

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00837 vom 9. Dezember 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-12-09, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2020.00837](https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00837)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00837 du 9 décembre 2021

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00837 del 9 dicembre 2021

## Erwägungen

### E. 1

X.\_\_\_\_, geboren 1964, war seit März 1998 beim Spital Y.\_\_\_\_ in der Cafeteria tätig, als sie sich am 8. Mai 2017 unter Hinweis auf eine Fibromyalgie bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug anmeldete ( Urk. 7/3). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische und erwerbliche Situation ab und stellte der Versicherten mit Vorbescheid vom 4. Juni 2018 ( Urk. 7/37) die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht. Nachdem die Versicherte Einwände erhoben hatte ( Urk. 7/38, Urk. 7/45), veranlasste die IV-Stelle eine Untersuchung durch ihren Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD), welche am 17. Januar 2019 erfolgte ( Urk. 7/57). Mit Mitteilung vom 27. März 2019 gewährte die IV-Stelle der Versicherten eine Kostengutsprache für Arbeitsvermittlung Plus ( Urk. 7/62). Mit Mitteilung vom 21. Juni 2019 sprach die IV-Stelle der Versicherten einen Arbeitsversuch mit Job Coaching zu ( Urk. 7/69). Mit Mitteilung vom 7. Januar 2020 gewährte die IV-Stelle der Versicherten erneut eine Kostengutsprache für Arbeitsvermittlung ( Urk. 7/84).

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren ( Urk. 7/95, Urk. 7/96, Urk. 7/98) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 30. Oktober 2020 einen Rentenanspruch ( Urk. 7/100 = Urk. 2) .

#### 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**

und Ziff. 2.1) . Es bestehe eine Verminderung der Leistungsfähigkeit von 80 % (S. 2 Ziff. 2.2). 3.6

Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, berichtete am 21. November 2017 (Urk. 7/21) zuhanden der Pensionskasse A.\_\_\_\_ und führte aus, es bestünden seit Jahren polytope Schmerzen am Körper, vor 2016 sei es jedoch zu keinen länger dauernden, zusammenhängenden Arbeitsausfällen gekommen. Es bestehe seit dem 14. Dezember 2016 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 2). Die Limitierungen in der körperlichen Untersuchung seien nur bedingt nachvollziehbar und die Schmerzmedikation mit 2g Dafalgan pro Tag ungenügend. Nur schwer nachvollziehbar sei auch, dass die Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit (leichtere bis höchstens mittelschwere Arbeit mit Wechselbelastung in der Cafeteria) anhaltend zu 100 % arbeitsunfähig sei (S. 3). Es sei unklar, ob nicht-medizinische Gründe wie psychosoziale Belastungen durch die langjährige Invalidität des Ehemannes einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten (S. 4). Die Prognose für die bisherige Tätigkeit sei ungünstig bedingt durch den ungünstigen Verlauf. Der Erfolg einer nochmaligen stationären Rehabilitation sei in der gegenwärtigen Konstellation als wenig erfolgversprechend zu erachten. In einer Verweistätigkeit sei zurzeit kaum von einer höheren Arbeitsfähigkeit auszugehen (S. 5).

### 3.7

Dr. med. D.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete am 21. Februar 2018 (Urk. 7/24) zuhanden der Pensionskasse A.\_\_\_\_ und führte aus, die von Dr. Z.\_\_\_\_ gestellte Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung könne aus psychiatrischer Sicht nicht bestätigt werden. Die Beschwerdeführerin mache zwar dauernde invalidisierende Schmerzen geltend, diese könne sie aber in auffälliger Weise weder qualitativ noch quantitativ näher beschreiben, bei sonst sehr guter und differenzierter Ausdrucksfähigkeit. Weiter sei die Präsentation der schmerzhaften Bewegungseinschränkung diskrepant mit dem Funktionsniveau im Alltag. Das Funktionsniveau könnte die Beschwerdeführerin in dieser Form nicht umsetzen, wären die Einschränkungen so ausgeprägt wie sie geltend mache. Besonders auffallend sei die völlig insuffiziente Schmerzmedikation, die anhand des Blutspiegels belegt sei. Damit sei insgesamt mindestens von einer Selbstlimitation und/oder einem Übertreiben der angegebenen Schmerzen und Einschränkungen auszugehen. Bei gleichzeitig fehlender Psychopathologie und dem Fehlen eines bewusstseinsfernen intrapsychischen und/oder eines erheblichen psychosozialen Konflikts sei die Diagnosestellung einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nach ICD-10 nicht gerechtfertigt, auch wenn aus somatischer Sicht die Beschwerden nicht befriedigend erklärt werden könnten (S. 2 und S. 8). Die kognitiven Fähigkeiten, insbesondere die Aufmerksamkeit, die Konzentration und die Gedächtnisleistung seien subjektiv und objektiv unauffällig und zeigten im Laufe der Untersuchung

keinen Leistungsabfall. Die Beschwerdeführerin sei affektiv uneingeschränkt schwingungsfähig (S. 5). Es handle sich insgesamt um einen psychopathologischen Normalbefund. Die angegebenen Sorgen seien nicht krankheitswertig (S. 6). Nachdem kein psychisches Leiden von Krankheitswert festgestellt werden könne, könne aus psychiatrischer Sicht auch keine Arbeitsunfähigkeit attestiert werden (S. 8). 3.8

