuteil

werdende pflegerische Aufmerksamkeit (vgl. Urk. 7/35/2) stellt für sie, vor allem in Anbetracht der diagnostizierten akzentuierten Persönlichkeitszüge, einen erheblichen sekundären Krankheitsgewinn dar. All dies weckt erhebliche Zweifel am von den Behandlern gezeichneten Bild von im Vordergrund stehenden invalidisierenden Einschränkungen infolge einer behandlungsresistenten Angststörung. 4.3.7

Das vorstehend Ausgeführte gilt es auch im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281, dem gemäss BGE 143 V 281 sämtliche psychiatrischen Erkrankungen zu unterziehen sind, zu beachten (vgl. Allgemeines zur Prüfung der

Standardindikatoren, vgl. Rückweisungsentscheid E. 1.2 und E.5.3, Urk. 7/82/3 f. und 7/88/16 f.).

Beweisrechtlich entscheidend ist die Kategorie « Konsistenz ( Gesichtspunkte des Verhaltens)» (BGE 141 V 281 E. 4.1.3 ) mit den Indikatoren « gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen» und « behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck» (BGE 141 V 281 E. 4.4-4.4.2; Urteil des Bundesgerichts 9C\_371/2019 vom 7. Oktober 2019 E. 5.1.1). Wie dargetan beschäftigt sich die Beschwerdeführerin noch immer etwas mit Lesen und Handarbeit. Sie kann zudem auch regelmässigen ausserhäuslichen Aktivitäten

(Einkaufen, Spazieren, Freunde treffen, Urlaub in Kalabrien) nachgehen, wobei sie hierfür nach eigenen Angaben auf die Begleitung durch ein Familienmitglied angewiesen ist. Dies gilt soweit ersichtlich vorab für den Weg (z.B. Begutachtung, frühere Arbeitsstelle), ausgenommen unter vielen fremden Leuten (z.B. Einkaufen). Des Weiteren ist es nicht nur so, dass

Dr. E.\_\_\_\_ in der Untersuchungssituation keinen grossen Leidensdruck feststellen konnte, ein solcher

ist auch behandlungsanamnestisch

nicht ausgewiesen. Bereits Dr. A.\_\_\_\_ zeigte auf, dass die therapeutischen Optionen längst nicht ausgeschöpft sind (vgl. Urk. 7/36/25) . Dem stehen die Vorbehalte der Behandler gegenüber einer stationären Behandlung nicht entgegen (vgl. Urk. 7/71 und 7/94/4 ). So nimmt die Beschwerdeführerin offenbar bereits die Medikamente nicht ein, die ihr vertraut sind bzw. auf die sie gut anspricht (vgl. Urk. 7/70 und 7/116/50 Mitte) und so eine stationäre Behandlung ermöglichen könnten.

Ergänzend ist zur ersten Kategorie «funktioneller Schweregrad» ( BGE 141 V 281 E. 4.3) festzuhalten, dass die objektivierbaren Befunde nicht besonders ausgeprägt sind; die wesentlichen Befunde beruhen auf anamnestischen Angaben. Bei zuverlässiger Medikamenteneinnahme zeigte sich zudem bereits ein gewisser Behandlungserfolg (vgl. Urk. 7/70). Negativ ins Gewicht fällt die von Dr. A.\_\_\_\_ aufgezeigte Wechselwirkung zwischen den verschiedenen, von Dr. E.\_\_\_\_ bestätigten Komorbiditäten, einschliesslich einer akzentuierten Persönlichkeit . Da die Symptome teilweise überlappen , bleibt eine Abgrenzung der Anteile der einzelnen Leiden schwierig und ein entscheidender sekundärer Krankheitsgewinn ist nicht auszuschliessen .

