

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00172 vom 19. August 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-08-19, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2021.00172

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00172 du 19 août 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00172 del 19 agosto 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 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 Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 145 V 215 E. 5.1, 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne Weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein.

Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.4

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 und 7, Änderung der Rechtsprechung; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere Depressionen).

Das strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C_590/2017 vom 15.

Februar 2018 E. 5.1). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

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

E. 1.5

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 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).

E. 1.6

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 zureichende 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

Dagegen erhob

die Versicherte

am 11. März 2021 Beschwerde und beantragte, in (teilweiser) Aufhebung der angefochtenen Verfügungen seien ihr die gesetzlichen Leistungen zu erbringen und es sei ihr für die Zeit ab März 2011 eine unbefristete, ganze Invalidenrente zuzusprechen; eventuell sei ein Gerichtsgutachten einzuholen; subeventuell sei die Sache zur weiteren Sachverhaltsabklärung an die IV Stelle zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 7. Mai 2021 schloss die Verwaltung auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 5), was der Beschwerdeführerin mit Gerichtsverfügung vom 25. Mai 2021 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 7).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die befristete Rentenzusprache unter Hinweis auf das Z.____-Gutachten damit, dass der Beschwerdeführerin die bisherige Tätigkeit als Hauswirtschaftsmitarbeiterin nicht mehr zumutbar sei. Von April 2013 bis August 2015 sei ihr eine körperlich leichte, immer wieder auch sitzend zu verrichtende Tätigkeit in einem 80 % - Pensum zumutbar. Das Invalideneinkommen im Jahr 2013 betrage Fr. 41'441.--. Bei einem Valideneinkommen von Fr. 50'722.-- ergebe sich ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 18 %. Ab September 2015 habe sich ihr Gesundheitszustand vorübergehend verschlechtert und es sei eine Operation notwendig gewesen. Bis im Dezember 2015 sei ihr keine Tätigkeit mehr zumutbar gewesen. Daraus resultiere ein IV Grad von 100 %. Da die Verbesserung des Gesundheitszustands mindestens drei Monate andauern müsse, habe die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine befristete ganze Rente von September 2015 bis März 2016. Ab April 2016 sei ihr eine angepasste Tätigkeit wieder in einem 80 %-Pensum zumutbar. Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung resultiere bei einer Gegenüberstellung von Validen- und Invalideneinkommen

nun ein Invaliditätsgrad von 16 %, weshalb ab April 2016 kein Rentenanspruch mehr bestehe. Im März 2017 sei es zu einer erneuten Verschlechterung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin gekommen. Bis im August 2017 sei ihr keine Tätigkeit mehr zumutbar gewesen. Unter Berücksichtigung, dass die gesundheitliche Verbesserung

mindestens drei Monate andauern müsse, ergebe sich ein befristeter ganzer Rentenanspruch für die Zeit vom März 2017 bis November 2017. Ab Dezember 2017 sei der Beschwerdeführerin eine ad aptierte Tätigkeit wieder zu 80 % möglich. Wiederum unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung resultiere ein IV Grad von 16

%, sodass ab Dezember 2017 kein Anspruch auf eine Rente mehr ausgewiesen ist (Urk. 2).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber im Wesentlichen auf den Standpunkt, das Z.____-Gutachten sei in verschiedenen Belangen widersprüchlich und nicht schlüssig. Die angefochtenen Verfügungen würden auf einem von voreingenommenen und nicht objektiv agierenden Begutachtern erstellten Bericht basieren, deren Schlussfolgerungen in diametralen Widerspruch zu den überzeugenden Beurteilungen der behandelnden Ärzte und ihrer eigenen Diagnosen stünden. Entsprechend könne auf das Z.____-Gutachten nicht abgestellt werden. Sie leide seit Februar 2010 an schweren gesundheitlichen Einschränkungen, welche es ihr verunmöglichten, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Aus diesem Grund bestehe seit März 2011 Anspruch auf eine unbefristete ganze Invalidenrente (Urk. 1 S. 18).

E. 2.3

Mit Urteil des hiesigen Gerichts vom 4. September 2014 wurde rechtskräftig festgehalten, dass die Zusprache einer ganzen Invalidenrente vom 1. März 2011 bis 31. März 2013 ausgewiesen ist. Danach sei wohl von einer gesundheitlichen Verbesserung auszugehen, wobei jedoch gestützt auf die medizinischen Akten nicht erhelle, welche Arbeitsleistungen der Beschwerdeführerin zumutbar seien (vgl. Urk. 6/72/1-6).

Zu prüfen ist daher ein allfälliger Rentenanspruch ab 1. April 2013 und insbesondere, ob die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin zu Recht einen befristeten Anspruch auf eine ganze Rente vom 1. September 2015 bis 31. März 2016 sowie vom 1. März 2017 bis 30. November 2017 zugesprochen hat.

