

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00748 vom 22. Juli 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-07-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00748

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00748 du 22 juillet 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00748 del 22 luglio 2021

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1975, war zuletzt als Produktionsmitarbeiterin bei der Y.____ AG tätig (Urk. 6/18). Am 17. März 2015 (Urk. 6/7) meldete sie sich wegen Rückenbeschwerden bei der Invalidenversicherung an. Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, tätigte erwerbliche und medizinische Abklärungen und holte bei der Z.____ ein polydisziplinäres Gutachten ein, das am 7. Juni 201

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 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (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. 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 Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem

Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 1.3

Die rückwirkend ergangene Verfügung über eine befristete oder im Sinne einer Reduktion abgestufte Invalidenrente umfasst einerseits die Zusprechung der Leistung und andererseits deren Aufhebung oder Herabsetzung (BGE 125 V 413 E. 2d; Urteil des Bundesgerichts 8C_780/2007 vom 27. August 2008 E. 2.3; vgl. Meyer/ Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, Rn 11 zu Art. 30–31). Rechtsprechungsgemäss bildet eine solche Verfügung insgesamt den Anfechtungs- und Streitgegenstand und unterliegt integral der gerichtlichen Prüfung, selbst wenn nur einzelne Punkte davon bestritten sind (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.2, 125 V 413 E. 2d; vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_440/2017 vom 25. Juni 2018 E. 5.1 [in BGE 144 V 153 nicht publiziert] und 9C_50/2011 vom 25. Mai 2011 E. 2.1).

Spricht die Verwaltung der versicherten Person eine abgestufte oder befristete Rente zu und wird beschwerdeweise einzig die Abstufung oder die Befristung der Leistungen angefochten, hat dies nicht eine Einschränkung des Gegenstandes des Rechtsmittelverfahrens in dem Sinne zur Folge, dass die unbestritten gebliebenen Bezugszeiten von der Beurteilung ausgeklammert bleiben. Die gerichtliche Prüfung hat vielmehr den Rentenanspruch für den gesamten verfügbaren Zeitraum und damit sowohl die Zusprechung als auch die Abstufung oder Aufhebung der Rente zu erfassen (BGE 131 V 164 E. 2.2, 125 V 413 E. 2d; Urteile des Bundesgerichts 8C_765/2007 vom 11. Juli 2008 E. 2 und I 526/06 vom 31. Oktober 2006 E.

2.3 mit Hinweisen). Dabei ist in anfechtungs- und streitgegenständlicher Hinsicht irrelevant, ob eine rückwirkende Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Invalidenrente in einer oder in mehreren Verfügungen gleichen Datums eröffnet wird (BGE 131 V 164 Regeste; Urteil des Bundesgerichts 8C_489/2009 vom 23. Oktober 2009 E. 4.1 mit Hinweis).

E. 1.4

Nach der Rechtsprechung sind bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Invalidenrente die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen (Art. 17 ATSG in Verbindung mit Art. 88a der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV) analog anzuwenden (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 9C_399/2016 vom 18. Januar 2017 E. 4.8.1). Ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten und damit der für die Abstufung oder Befristung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt des Rentenbeginns mit demjenigen im – nach Massgabe des analog anwendbaren Art. 88a Abs. 1 IVV festzusetzenden – Zeitpunkt der Anspruchsänderung (vgl.

BGE 125 V 413 E. 2d mit Hinweisen; vgl. statt vieler: Urteile des Bundesgerichts 8C_375/2017 vom 25. August 2017 E. 2.2 und 8C_350/2013 vom 5. Juli 2013 E. 2.2 mit Hinweis).

E. 1.5

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 Zuschuss 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 revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen). Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt somit per se, um auf einen verbesserten oder verschlechterten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist in diesem Zusammenhang vielmehr eine veränderte Befundlage (Urteil des Bundesgerichts 9C_135/2021 vom 27. April 2021 E. 2.1 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. 1.6

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). 2.

2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete den angefochtenen Entscheid (Urk. 2/1-2) wie folgt: Gestützt auf die medizinischen Unterlagen sei davon auszugehen, dass die angestammte Tätigkeit als Produktionsmitarbeiterin seit November 2014 nicht mehr zumutbar sei. Eine körperlich leichte Tätigkeit sei unter gewissen Bedingungen ab 16. Februar 2015 zu 50 % zumutbar gewesen. Somit habe die Beschwerdeführerin nach Ablauf des gesetzlichen Wartejahrs Anspruch auf eine halbe Rente. Ab 22. März 2018 habe eine Arbeitsfähigkeit von 80 % in einer angepassten Tätigkeit bestanden, weshalb die Rente bis Ende Juni 2018 befristet werde. Ab Oktober 2019 sei ein Pensum von 65 % in einer angepassten Tätigkeit zumutbar, womit die Beschwerdeführerin ab Oktober 2019 Anspruch auf eine Viertelsrente habe (Verfügungsteil 2).

In ihrer anlässlich der Verhandlung vom 12. April 2021 vorgetragenen Duplik (vgl. S. 3-5 des Protokolls) hielt die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen fest, es habe nach Austritt der Beschwerdeführerin aus der stationären psychiatrischen Behandlung eine leichte Symptomatik bestanden, womit nach Erfüllung der Schadenminderungspflicht eine Arbeitsfähigkeit von 80 % angepasst und kein Anlass für Integrationsmassnahmen bestanden habe. Das zweite Gutachten sei in Auftrag gegeben worden, weil das erste aus dem Jahr 2016 nichts über die Jahre 2017 bis 2019 enthalten haben könne. Die Beschwerdeführerin könne sich jederzeit für Integrationsmassnahmen melden (S. 4). 2.2

Dem hielt die Beschwerdeführerin im Wesentlichen entgegen (Urk. 1), im Z.____ -Gutachten sei ihr in der angestammten und in angepassten Tätigkeiten eine volle Arbeitsunfähigkeit bescheinigt worden, wobei man sich erhofft habe, mit entsprechenden medizinischen und beruflichen Massnahmen die Arbeitsfähigkeit steigern zu können. Leider hätten die medizinischen Massnahmen nicht die erhoffte Besserung erbracht, und die Beschwerdegegnerin habe die Empfehlungen betreffend berufliche Massnahmen ignoriert (S. 5). Dementsprechend habe sie ab November 2015 bis zum erneuten Gutachtenszeitpunkt Anspruch auf eine ganze Rente (S. 6) . Auf das A.____ -Gutachten könne aus näher dargelegten Gründen nicht abgestellt werden (S. 6 ff.), so habe der orthopädische Gutachter zwar eine bildgebend aus gewiesene Verschlechterung bestätigt, gehe aber dennoch davon aus, dass sich der Gesundheitszustand seit dem ersten Gutachten nicht wesentlich verändert habe (S. 6 unten f.). Der psychiatrische Gutachter habe nicht plausibel erklärt, weshalb er von einer Arbeitsfähigkeit von 80 % ausgehe (S. 7). Weiter sei in der Konsensbeurteilung festgehalten worden, dass sich die Arbeitsunfähigkeit von 20 % aus orthopädischer und von 20 % aus psychiatrischer Sicht addiere, weshalb eine Gesamtarbeitsunfähigkeit von 40 % und nicht wie im Gutachten angeführt 35 % resultiere (S. 8). Es sei auf das Gutachten der Z.____ abzustellen (S. 9).

