

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00671 vom 4. September 2022

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-09-04, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2021.00671

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00671 du 4 septembre 2022

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00671 del 4 settembre 2022

Erwägungen

E. 1

6. März 2020 (Eingangsdatum) meldete sie sich bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Hinweis auf den Unfall vom 22. November 2019

zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (Urk. 19/2).

Die IV-Stelle nahm medizinische und erwerbliche Abklärungen vor, zog wiederholt die Akten der Unfall- (Urk. 19/13) und Krankentaggeldversicherung (Urk. 19/24, Urk. 19/29, Urk. 19/50, Urk. 19/52, Urk. 19/56) bei, holte die Berichte der behandelnden Ärzte (Urk. 19/26, Urk. 19/32-39, Urk. 19/57) sowie einen Auszug aus dem Individuellen Konto der Versicherten (IK-Auszug, Urk. 19/6) ein und er suchte die Arbeitgeberin um Auskünfte (vgl. Arbeitgeberfragebogen vom 6. März 2020, Urk. 19/7).

Gestützt auf das durch die Krankentaggeldversicherung veranlasste interdisziplinäre Gutachten der Z.____ GmbH vom 15. März 2021 und ausgehend von einem Invaliditätsgrad von 18% (vgl. Einkommensvergleich, Urk. 19/71) stellte die IV-Stelle mit Vorbescheid vom 28. Juni 2021 die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (Urk. 19/73). Dagegen erhob die Versicherte mit Schreiben vom 30. August 2021 (Urk. 19/83) und unter Beilage weiterer Arztberichte (Urk. 19/79-82) Einwand. Mit Verfügung vom 6. Oktober 2021 verneinte die IV-Stelle wie vorbeschieden einen Anspruch auf eine Invalidenrente (Urk. 19/88 = Urk.

E. 1.1

Am 1. Januar 2022 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV), des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) in Kraft getreten.

In zeitlicher Hinsicht sind vorbehaltlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1, 144 V 210 E. 4.3.1, je mit Hinweisen). Da die angefochtene Verfügung vor dem 1. Januar 2022 erging, sind vorliegend die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die nach folgend auch in dieser Fassung zitiert werden (BGE 148 V 174 E. 4.1).

E. 1.2

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 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. 1.3

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder her stellen, erhalten oder verbessern können; b.

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

E. 2

Hiergegen erhob die Versicherte mit Eingabe n vom 8. November und 3. Dezember 2021 (Urk. 6)

sowie ergänzend am 20. und 27. Januar 2022 (Urk. 11, Urk. 16) und unter Beilage diverser Arztberichte (Urk. 3/3-7, Urk. 7/1-2, Urk. 12, Urk. 14, Urk. 17/1-2) Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihr ab 1. November 2020 eine ganze Invalidenrente auszurichten. Eventualiter sei die Sache zur weiteren Sachverhaltsabklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (Urk. 1).

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 31. Januar 2022 (Urk. 18) auf Abweisung der Beschwerde. Mit Verfügung vom 8. Februar 2022 wurde die Beschwerdeantwort der Beschwerdeführerin zur Kenntnisnahme zu gestellt (Urk. 20).

E. 2.1

In der angefochtenen Verfügung vom 6. Oktober 2021 (Urk. 2) hielt die Beschwerdegegnerin fest, medizinische Abklärungen hätten ergeben, dass der Beschwerdeführerin die Ausübung einer körperlich leichten Tätigkeit mit gelegentlichem Positionswechsel zu 80 % zumutbar sei. Der Einkommensverlust ergebe einen Invaliditätsgrad von 18 %, weshalb kein Anspruch auf eine Rentenleistung bestehe.

E. 2.2

Demgegenüber machte die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerde vom 8. November 2021 (Urk. 1) zusammengefasst geltend, auf das Gutachten der Z.____ GmbH könne nicht abgestellt werden. Indem die Gutachter eine somatische Ursache für die im Anschluss an die Rückenoperation vom 7. Mai 2020 auftretenden Beschwerden verneint hätten, seien sie von einem offensichtlich unrichtigen Sachverhalt ausgegangen. Sie sei seit dem 22. November 2019 durchgehend zu 100 % arbeitsunfähig, weshalb ihr ab 1. November 2020 eine ganze Invalidenrente auszurichten sei. 3.