E. 3

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen

wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

S. 195; 137 V 210 E. 3.4.2.3 S. 253). Die psychiatrische Exploration eröffnet dem begutachtenden Psychiater daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte - wie hier - lege artis vorgegangen ist (Urteile des Bundesgerichts 8C_629/2017 vom 29. Dezember 2017 E. 4.3 und 9C_77/2015 vom 27. März 2015 E. 5.4). Im Rahmen der Beweiswürdigung ist lediglich zu beurteilen, ob das Gutachten in Beachtung der normativen Vorgaben die funktionellen Auswirkungen einer Störung schlüssig und widerspruchsfrei dargelegt hat (BGE 141 V 281 E. 5.2.3). Diesen Anforderungen ist der psychiatrische Gutachter J.____ nachgekommen, weshalb darauf abzustellen ist. Zu diesem Schluss ist denn auch RAD-Arzt Dr. med. R.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, gelangt (Urk. 6/227/3-4).

E. 3.2

Dr. med. E.____, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, nannte am 28. August 2019 folgende Diagnosen : - Fibromyalgie generalisiert (ICD-10 M79.70), Diagnose: klinisch, Index 18/18 - Status nach lumboradikulärem Schmerzsyndrom S1 links (ICD-10 M51.1) - Status nach Dekompression Diskushernie L5-S1 2015 - Status nach Spondylodese L5- S1 2016 - Residuelles sensorisches Defizit L5 und S1 links

Als Nebendiagnosen berichtete er von einem rezidivierenden zervikomuskulären Schmerzsyndrom (VAS 4-5/10) und von Spannungskopfschmerz sekundär (ICD 10 G44.2). Die Fibromyalgie habe sich vermutlich im Verlauf der Jahre entwickelt. Einer erneuten Operation lumbal könne er im Moment nichts abgewinnen. Angesichts der Chronizität und der Natur der Fibromyalgie sei eine Therapie herausfordernd (Urk. 6/198 /10-11) .

E. 3.3

Dr. med. F.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte in seinem Bericht vom 22. Oktober 2019 (Urk. 6/198/4-7) nachstehende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 2): - chronifizierte etwa mittelgradige Depression (ICD-10 F32.11) - Skoliose - chronische Rückenschmerzen - Fibromyalgie

Dem Status nach diversen Operationen mass er keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bei (S. 2). Er berichtete, es bestehe eine ausgeprägte depressive Symptomatik. Die Beschwerdeführerin sei inhaltlich auf die Schmerzen und die missliche häusliche Situation eingengt. Es bestünden Existenzangst und diffuse Ängste. Vom Affekt her sei die Versicherte deutlich depressiv gestimmt bei nur flachem affektivem Rapport und fehlendem Mitschwingen. Antrieb und Psychomotorik seien gehemmt und es bestünden diverse psychosomatische Symptome. Aus psychiatrischer Sicht seien als Funktionseinschränkungen hauptsächlich die Störungen von Konzentration und Aufmerksamkeit zu nennen. Es bestehe seit 8. November 2018 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für die Arbeit als Zimmermädchen und für zumutbare Verweistätigkeiten (S. 2 ff).

E. 3.4

Dr. med

G.____, Allgemeine Innere Medizin FMH,

attestiert am 29. Oktober 2019 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für die Arbeit als Zimmermädchen und für zumutbare Verweistätigkeiten. Er berichtete von immobilisierenden Rückenschmerzen mit Ausstrahlung in das linke Bein und von einer ausgeprägten depressiven Symptomatik (Urk. 6/200/2-5).

E. 3.5

Gestützt auf die Ergebnisse der internistischen, neurologischen, orthopädischen und psychiatrischen Untersuchung stellten die Z.____-Experten in ihrem Gutachten vom 9. März 2020 (Urk. 6/215) nachstehende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 8 f.): - chronisches zerviko-, thorako- und lumbovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.2/M54.6/M54.5/Z98.8) - Status nach Nervenwurzelblock S1 links am 29. November 2012 (Uniklinik B.____) - Status nach Nervenwurzelblock S1 links am 16.

Juni 2015 (Uniklinik B.____) - Status nach mikrochirurgischer Dekompression LWK5/SWK1 links am 10. September 2015 bei Diskushernie LWK5/SWK1 links mit Kompression der Nervenwurzel L5 und S1 links (Uniklinik B.____) - Status nach Dekompression und transforaminaler intervertebraler Fusion LWK5/SWK1 von links sowie transpedikulärer Stabilisierung LWK5/SWK1 mit MUST-Schrauben system am 23. März 2017 (Dr. C.____, H.____ Klinik, D.____) - Status nach Sakralblock am 17.

Dezember 2018 - radiologisch regelrechter postoperativer Befund (CT 01/2019) - keine objektivierbare neurale Beteiligung - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)

Keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit massen sie der leichten depressiven Episode (ICD-10 F32.0) und dem Nikotinabusus (ICD-10 F17.1) bei (S. 9).

