

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00022 vom 30. September 2022

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-09-30, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2022.00022](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2022.00022)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00022 du 30 septembre 2022

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00022 del 30 settembre 2022

## Erwägungen

### E. 1

Die 1962 geborene X.\_\_\_\_ war seit dem 15. Oktober 2007 bei der Y.\_\_\_\_ AG als Maschinenführerin in einem 100 %-Pensum tätig (Urk. 7/31). Am 14. September 2016 (Eingangsdatum) meldete sie sich unter Hinweis auf Rückenbeschwerden bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/12). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, tätigte medizinische und erwerbliche Abklärungen. Mit Vorbescheid vom 12. Oktober 2018 stellte sie der Versicherten die Abweisung ihres Leistungsgesuchs in Aussicht (Urk. 7/62). Dagegen erhob die Versicherte mit Eingaben vom 8. November und 14. Dezember

2018 Einwände (Urk. 7/65 und Urk. 7/75). Am 4. Februar 2019 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass sie eine bidisziplinäre medizinische Abklärung (Rheumatologie/Psychiatrie) als notwendig erachte (Urk. 7/79). Gegen die in Aussicht gestellte bidisziplinäre Begutachtung erhob die Versicherte mit Eingabe vom 27. Februar 2019 Einwände (Urk. 7/82). Daraufhin erliess die IV-Stelle am 20. März 2019 eine Zwischenverfügung, mit welcher sie an der bidisziplinären Begutachtung festhielt (Urk. 7/87).

Dagegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom 18. April 2019 Beschwerde mit dem Antrag, es sei eine multidisziplinäre Begutachtung durchzuführen (Urk. 7/92). Die Beschwerde wurde mit Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich vom 23. September 2019 abgewiesen (Urk. 7/107). Die Versicherte wurde in der Folge von Fachärzten der Z.\_\_\_\_ AG am 23. Januar 2020 im Fachgebiet Rheumatologie und am 4. Februar 2020 im Fachgebiet Psychiatrie begutachtet. Das bidisziplinäre Gutachten der Z.\_\_\_\_ AG

wurde am 1. April 2020 erstattet (Urk. 7/115). Aufgrund von Einwänden der Versicherten (Urk. 7/130-132) wurden Stellungnahmen des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) eingeholt (Urk. 7/138 S. 8 ff.) und eine Zusatzfrage an den rheumatologischen Gutachter gestellt (Urk. 7/133), welche mit Schreiben vom 11. Februar 2021 beantwortet wurde (Urk. 7/135). Mit neuerlichem Vorbescheid vom 6. April 2021 stellte die IV-Stelle der Versicherten

wie derum die Abweisung ihres Leistungsbegehrens in Aussicht (Urk. 7/140). Dagegen erhob die Versicherte mit Eingaben vom 2. Mai und 7. Juni 2021 Einwände (Urk. 7/142, 7/148) und reichte mit Eingabe vom 19. August 2021 ein psychiatrisches

Parteigutachten

ein (Urk. 7/ 152 -153). Die IV-Stelle holte eine RAD-Stellungnahme hierzu ein (Urk. 7/154 S. 5 f.) und verneinte mit Verfügung vom 30. November 2021 einen Rentenanspruch der Versicherten (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 ferner das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung eines Falles in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung beziehungsweise des streitigen Einspracheentscheids eingetretenen Sachverhalt abstellt (BGE 144 V 210 E. 4.3.1, 132 V 215 E. 3.1.1, je mit Hinweisen), sind vorliegend die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die nach folgend auch in dieser Fassung zitiert werden.

### **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 herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

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

### **E. 1.4**

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. 1.5**

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).

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**

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). 1.7

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 anzu geben, 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).

Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte (sogenannte Administrativgutachten) ist Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4, 135 V 465 E. 4.4; Urteil des Bundesgerichts 8C\_77/2021 vom 20. April 2021 E. 3 mit Hinweisen). 2.

### **E. 1.7**

) erfüllt. Es ist für die streitigen Belange umfassend, beruht auf den erforderlichen fachärztlichen Untersuchungen und wurde in Auseinandersetzung mit den relevanten medizinischen Akten abgegeben. Es würdigt die vorhandenen Arztberichte sorgfältig, berücksichtigt die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden und setzt sich mit diesen hinreichend auseinander. Die Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ist einleuchtend

und die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nach vollziehbar. 4.2

#### **4.2.1**

In Bezug auf das psychiatrische Gutachten macht die Beschwerdeführerin geltend, die Begutachtung bei Dr. A. \_\_\_ habe lediglich eine Stunde und 25 Minuten gedauert, wobei alles von der Dolmetscherin übersetzt worden sei, womit keine Zeit geblieben sei, sie (die Beschwerdeführerin) eingehend zu begutachten (Urk. 1 S. 6).

Für den Aussagegehalt eines medizinischen Berichts kommt es nicht in erster Linie auf die Dauer der Untersuchung an. Massgeblich ist vielmehr, ob der Bericht inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist. Der für eine psychiatrische Untersuchung zu betreibende zeitliche Aufwand hängt stets von der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie ab. Wichtigste Grundlage gutachterlicher Schlussfolgerungen bildet die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_127/2022 vom 8. Juli 2022 E. 5.2.2, 8C\_47/2016 vom 15. März 2016 E. 3.2.2).

Anhaltspunkte dafür, dass sich der Gutachter anhand der effektiven Untersuchungsdauer von knapp eineinhalb Stunden nur ein ungenügendes Bild hätte machen können, sind vorliegend nicht erkennbar.

In Bezug auf die beigezogene Dolmetscherin ist festzuhalten, dass der bestmöglichen sprachlichen Verständigung zwischen Experte und versicherter Person insbesondere bei der psychiatrischen Abklärung besonderes Gewicht zukommt. Nach der Rechtsprechung ist daher bei psychiatrischen Begutachtungen eine Übersetzungshilfe beizuziehen, sofern sprachliche Schwierigkeiten bestehen und das Untersuchungsgespräch nicht in der Muttersprache des Exploranden geführt werden kann.

Der Gutachter hat im Rahmen sorgfältiger Auftragserfüllung zu entscheiden, ob eine medizinische Abklärung in der Muttersprache des Exploranden oder unter Beizug eines Übersetzers im Einzelfall geboten ist.

(vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_578/2014 vom 17. Oktober 2014 E. 4.2.5 mit Hinweisen).

Soweit die Beschwerdeführerin die Ansicht vertritt, dass aufgrund ihrer Sprachkenntnisse keine Übersetzung notwendig gewesen wäre (Urk. 1 S. 5), ist darauf hinzuweisen, dass es ihr bei der Begutachtung freigestanden

hätte, die Fragen des Gutachters direkt auf Deutsch zu beantworten.

Im Übrigen ist davon auszugehen, dass die Gutachterstelle den Gutachter auf entsprechende Angabe der Beschwerdeführerin hin beizog (vgl. Urk. 7/113/3) und sich die Beschwerdeführerin jedenfalls nicht gegen den Beizug eines Dolmetschers während der Begutachtung aussprach. Die Ausführungen von Dr. D.\_\_\_\_, dass die Übersetzung durch eine Dolmetscherin zu einer vermehrten Distanz führe und die Explorandin eventuell zu einer weiblichen Gutachterin besser Kontakt aufnehmen könne (Urk. 7/152 S. 22), sind pauschale Mutmassungen, welche nicht geeignet sind, das psychiatrische Gutachten in Frage zu stellen. Im Übrigen ist der emotionale Rapport zum Therapeuten insbesondere im Rahmen einer Psychotherapie relevant; in der Begutachtungssituation ist er von untergeordneter Bedeutung. 4.2.2

Auch mit der in diagnostischer Hinsicht erhobenen Kritik am psychiatrischen Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_

dringt die Beschwerdeführerin nicht durch.