E. 3

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

Nach einem Treppensturz am 22. November 2019 und bei persistierenden Schmerzen im Bereich der Lendenwirbelsäule (LWS) und Schulter rechts wurde die Beschwerdeführerin am 13. Dezember 2019 im Spital A.____ vorstellig, wo gestützt auf bildgebende Befunde ein lumbospondylogenes und lumboradikuläres Schmerzsyndrom L5, eine beidseitige erhebliche neuroforaminale Stenose sowie eine deutliche segmentale Instabilität L5/S1 diagnostiziert wurden (vgl. Arztbericht vom 13. Dezember 2019, Urk. 19/13/10). Nach ausgeschöpften konservativen Therapiemassnahmen wurde am 7. Mai 2020 in der Universitätsklinik B.____

eine Spondylodese L5/S1 durchgeführt (vgl. Operationsbericht vom 7. Mai 2020, Urk. 19/32). Der postoperative Verlauf habe sich, so die behandelnden Ärzte, komplikationslos gestaltet mit rascher Besserung der präoperativen Symptomatik. Betreffend die postoperativ persistierenden Fuss- und Zehenheberschwäche links M4 ohne sensible Ausfälle äusserten die behandelnden Ärzte, die radiologische Kontrolle nach Belastung zeige keine Dislokation oder Lockerung des Spondylodese materials, sodass die Beschwerdeführerin am 13. Mai 2020 in gutem Allgemeinzustand und mit reizlosen und trockenen Wundverhältnissen in die häusliche Umgebung habe entlassen werden können (vgl. Austrittsbericht vom 14. Mai 2020, Urk. 19/39). Im Rahmen postoperativer Verlaufskontrollen habe die Beschwerdeführerin von Schmerzfreiheit bezüglich der präoperativen Lumbalgien berichtet. Neu aufgetreten seien hingegen Lumboischialgien links betont mit Hypästhesie des gesamten Beines. Radiologisch zeige sich eine regelrechte postoperative Bildgebung mit korrekter Schraubenlage. Die behandelnden Ärzte interpretierten die Schmerzen als durch das postoperative Ödem bedingt. Aufgrund der unklaren Hypästhesie empfahlen sie eine neurophysiologische Untersuchung der Sensorik der linken unteren Extremität (vgl. Arztbericht vom 15. Juni 2020, Urk. 19/26/8; vgl. auch Arztberichte vom 26. Mai 2020 [Urk. 19/26/14] und 3. Juni 2020 [Urk. 19/26/12]).

E. 3.2

Aufgrund unklarer Zehenheber-, Fussheber- und Fussbeugerschwäche des linken Fusses bei Status nach Spondylodese L5/S1 linksseitig und in der Bildgebung noch dargestellter foraminaler Enge L5 linksseitig bei jedoch regelrechten Verhältnissen für die S1 Wurzel beidseits und nicht vorhandener Spinalkanalstenose wurde die Beschwerdeführerin in der Universitätsklinik B.____

neurophysiologisch untersucht. Die neurologischen Fachärzte konstatierten in ihrem Arztbericht vom 8. September 2020 (Urk. 19/26/23 ff.), anhand der durchgeführten Untersuchung zeige sich kein Hinweis auf eine zentrale spinale Impulsleitstörung bei regelrechter zentralmotorischer Laufzeit und normwertigen SEP's. Die neurophysiologischen Befunde (amplitudengeminderte Neurographie des Nervus

peroneus linksseitig mit ebenfalls reduziertem sensiblem Nervenaktionspotential und Denervierungszeichen im Musculus

tibialis

anterior) würden formal zu einer Vor-schädigung des Nervus

peroneus linksseitig passen. Für den Nervus

tibialis oder die Fussbeuger links würden sich jedoch in keiner der Messungen, inklusive Elektromyographie, der Hinweis auf eine vorliegende axonale Schädigung oder relevante Radikulopathie im Segment S1 ergeben. Die gezeigte Schwäche sei neurologisch nicht nachzuvollziehen. Die Fachärzte äusserten den Verdacht auf eine weiterhin bestehende Radikulopathie im Segment L4/L5 linksseitig. Zudem bestehe eine Claudicatio Symptomatik mit Einschränkung der Gehstrecke (vgl. auch Arztbericht vom 11. August 2020, Urk. 19/26/28).

E. 3.3

Anlässlich der postoperativen Verlaufskontrolle im September 2020 berichtete die Beschwerdeführerin über weiterhin stärkste Schmerzen im tiefen LWS-Bereich mit Ausstrahlung in das L5/S1-Dermatom links sowie eine Claudicatio

spinalis-Symptomatik mit Gehstrecke bis auf 200 Meter. Bildgebend zeige sich keine morphologische Kompression des Nervs. Laut behandelnder Ärzte würde eine chirurgische Intervention entsprechend keine Verbesserung bringen. Aufgrund

der zunehmenden Harninkontinenz empfahlen sie eine neurologische Abklärung (vgl. Arztberichte vom 16. und 29. September 2020, Urk. 19/26/2 ff.), welche am 13. Oktober 2020 erfolgte (Urk. 19/26/20). Die

neurologischen Fachärzte verneinten elektromyographische Hinweise auf eine floride Radikulopathie. Viel mehr zeigten sich regelrechte Platzverhältnisse im Bereich der unteren LWS.