Dr. C.\_\_\_\_ berichtete am 14. April 2018 (Urk. 7/28) zuhause bei der Pensionskasse A.\_\_\_\_ und führte aus, die Beschwerdeführerin habe permanent Schmerzen am ganzen Körper, in letzter Zeit vermehrt in beiden Beinen. Wegen der Schmerzen könne sie nicht längere Zeit auf den Beinen stehen und müsse immer wieder Pause machen. Im Haushalt mache sie alles, was man so machen müsse wie kochen, saugen, abstauben, jedoch alles mit Pausen (S. 3). Die Prognose für die bisherige Tätigkeit sei ungünstig. Die Ursache der anhaltenden Schmerzen sei unklar. Aufgrund des bisherigen Verlaufs und gescheiterter Arbeitsversuche in angestammter Tätigkeit sei eine Wiederaufnahme in ihrer angestammten Tätigkeit kaum realistisch. Die Prognose für andere Tätigkeiten sei ebenfalls ungünstig. Es bestünden nicht oder nur schwierig nachvollziehbare Limitierungen. Aufgrund des Umstandes, dass die Beschwerdeführerin ihren Haushalt selber besorgen könne, bestehe für leichtere bis höchstens mittelschwere Arbeiten in einer Verweiltätigkeit eine Restarbeitsfähigkeit, die aufgrund der Selbstlimitierung schwierig zu quantifizieren sei (S. 5). Die Ursache der geklagten Schmerzen sei nicht klar. Anlässlich der heutigen Untersuchung bestehe wiederum der Verdacht auf Selbstlimitierung. Daneben bestünden Diskrepanzen in der Untersuchung. So zeige die Beschwerdeführerin einen flüssigen Zehen-/Fersengang bei verlangsamtem Normalgang und es bestehe eine symmetrische Trophik der Beinmuskulatur bei vorwiegend rechtsseitig geschilderten Beinschmerzen (S. 8). 3.9

Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD) der Beschwerdeführerin, nahm am 7. Mai 2018 Stellung (Urk. 7/36/6-7) und führte aus, die Beschwerdeführerin leide unter Rückenschmerzen, die ihre Leistungsfähigkeit nach Ansicht der Behandler deutlich einschränken würden. Diese Beschwerden seien durch Bildgebung, Laboruntersuchungen und klinische Befunde nicht objektivierbar und die Therapie sei nicht adäquat. Es werde empfohlen, bei der Pensionskasse anzufragen, ob die vertrauensärztlich empfohlene Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) durchgeführt werde oder geplant sei. 3.10

Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Chefarzt Rehabilitationszentrum G.\_\_\_\_, berichtete am 29. Juni 2018 (Urk. 7/46) und nannte als Diagnose ein chronisches Schmerzsyndrom bei anhaltenden Schmerzen im Bereich der Wirbelsäule und Schmerzen im Bereich der Oberarme und Oberschenkel. Er führte aus, die Beschwerdeführerin habe trotz ihrer Schmerzen ihre Aktivität beibehalten, gehe täglich einmal gut eine Stunde schwimmen. Während dieser Zeit leide sie unter deutlich weniger Schmerzen (S. 1). Die chronischen Beschwerden führten zu einer Arbeitsunfähigkeit seit Dezember 2016, inzwischen habe die Beschwerdeführerin ihren Arbeitsplatz in der Cafeteria des Spitals Y.\_\_\_\_ verloren. In den früher durchgeführten bildgebenden Abklärungen habe man degenerative Veränderungen im Bereich der Wirbelsäule gefunden. Hinweise für eine Nervenwurzelkompression im Bereich der Wirbelsäule mit Ausstrahlung in die Extremitäten fehlten anhand der körperlichen Untersuchung. Ebenso bestünden keine Anhaltspunkte für eine entzündlich rheumatische Erkrankung. Eine Reintegration mit Aufnahme einer Arbeitstätigkeit – am ehesten wieder

in einer Cafeteria – sei dringend anzustreben (S. 3). 3.11

Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, hielt mit Attest vom 14. Januar 2019 (Urk. 7/53) fest, die Beschwerdeführerin sei seit dem 16. November 2018 wieder arbeitsfähig. Bis zum 26. August 2018 habe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, ab dem 27. August 2018 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit und ab dem 1. Oktober 2018 eine 30%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. 3.12