In ihrer anlässlich der Verhandlung vom 12.

April 2021 vorgetragenen Replik (Urk. 11) machte die Beschwerdeführerin zusätzlich insbesondere geltend, es seien Massnahmen zur sozialberuflichen Integration einzuleiten (S. 4 unten). In ihrer Triplik (vgl. S. 4 des Protokolls) wiederholte sie im Wesentlichen ihre bisherigen Angaben. 2.3

Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin. 3.

3.1

Dr. med. B.____ , Oberarzt am Spital C.____ , stellte mit Bericht vom 3. März 2015 (Urk. 6/8/4-6) zuhanden der Taggeldversicherung folgende Diagnosen (S. 1): - chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom - begleitend muskuläre Dysbalance - bilaterale Facetten-Arthrose LWK 4/5 - Facettengelenksinfiltration am 16. Januar 2015 - 70 % Schmerzreduktion

Aufgrund der Spondylarthrose seien Überkopfarbeiten zu vermeiden und ebenso wiederholtes Bücken und Heben von Lasten körperfern von Gewichten von maximal 15 kg. Weiter sollten Zwangshaltungen und Kauern vermieden werden. Wechselbelastende Tätigkeiten oder Tätigkeiten im Sitzen, bei denen der Beschwerdeführerin genügend Zeit gelassen werde, um gelegentlich aufzustehen, seien per se rüchenschonend und gut vorstellbar. Eine solche Tätigkeit sei in vollem Umfang bis zu 8 Stunden täglich zumutbar und könne nach Abschluss der medizinischen Trainingstherapie, die drei Monate dauern solle, aufgenommen werden (S. 2). Die Beschwerdeführerin sei vom 13. bis 25. Januar 2015 zu 100 % und vom 26. Januar bis 15. Februar 2015 zu 30 % arbeitsunfähig (S. 3) . 3.2

In einem weiteren Bericht vom 18. Mai 2015 (Urk. 6/22/1-5) stellten die Ärzte des Spitals C.____ folgende, hier gekürzt wiedergegebene, Diagnosen (Ziff. 1.1): - chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom - arterielle Hypertonie - depressive Episode Grundsätzlich sei eine stationäre Rehabilitation empfohlen, die Kostengutsprache sei jedoch abgelehnt worden (Ziff. 1.5). In der angestammten Tätigkeit in der Storenmontage sei die Beschwerdeführerin von Januar bis Mai 2015 zwischen 100 und 50 % arbeitsunfähig

gewesen (Ziff. 1.6). Eine behinderungsangepasste Tätigkeit sei nicht möglich (Ziff. 1.7). Im Anschluss an eine stationäre Rehabilitation sollte eine volle Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit möglich sein (Ziff. 1.8). 3.3

Vom 22. Juni bis 6. Juli 2015 war die Beschwerdeführerin zur multimodalen Komplextherapie hospitalisiert. Mit Austrittsbericht vom 7. Juli 2015 (Urk. 6/27/11-15) stellten die Ärzte des Spitals C.____ folgende Diagnosen (S. 1): - chronisches, myofaszial geprägtes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom beidseits - ausgeprägte muskuläre Dysbalance

gluteal beidseits - bilaterale Facettengelenksarthrose L4/L5 beidseits, Spinalkanalstenose L4/L5 (asymptomatisch) - Status nach Facettengelenksinfiltration am 16. Januar 2015 mit 70%iger Schmerzreduktion - Status nach Facettengelenksinfiltration am 24. April 2015 mit nur diskreter Schmerzlinderung - Differentialdiagnostisch (DD) zusätzlich ISG-Dysfunktion bei möglicherweise Beckenringinstabilität (fokales Knochenmarksödem am inferioren/

anterioren ISG links) - anamnestisch keine Hinweise für inflammatorische Schmerzkomponente - fear

avoidance, Verdacht auf Schmerzverarbeitungsstörung - arterielle Hypertonie - depressives Zustandsbild Von 22. Juni bis 21. Juli 2015 bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Für wechselbelastende Tätigkeiten bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50 % vom 22. bis 24. Juli 2015 (S. 3). Im Verlaufsbericht vom 14. August 2015 (Urk. 6/27/17-18) wurde festgehalten, dass subjektiv durch den stationären Aufenthalt keine Verbesserung der Schmerzsymptomatik aufgetreten sei (S. 1). Es bestehe weiterhin ein chronisch myofaszial geprägtes

lumbospondylogenes Schmerzsyndrom beidseits ohne Hinweise für eine radikuläre Reizsymptomatik oder Claudicatio spinalis Symptomatik. Weiterhin bestehe eine fear

avoidance mit Verdacht auf Schmerzverarbeitungsstörung. Ab dem 17. August bis 30. September 2015 sei eine volle Arbeitsfähigkeit für leichte wechselbelastende Tätigkeiten attestiert (S. 2). 3.4

Mit Bericht vom 18. September 2015 (Urk. 6/29/8-9) diagnostizierte Dr. D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.11), und eine Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst; ICD-10 F41.0; S. 1). Die Beschwerdeführerin stehe seit dem

E. 6

erstattet wurde (Urk. 6/45). Mit Schreiben vom 27. September 2016 auferlegte die IV-Stelle der Versicherten eine Schadenminderungspflicht in Form einer stationären psychosomatischen Rehabilitationsbehandlung (Urk. 6/47). Am 9. November 2016 nahm ein Gutachter der Z.____ ergänzend Stellung (Urk. 6/55). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk.

6/63-64; Urk. 6/67; Urk. 6/73; Urk. 6/81; Urk. 6/111-112; Urk. 6/119), in dessen Rahmen die IV-Stelle ein weiteres polydisziplinäres Gutachten einholte (Urk. 6/106; Gutachten des A.____ vom 9. Juli 2019), sprach die IV-Stelle der Versicherten mit Verfügungen vom 23. September 2020 eine von November 2015 bis Juni 2018 befristete halbe Rente und ab Oktober 2019 eine Viertelsrente zu (Urk. 6/126; Urk. 6/153; Urk. 6/146 = Urk. 2/1-2). 2.

