

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00847 vom 29. März 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-03-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00847

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00847 du 29 mars 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00847 del 29 marzo 2018

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1969, verfügt über keine Berufsausbildung und arbeitete zuletzt ab Februar 2007 als Verkäuferin bei der Y.____ (Urk. 7/2/5, 7/29/2 und 7/71/10). Im Februar 2012 meldete sie sich wegen eines Bandscheibenvorfalles bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV Stelle (nachfolgend: IV-Stelle) zum Leistungsbezug an (Urk. 7/1). Diese forderte einen Auszug aus dem individuellen Konto (Urk. 7/7) sowie die Akten der Kranken taggeldversicherung an (Urk. 7/18). Am 11. März 2013 unterzog sich die Versicherte einer Sequestrektomie L5/S1 (Urk. 6/13/6) und absolvierte vom 26. August bis 15. September 2013 einen stationären Aufenthalt in der Z.____ (Urk. 6/21). Hernach holte die IV-Stelle diverse Arztberichte (Urk. 7/13/6-13, 6/21, 6/26, 6/33, 6/37/5-15, 6/38, 6/42, 6/45, 6/47/5-21, 6/51 und 6/55) und Auskünfte bei der letzten Arbeitgeberin ein (Urk. 7/29). Schliesslich gab die IV-Stelle ein polydisziplinäres Gutachten in Auftrag. Die Auftragsvergabe erfolgte via die Plattform SuisseMED@P an die A.____ (A.____; Urk. 6/59-61). Nach anfänglichen Einwänden erklärte sich die Versicherte hiermit einverstanden (Urk. 6/62-65). Das internistische, neurologische, psychiatrische und rheumatologische Gutachten datiert vom 9. Juli 2015 (Urk. 6/71) und wurde dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) zur Prüfung vorgelegt (Urk. 7/79/8 f.). Mit Vorbescheid vom 2. Oktober 2015 kündigte die IV-Stelle der Versicherten alsdann die Verneinung eines Rentenanspruchs an (Urk. 7/75). Dagegen erhob diese unter Beilage von Berichten behandelnder Arztpersonen Einwand (Urk. 7/76-77). Innerhalb erstreckter Frist reichte sie zudem zwei ärztliche Zweitmeinungen ein (Urk. 7/80-86). Infolgedessen holte die IV-Stelle eine ergänzende Stellungnahme des RAD (Urk. 7/94/2 f.) sowie der A.____-Gutachter ein. Letztere datiert vom 21. April 2016 (Urk. 7/89), die Stellungnahme der Versicherten dazu vom 3. Juni 2016 (Urk. 6/93; Beilage Urk. 6/92). Letztlich verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 15. Juni 2016 den Anspruch auf eine Invalidenrente (Urk. 2).

E. 1.1

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

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

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

E. 1.2

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei aus geglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

E. 1.3

Im Übrigen haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt.

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist damit entscheidend, ob der Bericht 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 Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen 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).

Allerdings ist in Bezug auf Berichte von behandelnden Arztpersonen bzw. Therapeuten auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc). Wohl kann die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Behandlung oft wertvolle Erkenntnisse zeitigen; doch lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-) Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4) nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen bzw. Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die anders lautenden Einschätzungen wichtige – und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_677/2014 vom 29. Oktober 2014 E. 7.2 mit Hinweisen, u.a. auf SVR 2008 IV Nr. 15

S. 43 E. 2.2.1 [I 514/06]). 2.

E. 2

Gegen den Entscheid erhob die Versicherte am 11. August 2016 Beschwerde und verlangte die Zusprechung einer ganzen Invalidenrente (Urk. 1; Beilagen Urk. 3/1-5). Mit Beschwerdeantwort vom 7. September 2016 beantragte die IV Stelle die Abweisung der Beschwerde (Urk. 6). Mit Eingabe vom 21. Dezember 2017 (Urk. 11) reichte die Versicherte einen weiteren Arztbericht ein (Urk. 12), welcher der IV-Stelle zur Kenntnisnahme zugestellt wurde (Urk. 13). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin zog in Betracht, der Beschwerdeführerin sei die bisherige Tätigkeit als Verkäuferin seit August 2012 nicht mehr zumutbar. Indes bestehe aus Sicht des begutachtenden Rheumatologen sechs Monate nach der Rückenoperation in einer körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit mit der Möglichkeit von Positionswechseln eine Arbeitsfähigkeit von 100 %, die in jeder Hilfstätigkeit umgesetzt werden könne. Eine zusätzliche orthopädische Begutachtung sei nicht erforderlich, da die medizinische Grundausbildung in beiden Fachrichtungen dieselbe sei. Für den Rechtsanwender nicht nachvollziehbar sei die gutachtlich attestierte 20%ige Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer und neurologischer Sicht. So sei aufgrund des in der Begutachtung entstandenen Eindrucks eine erhebliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit infolge der depressiven Störung auszuschliessen und eine neurologische Diagnose habe nicht mit Sicherheit gestellt werden können. Daran würden die testpsychologischen Befunde des B.____ nichts ändern, zumal diese im Widerspruch zum klinischen Befund stünden und mitunter das Ergebnis eines Selbstbeurteilungsverfahrens seien. Aufgrund der rheumatologisch bedingten Einschränkungen und unter Berücksichtigung eines leistungsbedingten Abzugs von 5 % für das Belastungsprofil resultiere ein Invaliditätsgrad von 2 % (Urk. 2).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin stellte den Beweiswert des A.____-Gutachtens in Abrede. Wie die zugestellten Beispiele zeigen würden und in Fachkreisen bekannt sei, handle es sich beim A.____ um eine Scheinabklärungsmechanik, bei der das Resultat der 5- bis 10-minütigen Untersuchung im Voraus feststehe. Zudem sei die Begutachtung durch einen auf Wirbelsäulenleiden spezialisierten orthopädischen Chirurgen nötig. Sowohl Dr. C.____ als auch Dr. D.____ hätten ihr in adaptierten Tätigkeiten eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % attestiert und im Bericht der E.____ sei weiterhin eine chronische rezidivierende S1-Radikulopathie rechts mit zusätzlich leichter chronischer L5 Radikulopathie rechts festgestellt worden. Sie sei wegen der Schmerzen nach wie vor in fachärztlicher Behandlung und müsse täglich Medikamente nehmen. Der begutachtende Neurologe habe übersehen, dass Dr. F.____ nach der Operation über therapieresistente Beschwerden berichtet habe. Schliesslich habe der begutachtende Psychiater kein neuropsychologisches Screening durchgeführt und übersehen, dass bereits ihre Eltern psychisch krank gewesen seien. Auch habe sich der Zustand ihres Bruders trotz psychiatrischer Behandlung seit dem Jahr 2011 nicht gebessert. Die behandelnde Psychiaterin attestiere ihr überzeugend eine volle Arbeitsunfähigkeit mit schlechter Prognose infolge einer schweren depressiven Episode mit psychotischen Symptomen. Ebenso sei im B.____ eine schwere Depression und volle Arbeitsunfähigkeit – mitunter gestützt auf ein testpsychologisches Screening –

festgestellt worden (Urk. 1). Dr. G. ___ sei ebenfalls überzeugt, dass sie aufgrund der psychischen Beschwerden nicht arbeitsfähig sei (Urk. 11). 3. 3.1

Im A. ___-Gutachten vom 9. Juli 2015 wurden als die Arbeitsfähigkeit beeinflussend ein (1) chronisches lumboschialgiformes Schmerzsyndrom rechts (ICD-10: M51.1 resp. R52.2) mit/bei möglichem neuropathischem Schmerzsyndrom der Wurzel S1, residuellem radikulärem sensiblem Ausfallssyndrom der Wurzel S1, Status nach Diskushernienoperation L5/S1 rechts am 11. März 2013, Rezidiv diskushernie L5/S1 paramedian rechts gemäss MRI vom November 2014 und funktioneller Überlagerung sowie (2) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte depressive Episode (ICD-10: F33.0), diagnostiziert. Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden gestellt ein Diabetes mellitus Typ 2 (bei Übergewicht unbefriedigend eingestellt) und ein Status nach schwerer depressiver Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10: F32.3) im Jahr 2011 (Urk. 7/71/23 f.). 3.2