Dr. E.\_\_\_\_, RAD, berichtete am 18. Januar 2019 (Urk. 7/57) über die Untersuchung der Beschwerdeführerin vom 17. Januar 2019 und nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 8 Ziff. 8): - chronisches zervikobrachiales Schmerzsyndrom - chronisches lumbales Schmerzsyndrom

Er führte aus, über die Wegstrecke sei das Gangbild hinkfrei, flott, ausreichend dynamisch, mit normaler Schrittlänge und gegensinniger Mitbewegung der Arme gewesen. Bei der längeren Anamneseerhebung sei durchweg guter Augenkontakt möglich. Kopf und Arme würden adäquat mitbewegt. Während der Untersuchung reiche die Konzentrationsspanne problemlos. Selbst lange zurückliegende Ereignisse könnten präzise geschildert werden. Die sitzende Position könne über 70 Minuten eingehalten werden. Eine Schonhaltung oder Schonsitzen würden nicht beobachtet. Einmalig erfolge ein leichter Positionswechsel. Es bestehe eine teilweise besorgte, aber angemessen schwingungsfähige Stimmungslage. Die Achsenkriterien einer Depression seien nicht erfüllt. Es finde sich im klinischen Eindruck keine andauernde, schwere und quälende Schmerzbeeinträchtigung und kein Hinweis auf einen fehlverarbeiteten seelischen oder psychosozialen Konflikt (S. 4 f.). Bei der segmentalen Untersuchung der groben Kraft falle keine Reduktion der Kraft in den Kennmuskeln der oberen und unteren Extremitäten beidseits auf und Sensibilitätsstörungen würden nicht festgestellt (S. 8). Die Aktenlage beschreibe ein Schmerzsyndrom mit den Schwerpunkten Nacken, Schultergürtel, Lendenwirbelsäule und Becken. Es bestehe weitgehend Einigkeit, dass das Ausmass der Beschwerden nicht mit den klinischen und bildgebenden Befunden korreliere. Diese Aussage lasse sich durch die eigene Untersuchung bestätigen. Im klinischen Eindruck bestehe keine andauernde, schwere und quälende Schmerzbeeinträchtigung und kein Hinweis auf einen fehlverarbeiteten seelischen oder psychosozialen Konflikt, weshalb die ICD-Kriterien für eine somatoforme Schmerzstörung nicht erfüllt seien. Es bestehe weitgehend Konsens, dass die angestammte Tätigkeit nicht mehr zumutbar sei. Aussagen zu leidensadaptierten Tätigkeiten blieben vage. Hausarzt Dr. H.\_\_\_\_ gebe in einem aktuellen Bericht an, aus seiner Sicht sei seit November 2018 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit zumutbar. Für welche Tätigkeiten diese Einschätzung gelte, bleibe offen. Die eigene Untersuchung bestätige die Einschätzung, dass die angestammte Tätigkeit nicht mehr möglich sei. Sie erfordere häufiges Stehen, Zwangshaltungen und schweres Heben aus ungünstigen Positionen. Auch die wiederholte Angabe eines erhöhten Pausenbedarfs sei nachvollziehbar. Deshalb sei die Einschätzung einer 100%igen Arbeitsfähigkeit durch den Hausarzt Dr. H.\_\_\_\_ nicht plausibel (S. 10). Bei der Beschwerdeführerin sei anhand der vorliegenden medizinischen Berichtserstattung sowie der Befragung und körperlichen Untersuchung ein somatischer Gesundheitsschaden ausgewiesen, der die Arbeitsfähigkeit beeinträchtige. Es bestehe eine Belastungsminderung des Achsenskeletts. Die Geh- und Stehbelastbarkeit sei deutlich reduziert. Der Pausenbedarf sei erhöht. Es bestehe eine verminderte Durchhaltefähigkeit. Tätigkeiten mit Heben oder Tragen von Lasten über 5 kg, Heben aus der Hocke, Verharren in Zwangshaltungen, repetitive Rumpfdrehungen und –beugungen oder HWS-Rotationen,

kniende, gebückte, vornüber geneigte oder rein stehende Tätigkeiten sowie überwiegende Überkopf arbeiten oder Armvorhalte seien nicht geeignet (S. 10 unten). Leichte Tätigkeiten in Wechselbelastung mit der Möglichkeit zum Wechsel zwischen Sitzen, Stehen und Gehen seien medizinisch-theoretisch zumutbar. In der angestammten Tätigkeit bestehe seit dem 14. Dezember 2016 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Anamnestisch erhobene Alltagsaktivität, Selbsteinschätzung und Untersuchungsbefunde würden auf ausreichende Ressourcen für eine leidensangepasste Tätigkeit hinweisen. Hausarzt Dr. H. \_\_\_ beurteile die Arbeitsfähigkeit mit 100 % . Aus orthopädischer Sicht könne die Beschwerdeführerin in einer gut angepassten, wechselbelastenden, überwiegend sitzenden Tätigkeit eine vollschichtige Präsenz zugemutet werden . Der flexible Positionswechsel mit der Möglichkeit zum Stehen und Gehen sollte möglich sein. Pro Arbeitsstunde sollte eine zusätzliche Pause von 6 Minuten zur Regeneration zugestanden werden. Vom 14. Dezember 2016 bis 23. Januar 2017 habe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden, seit dem 24. Januar 2017 bestehe eine 90%ige Arbeitsfähigkeit (S. 11). 4. 4.1