Am 26. Oktober 2020 erhob die Versicherte Beschwerde gegen die Verfügungen vom 23. September 2020 (Urk. 2 /1-2) und beantragte deren Aufhebung, die Zu sprache einer ganzen Rente sowie die Veranlassung eines bidisziplinären Ober gut achtens (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 2. Dezember 2020 (Urk. 5) beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde, was der Be schwerdeführerin am 14. Dezember 2020 mitgeteilt wurde (Urk. 7). Am 12. April 2021 fand die von der Beschwerdeführerin beantragte öffentliche Hauptverhandlung statt (vgl. Protokoll S. 3-5). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 8

Juni 2015 bei ihm in Behandlung (S. 1). Bereits im März 2013 habe die Beschwerdeführerin über eine depressive Stimmungslage, Angst und Spannungszustände geklagt. Durch eine konsequente Behandlung seien

die Symptome deutlich rückläufig gewesen. Im Rahmen einer somatischen Erkrankung sei es im November 2014 zu einem Rückfall der Depression gekommen. Aktuell fänden Gesprächstermine einmal pro Woche statt. Die Psychopharmakotherapie werde ausgebaut (S. 2). 3.5

Dr. E.____, Facharzt für Neurochirurgie, diagnostizierte mit Bericht vom 18. November 2015 (Urk. 6/30/7-8) eine chronische Lumbago, Spondylarthrosen L4/5 mit Bandscheibenprotrusion und Recessus

lateralis -Stenosen, eine Spondylolisthese Grad I L4/5 und eine chronische Depression (S. 1). Es sei eine weiterführende konservative Therapie zu empfehlen. Bei den Angaben der Patientin über den Effekt der Infiltrationen sei es nicht sinnvoll, diese zu wiederholen. Eine operative Indikation bestehe zur Zeit nicht (S. 2). 3.6

Die Gutachterin und die Gutachter der Z.____ stellten in ihrem am 7. September 2016 (Urk. 6/45) nach Berücksichtigung der Akten, Erhebung der Anamnese und Durchführung einer internistischen, psychiatrischen und rheumatologischen Untersuchung erstatteten Gutachten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 10 Ziff. 5.1): - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - mittelgradige Depression bei rezidivierender depressiver Störung (ICD-10 F33.0) - mit Somatisierung - unter Medikation mit Venlafaxin in Remission begriffen - chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom beidseits, linksbetont, mit und bei - Wirbelsäulenfehlhaltung/Haltungsinsuffizienz bei Dekonditionierung - Schon- und Meideverhalten bei « fear

avoidance » - bilaterale Facettengelenksarthrose L4/5 beidseits, Spinalkanalstenose L4/5 - Status nach Facettengelenksinfiltrationen ohne anhaltende Schmerzreduktion - DD zusätzlich ISG-Dysfunktion bei möglicher Beckenringinstabilität (fokales Knochenmarksödem am inferioren- anterioren ISG links) - anamnestisch kein Hinweis für inflammatorische

Schmerzkomponente - Status nach ISG-Infiltration ohne Effekt Die folgenden Diagnosen hätten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 10 Ziff. 5.2): - Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10 Z73) - arterielle Hypertonie - Vitamin D-Insuffizienz - Nikotinabusus - Status nach Cholezystektomie 2003 Aus polydisziplinärer Sicht stellten die Gutachterin und die Gutachter fest, dass die von der Explorandin geklagten lumbalen Rückenschmerzen mit Ausstrahlung in das Gesäss und das linke Bein,

welche seit längerer Zeit vorhanden und seit 2014 exazerbiert seien, durch ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom beidseits erklärt werden könnten. In der klinischen Untersuchung hätten sich deutliche Zeichen einer myofaszialen Symptomatik mit Bewegungseinschränkungen im Bereich der Wirbelsäule sowie schmerzhaften Muskelpalpationen, jedoch keine neuromeningealen Reizerscheinungen gezeigt. Radiologisch könnten eine Spinalkanalstenose L4/5 sowie Facettengelenks-Arthrosen L4/5 beidseits festgestellt werden, die Beschwerden hätten somit ein organisches Korrelat. Es fänden sich aber auch Inkonsistenzen in der klinischen Untersuchung. So habe zum Beispiel das Schonhinken links beim Gang ins Untersuchungszimmer theatralisch gewirkt und auch nicht zu den Befunden in der gezielten orthopädischen Untersuchung gepasst, in der der Einbeinstand gut möglich gewesen sei. Auch bestehe eine Diskrepanz zwischen den von der Explorandin geklagten massiven Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit und den nur mässig ausgeprägten organischen Befunden, so dass der organische Kern der Symptomatik durch eine Schmerzverarbeitungsstörung überlagert sein dürfte (S. 10 unten f.). Aufgrund der Schmerzschilderung in der psychiatrischen Untersuchung mit anhaltenden therapieresistenten ausgeprägten, subjektiv unbeeinflussbaren Schmerzen, der theatralischen Schmerzdarbietung, des Schonverhaltens mit inkonsistenter Selbstlimitierung sowie des durch hypochondrische Befürchtungen geprägten Denkens könne psychiatrischerseits eine solche chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren bestätigt werden. Diese Schmerzstörung wirke sich führend auf die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus, welche durch eine mittelgradige Depression als komorbide Störung zusätzlich vermindert sei. Gesamthaft liessen sich in der psychiatrischen Untersuchung zwei der Haupt- und drei der Zusatzsymptome zur Diagnose einer Depression objektivieren. Unter der Psychotherapie in Verbindung mit Venlafaxin habe sich der Zustand zwar verbessert, die depressive Episode sei somit in Remission begriffen, aber noch nicht remittiert. Die Depression sei weiterhin mittelgradig ausgeprägt (S. 11). Wegen des chronischen lumbospondylogenen Schmerzsyndroms bei nachweisbaren radiologischen Befunden bestehe eine verminderte Belastbarkeit der Wirbelsäule für Tätigkeiten mit der Notwendigkeit des Hebens und Tragens von schweren Lasten sowie für Arbeiten in wirbelsäulenbelastenden Zwangssituationen ohne Möglichkeit zu regelmässigen Positionswechseln sowie für Arbeiten mit repetitiv rumpfrozierenden Stereotypen und Arbeiten im Überkopfbereich. Aufgrund der durch die psychiatrischen Störungen bestehenden gedanklichen Einengungen und Krankheitsüberzeugungen, ihrer Ängstlichkeit, Affektlabilität und ihres Schmerzerlebens sei die Beschwerdeführerin in ihrer Flexibilität und Umstellungsfähigkeit und in ihrer Durchhaltefähigkeit deutlich, in ihrer Konfliktfähigkeit zu Dritten und in Gruppen und in ihrer Selbstbehauptungsfähigkeit leicht eingeschränkt. Als Belastungsfaktoren seien die wirtschaftlichen und finanziellen Konsequenzen infolge des Arbeitsplatzverlustes zu nennen. Aufgrund des organischen Krankheitskonzeptes scheine die Beschwerdeführerin aktuell nur über geringe Ressourcen zur Erkennung einer psychischen Mitbeteiligung an den Beschwerden zu verfügen. Es liessen sich weiter zwanghafte und ängstlich-vermeidende Züge erkennen. Diese seien aber nicht so stark ausgeprägt, dass eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert werden könnte. Es resultierten aber Defizite im Selbstwert, der Durchsetzungsfähigkeit und dem angemessenen Umgang mit eigenen Bedürfnissen und Grenzen. Es resultiere eine ängstliche Verstärkung somatischer Beschwerdepräsentationen mit depressiver Verarbeitung (S. 11). Zur Konsistenz wurde festgehalten, dass Aktenlage und Anamnese konsistent geschildert würden. In allen Untersuchungen würden dieselben Beschwerden ge-