In Bezug auf Persönlichkeitsstörungen im Sinne der ICD-10 ist festzuhalten, dass diese im Allgemeinen erstmals in der Kindheit oder in der Adoleszenz in Erscheinung treten und sich im Erwachsenenalter auf Dauer manifestieren (vgl. Dilling / Mombour / Schmidt, Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V, Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl., Bern 2015, S. 276

f.). Den Akten sind indessen keine Anhaltspunkte dafür zu entnehmen, dass sich

auffällige Verhaltensmuster in verschiedenen Lebensbereichen bereits in der Kindheit oder Jugend geäußert, bis heute fortbestanden und in mehreren Lebensbereichen zu deutlichen Einschränkungen geführt hätten. So war die Beschwerdeführerin denn auch bis 2016 und damit bis zum

54. Altersjahr

arbeits tätig und es sind keinerlei Einschränkungen dokumentiert, was gegen eine ressourcenhemmende Persönlichkeitsstruktur spricht.

Bisher wurde im Übrigen

auch von den behandelnden Psychiatern

keine Persönlichkeitsstörung in Betracht gezogen ( Urk. 7/43/6-9, 7/50/4-6, 7/74/1, 7/130/3 ).

Dr. D.\_\_\_\_

stellte die Diagnose einer

Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61) aufgrund eines strukturierten Interviews (SCID-5-PD). Der entsprechende Fragebogen beziehungsweise eine überprüfbare Auswertung desselben wurde dem Gutachten jedoch nicht beigelegt, was der Nachvollziehbarkeit der Diagnose entgegensteht. RAD-Psychiater Dr. H.\_\_\_\_ weist sodann zutreffend darauf hin, dass unter die Kategorie F61 kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen fallen und nicht die von Dr. D.\_\_\_\_ genannte spezifische Persönlichkeitsstörung mit schwerer Beeinträchtigung des Selbst und der interpersonellen Beziehungen, mit vor allem emotional instabilen, teilweise paranoiden und teilweise zwanghaften Charakteristika. Dass Dr. H.\_\_\_\_ die Diagnose als

kaum vereinbar mit den anamnestischen Angaben im

Gutachten beurteilt, trifft jedenfalls auf die von Dr. D.\_\_\_\_ als spezifisches Kriterium angeführte Neigung zu Beziehungsabbrüchen zu (Urk. 7/152/22), welche in der Sozialanamnese abgesehen von der Trennung von ihrem Ehemann keinerlei Niederschlag erfuhr (Urk. 7/152/14 f.). Auch überzeugt, dass die anamnestischen Angaben zur sozialen Teilhabe insbesondere in der Familie (vgl. unter anderem Urk. 7/152/15) kaum mit einer klinisch relevanten Persönlichkeitsstörung vereinbar sind. Die diagnostischen Abweichungen im Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_ vermögen demgemäss die Zuverlässigkeit des Gutachtens von Dr. A.\_\_\_\_ nicht in Zweifel zu ziehen. Dass Dr. A.\_\_\_\_ trotz Feststellung einer gewissen Neigung der Beschwerdeführerin zu histrionischer Ausgestaltung im Verhalten (Urk. 7/27 S.

27) keinen Anlass zu einer weiterführenden Exploration der Persönlichkeit sah, wie von Dr. D.\_\_\_\_ in ihrer Stellungnahme vom 1. Januar 2022 bemängelt (Urk. 3 S. 4), erklärt sich schon damit, dass er dem nur als Neigung bezeichneten Persönlichkeitsmerkmal offensichtlich noch nicht einmal das Ausmass akzentuierter Persönlichkeitszüge beimass. Neuerlich anzufügen ist, dass auch die behandelnden psychiatrisch/psychologischen Fachpersonen des Zentrums E.\_\_\_\_ hierfür keinen Anhalt sahen. Auch die Arbeitsunfähigkeits-Beurteilung von Dr. D.\_\_\_\_

sei, so Dr. H.\_\_\_\_, nicht nachvollziehbar

(Urk. 7/154 S. 5 f.).

Die Frage nach der noch zumutbaren Arbeitsleistung ist im Übrigen

praxis gemäss nach Massgabe der objektiv feststellbaren Gesundheitsschädigung - und nicht gestützt auf die Diagnose - zu beurteilen. 4.2.3

Das psychiatrische Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_

ist unter ausdrücklicher Bezugnahme auf die massgebenden Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 verfasst worden. So hat sich der Gutachter mit den diagnoserelevanten Befunden und deren Ausprägung auseinandergesetzt, wobei er insbesondere erwähnte, dass die Beschwerdeführerin in der emotionalen affektiven Schwingungsfähigkeit leicht eingeengt sei. Es gelinge ihr, kurz zum positiven Pol mitzuschwingen, überwiegend blieben die Grundstimmung und die Affektlage aber ernst, gedrückt, nicht selten mit einer spürbar dysphorischen, latent hintergründig gereizten Note. Die Fähigkeit, Freude zu empfinden, sei reduziert, aber ein vollständiger Interessenverlust liege ebenso wenig vor wie eine Anhedonie oder ein ausgewiesener sozialer Rückzug aus allen Lebensbereichen (Urk. 7/115 S. 27). Eine wesentliche Beeinträchtigung psychischer Grundfunktionen liege nicht vor (Urk. 7/115 S. 31).

Hinsichtlich Behandlungserfolg gelangte Dr. A.\_\_\_\_\_

zum Schluss, dass die depressive Erkrankung - auch in Verknüpfung mit der somatoformen Schmerzstörung - behandelbar sei. Er empfahl die Fortsetzung der psychiatrisch-psychologischen therapeutischen Fachbehandlung, Motivationsarbeit sowie berufliche Integrationsmassnahmen (Urk. 7/115 S. 33 f.). Weiter wies er darauf hin, dass Inkonsistenzen, insbesondere im Hinblick auf die angegebene Schmerzintensität vorlägen, welche darauf hindeuteten, dass passive Entpflichtungs- und Versorgungswünsche bestünden, welche dem Therapieerfolg respektive einer gelungenen beruflichen Reintegration diametral entgegenstünden. Diese Entpflichtungs- und Versorgungswünsche seien für die vermeintliche Therapieeristenz der Beschwerdesymptomatik klar mitverantwortlich, begründeten aber keine Arbeitsunfähigkeit

(Urk. 7/115 S. 31).

Zum Aspekt der Persönlichkeit wies der Gutachter darauf hin, dass die Beschwerdeführerin auf der Persönlichkeitsebene ausreichende emotionale Stabilität aufweise und Frustrationstoleranz und Impulskontrolle erhalten seien. Auffällig sei eine gewisse Neigung zu histrionischer Ausgestaltung im Verhalten. Merkmale einer andauernden Persönlichkeitsänderung entsprechend den Kriterien des ICD

## **E. 2**

Dagegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom 14. Januar 2022 Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihr eine IV Rente auszurichten, welche ihrer tatsächlichen Erwerbsunfähigkeit entspreche.

Eventualiter sei vom Gericht ein weiteres psychiatrisches Gutachten in Auftrag zu geben, um ihre Arbeitsfähigkeit abzuklären (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 4. März 2022 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), was der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 10. März 2022 mitgeteilt wurde (Urk. 8).