RAD-Arzt Dr. E. \_\_\_ diagnostizierte im Januar 2019 ein chronisches zervikobrachiales und lumbales Schmerzsyndrom und begründete die gestellten Diagnosen in schlüssiger

und nachvollziehbarer Weise damit, dass die Aktenlage ein Schmerzsyndrom mit den Schwerpunkten Nacken, Schultergürtel, Lendenwirbelsäule und Becken beschreibe und weitgehend Einigkeit bestehe, dass das Ausmass der Beschwerden nicht mit den klinischen und bildgebenden Befunden korreliere, was sich durch die eigene Untersuchung bestätigt habe. In Übereinstimmung mit dem psychiatrischen Bericht von Dr. D. \_\_\_ konnte Dr. E. \_\_\_ im klinischen Eindruck keine andauernde, schwere und quälende Schmerzbeeinträchtigung und keinen Hinweis auf einen fehlverarbeiteten seelischen oder psychosozialen Konflikt feststellen , weshalb auch er die ICD-Kriterien für eine somatoforme Schmerzstörung als nicht erfüllt beurteilte (vgl. vorstehend E. 3.12).

Gestützt auf den Bericht von Dr. E. \_\_\_ kann davon ausgegangen werden, dass der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin ausreichend abgeklärt wurde, zumal auch Dr. F. \_\_\_ weder Hinweise für eine Nervenwurzelkompression im Bereich der Wirbelsäule mit Ausstrahlung in die Extremitäten noch Anhaltspunkte für eine entzündlich rheumatische Erkrankung feststellen konnte und eine Spondylarthritis sowie ISG-Arthritis mittels MRI ausgeschlossen wurden (vgl. vorstehend E. 3.10 und Urk. 7/46/5-6).

Auch die weitere fachärztliche Abklärung durch Dr. C. \_\_\_ ergab keine weiteren somatischen Diagnosen . Auch er machte auf nicht nachvollziehbare Limitierungen sowie den Verdacht auf Selbstlimitierung aufmerksam und erwähnte Diskrepanzen in der Untersuchung (vgl. vorstehend E. 3.8).

Bezüglich der Arbeitsfähigkeit gab

Dr. E. \_\_\_ in ausführlicher Weise an, es bestehe weitgehend Konsens, dass die angestammte Tätigkeit der Beschwerdeführerin

seit Dezember 2016 nicht mehr zumutbar sei , zumal sie häufiges Stehen, Zwangshaltungen und schweres Heben aus ungünstigen Positionen erfordere. Anhand der vorliegenden medizinischen Berichterstattung, der Befragung und körperlichen Untersuchung sei bei der Beschwerdeführerin ein somatischer Gesundheitsschaden ausgewiesen, der mit einer Belastungsminderung des Achsenskeletts einhergehe. So sei die Geh- und Stehbelastbarkeit deutlich reduziert , der Pausenbedarf erhöht , es bestehe eine

verminderte Durchhaltefähigkeit und Tätigkeiten mit Heben oder Tragen von Lasten über 5 kg, Heben aus der Hocke, Verharren in Zwangshaltungen, repetitive Rumpfdrehungen und – beugungen oder HWS-Rotationen, kniende, gebückte, vornüber geneigte oder rein stehende Tätigkeiten sowie überwiegende Überkopfarbeiten oder Armvorhalte seien nicht geeignet. Dr. E.\_\_\_\_ beurteilte leichte Tätigkeiten in Wechselbelastung mit der Möglichkeit zum Wechsel zwischen Sitzen, Stehen und Gehen als medizinisch-theoretisch mit vollschichtiger Präsenz und einer zusätzlichen Pause von 6 Minuten pro Arbeitsstunde, somit zu 90 %, zumutbar seit dem 24. Januar 2017. Angesichts der gestellten Diagnosen, der erhobenen objektiven Befunde und der Ausführungen der involvierten Ärzte rechtfertigt es sich vorliegend, auf diese Einschätzung abzustellen. Zu einem ähnlichen Schluss kam denn auch der die Beschwerdeführerin betreuende Hausarzt Dr. H.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E. 3.11), welcher die Beschwerdeführerin seit dem 16. November 2018 wieder als zu 100 % arbeitsfähig beurteilte. 4.2

