

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01358 vom 29. März 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-03-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.01358

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01358 du 29 mars 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01358 del 29 marzo 2018

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1965, verfügt über keine Berufsausbildung und war zuletzt ab September 2002 in einem 80%-Arbeitspensum als Hilfsmonteurin tätig. Im März 2015 meldete sie sich wegen multipler Beschwerden bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 5/8). Diese holte diverse Arztberichte (Urk. 5/5, 5/15, 5/29 und 5/32 f.), einen Auszug aus dem individuellen Konto (Urk. 5/10) sowie Auskünfte bei der letzten Arbeitgeberin (Urk. 5/22) ein. Zudem zog sie die Akten der Krankentaggeldversicherung (Urk. 5/14, 5/18 und 5/36) bei. Am 17. August 2015 erfolgte sodann eine von der Krankentaggeldversicherung in Auftrag gegebene psychiatrische Begutachtung (Urk. 5/36/10-30), am 24. November 2015 eine allgemein-/arbeitsmedizinische Untersuchung durch den Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; Urk. 5/35). Dieser nahm ferner Stellung zum psychiatrischen Gutachten (Urk. 5/49/4; vgl. dazu auch Urk. 5/55/2). Nachdem die IV-Stelle bereits am 19. August 2015 einen Anspruch auf berufliche Massnahmen verneint hatte (Urk. 5/28), stellte sie der Versicherten mit Vorbescheid vom 18. Mai 2016 auch eine Verneinung des Rentenanspruchs in Aussicht (Urk. 5/38). Dagegen erhob die Versicherte unter Beilage eines neuen Arztberichts Einwand (Urk. 5/44-46). Am 2. November 2016 verfügte die IV-Stelle wie angekündigt (Urk. 2). Im Übrigen auferlegte sie der Versicherten gleichentags eine Schadenminderungspflicht im Sinne einer Anpassung der medikamentös-antidepressiven Behandlung (Dosiserhöhung, allenfalls Präparatewechsel) sowie eine tagesklinische Behandlung (Urk. 5/56).

E. 1.1

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

E. 1.2

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können dabei in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in

Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein seelisches Leiden mit Krankheitswert besteht, welches die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG, BGE 139 V 547 E. 5, 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352 E. 2.2.1).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt grundsätzlich eine lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (BGE 130 V 396; 141 V 281 E. 2.1). Eine fachärztlich festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleich bedeutend 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 objektivierte(n) Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.2.1 unter Hinweis auf 127 V 294 E. 4b/cc und 139 V 547 E. 5.2).

Gemäss der für somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden entwickelten Rechtsprechung des Bundesgerichts ist die tatsächliche Arbeits- und Leistungsfähigkeit der versicherten Person grundsätzlich in einem strukturierten, ergebnisoffenen Beweisverfahren anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren zu ermitteln (BGE 141 V 281). Mit BGE 143 V 418 hat das Bundesgericht erkannt, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen 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).

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

Schliesslich 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 also 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. Aus schlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). 2.

E. 2

Gegen den Entscheid vom 2. November 2016 erhob die Versicherte am 5. Dezember 2016 Beschwerde mit dem Antrag, ihr ab 1. Dezember 2015 eine ganze Invalidenrente zuzusprechen. Eventualiter sei die Sache zur Einholung eines externen polydisziplinären Gutachtens an die IV-Stelle zurückzuweisen (Urk. 1). In der Beschwerdeantwort vom 17. Januar 2017 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 4). Es wurde ein zweiter Schriftenwechsel angeordnet (Urk. 6). In der Replik vom 11. Mai 2017 hielt die Versicherte unter Beilage zahlreicher Arztberichte (Urk. 11/1-15) an ihren Anträgen fest (Urk. 10). Die IV-Stelle verzichtete ausdrücklich auf eine Duplik (Urk. 13). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin erwog in der angefochtenen Verfügung, seit dem 9. Dezember 2014 sei die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in der bisherigen Tätigkeit infolge verminderter Belastbarkeit des Achsenskeletts eingeschränkt. Indes sei ihr eine leichte Tätigkeit in Wechselbelastung, idealerweise ohne Zwangshaltung der Wirbelsäule, Überkopfarbeiten oder kraftvolles Zupacken zu 100 % zumutbar. Die Beschwerdekumulation im Tagesverlauf bedinge zusätzliche Pausen und führe daher zu einer Reduktion der Arbeitsfähigkeit um 25 %. Eine depressive Symptomatik, eine Ermüdungserscheinung oder ein Nachlassen der Konzentration/Aufmerksamkeit habe der RAD nicht feststellen können. Ohnehin seien gemäss BGE 141 V 281 nur schwere und therapeutisch nicht mehr angehbare psychische Störungen invalidisierend, wobei das Bundesgericht leichte bis mittelschwere Störungen aus dem depressiven Formenkreis nach wie vor als i.d.R. therapierbar erachte. Gemäss Versicherungsgutachten sei eine Anpassung der antidepressiven Medikation sowie eine tagesklinische Behandlung zu erwägen. Die Behandlungsoptionen seien also nicht ausgeschöpft. Somit sei dem Valideneinkommen von Fr. 47'100.-- ein Invalideneinkommen von Fr. 39'632.-- gegenüberzustellen. Es resultiere ein Teilinvaliditätsgrad von 16 % im Erwerbsbereich, der mit 80 % zu gewichten sei. Eine allfällige Einschränkung im Haushalt vermöge daher keinen Rentenanspruch zu begründen, weshalb auf eine Abklärung vor Ort verzichtet worden sei (Urk. 2).