Dazu erläuterten die Gutachter, aus Sicht des Bewegungsapparates, rheumatologisch und neurologisch evaluiert, beeinflusse das chronische lumboschialgiforme Schmerzsyndrom rechts die Arbeitsfähigkeit. Für körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten oder solche in Zwangshaltungen bestehe eine Arbeitsunfähigkeit. Für eine körperlich leichte Tätigkeit, wechselbelastend, mit der Möglichkeit von Positionswechseln, bestehe hingegen lediglich eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 %. Aus psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit durch die gegenwärtig leichte depressive Episode bei rezidivierender depressiver Störung um 20 % eingeschränkt. Der Beschwerdeführerin könne es aus psychiatrischer Sicht durchaus zugemutet werden, trotz der geklagten Beschwerden die nötige Willensanstrengung aufzubringen, um einer ihren körperlichen Einschränkungen angepassten Tätigkeit mit einer Arbeits- respektive Leistungsfähigkeit von 80 % nachzugehen. Aus allgemeininternistischer Sicht würden sich keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit finden. Insgesamt könne somit aus polydisziplinärer Sicht eine Arbeits- respektive Leistungsfähigkeit von 80 % in körperlich leichten, adaptierten Tätigkeiten festgestellt werden, vollschichtig umsetzbar bei vermehrtem Pausenbedarf. Die somatischen und die psychiatrischen Einschränkungen könnten dabei nicht addiert werden, da dieselben Zeitabschnitte zum Einlegen von Pausen und zur Erholung genutzt werden könnten. Für körperlich mittelschwer oder schwer belastende Tätigkeiten bestehe eine Arbeitsunfähigkeit (Urk. 6/71/24 f.). 3.3

Im Übrigen wiesen die Gutachter darauf hin, dass eine retrospektive Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aufgrund der Akten schwierig sei. Ihre Arbeitsfähigkeitseinschätzung gelte mit Sicherheit ab dem Zeitpunkt der Begutachtung im Juni 2015. Aus gutachterlicher Sicht könne sodann davon ausgegangen werden, dass im Anschluss an die Rückenoperation im März 2013 während sechs Monaten eine Arbeitsunfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten bestanden habe. Eine nach folgende, lang andauernde höhergradige Arbeitsunfähigkeit sei retrospektiv gesehen indes nicht nachvollziehbar. Zusammenfassend bestätige man eine Arbeitsunfähigkeit in nicht adaptierten Tätigkeiten seit August 2012. In adaptierten Tätigkeiten habe arbiträr von August 2012 bis Februar 2013 eine Arbeitsfähigkeit von 50 % bestanden. Von März bis September 2013 sei die Arbeitsfähigkeit aufgehoben gewesen und seit Oktober 2013 sei über die Zeit gemittelt die aktuelle Arbeitsfähigkeit anzunehmen (Urk. 7/71/25). 4. 4.1

Die Beschwerdeführerin bemängelte vorab die Auftragserteilung an das A. ___ an sich. Wie das Bundesgericht wiederholt betonte, können indes nur einzelne Gutachter, nicht aber die

medizinische Abklärungsstelle als Institution befangen sein (z.B. Urteil des Bundesgerichts 9C_19/2017 vom 30. März 2017 E. 5.1 unter anderem mit Hinweis auf BGE 137 V 2010 E. 1.3.3). Ebenso genügt die Schilderung negativer Erfahrungen mit bestimmten Sachverständigen in früheren Fällen regelmässig nicht, um einen formellen Ablehnungsgrund darzutun (Urteil des Bundesgerichts 9C_475/2013 vom 6. August 2013 E. 2.2). Da die Beschwerdeführerin weder substantiiert Ausstandsgründe gegen die einzelnen Gutachter vorbrachte, noch konkrete Mängel etwa in Bezug auf die Dauer ihrer eigenen Untersuchungen aufzeigte, erübrigen sich weitere Ausführungen dazu. 4.2

Des Weiteren haben die A.____-Gutachter in der Ergänzung vom 21. April 2016 (Urk. 7/89/1) und der RAD-Arzt Dr. med. H.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, in seiner Stellungnahme vom 21. März 2016 (Urk. 7/94/2 f.) überzeugend dargelegt, dass eine Beurteilung durch einen spezialisierten orthopädischen Chirurgen entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin nicht unabdingbar ist. So erläuterte der RAD-Arzt, dass Fachärzte für Orthopädie, Rheumatologie und physikalische Medizin und Rehabilitation, teilweise auch Fachärzte für Chirurgie, auf Gesundheitsstörungen des Stütz-, Halte- und Bewegungsapparates spezialisiert seien. Die Grundausbildung (Anatomie, Physiologie, Physiopathologie, Ätiologie, Symptomatologie und Allgemeine Therapie) sei daher die gleiche. Somit sei jeder Facharzt der genannten Spezialdisziplinen in der Lage, funktionelle Störungen des Stütz-, Halte- und Bewegungsapparates zu erkennen und bewerten. Ebenso erklärten die A.____ Gutachter, dass es sich um ein Problem des Bewegungsapparates handle, das äquivalent rheumatologisch oder orthopädisch zu beurteilen sei. Dem entsprechend kam das Bundesgericht bereits im Urteil 9C_134/2011 vom 6. Juni 2011 E. 3.3 zum Schluss, dass die beiden Fachrichtungen nicht etwa für unterschiedliche Konzepte stehen würden, wie ein Gesundheitsschaden und dessen Folgen zu betrachten seien. Vielmehr scheine sich – im Sinne einer praktischen Aufgabenteilung – für die Einschätzung der funktionellen Auswirkungen von Beeinträchtigungen des Bewegungsapparates der Beizug der Rheumatologie durchzusetzen, während die Orthopädie eher im Zusammenhang mit Fragen der Therapie zuständig sei. Gleichermassen erachtete es im Entscheid 9C_320/2015 vom 25. August 2015 E. 3.3.3 eine orthopädische Untersuchung für verzichtbar mit der Begründung, dass (chronische) Schmerzen des Bewegungsapparates Gegenstand sowohl der Rheumatologie als auch der Orthopädie bilden würden. Nichts anderes kann somit vorliegend gelten, zumal die Beschwerdeführerin auch nicht konkret dar getan hat, dass die unterschiedliche Beurteilung der somatisch bedingten Arbeitsunfähigkeit auf fachspezifischen Differenzen beruht. 4.3

Materiell hielt die Beschwerdeführerin den gutachtlichen Schlussfolgerungen einige Passagen aus einzelnen Berichten behandelnder oder für eine Zweitmeinung beigezogener Fachärzte entgegen. Dabei ist zu beachten, dass sich der Beweiswert eines Gutachtens allgemein nur anhand der gesamten Aktenlage beurteilen lässt, wie auch Feststellungen in medizinischen Berichten stets in ihrem Kontext zu sehen sind (z.B. ob es sich um subjektive Angaben der versicherten Person oder einen objektiven Befund handelt, ob ein Verdacht oder eine gesicherte Diagnose vorliegt etc.). 4.4 4.4.1

Zum somatischen Geschehen ergibt sich aus dem Operationsbericht der I.____ vom 11. März 2013, bei der Beschwerdeführerin hätten seit August 2012 radikuläre Schmerzen aufgrund einer S1 Wurzelreizung bei Diskushernie L5/S1 rechts mit rezessaler Stenose bestanden (vgl. ferner Urk. 7/47/21). Im Verlauf habe sich die Hernie regredient bei persistierenden Beschwerden gezeigt. Angesichts der Ausschöpfung der konservativen Massnahmen und

deutlich eingeschränkten Lebensqualität sei eine Sequestrektomie indiziert (Urk. 7/13/2). Gemäss Austrittsbericht der Klinik konnte die Beschwerdeführerin nach der Operation ohne sensomotorische Defizite mobilisiert werden. Zum Prozedere wurde festgehalten, sie dürfe während sechs Wochen keine schweren Gegenstände heben/tragen und solle Extrembewegungen vermeiden. Die Schmerzmedikation könne nach Massgabe der Beschwerden innert 10 bis 14 Tagen reduziert/abgesetzt werden (Urk. 7/13/8 f.). In der dokumentierten Kontrolle vom 26. April 2013 zeigte sich weiterhin ein ordentlicher postoperativer Verlauf. Persistieren würden Schmerzen im Bereich des medialen Fusses und Unterschenkels im Sinne einer L5 Irritation. Radiologisch zeige sich hier eine Diskusdegeneration ohne wesentliche spinale Stenose, welche allerdings möglicherweise zur Nervenreizung führe. Nichtsdestotrotz wurden konservative Massnahmen sowie eine Medikation mit Lyrica empfohlen unter dem Hinweis, es werde angestrebt, dass die Beschwerdeführerin in ca. 2 Wochen die Arbeit wieder zu 50 % aufnehmen und anschliessend auf 100 % steigern (Urk. 7/37/12). In der Folge absolvierte die Beschwerdeführerin bei anhaltenden Beschwerden vom 26. August bis 15. September 2013 eine stationäre Rehabilitation. Gemäss Austrittsbericht der Z. ___ vom 18. September 2013 liess sich dabei ihre Mobilität deutlich verbessern, Treppensteigen war ihr sicher möglich. Auch konnten die Analgetika reduziert werden (Urk. 7/26/5 f.). 4.4.2

In der Folge wurde die Beschwerdeführerin erneut beim operierenden Wirbelsäulenchirurgen Dr. med. J. ___ vorgestellt. Dieser berichtete am 19. November 2013, es bestünden drei Probleme, wobei aktuell lokale Grossschmerzen rechts im Vordergrund stünden. Darüber hinaus bestünden chronisch lumbale Rückenschmerzen, die mechanisch auslösbar seien. Ursächlich hierfür sei am ehesten die erosive Osteochondrose L5/S1. Zudem bestehe eine Ischialgie beidseits. Die Ursache hierfür sei nicht klar (Urk. 7/26/10). Am Folgetag notierte er, in den beigezogenen MRIs vom 14. Mai 2013 zeige sich eine ausreichende Dekompression der abgehenden S1 Nervenwurzel, die über den gesamten Verlauf abgrenzbar sei. Eine Kompression bestehe nicht. Zusätzlich bestünden eine dorsomediane Diskusprotrusion und narbige Veränderungen ohne kompressiven Effekt (Urk. 7/26/8).