### **E. 2.1**

Im angefochtenen Entscheid erwog die Beschwerdegegnerin, das Teilgutachten von Dr. A.\_\_\_\_\_ sei aus versicherungsmedizinischer Sicht schlüssig und nachvollziehbar. Das Teilgutachten von Dr. B.\_\_\_\_\_ komme ebenfalls zu einer plausiblen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit. Dr. B.\_\_\_\_\_ halte in Bezug auf die Stellungnahme von Dr. C.\_\_\_\_\_ vom 27. November 2020 fest, dass trotz allenfalls leichter Verschlechterung der Befunde keine neuen klinisch relevanten Gesichtspunkte vorlägen, die eine andere Beurteilung des

Sachverhalts begründen könnten. Das von der Beschwerdeführer in in Auftrag gegebene psychiatrische Gutachten vom 13. August 2021 von Dr. D.\_\_\_\_

enthalte keine neuen relevanten Befunde. Es handle sich dabei lediglich um eine andere Beurteilung desselben Sachverhalts. Zum leidensbedingten Abzug sei festzuhalten, dass auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt genügend Verweistätigkeiten vorhanden seien. Bei der Beschwerdeführerin bestünden bei 80%iger Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit keine zusätzlichen Leistungseinschränkungen, die sich lohnmindernd auswirkten. Bei einem Invaliditätsgrad von 37 % bestehe kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung (Urk. 2) .

## **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin machte demgegenüber im Wesentlichen geltend, Dr. D.\_\_\_\_ habe eine spezifische Persönlichkeitsstörung mit schwerer Beeinträchtigung des Selbst und der interpersonellen Beziehungen, mit vor allem emotional instabilen, teilweise paranoiden und teilweise zwanghaften Charakteristika (F61) diagnostiziert. Zudem habe sie eine mittelgradige depressive Episode (F32.1) diagnostiziert. Gemäss Dr. D.\_\_\_\_ betrage die Arbeitsunfähigkeit 70 bis 100 %. Aus rein psychiatrischer Sicht könne gemäss Dr. D.\_\_\_\_ nach einer Psychotherapie eine Arbeitsfähigkeit von 30 bis 50 % erreicht werden. Dr. D.\_\_\_\_ habe in ihrer Stellungnahme vom 1. Januar 2022 angeführt, dass im Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_ vor allem die Persönlichkeit nicht gezielt und strukturiert untersucht worden sei. Dr. C.\_\_\_\_ habe in seinem Bericht vom 27. November 2020 sodann darauf hingewiesen, dass sich ihr Gesundheitszustand verschlechtert habe. Aufgrund der Verschlechterung sei sie in einer angepassten Tätigkeit zu höchstens 20 bis 30 % arbeitsfähig. Sie sei auch bei körperlich

leichten Hilfsarbeiten in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt. Sie habe zudem über mehrere Jahre bei Y.\_\_\_\_ gearbeitet und sei am 1. Juli 2022 60 Jahre alt geworden. Es rechtfertige sich deshalb, ihr einen Leidensabzug von mindestens 15 % zu gewähren (Urk. 1 S. 8 ff.) . 3.

## **E. 3**

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen ist, soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 3.1.1**

Im rheumatologischen Teilgutachten der Z.\_\_\_\_ AG vom 24. Januar 2020 nannte Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Facharzt für Rheumatologie, die folgenden Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit: - Chronifiziertes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit/bei - pseudoradikulärer Ausstrahlung (ischialgiform) links - degenerativer Diskopathie L3 bis S1 - links mediolateral gelegener Diskushernie L5/S1 - intraforaminaler Diskushernie L4/L5 und Kompression der Wurzel L5 links - relativer Spinalkanalenge L3/L4 wegen deutlichen hypertrophen Fazet tenarthrosen beidseits - Spondylarthrosen L4/L5 und L5/S1 - chronifiziertes zervikospodylogenes Schmerzsyndrom mit muskulärer Dysbalance des Schultergürtels und Osteochondrose C5/C6

Dr. B.\_\_\_\_ führte aus, die von der Beschwerdeführerin angegebene Schmerzsymptomatik am Bewegungsapparat sei in erster Linie Folge eines chronifizierten lumbospondylogenen

Schmerzsyndroms mit aktuell pseudoradikulärer Ausstrahlung der lumbalen Schmerzen in die linke untere Extremität, derzeit ohne Hinweise auf eine akute, neurokompressiv wirkende Diskusherniation. Die mitgelieferten konventionellen Röntgenaufnahmen sowie die Magnetomographie der Lendenwirbelsäule vom 3. Mai

2016 deckten eine degenerative Diskopathie der Segmente L3 bis S1 mit links mediolateral gelegener Diskushernie L5/S1, mit einer intraforaminal gelegenen Diskushernie L4/L5 mit Kompression der Wurzel L5 links und mit Nachweis einer relativen Spinalkanalenge auf dem Segment L3/L4 infolge einer deutlichen hypertrophen Fazettenarthrose beidseits auf. Daneben besteht ein zervikospindylogenes Schmerzsyndrom mit einer muskulären Dysbalance des Schultergürtels. Auch an der Halswirbelsäule liegen, allerdings in geringer Ausprägung, degenerative Veränderungen einzelner Bewegungssegmente vor ohne Hinweise auf eine radikuläre Kompression und ohne Hinweis auf eine

Myelonkompression. Die am Schulter- und Beckengürtel objektivierbaren Weichteilschmerzen seien als Myogelosen/ Tendinopathien infolge einer muskulären Dysbalance zu interpretieren.

Sinngemäß besteht eine leichte bis mittelgradige Einschränkung der zumutbaren Belastbarkeit des Achsenskelettes, insbesondere der unteren Abschnitte der Wirbelsäule. Die bisherige Tätigkeit als Maschinenbetreuerin bei der Firma Y. \_\_\_ dürfte gemäss der Beschreibung des Arbeitsplatzes respektive des Arbeitsablaufes seitens der Arbeitgeberin und der Beschreibung der Tätigkeiten durch die Beschwerdeführerin als leichte bis mittelschwere Tätigkeit eingestuft werden müssen. Für diese Tätigkeit könne man der Beschwerdeführerin trotz der nachgewiesenen degenerativen Diskopathien der Lendenwirbelsäule aus rheumatologischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von etwa 3 bis 4.25 Stunden pro Tag zumuten. Für mittelschwere bis schwere Tätigkeiten, welche nicht gemäss den Prinzipien der Rückenergonomie durchgeführt werden könnten und welche der Beschwerdeführerin die Möglichkeit zu Wechselpositionen nicht erlaubten, dürfte sie, wie schon vom betreuenden orthopädischen Chirurgen beurteilt, zu 100 % arbeitsunfähig bleiben. Demgegenüber könne man der Beschwerdeführerin für eine dem Leiden bestens angepasste Tätigkeit eine zumutbare Arbeitsfähigkeit von 8.5 Stunden pro Tag mit einer medizinisch-theoretisch korrigierbaren Einschränkung der Leistungsfähigkeit von maximal 20 % attestieren. Die Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit (Leistungsfähigkeit) für eine dem Leiden bestens angepasste Tätigkeit begründeten sich durch eine allgemeine Dekonditionierung und die Notwendigkeit zu vermehrten Pausen während eines Arbeitstages. Sinn gemäss liegt die Arbeitsfähigkeit für eine dem Leiden angepasste Tätigkeit bei 80 %.

Eine dem Leiden angepasste Tätigkeit sollte die folgenden Tätigkeiten möglichst ausschliessen: Repetitives Bücken und Aufrichten, repetitives Anheben und Tragen von Lasten > 7 kg, Arbeiten in der chronischen Vorneigehaltung, Arbeiten in kniender und kauender Position, Arbeiten mit rein statischer Belastung des Achsenskelettes im Sitzen und Stehen ohne die Möglichkeit zu Wechselpositionen. Die Leistungseinschränkung könne medizinisch-theoretisch innert sechs bis maximal neun Monaten weitestgehend verbessert werden. Sinnvoll sei die Fortsetzung eines kreislaufaktivierenden Trainings zwecks Optimierung der kardiologischen Leistungsfähigkeit, längerfristig zwecks möglicher Optimierung der Schmerzverarbeitung, andererseits die Durchführung einer medizinischen Trainingstherapie zwecks Optimierung der Kraft und Kraftausdauer der

Rumpfstabilisatoren sowie der Schulter- und Beckengürtelmuskelgruppen. Es dürften genügende Ressourcen für eine erfolgreiche berufliche Wiedereingliederung vorliegen, auch wenn dies aus der subjektiven Sicht der Beschwerdeführerin nicht realisierbar erscheint. Eine alltagsrelevante Einschränkung der Belastbarkeit, welche die berufliche Reintegration vollständig kompromittieren könnte, liegt nicht vor (Urk. 7/115 S. 44 ff.).

