

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00839 vom 9. Mai 2021**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-05-09, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2020.00839](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00839)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00839 du 9 mai 2021

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00839 del 9 maggio 2021

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allge meinen Teil des Sozialversicherungsrechts; ATSG ). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kom menden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der ge sundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 1.2**

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

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

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

### **E. 1.3**

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 vor aus (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 Inva lidity. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbs fähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätio logie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Masstab zu beurteilende Frage, ob es der ver sicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 1.4**

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanschuldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung; IVV), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 ATSG eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist (BGE 117 V 198 E. 3a mit Hinweis) 1. 5

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

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

## **E. 2**

5. Februar 2021 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 8), worüber die Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 26. Februar 2021 in Kenntnis gesetzt wurde (Urk. 10). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

In der angefochtenen Verfügung vom 2. November 2020 führte die Beschwerdegegnerin zusammengefasst aus, die Beschwerdeführerin sei zwecks Überprüfung des medizinischen Sachverhalts im April 2019 begutachtet worden. Das ausführliche Gutachten sei im Dezember 2019 vorgelegt worden (Urk. 2 S. 1). Dieses erweise sich als schlüssig und nachvollziehbar, weshalb darauf abgestellt werden könne. Der im Vorbescheidverfahren eingereichte Bericht des Zentrums B. vom 14. Juli 2020 vermöge an dieser Beurteilung nichts zu ändern; weitere Abklärungen seien nicht angezeigt. Unter Berücksichtigung der somatischen und psychischen Einschränkungen liege bei der Beschwerdeführerin eine Leistungsminderung von 10 % für alle Tätigkeiten vor. Somit sei es ihr zumutbar, in der Tätigkeit als Reinigungsmitarbeiterin sowie in einer angepassten Tätigkeit in einem 90%-Pensum zu arbeiten. Es resultiere folglich ein Invaliditätsgrad von 10 %, weswegen kein Anspruch auf eine Invalidenrente bestehe (Urk. 2 S. 2).

### **E. 2.2**

Demgegenüber machte die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerdeschrift vom 4. Dezember 2020 im Wesentlichen geltend, die Beschwerdegegnerin habe die in Art. 43 ATSG normierte Untersuchungspflicht verletzt, indem sie ihren Entscheid erst fast zwei Jahre nach Durchführung der Begutachtung erlassen habe. Dieser beruhe demnach auf

veralteten Grundlagen. Die Beschwerdegegnerin wäre zu mindest gehalten gewesen, nochmals bei den behandelnden Fachärzten einen Verlaufsbericht einzuholen. Dies gelte umso mehr, als sich der Gesundheitszustand seither erheblich und dauernd verschlechtert habe und weitere medizinische Abklärungen geplant seien ( Urk. 1 S. 4 f.). 3. 3.1

Im Zuge der Umsetzung des Rückweisungsurteils vom 28. November

2017 (Urk. 9/107) holte die Beschwerdegegnerin zunächst Berichte der behandelnden Ärzte ein. Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, hielt in seinem Bericht vom 12. Juni 2018 fest, dass die Beschwerdeführerin eine vieljährige Anamnese von rechts betonten Fusschmerzen beschrieben habe, die ohne Trauma begonnen hätten. In den letzten sechs Monaten seien die Schmerzen ausgeprägt progredient gewesen ( Urk. 9/122/1). Die brennende, nicht belastungsabhängige Symptomatik mit zunehmender Hypästhesie lasse an eine primär neuropathische Schmerzursache denken. Klinisch seien die Befunde einer Plantarfasziitis und einer möglichen Stressfraktur des Sesamoids nicht relevant gewesen. Ein denkbar morphologisches Korrelat im Sinne einer Subtalargelenksproblematik oder Peronealsehnenläsion habe sich nicht finden lassen. An eine Polyneuropathie könne trotz normalem Vibrationssinn gedacht werden, insbesondere da auch eine zervikale Symptomatik zu bestehen scheine. Vor diesem Hintergrund sei die Erneuerung der neurologischen Abklärung in Betracht zu ziehen ( Urk. 9/122/2). 3.2

Dem Bericht des Zentrums B.\_\_\_\_ vom 20. Juni 2018 sind namentlich folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen ( Urk. 9/118/9): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), seit 2009 - Epicondylopathia

humero-radialis beidseits seit 2009 - lumbovertebrales / - spondylogenes Syndrom links seit 2009 - chronisches zervikospondylogenes Syndrom seit 2009.