In Bezug auf die in der Beschwerde geltend gemachten ärztlichen Beurteilungen (Urk. 1 S. 4 ff.) bleibt anzumerken, dass entgegen den Ausführungen der Beschwerdeführerin auch die Ärzte des Spitals Y.\_\_\_\_ von der Möglichkeit einer schrittweisen Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit ab dem 6. Februar 2017 ausgingen (vgl. vorstehend E. 3.1). Zudem beurteilte Dr. Z.\_\_\_\_ die Beschwerdeführerin in seinem Bericht vom März 2017 lediglich als vorübergehend, voraussichtlich drei Monate, zu 100 % arbeitsunfähig und führte aus, es könne mit einer Wiederaufnahme der bisherigen Tätigkeit beziehungsweise Erhöhung der Einsatzfähigkeit gerechnet werden (vgl. vorstehend E. 3.2). Der ehemalige Hausarzt Dr. B.\_\_\_\_ schrieb die Beschwerdeführerin zwar vom 13. Dezember 2016 bis 31. Juli 2017 zu 100 % arbeitsunfähig, erwähnte jedoch auch, dass er ab dem 1. August 2017 einen Arbeitsversuch starten möchte (vgl. vorstehend E. 3.3). Im Juni 2017 attestierten die Ärzte des Spitals Y.\_\_\_\_ die Beschwerdeführerin bis Ende April 2017 zu 100 % arbeitsunfähig und führten aus, dass eine sukzessive Wiedereingliederung gewünscht und ein Teilzeitpensum gegebenenfalls zu 50 % gut denkbar sei. Indem sie davon ausgingen, dass bei einer 100%igen Arbeitstätigkeit eine verminderte Leistungsfähigkeit bestehe, wobei diese Beurteilung abzuwarten sei (vgl. vorstehend E. 3.4), widerspricht dies der Einschätzung der RAD-Untersuchung jedenfalls nicht. Der Bericht von Dr. C.\_\_\_\_ vom November 2017 ist insoweit widersprüchlich, als er einerseits zwar angibt, es bestehe seit Dezember 2016 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit und auch in einer Verweistätigkeit sei zurzeit kaum von einer höheren Arbeitsfähigkeit auszugehen, andererseits hingegen ausdrücklich darauf aufmerksam macht, dass die Limitierungen in der körperlichen Untersuchung nur bedingt nachvollziehbar und die Schmerzmedikation ungenügend seien und zudem nur schwer nachvollziehbar sei, dass die Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit anhaltend zu 100 % arbeitsunfähig sei (vgl. vorstehend E. 3.6). Im Bericht vom April 2018 erwähnte Dr. C.\_\_\_\_ wiederum nicht oder nur schwierig nachvollziehbare Limitierungen sowie einen Verdacht auf Selbstlimitierung und machte auf Diskrepanzen in der Untersuchung aufmerksam. Er ging nunmehr davon aus, dass in einer Verweistätigkeit eine Restarbeitsfähigkeit bestehe, wobei diese aufgrund der erwähnten Selbstlimitierung schwierig zu quantifizieren sei (vgl. vorstehend E. 3.8).

Nach dem Gesagten können aus den erwähnten Beurteilungen, welche allesamt vage Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit, insbesondere in einer Verweistätigkeit, enthalten, keine Rückschlüsse betreffend somatisch bedingten Einschränkungen gezogen werden, die der RAD-Untersuchung entgegenstehen würden.

Des Weiteren ist auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass Hausärztinnen und Hausärzte wie überhaupt behandelnde Arztpersonen beziehungsweise Therapie kräfte mitunter im Hinblick auf ihre auf tragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc). Schliesslich kann auch mit Blick auf das Verlaufsprotokoll der Eingliederungsberatung ( Urk. 7/90) auf die RAD-Untersuchung abgestellt werden. So ist dem Eintrag vom Januar 2020 zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin nicht an einer Rente interessiert sei und weiterhin Arbeitsvermittlung wünsche, sie sei motiviert (S.12 unten). Am 7. Juli 2020 wurde festgehalten, dass die Massnahme der Arbeitsvermittlung infolge Zeitablauf beendet werde und die Beschwerdeführerin aufgrund der bisherigen Unterstützung in der Eingliederung selbständig auf Stellensuche gehen könne. Sie sei weiterhin bei der Regionalen Arbeitsvermittlung (RAV) gemeldet und erhalte Arbeitslosentaggelder (S.15). Zwar ist den begutachtenden Medizinerinnen und den Fachleuten der Berufsberatung eine enge, sich gegenseitig ergänzende Zusammenarbeit erforderlich (BGE 107 V 17 E. 2b; vgl. BGE 140 V 193 E. 3.2 mit weiterem Hinweis). Nach der Rechtsprechung ist die Frage nach den noch zumut baren Tätigkeiten und Arbeitsleistungen nach Massgabe der objektiv feststell baren Gesundheitsschädigung aber in erster Linie durch die Ärzte und nicht durch die Eingliederungsfachleute auf der Grundlage der von ihnen erhobenen, subjek tiven Arbeitsleistung zu beantworten (Urteile des Bundesgerichts 9C\_396/2014 vom 15. April 2015 E. 5.4 und 9C\_401/2014 vom 26. November 2014 E. 4.2.2; je mit Hinweis). Dies hat umso mehr zu gelten, wenn - wie vorliegend - die Experten selbstlimitierendes Verhalten feststellen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_646/2015 vom 19.Mai 2016 E. 4.4). 4.3