E. 3.4

Am 9. November 2020 begab sich die Beschwerdeführerin erneut in die Universitätsklinik B., wo sie über

die persistierende

Fussheberparese links und diffuse Hyposensibilität des ganzen linken Beines sowie die vorhandene Blasenstörung berichtet habe. Die Ärzte konstatierten, neurophysiologisch wie auch radiologisch könne keine neurokompressive oder neurophysiologische Nervenleitungsstörung diagnostiziert werden. Es zeige sich eine durchgängige Nervenleitung ohne morphologische Neurokompression. Aus wirbelsäulenchirurgischer Sicht gebe es keine Möglichkeit, die aktuelle Situation der Beschwerdeführerin zu optimieren. Es bestehe am ehesten eine funktionelle Fussheberparese mit psychosomatischer Komponente (vgl. Arztbericht vom 10. November 2020, Urk. 19/37).

E. 3.5

Zur Einholung einer Zweitmeinung wurde die Beschwerdeführerin im Zentrum für Chirurgie der Wirbelsäule und Skoliose vorgestellt. Prof. Dr. med. C., Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, äusserte in seinem Arztbericht vom 27. November 2020 (Urk. 19/57/4), es handle sich um eine Pseudarthrose L5/S1, da die Spondylodese nicht durchgebaut sei. Dies könne die Rückenschmerzen erklären. Hierfür müsse die Spondylodese revidiert werden. Die Spondylolisthesis sei zudem nicht ausreichend reponiert worden, was für den interkorporellen

Durchbau sicherlich ein Hindernis darstelle. Im Rahmen einer Revision müsste versucht werden, L5 besser zu reponieren, falls notwendig mit Fixation bis L4. Nach der Pseudarthroserevision sei eine Linderung der Rückenschmerzen zu erwarten. Die Neurologie am linken Bein werde sich vermutlich aber auch nach einer Revisionsoperation nicht bessern (vgl. auch Arztbericht vom 27. Januar 2021, Urk. 19/52/45). Betreffend die genaue Ätiologie der Fussheber- und Fussenkerverparese überwies Prof. Dr. C.____ die Beschwerdeführerin in die Neurologie. In der Folge wurde die Beschwerdeführerin von Dr. med. D.____, Fachärztin für Neurologie, untersucht. Dr. D.____ stellte fest, die Beschwerdeführerin zeige eine schmerzlimitierte schwere Bewegungseinschränkung der Funktionen des linken Beines. Objektivierbar seien floride

Denervierungszeichen in der L5- und etwas weniger in der S1-versorgten Muskulatur links, gut vereinbar mit einer entsprechenden Schädigung der Nervenwurzeln L5 und S1 links. Letztendlich könne keine sichere Kontinuität der Nervenwurzel L5 elektromyographisch nachgewiesen werden. Sie gehe davon aus, dass die Einschränkungen mindestens teilweise auch schmerzlimitiert seien. Sie empfehle eine erneute Operation mit Darstellung der neurogenen Strukturen (vgl. Arztbericht vom 3. Dezember 2020, Urk. 19/57).

E. 3.6

Gemäss dem interdisziplinären Gutachten der Z.____ GmbH vom 15. März 2021 (Urk. 19/52/3-42) bestehen bei der Beschwerdeführerin folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 19/52/38): - Chronisches, bewegungs- und belastungsverstärktes lumboschiales Schmerzsyndrom links mit/bei: - Sensomotorisches, objektiv wahrscheinlich nur leicht ausgeprägtes radikuläres Ausfallsyndrom L5 und S1 links - Aktenkundig dokumentierte neurogene Blasenfunktionsstörung, am ehesten im Rahmen einer Schädigung der Cauda

equina bzw. Wirbelsäulennah im Bereich der isthmischen Spondylolisthesis - Status nach Spondylodese LWK5/SWK1 am 7. Mai 2020, bislang ohne eindeutig gesicherten ossären

Durchbau - Spondylolisthesis LWK5/SWK1 Grad II nach Meyerding bei bilateraler isthmischer Spondylolyse von LWK5 gegenüber S1 - Chronische Insuffizienz der Rumpf-stabilisierenden Muskulatur - Bei den aktuellen somatischen Untersuchungen deutliche Zeichen einer Symptomausweitung und Selbstlimitation - Anpassungsstörung mit vorwiegender Störung von anderen Gefühlen (ICD-10: F43.23)

Ohne erkennbare Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sei die Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (ICD-10: F68.0).