### E. 3.1.2

Im psychiatrischen Teilgutachten der Z.\_\_\_\_ AG vom 7. Februar 2020 stellte Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie und Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, die Diagnose einer depressiven Episode, leicht bis mittelgradig (F32.0/1). Die Beschwerdeführerin schildere anlässlich der psychiatrischen Exploration anhaltende Schmerzen im Bereich der Lendenwirbelsäule mit Ausstrahlung in die Beine, HWS-, Nacken- und Nackenhinterkopf-Schmerzen mit Ausstrahlung, aktuell rechts betont, über die rechte Schädelhälfte bis hinter und um das rechte Auge. Die geschilderten Schmerzen seien durch somatische Befunde teilweise/überwiegend erklärbar. Ferner bestünden deutliche psychosoziale Konflikte und Belastungsfaktoren, welche auch in engem Zusammenhang mit der Entwicklung des chronischen Schmerzsyndroms zu interpretieren seien. Vor diesem Hintergrund sei eine Schmerzverarbeitungsstörung ohne eigentlichen Krankheitswert anzunehmen. Die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (F45.4) sei nicht gerechtfertigt, allenfalls lasse sich an eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) denken. Eine Relevanz für die Arbeitsfähigkeit würde aber auch daraus nicht resultieren. Des Weiteren schildere die Beschwerdeführerin Symptome einer affektiven Störung mit Affektregulationsbeeinträchtigung und einzelnen depressiven Merkmalen. Insgesamt lasse sich die Diagnose einer depressiven Episode begründen, auch hier mit zahlreichen psychoreaktiven und lebensbiographisch begründeten Faktoren. Der Ausprägungsgrad der depressiven Symptomatik sei leicht (F32.0) bis allenfalls mittelgradig (F32.1). Differentialdiagnostisch könne auch eine Dysthymia (F34.1) wegen der zahlreichen psychobiographischen Faktoren, welche die depressive Symptomatik beeinflussten, diskutiert werden. Insgesamt lasse sich aber mit Blick auf die Gesamtsymptomatik am ehesten von einer depressiven Episode, begleitet von Ängsten sowie dem somatoformen Schmerzsyndrom ausgehen. Für die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin relevant sei lediglich die depressive Episode, welche mit einer Affektregulationsstörung einhergehe. Allerdings sei der Ausprägungsgrad der Arbeitsunfähigkeit nicht gravierend.

Die Beschwerdeführerin habe im Zuge zunehmender psychosozialer Belastungen und Konflikte ein chronisches Schmerzsyndrom entwickelt, welches aber zumindest teilweise durch somatische Befunde bei degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule erklärt werden könne. Es sei zu Arbeitsunfähigkeit und Arbeitsplatzverlust gekommen. Inzwischen bestünden zahlreiche psychosoziale Belastungsfaktoren wie Langzeitarbeitslosigkeit, Abhängigkeit von Sozialhilfe und Konflikte mit dem Ehemann, von dem sich die Beschwerdeführerin zwar getrennt habe, der aber noch in der gemeinsamen Wohnung lebe.

Unter der laufenden psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachbehandlung beschreibe die Beschwerdeführerin eine gewisse Entlastung durch die therapeutischen Gespräche. Eine nachhaltige Besserung sei aber nicht eingetreten. Unverändert beklage die Beschwerdeführerin subjektiv invalidisierend wahrgenommene Schmerzen. Auffallend sei die deutliche Diskrepanz zwischen der angegebenen Schmerzintensität (8/10 bis 9/10 auf

der VAS) sowie dem Verhalten und der Körpersprache anlässlich der psychiatrischen Exploration. Ferner falle auf, dass sie trotz angegebener massiver Schmerzen durchaus in der Lage sei, ihren Haushalt zu bewältigen, Einkäufe zu tätigen, sich auch mit Freundinnen zu verabreden oder gelegentlich gemeinsam mit der Familie ihres Sohnes etwas zu unternehmen. Auch habe sie im vergangenen Jahr trotz der angegebenen Schmerzen eine Reise in ihre Heimat unternehmen können. Insoweit bestünden doch deutliche Inkonsistenzen zwischen geklagter Beschwerdeintensität und dem Verhalten der Beschwerdeführerin.

Entscheidend für die Bewertung der Arbeitsfähigkeit sei, dass der Ausprägungsgrad der depressiven Episode allenfalls zeitweilig in den mittelschweren Bereich tendiere. Insgesamt sei lediglich von einer leichten bis zeitweilig mittelschweren depressiven Episode auszugehen. Prognostisch sei festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin im Rahmen der psychiatrischen Fachbehandlung die Depression überwinden könne. Eine wesentliche Beeinträchtigung psychischer Grundfunktionen liege nicht vor. Festzuhalten sei ferner, dass Inkonsistenzen, insbesondere im Hinblick auf die angegebene Schmerzintensität, vorlägen, welche ebenfalls darauf hindeuteten, dass bei der Beschwerdeführerin passive Entpflichtungs- und Versorgungswünsche bestünden, welche einem Therapieerfolgspektive einer gelungenen beruflichen Reintegration diametral entgegenstünden. Diese Entpflichtungs- und Versorgungswünsche seien

für die vermeintliche Therapiepersistenz der Beschwerdesymptomatik klar mitverantwortlich, begründeten aber keine Arbeitsunfähigkeit.

Die Beschwerdeführerin verfüge entsprechend dem Mini-ICF APP durchaus über ausreichend Ressourcen in den Bereichen Anpassung an Regeln, Routineplanung, Strukturierung von Aufgaben, Flexibilität und Umstellfähigkeit, Wissensanwendung und Kompetenzerwerb, Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, Proaktivität, Antrieb und Spontanaktivitäten, Widerstands- und Durchhaltefähigkeit sowie Selbstbehauptungsfähigkeit. Die Beschwerdeführerin sei zu Interaktion und Konversation mit Dritten in der Lage, die Gruppenfähigkeit sei vorhanden. Eine Fähigkeit zu dyadischen Beziehungen bestehe, Einschränkungen im Hinblick auf Selbstpflege, Selbstversorgung, Mobilität und Verkehrsfähigkeit liessen sich nicht feststellen. Vor dem Hintergrund der erhaltenen Ressourcen bestehe lediglich eine geringe Arbeitsunfähigkeit in einer Grössenordnung von 20%. Zusammenfassend sei die Beschwerdeführerin in der Lage, sowohl die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als auch etwaige Verweistätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt in einer Arbeitsfähigkeit von 80% (integral betrachtet) zu verrichten. Sie sei aus psychiatrischer Sicht mit leichten Einschränkungen der Leistungsfähigkeit in der Lage, sowohl der angestammten wie auch einer Verweistätigkeit nachzugehen. Die vorliegende depressive Erkrankung, auch in Verknüpfung mit der somatoformen Schmerzstörung, sei behandelbar. Eine Arbeitsunfähigkeit in der Grössenordnung von 20% liege aber sicherlich für die kommenden 12 bis 18 Monate weiterhin vor. Neben Konfliktsanierung sei eine Fortsetzung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachbehandlung anzuraten (Urk. 7/115 S. 28 ff.).