Nach dem Gesagten kann insbesondere ausgehend vom RAD-Untersuchungsbericht von Dr. E.\_\_\_\_ sowie unter Berücksichtigung des Berichts von Dr. D.\_\_\_\_ davon ausgegangen werden, dass der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin sowohl in somatischer als auch in psychiatrischer Hinsicht ausreichend abgeklärt wurde. In B ezug auf den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin sind in anti zipierter Beweiswürdigung keine weiteren Abklä rungen nötig (BGE 124 V 94 E. 4b, 122 V 157 E. 1d), da nicht davon auszugehen ist, dass weitere medizinische Abklärungen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu einem ande ren Ergebnis führen würden. Gestützt auf den Bericht von Dr. D.\_\_\_\_ vom Februar 2018 ist davon auszugehen, dass kein psychisches Leiden von Krankheitswert und entsprechend auch keine relevante langandauernde psychiatrische Arbeitsun fähig keit vorliegt, weshalb aus Gründen der Verhältnis mässigkeit von einem struktu rierten Beweisverfahren abgesehen werden kann .

Demnach i st der medizinische Sachverhalt als dahingehend erstellt zu betrachten, dass der Beschwerdefüh rerin die angestammte Tätigkeit in der Cafeteria nicht mehr möglich ist. Eine angepasste, wechsel be lastende Tätigkeit ist ihr jedoch zu

#### **E. 1.4**

UV170510 Beweiswert eines Arztberichts 01.2021 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 Schluss folgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

### **E. 1.5**

Stunden arbeiten, danach müsse sie 15-20 Minuten ruhen/liegen, danach könne sie maximal eine weitere Stunde arbeiten (S. 1 Ziff.

### **E. 2**

5. Januar 2021 (Urk.

#### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene leistungsabweisende Verfügung vom 30. Oktober 2020 (Urk. 2) damit, dass die Beschwerdeführerin im Januar 2019 durch den RAD untersucht worden sei und gemäss dieser Beurteilung die angestammte Tätigkeit nicht mehr zumutbar sei, jedoch eine 90%ige Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit vorliege. Es ergebe sich ein IV-Grad von 24 %, womit die Beschwerdeführerin in der Lage sei, ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen. Die gesundheitliche Situation der Beschwerdeführerin sei ausreichend abgeklärt und medizinisch begründet worden. Die Minderung um 10 % begründe sich durch einen erhöhten Pausenbedarf zur Regeneration von 6 Minuten je Arbeitsstunde. Diese Einschätzung könne die Beschwerdeführerin durch keine neuen Arztberichte umstossen. Massgeblich sei die ärztliche und nicht die berufsberaterische Einschätzung (Urk. 7).

#### **E. 2.2**

Demgegenüber vertrat die Beschwerdeführerin beschwerdeweise (Urk. 1) den Standpunkt, anhand der vorliegenden medizinischen Akten sei erstellt, dass sie spätestens seit dem 14. Dezember 2016 zu 100 % arbeitsunfähig sei. Aufgrund ihrer diversen Leiden sei sie auch heute noch und weiterhin zu mindestens 70 % erwerbsunfähig, was die beruflichen Massnahmen klar bestätigt hätten. Der Rentenanspruch beginne nach Ablauf des Wartjahres, somit ab dem 1. Dezember 2017. Nur der guten Ordnung halber sei erwähnt, dass selbst bei einer Erwerbsfähigkeit von 90 % - was bestritten werde – der IV-Grad weit höher als bloss 24 % ausfallen müsse. Das Valideneinkommen betrage heute mindestens Fr. 66'707.40 und es sei ein leidensbedingter Abzug von 25 % zu gewähren (S. 12 f.).

#### **E. 2.3**

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Invalidenrente hat und ob der Sachverhalt diesbezüglich rechtsgenügend abgeklärt wurde.

##### **3. 3.1**

Die Ärzte des Spitals Y.\_\_\_\_, Klinik für Rheumatologie, berichteten am 27. Januar 2017 (Urk. 7/20/4-5) über die Hospitalisation der Beschwerdeführerin vom 3. bis 23. Januar 2017 und nannten folgende Diagnosen (S. 1): - fibromyalgiformes Schmerzsyndrom mit/bei - gemäss ACR-Kriterien - Labor: kein Hinweis für eine entzündliche Gelenkerkrankung - chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom - MRI Halswirbelsäule (HWS) vom 19. Januar 2016: altersentsprechende leichte degenerative Veränderungen ohne Anhalt für Radikulopathie - anhaltend somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) - bei psychosozialer Belastungssituation (Invalidität des Ehemannes) - bei exzessiver Leistungsorientierung und bei zwanghaft-perfektionistischen Persönlichkeitszügen, mit korrespondierender Selbstverausgabung