Abgesehen von leichten Haushaltsarbeiten von etwa zehn- bis dreissigminütiger Dauer könne die Beschwerdeführerin aktuell aufgrund der depressiven Symptome und der Schmerzen keine Arbeiten ausführen. Sie benötige Hilfe im Haushalt, könne nur etwa fünf bis zehn Minuten stehen, habe oftmals eine Blockade im Rücken und könne keine schweren Arbeiten übernehmen. Psychisch sei sie vor allem infolge Antriebs- und Lustlosigkeit sowie Konzentrationsstörungen eingeschränkt. Prognostisch könnte bei Remission der depressiven Symptomatik eine Arbeitsfähigkeit für eine angepasste Tätigkeit erreicht werden ( Urk. 9/118/9). 3.3

Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Anästhesiologie, äusserte sich in seinem Bericht vom 15. August 2018 dahingehend, dass sich nebst einer Panalgie bei chronischer Schmerzkrankheit (Fibromyalgie) eine Adipositas sowie der Verdacht auf eine Suralisneuropathie auf die Arbeitsfähigkeit auswirken würden ( Urk. 9/120/3). Die Frage der Zumutbarkeit der bisherigen oder einer angepassten Tätigkeit liess er unbeantwortet und erachtete die Durchführung eines Belastungstests mit Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) im Rahmen einer arbeitsmedizinischen Untersuchung für notwendig ( Urk. 9/120/5). 3.4

Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, untersuchte die Beschwerdeführerin am 8. November 2018 neurologisch und elektrodiagnostisch mit Nervenultraschall. In seinem Bericht vom darauffolgenden Tag hielt er fest, dass aufgrund der Befunde namentlich der

unauffälligen Darstellung des Nervus

suralis im Verlauf der gesamten Länge am Unterschenkel beidseits von keiner chirurgisch therapierbaren fokalen Suralisneuropathie auszugehen sei. Eine Polyneuropathie habe weder neurographisch noch klinisch objektiviert werden können. Auch eine Radikulopathie scheine klinisch wenig wahrscheinlich; gegen eine zentrale Pathologie spreche das normale Reflexniveau. Empfehlenswert seien eine Schmerztherapie sowie eine rheumatologische Beurteilung, soweit noch nicht erfolgt (Urk. 9/127/1 f.). 3.5

Im Rahmen weiterer medizinischer Abklärungen liess die Beschwerdeführerin die Beschwerdeführerin durch die MEDAS A. \_\_\_ polydisziplinär untersuchen (Urk. 9/134). Dem MEDAS-Gutachten vom 6. Dezember 2019 sind folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen (Urk. 9/152/11): - anamnestisch multilokuläres

muskuloskelettales Schmerzsyndrom, zum Explorationszeitpunkt im April 2019 auffallend oligosymptomatisch mit/bei : - degenerativen Skelettveränderungen - muskulärer Dysbalance - interkurrenter Diagnose eines fraglichen SAPHO-Syndroms mit passagerer krankheitsmodulierender und immunsuppressiver Behandlung - Dysthymia (ICD-10 F34.1).

In Bezug auf die nachfolgenden Diagnosen wurde demgegenüber ein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit verneint (Urk. 9/152/12): - arterielle Hypertonie (ICD-10 I11.9) - Adipositas (ICD-10 E66.9) - Hyperurikämie (ICD-10 E79.0) - klinischer Verdacht auf Gastritis (ICD-10 K21.0) - Angabe verminderter Berührungsempfindung am lateralen Fussrand beidseits, Ätiologie unklar - anamnestisch rezidivierender Eisen- und Vitamin D-Mangel.