E. 2.2

Dem hielt die Beschwerdeführerin in der Beschwerde entgegen, sie werde von sämtlichen behandelnden Ärzten als zu 100 % arbeitsunfähig beurteilt. Ebenso habe der von der Krankentaggeldversicherung beigezogene Psychiater ihr in seinem Gutachten eine volle

Arbeitsunfähigkeit bei schlechter Prognose, aber noch nicht ausgeschöpften Therapiemöglichkeiten attestiert. Der RAD, der nicht über zureichende Kenntnisse in den erforderlichen Fachgebieten verfüge, habe weder eine eigene psychiatrische Untersuchung durchgeführt, noch sich mit dem Gutachten oder den Arztberichten auseinandergesetzt. Sodann habe der behandelnde Psychiater inzwischen berichtet, dass eine Anpassung der Medikation zu keiner Verbesserung geführt habe und eine tagesklinische Behandlung aufgrund der Sozialphobie sowie des schlechten psychischen Zustandes nicht habe realisiert werden können. Dies sei bei der vorzeitig im Dezember 2015 erfolgten Indiaktorenprüfung nicht berücksichtigt worden. Im Übrigen setze auch die Rechtsprechung gemäss BGE 141 V 281 nachvollziehbare, beweiskräftige medizinische Akten voraus. Vorliegend handle es sich um ein komplexes, mehrschichtiges und Wechselwirkungen entfaltendes psychiatrisches Beschwerdebild, das sich trotz der im Rahmen des Möglichen umgesetzten Behandlungsoptionen nicht verbessert habe. So leide sie an einer eigentlichen Persönlichkeitsstörung, die depressive Störung sei rezidivierend und die Angststörungen würden es ihr verunmöglich, allein das Haus zu verlassen. Zudem sei die Wechselwirkung zwischen psychischen und somatischen Beschwerden abzuklären (Urk. 1 S. 3 ff.).

E. 2.3

In der Beschwerdeantwort wies die Beschwerdegegnerin darauf hin, dass die gesundheitliche Situation durch diverse Gutachten genügend abgeklärt sei. Das psychiatrische Gutachten der Krankentaggeldversicherung sei in die Beurteilung eingeflossen. Danach seien die therapeutischen Massnahmen nicht ausgeschöpft. Eine inzwischen erfolgte Umsetzung, insbesondere einer tagesklinischen Behandlung, sei nicht aktenkundig. Ferner habe sich der Gesundheitszustand gemäss der behandelnden Psychologin zwischen Dezember 2015 und November 2016 nicht verändert und eine eigentliche Persönlichkeitsstörung gehe aus keinem Bericht des Behandlers hervor (Urk. 4).

E. 2.4

In der Replik monierte die Beschwerdeführerin ferner, die Beschwerdegegnerin habe vor Verfügungserlass kein Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchgeführt. Ebenso wenig sei sie ihrer Pflicht nachgekommen zu prüfen, ob die im Gutachten vorgeschlagenen Massnahmen bereits umgesetzt worden seien. Der behandelnde Psychiater habe zudem dargetan, dass ein Programm in einer Tagesklinik wegen der Sozialphobie nicht realisierbar und die Versicherte empfindlich auf Medikamente reagiere. Andere Medikamente hätten das Zustandsbild nicht verändert. Demnach sei von einer Chronifizierung und Behandlungsresistenz auszugehen oder entsprechend BGE 127 V 294 zumindest bis zum Eintritt einer tatsächlichen Verbesserung eine Rente zuzusprechen. Zudem beruhe die RAD-Beurteilung (unter konkreter Nennung der Arztberichte) auf einer unvollständigen Aktenlage und weder die Verfügung noch das Feststellungsblatt enthalte eine seriöse, nachvollziehbare Prüfung der Kriterien der angerufenen Rechtsprechung (Urk. 10). 3. 3.1 3.1.1

Im Versicherungsgutachten vom 25. August 2015 diagnostizierte Dr. med. Dipl.-Psych. Y. ____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, eine leicht-mittelgradig ausgeprägte depressive Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10: F32.00/F32.10) und eine generalisierte Angststörung mit paroxysmalen, agoraphobischen und generalisierten Anteilen (ICD-10: F41.1) vor dem Hintergrund einer akzentuierten (dependenten, selbstunsicheren und ängstlich-vermeidenden) Persönlichkeit (ICD-10: Z73.1;

Urk. 5/36/20). 3.1.2

Dazu erläuterte er, subjektiv berichte die Beschwerdeführerin über eine ausgeprägte vor allem ängstliche, aber auch depressive Symptomatik. Das Aktivitätsniveau im Alltag sei reduziert, es bestehe ein deutliches Rückzugs- und soziales Vermeidungsverhalten. Psychopathologisch zeige sie ein deutlich ausgeprägtes depressives Zustandsbild. Psychometrisch zeichne sich auf den Fremdbeurteilungsskalen ein leicht- bis mittelgradig ausgeprägtes depressives Syndrom ab. Bei unauffälliger schulischer, familiärer und beruflicher Entwicklung sei eine Persönlichkeitsstörung zu verneinen. Sicher vorliegen würden akzentuierte Persönlichkeitszüge, wobei ein Überlappungsbereich zur depressiv-ängstlichen Störung bestehe. Die Chronifizierungstendenz werde wesentlich unterhalten durch die ungünstige Wechselwirkung der depressiven Störung und Angststörung sowie interagierenden strukturellen Defizite. Zur generalisierten Angststörung seien folgende Symptome subjektiv geschildert und in den Berichten dokumentiert worden: Befürchtungen (es könnte etwas Schlimmes geschehen, beständige Anspannung, innere Unruhe und Nervosität im Sinne eines Hyperarousals, Konzentrationsprobleme, Alltagsvergesslichkeit), motorische Spannung (körperliche Unruhe, Schwindel, Unfähigkeit zur Entspannung, rasche Ermüdbarkeit und Erschöpfung) und vegetative Übererregbarkeit (Schwindel, Palpationen, Beklemmungsgefühle, Schwitzen, innere Unruhe, Durchschlafstörungen). Dieses Störungsbild in der derzeitigen Ausprägung schränke die psycho-physische Leistungsfähigkeit deutlich ein. Den Schilderungen und Berichten sei eine deutliche Chronifizierungstendenz mit schleichender Erschöpfung der Copingstrategien und ängstlich-depressiver Dekompensation zu entnehmen (Urk. 5/36/22 f.). 3.1.3