Sie führten aus, die Beschwerdeführerin leide seit vielen Jahren an panvertebralen Schmerzen mit Verschlechterung seit Anfang Dezember 2016. Es bestünden

bewegungsabhängige Ganzkörperschmerzen mit Betonung zervikal – ausstrahlend in den Schultergürteln – und lumbal. Hinzu komme eine Allgemeinsymptomatik mit erheblich vegetativen Beschwerden und einer Niedergeschlagenheit, unterhalten durch eine belastete berufliche Situation. Die Beschwerdeführerin nehme an einem multimodalen Schmerztherapieprogramm teil mit Physiotherapie einzeln und in Gruppe, physikalischer Therapie und stützenden Gesprächen (S. 1). Kurz vor Ende der stationären Behandlung habe die Beschwerdeführerin Fortschritte sowohl in der Schmerzwahrnehmung und Verarbeitung wie auch im Umgang mit ihrer privaten und beruflichen Situation gezeigt. Gemäss interdisziplinärer Einschätzung sei im Anschluss an das Schmerzprogramm der Übertritt in eine psychosomatische Rehabilitationsklinik indiziert, was vom Kostenträger abgelehnt worden sei. Die Beschwerdeführerin sei daher am 23. Januar 2017 nach Hause ausgetreten. Vom 3. Januar bis 5. Februar 2017 bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Ab dem 6. Februar 2017 sei je nach weiterem Verlauf eine schrittweise Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit möglich (S. 2). 3.2

Dr. med. Z.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, berichtete am 9. März 2017 zuhanden der Pensionskasse A.\_\_\_\_ (Urk. 7/2/1-12) und nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 2): - Fibromyalgie-Syndrom gemäss ACR-Kriterien - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)

- bei psychosozialer Belastungssituation (Invalidität des Ehemannes seit zirka 15 Jahren) - bei Persönlichkeit mit zwanghaft-perfektionistischen Zügen

Er führte aus, die ersten Symptome seien schon vor Jahren aufgetreten, seit Anfang 2015 sei es zu einer Exazerbation gekommen. Eine medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit bestehe seit mindestens dem 14. Dezember 2016 (S. 2). Die Beschwerdeführerin sei arbeits- und therapiewillig mit guter Compliance. Die Ablehnung der dringend indizierten stationären Behandlung zur Vermeidung einer weiteren Chronifizierung durch die Krankenkasse sei unverständlich (S. 6).

Eine allfällige Anpassung der Arbeit sei erst nach einer adäquaten (vorzugsweise stationären) Behandlung zu überlegen (S. 8). Es liege eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bezogen auf die bisherige sowie jede andere Tätigkeit vor, vorausichtlich mindestens drei Monate (Mitte Juni 2017). Es könne mit einer Wiederaufnahme der bisherigen Tätigkeit beziehungsweise Erhöhung der Einsatzfähigkeit gerechnet werden. Derzeit sei keine den beruflichen Anforderungen entsprechende körperliche Belastungsfähigkeit gegeben (S. 9 f.). 3.3

Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, berichtete am 12. Juni 2017 (Urk. 7/11) und nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 Ziff. 1.1): - fibromyalgiformes Schmerzsyndrom gemäss ACR-Kriterien - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) - Segmentdegeneration C5/6 mit Diskushernie

Er führte aus, er behandle die Beschwerdeführerin seit 1991 (S. 1 Ziff. 1.2) und Mitte letzten Jahres (Juli 2016) habe die Symptomatik begonnen (S. 2 Ziff. 1.4). Im Dezember 2016 bestehe eine massiv schmerzhafte Lendenwirbelsäule und Brustwirbelsäule (S. 2 Ziff. 1.4). Es habe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 13. Dezember 2016 bis 31. Juli 2016 (gemeint wohl 2017, siehe S. 3 Ziff. 1.9) bestanden, danach sollte ein Arbeitsversuch gestartet werden. Das Heben sowie leicht vornüber gebeugt es Arbeiten

seien der Beschwerdeführerin nicht zumutbar (S. 2 Ziff. 1.6). Die bisherige Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin aus medizinischer Sicht nicht mehr zumutbar. Momentan sei keine Arbeitsfähigkeit gegeben (S. 3 Ziff. 1.7). 3.4