Im MRI-Bericht vom 14. Mai 2013 selbst wurde bei breitbasiger Bandscheiben vorwölbung L4/5 nach birezessal leicht linksbetont mit begleitender leichtgradiger Spondylarthropathie der Facettengelenke ein rezessaler Nervenwurzelkontakt als beidseits denkbar beurteilt. Zudem wurde nach kaudal herniertem Bandscheibenvorfall mediolateral rechtsbetont ein Verdacht auf Kontakt zur vorbeiziehenden S1 Wurzel geäussert. Darüber hinaus wurde eine rechtsseitige rezessale Enge mit deutlicher Reduktion der Fettschicht um die austretende Nervenwurzel festgestellt. Auch hier sei eine Affektion der L5 Wurzel denkbar (Urk. 7/33/1). Am 24. Januar 2014 wurden neue MRIs durchgeführt und verglichend festgestellt, die Bandscheibenprotrusion sei leicht zunehmend mit rezessalem Kontakt und möglicher Kompression der Wurzel S1 rechts. Ebenso wurde die diskospondylogene bedingte foraminale Enge als leicht zunehmend mit möglicher Irritation der Wurzel L5 rechts beschrieben. Als stationär beurteilt wurde der Riss im Faserring mit rezessaler Enge und möglicher Irritation der Wurzel L5 links bei Belastung (Urk. 7/33/2). Mehr als eine mögliche Tangierung der Nervenwurzeln konnte zum damaligen Zeitpunkt – wie schon in der Verlaufskontrolle im April 2014 – bildgebend nicht nachgewiesen werden. 4.4.3

Die Anfang 2014 erfolgte Abklärung der Fussbeschwerden in der I. ___ führte alsdann einzig zur Feststellung einer beginnenden, aber sehr minimalen Arthrose im

Grosszehengrundgelenk. Eine Infiltration lehne die Beschwerdeführerin ab, jedoch sei die Hauptquelle des Schmerzes wohl lumbal zu suchen (Urk. 7/38/8). 4.4.4

Am 6. Februar 2014 äusserte sich erstmals ein Facharzt für Neurologie, Dr. med. F.____, zu den Beschwerden. Er schlussfolgerte gestützt auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin, seinen klinischen Befund und unter Bezugnahme auf das MRI vom Dezember 2012, es handle sich wahrscheinlich am ehesten um postoperative neuropathische Schmerzen bei einem Status nach Diskushernienoperation L5/S1 und therapieresistenten Beschwerden (Urk. 7/33/4). Die bei verordneter Einnahme von Lyrica geplante Verlaufskontrolle bei ihm blieb aus (Urk. 7/43/2 f.). Mit Blick auf die Argumentation der Beschwerdeführerin ist anzumerken, dass Dr. F.____ seiner Vermutung ein präoperatives Bilddokument sowie ihre Schilderung des Krankheitsverlaufs (starke Schmerzen wie vor der Operation, stationärer Aufenthalt in Z.____ ohne Beeinflussung der Schmerzen, Situation bis heute geblieben, vgl. Urk. 7/33/3 f.) zugrunde legte. Daraus kann entgegen ihrer Auffassung nicht geschlossen werden, er habe objektiv therapieresistente Beschwerden festgestellt, zumal er auch einen Therapieversuch unterbreitete. 4.4.5

Von Januar bis März 2014 liess sich die Beschwerdeführerin zudem von Dr. med. K.____, Facharzt für Rheumatologie, behandeln. Er diagnostizierte am 11. Februar 2014 gestützt auf das MRI vom 14. Mai 2013 sowie seinen klinischen Befund ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom rechts mit residuellem lumboradikulärem sensorischem S1- und motorischem L5 Ausfallsyndrom rechts bei Rezidivhernie L5/S1 mit Kontakt zur Wurzel L5 und S1 rechts. Aktuell sei eine intermittierende Reizung der Nervenwurzel L5, S1 rechts im Segment L5/S1 denkbar. Da unter den stattgefundenen Massnahmen keine wesentliche Änderung der Beschwerden eingetreten sei, erachte er in diagnostisch-therapeutischer Hinsicht die Indikation zu einer periradikulären Therapie L5/S1 rechts mit Kenacort als gegeben (Urk. 7/38/15). Am 11. März 2014 berichtete er, die Rezidiv-Diskushernie L5/S1 rechts sei nun mittels MRI vom 24. Januar 2014 verifiziert. Entsprechend sei eine intermittierende Reizung der Nervenwurzel L5, S1 rechts im Segment L5/S1 anzunehmen. Allerdings habe die Beschwerdeführerin nach der Infiltration L5/S1 mit Kenacort keine Veränderung der Beschwerden geschildert (Urk. 7/47/8-10).

Obschon Dr. K.____ eine Tangierung der Nervenwurzeln nunmehr als erwiesen erachtete, attestierte er der Beschwerdeführerin aus rheumatologischer Sicht im Bericht vom 25. Juli 2014 auf längere Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 50 % als Verkäuferin im Detailhandel. In einer leidensangepassten Tätigkeit ohne repetitive oder anhaltende Vornüberneigung des Oberkörpers, ohne längeres Sitzen, Stehen oder Heben/Tragen von Lasten über 5 kg bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 75 %. Beide Arbeitspensas seien mit vermehrten Pausen über den ganzen Tag verteilt zu erbringen, eine stationäre Rehabilitation sollte die Arbeitsfähigkeit zudem positiv beeinflussen. Nicht schlüssig sind in diesem Bericht die Angaben, ab wann diese Einschätzung gilt. Indes ging Dr. K.____ davon aus, dass seine Behandlung keinen Erfolg zeitigte und sich der MRI Befund zwischen Mai 2013 und Januar 2014 leicht verschlechtert hatte. Da letztmals bei Abschluss der stationären Rehabilitation über eine Besserung der Beschwerden berichtet wurde, muss die Arbeitsfähigkeitseinschätzung von Dr. K.____ damit konsequenterweise seit September 2013 gelten (Urk. 7/47/5-7). 4.4.6

Davon abweichend attestierte Dr. D.____ der Beschwerdeführerin am 21. Oktober 2014 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % in der bisherigen bzw. eine maximale Arbeitsfähigkeit von 10 bis 20 % in einer leidensangepassten Tätigkeit unter Hinweis auf den unverändert schlechten Zustand des Bewegungsapparates „sowie psychisch“. Als angepasste Tätigkeit

komme eine wechselnde lastende Tätigkeit ohne Heben von Lasten von über 4 bis 5 kg sowie ohne Arbeiten in gebückter Körperhaltung in Frage. Die Prognose sei ungünstig (Urk. 7/51). Diese Beurteilung war zweifelsohne zu wohlwollend. So wurden etwa die von der Beschwerdeführerin geklagten psychischen Beschwerden mit berücksichtigt und die Arbeitsfähigkeit vom gleichen Arzt in seinem nächsten Verlaufsbericht – ohne eine gesundheitliche Besserung zu thematisieren – mas siv höher eingeschätzt (vgl. E. 4.4.8). 4.4.7

Im Januar 2015 liess sich die Beschwerdeführerin alsdann erneut klinisch-neurologisch und neurophysiologisch untersuchen. Im Bericht der E.____ vom 7. Januar 2015 wurde in Zusammenschau aller Befunde eine chronische, residuelle S1-Radikulopathie rechts mit zusätzlich leichter chronischer L5-Radikulopathie rechts diagnostiziert. Elektrophysiologisch zeige sich sowohl in der L5- als auch in der S1-innervierten Muskulatur rechts eine leichte chronisch neurogene Schädigung. Es gebe keinen Anhalt auf eine akute Schädigung oder ausgeprägte Reinnervationspotentiale (Urk. 7/55/2). Die Arbeitsfähigkeit wurde in diesem Bericht im Übrigen nicht thematisiert. 4.4.8