schildert. Die Beschwerdeschilderung und die Darbietung sowie die Darstellung des Alltags erschienen zumindest in Teilen inkonsistent. So erwähne die Beschwerdeführerin in der internistischen Untersuchung, dass sie im Haushalt höchstens die leichten Tätigkeiten durchführen könne, in der orthopädischen Untersuchung jedoch, dass sie den ganzen Haushalt erledigen würde. Auch bestünden gewisse Diskrepanzen zwischen ihrem Tagesablauf und den geschilderten Beschwerden. Diese diskrepante Schilderung beruhe aber nicht auf einer bewusstseinsnahen Aggravation, sondern entspreche dem authentisch vorgetragenen Selbsterleben, weshalb diese Diskrepanzen Eingang in die psychiatrischen Diagnosen fänden (S. 12 oben). Die angestammte Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar, dies aufgrund der Exazerbation der Rückenschmerzen im November 2014. Gegenwärtig bestehe aufgrund der Krankheitsüberzeugung, einhergehend mit Selbstlimitierung, aufgrund der chronischen Schmerzstörung und der mittelgradigen Depression auch in einer angepassten Tätigkeit keine Arbeitsfähigkeit. Rein theoretisch sei aber nach Durchführung von medizinischen Massnahmen eine 50%ige Präsenzfähigkeit und Leistungsfähigkeit in einer optimal angepassten Tätigkeit möglich. Es werde empfohlen, diese medizinischen Massnahmen durchzuführen und danach eine schrittweise Wiedereingliederung in den freien Arbeitsmarkt anzustreben. Sinnvoll wäre eine erneute Begutachtung in etwa 2 Jahren nach erfolgter Reintegration. Aus rheumatologischer Sicht seien körperlich leichte bis gelegentlich auch mittelschwer belastende Tätigkeiten zumutbar, die mit der Möglichkeit zu körperlichen Wechselpositionen verbunden sein sollten. Ungünstig sei eine Gehbelastung für grössere Strecken oder in unebenem Gelände. Ausserdem sollte Treppensteigen vermieden werden. Eine solche Tätigkeit wäre theoretisch aus rheumatologischer Sicht in einem 80 bis 100%igem Pensum möglich. Aus psychiatrischer Sicht wären Tätigkeiten ohne Zeit- und Leistungsdruck und in begrenzter Anforderung an Konzentration und Aufmerksamkeit mit einem gewissen Spielraum an eigener Pausengestaltung zumutbar. Dies schliesslich in einem 50 %-Pensum wegen der noch vorhandenen Depression. Da es sich bei dieser Erkrankung um eine gut behandelbare handelt, dürfe aber unter Weiterführung der Therapie mit einer weiteren Verbesserung gerechnet werden (S. 13). Zur Erreichung der theoretischen 50%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit sollte zunächst eine psychosomatische Rehabilitationsbehandlung durchgeführt werden. Anschliessend sei eine schrittweise niederschwellige berufliche Integration im Sinne eines Arbeitstrainings indiziert, welches über einen aus reichend langen Zeitraum in Folgen und durch verhaltenstherapeutische Massnahmen begleitet werden sollte. Unter einer solchen Therapie sollte die Prognose bezüglich Arbeitsfähigkeit doch recht günstig sein, da die Störung erst seit knapp zwei Jahren bestehe. Eine komplette Chronifizierung sei also noch nicht eingetreten (S. 14). 3.7

Dipl. med. F.____, Facharzt für Neurologie sowie für Psychiatrie und Psychotherapie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), hielt am 26. September 2016 (Urk. 6/61/7) zum Z.____-Gutachten fest, das psychiatrische Teilgutachten sei nur teilweise nachvollziehbar und in sich nicht plausibel. Die Psychiaterin diagnostiziere eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Da Schmerzen bestünden, sei dies nachvollziehbar. Die Beschwerdeführerin habe jedoch eine deutlich übertriebene Symptompräsentation und eine ausgeprägte Selbstlimitierung gezeigt, im Sinne einer subjektiven Invaliditätsüberzeugung. Die Gutachterin attestiere aufgrund der subjektiven Krankheitsüberzeugung eine vollständige Arbeitsunfähigkeit, was weder mit objektiven Befunden begründet noch nachvollziehbar sei. Zudem bestünden erhebliche Inkonsistenzen, so werde zum Beispiel der Schmerz auf der visuellen Analogskala mit 8 bis 10 angegeben, was sehr starken bis

vernichtenden Schmerz bedeute, dennoch werde die Libido als erhalten und der Geschlechtsverkehr als mit geringen Einschränkungen möglich beschrieben. Auch fänden sich keine Hinweise für eine depressive Symptomatik, dennoch werde eine depressive Störung, wenn auch remittiert, angenommen. Hier sei eher eine depressive Auslenkung im Rahmen der Schmerzstörung zu diskutieren. Der Psychiaterin könne jedoch gefolgt werden, dass nicht alle Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft seien. Somit sei dringend eine psychosomatische Rehabilitationsbehandlung zu fordern. 3.8

Ergänzend hielt der rheumatologische Gutachter der Z.____ am 9. November 2016 (Urk. 6/55) fest, es sei ab November 2014 aus somatischen Gründen zu einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit gekommen. Ein Arbeitsversuch vom 26. Januar bis 15. Februar 2015 in der angestammten Tätigkeit sei gescheitert. Die Beschwerdeführerin sei seit dem 15. Februar 2015 nur noch in leidensangepassten Tätigkeiten arbeitsfähig (S. 1), dies zu 50 %, medizinisch-theoretisch aufbaufähig bis zu einem Pensum von 80 bis 100 % (S. 2). 3.9

Die Ärzte der Klinik G.____ führten mit der Beschwerdeführerin ein diagnostisches Abklärungsgespräch durch und stellten mit Bericht vom 27.