### **E. 3.1.3**

In der bidisziplinären Gesamtbeurteilung

wurde festgehalten, die Beschwerdeführerin zeige auf rheumatologischem Fachgebiet deutliche Einschränkungen der Belastbarkeit vor dem Hintergrund eines chronischen

lumbospondylogenen

Schmerzsyndroms bei deutlichen degenerativen Veränderungen im Bereich der mittleren und unteren Lendenwirbelsäule. Ferner liege ein zervikogenes Schmerzsyndrom bei Osteochondrose vor. Eine eng mit der Schmerzsymptomatik verknüpfte depressive Symptomatik erreiche einen bis mittelgradigen Ausprägungsgrad und führe zu einer vermehrt nach innen gerichteten Selbstwahrnehmung, welche wiederum zu einer dysfunktionalen Beschwerdeverstärkung mit Schmerzverarbeitungsstörung beitrage.

Insgesamt führe eine Affektregulationsstörung bei Depression zu einer Minderung der Leistungsfähigkeit um 20 %. Die degenerativen Veränderungen am Achsenskelett begründeten für die angestammte Tätigkeit eine deutliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Unter optimal angepasster Tätigkeit lasse sich jedoch eine Arbeitsfähigkeit von 80 % (volles Pensum, 20 % Leistungsminderung) feststellen. Die Versicherte sei in der Lage, leichte körperliche Arbeiten mit Vermeiden von Heben und Tragen von Lasten über 7 kg auszuüben. Arbeiten in chronischer Vorneigehaltung, in kniender und kauender Körperposition oder in rein statischer Belastung des Achsenskelettes im Sitzen und Stehen ohne die Möglichkeit zu Wechsellagepositionen seien zu vermeiden. Dabei könne sie lediglich Arbeiten einfacher bis durchschnittlicher geistiger Art und einfacher bis durchschnittlicher Verantwortung ohne besonderen Zeitdruck ausüben. In der bisherigen Tätigkeit bestehe eine gesamthafte Arbeitsfähigkeit von 40 % und in einer leidensangepassten Tätigkeit eine gesamthafte Arbeitsfähigkeit von 80 % seit Februar 2017. Sowohl die rheumatologischen Erkrankungen als auch die psychische Störung seien behandelbar. Mit einer Besetzung sei innert einem Jahr zu rechnen (Urk. 7/115 S. 6

ff.).

### **E. 3.2**

In der Stellungnahme des Zentrums E.\_\_\_\_

vom 15. September 2020 zum psychiatrischen Teil des Z.\_\_\_\_-Gutachtens, erstellt von Assistenzarzt Dr. med. F.\_\_\_\_ und Dr. phil. klin. psych. G.\_\_\_\_, wurde festgehalten, gemäss der Beschwerdeführerin hätten die LWS- und HWS-Schmerzen zugenommen, die Gelenkschmerzen in den Fingern seien immer noch unverändert vorhanden. Die Knieschmerzen beidseits hätten möglicherweise infolge der Physiotherapie leicht abgenommen. Die depressiven Symptome im Sinne von niedergeschlagener Stimmung, Gereiztheit, Konzentrationsproblemen und Schlafstörungen seien nach wie vor vorhanden. Hinzu komme, dass ihr im Februar 2017 aufgrund krankheitsbedingter Abwesenheit gekündigt worden sei. Im Verlauf der chronischen Schmerzen habe die Beschwerdeführerin eine depressive Störung entwickelt mit ausgeprägter Antriebslosigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Einschlafschwierigkeiten und Reizbarkeit. Aufgrund der Intensität der chronischen Schmerzen und der depressiven Störung werde die Beschwerdeführerin auch für leichte angepasste Tätigkeiten als zu 100 % arbeitsunfähig beurteilt. Es fänden sich eine Vielzahl von schmerzauslösenden somatischen Veränderungen an HWS, Knie, Hüfte etc., welche zur Kündigung 2017 geführt hätten und damit einen Zerfall des Lebensmittelpunktes bei einer mit der Arbeit identifizierten Beschwerdeführerin ausgelöst hätten, was schlussendlich zu der aktuell larvierten Depression Anlass gegeben habe.

Insgesamt sei das Gutachten daher in Verkennung der larvierten Depression und der vorhandenen somatisch begründeten Schmerzen vor allem in der Einschätzung der angeblich 20%igen Arbeitsunfähigkeit falsch

(Urk. 7/130).

### **E. 3.3**

Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, führte in seinem Bericht vom 27. November 2020 aus, aufgrund der deutlichen Verschlechterung sei am 19. August 2020 nochmals eine MRI-Untersuchung zur Abklärung der Situation in der LWS durchgeführt worden. Diese habe den Befund von neuen degenerativen Veränderungen mit Riss der Bandscheibe L4/L5 erbracht. Ferner zeige sich neu gegenüber der Voruntersuchung auf Höhe L4/L5 eine intraspongiose

Herniation der Bandscheibe in die Deckplatte von L5 mit angrenzend leicht gradigen ödematösen Knochenmarkveränderungen. Gegenüber der Voruntersuchung habe sich ebenfalls eine leicht zunehmende Protrusion der Bandscheibe L4/L5 links medialateral bis infraforaminal mit Tangierung/ möglicher Irritation der L5-Wurzel links ergeben. Auf der Höhe L5/S1 bestehe gegenüber der Voruntersuchung eine grössere progrediente mediane bis links medialaterale Diskushernie mit rezessaler Tangierung der S1-Wurzel links. Im Weiteren zeige sich nach wie vor die vorbestehende Tarlov-Zyste auf Höhe SWK2 und SWK 3. Diese Zysten könnten auch deutlich Kreuzschmerzen verursachen, während sie vorher über Jahre klinisch stumm gewesen seien. Zusammenfassend gebe es genügend Gründe in der MRI-Untersuchung, die eine klinische Verschlechterung erklären könnten. Daraus resultiere auch eine deutliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. In der angestammten Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin permanent zu 100 % arbeitsunfähig. In einer wechselbelastenden leichten, vorwiegend sitzenden Tätigkeit mit wahlweisem Sitzen oder Stehen, jedoch kein Heben von schweren Lasten, nicht mehr als 5 kg kurzfristig und 2 kg längerfristig, keine Überkopfarbeiten, keine Arbeiten in vorne Übergeneigter Haltung sei die Beschwerdeführerin partiell arbeitsfähig, jedoch höchstens 20 bis 30 % (Urk. 7/131).

### **E. 3.4**

Dr. B.\_\_\_\_ hielt in seinem Schreiben vom 11. Februar 2021 betreffend die Rückfrage der Beschwerdegegnerin, ob sich anhand des nach dem Gutachten erstellten MRI eine Änderung der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ergebe, fest, die neuen Daten (u.a. Befundung einer erneuten MRT-Untersuchung der Lendenwirbelsäule vom 19. August 2020; zusammengefasst im Bericht von Dr. C.\_\_\_\_

vom 27. November 2020) ergäben, trotz allenfalls leichter Verschlechterung der magnetomographischen Befunde, keine neuen klinisch relevanten Gesichtspunkte, welche zu einer Änderung der im interdisziplinären Gutachten aufgeführten zumutbaren Arbeitsfähigkeit führten (Urk. 7/135).