Sodann erläuterte Dr. D.____ am 30. Oktober 2015 in seiner Stellungnahme zum A.____-Gutachten, dass seitens des rheumatologischen Befundes eine Arbeitsfähigkeit von 50 % für eine leichte, wechselbelastende Tätigkeit ohne Heben von Lasten über 5 kg sowie längeres Arbeiten in gebückter Körperhaltung bestehe. Die Einschränkungen würden aus der verminderten Belastbarkeit der unteren Wirbelsäule, speziell der Bandscheibe L5/S1 und den residuellen neurologischen Ausfällen S1 rechts, resultieren. Bezüglich der Diagnosen bestehe kein Widerspruch zum Gutachten. Allerdings sei die arbiträr festgelegte Arbeitsfähigkeit von 80 % aufgrund der Rezidivhernie L5/S1 und neurologischen Restausfälle nicht nachvollziehbar und auf 50 % anzusetzen (Urk. 7/76/1; bekräftigt mit Schreiben vom 25. Juni 2016, Urk. 7/92/1). 4.4.9

Der von der Beschwerdeführerin einmalig aufgesuchte Dr. med. C.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, stützte seine Beurteilung vom 19. Dezember 2015 auf deren subjektive Angaben, den am 17. Dezember 2015 selbst erhobenen klinischen Befund, die Bilddokumente vom 14. November 2014 und den erwähnte Bericht der E.____. Demnach zeigte sich im letzten MRI der LWS vom November 2014 im transversalen Schnitt eine grosse zentrale Diskushernie L5/S1 und ein Faserringriss L4/5. In den sagittalen Schnitten gab es auf der Höhe L5/S1 einen Sequester nach kaudal. Dazu erläuterte Dr. C.____, erst die von Dr. K.____ veranlasste Spritze habe für ein paar Wochen die Beinschmerzen gebessert, weshalb er bei persistierender zentraler Hernie nochmals einen Sakralblock empfehle. Ferner werde die Beschwerdeführerin betreffend das Auftrainieren der aufrichtenden und stabilisierenden Muskulatur instruiert und solle zweimal täglich die maximal mögliche Gehdistanz zurücklegen. Eine Arbeitsaufnahme im Service sei nur stundenweise zumutbar, in optimal angepasster Arbeit mit wahlweise Sitzen oder Stehen, ohne Zwangshaltungen und ohne Heben und Tragen von Lasten über 10 kg körpfernah müsste indes nach Einarbeitung eine Arbeit halbtags möglich werden (Urk. 7/84). 4.4.10

Schliesslich reichte die Beschwerdeführerin im Gerichtsverfahren einen Bericht von Dr. med. G.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, datiert vom 12. Dezember 2017 ein. Dieser behandelt die Beschwerdeführerin seit Mitte 2016 und listete vorab psychiatrische Diagnosen im Sinne einer schweren depressiven Episode und Angststörung mit intermittierenden Panikattacken auf. Dazu erklärte er, vordergründig seien es die depressiven Symptome, die zum Leidensbild beitragen würden. Es herrsche subjektiv eine

deutlich herabgesetzte Grundstimmung, ein geringer Antrieb, ein Erschöpfungsgefühl und eine generell eingeschränkte Belastbarkeit. Die Rückenbeschwerden seien zwar aktuell nicht besonders stark prägend, würden aber einen andauernden Einschränkungsfaktor verursachen. Die Situation sei sehr komplex, weshalb die Arbeitsfähigkeit mittels multidisziplinärer Begutachtung gestützt auf ein detailliertes Arbeitsassessment zu beurteilen sei. Die Situation sei seit Jahren im negativen Sinne stabil, mit einer Besserung sei nicht zu rechnen (Urk. 12). 4.5 4.5.1

In Anbetracht der in E. 4.4.1 zitierten Berichte ist vertretbar, dass die A.____ Gutachter der Beschwerdeführerin ab dem Zeitpunkt der Rückenoperation bis zum Abschluss der stationären Rehabilitation Mitte September 2013, in der nochmals eine deutliche Beschwerdebesserung bzw. Adaption an das Leiden erreicht wurde, eine volle Arbeitsunfähigkeit attestierten. Eine solche steht denn auch noch mehr oder weniger im Einklang mit den aktenkundigen präoperativen Prognosen. So hatte der behandelnde Internist und Rheumatologe, Dr. med. D.____, am 14. Januar 2012 erklärt, die Beschwerdeführerin sei derzeit für jegliche Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig, indes sei nicht mit einer dauernden Beeinträchtigung der Gesundheit zu rechnen (Urk. 7/9/14). Ebenso kam der von der Krankentaggeldversicherung zu Rate gezogene Arzt zum Schluss, dass die momentane Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Diagnose nachvollziehbar sei. Nach der Operation müsse mit einer ca. dreimonatigen vollen Arbeitsunfähigkeit gerechnet werden. Danach sei eine Steigerung zu erwarten, wobei die Arbeitsfähigkeit noch zwei bis drei Wochen 50 % betrage. Eine bleibende Invaliderität sei nicht zu erwarten (Urk. 7/9/16). Es bleibt anzumerken, dass die von den A.____-Gutachtern im Widerspruch zu diesen Berichten festgesetzte arbiträre Arbeitsfähigkeit von 50 % zwischen August 2012 und der Operation für den Rentenanspruch belanglos ist. Im August 2013, bei Ablauf der sechsmonatigen Karenzfrist nach Eingang der Anmeldung (Art. 29 Abs. 1 IVG), war die einjährige Wartezeit zweifellos erfüllt (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG).

Wie nachfolgend dargelegt wird, ergeben sich aus den in E. 4.4.2 ff. zusammen gefassten Berichten – entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin – als dann keine wichtigen Aspekte zu den somatischen Beschwerden, welche die A.____-Gutachtern bei der Festsetzung der integrierten Arbeitsfähigkeit von 80 % ab Oktober 2013 übersehen respektive mit denen sie sich nicht hinreichend und überzeugend auseinandergesetzt haben. 4.5.2

Der begutachtende Neurologe des A.____, Dr. med. L.____, erläuterte, abgestützt auf die Klinik könne von einem residuellen radikulären Ausfallsyndrom der Wurzel S1 rechts ausgegangen werden. Bei negativem Nervendehnungstest sei hingegen nicht sicher eine anhaltende radiokläre Reizsymptomatik zu diagnostizieren, dagegen spreche auch das Fehlen von Denervationszeichen anlässlich der myographischen Untersuchung im Januar 2015, wobei dies eine leichtgradige Reizung letztlich nicht ausschliesse. Abgestützt auf den MRI Befund (konkret erwähnte er die Bilddokumente vom 14. November 2014, Urk. 7/71/21) sei eine solche denkbar. Eine radikuläre Reizung zeige aber in der Regel eine gewisse (mechanische) Stellungs- respektive Positionsabhängigkeit, eine solche sei bei der Beschwerdeführerin indes nicht zu eruieren. Auffallend sei auch die fehlen der Beeinflussbarkeit des Schmerzsyndroms durch sämtliche therapeutischen Bemühungen, die Beschwerdeführerin könne keine die Schmerzen irgendwie lindernden Faktoren nennen. Eine gewisse Schmerz Fehlverarbeitung sei somit nicht auszuschliessen. Dies müsse umso mehr gelten, als sich im Status Zeichen für eine funktionelle Überlagerung finden würden

(z.B. Finger-Nasen-Versuch und erschwerte Stand- und Gangprüfung, vgl. Urk. 7/71/20 f.). Andererseits sei ein neuropathisches Schmerzsyndrom der Wurzel S1 letztlich nicht sicher auszuschliessen, die sehr diffuse Schmerzlokalisation im Bein spreche aber eher dagegen (Urk. 7/7/21).