Daraus schlussfolgerte der Gutachter, die Leistungsfähigkeit werde durch die affektiven, psychomotorischen, kognitiven, formalgedanklichen und vegetativen Symptome deutlich beeinträchtigt. Es bestehe eine leichte Störung der Vitalgefühle, die psychophysische Leistungsfähigkeit sei eingeschränkt. Im Hinblick auf die soziale Interaktionsfähigkeit sei die Beschwerdeführerin durch die Antriebsminderung, die agora- und sozialphobischen und generalisierten Ängste, ein ausgeprägtes soziales Vermeidungsverhalten und den depressiven Rückzug deutlich eingeschränkt. Die Beziehungsgestaltung sei vor dem Hintergrund einer geringen Frustrationstoleranz dependent/vermeidend. Auf der Fähigkeitsebene würden sich vor allem Einschränkungen in der Flexibilität und Umstellungs-, in der Entscheidungs- und Umstellungs-, Durchhalte-, Selbstbehauptungs-, Konflikt- und Gruppenfähigkeit sowie der Fähigkeit zu spontanen Aktivitäten und Verkehrsfähigkeit finden. Es fehlten somit die elementaren Voraussetzungen für eine stabile Integrierbarkeit in den Arbeitsprozess unter den Bedingungen der freien Wirtschaft. Zum Untersuchungszeitpunkt liege eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für jedwede Tätigkeit aufgrund der mittelgradig ausgeprägten depressiven Symptomatik und vor allem der generalisierten Angststörung vor dem Hintergrund einer akzentuierten Persönlichkeit vor (Urk. 5/36/23 f.). 3.1.4

Allerdings seien die therapeutischen Optionen sicherlich noch nicht ausgeschöpft. Einerseits sei eine Anpassung der medikamentös-antidepressiven Behandlung (Dosiserhöhung, gegebenenfalls Präparatewechsel) zu erwägen, andererseits angesichts des ausgeprägten Rückzugs-/Vermeidungsverhaltens auch eine tagesklinische Behandlung. Allerdings zeige sich die Beschwerdeführerin einem solchen Vorschlag gegenüber deutlich ablehnend, was die Erfolgsaussichten beeinträchtigen werde. Die Prognose hänge im

Wesentlichen davon ab, inwieweit die generalisierte Angstsymptomatik durch die psychiatrisch-psychotherapeutische/ medikamentös-antidepressive Therapie vermindert werden könne. Angesichts des sich schon abzeichnenden chronifizierenden Verlaufs sei die Prognose hinsichtlich einer raschen Verbesserung der Arbeitsfähigkeit wenig günstig (vgl. auch Urk. 5/36/24 „kurzfristig ungünstige Prognose“). Zudem sei angesichts der Komorbidität einer depressiven und Angststörung sowie vor dem Hintergrund akzentuierter Persönlichkeitszüge, die in ungünstiger Wechselwirkung zur depressiv-ängstlichen Symptomatik stehe, von einer mittlerweile eher reservierten Prognose auszugehen (Urk. 5/36/25 f.). 3.2 3.2.1

Der RAD-Arzt pract. med. Z.____, Facharzt für Arbeitsmedizin, stellte im Bericht vom 26. November 2015 als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein zervikozephalales Schmerzsyndrom bei mehrsegmentaler Spinalkanalstenose C3 bis C6 im MRI. Aufgrund der Diagnosen und Befunde sei eine verminderte Belastbarkeit des Achsenskeletts vor allem im Bereich der Halswirbelsäule (HWS) und des Schultergürtels nachvollziehbar. Aus arbeitsmedizinischer Sicht seien schwere körperliche Tätigkeiten nicht mehr zumutbar, ebenso wenig monotone Tätigkeiten in Zwangshaltung der Wirbelsäule, speziell der HWS (z.B. vorn über gebeugte Haltung oder Reklination). Vollumfänglich möglich seien indes leichte Tätigkeiten in Wechselbelastung, ohne Zwangshaltungen der Wirbelsäule, ohne Arbeiten in vorn über gebeugter Haltung oder Reklination der HWS, ohne häufige Überkopfarbeiten oder die Notwendigkeit kraftvollen Zupackens. Aufgrund der Beschwerdekumulation sei im Tagesverlauf ein zusätzlicher Pausenbedarf von ca. 2 Stunden verteilt über den Arbeitstag gegeben. Es resultiere eine Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit von 70 bis 80 %. Nicht beurteilt werde hierbei der Einfluss der psychischen Erkrankung auf die funktionelle Leistungsfähigkeit. Allerdings sei anzumerken, dass in der Untersuchung keine depressive Symptomatik, keine Ermüdgungserscheinungen oder ein Nachlassen der Aufmerksamkeit beobachtet worden seien (Urk. 6/35/8 f.). 3.2.2