Januar

2017 (Urk.

6/58) folgende Diagnosen (S. 1): - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - depressive Störung, gegenwärtig leicht (ICD-10 F.32) - Verdacht auf generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1)

Symptomerhaltend wirkten dysfunktionale Bewältigungsstrategien sowie eine angespannte finanzielle Situation. Die Klinik baue ihr Behandlungskonzept auf den drei Pfeilern Entspannung, Bewegung und psychotherapeutische Gespräche auf. Die Beschwerdeführerin berichte, dass aktivierende und entspannende Massnahmen in der Vergangenheit keine Erleichterung erbracht, sondern die Schmerzsymptomatik eher verschlimmert hätten. Auf Basis ihrer eingeschränkten verbalen Ausdrucksmöglichkeiten in der deutschen Sprache erwarte man mässige psychotherapeutische Einflussmöglichkeiten. Das Angebot der Klinik entspreche nicht den Bedürfnissen der Beschwerdeführerin. Als Alternative sei eine Schmerzklinik mit Spezialisierung in muskuloskelettaler Rehabilitation zu empfehlen (S. 2). 3.10

Dr. D.____ stellte mit Bericht vom 7. September 2017 (Urk. 6/80) folgende Diagnosen (S. 1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) - Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst; ICD-10 F41.0) - chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom beidseits Es sei aufgrund der eingeschränkten verbalen Ausdrucksmöglichkeiten nicht zum Eintritt in die Klinik G.____ gekommen. Es sei ein Eintritt in die Klinik H.____, Psychiatrie I.____, geplant (S. 1). Aktuell betrage der Abstand zwischen den Gesprächsterminen etwa 3 Wochen (S. 2). 3.11

Die stationäre Behandlung in der Klinik H.____ fand vom 23. Februar bis 22.

März

2018 statt. Mit Austrittsbericht vom 28.

März

2018 (Urk. 6/91/4-7) stellten die Fachpersonen folgende Diagnosen (S. 1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0) - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - selbstunsicher-vermeidende und abhängige Persönlichkeitsakzentuierung - flache Protrusion L3-S1, mittelschwere Facettenarthrose L4/L5 beidseits - mittelschwere zentrale Spinalkanalstenose L4/L5 und Recessus

lateralis, Stenosen L5 beidseits mit entsprechend Beeinträchtigung der L5-Nervenwurzeln. Es handle sich bei der Beschwerdeführerin um eine sympathische, aufgestellte Frau mit guter familiärer Einbettung (S. 1). Bei Eintritt habe sich testdiagnostisch eine leichte depressive Symptomatik und bei Austritt eine unauffällige Symptomatik gezeigt. Medikamentös sei eine Reduktion des Antidepressivums nicht möglich gewesen, da die Beschwerdeführerin dies abgelehnt habe. Die Dosis des Schmerzmittels Novalgin habe aber halbiert werden können. Die Beschwerdeführerin verfüge über eingeschränkte kognitive Fähigkeiten, geringe Copingstrategien und eine verminderte Reflexions- und Introspektionsfähigkeit. Es bestünden geringe therapeutische Einflussmöglichkeiten, da die Beschwerdeführerin nicht in der Lage sei, sich therapeutisch mit der Thematik auseinanderzusetzen. Zusammenfassend lasse sich eine rezidivierende depressive Störung mit strukturellen Defiziten erkennen. Es werde zudem ein deutlicher Krankheitsgewinn vermutet (S. 2). 3.12

Dr. D.____ stellte in seinem Bericht vom 22. November 2018 (Urk. 6/97) folgende Diagnosen (Ziff. 1.1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.11) - Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst; ICD-10 F41.0) - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - selbstunsicher-vermeidende und abhängige Persönlichkeitsakzentuierung. Die angestammte Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar. Eine angepasste Tätigkeit wäre höchstens bis 50 % zumutbar (Ziff. 2.1). Gesprächstermine fänden alle zwei Wochen statt. Die Beschwerdeführerin sei nicht eingliederungsfähig, da ihr Zustand nach wie vor instabil sei. In geschütztem Rahmen fühle sie sich unterstützt. Auf dem ersten Arbeitsmarkt würde sie schnell unter Leistungsdruck kommen, was ihre Gesundheitssituation verschlechtern würde (Ziff. 4.2). 3.13

Die Gutachterinnen und Gutachter des A.____ stellten in ihrem am 9. Juli 2019 nach Berücksichtigung der Akten, Erhebung der Anamnese und Durchführung einer internistischen, orthopädischen und psychiatrischen Untersuchung erstatteten Gutachten (Urk. 6/106) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit; S. 8 Ziff. 4.2): - lumbospondylogenes Schmerzsyndrom beidseits, linksbetont, mit links konvexer Wirbelsäulen-Fehlhaltung ohne Hinweis auf radikuläre Defizit-Symptomatik - leichte depressive Episode im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F33.0) unter Medikation mit Venlafaxin - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.42). Die folgenden Diagnosen hätten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit; S. 8 Ziff. 4.2): - Persönlichkeitsakzentuierung mit ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitszügen - arterielle Hypertonie - Vitamin D - Insuffizienz - Nikotinabusus - Status nach Cholezystektomie - Adipositas, BMI 30 kg/m². Zu den funktionellen Auswirkungen wurde ausgeführt, dass aus orthopädischer Sicht die degenerative Veränderung der Lendenwirbelsäule deutliche Beeinträchtigungen auf die körperliche Leistungsfähigkeit