Zusammengefasst sei die klinische Beurteilung nicht einfach; insgesamt sei von einem organischen Kern mit funktioneller Überlagerung auszugehen. Da ein funktionell relevanter Ausfall nicht objektivierbar sei, handle es sich letztlich um die Einschätzung eines Schmerzsyndroms, bezüglich dessen Konsistenz gewisse Vorbehalte bestünden. Klar sei, dass körperlich schwere und mittel schwere Tätigkeiten oder solche in Zwangshaltungen (vor allem Bücken) mit Heben und Tragen von Lasten über 10 kg prinzipiell nicht mehr zumutbar seien. Für eine körperlich leichte Tätigkeit, wechselbelastend, mit der Möglichkeit von Positionswechseln, bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % (Urk. 7/7/21 f.). Zum Bericht der E. ___ konstatierte Dr. L. ___ konkret, auch er gehe von einer radikulären Problematik S1 aus. Eine sichere Mitbeteiligung von L5 sei indessen nicht abgrenzbar, sowieso nicht motorisch, und die Sensibilitätsverminderung betreffend das ganze Bein sei zu diffus, um sie allenfalls L5 zuzuordnen. Dies gelte, obgleich damals myographisch leichte chronische Veränderungen auch in diesem Segment festgestellt worden seien (Urk. 7/71/22). 4.5.3

Nachdem bereits von der E. ___ eine mehr als leichte Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes aus neurologischer Sicht ausgeschlossen worden war, legte Dr. L. ___ anhand seines klinischen Untersuchungs somit überzeugend und im Detail dar, weshalb selbst eine solche nicht mit letzter Gewissheit diagnostiziert werden kann. Immerhin erachtete er die Befundlage (MRI, Myographie und Klinik) jedoch für ausreichend, um eine – wenn auch nicht anhaltende, so zumindest doch residuelle - radikuläre Problematik der Nervenwurzel S1 zu diagnostizieren, während er eine Problematik der Nervenwurzel L5 klar verneinte. Die von ihm attestierte leichte Verminderung der Arbeitsfähigkeit ist daher bei der Invaliditätsbemessung zu beachten, zumal im Bereich des Sozialversicherungsrechts der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit genügt und Dr. L. ___ von der Möglichkeit absah, bloss eine Verdachtsdiagnose zu stellen (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts 8C_454/2013 vom 24. September 2013 E. 6.3, BGE 139 V 547 E. 8.1). Eine radikuläre Symptomatik bzw. Nervenreizung wurde denn auch schon früher in den aktenkundigen MRI Berichten sowie der postoperativen Kontrolle vom April 2013 als möglich beurteilt sowie von Dr. K. ___ und Dr. F. ___ angenommen bzw. als am ehesten wahrscheinlich bezeichnet. 4.5.4

Dem A. ___-Teilgutachten von Dr. med. M. ___, Fachärztin für Rheumatologie, ist zu entnehmen, dass sich im Anschluss an die mikrochirurgische Sequestrektomie und Fenestration L5/S1 von rechts im März 2013 ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit ischialgiformer Ausstrahlung beidseits rechtsbetont entwickelt habe. Bei der aktuellen klinischen Untersuchung sei die Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule in sämtlichen Ebenen schmerzbedingt deutlich eingeschränkt. Es bestehe eine myostatische Insuffizienz mit den entsprechenden muskuloligamentären Überlastungsreaktionen, die für die Beschwerdesymptomatik in diesem Bereich mitverantwortlich seien. Bis auf einen nicht auslösbaren Achillessehnenreflex rechts würden sich in der aktuell klinisch keine Hinweise für eine radikuläre- oder Wurzelkompressionssymptomatik finden. Auf den im Juni 2015 in Basel durchgeführten Röntgenaufnahmen der Lendenwirbelsäule zeige sich eine deutliche Osteochondrose L5/S1, die für die Beschwerdesymptomatik in diesem

Bereich mitverantwortlich sei. Nachdem die Beschwerdeführerin bei der Funktionsprüfung der Hüftgelenke beidseits ab einer Flexion von 90° deutliche Schmerzen angegeben habe, sei eine Beckenübersichtsaufnahme durchgeführt worden, die jedoch unauffällig gewesen sei. Arthrotische Veränderungen der Hüftgelenke als Ursache für die Beschwerdesymptomatik hätten sich nicht gefunden (Urk. 7/71/16 f.).

Daraus schlussfolgerte die Gutachterin, bei einem Status nach Diskushernien-Operation und einer ausgeprägten Osteochondrose L5/S1 seien der Beschwerde führerin schwere und mittelschwere Tätigkeiten nicht mehr zumutbar. Für leich te, wechselbelastende Tätigkeiten ohne Einnahme von wirbelsäulenbelastenden Zwangshalten bestehe aus rheumatologischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Verkäuferin bei Y. ___ gehe dabei laut Arbeitsplatzbeschreibung über das zumutbare Leistungsprofil hinaus. Die von Dr. D. ___ und Dr. C. ___ für nach dem Zeitraum der stationären Rehabilitation abgegebenen Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit in angestamm ter bzw. adaptierten Tätigkeiten qualifizierte Dr. M. ___ unter Hinweis auf die Arbeitsplatzbeschreibung bzw. rheumato logischen Befunde und sinngemäss auf die Mitberücksichtigung des psychi schen Gesundheitszustandes als zu hoch bzw. niedrig (Urk. 7/71/17 f.). 4.5.5

Es ist hervorzuheben, dass die diskrepanten Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit mit Bezug auf den Bewegungsapparat ihren Ursprung weder in abweichenden somatischen Befunden noch massgeblichen diagnostischen Differenzen haben, wie sowohl die Gutachter (Urk. 7/89) als auch der RAD (Urk. 7/94/3) und Dr. D. ___ (E. 4.4.8) betonten. Es stellt sich das gängige Problem, dass zwi schen ärztlicher Diagnose und Arbeitsunfähigkeit letztlich sowohl bei somatisch als auch psychisch dominierten Leiden keine Korrelation besteht, weshalb die medizinische Folgenabschätzung notwendigerweise eine hohe Variabilität auf weist und unausweichlich Ermessenzüge trägt (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.1). Die Einschätzung von Dr. M. ___ wurde dabei nicht nur vom fachkundigen RAD als schlüssig beurteilt (Urk. 7/79/8 f.), sondern ist letztlich gut vereinbar mit der Einschätzung einer Arbeitsfähigkeit von 75 % mit Steigerungspotenzial durch den ehemaligen Behandler Dr. K. ___ im Jahr 2014 (E. 4.4.5) sowie der vom Ope rateur Dr. N. ___ anvisierten Arbeitsfähigkeit von 100 % bereits im Sommer 2013, wobei jener die Dekompression der Nervenwurzel S1 nach Ein sicht in das MRI vom 14. Mai 2013 aus chirurgischer Sicht weiterhin als ausrei chend beurteilte (E. 4.4.2) und auch heute keine weitere Operation zur Dis kussion steht. Dazu passt im Übrigen auch, dass der im weiteren Verlauf (ab Mitte 2016) behandelnde Hausarzt, Dr. G. ___, die Rückenbeschwerden aufgrund der ihm gegenüber geklagten Beschwerden explizit als nicht beson ders ausgeprägt beurteilte.

Wie bereits eingangs der Erwägungen dargelegt, vermag die erfahrungsgemäss zu Gunsten der versicherten Person erfolgte Einschätzung einer behandelnden Arztperson das Ergebnis einer Begutachtung zudem nicht ohne weiteres in Fra ge zu stellen. Dies muss besonders für die Arbeitsfähigkeitseinschätzung von Dr. D. ___ gelten, der diese ohne korrelierende Befundänderung nachbesser te und jeweils auch Beschwerden ausserhalb seines Fachgebietes mitwürdigte. Zur Beurteilung von Dr. C. ___ ist zu bemerken, dass die Beschwerde führerin diesen einzig in der Absicht aufsuchte, das Gutachten zu widerlegen (Urk. 7/77/2 und 7/81). Sodann fällt auf, dass sie ihm gegenüber abweichende Angaben zum Therapieverlauf machte, so dass er als einziger davon ausging, die von Dr. K. ___ ausdrücklich auch in diagnostischer Hinsicht veranlasste Infiltration habe eine positive Wirkung gezeitigt (vgl. zur früheren Schilderung, Urk. 7/71/12 f.). Letztlich empfahl aber auch er, wie bereits von Dr. K. ___ ver geblich initiiert, eine Kräftigung der Muskulatur

durch Übungen und Gehen und attestierte der Beschwerdeführerin sogar in der vormaligen Tätigkeit im Service, die grundsätzlich im Stehen und Gehen ausgeübt wird und regelmässig das Tragen von leichten Gewichten bedingt, eine stundenweise Arbeitsfähigkeit. Dar über hinaus liess er die neurologischen Diagnosen in seine Beurteilung mitein fliessen. Die Diskrepanz von letztlich 30 % zur im A.____-Gutachten sechs Monate postoperativ festgelegten integrierten Arbeitsfähigkeit von 80 % aus somatischer Sicht bleibt zwar erheblich, wird von den im Auftrag der Beschwerdeführerin berichtenden Ärzten jedoch nicht überzeugend begründet und vermag folglich keine Zweifel am Gutachten zu wecken, das besser mit den Berichten der ehemaligen Behandler vereinbar ist. 4.6 4.6.1