In Würdigung der Vorakten führte med. pract. Z.____ aus, gemäss den Berichten der Neurologin Dr. med. A.____ vom 8. September 2014 und 6. Mai 2015 würde sich die geschilderte Attacke vom Mai 2013 mit Schwarz-Werden vor den Augen und eventuell aufgetretenen Doppelbildern sowie Schwindel nicht abschliessend erklären. Als Verdachtsdiagnose werde eine vestibuläre Migräne geäussert, welche behandelbar sei. Die attestierte volle Arbeitsunfähigkeit sei aufgrund der beschriebenen Befunde und Diagnosen somit nicht nachvollziehbar. Ebenfalls keine Erklärung für die Drehschwindelattacke im Mai 2013 gefunden worden sei gemäss Bericht des Interdisziplinären Zentrums für Schwindel- und Gleichgewichtsstörungen vom November 2013 in den dort durchgeführten Untersuchungen. Die in den Berichten der B.____ Klinik Muskulo-Skelettzentrum/manuelle Medizin, verfasst von Dr. med. C.____ in den Jahren 2014 und 2015, beschriebene verminderte Belastbarkeit der HWS sei aufgrund auch der MRI-Befunde aus den Jahren 2013 und 2014 plausibel. Neurologische Einschränkungen seien nicht festgestellt worden. Funktionelle Einschränkungen für leichte körperliche Tätigkeiten ohne Belastung der HWS/des Schultergürtelbereichs seien den Berichten nicht zu entnehmen (Urk. 5/35/8). 3.2.3

Des Weiteren beobachtete der RAD-Arzt, dass die Beschwerdeführerin während der zweistündigen Anamnese (in der sie sehr unstrukturiert zuerst über ein eher somatisch orientiertes Erklärungsmodell und zum Schluss über eine zu berücksichtigende Depression

aufgrund des Stellenverlusts berichtete) ruhig auf dem Stuhl sass und nur gelegentlich leichte Positionswechsel vollzog – ohne Äusserung von Schmerzen oder Anhalt in der Mimik für Schmerzempfindung. Sie habe sehr lebhaft und ohne Anzeichen von Ermüdung oder Konzentrationschwäche berichtet. Be- und Entkleiden seien flüssig erfolgt. Zur Demonstration ihrer Beschwerden habe die Beschwerdeführerin die entsprechenden Bewegungen vollführt, ohne dass eine wesentliche Einschränkung der HWS bzw. der Vor-/Rückneigung der HWS zu beobachten gewesen wäre (Urk. 5/35/7). 3.3

3.3.1

Im Rahmen der Stellungnahme vom 17. Dezember 2015 nahm med. pract. Z. ___ sodann eine Gesamtwürdigung gestützt auf das psychiatrische Gutachten von Dr. Y. ___ und seine eigene Untersuchung vor und kam zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin in der bisherigen und einer angepassten Tätigkeit auf Grund des psychischen Gesundheitsschadens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit seit Dezember 2014 voll arbeitsunfähig sei. Da die Prognose gemäss psychiatrischem Gutachten vom weiteren Verlauf der Behandlung abhängt, sei aktuell von einem instabilen, behandelbaren Gesundheitsschaden auszugehen. Nach Durchführung der empfohlenen medizinischen Massnahmen solle in sechs bis zwölf Monaten eine erneute Beurteilung erfolgen (Urk. 5/49/4 f.). 3.3.2

Ergänzend führte die RAD-Ärztin med. pract. D. ___, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, am 29. Dezember 2015 eine Indikatorenprüfung durch. Unter dem Titel „Diagnoseprüfung“ übernahm sie die Diagnosen von med. pract. Z. ___ und Dr. Y. ___. Bezüglich der „Komorbiditäten“ wies sie darauf hin, es bestünde eine nicht langandauernde leicht- bis mittelgradige depressive Episode und eine nicht erhebliche Diagnose der Z-Codierung im Sinne einer akzentuierten Persönlichkeit. Dabei seien in der RAD-Untersuchung keine depressive Symptomatik, Ermüdungserscheinungen oder ein Nachlassen der Konzentration oder Aufmerksamkeit beobachtet worden. Bezüglich des „Behandlungs- und Eingliederungserfolgs“ verwies sie auf die wöchentlichen Termine beim Psychiater bzw. der Psychologin sowie die Medikation mit Eltroxin, Cipralext, Trittico und Concor. Unter dem Titel „soziale Situation“ schilderte med. pract. D. ___, die Beschwerdeführerin wohne zusammen mit ihrem Ehemann und den beiden Kindern. Ihr Vater sei kürzlich verstorben. Sie habe noch zwei Schwestern und einen Bruder. Bei der „Ressourcenprüfung“ wies med. pract. D. ___ auf den geregelten Tagesablauf hin. Die Beschwerdeführerin habe Hobbies, einen intakten Freundeskreis und mache mit ihrem Ehemann Spaziergänge bzw. gehe mit diesem einkaufen. Unter dem Punkt „Behandlungsoptionen aufzeigen“ nannte sie die von Dr. Y. ___ empfohlenen therapeutischen Massnahmen. Als Fazit hielt sie fest, es werde nicht beschrieben, wann die Panikattacken auftreten würden. Die Behandlungsoptionen seien noch nicht ausgeschöpft, das Mini-ICF-APP-Rating sei leider nicht weiter erklärt worden. Gemäss dem behandelnden Psychiater bestünden die sozialen Phobien seit der Entlassung. Folglich sei das Leistungsbegehren abzuweisen (Urk. 5/49/5 f.). 4. 4.1