Der soziale Kontext ist wiederum positiv zu werten, da Kontakte auch zu Freunden erhalten geblieben sind und die Familienmitglieder die Beschwerdeführerin wo nötig begleiten . Dies gilt insbesondere auch für Therapietermine und früher die Fahrt zur Arbeit. 4.4

Zusammenfassend vermochten

Dr. Z.\_\_\_\_ und Dr. H.\_\_\_\_ keine Aspekte aufzuzeigen, welche vom begutachtenden Dr. E.\_\_\_\_ bei der Erhebung der anamnestischen Angaben sowie des psychopathologischen Befundes übersehen wurden. Soweit es die Diagnosestellung betrifft, ist eine depressive und Angstsymptomatik in den medizinischen Akten unstrittig. Eine akzentuierte Persönlichkeit wurde zudem bereits von Dr. A.\_\_\_\_

festgestellt; dagegen brachten weder die Behandler noch die Beschwerdeführerin substantiierte Einwände vor . Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin bestehen

ferner keine Anhaltspunkte für eine somatoforme Schmerzstörung ( aus psychiatrischer Sicht ) oder Fibromyalgie ( aus rheumatologischer Sicht ) . Eine solche Diagnose wurde weder von den aktuellen Behandlern

noch den

Gutachtern auf ihrem eigenen Fachgebiet in Betracht gezogen noch entsprechend behandelt (vgl. S. 54 und 61 ff. der AWMF -Leitlinie Nr. 145/004 zum Fibromyalgiesyndrom , herausgegeben von der Deutschen Schmerzgesellschaft, abrufbar unter [www.awmf.org](http://www.awmf.org) , besucht am 16. Juni 2021 ). Dass sie eine mögliche Erklärung auf einem anderen Fachgebiet nicht ausschlossen, vermag daran nichts zu ändern. Ebenso wenig die von der Beschwerdeführerin monierte unglückliche Formulierung in der Konsensbeurteilung ( Urk. 7/116/12), die sich

offensichtlich auf die subjektive Krankheitsüberzeugung bezieht (vgl. Urk. 7/116/11 unten).

Hervorzuheben ist stattdessen, dass die Behandler in ihrer Stellungnahme zum Y.\_\_\_\_ -Gutachten die bisher von ihnen attestierte volle Arbeitsunfähigkeit relativierten und sich insbesondere auch im Rahmen eines strukturierten Beweisverfahrens , welches auch auf eine somatoforme Schmerzstörung oder eine Fibromyalgie anzuwenden wäre, keine höhergradige Arbeitsunfähigkeit bestätigen lässt. Es ist den im gleichen Haushalt lebenden Familienmitgliedern zuzumuten, die Beschwerdeführerin nötigenfalls nicht nur zu privaten Terminen, sondern auch zur Arbeitsstelle zu begleiten, wie sie dies bereits zuvor getan haben. So wird denn auch eine gleichmässige Einschränkung im Alltag und Berufsleben erreicht. Jedenfalls kann die Verwertung der Arbeitsfähigkeit nicht am Arbeitsweg scheitern, für den eine Begleitung organisiert werden kann. Darüber hinaus sind die therapeutischen Optionen nicht ansatzweise ausgeschöpft, wobei bereits von einer kontrollierten Medikamenteneinnahme eine Besserung

erwartet werden kann . Ein sekundärer Krankheitsgewinn in Form von Aufmerksamkeit und Befreiung von Verpflichtungen, wie er der Beschwerdeführerin aufgrund der diagnostizierten Persönlichkeitszüge besonders entgegenkommt, muss bei der Leistungsprüfung unbeachtlich bleiben. 4.5

Die übrigen Teilgutachten wurden seitens der Beschwerdeführerin nicht substantiiert beanstandet. Eine Arbeitsunfähigkeit aus neurologischen Gründen wurde ihr soweit ersichtlich von keinem Arzt attestiert ( neu seit dem letzten Prozess: Urk. 7/91/17) . Gemäss Rechtsprechung ebenfalls nicht als invalidisierend zu qualifizieren ist die Adipositas (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_385/2014 vom 24. Oktober 2014 E. 4.3, 8C\_372/2012 vom 13. Juni 2013 E. 2.2 und 9C\_496/2012 vom 9. September 2012 E. 2.2 je mit Hinweisen), auch wenn diese sich tatsächlich

wohl ebenfalls negativ auf das Wohlbefinden der Beschwerdeführerin sowie die Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit auswirkt. Eine erhebliche Gewichtsabnahme wird dabei nicht zuletzt auch aus orthopädischer Sicht empfohlen (vgl. Urk. 7/116/37). 5.

5.1

Es kann somit vollumfänglich auf das Y.\_\_\_\_ -Gutachten abgestellt werden. Ausgenommen für den Zeitraum der postoperativen Rekonvaleszenz nach der Fussoperation (und Handoperation, vgl. Urk. 7/91/20 f. ) lag keine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit vor.