Die Ärzte des Spitals Y.\_\_\_\_, Klinik für Rheumatologie, berichteten am 22. Juni 2017 (Urk. 7/15/6-9) und führten bei unveränderter Diagnose (vgl. vorstehend E. 3.1) aus, es bestehe eine uneingeschränkte Wirbelsäulenbeweglichkeit ohne sensomotorische Defizite und ohne provozierbaren Nervendehnungsschmerz sowie ein depressives Erscheinungsbild. Die Prognose sei günstig für eine schrittweise, sukzessive Arbeitswiederintegration für ein Teilzeitpensum (S. 2 Ziff. 1.4). Vom 3. Januar bis Ende April 2017 habe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Danach sei dies durch den Hausarzt beurteilt worden. Es bestehe eine schmerzbedingte Belastbarkeitseinschränkung. Eine sukzessive Wiedereingliederung in die bisherige Tätigkeit sei gewünscht. Ein Teilzeitpensum gebe jedenfalls zu 50 % sei gut denkbar. Die Beschwerdeführerin sei auch motiviert, die Arbeitstätigkeit wieder aufzunehmen. Es sei davon auszugehen, dass sich eine teilzeitige Arbeitstätigkeit prognostisch günstig auswirke. Bei einer 100%igen Arbeitstätigkeit sei davon auszugehen, dass eine verminderte Leistungsfähigkeit bestehe, bei einem reduzierten Arbeitspensum bleibe diese Beurteilung abzuwarten (S. 2 Ziff. 1.6). 3.5

Dr. B.\_\_\_\_ berichtete am 24. Oktober 2017 (Urk. 7/20/1-3) und führte aus, seit Juni 2017 bestehe eine gleichbleibende Schmerzstörung. Der Arbeitsversuch ab dem 1. September 2017 sei misslungen. Die Beschwerdeführerin könne in einer sehr leichten, wechselbelastenden Tätigkeit

#### **E. 6**

) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde der Beschwerdeführerin am 27. Januar 2021 zur Kenntnis gebracht (Urk.

#### **E. 8**

).

Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 9**

Auch ein Arbeitsplatz mit zusätzlichen Pausen darf auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt als vorhanden angenommen werden (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C\_740/2014 vom 11. Februar 2015 E. 3.4.3). Der ausgeglichene Arbeitsmarkt umschliesst einerseits ein bestimmtes Gleichgewicht zwischen dem Angebot von und der Nachfrage nach Stellen sowie bezeichnet andererseits einen Arbeitsmarkt, der von seiner Struktur her einen Fächer verschiedenartiger Stellen offen hält, und zwar sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen wie auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes (BGE 110 V 273 E. 4b; ZAK 1991 S. 321 E. 3b und 1985 S. 462 E. 4b; vgl. auch BGE 130 V 343 E. 3.2). An die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten sind praxisgemäss nicht übermässige Anforderungen zu stellen. Für die Invaliditätsbemessung ist nicht darauf abzustellen, ob eine invalide Person unter den konkreten Arbeitsmarktverhältnissen vermittelt werden kann, sondern einzig darauf, ob sie die ihr verbliebene Arbeitskraft noch wirtschaftlich nützen könnte, wenn die verfügbaren Arbeitsplätze dem Angebot an Arbeitskräften entsprechen würden (AHI 1998 S. 290 f. E. 3b; Urteile des Bundesgerichts I 273/04 vom 29. März 2005, I 591/02 vom 5. Mai 2004, I

285/99 vom 13. März 2000 und U 176/98 vom 17. April 2000 ). Der ausgeglichene Arbeitsmarkt umfasst schliesslich auch sogenannte Nischen arbeitsplätze, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei welchen Behinderte mit einem sozialen Entgelt gekommen von seiten des Arbeitgebers rechnen können (Urteile des Bundesgerichts 9C\_95/2007 vom 29. August 2007 E. 4.3 und 9C\_98/2014 vom 22. April 2014 E. 3.1, je mit Hinweisen).

Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung fällt sodann der Umstand, dass die Stellensuche altersbedingt erschwert sein mag, als invaliditätsfremder Faktor ausser Betracht (Urteil des Bundesgerichts 8C\_296/2020 vom 25. November 2020 E. 6.3.2 mit Hinweisen).

Weil ein neuer Arbeitsplatz stets mit einer Eingewöhnungsphase einhergeht, vermag auch ein allfälliger Anpassungsaufwand keinen Tabellenlohnabzug zu rechtfertigen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_226/2020 vom 13. August 2020 E. 5.2 mit Hinweisen), zumal keine Anhaltspunkte vorliegen, welche ein Abweichen von der genannten bundesgerichtlichen Rechtsprechung ermöglichen würden. 5.10

Im Lichte dieser Grundsätze vermögen die von

der Beschwerdeführer in angeführten Umständen jedenfalls keinen Abzug vom Tabellenlohn zu rechtfertigen.

Der Vergleich des Valideneinkommens von Fr. 66'479.15 (vgl. E. 5.3) mit dem Invalideneinkommen von Fr. 49'705.20 (vgl. E. 5.5) ergibt eine Einkommenseinbusse von Fr. 16'773.95 und damit einen nicht rentenbegründeten Invaliditätsgrad von 25 %.

Dementsprechend hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Rente, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 6.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführer in 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 zu gestellt. 3.

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

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

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

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

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