### **E. 3.5**

Dr. med. D.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, nannte in ihrem Gutachten vom 13. August 2021 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/152 S. 20) : - Spezifische Persönlichkeitsstörung mit schwerer Beeinträchtigung des Selbst und der interpersonellen Beziehungen, mit vor allem emotional instabilen, teilweise paranoiden und teilweise zwanghaften Charakteristika F61 - Mittelgradige depressive

## Episode F32.1

Dr. D.\_\_\_\_ führte aus, die allgemeinen Kriterien nach ICD-10 für eine spezifische Persönlichkeitsstörung seien erfüllt. Folge man dem alternativen Modell für Persönlichkeitsstörungen des DSM-5, lasse sich anhand der aufgeführten Tabelle 1 eine Persönlichkeitsstörung diagnostizieren. Anhand von Tabelle 2 lasse sich anhand der Funktionseinschränkungen eine schwere Beeinträchtigung auf dem Bereich des Selbst und der interpersonellen Beziehungen nachweisen. Von den spezifischen Kriterien fänden sich eine Tendenz zu übermäßigem Ordnen, was beruhigend wirke, eine Tendenz zu Perfektion, eine Tendenz zu hoher innerer Anspannung mit teilweise dissoziativen Empfindungen unter hoher Anspannung, eine starke Leistungsbezogenheit, Tendenz zu Rigidität und Eigensinn, eine Neigung zu Beziehungsabbrüchen, wenn sie enttäuscht werde, eine Neigung dauerhaft Groll zu hegen und ein anhaltendes Misstrauen anderen gegenüber. Die spezifischen Symptome liessen sich keiner einzelnen der vorgegebenen Persönlichkeitsstörungen zuordnen. In den Akten fänden sich insbesondere in den Berichten der behandelnden Stelle

(Zentrum E.\_\_\_\_) keinerlei Beschreibung oder Beurteilung der Persönlichkeit. Die Befundbeschreibung bleibe in allen Berichten seit 2017 wörtlich fast gleich. Im Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_ werde innerhalb des Psychostatus kurz auf die Persönlichkeit eingegangen, es werde oberflächlich das Verhalten der Explorandin in der Gutachter situation beschrieben, aber es werde keine systematische Erhebung der Persönlichkeitsmerkmale vorgenommen und kein entsprechend validiertes Interviewverfahren angewandt. Dr. A.\_\_\_\_ beschreibe das Verhalten der Explorandin als teilweise histrionisch. Eine solche Tendenz habe sie (Dr. D.\_\_\_\_) in der jetzigen Begutachtung nicht feststellen können. Auch sei es offensichtlich nicht gelungen, einen emotionalen Rapport herzustellen. Einerseits könne die Übersetzung mit einer Dolmetscherin zu einer vermehrten Distanz führen und andererseits könne die Beschwerdeführerin eventuell zu einer weiblichen Gutachterin besser Kontakt aufnehmen.

Im Vergleich zum Gutachten vom Februar 2020 erschienen die depressiven Symptome jetzt doch ausgeprägter zu bestehen. Es sei anzunehmen, dass die Erkrankung phasenhaft verlaufe und dass die Ausprägung der Symptome daher wechseln könne. In den Berichten der behandelnden Institution werde immer eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert, die Beschreibung der Befunde und Symptome blieben sich im Wortlaut immer in etwa gleich. Offensichtlich leide die Beschwerdeführerin aber in letzter Zeit mehr unter depressiven Symptomen und habe beim behandelnden Psychiater auch ein neues Antidepressivum erhalten (Urk. 7/152 S. 21 f.).

Die Beschwerdeführerin sei sehr gut mit der Arbeit zurechtgekommen, solange ihre Gesundheit (psychisch und physisch) intakt gewesen sei. Mit sich selber, mit ihrem Körper und ihren Emotionen komme sie aber nicht zurecht. Durch die rigiden Verhaltensmuster sei sie kaum in der Lage, sich an die aktuelle gesundheitliche Situation anzupassen, auch wenn die körperliche Erkrankung objektiv gesehen nicht wirklich schwer sei. Die unterschiedliche Beurteilung der Funktionsfähigkeit, der Ressourcen und Defizite im Vergleich zum Gutachten vom Februar 2020 komme vor allem dadurch zustande, dass nun eine deutliche Persönlichkeitsstörung diagnostiziert werden könne. Auch habe sich die Beschwerdeführerin in der jetzigen Begutachtung offener und zugänglicher gezeigt, was sicher erleichtert worden sei, da keine Übersetzung notwendig gewesen sei. Auch sei im Gutachten vom Februar 2020 keine systematische Erhebung der Persönlichkeit mit einem

validierten Verfahren durchgeführt worden. Zudem verlaufe die depressive Erkrankung phasenhaft mit jetzt deutlich aus geprägten depressiven Symptomen (Urk. 7/152 S. 27) . Aus rein psychiatrischer Sicht liege die Arbeitsfähigkeit gegenwärtig bei 0 bis 30 % . Nach einer angemessenen Therapie bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 30 bis 50 % (Urk. 7/152 S. 28

ff. ) .

### **E. 3.6**

RAD-Arzt Dr. med. H.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in seiner Stellungnahme vom 19. November 2021 fest, die Parteigutachterin postulierte diagnostisch eine «spezifische Persönlichkeitsstörung mit schwerer Beeinträchtigung des Selbst (...) mit vor allem emotional instabilen, teilweise paranoiden und teilweise zwanghaften Charakteristika F61». Diese Diagnose sei zum einen nicht korrekt, wenn schon wäre diese eine kombinierte Persönlichkeitsstörung. Auch sei diese Diagnose kaum mit den anamnestischen Angaben im Parteigutachten vereinbar, allenfalls mit dem psychopathologischen Befund, der jedoch den Anschein hinterlasse, als ob die Symptomatik schwerer bewertet werde, woraus wieder eine Diskrepanz entstehe mit den anamnestischen Angaben, in denen eine soziale Teilhabe geschildert werde, die sicher nicht mit einer klinisch relevanten Persönlichkeitsstörung vereinbar sei und ebenso nicht mit der postulierten Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode. Ein Mangel im Parteigutachten sei zudem, dass die psychiatrische Diagnose einer chronischen Schmerzstörung nicht gestellt werde. Diagnostisch sei das Gutachten nicht überzeugend. Die hohe Arbeitsunfähigkeit von 30-50 %, die die Parteigutachterin postuliere, sei nicht nachvollziehbar. Insgesamt handle es sich um eine andere Beurteilung desselben Sachverhaltes, die jedoch aus fachärztlicher versicherungsmedizinischer Sicht nicht plausibel sei (Urk. 7/154 S. 5 f.). 4.

4.1

Im angefochtenen Entscheid stützte sich die Beschwerdegegnerin in erster Linie auf das interdisziplinäre

Gutachten der Z.\_\_\_\_ AG

vom 1. April 2020 , welches die rechtsprechungsgemäss erforderlichen Kriterien für beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen (vgl. vorne E.

### **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 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. 10**

beständen nicht (Urk. 7/115 S. 27 ). In Bezug auf die persönlichen Ressourcen hielt er fest, dass die Beschwerdeführerin durchaus über Ressourcen für die Bereiche Anpassung an Regeln, Routineplanung, Strukturierung von Aufgaben, Flexibilität und Umstellfähigkeit, Wissensanwendung und Kompetenzerwerb verfüge. Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, Proaktivität, Antrieb und Spontanaktivitäten, Widerstands- und Durchhaltefähigkeit sowie Selbstbehauptungsfähigkeit seien ebenfalls ausreichend vorhanden. Sie sei zu Interaktion und Konversation mit Dritten in der Lage, Gruppenfähigkeit sei vorhanden. Eine Fähigkeit zu dyadischen Beziehungen bestehe, Einschränkungen im Hinblick auf Selbstpflege, Selbstversorgung, Mobilität und Verkehrsfähigkeit liessen sich nicht feststellen

(Urk. 7/115 S. 31 ). Den sozialen Kontext betreffend wies er namentlich darauf hin, dass die Beschwerdeführerin von ihrem Ehemann getrennt sei.

Der Kontakt zu ihrem Sohn und dessen Familie sei indessen sehr gut. Ausserhalb des familiären Umfeldes beständen nur wenige soziale Kontakte (Urk. 7/115 S. 23 und S. 30 ).