Selbst wenn mit den Behandlern berücksichtigt wird, dass die Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht auf dem Arbeitsweg begleitet werden muss, was sich bis anhin auch organisieren liess, und nicht in einer Gruppe

arbeiten

kann, wäre ihre Arbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt dennoch verwertbar. Die Beschwerdeführerin könnte in Anbetracht des von Dr. B. definierten Belastungsprofils (leichte, wechselbelastende Tätigkeiten, ohne wiederholtes Heben und Tragen von Lasten über 10 kg, ohne häufiges Überwinden von Treppen und Gehen) weiterhin leichte Montagearbeiten an

einem Arbeitsplatz mit der Möglichkeit zu Positionswechseln ausführen. In

diesem Bereich war die Beschwerdeführerin, die

zu keiner Zeit anspruchsvollere oder körperlich schwerere Tätigkeiten ausübte, auch bis anhin tätig (vgl. Urk. 7/36/12 unten). 5.2

Da die Beschwerdeführerin auch als Gesunde nicht mehr an der bisherigen Arbeitsstelle tätig wäre, sind beide Vergleichseinkommen anhand des standardisierten monatlichen Einkommens für weibliche Hilfskräfte gemäss der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (BFS), TOTAL in der Tabelle TA1\_tirage\_skill\_level, Kompetenzniveau 1 festzulegen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_314/2019 vom 10. September 2019 E. 6.1 und 8C\_551/2017 vom 2. August 2018 E. 5). Selbst unter Berücksichtigung eines maximalen leidensbedingten Abzugs von 25 % resultiert somit kein rentenbe gründender Invaliditätsgrad. Weder das Belastungsprofil (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C\_219/2019 vom 30. September 2019 E. 5.2) noch die mangelnde Sprachkenntnisse oder ungenügende Ausbildung

(vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_549/2019 vom 26. November 2019 E. 7.7) noch eine psychisch bedingt verstärkte Rücksichtnahme seitens Vorgesetzter und Arbeitskollegen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_266/2017 vom 29. Mai 2018 E. 3.4.2) begründen dabei einen eigenständigen Abzugsgrund und rechtfertigen in der vorliegenden Konstellation auch in ihrer Gesamtheit keinen hohen Abzug. 5.3

Der Vollständigkeit halber sei angefügt, dass die Beschwerdeführerin vor ihrer letzten Arbeitsstelle mehrere Jahre Heimarbeit verrichtete (vgl. Urk. 7/36/12 unten). Diese Möglichkeit, welche ihr den Einstieg erleichtern oder eine ausser häusliche Tätigkeit ergänzen könnte, steht ihr aktuell ebenfalls offen, auch wenn im handwerklichen Bereich (vgl. indessen zur Telearbeit Urteil des Bundesgerichts 9C\_15/2020 vom 10. Dezember 2020 E. 7.1) das Stellenangebot eingeschränkt und über die tatsächlichen Verdienstmöglichkeiten zu wenig bekannt ist, um diese Möglichkeit bei der Invaliditätsbemessung ohne weitere Abklärungen berücksichtigen zu können. 5.4

Konkrete Einschränkungen im Haushalt sind keine ersichtlich,

ausgenommen, dass die Beschwerdeführerin aus ungeklärten Gründen nicht staubsaugen kann und ihr wohler ist, wenn auch bei der Hausarbeit generell jemand anwesend ist und mithilft

(vgl. Urk. 7/116/40 oben, 7/116/22, 7/116/30 und 7/116/48; ferner auch Urk. 7/94/6). Sie lebt sodann

mit drei erwachsenen Familienmitgliedern zusammen, so dass eine entsprechende Mithilfe erwartet werden kann. 6.

Nach dem Gesagten hat die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin zu Recht verneint. Von weiteren Abklärungen – insbesondere einem Obergutachten (Urk. 1. S. 2) – sind keine neuen Erkenntnisse zu erwarten. Die Beschwerde ist daher abzuweisen. 7.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Diese sind auf Fr. 800.-- festzusetzen und 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 Thomas Locher - 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 15. Juli bis und mit dem 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  
Die Gerichtsschreiberin  
Vogel Bonetti

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