verursache. Insbesondere sei die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Produktionsmitarbeiterin aufgehoben, da die Beschwerdeführerin nicht mehr in der Lage sei, ganztägige stehende oder gehende Tätigkeiten durchzuführen. Andererseits führten die chronischen Rückenschmerzen zu einer Verminderung der Produktivität und Schnelligkeit und damit zu einer Leistungsminderung in einem Ausmass von 20%. Aus psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit in leidensangepasster Tätigkeit ebenfalls um 20% eingeschränkt. Es seien insbesondere die Fähigkeiten zur selbständigen und verantwortungsvollen Planung und Durchführung von Tätigkeiten leicht beeinträchtigt, die Stresstoleranz sei leicht- bis mittelgradig und die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit seien ebenfalls mittelgradig beeinträchtigt (S. 8 unten). Zu den Persönlichkeitsaspekten wurde festgehalten, dass die psychobiographischen Merkmale der Persönlichkeitsentwicklung, die besonderen Umstände während der Kindheit und die Art der Anpassungsfähigkeit den Verdacht auf eine ängstlich-vermeidende Persönlichkeit zuließen. Die Merkmale erreichten jedoch nicht die Voraussetzung für die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung. Darüber hinaus würden sich deutliche Merkmale für eine depressive somatisierende Verarbeitung von Belastungen bemerkbar machen (S. 9 oben). Zu Belastungsfaktoren und Ressourcen hielten die Gutachterinnen fest, dass Tätigkeiten überwiegend bis ständig im Stehen oder Gehen als nicht zumutbar eingeschätzt würden. Jedoch seien körperlich leichte Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Lasten bis zu 10 kg vorzugsweise im Sitzen mit der Möglichkeit zum Haltungswechsel zumutbar. Tätigkeiten unter Zwangshaltung (ständige Vorbeuge), Tätigkeiten unter dem Einfluss extremer Temperaturschwankungen wie Hitze, Kälte und Nässe sollten ebenfalls vermieden werden. Psychiatrisch seien die Ressourcen und die Restfähigkeiten der Beschwerdeführerin begrenzt. Sie seien im Moment in ihrer stabilen familiären Umgebung, der gesunden Beziehung zu ihrem Ehemann und ihren Kindern zu sehen. Negativ seien die finanzielle Situation, das Vorhandensein von Schulden und die Abhängigkeit von Drittpersonen, um den Alltag zu finanzieren. Aus gutachterlicher Sicht sei eine Fortführung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung sinnvoll, um das erreichte Therapie-niveau zu halten. Das Belastungsprofil sei psychiatrisch leicht bis mittel schwer im Bereich der Flexibilität, der Umstellungs- und Entscheidungsfähigkeit und dem selbständigen Planen und Führen von Mitarbeitern beeinträchtigt (S. 9 Mitte). Zur Konsistenz wurde ausgeführt, die dargestellten Einschränkungen des Aktivitätsniveaus, die Funktionseinschränkung mit leichter Ventralisierung des Körperschwerpunktes und die eingeschränkte Gehfähigkeit wiesen auf den Beginn einer Claudicatio

spinalis Symptomatik hin. Der Leidensdruck scheine indes nicht hoch zu sein, da aktuell keine Behandlungsstrategie erkennbar umgesetzt werde. Die durchgeführten Massagebehandlungen würden als nicht zielführend eingeschätzt. Psychiatrisch würden nach Aktenlage und Anamnese die Symptome konsistent geschildert. Es bestünden keine Verdeutlichungs- und Aggravationsindizes (S. 9 unten). In der bisherigen überwiegend bis ausschliesslich stehend ausgeübten Tätigkeit bestehe aufgrund der somatischen Diagnosen seit November 2014 keine Arbeitsfähigkeit mehr. In leidensangepassten Tätigkeiten habe ab dem Z.____-Gutachten vom September 2016 bis zur Entlassung aus der Klinik H.____ eine Arbeitsfähigkeit von 50% bestanden. Ab Entlassung im März 2018 bis heute bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80%. Mit der heutigen Begutachtung führten jedoch Einschränkungen auf orthopädischem und psychiatrischem Gebiet von je 20% zu einer Arbeitsfähigkeit von etwa 65%. Die Teilarbeitsunfähigkeiten würden sich addieren. Orthopädisch würden derzeit keine weiteren konservativen Massnahmen empfohlen, da die bisherigen Therapien keine Linderung erbracht hätten. Mittelfristig sei wahrscheinlich eine

lumbale Dekompression zu erwarten. Psychiatrisch seien aus heutiger Sicht alle den Leitlinien entsprechenden Therapien durchgeführt worden. Die Fortführung der Therapie helfe zur Stabilisierung der Gesundheit, aber nicht zu einer völligen Rückbildung der Symptome (S. 10). 4. 4.1

In somatischer Hinsicht leidet die Beschwerdeführerin im Wesentlichen an einem chronischen lumbospondylogenen Schmerzsyndrom, welches unbestrittenermassen zu einer vollen Arbeitsunfähigkeit in der hauptsächlich stehend ausgeführten angestammten Tätigkeit als Storenmonteurin (vgl. Urk. 6/18/6) führt. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit in behinderungsangepassten Tätigkeiten ging Dr. B. ___ im März 2015 davon aus, dass wechselbelastende Tätigkeiten ohne Überkopfarbeiten, wiederholtes Bücken und Heben von Lasten körperfern von Gewichten über 15 kg, ohne Zwangshaltungen und Kauern und mit der Möglichkeit zum Sitzen und gelegentlich Aufstehen voll zumutbar seien, dies nach Abschluss einer medizinischen Trainingstherapie (vgl. vorstehend E. 3.1). Seitens des Spitals C. ___