Zur Konsistenz äusserte sich der Gutachter dahingehend, dass deutliche Inkonsistenzen zwischen der geklagten Beschwerdeintensität und dem Verhalten beständen. Auffallend sei die deutliche Diskrepanz zwischen der angegebenen Schmerzintensität (8/10 bis 9/10 auf der VAS) sowie dem Verhalten und der Körpersprache anlässlich der psychiatrischen Exploration. Ausserdem sei die Beschwerdeführerin trotz angegebener massiver Schmerzen in der Lage, ihren Haushalt zu bewältigen, Einkäufe zu tätigen, sich mit Freundinnen zu verabreden oder gelegentlich gemeinsam mit der Familie ihres Sohnes etwas zu unternehmen. Auch habe sie trotz der angegebenen Schmerzen eine Reise in ihre Heimat unternommen.

Es ist somit keine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen erkennbar (Urk. 7/115 S. 30 ).

Vor diesem Hintergrund vermag die gutachterliche Einschätzung einer geringen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20

% wegen der Affektregulationsstörung zu überzeugen.

Der Gutachter

Dr. A. \_\_\_ hat in seiner Beurteilung die einschlägigen Indikatoren berücksichtigt und sich damit an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten. Das Gutachten erfüllt somit die Anforderungen des strukturierten Beweisverfahrens, weshalb darauf abzustellen ist. 4.2.4

In Nachachtung der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist hervorzuheben, dass grundsätzlich nur schwere psychische Störungen mit schweren Auswirkungen in wichtigen Funktionsbereichen invalidisierend sein können (BGE 143 V 418 E. 5.2.2; Urteil des Bundesgerichts 9C\_303/2018 vom 30. August 2018 E.

4.1). Präzisierend gilt es in Bezug auf leicht- bis mittelgradige depressive Störungen festzuhalten, dass sich diese ohne nennenswerte Interferenzen durch psychiatrische Komorbiditäten im Allgemeinen nicht als schwere psychische Krankheit definieren lassen. Besteht dazu noch ein bedeutendes therapeutisches Potential, so ist insbesondere auch die Dauerhaftigkeit des Gesundheitsschadens in Frage gestellt. Diesfalls müssen gewichtige Gründe vorliegen, damit dennoch auf eine invalidisierende Erkrankung geschlossen werden kann ( BGE 148 V 49 E. 6.2.2). Dies ist namentlich mit Blick auf den

psychopathologischen Befund vorliegend nicht der Fall, zumal keine wesentliche Beeinträchtigung psychischer Grundfunktionen vorliegt (Urk.

7/115 S.

31) . Die depressive Störung ist denn auch therapierbar (Urk. 7/115 S. 34) . Gutachter Dr. A.\_\_\_\_ weist ausserdem

auf zahlreiche psychoreaktive und lebensbiographisch begründete Faktoren hin (Urk. 7/115 S. 29). Er erwähnt psychosoziale Belastungsfaktoren wie Langzeitarbeitslosigkeit, Abhängigkeit von Sozialhilfe und Konflikte mit dem Ehemann (Urk. 7/115 S. 30). Die behandelnden Psychiater des Zentrums E.\_\_\_\_

halten fest, dass die Kündigung 2017 einen Zerfall des Lebensmittelpunktes bei einer mit der Arbeit identifizierten Beschwerdeführerin ausgelöst habe , was schlussendlich zu der larvierten Depression Anlass gegeben habe (vgl. vorne E.

3.3).

Auch Dr. D.\_\_\_\_ hält fest, dass die Kündigung der Arbeitsstelle zu einem psychischen Zusammenbruch geführt habe (Urk. 7/152 S. 24) , und beschreibt damit ebenfalls ein reaktives Geschehen. Dr. D.\_\_\_\_ führt zudem aus, die Beschwerdeführerin sei von Körpersymptomen derart überwältigt, dass sie fast total blockiert sei, räumt aber ein, dass die körperliche Erkrankung objektiv gesehen nicht wirklich schwer sei (Urk. 7/152 S. 27). Darüber hinaus ist dem Umstand Rechnung zu tragen, dass die antidepressive Medikation anlässlich der Begutachtung – trotz angegebener regelmässiger Einnahme – deutlich unterhalb des therapeutischen Referenzbereiches lag (Urk. 7/115 S. 28), was gegen einen gewichtigen Leidensdruck spricht. Dies wird Dr. D.\_\_\_\_ in ihrer Beurteilung mit keinem Wort berücksichtigt. Vielmehr entsteht der Eindruck, dass sie sich vorwiegend auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin stützt, ohne diese kritisch zu hinterfragen. Die von Dr. D.\_\_\_\_ erwähnte allfällige Verschlechterung der depressiven Symptomatik bei gleichlautender Diagnose (mittelgradige depressive Episode )

stellt angesichts des phasenweisen Verlaufs keine relevante Veränderung dar und stimmt mit der von Dr. A.\_\_\_\_ gestellten Diagnose einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode überein . Insgesamt ergeben sich aus den medizinischen Akten keine Gründe, welche auf eine schwere psychische Störung und damit auf relevante funktionelle Leistungs einschränkungen

schliessen lassen würden. Dementsprechend vermag Dr. D.\_\_\_\_ mit ihrer Beurteilung das überzeugende Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_ nicht zu entkräften . 4.3

In somatischer Hinsicht geht aus dem rheumatologischen Gutachten hervor, dass als Diagnosen mit Relevanz für die Einschätzung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit ein chronifiziertes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit aktuell pseudoradikulärer Ausstrahlung der lumbalen Schmerzen in die linke untere Extremität sowie ein zervikospondylogenes Schmerzsyndrom mit einer muskulären Dysbalancierung des Schultergürtels vorlägen. Auf beiden Ebenen des Achsenskelettes seien degenerative Diskopathien nachweisbar, auf beiden Ebenen ohne Hinweise auf eine floride Neurokompression beziehungsweise auf ein Syndrom des engen Spinalkanals. Trotz der vorliegenden strukturellen Abnormitäten könne der Beschwerdeführerin eine Arbeitstätigkeit zugemutet werden. Aspektmässig dürften genügend Ressourcen für eine erfolgreiche berufliche Wiedereingliederung vorliegen, auch wenn dies aus der subjektiven

Sicht der Beschwerdeführerin nicht realisierbar erscheine (Urk.

7/115 S.

47). In der bisherigen Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50

%. In einer dem Leiden angepassten Tätigkeit bestehe eine Einschränkung von 20

% infolge vermehrten Pausenbedarfs bei chronischer Schmerzsymptomatik. Diese Leistungseinschränkung könne medizinisch-theoretisch innert sechs bis maximal neun Monaten weitestgehend verbessert werden (Urk.

7/115 S.

48

f.).

Die unspezifische Feststellung von

Dr. C.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 27. November

2020, wonach es genügend Gründe in der MRI-Untersuchung gebe, die eine klinische Verschlechterung erklären könnten und woraus auch eine deutliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit resultiere (vgl. vorne E. 3.3), ändert daran nichts, zumal diese nicht näher begründet wurde. Auch sind dem Bericht von Dr. C.\_\_\_\_ weder eine

Anamnese noch klinische Befunde zu entnehmen, welche darauf schliessen

liessen, ab wann die angeführte klinische Verschlechterung eingetreten sein soll und ob und wie sich diese im klinischen Befund funktionell auswirkt. So wies denn auch Dr. B.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 11. Februar 2021 darauf hin, dass die neuen Daten, trotz allenfalls leichter Verschlechterung der magnetomographischen Befunde, keine neuen klinisch relevanten Gesichtspunkte ergäben, welche zu einer Änderung der im interdisziplinären Gutachten aufgeführten zumutbaren Arbeitsfähigkeit führten (vgl. oben E. 3.4). Eine relevante Veränderung des somatischen Gesundheitszustandes, welche Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätte und im Gutachten der Z.\_\_\_\_ AG unberücksichtigt geblieben wäre, ist damit jedenfalls nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen.