Zu den psychischen Beschwerden berichtete die behandelnde Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. O.____, erstmals am 16. März 2014. Sie diagnostizierte neben somatischen Diagnosen eine schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen bei Behandlungsbeginn im Oktober 2011, aktuell ohne psychotische Symptome. Diese sei als Folge der körperlichen und psychischen Überlastung am Arbeitsplatz ausgebrochen. Anfänglich sei das psychische Zustandsbild mit schwerer depressiver Symptomatik mit psychotischen Symptomen im Vordergrund gestanden, konkret Antriebs-, Kraft- und Lustlosigkeit, bedrückte Stimmung und Wahnvorstellungen (eine Frau wolle ihr etwas antun, es geschehe etwas Schlimmes, sie werde beobachtet und verfolgt). Die Behandlung mit Neuroleptika und Antidepressiva habe eine Besserung der psychotischen Symptomatik gebracht. Im Hintergrund verblieben seien eine wahnhaft Wahrnehmung, Depression und Angst. Nach der Operation sei die Beschwerdeführerin wegen der Schmerzen erneut in eine schwere Depression gerutscht. Sie weine ständig und wolle nicht mehr leben, müsste sie noch ein mal operiert werden. Der Gedankengang sei formal in Ordnung, inhaltlich auf die jetzige Lebenssituation, die starken Schmerzen sowie die erfolglose Operation eingengt. Aufmerksamkeit und Konzentration (wie auch Anpassungsfähigkeit, Belastbarkeit und Fahrtauglichkeit, Urk. 7/38/4) seien deutlich vermindert. Affektiv wirke sie traurig, bedrückt und weine ununterbrochen. Psychomotorisch sei sie verlangsamt und berichte immer wieder über unerträgliche Schmerzen. Es bestünden keine Anhaltspunkte für Wahn, Sinnes täuschungen oder Ich-Störungen.

Die Prognose sei eher schlecht. Die Beschwerdeführerin werde nicht mehr in ihrem Beruf (schwere körperliche Arbeit) arbeiten können. Zudem sei die Rückenoperation misslungen. Seit dem 29. August 2012 bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Nach der Operation sei eine weitere Diskushernie diagnostiziert worden, welche die Arbeitsunfähigkeit verursache. Zudem sei die Beschwerdeführerin psychisch angeschlagen, da sie kaum laufen könne und an starken Schmerzen leide (Urk. 7/38/2 f.). 4.6.2

Am 5. Juli 2014 berichtete Dr. O.____, die Beschwerdeführerin sei wegen einer Verkalkung in der Schulter mit Kortikosteroiden und wegen Juckreiz am ganzen Körper mit Kortisol behandelt worden. Infolgedessen sei die Diabeteserkrankung schlecht verlaufen und die Beschwerdeführerin tagelang blind gewesen. Sie habe deshalb schwere Panikattacken erlitten und wiederholt das Spital aufgesucht. Sie stehe immer noch unter Schock und weine ununterbrochen, weil sie nun zu den Rückenschmerzen fast blind geworden sei und glaubhaft immer noch nicht gut sehe. Ferner sei bei einer Magenspiegelung eine Gastritis diagnostiziert worden (Urk. 7/42). 4.6.3

Im Bericht vom 25. Oktober 2015 vermerkte Dr. O.____ neu, dass es sich um eine rezidivierende depressive Störung handle (ICD-10: F33.3). Sowohl die Entwicklung der

Depression mit psychotischer Symptomatik als auch die Verschlechterung des körperlichen Zustandsbildes würden die Arbeitsfähigkeit beeinflussen. Seit der Operation sei die Beschwerdeführerin körperlich recht eingeschränkt und leide unter starken Schmerzen. Zu Beginn der Behandlung sei sie depressiv gewesen und habe an einer psychotischen Symptomatik, aus geprägten Schlafstörung, Angst und Stimmungsinstabilität gelitten. Wahnhaftige Wahrnehmung, Verfolgungsideen und Beobachtungswahn hätten zu Konflikten am Arbeitsplatz geführt. Sie habe oft Auseinandersetzungen mit Arbeitskolleginnen, dem Ehemann und ihren Eltern gehabt. Sie sei nach wie vor misstrauisch, verzweifelt, ängstlich und unsicher. Die persistierenden Schmerzen hätten die depressive Symptomatik verstärkt. Mit diesen sehe die Beschwerdeführerin keine Zukunft. Zudem leide sie an einem Diabetes mellitus Typ 2. Die Blutzuckerschwankungen hätten Folgen für die Stimmung wie Müdigkeit, Verlangsamung bis hin zu aggressivem Verhalten. Vergesslichkeit und kognitive Einschränkung seien recht ausgeprägt. Das logische Denken fehle immer mehr (z.B. Stechnadel der Insulinpumpe trotz Vorrat nie ausgewechselt). Sie werde immer unsicherer und vom Ehemann überall hinbegleitet. All dies beeinflusse die Leistungsfähigkeit, wie die Angst- und Panikzustände. Durch wiederholte Kortikosteroid-Behandlungen sei der Diabetes negativ beeinflusst worden. Die Beschwerdeführerin habe immer wieder an starker Hyperglykämie und Nebenwirkungen gelitten. Am Pfingstmontag 2014 habe sie einen schnellen Visusverlust erlitten und sei tagelang blind gewesen. Sie habe schwere Panikattacken erlitten und sei wiederholt ins Spital gegangen.

Die Prognose sei eher schlecht. Die Beschwerdeführerin sei aus psychischen Gründen und noch mehr wegen körperlicher Beschwerden auch für körperlich leichte Arbeit in der Leistung voll eingeschränkt. Die Ablehnung des Rentenbegehrens habe sie in eine schwere Depression geführt. Sie ziehe das rechte Bein mit sich, leide an Schmerzen beim Gehen, Stehen, Sitzen und Beugen. Zum Teil sei sie inkontinent (Urk. 7/76/2 f.). 4.6.4

Ferner unterzog sich die Beschwerdeführerin einer psychiatrischen Abklärung im B.____. In dessen Bericht vom 9. März 2016 (Urk. 7/86) wurde eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittel gradige depressive Episode (ICD-10: F33.1) diagnostiziert. Bereits einleitend wurde festgehalten, dass man über den Eindruck aufgrund der Informationen der Beschwerdeführerin in zwei Vorgesprächen im Januar 2016 berichte. Aus deren Sicht würden die Beschwerden mit Stress und Problemen auf der Arbeit zusammenhängen. Sie sei ferner bei den Grosseltern aufgewachsen, zwischen denen es zu Gewalt gekommen sei. Die Grossmutter und der Vater seien Alkoholiker gewesen, die Mutter habe an Depressionen gelitten und sei mit dem Messer auf den Vater losgegangen.

Zum Befund wurde notiert, die Beschwerdeführerin sei äusserlich gepflegt, bewusstseinsklar und allseits orientiert. In der Kontaktaufnahme sei sie abwartend, sachlich, aktiv im Spontanverhalten. Die Stimmung sei depressiv-resigniert, aber affektiv kontrolliert. Im Gespräch sei sie verbal mitteilungsaktiv, schildere ihr Symptomerleben und -verhalten im Zusammenhang mit der Überlastung bei der Arbeit. Kognitiv zeige sie sich in Aufmerksamkeit, Konzentration, Merkfähigkeit und Gedächtnis verlangsamt bzw. deutlich eingeschränkt. Es bestehe eine deutliche Vergesslichkeit. Im formalen Denken sei sie beweglich, aber inhaltlich problemzentriert. Anhaltspunkte für psychotische Erlebnisweisen (Wahn, Wahrnehmungs- oder Ich-Störungen) bestünden keine. Anamnestisch bestünden deutlichere Suizidgedanken, aber keine Ausführungspläne. Aktuell bestehe keine akute Suizidalität.

Beim neuropsychologischen Screening habe sich die Beschwerdeführerin gut motiviert mit guter Compliance und adäquater Anstrengungsbereitschaft, aber rasch und deutlich überfordert gezeigt. Es seien keine Aggravation oder Simulation ersichtlich. Die neuropsychologischen Einschränkungen seien mit grosser Wahrscheinlichkeit im Rahmen der Depression zu interpretieren. Der TSD-Test weise mit RW=119 auf eine schwere Depression hin. Im Verfahren zur Ermittlung paranoider und depressiver Erlebnisinhalte (PDS) würden sich für das Misstrauen (T=100) und die Depressivität (T=100) überdurchschnittliche Werte ergeben (vgl. auch Urk. 7/84/3). Das Verfahren zur Messung der visuellen Aufmerksamkeit bei monotoner Reizsituation (VIGIL) habe mangels eingeschränkten Sehvermögens nicht durchgeführt werden können. Das Verfahren zur Messung der Daueraufmerksamkeit (DAUF) zeige eine deutlich unterdurchschnittliche Aufmerksamkeits-/Konzentrationsleistung bei länger andauernden Belastungen. Der Test zur Erfassung des visuell-räumlichen Kurzzeitgedächtnisses (CORSI) weise auf eine unter der Norm liegende Kurzzeitgedächtnisleistung hin. In der fortlaufenden visuellen Wiedererkennungsaufgabe (FVW) zur Erfassung der längerfristigen Gedächtnisleistung sei ein unterdurchschnittlicher Wert erreicht worden. Beim Determinationstest (DT) zur Erfassung der reaktiven Belastbarkeit unter psychologischer Belastung (Stress) sei die Beschwerdeführerin mit der Aufgabenstellung überfordert gewesen. Abbrechen müssen habe man zudem das Verfahren zur Messung der Reaktionszeit auf optische Reize aufgrund der eingeschränkten Aufmerksamkeit und verlangsamten Reaktionszeit.