Bezüglich der somatischen Beschwerden beanstandete die Beschwerdeführerin lediglich, dass dem RAD bei seiner Beurteilung nicht alle Akten vorgelegen hätten und die behandelnden Ärzte eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert hätten. Konkrete Diagnosen, Befunde oder anderweitige Aspekte, die der RAD übersehen oder unzutreffend gewürdigt haben soll, werden nicht genannt. 4.2

4.2.1

Der letzte mit den Akten der Beschwerdegegnerin eingereichte Bericht des Muskulo-Skelettal Zentrums der B.____ Klinik, verfasst von Dr. med. C.____, dem Leitenden Arzt für Manuelle Medizin und interventionelle Rheumatologie, datierte vom 20. August 2015. Dr. C.____ diagnostizierte ein hartnäckiges zervikoenzephalales und spondylogenes Schmerzsyndrom rechts. Die Beschwerde führerin sei erstmals im März 2014 aufgrund starker zervikoenzephaler aber auch spondylogener Schmerzen (rechtsbetont) sowie störender Krepitationen bei Rotationsbewegungen gesehen worden. Inzwischen habe man eine mehrsegmentale Spinalkanalstenose auf Niveau C3/4 bis C5/6 aufgrund eines engen Spinalkanals festgestellt. Hinweise für eine Neuropathologie hätten sich nicht ergeben. Neurologisch sei die Beschwerdeführerin abgeklärt. Deutlich sei auch die starke Haltungsinsuffizienz mit Überbeanspruchung der myofascialen Strukturen. Mitunter ein Grund für die Beschwerdezunahme sei das ständige Sitzen als Fabrikarbeiterin. Inzwischen seien physiotherapeutische Massnahmen eingeleitet und Infiltrationstherapien in den Spinalkanal aber auch an die Gelenke erfolgt, was temporär eine Besserung gebracht habe. Die HWS sei druckdolent mit Einschränkung der Beweglichkeit in allen Ebenen, bei normaler Neurologie. Insbesondere bestünden keine Hinweise für eine zervikale Myelopathie. Momentan sei die Symptomatik stationär. In der bisherigen Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin seit dem 9. Dezember 2014 zu 100 % arbeitsunfähig. Längeres Sitzen, wie sie es als Fabrikarbeiterin getan habe, sei nicht mehr möglich. Die Schmerzen würden sie in der Leistungsfähigkeit bzw. bei der Durchführung der Arbeit beeinträchtigen. Auch sei die Konzentration aufgrund der Medikamente leicht eingeschränkt. Die Beschwerdeführerin bewege sich beim Arbeiten aus den Armen heraus. Das Sitzen verstärke die Problematik. Zur Beantwortung der restlichen Fragen sei die Durchführung einer Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit ins Auge zu fassen (Urk. 5/29/6 f.).

4.2.2

Nichts Anderes kann den im Gerichtsverfahren nachgereichten weiteren Berichten von Dr. C.____ (Urk. 11/8-10 und 11/15) entnommen werden ausser dem Hinweis, dass die Restbeschwerden nach der Infiltration, auch im Sinne von Krepitationen bei bestimmten Bewegungen, seiner Meinung nach eher myofascialer Genese sind (Urk. 11/9). Das im Bericht vom 1. April 2016 (Urk. 11/15) erwähnte leichte Karpaltunnelsyndrom links ist grundsätzlich therapierbar (operative Dekompression; vgl. ferner auch Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 26. 2. Aufl. 2010, Stichwort „Karpaltunnelsyndrom“), besteht schon seit Mai 2009 (vgl. Urk. 5/14/8; rechte Seite bereits operiert) und vermag insofern keinen invalidisierenden Gesundheitsschaden zu begründen. 4.3

4.3.1

Gemäss dem im Gerichtsverfahren eingereichten Bericht von Dr. med. A.____, Fachärztin für Neurologie, vom 12. Juli 2013, ist die Ursache der Attacke mit Sehstörung am 7. Mai 2013 offen. Differentialdiagnostisch denkbar sei eine migräniform-vasospastische Ursache, ev. hormonell begünstigt. Die Migränanamnese sei aber negativ. Eine vertebrobasiläre transiente ischämische Attacke (TIA, sog. „Streifung“) könne nicht ausgeschlossen werden. Letztlich festgestellt habe man eine arterielle Hypertonie. Der Neurostatus sei ohne erwähnenswerte Auffälligkeiten. Das Schädel-MRI habe ebenfalls kein Korrelat zu Tage gefördert (weitere Seitenventrikel als Variante; Glandula pinealis-Zyste als Zufallsbefund, klinisch stumm; keine Liquorzirkulationsstörung). Farbduplexsonographisch fänden sich keine Stenosen der hirnversorgenden Arterien. Im Falle einer TIA käme auch das Herz als allfällige Emboliequelle in Frage. Der Befund der erfolgten

kardialen Untersuchung sei indes normal gewesen. Die seit der erwähnten Attacke bestehenden multiplen unspezifischen Beschwerden seien daher praktisch sicher Folge einer neurovegetativen Überreaktion. Dr. A.____ attestierte der Beschwerdeführerin auf deren Wunsch und bei Ferienabwesenheit des Hausarztes eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % während zwei Wochen (Urk. 11/7). 4.3.2