Aus allgemeininternistischer Sicht

bestünden – so Dr. med. I.____, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin – keine behandlungsbedürftigen Erkrankungen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit betrage aus internistischer Sicht

100 % (S. 26).

Der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie J.____ berichtete in seinem Fachgutachten, es habe sich bei der Beschwerdeführerin eine leicht depressiv herabgesetzte Stimmungslage gefunden, welche jedoch in erster Linie von den körperlichen Einschränkungen her erklärbar gewesen sei. Der Antrieb und die affektive Modulationsfähigkeit seien gut gewesen. Eine ausgeprägte Hoffnungslosigkeit sei nicht feststellbar gewesen, vielmehr eine Resignation bezüglich der Zukunft. Die in einer Depressionserkrankung möglicherweise inkludierten Schlafstörungen seien durch einen erheblichen Konsum von Sedativa überlagert, so dass auch dieses nicht primär als Symptom einer Depressionserkrankung anzusehen sei. Testpsychologisch ergebe die Auswertung der Hamilton Depression Rating Scale einen Wert von 10, was für eine leichte Depression spreche. Bezüglich der Schmerzsymptomatik lasse sich diese nicht hinreichend durch die erhobenen organischen Untersuchungsbefunde erklären. Es sei davon auszugehen, dass eine Schmerzsymptomatik vorliege, die zu einem nicht unerheblichen Anteil psychosomatischer Genese im Sinne einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung sei. Unklar sei, in welcher Höhe ein Konsum von Sedativa und Hypnotika bestehe. Die Beschwerdeführerin habe angegeben, seit fünf Jahren regelmässig Stilnox einzunehmen. Gemäss Laborbefund habe jedoch nur ein sehr niedriger Plasmaspiegel festgestellt werden können. Auch der Sertralinspiegel befinde sich in einem sehr niedrigen, in Anbetracht der Symptomatik in einem fast subtherapeutischen Bereich (S. 33 f.). Der Gutachter schilderte weiter, es finde seit rund drei Jahren eine ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung statt, unter welcher jedoch bislang kein Rückgang des psychosomatischen Anteils der Schmerzen habe verzeichnet werden können. Die Beschwerdeführerin habe vielmehr zunehmend regressive und selbstlimitierende Tendenzen bis hin zu einer fast vollständigen Versorgung des Haushalts durch Familienangehörige entwickelt. Es bestehe eine zunehmende Chronifizierungstendenz ohne eine Anpassung und Intensivierung der fachpsychiatrischen Behandlung mit einer ungewissen Prognose. Es hätten sich deutliche Hinweise auf eine Aggravation der Beschwerden gezeigt, welche von einer lebhaften Gestik und Mimik präsentiert worden seien. Bezüglich der geschilderten Müdigkeit sei davon auszugehen, dass diese aus einer erhöhten Xanax-Einnahme resultiere. Es würden

sich über das Aggravieren hinaus erhebliche Verdeutlichungstendenzen zeigen. Um einer weiteren Chronifizierung vorzubeugen, sollte eine Intensivierung der medizinischen fachpsychiatrischen Massnahmen erfolgen. Sinnvoll sei die Durchführung einer stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung mit einem psychosomatischen Schwerpunkt. Die Beschwerdeführerin gebe zwar an, sich eine solche Therapiemassnahme nicht vorstellen zu können, es finde sich jedoch ein Widerspruch zwischen dem geschilderten Leidensdruck und den in Anspruch genommenen beziehungsweise zur Verfügung stehenden Behandlungsoptionen. In der angestammten Tätigkeit bestehe aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 70

%, wobei von Januar 2018 bis März 2019 noch eine solche von 80 % vorgelegen habe. In einer leidensangepassten Arbeit liege seit März 2019 eine Arbeitsfähigkeit von 90 % vor; vorher habe sie bei 100 % gelegen (S. 34 ff.).

Dem orthopädischen Teilgutachten von Dr. med. K.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, kann entnommen werden, dass der ebene Gang hinkfrei erfolgt und die Gangarten vorgeführt werden können. Bei der Untersuchung zeige sich die Beweglichkeit thorakolumbal massiv bis vollständig eingeschränkt, der initial erheblich vermehrte Finger-Boden-Abstand könne später durch eine klar verbesserte Auslenkung im Langsitz relativiert werden. Auch die bei der expliziten Prüfung eingeschränkte Kopffrotation gelinge unter Ablenkung frei. An den oberen und unteren Extremitäten liege ebenfalls eine freie Beweglichkeit vor. Auffallend seien bezüglich Lokalisation und Intensität sehr unklar angegebene Druckdolenz an der thorakolumbalen Wirbelsäule, der dorsalen Beckenregion und dem linken Hüftbereich. Während die Prüfung der unteren Extremitäten in Rückenlage immer wieder zu erheblichen Beschwerden im Bereich der dorsalen Beckenkämme führe, gelinge selbst die forcierte Vornahme derselben Manöver in sitzender Position mit hängenden Beinen ohne jegliche Schmerzäusserung. Fünf von fünf Waddell-Zeichen seien positiv. Auf radiologischer Ebene würden regelrechte Verhältnisse nach lumbosakraler