wurde sodann im Mai 2015 festgehalten, dass eine behinderungsangepasste Tätigkeit nicht möglich sei; jedoch habe zwischenzeitlich eine Arbeitsfähigkeit von 50 % bestanden. Nach Abschluss einer stationären Rehabilitation wurde sogar eine volle Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit erwartet (vgl. vorstehend E. 3.2). Nach Austritt aus der stationären Rehabilitation im Spital C. ___ bestand im Juli 2015 eine Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten von zu nächst 50 % und ab August 2015 von 100 %, wobei die Ärzte die Einschätzung bis September 2015 begrenzten (vgl. vorstehend E. 3.3). Dr. E. ___ äusserte sich im November 2015 nicht zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin (vgl. vorstehend E. 3.5). Ein Schon- und Meideverhalten wurde anlässlich der stationären Rehabilitation festgestellt (vgl. vorstehend E. 3.3) und im Z. ___ -Gutachten bestätigt. Dieses wurde unter Berücksichtigung der massgeblichen Beweiskriterien (vgl. vorstehend E. 1.6) erstattet, weshalb grundsätzlich darauf abgestellt werden kann. Zur somatischen Situation wurde die bisher gestellte Diagnose bestätigt und ein organisches Korrelat für die Beschwerden festgestellt. Dabei zeigten sich erhebliche Diskrepanzen. So habe die Beschwerdeführerin ein theatralisches Schonhinken gezeigt, welches nicht zu den Befunden in der gezielten Untersuchung gepasst habe, in der der Einbeinstand gut möglich gewesen sei. Es wurde eine Diskrepanz zwischen den von der Beschwerdeführerin geklagten massiven Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit und den tatsächlich vorhandenen, mässig ausgeprägten Befunden festgestellt, und die Beschwerdeführerin habe einerseits berichtet, im Haushalt bloss leichte Tätigkeiten durchführen zu können, gleichzeitig aber erwähnt, dass sie den ganzen Haushalt erledigen würde. Es vermag deshalb zu überzeugen, dass aus rein somatischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 80 bis 100 % in einer behinderungsangepassten Tätigkeit (vgl. vorstehend E. 3.3) beziehungsweise ein Anfangspensum von 50 %, ausbaufähig auf 80 bis 100 %, angenommen wurde (vgl. vorstehend E. 3.8). Diese Einschätzung wurde im A. ___ -Gutachten (vgl. vorstehend E. 3.13), welches den praxisgemässen Anforderungen an eine medizinische Expertise (vgl. vorstehend E. 1.6) ebenfalls zu genügen vermag, geteilt und aus rein orthopädischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit in behinderungsangepassten Tätigkeiten von 80 % ab März 2018 - der Entlassung aus der Klinik H. ___ , wo eine Behandlung der psychischen Beeinträchtigung angestrebt wurde (vgl. vorstehend E. 3.11) - und im Gutachtenszeitpunkt angenommen. Auch in dieser orthopädischen Begutachtung wurden Inkonsistenzen festgestellt. So wurde bei der Prüfung der Inklination ein Finger-Boden-Abstand von 36cm, im

Langsitz jedoch ein Abstand von 15cm erreicht (Urk. 6/106/30 Mitte). Ausgeprägte Verhornungen an den Füßen zeugten von einer hohen Stand- und Gehaktivität, und der Barfussgang sei in der Untersuchung links deutlich hinkend präsentiert worden, jedoch sei das Gangbild beim Verlassen des Raumes und angezogen deutlich flüssiger gewesen. Weiter seien die differenzierten Gang- und Standarten wie Zehenspitzen-/Fersengang beidseits unsicher demonstriert worden, der Einbeinstand sei indes beidseitig demonstrierbar gewesen. Unter Berücksichtigung dieser Beobachtungen erhält die Beurteilung einer Arbeitsfähigkeit von 80

% aus somatischer Sicht in angepassten Tätigkeiten eine hohe Plausibilität. Im Übrigen trifft es zu, dass der orthopädische Fachgutachter bildgebend eine Verschlechterung feststellte. Er wies aber zu Recht darauf hin, dass sich der Gesundheitszustand klinisch seit dem Gutachten 2016 nicht wesentlich verändert hat und nicht Bildbefunde zur Diagnose erhoben werden, sondern das klinische Erscheinungsbild mit den Funktionseinschränkungen, Ausfällen und Abweichungen von Normalbefunden über die Arbeitsfähigkeit entscheiden (vgl. Urk. 6/106/33 Mitte). 4.2

Bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht gilt das Folgende. 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, 13

E. 9

V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG). 4.3

Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen, nach BGE 143 V 409 namentlich auch leichte bis mittelschwere Depressionen, für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach Massgabe von BGE 141 V 281 zu unterziehen (Änderung der Rechtsprechung). Speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere depressive Störungen hielt das Bundesgericht in BGE 143 V 409 – ebenfalls im Sinne einer Praxisänderung – fest, dass eine invalidenversicherungsrechtlich relevante psychische Gesundheitsschädigung nicht mehr allein mit dem Argument der fehlenden Therapieresistenz auszuschliessen sei (E. 5.1; zur bisherigen Gerichtspraxis vgl. statt vieler: BGE 140 V 193 E. 3.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_13/2016 vom 14. April 2016 E. 4.2). Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sind somit auch bei den leichten bis mittelgradigen depressiven Störungen systematisierte Indikatoren beachtlich, 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). Die Therapierbarkeit ist dabei als Indiz in die gesamthaft vorzunehmende allseitige Beweiswürdigung miteinzubeziehen (BGE 143 V 409 E. 4.2.2; vgl. Urteil des

Bundesgerichts 8C_449/2017 vom 7. März 2018 E.

4.2.1).

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 beweislustige 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).. 4.4

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V

281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) - Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4). 4.5

In psychischer Hinsicht wurde eine rezidivierende depressive Störung, im Schweregrad zwischen mittel- und leichtgradig ausgeprägt, sowie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, von Dr. D.____ zusätzlich eine Panikstörung festgestellt (vgl. vorstehend E. 3.4, 3.6, 3.9-13). Letztere wurde jedoch in der vertieften psychiatrischen Begutachtung nicht bestätigt (vgl. Urk. 6/45 / 37 Ziff. 6.3; Urk. 6/106/48 oben).

Die Z.____ -Gutachterin erachtete die Schmerzstörung als führend für die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht, diese werde durch eine mittelgradige Depression zusätzlich vermindert. Zu den Standardindikatoren (vgl. vorstehend E. 4.4) wurde Stellung genommen (vgl. vorstehend E. 3.6 sowie Urk.

6/45/37 ff.), wobei die Gutachterin aufgrund der Krankheitsüberzeugung, eingehend mit Selbstlimitierung, aufgrund der chronischen Schmerzstörung und der mittelgradigen Depression auch in einer angepassten Tätigkeit keine Arbeitsfähigkeit, rein theoretisch jedoch eine solche von 50 % nach psychosomatischer Rehabilitationsbehandlung annahm. Hierzu ist festzuhalten, dass die Prüfung der Funktionsstörungen lediglich in den Bereichen Flexibilität und Umstellungsfähigkeit sowie Durchhaltefähigkeit eine mittelgradige und ansonsten lediglich leichte bis keine Beeinträchtigungen ergab (vgl. Urk. 6/45/32 unten f.). Die BDI-Testung ergab jedoch Werte einer mittelgradigen Depression (vgl. Urk. 6/45/33 Mitte). Die Beschwerdeschilderung und -darbietung sowie die Darstellung der Alltagsgestaltung erschienen in Teilen inkonsistent (vgl. Urk.6/45/38 oben). Dazu führte die

Beschwerdeführerin aus , sie habe einen Enkelsohn, darüber freue sie sich und sei stolz. Der Sohn lebe noch zu Hause. Sie habe eine gute Nachbarschaft, sei mit der Lage und dem Umfeld, in dem sie lebe, zufrieden, habe gute Kollegen. Im Haushalt bewältige sie das Kochen, wobei sie einen Stuhl in der Nähe behalte, und sie staube ab. Sie begleite Mann und Sohn beim Einkaufen (Urk. 6/45/31 oben). Sie habe viele Freundinnen und Bekannte und habe viel und oft Besuch, was ihr sehr helfe. Als Hobby gebe sie Lesen und Fernsehen an (Urk. 6/45/6). Damit sind Ressourcen vorhanden. Als Komorbidität ist die somatische Diagnose zu nennen, deren Auswirkungen jedoch - wie anhand der Inkonsistenzen ersichtlich ist - objektiv geringgradig sind.