Die Störung habe somit Krankheitswert. Eine Arbeitsunfähigkeit bestehe seit dem 28. Februar [recte: August, vgl. Urk. 7/86/1) 2012. Bei guter Rehabilitationsfähigkeit (körperlich, psychisch und bedingt durch die Motivation) sei die Rehabilitationsprognose gut. Ziel sei die Reduzierung der Depression. Als Reintegrationspotenzial angegeben wurde die Wiederherstellung einer nicht weiter quantifizierten Teilarbeitsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt. 4.6.5

Der Vollständigkeit halber sei nochmals der Bericht von Dr. G.____ vom 12. Dezember 2017 erwähnt. Ohne Einsicht in die Berichte von Dr. O.____ oder Befunderhebung, also allein aufgrund der Angaben der Beschwerdeführerin diagnostizierte dieser eine schwere depressive Episode und als einziger eine Angststörung mit intermittierenden Panikattacken, unter Hinweis auf eine (nicht aktenkundige) Erstdiagnose im Jahr 2010. Eine eigene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nahm er nicht vor, sondern gab die klar als solche gekennzeichnete Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin wieder (Urk. 12). Der Bericht ist somit nicht aussagekräftig. Er lässt nur darauf schliessen, dass nach Ansicht von Dr. G.____ die psychischen Beschwerden im Vordergrund stehen und er die Situation als komplex einstuft. 4.7

4.7.1

Wie beim somatischen Gesundheitsschaden gilt es auch in Bezug auf die psychiatrische Exploration zu beachten, dass diese von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann und dem begutachtenden Psychiater deshalb praktisch immer einen gewissen Spielraum eröffnet, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist. Anders verhält es sich nur, wenn die behandelnden Ärzte objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorbringen, welche im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben und geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_353/2015 vom

24. November 2015 E. 4.1 mit Hinweisen). Im Übrigen können in der vorliegenden Konstellation die psychisch bedingten Einschränkungen im Rahmen der Gesamtwürdigung der Beschwerden nur einen Einfluss haben, wenn sie die Arbeitsfähigkeit um mehr als 20 % einschränken. 4.7.2

Im entsprechenden Teilgutachten des A.____ erläuterte der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. P.____, der Beginn der psychischen Störung sei durch Unruhe, Ängstlichkeit, leicht paranoide Überzeugungen und eine heftige Eifersucht gekennzeichnet gewesen. Aktuell festzustellen seien die Basissymptome einer depressiven Episode mit depressiv-ängstlicher Stimmung, gesteigerter Ermüdbarkeit und reduzierten Interessen. Ferner bestünden eine Schlafstörung mit Früherwachen und Libido-Minderung. Somit würden sich fünf Merkmale für die Diagnose einer leichtgradigen depressiven Störung ergeben. Weitere psychopathologische Symptome seien nicht festzustellen. Insbesondere sei aufgrund der nachgewiesenen mittelgradigen degenerativen Veränderungen im Bereich der Wirbelsäule von einer Schmerz-Äquivalenz auszugehen, weshalb keine somatoforme Schmerzstörung zu diagnostizieren sei. Die psychische Störung sei zudem nicht als reaktive Anpassungsproblematik an die Rückenbeschwerden zu werten, da sie vor der Beinlähmung ausgebrochen sei. Hinweise für eine Persönlichkeitsstörung fehlten. Von den zwei verordneten Psychopharmaka liege Quetiapin unter der Nachweisgrenze, so dass zu vermuten sei, die Beschwerdeführerin nehme dieses nicht oder nur sehr unregelmässig ein. Dieses könnte indes gerade zu einer Besserung der geklagten Unruhe als depressive Restsymptomatik führen (Urk. 7/71/11 f.).

Der Gutachter kam zum Schluss, die Beschwerdeführerin sei im Jahr 2011 unter einer erheblichen depressiven Symptomatik erkrankt bis hin zu wahnhaften Inhalten der Gedanken. Die Behandlung habe die Symptomatik relativ rasch gedämpft. Heute liege noch eine leichtgradige depressive Episode vor, die jedoch als krankheitswertig und behandlungsbedürftig zu bezeichnen sei. Die Beschwerdeführerin sei aufgrund der Verstimmungen, Ängstlichkeit und Unruhe in ihrer Konzentrationsfähigkeit und Fähigkeit zur Willensanspannung etwas eingeschränkt. Die Einschränkung betrage seit Oktober 2011 20 %. Ressourcen würden in der guten familiären Integration und der weiterhin bestehenden Mobilität liegen (Urk. 7/71/12). Die von Dr. O.____ geschilderten Befunde dürften bei Ausbruch der Krankheit somit tatsächlich vorgelegen haben. Zwischenzeitlich habe jedoch eine deutliche Besserung und Abschwächung der Symptomatik stattgefunden. Bei hereditärer Belastung und der Tendenz zu leicht paranoiden Gedanken bleibe die Beschwerdeführerin indes für eine depressive Symptomatik rezidivgefährdet (Urk. 7/71/12, ferner Urk. 7/89/1). Ergänzend führten die Gutachter später zum Bericht des B.____ aus, Einigkeit bestehe über die Art, nicht aber das Ausmass der psychischen Störung. Der TSD sei als Selbstbeurteilungsverfahren mit Vorsicht zu bewerten. Zudem korrespondiere der Testbefund nicht mit dem dar gestellten klinischen Befund, der eigentlich nicht von demjenigen im Gutachten divergiere. Es werde denn auch keine wesentliche gesundheitliche Verschlechterung seit der Begutachtung behauptet. Wie bereits erläutert, könnte die beklagte Unruhe und Ängstlichkeit zudem durch eine kompliante Einnahme von Quetiapin verbessert werden (Urk. 7/89/2). 4.7.3

Entgegen der Darstellung der Beschwerdeführerin haben die Fachärzte eine psychotische Symptomatik durchwegs nur zu Beginn der Behandlung bejaht, so dass diese bei frühstmöglichem Rentenbeginn im Herbst 2013 keine Rolle mehr spielte. Als massgebend stellten die untersuchenden Fachärzte einhellig eine depressive Symptomatik fest, deren

Schweregrad sie jedoch nicht unterschiedlich beurteilen können.

Für die Qualifikation als mittelgradige depressive Episode müssen mindestens zwei der drei typischen Symptome einer Depression gegeben sein: gedrückte Stimmung (1), Interessenverlust und Freudlosigkeit (2) und Verminderung des Antriebs sowie erhöhte Ermüdbarkeit (3). Zusätzlich müssen drei oder besser vier der weiteren Symptome vorhanden sein, so dass die Gesamtzahl der beiden Gruppen sechs oder auch sieben beträgt. Zu den weiteren Symptomen zählen: verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit, vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Schuldgefühle und Gefühl von Wertlosigkeit, negative und pessimistische Zukunftsperspektiven, Suizidgedanken bzw. erfolgte Selbstverletzung oder Suizidhandlungen, Schlafstörungen und vermindertes Appetit. Einige der Symptome müssen in ihrem Schweregrad besonders ausgeprägt sein oder aber es ist durchgehend ein besonders breites Spektrum von Symptomen vorhanden. Der Betroffene hat erhebliche Schwierigkeiten, seine normale Berufstätigkeit und sozialen Aktivitäten fortzusetzen.