Dr. med. F. \_\_\_ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Kardiologie, gelangte im Rahmen seiner Begutachtung zur Auffassung, dass der Beschwerdeführerin die bisherige Tätigkeit als Reinigungsangestellte aus internistischer Sicht zu 100 % zumutbar sei. Weder die Hypertonie noch die Adipositas, die Hyperurikämie oder der klinische Verdacht auf eine Gastritis hätten Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Für dem Alter und dem Ausbildungsniveau angepasste Tätigkeiten bestehe ebenfalls eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (Urk. 9/152/10 ,

Urk. 9/152/72 f. ).

Seitens Dr. med. G. \_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, wurde die Diagnose einer Dysthymia gestellt, nicht jedoch diejenige einer

anamnestisch bestätigten

depressiven Störung. Aus seiner Sicht sei seit 2016 von einer dysthymen Entwicklung auszugehen. Ansonsten habe sich weder eine relevante affektive noch eine psychotische Erkrankung feststellen lassen. Hinweise für kognitive Einschränkungen hätten klinisch nicht objektiviert werden können. In Bezug auf die anamnestisch langjährig bekannte Schmerzproblematik sei festzuhalten, dass die beklagten Beschwerden mit objektiven Befunden nicht hinreichend erklärbar seien. Die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung könne nicht gestellt werden. Hingegen bestehe, wie im Z. \_\_\_ -Gutachten aus dem Jahr 2011 beschrieben, eine Schmerzverarbeitungsstörung im Sinne eines maladaptiven Umgangs mit der Schmerzsymptomatik (ICD-10 F54). Im Rahmen der aktuellen Begutachtung sei die Schmerzsymptomatik bei ausreichender

Willensanstrengung als überwindbar zu beurteilen gewesen. Insgesamt werde aus psychiatrischer Sicht infolge der Dysthymia eine Einschränkung der psychischen Belastbarkeit und somit eine geringgradige Einschränkung der Leistungsfähigkeit attestiert. Bei einer 8.5-stündigen Präsenzzeit bestehe eine 10%ige Leistungsminderung, was auch für die bisherige Tätigkeit als Reinigungsangestellte gelte. Ansonsten seien der Beschwerdeführerin Tätigkeiten ohne unmittelbaren Zeitdruck und ohne Schichtarbeit zumutbar. Durch die Weiterführung der psychiatrischen Behandlungsmassnahmen könne die Arbeitsfähigkeit grundsätzlich weiter gesteigert beziehungsweise zumindest auf dem aktuellen Niveau stabilisiert werden (Urk. 9/152/10, vgl. auch Urk. 9/152/133-136).

Im Rahmen der Begutachtung durch Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, seien den ganzen Körper betreffende Schmerzen ausgemacht worden. Am lateralen Fussrand beidseits habe die Beschwerdeführerin verminderte Berührungsempfindungen unklarer Ätiologie beschrieben. Aus neurologischer Sicht könne keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden; in der bisherigen Tätigkeit bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (Urk. 9/152/10, 9/152/196 f.).

Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Rheumatologie, hielt fest, dass der Beschwerdeführerin infolge des multilokalen muskuloskelettalen Schmerzsyndroms keine körperlich schwer belastenden Tätigkeiten mehr zumutbar seien. Unter Vermeidung häufiger monoton-repetitiver Arbeitsabläufe sowie repetitivem Bücken und Heben bestehe für körperlich leichte, wechselbelastende bis kurzzeitig mittelschwere Tätigkeiten keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 9/152/11, vgl. auch Urk. 9/152/256-258).

Im interdisziplinären Konsens gelangten die MEDAS-Gutachter zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin sowohl in der bisherigen Tätigkeit als Reinigungsangestellte als auch in leidensadaptierten Tätigkeiten während 8.5 Stunden täglich arbeitsfähig sei, wobei seit Beginn der dysthymen Entwicklung im Jahr 2016 eine 10%ige Leistungsminderung bestehe. Angepasst seien dem Alter und Ausbildungsniveau entsprechende Tätigkeiten, welche nicht unter unmittelbarem Produktionsdruck (Fließbandtätigkeit) durchzuführen seien. Schichttätigkeiten seien ebenfalls nicht zumutbar. Im Weiteren sollte es sich um eine leichte wechselbelastende bis kurzzeitig mittelschwere Arbeit handeln. Monoton-repetitive Arbeitsabläufe sowie repetitives Bücken und Heben seien zu vermeiden (Urk. 9/152/11, 9/152/13 f.). 4. 4.1

Die Beschwerdegegnerin legte ihrer Beurteilung das von ihr als beweiskräftig eingestufte MEDAS-Gutachten vom 6. Dezember 2019 zu Grunde (Urk. 2 S. 2).