Aus den darauffolgenden Berichten von Dr. A.____ (Urk. 11/4-6, 5/15, 5/14/7-9, 11/11) ergeben sich aus neurologischer Sicht keine neuen Befunde oder Diagnosen. Indes berichtete sie am 7. März 2014 über einen erfreulichen Verlauf bei Einnahme von 5 mg CipraleX. Dieses habe zu einem etwas besseren Befinden und etwas weniger Angst geführt und könne in den nächsten Wochen ausgeschlichen werden (Urk. 11/5). Als rund 2,5 Jahre später im August 2015, also kurz vor den Untersuchungen durch die Sozialversicherungen und nach mehrwöchigem Aussetzen der Gesprächstherapie wegen Ferienabwesenheit des Psychologen, eine vergleichbare Attacke auftrat, verzichtete die Neurologin auf neue umfangreiche Abklärungen und erhöhte stattdessen die Dosis von CipraleX von 5 auf 10 mg täglich (Urk. 11/4). Es ist deshalb nochmals hervorzuheben, dass sie im Bericht vom 6. Mai 2015 als Einschränkungen ausdrücklich ein Zervikalsyndrom, eine Angstsymptomatik und eine Depression sowie als Folge davon multiple neurovegetative Beschwerden nannte. Dazu stellte sie klar, dass die von ihr attestierte volle Arbeitsunfähigkeit seit 9. Dezember 2014 auf den Angaben der Psychologin und von Dr. C.____ gründe und keine direkte Folge einer neurologischen Erkrankung, sondern einer Kombination der rheumatologischen/orthopädischen Erkrankung und Angststörung/Depression sei. Einen Behandlungsbedarf aus neurologischer Sicht verneinte sie. Eine allfällige Besserung der Symptomatik sei abhängig vom Effekt der Behandlung durch die Psychologin und Dr. C.____ (Urk. 5/15/3 f.). 4.3.3

Die neurologische Abklärung in der B.____ Klinik durch Dr. med. E.____, Leitender Oberarzt der Neurologie, brachte ebenfalls keine neuen Erkenntnisse. Bei kernspintomographisch bekannter mehrsegmentaler Spinalkanalenge zervikal finde er derzeit weder klinisch noch elektrophysiologisch Anhaltspunkte für ein zervikomyeloradikuläres Ausfallssyndrom. Die intermittierend auftretenden Einschlafsensationen der linken Hand seien unter Berücksichtigung der anamnestischen Angaben und der aktuellen Elektrophysiologie mit einem leichten Karpal tunnel syndrome vereinbar. Weiterhin beklage die Beschwerdeführerin multiple neurologische Symptome, wobei Attacken von Schwindelsensationen begleitet von Sehstörungen und Kopfschmerzen eine wesentliche Rolle spielten (vgl. auch die Angaben der Beschwerdeführerin unter „Verlauf seit dem 6. November 2014“: wöchentlicher Drehschwindel von maximal 5 Minuten Dauer, nachfolgend während einiger Stunden geringe Kopfschmerzen, aber störende Müdigkeit). Phänomenologisch seien diese am ehesten einer vestibulären Migräne zuzuschreiben. Diesbezüglich sei die Beschwerdeführerin bei Dr. A.____ in Behandlung. Im aktuellen klinischen Befund habe er keine Hinweise auf eine periphere bzw. zentrale vestibuläre Störung oder eine Cerebellopathie gefunden (11/11). 4.4

4.4.1

Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV, d.h. gestützt auf eine eigene Untersuchung der versicherten Person, ist mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxisgemäßen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1) genügen und die Arztperson über die

notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (BGE 137 V 210 E. 1.2.1). Allerdings kann auf das Ergebnis versicherungsinterner ärztlicher Abklärungen – zu denen die RAD-Berichte gehören – nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (Urteil des Bundesgerichts 8C_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4.2 mit Hinweisen auf BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7). 4.4.2

Die Beschwerdeführerin wurde mit Blick auf ihr Wirbelsäulenleiden und ihre neurologischen Beschwerden bereits mehrfach eingehend abgeklärt. Die dabei erhobenen Befunde und gestellten (Verdachts-)Diagnosen bzw. die daraus resultierenden funktionellen Einschränkungen (z.B. kein längeres Sitzen) lauten seit Beginn der Beschwerden im Jahr 2013 weitestgehend gleich und wurden auch vom RAD entsprechend bestätigt und gewürdigt.

Einzig konnte er keine massgebliche Einschränkung der Beweglichkeit der HWS feststellen, als ihm die Beschwerdeführerin ihre Beschwerden demonstrierte. Mit anderen Worten ist die Symptomatik grundsätzlich unverändert, soweit die therapeutischen Massnahmen nicht sogar temporär eine Besserung brachten. Zwischen ärztlicher Diagnose und Arbeitsunfähigkeit besteht indes sowohl bei somatisch als auch psychisch dominierten Leiden keine Korrelation, weshalb die medizinische Folgenabschätzung notwendigerweise eine hohe Variabilität aufweist und unausweichlich Ermessenszüge trägt (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.1). 4.4.3

Keine massgebliche Arbeitsunfähigkeit besteht vorliegend sicher aus neurologischer Sicht, eine solche wurde von Dr. A. ___ klar verneint. Nicht restlos zu überzeugen vermag indes die relativ vage Arbeitsfähigkeitseinschätzung des RAD, lautend auf eine Leistungsfähigkeit von 70 bis 80 % bei einer 100 % Präsenz und einem erhöhten Pausenbedarf von zwei Stunden pro Tag bei einem erheblich eingeschränkten Belastungsprofil. Einerseits war gemäss Auskunft der ehemaligen Arbeitgeberin der letzte effektive Arbeitstag der Beschwerdeführerin der 8. Dezember 2014. Aus den Absenzen- und Überstundenblättern ergibt sich ferner, dass diese – ausser im Zusammenhang mit der Attacke im Mai 2013 – bis dahin nur vereinzelt Krankheitstage aufwies und erst ab Juni 2015 Leistungen der Krankentaggeldversicherung bezog (Urk. 5/22; vgl. auch Urk. 5/32/7 oben). Insofern ist nicht ohne Weiteres nachvollziehbar, dass in einer angepassten Tätigkeit mit bereits sehr eingeschränktem Belastungsprofil eine Leistungseinbusse von 30 % bestehen soll. Andererseits hielt das Bundesgericht in seiner Entscheidung 8C_620/2009 vom 26. Oktober 2009 E.