Spondylodese einschliesslich korrekter Implantatlage, abgeschlossener ossärer Konsolidation und fehlenden Hinweisen für eine relevante Anschlussdegeneration dokumentiert. Die anamnestisch und klinisch sehr diffus präsentierten Beschwerden würden sich durch die klinischen und radiologischen Befunde nicht klar begründen lassen. Durchaus nachvollziehbar sei eine gewisse Bewegungseinschränkung und auch Minderbelastbarkeit der lumbosakralen Wirbelsäule nach zweimaligem Eingriff, doch die klinische Präsentation einschliesslich deutlicher Inkonsistenzen lasse an eine bestehende nicht-organische Beschwerdekomponekte denken. Die klar vermehrte Handbeschwiegelung sei sodann mit dem angegebenen passiven Lebensstil nicht vereinbar (S. 44). Aus orthopädischer Sicht bestehe in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Zimmermädchen spätestens ab 20. Juni 2016 eine bleibende Arbeitsunfähigkeit. Für körperlich leichte, immer wieder auch sitzende Verrichtungen unter Wechselbelastung bestehe aufgrund der heutigen Untersuchung eine Arbeitsfähigkeit von zumindest 80 % bei ganztägigem Pensum mit um maximal 20 % verminderter Leistungsfähigkeit aufgrund eines etwas vermehrten Pausenbedarfs. Das häufig wiederholte Heben und Tragen von Lasten über zehn Kilogramm sowie die längerdauernde Einnahme von Zwangshaltungen sollten dabei vermieden werden. Nach den am 10. September 2015 und 23. März 2017 durchgeführten Wirbelsäuleneingriffen sei von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten bis spätestens sechs Monate postoperativ

auszugehen (S. 46 f.).

Dr. med. L.____, Facharzt für Neurologie, gab in seinem neurologischen Fachgutachten an, die Beschwerdeführerin klage in erster Linie über lumbale Rückenschmerzen mit Ausstrahlung in das linke Bein. Hier lasse sich kein pathologischer Befund objektivieren.

Die Muskulatur sei seitengleich ausgeprägt. Die Trophik sei intakt und die wechselnde Kraft bei der expliziten Prüfung sei auf eine Minderinnervation zurückzuführen, zumal passager auch klar die Innervation des Antagonisten palpabel werde. Die Angaben zur Sensibilität würden sich ebenso nicht auf einen organischen Nenner bringen lassen. Ein kleiner organischer Kern der Rückenschmerzen lasse sich naturgemäss nicht ausschliessen, werde aber überlagert von einer somatoformen Schmerzstörung. Das diskrepante Verhalten beim Prüfen des Lasègue spreche für eine bewusstseinsnahe Ausgestaltung (S. 52 f.). Der Gutachter führte aus, es bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit ohne schweres Heben und ohne Zwangshaltungen (S. 53 f.).

Zur Frage der Arbeitsfähigkeit führten die beteiligten Spezialärzte zusammenfassend aus, ab Juni 2016 könne eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit bestätigt werden. Wahrscheinlich sei die Arbeitsfähigkeit bereits seit 2011 aufgehoben gewesen. Eine Verweistätigkeit müsste folgende Merkmale aufweisen: Es sollte sich um eine leichte, immer wieder auch sitzend zu verrichtende Tätigkeit unter Wechselbelastung handeln, bei der das wiederholte Heben und Tragen von Lasten über zehn Kilogramm ebenso wie die länger dauernde Einnahme von Zwangshaltungen vermieden werden sollte. Auch sollte die Möglichkeit zu einem vermehrten Pausenbedarf und zu einer in einem gewissen Umfang flexibel gestaltbaren Arbeitszeit vorhanden sein. In einer solchen Tätigkeit bestehe ab April 2013 eine 80%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit mit Unterbrüchen während der postoperativen Rekonvaleszenzen vom September bis Dezember 2015 und vom März bis August 2017 (S. 10 f.).