Auch bietet der Bericht von Dr. C.\_\_\_\_ nicht genügend Anlass zu weiteren Abklärungen. 4.4

Damit ist der medizinische Sachverhalt als dahingehend erstellt zu erachten, dass gestützt auf das beweiskräftige Gutachten der Z.\_\_\_\_ AG vom 1.

April 2020 davon auszugehen ist, dass der Beschwerdeführerin seit Februar

2017 unter Berücksichtigung der rheumatologischen und psychischen Leiden eine angepasste Tätigkeit in einem Pensum von 80

% zuzumuten ist. Die Beschwerdeführerin ist in der Lage, leichte körperliche Arbeiten mit Vermeiden von Heben und Tragen von Lasten über 7 kg ohne Arbeiten in chronischer Vorneigehaltung, in kniender und kauender Körperposition oder in rein statischer Belastung des Achsenklettetes im Sitzen und Stehen und ohne die Möglichkeit zu Wechselpositionen in einem Pensum von 80 %

auszuüben. Dabei sollte es sich um Arbeiten einfacher bis durchschnittlicher geistiger Art und einfacher bis durchschnittlicher Verantwortung ohne besonderen Zeitdruck handeln.

Von weiteren Abklärungen sind keine neuen entscheiderelevanten Erkenntnisse für die Beurteilung des medizinischen Sachverhalts bis zum Erlass des hier angefochtenen Entscheids (BGE 132 V 215 E. 3.1.1) zu erwarten, weshalb darauf verzichtet werden kann (zur antizipierten Beweiswürdigung vgl. statt vieler: BGE 144 V 361 E. 6.5 mit Hinweisen).  
5.

## 5.1

Zu prüfen bleibt, wie sich die aus psychischen und somatischen Gründen eingeschränkte Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin in erwerblicher Hinsicht auswirkt. 5.2 5.2.1

Der Einkommensvergleich (Art. 16 ATSG) hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen (Valideneinkommen und Invalideneinkommen) ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, wobei sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. 5.2.2

Das von der Beschwerdegegnerin gestützt auf den IK-Auszug (Urk. 7/136) – und in Übereinstimmung mit den Angaben im Arbeitgeberfragebogen (Urk. 7/31) – unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung bis 2017 festgelegte (vgl. Urk. 7/137) Valideneinkommen in der Höhe von Fr. 69'817.05 ist zutreffend und wird von der Beschwerdeführerin auch nicht bestritten. 5.2.3

### Das Invalideneinkommen

ermittelt die Beschwerdegegnerin anhand der

Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (LSE) 2016. Sie zog den Lohn für Hilfsarbeiten (Tabelle TA1, Total, Kompetenzniveau 1) heran (vgl. Urk. 7/137). Der angepasst an die betriebsübliche durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit und unter Berücksichtigung der Entwicklung des Nominallohnindex errechnete Lohn von Fr. 43'839.55 für das zumutbare 80

%-Pensum ist nicht zu beanstanden und wird auch von der Beschwerdeführerin nicht bestritten. Einen leistungsbegleitenden Abzug hielt die Beschwerdegegnerin für nicht angezeigt.

Mit dem Abzug vom Tabellenlohn nach BGE 126 V 75 soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt (vgl. dazu BGE 134 V 64 E.

4.2.1) nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 135 V 297 E. 5.2). Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen geschamhaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (BGE 135 V 297 E. 5.2 ,

## E. 13

4 V 322 E. 5.2 , 126 V 75 E. 5b/ bb -cc). Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/ bb ). Zu beachten ist jedoch, dass allfällige bereits in der

Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltende gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzuges einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung des selben Gesichtspunkts führen dürfen (BGE 146 V 16 E. 4.1).

Vorliegend wurde mit dem reduzierten Rendement den gesundheitlichen Einschränkungen bereits Rechnung getragen.

Die

gesundheitsbedingte Unmöglichkeit, körperlich schwere Arbeit zu verrichten, führt nicht automatisch zu einer Verminderung des hypothetischen Invalidenlohns. Vielmehr ist der Umstand allein, dass nur mehr leichte Arbeiten zumutbar sind, auch bei eingeschränkter Leistungsfähigkeit kein Grund für einen zusätzlichen leidensbedingten Abzug, weil der Tabellenlohn im Kompetenzniveau 1 bereits eine Vielzahl von leichten Tätigkeiten umfasst (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_82/2019 vom 19. September 2019 E. 6.3.2 und 8C\_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.4.2).

Die von der Beschwerdeführer in geltend gemachten weiteren Kriterien wie Lebensalter, Dienstjahre und Nationalität oder Aufenthaltskategorie (Urk. 1 S. 13 f.) rechtfertigen auf dem Kompetenzniveau 1 ebenfalls keinen Abzug.

Namentlich gibt das Alter der Beschwerdeführerin von 57 Jahren per April 2020 (Zeitpunkt der Begutachtung, Feststehen der Gesundheitsbeeinträchtigung) bzw. von 59 Jahren per November 2021 (Verfügungszeitpunkt; vgl. BGE 146 V 16 E. 7.1) keinen Anlass für einen Abzug, zumal Hilfsarbeiten auf dem massgebenden ausgeglichenen Stellenmarkt altersunabhängig nachgefragt werden (BGE 146 V 16 E. 7.2.1 mit Hinweisen). Der Umstand, dass die Stellensuche altersbedingt erschwert sein mag, fällt als invaliditätsfremder Faktor ausser Betracht (BGE 146 V 16 E. 7.2.1; Urteile des Bundesgerichts 8C\_239/2021 vom 4. November 2021 E. 5.3 und 8C\_296/2020 vom 25. November 2020 E. 6.3.2). Die Bedeutung der Dienstjahre nimmt im privaten Sektor ab, je niedriger das Anforderungsniveau ist, weshalb mit Blick auf das Kompetenzniveau 1 lange Betriebszugehörigkeiten keinen Abzug zu rechtfertigen vermögen (Urteile des Bundesgerichts 9C\_681/2018 vom 23. November 2018 E. 4.2.3 und 9C\_455/2013 vom 4. Oktober 2013 E. 4.1).

Den fehlenden Berufskennnissen in einer Verweistätigkeit wird bereits mit dem herangezogenen Tabellenlohn des niedrigsten Kompetenzniveaus

1 Rechnung getragen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_702/2020 vom 1. Februar 2021 E. 6.3.2 mit Hinweis). Besondere Umstände, die ausnahmsweise einen Abzug rechtfertigen würden, liegen nicht vor, zumal die Beschwerdeführerin stets in den Arbeitsmarkt integriert war.

Aufgrund ihrer langjährigen Tätigkeit auf dem Schweizer Arbeitsmarkt ist auch nicht davon auszugehen, dass sich ihre ausländische Nationalität bzw. ihre Niederlassungsbewilligung (Kategorie C, Urk. 7/3) negativ auf die Lohnhöhe auswirkt.

Schliesslich lässt sich aus dem von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Umstand, dass die IV-Stelle noch

im Vorbescheid vom 12. Oktober

2018 ( Urk. 7/62) einen Abzug von 10 % gewährte (Urk. 1 S. 14) , nichts zu ihren Gunsten ableiten, da bei jeder Rentenbeurteilung über einen allfälligen Abzug neu zu befinden ist ( vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_403/2017 vom 25 . August 2017 E. 4.4.2 mit Hinweisen ).

Nach dem Gesagten erweist es sich als angemessen, dass die Beschwerdegegnerin keinen Abzug vom Tabellenlohn vorgenommen hat. 5.2.4

Bei einem Valideneinkommen von Fr. 69'817.05 und einem Invalideneinkommen von Fr. 43'839.55 resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 25'977.50, was einem rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von gerundet 37 % entspricht. 6.

Zusammenfassend erweist sich die angefochtene Verfügung als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 7.

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 800.-- festzusetzen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ausgangsgemäss der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Dr. iur . Roger Bollag - 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 dem 5. 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 Gräubler

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