4.2.2 fest, dass ein EFL-Testverfahren zwar nicht in jedem Fall, gleichsam losgelöst von der Betrachtungsweise der Ärzteschaft, durchzuführen, sondern allenfalls in Betracht zu ziehen sei in Konstellationen, in welchen sich die beteiligten Fachärzte ausserstande sehen würden, eine zuverlässige Einschätzung des leistungsmässig noch Machbaren vorzunehmen, und deshalb eine konkrete leistungsorientierte berufliche Abklärung als zweckmässigste Massnahme ausdrücklich empfehlen würden. Genau dies trifft vorliegend zu, erklärte sich der behandelnde Leitende Arzt für manuelle Medizin und interventionelle Rheumatologie der B. ___ Klinik doch ausser Stand, bei den von ihm aufgezählten funktionellen Einschränkungen nähere Angaben zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit zu machen und empfahl ausdrücklich eine EFL. Es bestehen somit gewisse Zweifel an der RAD-Beurteilung, weshalb es einer neutralen Begutachtung in der Fachrichtung Rheumatologie oder Orthopädie bedarf. Der Gutachter hat sich hierbei auch zur

Frage der Notwendigkeit einer EFL zu äussern. 5. 5.1

Vorab strittig zwischen den Parteien ist die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht. Dabei kamen die untersuchenden Fachärzte einhellig zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin aus medizinischer Sicht seit Beginn der psychotherapeutischen Behandlung voll arbeitsunfähig sei. Ebenso besteht weitestgehend Einigkeit bezüglich des psychopathologischen Befundes sowie der psychiatrischen Diagnosen und der daraus resultierenden Einschränkungen. Die wesentlichen Schlussfolgerungen im Gutachten von Dr. Y.____ wurden bereits in Erwägung E. 3.1 dargelegt. Der behandelnde Psychiater Dr. med. F.____ diagnostizierte im Bericht vom 9. November 2015 konkret eine mittelgradige depressive Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10: F32.10), eine mittelgradige Panikstörung (ICD-10: F41.0), eine generalisierte Angststörung (ICD-10: F41.1) und eine soziale Phobie (ICD-10: F40.1). Er kam zum Schluss, die Beschwerdeführerin sei durch die ausgeprägte psychopathologische Symptomatik, insbesondere Angst, verringerte Belastbarkeit, Konzentrationsstörung, Panikattacken (und diesbezügliche Erwartungsangst), Erschöpfung und innere Leere, in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Die Beschwerdeführerin könne nicht mehr alleine aus dem Haus (z.B. Urk. 5/32). In anderen Berichten nannte er – allerdings ohne Begründung – teils einmalig weitere Diagnosen wie den Verdacht auf eine chronische Schmerzkrankung mit somatischen und psychischen Faktoren (Urk. 5/36/31 f.) oder eine abhängige Persönlichkeitsstörung (Urk. 11/2). 5.2

Wie Dr. Y.____ empfahl Dr. F.____ im Bericht vom 9. November 2015 zunächst eine Veränderung der Medikation (Urk. 5/32/7). Wenige Wochen später liess er indes gegenüber der Krankentaggeldversicherung im Bericht vom 3. Dezember 2015 verlautbaren, dass ein Programm in einer Tagesklinik angesichts der Sozialphobie nicht realisierbar sei. Zunächst müsse eine Verbesserung aufgrund der medikamentösen Behandlung erreicht werden. Die Beschwerdeführerin reagiere indes empfindlich auf Medikamente und nehme diese daher auch mit einer gewissen Angst ein. Eine bis dahin versuchte neue Option sei schlecht vertragen worden, weshalb als nächstes Cymbalta (60 bis 90 mg) in Betracht gezogen werde (Urk. 11/1). Am 12. Mai 2016 berichtete Dr. F.____ nochmals, dass medikamentös andere Varianten versucht worden seien. Die Beschwerdeführerin wolle jedoch weiterhin Cipralex nehmen, da sie diesem Mittel vertraue. Andere Medikamente hätten am Zustandsbild nichts geändert (Urk. 11/2). Davon leicht abweichend wurde in einem von Hand auf den 27. Juni 2016 datierten Bericht der behandelnden Psychologin festgehalten, auf andere Medikamente habe die Beschwerdeführerin mit Angst und unerwünschten Nebenwirkungen reagiert, weshalb man „vorerst“ beim Cipralex bleibe (Urk. 5/44). Die Berichte geben keine hinreichende Auskunft über die durchgeführte medikamentöse Evaluation. Weder ist klar, welche Medikamente ausprobiert wurden, noch ob die Versuche lange genug dauerten, um überhaupt eine Wirkung zeitigen zu können. Unklar ist auch, inwiefern die Beschwerdeführerin empfindlich auf die Medikamente reagierte und ob ihr allenfalls krankheitsbedingt die Einsichtsfähigkeit für eine Umstellung der Medikation fehlt. Augenfällig ist zudem, dass der Beschwerdeführerin im letzten Bericht von Dr. F.____ nicht wie bis anhin eine klare, volle Arbeitsunfähigkeit attestiert wird, sondern festgestellt wurde, diese könne nicht ohne Begleitung eines Familienmitgliedes aus dem Haus und arbeiten in einer Gruppe gehen nicht (Urk. 11/2). Ergänzend ist festzuhalten, dass Dr. Y.____ sich sehr ambivalent zur Behandelbarkeit bzw. Prognose äusserte, indem er einerseits eine