E. 3.6.1

Der orthopädische Gutachter äusserte, die Beschwerdeführerin präsentiere bei fokussierter klinischer Prüfung hochgradige Einschränkungen am linken Bein, die sämtliche Gelenke und damit auch die periartikulären Muskeln von der Hüfte bis zu den Zehen umfassen würden. Dabei hätten sich aber erhebliche Inkonsistenzen, vor allem bezogen auf den proximalen Bereich, die sich insbesondere nicht mit einer Pathologie an den Nervenwurzeln L5 und S1 erklären liessen, ergeben. Diesbezüglich sei im Wesentlichen jedoch die Beurteilung des neurologischen Kollegen massgebend. Auch am Rumpf hätten sich widersprüchliche Befunde ergeben, wofür beispielhaft die Diskrepanz zwischen Finger-Boden-Abstand, Lasègue-Test und Langsitz zu erwähnen sei, der fast nur als Symptomausweitung bzw. Selbstlimitation zu interpretieren sei, sich orthopädisch

jedenfalls nicht schlüssig erklären lasse. Dazu passe auch, dass sich die Angaben der Beschwerdeführerin bezüglich ihrer Einnahme der Schmerzmittel am Untersuchungstag durch die Ergebnisse der durchgeführten Laboruntersuchungen nicht bestätigen liessen. Aus orthopädischer Sicht lasse sich aufgrund des postoperativen Zustands bildes im lumbosakralen Übergangsbereich eine verminderte Belastungsfähigkeit dieser Region postulieren, sodass körperlich anspruchsvolle Aktivitäten nicht mehr ausgeübt werden sollten. Die angestammte Tätigkeit als Mitarbeiterin in der Food-Abteilung einer Y.____-Filiale könne überwiegend wahrscheinlich dauerhaft nicht mehr ausgeübt werden, weil die dabei zumindest intermittierend vorkommende körperliche Belastung als zu hoch eingeschätzt werden müsse. Für körperlich leichte Aktivitäten mit zeitlichen Positionswechseln, wo eine Hebe- und Tragelimit von 5 kg nicht überschritten werde und keine länger dauernden Zwangshaltungen des Rumpfes vorkommen würden, bestehe aus orthopädischer Sicht hingegen eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit (Urk. 19/52/27 f.).

E. 3.6.2

Der neurologische Gutachter konstatierte, die neurologische Untersuchung der Beschwerdeführerin habe bei ihm den Eindruck einer klaren Aggravation der beklagten Beschwerden mit gezeigter hochgradiger Parese des linken Beines hinterlassen. Die Exploration sei durch Inkonsistenzen und funktionelle, nicht neurologisch begründbare Bewegungsstörungen deutlich erschwert gewesen. Im neurologischen Untersuchungsbefund sei, soweit dies im Rahmen von Untersuchungen, bei denen die Mitarbeit der Beschwerdeführerin nicht erforderlich gewesen sei, eine Reflexabschwächung des Triceps - surae -Reflexes links gegenüber rechts festzustellen. Diese

würde zu der wiederholt vermuteten L5/S1-Läsion links passen. Ferner habe die Beschwerdeführerin eine allerdings deutlich funktionell überlagerte und ausgestaltete Fussheber- und Fusssenkerschwäche links sowie eine Lähmung der Oberschenkel und Hüftgelenk-/Gesässmuskulatur demonstriert. Auffallend sei dabei, dass die Beschwerdeführerin eine Schwäche im gesamten linken Bein zeige, welche allerdings nicht durch muskuläre Atrophien, welche bei der gezeigten Schwäche zu erwarten wären, bestätigt werden könne und auch weit über eine denkbare radikuläre Affektion L5/S1 hinausgehe (Urk. 19/52/30 f.). Angesichts der vorliegenden neurologischen und neurophysiologischen Vorbefunde, der dokumentierten Neuroradiologie sowie neuro-urologischen Situation sei davon auszugehen, dass bei der Beschwerdeführerin zwar eine neurologische Symptomatik vorliege, wobei die Hauptproblematik die Nervenwurzeln L5 und S1 links betreffe, wenngleich die gezeigten neurologischen Funktionsdefizite klar psychogen überlagert und ausgestaltet wirkten. Das demonstrierte Bild der kompletten Fussheber- und Fusssenkerparese links, der Schwäche des gesamten linken Beines sowie die angegebenen Sensibilitätsstörungen glied förmig im gesamten linken Bein seien nicht durch radikuläre neurogene Schäden zu erklären. Festzuhalten sei aber, dass unzweifelhaft elektrophysiologische Auffälligkeiten bestünden, welche eine neurogene Schädigung nicht nur in der Radix L5 (DD Nervus

peroneus) dokumentierten, sondern auch die Nervenwurzel S1 links tangierten. Ferner zeige sich eine dokumentierte neurogene Blasenentleerungsstörung, sodass der Schädigungsort neuroforaminal, in der Cauda