E. 3.6

Dr. F.____ nahm am 2. Juni 2020 Stellung zum psychiatrischen Gutachten. Er gab an, für ihn stehe nach wie vor die depressive Symptomatik im Vordergrund. Mittlerweile drehe sich das ganze Leben der Beschwerdeführerin um die Schmerzen, worunter sie sichtlich leide. Der Z.____-Experte gehe von einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung aus, nachdem er die Ansicht vertreten habe, dass die von der Versicherten geäusserten Schmerzen nicht vollständig durch die erhobenen organischen Befunde hätten erklärt werden können. Dies sei insofern verhänglich, als gerade bildgebende Verfahren und Untersuchungsbefunde das subjektive Leiden eines Patienten nicht wiedergeben würden, da Schmerzen nicht messbar seien. Mit der Begründung der Diagnose sei er nicht zufrieden, da weder ein emotionaler Konflikt noch eine erhebliche psychosoziale Belastung sauber herausgearbeitet worden sei. Dort, wo der Psychiater von einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung spreche, würde der Rheumatologe eine Fibromyalgie angeben. Mittlerweile hätten sich die Schmerzen der Beschwerdeführerin derart chronifiziert, dass sie, durch welche Massnahme auch immer, kaum mehr davon gelöst werden könne. Das erwähnte aggravatorische Verhalten sei im medicolegalen Kontext primär ein adaptives Verhalten, da die Patientin mit diesem Verhalten etwas bezwecken wolle. Ein solches Verhalten sei alltäglich, da die meisten Menschen mit den meisten ihrer Aussagen beim Gegenüber etwas bezwecken wollten. Ein solches Verhalten sei jedem Menschen immanent, ohne dass man jenes in den Ruch der Simulation stellen dürfe. Schliesslich wäre

eine etwas genauere Beschreibung der eingeschränkten und erhaltenen Funktionen und Fähigkeiten zu erwarten gewesen, da die psychiatrische Diagnose alleine nicht genüge, um davon eine Einschränkung in irgendeiner Fähigkeit abzuleiten. Zusammenfassend sei das Gutachten zur Bemessung der Arbeitsfähigkeit zum mindesten unvollständig (Urk. 6/223).

E. 3.7

Dr. med. M.____, Facharzt FMH für Neurochirurgie, Belegarzt Chirurgie, und cand. med. N.____, Spital O.____, stellten in ihrem Austrittsbericht vom 11. August 2020 (Urk. 6/238/13-14) über die stationäre Behandlung vom 11. bis 13. August 2020 nachstehende Diagnose: - Failed Back Surgery Syndrom bei Status nach zweimaliger Wirbelsäulenoperation, zuletzt PLIF-Operation und dorsolaterale Stabilisation L5/S1 bei persistierendem tieflumbalem Schmerzsyndrom mit vollständiger Immobilität, zusätzlich eher diffuse abstrahlende Schmerzsymptomatik in beide Beine, rechts am ehesten dem Dermatome S1 entsprechend, links diffus und Sensibilitätsminderungen

Sie gaben an, am 11. August 2020 sei eine Implantation von Testelektroden Th7/8-T9 / 10 beidseits zur Austestung einer Neurostimulation erfolgt.

E. 3.8

Am 30. Oktober 2020 (Urk. 6/238/7-12) berichtete Dr. M.____, es bestehe nach der Implantation eines Neurostimulators eine stark fluktuierende Schmerzsituation mit grossen Problemen mit dem Handling des Neurostimulators. Als Diagnose nannte er ein chronisch lumbales und chronisch neuropathisches Schmerzsyndrom. Arbeitsunfähigkeiten wurden durch ihn nicht attestiert, da die Beschwerdeführerin in keinem Arbeitsverhältnis stehe (S. 1 f.).

E. 4.1

Das Z.____-Gutachten (vgl. E. 3.5) beruht auf den erforderlichen Untersuchungen, ist für die streitigen Belange umfassend und wurde in Kenntnis der und in ausführlicher Auseinandersetzung mit den Vorakten erstellt. Die Gutachter legten die medizinischen Zusammenhänge einleuchtend dar, beurteilten die medizinische Situation überzeugend und setzten sich mit den geklagten Beschwerden und dem Verhalten der Beschwerdeführer in auseinander. Sie gelangten sodann zum begründeten Schluss, dass aus interdisziplinärer Sicht für die bisherige Tätigkeit

keine Arbeitsfähigkeit mehr besteht, eine angepasste Tätigkeit jedoch im Umfang von 80 % seit April 2013 zumutbar ist - unter Berücksichtigung einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit von September bis Dezember 2015 und März bis August 2017. Das polydisziplinäre Gutachten entspricht damit den rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage (vgl. E. 1.

E. 4.2

In somatischer Hinsicht führten die Z.____-Gutachter nachvollziehbar aus, dass der Beschwerdeführer seit April 2013 eine leidensangepasste Tätigkeit zu 100 % bei einer Leistungsverminderung von 20 % wegen des vermehrten Pausenbedarfs zumutbar ist. Diese Einschätzung deckt sich mit den aktenkundigen Beurteilungen der behandelnden Ärzte Dr. med. P.____, Facharzt Innere Medizin und Arbeitsmedizin FMH (in Behandlung seit 2003; vgl. Bericht vom 12. Mai 2015, Urk. 6/92/1-3), und jener der Universitätsklinik B.____ vom 2. November 2015 - auch sie gingen von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit unter einer eventuellen Leistungsminderung wegen den Schmerzen aus (Urk. 6/119/8 Ziff. 1.6 ff.) -

sowie dem ersten Gutachten der Medas

Y.____ (Urk. 6/126/26). Auch Prof. Dr. A.____ , bei dem sich die Beschwerdeführerin im März 2019 zur Einholung einer Drittmeinung vorgestellt hatte, führte aus, er könne gestützt auf seine Untersuchung sowie auf bildgebendes Material aus den Jahren 2016 bis 2019 keine auffälligen Befunde erheben. Er empfahl nebst Physiotherapie insbesondere die Vorstellung in einer multidisziplinären Schmerzsprechstunde (vgl. vorstehend E. 3.1) .

Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, für die Zeit von April 2013 bis August 2015 sei von keiner verwertbaren Arbeitsfähigkeit auszugehen , da insbesondere ein Arbeitsversuch gescheitert sei, im Jahr 2013 ischialgieforme Beschwerden und intermittierende Kribbelparästhesien hinzugetreten seien und Ende 2014 eine Diskushernie dokumentiert worden sei (Urk. 1 S. 11), ist ihr nicht zu folgen. In den - nebst den bereits genannten - echtzeitlichen Berichten sprechen sich sowohl Dr. P.____ wie auch die Ärzte der Universitätsklinik B.____ für eine zumutbare Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit aus (Berichte B.____ vom 27. März 2013, Urk. 6/38/6-7, sowie vom 7. Januar 2014, Urk. 6/56). Zwar wurde mit Bericht vom 11. Dezember 2014 eine Diskushernie L5/S1 mit Kompression der Nervenwurzel diagnostiziert, die Beschwerdeführerin berichtet jedoch auch zu diesem Zeitpunkt über eine seit einem Jahr bestehende Schmerzpersistenz (Urk. 6/77). Eine effektive Verschlechterung des Gesundheitszustandes ist somit trotz dieser nun diagnostizierten Diskushernie nicht eingetreten, weshalb auch nicht auf eine Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit zu schliessen ist.

Auch nach der Rekonvaleszenz im Anschluss an die erste Operation vom September 2015 ist von keiner anderen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auszugehen (vgl. Urk. 1 S. 12 f.). Für die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit im Zusammenhang mit einer Degeneration der Wirbelsäule sind in erster Linie die klinischen Befunde massgeblich (Urteile 9C_126/2019 vom 19. Juni 2019 E. 4.4.1; 9C_491/2017 vom 26. September 2017 E. 4.1; 8C_45/2017 vom 26. Juli 2017 E. 5.3). Nach der Begutachtung beim Z.____ fehlen solche für die Zeit vom April 2016 bis zur zweiten Operation an der Wirbelsäule vom 23. März 2017. Folglich ist eine Arbeitsunfähigkeit in dieser Zeit weder durch Befunde belegt noch durch einen ärztlichen Bericht gestützt auf die konkreten, persönlichen Verhältnisse der Beschwerdeführerin ausgewiesen . Letzteres trifft insbesondere auf den von der Beschwerdeführerin angeführten Bericht des RAD vom 18. Oktober 2017 zu (vgl. Urk. 6/142/9) , was bereits im Urteil des hiesigen Gerichts vom 13. August 2019 festgehalten wurde (Urk. 6/192/7-8 Erwägung 4.1) . Dementsprechend ist mit den Z.____ -Gutachtern von einer ab Dezember 2016 wieder zumutbaren 80%igen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit auszugehen, welche erst wieder (vorübergehend) nach der Operation vom März 2017 während dreier Monate zu 100 % eingeschränkt war. An der Beweiskraft des Z.____ -Gutachtens ändert im Übrigen auch die kritische Hinterfragung der Operationsindikation an der Wirbelsäule durch den orthopädischen Gutachter (vgl. Urk. 6/215/44-46 Ziff. 7.2 sowie 7.3.3) nichts, da dies für die Frage des Vorliegens eines invalidisierenden Gesundheitsschadens, wie die Beschwerdeführerin ebenfalls richtig festhält (vgl. Urk. 1 S. 13) , nicht entscheidend ist.

E. 4.3.1

Nachfolgend ist das Z.____ -Gutachten im Hinblick auf die psychiatrische Beurteilung und insbesondere hinsichtlich der Indikatorenprüfung zu prüfen.

Über das Zusammenwirken von Recht und Medizin bei der konkreten Rechtsanwendung hat sich das Bundesgericht verschiedentlich geäußert. Danach ist es sowohl den begutachtenden Ärzten als auch den Organen der Rechtsanwendung aufgegeben, die Arbeitsfähigkeit im Einzelfall mit Blick auf die normativ vorgegebenen Kriterien zu beurteilen. Die medizinischen Fachpersonen und die Organe der Rechtsanwendung prüfen die Arbeitsfähigkeit je aus ihrer Sicht. Bei der Abschätzung der Folgen aus den diagnostizierten gesundheitlichen Beeinträchtigungen nimmt zuerst der Arzt Stellung zur Arbeitsfähigkeit. Seine Einschätzung ist eine wichtige Grundlage für die anschließende juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistung der versicherten Person noch zugemutet werden kann (BGE 141 V 281 E.