Im Gegensatz dazu stuft die Beschwerdeführerin das Gutachten als überholt ein, da sich ihr Gesundheitszustand seit dem Zeitpunkt der Begutachtung erheblich und dauerhaft verschlechtert habe. Indem die Beschwerdegegnerin diese Entwicklung bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung nicht berücksichtigt und keine Verlaufsberichte mehr eingeholt habe, sei sie ihrer Untersuchungspflicht nicht hinreichend nachgekommen (vgl. Urk. 1 S. 4 f.). 4.2

Nach den allgemeinen Regeln des Sozialversicherungsrechts hat der Versicherungsträger den rechtserheblichen Sachverhalt abzuklären. Er ist laut dem in Art. 43 Abs. 1 ATSG statuierten Untersuchungsgrundsatz verpflichtet, die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vorzunehmen und die erforderlichen Auskünfte einzuholen. Die Verfahrensleistung

liegt dabei beim Versicherungs träger, dessen Ermessensspielraum in Bezug auf Notwendigkeit, Umfang und Zweckmässigkeit von medizinischen Erhebungen gross ist. Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der konkreten Sach- und Rechtslage. Gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz ist der Sachverhalt soweit zu ermitteln, dass über den Leistungsanspruch zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entschieden werden kann. Liegen bereits Gutachten vor, ist für die Frage, ob weitere Abklärungen angeordnet werden können und müssen, entscheidend, inwieweit diese Gutachten die praxisgemässen inhaltlichen und beweismässigen Anforderungen erfüllen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_57/2019 vom 7. März 2019 E. 3.2 mit Hinweisen). 4.3.1

Der Beschwerdeführerin ist insofern beizupflichten, als für die richterliche Beurteilung eines Falles grundsätzlich die tatsächlichen Verhältnisse zur Zeit des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens massgebend sind (vgl. BGE 121 V 362 E. 1b; 99 V 98). Folglich war die Beschwerdegegnerin gehalten, bis zum Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 2. November 2020 der Entwicklung des Gesundheitszustandes Rechnung zu tragen. 4.3.2

Entgegen der Sichtweise der Beschwerdeführerin bedeutet dies jedoch nicht per se, dass die Beschwerdegegnerin nicht auf das mehrere Monate zuvor am 6. Dezember 2019 erstattete

MEDAS-Gutachten hätte abstellen dürfen. So ist gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung für sich allein noch keine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes ausgewiesen, wenn ein Zeitraum von zwei Jahren zwischen der Erstattung der als massgebend erachteten Berichte und dem Erlass der Verfügung liegt, falls Hinweise für eine Veränderung des Gesundheitszustandes fehlen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_1019/2010 vom 30. März 2011 E. 2.3 mit Hinweis).

Derartige Anhaltspunkte liegen aus Sicht der Beschwerdeführerin unter Verweis auf den Bericht des Zentrums B.\_\_\_\_ vom 14. Juli 2020 vor (Urk. 3 = Urk. 9/164).

Weitere ärztliche Berichte reichte sie im Beschwerdeverfahren entgegen ihrer Ankündigung (Urk. 1 S. 5) nicht ein.

Dem genannten Bericht des B.\_\_\_\_ ist zu entnehmen, dass sich die Schmerzen an der Lendenwirbelsäule verstärkt hätten. Diese seien inzwischen so stark, dass die behandelnde Rheumatologin sehr kostenintensive Injektionen verschrieben habe. Trotzdem seien Blockaden im rechten Bein vorhanden; die Gehdistanz sei reduziert. Gleichzeitig habe die depressive Symptomatik zugenommen. Die Beschwerdeführerin gehe zwar noch nach draussen; allerdings lägen neben Lust-, Interesse-

sowie Antriebslosigkeit eine traurige Stimmung bei gleichbleibender Diagnose vor (rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode [ICD-10 F33.1]). Auch für angepasste Tätigkeiten sei eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen. Die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung werde weitergeführt (Urk. 3).