equina bzw. wirbelsäulennah im Bereich der isthmischen Spondylo listhesis bei Anterolisthese L5 gegenüber S1 zu suchen sei. Für eine weiter zentral gelegene Schädigung ergebe sich kein Anhalt. Die im Rahmen der neurologischen Exploration gezeigte Symptomaggravation verhindere eine klare Aussage darüber, welcher Ausprägungsgrad organisch begründet sei und welcher Anteil der gezeigten Schwäche funktioneller Natur mit/bei sekundärer Symptomausweitung und Selbstlimitierung sei. Aus neurologischer Sicht sei die Beschwerdeführerin trotz der dargestellten Inkonsistenzen gleichwohl derzeit nicht in der Lage, regelmässig die angestammte Tätigkeit auszuüben. Für die angestammte Tätigkeit bestehe keine Arbeitsfähigkeit. In einer optimal adaptierten Tätigkeit, überwiegend sitzend und ohne Notwendigkeit, Treppen zu steigen, bestehe medizinisch-theoretisch aus neurologischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 80 %, wobei eine Steigerungsfähigkeit vorliege (Urk. 19/52/32 f.) .

E. 3.6.3

Der psychiatrische Gutachter hielt Auffälligkeiten im affektiven Bereich und im Bereich des Ausdrucks- und Interaktionsverhaltens fest. Vor dem Hintergrund der festgestellten Inkonsistenzen und Selbstlimitierungen würden sich einerseits deutliche Anhaltspunkte für bewusstseinsnahe, willentlich steuerbare Verhaltensweisen mit Elementen eines sekundären Krankheitsgewinns ohne medizinischen Hintergrund ergeben. Auf der anderen Seite würden aber vor dem Hintergrund der dargestellten Entwicklung des maladaptiven Verhaltens im Anschluss an die Spondylodese L5/S1 vom 7. Mai 2020 auch Hinweise auf mögliche «neurotische» Anteile im Sinne mutmasslicher innerseelischer Einflussfaktoren bestehen, auch wenn die Beschwerdeführerin diesbezüglich nichts preisgegeben habe und jegliche psychische Belastungen oder Konfliktkonstellationen kategorisch verneint habe. Zusammenfassend sei bei der Beschwerdeführerin eine «Beschwerdefehlverarbeitung» im Sinne der «Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen» (ICD-10: F68.0) und eine Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen festzuhalten, wobei sich die funktionelle Überlagerung einer Funktionsstörung im Grenzbereich zwischen einer krankhaften Störung und einem zweckgerichteten Verhalten ohne medizinischen Hintergrund bewege und hauptsächlich auf bewusstseinsnahen finalen Motiven im Rahmen eines sekundären Krankheitsgewinns fusse. Daneben dürften aber auch bewusstseinsferne «neurotische» Elemente in das Geschehen mit hineinspielen, welche einen gewissen Krankheitswert hätten. Was die Beurteilung der beruflichen Leistungsfähigkeit betreffe, so lasse sich auf fachpsychiatrischem Gebiet aufgrund der Anpassungsstörung mit vermehrter gedanklich-emotionaler Inanspruchnahme durch die subjektiv erlittene Kränkung und die damit verbundenen affektiven Qualitäten eine geringfügige Einschränkung der kognitiven Belastbarkeit annehmen, welche eine qualitative Leistungsminderung in der Grössenordnung von 10 % zu begründen vermöge. Aus der Diagnose F68.0 lasse sich hingegen keine relevante funktionelle Einschränkung ableiten, die eine Leistungsminderung in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Verkäuferin oder einer vergleichbaren Verweistätigkeit begründen würde. Auf therapeutischer Ebene sei ein stufenweiser beruflicher Wiedereinstieg in einer angepassten Tätigkeit, begleitet durch ein psychologisches Coaching, zu empfehlen (Urk. 19/52/37).

E. 3.6.4

Zusammenfassend bestehe aus interdisziplinärer, orthopädischer, neurologischer und psychiatrischer Sicht für körperlich leichte Tätigkeiten mit gelegentlichem Positionswechsel und ohne Notwendigkeit, Treppen zu besteigen, wo eine Hebe- und

Traglimite von 5 kg nicht überschritten werde und keine länger dauernden Zwangshaltungen des Rumpfes vorkämen, eine medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit in der Grössenordnung von 80 % bei zeitlicher Präsenzzeit von 100 % mit leicht erhöhtem Pausenbedarf. Dieses Belastungsprofil könne an den meisten Arbeitsorten im administrativen Bereich eingehalten werden, doch gebe es fast sicher auch andere Berufszweige, wo sich geeignete Tätigkeiten finden lassen würden. Falls es der Beschwerdeführerin gelinge, die schmerzassoziierte Schonhaltung und Minderinnervation des linken Beines zu überwinden, wäre eine Steigerungsfähigkeit vorhanden. Die erlittene Kränkung und das finanzielle Entschädigungsmoment würden einer Distanzierung von dem stark defizit orientierten «Verharren» in der Krankenrolle jedoch im Wege stehen und damit die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen (Urk. 19/52/41).