5.2.1).

Die Rechtsanwender prüfen die medizinischen Angaben frei insbesondere darauf hin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben und ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen. Es soll keine losgelöste juristische Parallelüberprüfung nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens stattfinden, sondern im Rahmen der Beweiswürdigung überprüft werden, ob die funktionellen Auswirkungen medizinisch anhand der Indikatoren schlüssig und widerspruchsfrei festgestellt wurden und somit den normativen Vorgaben Rechnung tragen. Entscheidend bleibt letztlich immer die Frage der funktionellen Auswirkungen einer Störung, welche im Rahmen des Sozialversicherungsrechts abschliessend nur aus juristischer Sicht beantwortet werden kann. Nach BGE 141 V 281 kann somit der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt. Fehlt es daran, ist der Beweis nicht geleistet und nicht zu erbringen, was sich nach den Regeln über die (materielle) Beweislast zuungunsten der rentenansprechenden Person auswirkt (BGE 144 V 50 E. 4.3).

E. 4.3.2

Der psychiatrische Z. ___ -Gutachter J. ___ zeigte nachvollziehbar auf, dass die von der Beschwerdeführerin demonstrierten schmerzbedingten Einschränkungen zu einem erheblichen Anteil psychosomatischer Genese sind, trotz fachpsychiatrischer Behandlung jedoch keine Besserung erreicht wurde und sich eine deutliche Chronifizierungstendenz zeigt. Im Alltag bestehe ein erheblicher sekundärer Krankheitsgewinn, indem die anfallenden Tätigkeiten von ihrem Ehemann und ihren Geschwistern erledigt würden. Allerdings stehe dies in keinem Verhältnis zur gestellten Diagnose in ihrer Ausprägung. Gesamtpsychiatrisch sei als positive Ressource zu benennen, dass die Beschwerdeführerin in fast allen täglichen Belangen von ihren Familienangehörigen versorgt werde und intakte familiäre Bindungen bestünden. Über erkennbare Ressourcen, den psychosomatischen Beschwerden angemessen zu begegnen, verfüge die Beschwerdeführerin nicht. Hinsichtlich Konsistenz und Plausibilität wies Gutachter J. ___ darauf hin, dass sich Hinweise auf eine Aggravation der Beschwerden, welche von einer lebhaften Gestik und Mimik präsentiert worden seien, gefunden hätten. Darüber hinaus hätten sich deutliche Verdeutlichungstendenzen gezeigt (Urk. 6/215/34-36). Weiter liege ein Widerspruch zwischen dem geschilderten Leidensdruck und den in Anspruch genommenen beziehungsweise zur Verfügung stehenden Behandlungsoptionen vor. Beispielsweise

könne sich die Beschwerdeführerin eine - als sinnvoll zu erachtende - stationäre psychiatrische Behandlung nicht vorstellen, da sie ihre Kinder versorgen müsse. Die Versorgung der Kinder erfolge aber in erster Linie durch Familienangehörige (Urk. 6/215/37).

E. 4.3.3

Die Schlussfolgerung von Z.____ -Gutachter J.____ hinsichtlich der Einschränkung der Leistungsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht vermögen mit Blick auf die von ihm dargelegten symptomatischen Fähigkeitsstörungen und seine Auseinandersetzung mit den praxisgemäss massgeblichen Standardindikatoren in Korrelation zum Ausmass der von ihm attestierten Arbeitsunfähigkeit zu überzeugen.

Rechtsprechungsgemäss liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergeben sich namentlich, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird; demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken; schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin (BGE 141 V 281 E. 2.2.1, 131 V 49 E. 1.2, je mit Hinweisen). Wann ein verdeutlichendes Verhalten (nur) verdeutlichend und unter welchen Voraussetzungen die Grenze zur Aggravation und vergleichbaren leistungshindernden Konstellationen überschritten ist, bedarf einer einzelfallbezogenen, sorgfältigen Prüfung auf einer möglichst breiten Beobachtungsbasis auch in zeitlicher Hinsicht (Urteil des Bundesgerichts 8C_165/2021 vom 2. Juli 2021 E. 4.2.1 mit Hinweisen).