Zur Erreichung der theoretischen Arbeitsfähigkeit von 50 % sei eine psychosomatische Rehabilitationsbehandlung nötig. Diese fand im Februar und März 2018 statt und zeigte einen sehr guten Erfolg, war doch bei Austritt eine unauffällige Symptomatik vorhanden (vgl. vorstehend E. 3.11). Unter Berücksichtigung des massgeblichen Indikators Konsistenz ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin nicht von einer vollen Arbeitsunfähigkeit, wie im Z.____-Gutachten genannt, sondern von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % in angepassten Tätigkeiten ausging, denn eine gleichmässige Einschränkung in allen Lebensbereichen kann nicht bejaht werden. Die gute Therapierbarkeit wurde bereits im Z.____-Gutachten bejaht (vgl. vorstehende E. 3.6) und zeigte sich bei der stationären Behandlung. Dort wurde zudem ein deutlicher Krankheitsgewinn festgestellt (vgl. vorstehend E. 3.11). Eine Arbeitsfähigkeit von 50 % wurde auch vom behandelnden Therapeuten bestätigt (vgl. vorstehend E. 3.12). 4.6

Bei der A.____-Begutachtung wurde in psychiatrischer Hinsicht nebst der chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren eine leichte depressive Episode mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt (vgl. vorstehend E. 3.13), welche aus rein psychiatrischer Sicht zu einer Arbeitsunfähigkeit von 20 % in angepassten Tätigkeiten führe, da die Fähigkeiten zur selbständigen und verantwortungsvollen Planung und Durchführung von Tätigkeiten leicht, die Stresstoleranz leicht- bis mittelgradig und die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit mittelgradig beeinträchtigt seien, was einen geringen Schweregrad der Beeinträchtigung darstellt. Ressourcen seien begrenzt und in der stabilen familiären Umgebung sowie der gesunden Beziehung zu Ehemann und Kindern zu sehen. Negativ seien die finanzielle Situation. Die depressiven Symptome waren nun lediglich leicht ausgeprägt (vgl. Urk. 6/106/48), was im Vergleich zu der Beurteilung von 2016 bei einer damals bestehenden mittelgradigen depressiven Episode die Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten von nun mehr lediglich 20 % nachvollziehbar erklärt. 4.7

Zusammenfassend bestand somit nach Ablauf des Wartejahrs im November 2015 in der angestammten Tätigkeit keine Arbeitsfähigkeit mehr. In angepassten Tätigkeiten bestand eine Arbeitsfähigkeit von 50 % aus psychischen Gründen. Diese hatte sich nach der Behandlung in der Klinik H.____ im März 2018 so weit verbessert, dass bei Austritt eine unauffällige psychische Symptomatik bestand, was ab Juni 2018 zu berücksichtigen ist. Zu diesem Zeitpunkt war aus somatischen Gründen weiterhin von der im Z.____-Gutachten attestierten Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten im Umfang von 80 bis 100 % auszugehen. Ab der Begutachtung im A.____ im Juli 2019 bestand eine Arbeitsunfähigkeit von je 20 % aus somatischer und psychiatrischer Sicht, welche zu addieren sei. Es ergibt sich somit eine Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten von 60 und nicht 65 %. Diese Verschlechterung war ab Oktober 2019 zu berücksichtigen.

Auf weitere Abklärungen kann in antizipierter Beweiswürdigung verzichtet werden. 5.

5.1

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2, 128 V 29 E. 1). 5.2

Die Beschwerdegegnerin ermittelte einen Invaliditätsgrad von 56 % für den Zeitraum von November 2015 bis März 2018 und von 30 % von April bis Juni 2018 (vgl. Urk. 2/1 Verfügungsteil 2; Urk. 6/108/1), was von der Beschwerdeführerin grundsätzlich nicht bestritten wurde und nicht zu beanstanden ist. Bei einer Arbeitsfähigkeit von 60 % (vgl. vorstehend E. 4.7) ergibt sich ab Oktober 2019 ein Invaliditätsgrad von 47.4 %, was jedoch, wie seitens der Beschwerdegegnerin gestützt auf den von ihr errechneten Invaliditätsgrad von 43 % verfügt (Urk. 2/2), ebenfalls in einem Anspruch auf eine Viertelsrente ab 1. Oktober 2019 resultiert. 5.3

Es trifft zu, dass seitens der Beschwerdegegnerin Eingliederungsmassnahmen nicht aktiv gefördert wurden. Jedoch hat auch die Beschwerdeführerin diese nicht mit genügend Nachdruck verlangt, hat sie doch in erster Linie eine ganze Rente und erst bei wesentlich verbessertem Gesundheitszustand Eingliederungsmassnahmen verlangt (vgl. Urk. 6/81). Seitens ihres behandelnden Psychiaters wurde eine Eingliederungsfähigkeit verneint (vgl. Urk. 6/94-96; Urk. 6/97 Ziff. 4.2). Einer Bemühung um Eingliederung steht jedoch nichts im Wege, denn auch

Rentenbezüglerinnen mit Eingliederungspotential sind nicht nur berechtigt, sondern auch verpflichtet, an zumutbaren Massnahmen aktiv teilzunehmen. Die Teilnahme an den Wiedereingliederungsmassnahmen ist somit nicht in das Belieben der rentenbeziehenden Person gestellt. Dabei wird die subjektive Eingliederungsfähigkeit, also die Bereitschaft zur Durchführung der Massnahmen, nicht vorausgesetzt, obwohl die Eingliederungswirksamkeit bei deren Vorhandensein zweifellos grösser ist (BGE 145 V 2).

Die Beschwerdegegnerin hat denn auch Bereitschaft für die Veranlassung entsprechender Massnahmen signalisiert (vgl. vorstehend E.

2. 1). 5.4

Nach dem Gesagten erweist sich der angefochtene Entscheid als rechtens. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 6.

Die Gerichtskosten nach Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind auf Fr. 1'000.-- anzusetzen und ausgangsgemäss der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

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

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

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

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 Grieder-Martens Lienhard

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