E. 3.7

Prof. Dr. med. E.____ konstatierte in seinem Arztbericht vom 31. Mai 2021, in einem am 25. Mai 2021 angefertigten CT werde eine Pseudarthrose L5/S1 dokumentiert. Die Cage sei insbesondere nach kaudal nicht in die Deckplatte S1 eingewachsen. Zwischenzeitlich mache sich auch noch eine leichte Schraubenlockerung auf Höhe S1 bemerkbar. Prof. Dr. E.____ wies auf die Möglichkeit einer Revisionsoperation hin, wobei die Prognose gleichwohl unsicher bleibe. Unter Umständen komme es zu einer Verbesserung des Schmerzbildes, eine wesentliche Erholung der neuralen Funktion sei ein Jahr nach Initialoperation jedoch weniger zu erwarten (Urk. 19/79).

E. 3.8

Am 14. Juli 2021 wurde die Beschwerdeführerin bei Dr. med. F.____, Neurologie FMH, vorgestellt (Urk. 19/80). Dieser hielt diffuse Einschränkungen, welche betont an der Fussfunktion links in allen Achsen vorhanden seien, fest. Ein typisches Duchenne-Hinken zeige sich jedoch nicht. Bezüglich kooperationsunabhängigen Befunden finde er in Diskrepanz zur Kraft keine eindrücklichen Atrophien am Unterschenkel oder an der Fussmuskulatur. Neurographisch zeigten sich im Nervus

peroneus links leichtgradige Auffälligkeiten, welche mit einer Radikulopathie L5 links vereinbar seien. Im Myotom L4, L5 und S1 links würden sich jedoch keine pathologische Spontanaktivität wie im Vorbefund bei Dr. D.____ zeigen.

Dr. D.____ konstatierte in ihrem Arztbericht vom 9. Juni 2021 (Urk. 19/81), die Situation habe sich seit der Untersuchung im November 2020 nicht wesentlich verändert. Weiterhin würden Lumboischialgien links bestehen. Elektromyographisch seien die bekannten radikulären Schädigungszeichen L5 links leicht regredient. Das Ausmass der elektromyographischen Veränderungen erkläre nicht, weshalb die Beschwerdeführerin die Fussdorsalflexion willkürlich nicht innerviere. Zu erwarten wäre allenfalls eine leichte L5-Parese. Die Beschwerdeführerin bewege jedoch auch die Hüftflexion und Knieextension kaum. Dies sei durch eine L5-Nervenwurzelerschädigung nicht zu erklären. Nach mehrfacher Auforderung habe sie letztendlich das linke Bein etwas gehoben. Die motorisch evozierten Potenziale würden eine normale Ableitung zum

Musculus

tibialis

anterior beidseits mit leichter Amplitudenminderung links zeigen. Radikuläre Schädigungszeichen fänden sich nicht. Dr. D.____ erachtete eine Symptomausweitung als

wahrscheinlich.

E. 3.9

Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens reichte die Beschwerdeführerin unter anderem den Operationsbericht vom 11. Oktober 2021 zu den Akten (Urk. 3/4). Am 7. Oktober 2021 wurde durch Prof. Dr. E.____ eine Revisionsoperation mit Re-Stabilisation L5/S1 dorsal (Expedium-Implantat), eine Re-Dekompression L5/S1 links mit Neurolyse L5 links sowie eine dorsale bzw. dorso-laterale Spondylotomie L5/S1 mit lokal anfallendem Knochen sowie Beckenkamm spongiosa durchgeführt. Der postoperative Verlauf habe sich komplikationslos gestaltet. Die Opiate hätten im Verlauf reduziert und bei Austritt gestoppt werden können. Mittels physiotherapeutischer Hilfe habe die Beschwerdeführerin rasch mobilisiert werden können. Die zuvor bestehende Funktionseinschränkung habe sich postoperativ deutlich gebessert, sodass die Beschwerdeführerin am 12. Oktober 2021 in gutem Allgemeinzustand in sehr deutlich gebessertem Schmerz- und Funktionszustand bei reizlosen und trockenen Wundverhältnissen nach Hause habe entlassen werden können (vgl. Austrittsbericht vom 14. Oktober 2021, Urk. 19/100). Prof. Dr. E.____