Der Bericht enthält weder in rheumatologischer noch in psychiatrischer Hinsicht eine objektive Befunderhebung, welche geeignet wäre, eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin zu untermauern. Allein der Umstand, dass von der behandelnden Rheumatologin kostenintensive Injektionen verordnet wurden, lässt noch keine entsprechenden Rückschlüsse auf eine relevante Veränderung zu. Auch aus p

sychiatrisch er Sicht sind im Vergleich zum vor angegangenen Bericht des B.\_\_\_\_

vom 20. Juni 2018 keine wesentlichen Veränderungen erkennbar. Bereits damals wurden eine Lust- und Antriebslosigkeit sowie eine deutlich depressiv-resignierte Stimmung beschrieben ( Urk. 9/118/8 f.). Gleich beurteilt wurde n

darüber hinaus sowohl der Schweregrad der depressiven Störung

als auch die Arbeits ( un ) fähigkeit . Schliess lich spricht auch der Umstand, dass keine Intensivierung der psychiatrischen Be handlung in Betracht gezogen wurde, gegen eine massgebende Verschlech te rung des psychischen Gesundheitszustandes. Insgesamt ist daher nicht zu bean standen, dass sich die Beschwerdegegnerin gestützt auf den ärztlichen Bericht vom 1 4. Juli 2020 nicht veranlasst sah, weitere medizinische Abklärungen zu tätigen. 5. 5.1

Zu prüfen bleibt somit, ob die Beschwerdegegnerin den Rentenanspruch gestützt auf das MEDAS-Gutachten zu Recht verneint hat. Dieses erfüllt die vom Bundesgericht statuierten Kriterien für eine beweiswerte medizinische Expertise (vgl. vorstehende E. 1. 5 ). Insbesondere beruht es auf allseitigen Untersuchungen und wurde in Kenntnis der Vorakten erstellt (vgl. Urk. 9/152/20 ff.). Des Weiteren wurden die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden berücksichtigt (vgl. Urk. 9/152/67-70, 9/152/127-130, 9/152/192-193 und 9/152/250-253).

Es besteht überdies wie im Einzelnen nachfolgend aufgezeigt wird auch keine Veranlassung, die Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und die Schlussfolgerungen hinsichtlich Arbeitsfähigkeit in Frage zu stellen, was von der Beschwerdeführerin auch nicht substantiiert geltend gemacht wird. 5.2

Einerseits vermögen die Einschätzungen der somatischen Gutachter zu überzeugen . Weder von internistischer noch von neurologischer Seite konnte eine Dia gnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden (Urk. 9/152/72, 9/152/194). Namentlich liessen sich die am ganzen Körper geklagten Beschwer den

keinem neurologischen Krankheitsbild zu ordnen (Urk. 9/152/196 f.) , was auch mit der vorangegangenen Beurteilung von Dr. E.\_\_\_\_ vom 8. November 2018 in Einklang steht ( Urk. 9/127/1 f.). Klinisch rheumatologisch präsentierte sich ein recht unauffälliger und wenig dolenter Bewegungsapparat, wobei der Gutachter einen Kontrast zu den Klagen über einen anhaltenden hohen Leidensdruck bei multilokulärem Schmerzsyndrom feststellte ( Urk. 9/152/253, 9/152/257).

Letztem wie auch den degenerativen Skelettveränderungen und der muskulären Dysbalance trug er im Rahmen der Festlegung des Belastungsprofils angemessen Rechnung, indem er insbesondere nur noch leichte wechselbelastende bis kurz zeitig mittelschwere Arbeiten ganztags ohne Leistungseinschränku ng für zumut bar erachtete (Urk. 9/152/258).