In Abgrenzung hierzu bedarf es für die Qualifikation einer leichten depressiven Episode neben mindestens zwei typischen nur ein weiteres Symptom, so dass die Gesamtzahl der Symptome aus beiden Gruppen mindestens vier oder auch fünf beträgt. Zudem sollte kein Symptom besonders ausgeprägt sein. Der Betroffene leidet zwar unter den Symptomen und hat Schwierigkeiten, seine normale Berufstätigkeit und seine sozialen Aktivitäten fortzusetzen, gibt aber die alltäglichen Aktivitäten nicht vollständig auf. Eine schwere depressive Episode ist zu diagnostizieren, wenn alle drei typischen und mindestens fünf der weiteren Symptome vorhanden sind, von denen einige besonders ausgeprägt sein sollten. Insgesamt braucht es also mindestens acht Symptome. Es ist unwahrscheinlich, dass der Betroffene während einer schweren depressiven Episode in der Lage ist, soziale, häusliche und berufliche Aktivitäten fortzuführen, allenfalls sehr begrenzt (vgl. Dilling/Mombour/Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD

E. 6

des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, 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

Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 169-174). 4.7.4

Dr. P.____ hat somit gestützt auf seine Untersuchung anhand der ICD-Kriterien nachvollziehbar dargetan, weshalb bei der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der Begutachtung nicht die Diagnose einer schweren oder mittelgradigen depressiven Episode zu stellen war. Dabei ist den Gutachtern beizupflichten, dass der klinische Befund gemäss Gutachten und Bericht des B.____ vergleichbar ist. Das von Dr. O.____ (stets gleich)

beschriebene Beschwerdebild liess sich demgegenüber nicht bestätigen. Sie schilderte zudem offenbar anhaltende Angstzustände und Panikattacken infolge einer tagelangen Erblindung. Allerdings fanden diese keinen Niederschlag in ihrer Diagnosestellung. Es verwundert daher nicht, dass sich in den entsprechenden somatischen Abklärungen (Urk. 7/45) auch lediglich der Hinweis auf ein vorübergehendes Verschwommensehen im Zusammenhang mit Kopfschmerzen bzw. einer Medikamentenumstellung findet. Nicht zuletzt ist bei der Beschwerdeführerin zudem kein erheblicher Leidensdruck ersichtlich. Weder absolvierte sie bisher einen stationären Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik, noch nimmt sie die verordneten Medikamente zuverlässig ein.

Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin kann Dr. P. ___ zudem nicht vorgeworfen werden, nicht lege artis vorgegangen zu sein, weil er kein testpsychologisches Screening durchführte. Denn gemäss Rechtsprechung kann einem testmässigen Erfassen der Psychopathologie ohnehin nur ergänzende Funktion beigemessen werden, während die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung ausschlaggebend bleibt (vgl. oberwähntes Urteil 9C_353/2015 E. 4.1). Die A. ___-Gutachter haben diesbezüglich auch zu Recht darauf hingewiesen, dass die erhobenen Testbefunde nicht mit dem im Bericht des B. ___ notierten klinischen Befund und offensichtlich auch nicht mit der darin gestellten Diagnose vereinbar sind. So erreichte die Beschwerdeführerin in den Tests, soweit diese überhaupt durchführbar waren, jeweils Extremwerte, was indes selbst die Fachpersonen des B. ___ nicht von der Diagnose einer schweren Depression überzeugen konnte.

Ergänzend ist anzumerken, dass Dr. P. ___ die Psycho-Hereditätsstörungen durchaus würdigte. So stellte er fest, die Beschwerdeführerin sei aufgrund der hereditären Belastung und der Tendenz zu leicht paranoiden Gedanken gefährdet für ein Rezidiv der depressiven Symptomatik, weshalb er die fortgesetzte Behandlungsbedürftigkeit betonte. Nicht angebracht sind nach dem soeben zur Massgeblichkeit der Exploration Gesagten indes direkte Rückschlüsse von den psychischen Erkrankungen im familiären Umfeld auf den Schweregrad der eigenen Erkrankung, wie sie die Beschwerdeführerin suggeriert. 4.7.5

Fragwürdig erscheint somit einzig die retrospektive Beurteilung der psychischen Beschwerden im Gutachten. So stellte Dr. P. ___ eine deutliche Besserung der Symptomatik seit Behandlungsbeginn im Oktober 2011 fest, attestierte der Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht aber dennoch eine konstante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % ab Oktober 2011.

Fest steht, dass sich in den Akten keine (schon gar keine echtzeitlichen) Dokumente finden, die eine tatsächliche Arbeitsunfähigkeit bei Ausbruch der psychischen Erkrankung bzw. vor dem Bandscheibenvorfall im August 2012 belegen würden. Insbesondere verzichtete die langjährig behandelnde Dr. O. ___ in ihren Berichten nicht nur auf eine klare Unterscheidung zwischen somatischen und psychischen Beschwerden, wobei sie auch selbst somatische Abklärungen in Auftrag gab. Vielmehr nannte sie als primäre Ursachen der Arbeitsunfähigkeit eine Diskushernie und körperliche Schmerzen. Sogar der Diabetes-Erkrankung schrieb sie als einzige einen massgeblichen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu, was indes im internistischen A. ___-Teilgutachten trotz erhöhter Werte ausdrücklich verneint wurde (Urk. 7/7/25). Ausserdem wäre es der Beschwerdeführerin durchaus zumutbar, die antidiabetische Therapie – wie gut achtlich empfohlen – zu intensivieren. Als Konsequenz attestierte Dr. O. ___ der Beschwerdeführerin durchgängig eine volle Arbeitsfähigkeit ab Ende August 2012, obschon sie mit Bezug auf den Verlauf

der psychischen Beschwerden über eine schwere depressive Episode mit psychischen Symptomen im Oktober 2011 und eine erneute Verschlechterung nach der Operation im März 2013 berichtete. Ebenso wenig ergeben sich aus dem Arbeitgeberfragebogen Anhaltspunkte für eine durch psychische Beschwerden bedingte Abwesenheit vom Arbeitsplatz zwischen Herbst 2011 und Herbst 2012 (vgl. Urk. 7/29: regelmässige Auszahlung von Sonntagszulagen, Bezug von Krankentagegeldleistungen ab November 2012).

Die letztlich in jedem Bericht der behandelnden Psychiaterin diagnostizierte, gerade bestehende schwere depressive Episode vermag somit für die Vergangenheit genauso wenig wie für die Gegenwart mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine höhere als die in der Begutachtung festgestellte Arbeitsunfähigkeit zu begründen. 4.8

Der Vollständigkeit halber ist anzufügen, dass das Bundesgericht mit zur Publikation in der amtlichen Sammlung vorgesehenem Urteil 8C_130/2017 vom 30. November 2017 erkannt hat, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Leiden einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen seien, wobei es je nach Krankheitsbild allenfalls gewisser Anpassungen hinsichtlich der Wertung einzelner Indikatoren bedürfe. Diese Abklärungen enden laut Bundesgericht stets mit der Rechtsfrage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (E. 7). Aus Gründen der Verhältnismässigkeit kann indes dort von einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 abgesehen werden, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist. Ob dies zutrifft, beurteilt sich aufgrund der konkreten Fallumstände und der jeweiligen Beweisproblematik (zur Publikation vorgesehene Urteile des Bundesgerichts 8C_130/2017 vom 30. November 2017 E. 7.1 und 8C_841/2016 vom 30. November 2017 E. 4.5.3).

In Anbetracht der weitgehenden Remission der gesamten psychischen Symptomatik, der im A.____-Gutachten schlüssig als geringfügig beurteilten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht sowie dem Umstand, dass im neurologischen Teilgutachten eine funktionelle Überlagerung festgestellt wurde und die testpsychologischen Befunde letztlich nicht plausibel sind, erscheint vorliegend ein strukturiertes Beweisverfahren weder notwendig noch sinnvoll. 4.9

Zusammenfassend ist den Vorakten und später nachgereichten Stellungnahmen, aber auch der Argumentation der Beschwerdeführerin also nichts zu entnehmen, was ernsthafte Zweifel an der im A.____-Gutachten in Würdigung aller Beschwerden festgestellten integrierten Arbeitsfähigkeit von 80 % in einer dem somatischen Leiden angepassten Tätigkeit ab Herbst 2013 hervorrufen würde, wobei aufgrund der aktenkundigen Prognosen im Vorfeld der Operation sowie den vom operierenden Wirbelsäulenchirurgen postoperativen abgegebenen Einschätzung auch zu keiner Zeit mit einer Invalidität, definiert als voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit, zu rechnen war (vgl. Art. 8 Abs. 1 ATSG). Daran vermag der Umstand, dass die Beschwerdeführerin kurz vor Ablauf des Wartejahres noch eine stationäre Rehabilitation beanspruchte, welche nochmals zu einer Verbesserung der Mobilität führte, nichts zu ändern. 5.

Die Berechnungsgrundlagen des Einkommensvergleichs sind soweit unstrittig, belegt (Urk. 7/29/3) und nachvollziehbar (Urk. 7/74). Unter Berücksichtigung der Arbeitsfähigkeit

von 80 % in angepassten Tätigkeiten sowie des von der Beschwerdegegnerin gewährten leidensbedingten Abzugs von 5 % resultiert daher neu ein Invalideneinkommen von $(51'801.21 \times 0,8 \times 0,95 =)$ Fr. 39'369.--. Der neue Invaliditätsgrad von 21 % erreicht den Schwellenwert für eine Viertelsrente von 40 % nicht, weshalb die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch zu Recht verneinte. Die Beschwerde ist folglich abzuweisen. 6.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Sie sind vorliegend auf Fr. 800.-- anzusetzen und der unterliegenden 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 zugestellt. 3.

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

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

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

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

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