Chronifizierungstendenz und ungünstige Wechselwirkung zwischen den verschiedenen psychischen Leiden feststellte, gleichzeitig aber konkret nur eine schnelle bzw. kurzfristige Verbesserung eher ausschloss (Urk. 5/36/22 f. und 26). Der medizinische Sachverhalt ist somit bezüglich der psychischen Beschwerden nur ungenügend geklärt. 5.3

Im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens sind sodann als Standardindikatoren die folgenden Aspekte massgebend (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Funktioneller Schweregrad - Gesundheitsschädigung - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz - Komorbiditäten - Persönlichkeit:

Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen - sozialer Kontext Konsistenz (Gesichtspunkte des Verhaltens) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck

Diese Standardindikatoren erlauben - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits - , das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und E. 4.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_2 60/2017 vom 1. Dezember 2017 E. 4.2.3). 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 daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit (nach wie vor) die materiell belastete versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; BGE 141 V 547 E. 2). 5.4

Die „Indikatorenprüfung“ durch RAD-Ärztin D.____ genügt den neuen Beweisanforderungen somit nicht, da diese nicht umfassend ist und letztlich keine Würdigung enthält. So genügt es beispielsweise nicht, Diagnosen aufzuzählen, sondern ist deren Ausprägung bzw. Schweregrad zu bestimmen. Wenig aussagekräftig ist auch die Tatsache, dass ein RAD-Arzt ohne Fachkenntnis in Psychiatrie und Psychotherapie in seiner Untersuchung keine depressive Symptomatik feststellte. Dies gilt vorab für die im Vordergrund stehende Angstsymptomatik. Des Weiteren zieht med. pract. D.____ keine Schlüsse aus den aufgelisteten Medikamenten (ohne Dosierung) und der genannten Behandlungsfrequenz, wobei angesichts der vorstehenden Erwägungen bezüglich Behandlungsresistenz und ausgewiesenem Leidensdruck ohnehin auch zu wenig abgeklärt wurde. Soweit es den sozialen Kontext betrifft, wären Feststellungen in dem Sinne zu treffen gewesen, ob die Kontakte gut sind oder nicht und auch ausserhalb der Familie stattfinden oder nicht. Allein die Schilderung der Wohnverhältnisse ist nicht aussagekräftig. Was die Einschränkungen im Alltag betrifft, so ist nicht klar, welche Hobbies die Beschwerdeführerin ausübt, und eine relevante Angststörung kann auch nicht in Abrede gestellt werden mit dem Hinweis, dass gewisse Tätigkeiten in Begleitung möglich sind. Zurecht monierte med. pract. D.____ sodann, dass über die Panikattacken zu wenig bekannt sei, allerdings wäre es Aufgabe der Beschwerdegegnerin gewesen, bei dieser Aktenlage entsprechende Abklärungen zu tätigen. Unklar ist, was med. pract. D.____ daraus ableitet, dass die soziale Phobie gemäss Dr. F.____ seit der Entlassung bestehe. Eine verselbständigte psychische Störung ist auch zu berücksichtigen, wenn sie durch psychosoziale Faktoren ausgelöst wurde. Keiner der Mediziner thematisiert, dass die Angststörung mit der Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit massgeblich bessern würde. Vorderhand kann daher nicht geschlossen werden, dass die psychischen Beschwerden allein in der psy

chosozialen Belastungssituation gründen würden. 6.

Demnach kann über den strittigen Leistungsanspruch nicht ohne zusätzliche medizinische und gegebenenfalls auch berufliche (EFL) oder erwerbliche (z.B. leidensbedingter Abzug) Abklärung oder einen Haushaltsabklärungsbericht entschieden werden, zumal im Rahmen der Invaliditätsbemessung allenfalls schwierige Ermessenentscheidungen zu treffen sind.

Die Sache ist deshalb zur Durchführung der notwendigen ergänzenden Abklärungen und neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückzuweisen (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht [GSVGer]; vgl. Urteil des Bundesgerichts U 209/02 vom 10. September 2003 E. 5.2). In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen und die angefochtene Verfügung aufzuheben. 7 7.1

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) und auf Fr. 600.-- festzusetzen. Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als Obsiegen (BGE 137 V 57 E.2.2), weshalb die Kosten der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen sind. 7.2

Nach § 34 Abs. 1 GSVGer besteht zudem Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Sache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 2 GSVGer). Unter Berücksichtigung der vorstehenden Grundsätze ist die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, der anwaltlich vertretenen Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2'800.-- (inkl. MWST und Barauslagen) zu bezahlen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 2. November 2016 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese nach Einholung eines orthopädisch-rheumatologischen und psychiatrischen Gutachtens und gegebenenfalls weiterer Abklärungen im Sinne der Erwägungen über den Rentenanspruch neu verfügt. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2'800.-- (inkl. Barauslagen und MWST) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Thomas Locher - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

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

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

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

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).

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