### 5.3 5.3.1

Andererseits legte Dr. G.\_\_\_\_ in Bezug auf den psychischen Gesundheitszustand nachvollziehbar und schlüssig dar, weshalb abweichend von der Beurteilung der behandelnden Fachpersonen des Zentrums B.\_\_\_\_ nicht von einer eigentlichen depressiven Störung, sondern von einer Dysthymie auszugehen sei. Er wies in diesem Kontext namentlich darauf hin, dass die anamnestisch beschriebenen kognitiven Einschränkungen in keiner Weise feststellbar gewesen seien. Darüber hinaus hätten keine depressionstypischen

Einschränkungen des formalen und inhaltlichen Denkens bestanden (Urk. 9/152/133) . Im Weiteren sprächen die von der Beschwerdeführerin beschriebenen Zukunftssorgen, die ängstliche Haltung gegenüber ihren somatischen Beschwerden sowie der von ihr geschilderte Verlauf, dass es ihr tagelang gut und tagelang schlecht gehe, für die Diagnose einer Dysthymie (Urk. 9/152/134). Zur Arbeitsfähigkeit hielt Dr. G.\_\_\_\_ fest, dass aufgrund dieser Diagnose die psychische Belastbarkeit der Beschwerdeführerin geringgradig eingeschränkt sei, weshalb bei einer 8.5-stündigen Präsenzzeit eine Leistungsminderung von 10 % bestehe (Urk. 9/152/137 f.). 5.3.2

Anzumerken bleibt, dass eine medizinische Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen für den Rechtsanwender nicht ohne Weiteres verbindlich ist. Es kann davon abgewichen werden, ohne dass ein Gutachten seinen Beweiswert verliert (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_106/2015 vom 1. April 2015

E. 6.3 mit Hinweis). Grundsätzlich soll für sämtliche psychischen Leiden

– namentlich auch für depressive Störungen ein indikatorengleitetes Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 Anwendung finden (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.3 und 143 V 418 E. 7.1), das Aufschluss über das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen geben soll (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und E. 4.1; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C\_590/2017 vom 15. Februar 2018 E. 5.1). Mithin ist im konkreten Fall zu klären, ob die beigezogenen Gutachten allenfalls zusammen mit weiteren fachärztlichen Berichten eine schlüssige Beurteilung anhand der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht.

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren 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 Aktivitätenniveaus 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). 5.3.3

Vorliegend ist die Beurteilung der genannten Indikatoren aufgrund der Abklärungstiefe und -dichte des MEDAS-Gutachtens ohne weiteres möglich. Wie bereits angetönt, sind die diagnoserelevanten Befunde insgesamt nicht schwer aus geprägt (vgl. Urk. 9/152/131 f.).

Eine Therapieresistenz wurde von Dr. G.\_\_\_\_ verneint; aus seiner Sicht kann die Arbeitsfähigkeit durch die Weiterführung der Therapiemassnahmen durchaus weiter gesteigert

beziehungsweise zumindest auf dem aktuellen Niveau gehalten werden (Urk. 9/152/137 f.) , was angesichts der erhobenen, insgesamt wenig erheblich ausgeprägten Befunde nachvollziehbar ist. Von einer Eingliederungsresistenz kann vor diesem Hintergrund nicht ausgegangen werden, zumal sich die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der Begutachtung seit sieben Jahren nicht mehr um eine Arbeitsstelle bemüht hat (Urk. 9/152/68,

9/152/130 und 9/152/252 ). Auffälligkeiten in Bezug auf die Persönlichkeit oder das soziale Leistungs- und Integrationsniveau konnte Dr. G. \_\_\_ nicht eruieren, weshalb er auch nicht mit Schwierigkeiten im Bereich der Kooperation oder Teamfähigkeit rechnete (Urk. 9/152/136 f. ). Die Beschwerdeführerin verfügt darüber hinaus über ein familiäres Umfeld, von welchem sie aus gutachterlicher Sicht überprotektiv

unterstützt wird , sodass ein sekundärer Krankheitsgewinn vorliegt ( Urk. 9/152/135 f.). Hinsichtlich des Aspektes der Konsistenz ist schliesslich

anzumerken, dass von gutachterlicher Seite kein Interessenverlust ausgemacht werden konnte, welcher alle Belange des alltäglichen Lebens betrifft (Urk. 9/152 /136 ; vgl. zum Aktivitätsniveau auch Urk. 9/152/129 ). Gegen einen erheblichen Leidensdruck spricht der Umstand, dass die Beschwerdeführerin nur alle drei Wochen eine psychiatrische Behandlung in Anspruch nimmt (Urk. 9/118/7, 9/152/ 128), was keiner konsequenten Therapie entspricht (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_444/2016 vom 31. Oktober 2016 E. 6.2.2). Gemäss den Resultaten der Blutuntersuchung nimmt sie ausserdem die verordneten Antidepressiva nur teilweise regelmässig ein ( Urk. 9/152/135, 9/152/262).