beschrieb sechs Wochen nach dem Revisions eingriff eine klare Verbesserung des Zustandes der Beschwerdeführerin gegenüber der präoperativen Situation. Insbesondere die Schmerzhaftigkeit und die Funktion des linken Beines hätten sich praktisch wieder normalisiert. Die Gehfähigkeit der Beschwerdeführerin sei entsprechend wiederhergestellt und abstrahlende Schmerzen in das linke Bein habe die Beschwerdeführerin nicht mehr angegeben. Intermittierend verspüre sie zwar noch leichte Kribbelparästhesien und teilweise Krampferscheinungen im Fusssohlenbereich. Prof. Dr. E.____ verordnete Physiotherapie (vgl. Sprechstundenbericht vom 23. November 2021, Urk. 7/1). Drei Monate postoperativ habe die Beschwerdeführerin berichtet, im Alltag gut zurechtzukommen. Das Heben und Tragen schwerer Gegenstände sei noch mühsam und auch Rotationsbewegungen würden noch lokale Beschwerden verursachen. Sie nehme regelmässig Dafalgan und Novalgin ein. Im Vergleich zur präoperativen Situation habe sich die Symptomatik jedoch massiv verbessert. Prof. Dr. E.____ konstatierte in seinem Arztbericht vom 7. Januar 2022 (Urk. 12), die Beschwerdeführerin zeige ein normales Gangbild ohne Hinken und benötige keine Gehhilfe mehr. Aus dem Sitzen könne sie zügig aufstehen. Die weitere Regeneration werde sicherlich noch Zeit in Anspruch nehmen und es bestehe auch die Möglichkeit, dass insbesondere lokal lumbal noch gewisse Restbeschwerden bestehen bleiben könnten. Er attestierte der Beschwerdeführerin eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bis Ende Februar 2022 (vgl. ärztliche Zeugnisse, Urk. 14). 4. 4.1

Nach ständiger Rechtsprechung beurteilt das Sozialversicherungsgericht die Gesetzmässigkeit der Verwaltungsverfügungen beziehungsweise der Einsprache entscheide in der Regel nach dem Sachverhalt, der zur Zeit des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 130 V 138 E. 2.1 mit Hinweis). Jedoch sind Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, insoweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Erlasses der Verwaltungsverfügung beziehungsweise der Einspracheentscheide zu beeinflussen (BGE 121 V 362 E. 1b, 99 V 98 E. 4; Urteil des Bundesgerichts 8C_95/2017 vom 15. Mai 2017 E. 5.1 mit Hinweisen). 4.2

Anhand der im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vorliegenden medizinischen Aktenlage steht fest und ist unbestritten, dass die Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit als Mitarbeiterin in der Food-Abteilung einer Y.____-Filiale nicht mehr arbeitsfähig ist (vgl. E. 3.6.1, E. 3.6.2). Streitig ist dagegen, in welchem Umfang die Beschwerdeführerin in einer leidensangepassten Tätigkeit in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist. 4.3

In der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) stützte sich die Beschwerdegegnerin in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf das interdisziplinäre Gutachten der Z.____ GmbH vom 15. März 2021 (Urk. 19/52/3-42), worin der Beschwerdeführerin in einer leidensangepassten Tätigkeit ein 80%-Pensum zugemutet wird. Einschränkend sei der leicht erhöhte Pausenbedarf (E. 3.6.4). 4.4 4. 4 .1

In Bezug auf das interdisziplinäre Gutachten vom 15. März 2021 (vorstehend E. 3.6) gilt es zu berücksichtigen, dass dieses Gutachten nicht von der Beschwerdegegnerin im Verfahren nach Art. 44 ATSG, sondern von der Kranken taggeld versicherung der Beschwerdeführerin eingeholt wurde. 4. 4 .2

Einerseits verlangt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung eine umfassende, inhaltsbezogene, verantwortliche und der behördlichen Begründungspflicht genügende Prüfung aller Beweismittel (BGE 140 V 193 E. 3.1) unabhängig von ihrer Herkunft und ohne Bindung an förmliche Beweisregeln (BGE 137 V 210 E. 3.4.1.1; Urteil des Bundesgerichts 8C_71/2016 vom 1. Juli 2016 E. 5.1). 4.4 .3