Eine Aggravation zeichnet sich aus durch eine Übertreibung oder Ausweitung von Beschwerden, indem tatsächlich vorhandene Symptome zur Erreichung eines Ziels (im hier interessierenden Kontext die Zusprechung einer Rente) verstärkt werden. Externe Motivation (Erreichen einer Rente) und Bewusstseinsnähe sind somit - nebst den zuvor dargelegten Hinweisen - starke (in der Praxis allerdings oft schwierig nachzuweisende) Anhaltspunkte für eine anspruchshindernde Aggravation. Grundsätzlich lässt sich sagen, dass eine Aggravation umso eher vorliegt, je mehr Hinweise auf eine absichtliche, gesteuerte und in diesem Sinne « bewusste » Symptomerzeugung hindeuten (Urteil des Bundesgerichts 9C_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.2.2).

Vorliegend ist das Verhalten der Beschwerdeführerin noch nicht als Aggravation einzustufen. Aufgrund der Inkonsistenzen bezüglich der Medikamenteneinnahme - welche überdies auch bereits durch die Gutachter der Medas

Y.____ festgestellt wurde (Urk. 6/126/26) -, wie auch der Diskrepanzen im Rahmen der klinischen Untersuchungen (Kopfrotation unter Ablenkung frei, keine Schmerzäusserung bei gleichem Manöver in sitzender Lage statt in Rückenlage, vermehrte Handbeschwellung trotz passivem Lebensstil; vgl. E. 3.5), ist die vom Z.____ - Gutachter festgehaltene funktionelle Einschränkung der psychischen Störung entsprechend dem attestierten Ausmass einer höchstens 10%igen Arbeitsunfähigkeit plausibel.

Schliesslich bleibt darauf hinzuweisen, dass obwohl die funktionellen Auswirkungen einer Störung abschliessend nur aus juristischer Sicht beantwortet werden können, keine von den ärztlichen Feststellungen losgelöste juristische Parallelprüfung stattfinden soll (vgl. E. 4.3.1). Es stellt sich aus rechtlicher Sicht die Frage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der rechtserheblichen Indikatoren auf eine Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen, wie sie vom medizinisch-psychiatrischen Experten abschliessend eingeschätzt worden ist (BGE 145 V 361 E. 3.2.2 S. 364 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_407/2020 vom 3. März 2021 E. 5.1). Dabei darf nicht unerwähnt bleiben, dass die medizinische Folgenabschätzung notgedrungen eine hohe Variabilität aufweist und unausweichlich Ermessenszüge trägt (BGE 140 V 193 E.

E. 4.3.4

Daran vermögen - entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 1 S. 14 f.) - auch die Berichte und Beurteilungen von Dr. F.____ nichts zu ändern. Insbesondere wurde im Z.____ -Gutachten nachvollziehbar aufgezeigt, dass sich keine kriteriengeleitete ausgeprägte und im Vordergrund stehende depressive Symptomatik, sondern vielmehr die Symptome einer somatoformen Schmerzstörung finden (Urk. 6/215/35). Selbst Dr. F.____ konstatierte, dass sich im Leben der Beschwerdeführerin alles um die Schmerzen drehe (vgl. E. 3.6). Schlussendlich ausschlaggebend ist jedoch nicht die konkret gestellte Diagnose, sondern das anhand der Standardindikatoren eingeschätzte tatsächlich erreichbare Leistungs vermögen.

E. 4.4

Zusammenfassend ist gestützt auf das Z.____ -Gutachten seit April 2013 von einer zumutbaren Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit im Umfang von 100 % mit einer Leistungsminderung von 20 % auszugehen. Nach den beiden Operationen vom September 2015 und März 2017 bestand eine vorübergehende vollständige Arbeitsunfähigkeit für drei Monate.

Wenn die Beschwerdeführerin diese medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit nicht verwertet, ist sie trotzdem nach dieser, mithin nach dem ihr objektiv zumutbaren Arbeitsausmass, zu beurteilen (BGE 127 V 294 E. 4c mit Hinweisen und AHI 2001 S. 228 E. 2b).

Soweit die Beschwerdeführerin verlangt, es seien weitere Abklärungen durchzuführen, kann darauf in antizipierter Beweiswürdigung verzichtet werden (BGE 127 V 491 E. 1b; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C_538/2019 vom 24. Januar 2020 E. 2.5). Der Gesundheitszustand und die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit sind aufgrund der medizinischen Akten hinreichend abgeklärt. Von weiteren Untersuchungen wären keine neuen Erkenntnisse zu erwarten. 5.

Die von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Invaliditätsbemessung (vgl. Urk. 2) blieb beschwerdeweise unbestritten und ist nach der Akten- und Rechtslage nicht zu beanstanden. Dementsprechend ist ab 1. April 2013 von einem rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 18 % (bis 30. August 2015) respektive ab 1. April 2016 von 16 % auszugehen, wobei für die Perioden vom 1. September 2015 bis 31. März 2016 sowie vom 1. März 2017 bis 30. November 2017 (jeweils unter Berücksichtigung von Art. 88a Abs. 1 der

Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV)

je ein Invaliditätsgrad von 100 % bestand.

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

E. 6

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert fest zulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 900.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Michael Grimmer - 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 Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Gräub-Fonti

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