Die Gesamtwürdigung all dieser massgeblichen Gesichtspunkte lässt die vom psychiatrischen Gutachter ab 2016 attestierte generelle Leistungsminderung von höchstens 10 % bei ganztägiger Präsenzzeit als nachvollziehbar erscheinen, da die diagnostizierte psychische Störung insgesamt mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht mit schweren Auswirkungen in wichtigen Funktionsbereichen einhergeht. 6.

Auf der Grundlage einer 90%igen Arbeitsfähigkeit im angestammten Tätigkeitsbereich als Reinigungsmitarbeiterin seit dem Jahr 2016 erübrigt sich ein ordentlicher Einkommensvergleich. Sowohl das Validen- als auch das Invalideneinkommen sind gestützt auf dieselbe Bemessungsgrundlage und der Invaliditätsgrad anhand eines Prozentvergleichs zu bestimmen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_463/2012 vom 3. August 2012 E. 4.2). Dieser liegt demnach bei nichtrentenbegründenden 10 % (vgl. vorstehende E. 1.2).

Ein Rentenanspruch würde im Übrigen selbst dann nicht resultieren, wenn die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Reinigungsmitarbeiterin in der Klinik Y. \_\_\_ infolge der konkreten Anforderungen insbesondere aufgrund häufigen Bückens (vgl. Urk. 9/9/6) nicht mehr als zumutbar erachtet werden sollte. In diesem Fall beliefe sich

das

an die Nominallohnentwicklung der Jahre 2010 bis 2017 ( Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns; vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG)

angepasste

Valideneinkommen

gemäss Arbeitgeberbericht der Klinik Y. \_\_\_ vom 29.

Juli 2010 ( Urk. 9/9/2) auf

Fr. 52'958.80 ( Fr. 50'232.-- / 2'579 \* 2'719; vgl. Bundesamt für Statistik [BFS], Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne, 2010-2019, Nominallohnindex Frauen

[T

39], im Internet abrufbar).

Das gestützt auf die Lohnstrukturerhebungen des Bundesamtes für Statistik (LSE 2014, TA1 \_tirage\_skill\_level, Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor, Total, Kompetenzniveau 1, Frauen; abrufbar im Internet) festzulegende Invalideneinkommen würde unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung, der betriebsüblichen Arbeitszeit und des zumutbaren Arbeitspensums von 90 %

Fr. 49'246.

#### **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

#### **E. 8**

5

jährlich betragen (Fr. 4'300.-- \* 12 / 40 \* 41.7 / 2'673 \* 2'71

#### **E. 9**

\* 0.9; zur Nominallohnentwicklung vgl. Bundesamt für Statistik [BFS], Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne, 2010-2019, Nominallohnindex Frauen [T 39], im Internet abrufbar). Mittels Einkommensvergleichs ergäbe sich folglich ein

nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von rund 7 %.

Damit ist auch gesagt, dass seit der letzten rechtskräftigen Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 7. Januar 2014 (Urk. 9/79), welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweismittelwürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht hat (vgl. BGE 133 V 108 E. 5.4), keine im Sinne von Art. 17 ATSG für den Anspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist (vgl. vorstehende E. 1.4). 7.

Zusammenfassend hat die Beschwerdegegnerin den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente mit Verfügung vom 2. November 2020 (Urk. 2) zu Recht verneint. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 8.

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG in der hier anwendbaren, bis am 31. Dezember 2020 in Kraft gewesenen Fassung (Art. 83 ATSG) kostenpflichtig. Innerhalb des Kostenrahmens von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- sind die Kosten ermessensweise auf Fr. 700.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Andrea Steiner Lettoriello - 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 Der Gerichtsschreiber Fehr Würsch

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