Andererseits kommt nach der Rechtsprechung den von einem Krankentag geld versicherer nicht im gesetzlich vorgesehenen Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten der Beweiswert versicherungsinterner ärztlicher Feststellungen zu (Urteile des Bundesgerichts 8C_71/2016 vom 1. Juli 2016 E. 5.3 und 8C_486/2015 vom 30. November 2015 E. 4.1.3). Auf das Ergebnis versicherungsinterner ärztlicher Abklärungen kann rechtsprechungsgemäss indes nicht abgestellt werden und es ist eine versicherungsexterne Begutachtung anzuordnen resp. es sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (BGE 139 V 225 E. 5.2; Urteile des Bundesgerichts 8C_230/2019 vom 2. Juli 2019 E. 3.2, 8C_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4). 4. 5 In Bezug auf das interdisziplinäre Gutachten der Z.____ GmbH vom 15. März 2021 (E. 3.6) gilt es zu beachten, dass sich die Beurteilung der Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin in einer leidensangepassten Tätigkeit unter anderem auf die objektiven Befunde im Rahmen der klinisch-medizinischen Untersuchungen stützte (vgl. Urk. 19/52/19 ff.). Die Gutachter setzten sich mit allen Aspekten der gesundheitlichen Beeinträchtigungen auseinander und berücksichtigten insbesondere auch die geklagten Beschwerden bzw. Leiden der Beschwerdeführerin aus subjektiver Sicht (vgl. Urk. 19/52/14 f.).

Die Gutachter hielten erhebliche Inkonsistenzen fest und beurteilten die Funktions einschränkungen im linken Bein insbesondere als Symptomausweitung bzw. Selbstlimitierung. Der neurologische Gutachter sprach von klarer Aggravation (E. 3.6.2), der psychiatrische Gutachter diagnostizierte eine Beschwerdefehlverarbeitung im Sinne der Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (E. 3.6.3). Ebenso verwiesen die Ärzte der Universitätsklinik B.____

auf eine psychosomatische Komponente (E. 3.4). Prof. Dr. C.____ erklärte die persistierenden Schmerzen mit einer Pseudarthrose und empfahl eine Revisionsoperation, wobei

auch er k eine Bes se rung der Neuro logie am linken Bein versprach (E. 3.5). Ebenso äusserte Prof. Dr. E.____ eine unsichere Prognose in Bezug auf eine Erholung der neuro nalen Funktionen am linken Bein und wies auf Diskrepanzen hin (E. 3.7). Dr. D.____ erachtete eine Symptomausweitung als wahr scheinlich (E. 3.8), objektivierte aber floride Dener vie rungszeichen und empfahl ebenfalls eine erneute Operation mit Darstellung der neurogenen Strukturen (E. 3.5). Die nach Verfügungserlass durchgeführte Revi sions operation brachte

letztlich eine Verbes serung der Schmerzsituation so wie der Funktionsfähigkeit des linken Beines (vgl. E. 3.9) . Angesichts der nach folgenden Berichte von Prof. Dr. E.____ (E. 3.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 8

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Vier telsrente , 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). 1. 4

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc). 2.

E. 9

) muss davon ausgegangen werden, dass die funktionellen Einschränkungen zumindest schmerzbedingt, wenn nicht gar neurologisch erklärt werden konnten. Dies wurde auch seitens beratende r Arzt der Kranken taggeldversicherung in Betracht gezogen (vgl. Urk. 17/2). Auch wenn dieser Verlauf und diese medizi nischen Erkenntnisse nach Ver fügungs erlass erhoben wurden, kann aufgrund dieser Berichte nicht ausge schlos sen werden, dass bereits im Zeitpunkt der inter dis ziplinären Begutachtung nicht psychogene Ursachen für die Schmerzproble matik bestan den, welche zu weitergehenden funktionellen Einschränkun gen führten. Damit ist die Ein schätzung der Arbeitsfähigkeit der Gut achter der Z.____ GmbH von März

2021 in Frage gestellt. Demzufolge lassen die vorlie genden medizi nischen Akten eine abschliessende Beurteilung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit auch im Zeit punkt des frühestmöglichen Rentenbe ginns und in dessen Verlauf nicht ohne Weiteres zu. Die Sache ist daher unter Aufhebung der ange fochtenen Verfü gung vom 6 . Ok tober 2021 an die Beschwerdegegnerin zurück zu weisen, damit sie nach weiteren medizinischen Abklärungen über den Leis tungs anspruch der Beschwerdeführerin neu ent scheidet. Dies führt in diesem Sinne zur Gutheis sung der Beschwerde. 5. 5.1

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen der Invalidenversicherung geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind die auf Fr. 700.— anzusetzenden Gerichtskosten der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 5.2

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung sowohl für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten wie auch der Parteientschädigung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57; vgl. auch BGE 141 V 281 E. 11.1 mit Hinweis), weshalb die vertretene Beschwerdeführer in Anspruch auf eine Prozessentschädigung hat.

Diese ist gestützt auf Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 Abs. 1 und 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses auf Fr. 2'300.--

(inkl. Barauslagen und MWSt) festzusetzen. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 6. Oktober 2021 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen, damit sie nach weiteren Abklärungen im Sinne der Erwägungen über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin neu verfüge. 2.

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

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2'300.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

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) 5.

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 Hurst Stadler

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