

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00129 vom 9. Oktober 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-10-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00129

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00129 du 9 octobre 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00129 del 9 ottobre 2018

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1975, ohne erlernten Beruf und Mutter dreier Kinder, Jahrgang 1996, 1997, 2002, war seit 9. Juli 2001 bei der A.____ als Kassiererin angestellt, als sie sich am 16. Januar 2013 unter Angabe von gesundheitlichen Beeinträchtigungen aufgrund eines Bandscheibenvorfalles zum Bezug von Leistungen der Eidgenössischen Invalidenversicherung anmeldete (Urk. 8/3 und Urk. 8/23). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV Stelle, klärte die medizinischen und beruflichen Verhältnisse ab und zog unter anderem ein Gutachten des Krankentaggeldversicherers bei (Urk. 8/27). Mit Vorbescheid vom 1. Oktober 2013 stellte die IV-Stelle die Abweisung des Anspruchs auf eine Invalidenrente in Aussicht (Urk. 8/33). Nach Einwand vom 21. Oktober 2013 (Urk. 8/46) mit Ergänzungen am 13. November 2013 (Urk. 8/54) und nach Eingang

zahlreicher weiterer

Eingaben (Urk. 8/61, 8/64, 8/68, 8/78, 8/83, 8/85, 8/87, 8/93)

schloss sich die IV-Stelle einer

durch die Krankentaggeldversicherung veranlassten medizinischen Abklärung der Beschwerde führerin in den Fachrichtungen Psychiatrie, Neurologie und Orthopädie

an (Gutachten vom

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). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung,

IVG). 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 ausgleichenden Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 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. 1.3

Die rückwirkend ergangene Verfügung über eine befristete oder im Sinne einer Reduktion abgestufte Invalidenrente umfasst einerseits die Zusprechung der Leistung und andererseits deren Aufhebung oder Herabsetzung. Letztere setzt voraus, dass Revisionsgründe (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen) vorliegen, wobei der Zeitpunkt der Aufhebung oder Herabsetzung nach Massgabe des analog anwendbaren (AHI 1998 S. 121 E. 1b mit Hinweisen) Art. 88a der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV, festzusetzen ist (vgl. BGE 121 V 264 E.

6b/ dd mit Hinweis). Ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten und damit der für die Befristung oder Abstufung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt der Rentenzusprechung oder des Rentenbeginns mit demjenigen zur Zeit der Aufhebung beziehungsweise Herabsetzung der Rente (BGE

125 V 413 E. 2d am Ende, 369 E. 2, 113 V 273 E.

1a, 109 V 262 E. 4a, je mit Hinweisen; vgl. BGE 130 V 343 E. 3.5). Spricht die Verwaltung der versicherten Person eine befristete Rente zu und wird beschwerdeweise einzig die Befristung der Leistungen angefochten, hat dies nicht eine Einschränkung des Gegenstandes des Rechtsmittelverfahrens in dem Sinne zur Folge, dass die unbestritten gebliebenen Bezugszeiten von der Beurteilung ausgeklammert bleiben (BGE 125 V 413 E. 2d mit Hinweisen). Die gerichtliche Prüfung hat vielmehr den Rentenanspruch für den gesamten verfügbaren Zeitraum und damit sowohl die Zusprechung als auch die Aufhebung der Rente zu erfassen (Urteil des Bundesgerichts I 526/06 vom 31. Oktober 2006 E. 2.3 mit Hinweisen).

E. 1.4

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

E. 1.5

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

Das für somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden entwickelte strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, die es -

unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C_590/2017 vom 15. Februar 2018 E. 5.1). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

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

E. 1.6

Aus Gründen der Verhältnismässigkeit kann dort von einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 abgesehen werden, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist. Ein Beweisverfahren bleibt daher entbehrlich, wenn im Rahmen beweismässiger fachärztlicher Berichte (vgl. BGE 125 V 351) eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbarer begründeter Weise verneint wird und alle fälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann (BGE 143 V 409 E. 4.5.3; vgl. BGE 143 V 418 E. 7.1). Insbesondere in Fällen, in welchen nach der Aktenlage überwiegend wahrscheinlich von einer bloss leichtgradigen depressiven Störung auszugehen ist, die nicht schon als chronifiziert gelten kann und auch nicht mit Komorbiditäten einhergeht, bedarf es in aller Regel keines strukturierten Beweisverfahrens (BGE 143 V 409 E. 4.5.3; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1). 2.

2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung vom 4. Januar 2017 (Urk. 2/2/1-4) davon aus, dass die Beschwerdeführerin seit 12. September 2012 in ihrer Arbeitsfähigkeit erheblich und in der einjährigen Wartezeit vom 12. September 2012 bis 11. September 2013 zu durchschnittlich 59% arbeitsunfähig gewesen sei. Nach Beendigung der Wartezeit habe eine Arbeitsunfähigkeit von 100% für alle Tätigkeiten bestanden. Ab 1. Februar 2014 bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50% für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Kassiererin und von 80% für angepasste Tätigkeiten.

Laut Gutachten der B.____ vom 28. Januar 2016 betrage die Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit 80%. Dabei ergebe sich die Reduktion der Arbeitsfähigkeit aus der herabgesetzten Belastbarkeit durch die Schmerz- und die depressive Störung sowie durch einen zeitlichen Mehraufwand wegen der Ablenkung infolge der Schmerzen und depressiven Gedanken. Es werde deshalb kein weiterer Leidensabzug gewährt. 2.2

Demgegenüber stellte sich die Beschwerdeführerin auf den Standpunkt (Urk. 1 S.

3 f.), die Beschwerdegegnerin habe die im Einwand vorgebrachten Kritikpunkte nicht aufgegriffen und die Prüfung derselben verweigert. Damit habe sie das rechtliche Gehör verletzt und die Verfügung sei bereits aus diesem Grunde aufzuheben.

Auch weisen das Administrativgutachten verschiedene Mängel auf. So habe der psychiatrische Gutachter 27 Punkte auf der Hamilton-Depressionsskala mit 18

Items ermittelt, objektiv entsprechend einer mittelgradigen Depression an der Grenze zu einer schweren. Der psychiatrische Gutachter habe die Testergebnisse des behandelnden Dr. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, falsch interpretiert, da dieser die Hamilton-Depressionsskala mit 21

Items benutzt habe. Mit 26 Punkten sei bei diesem Test von einer schweren Depression auszugehen und bei richtiger Interpretation stimmten die Testergebnisse des behandelnden Psychiaters und des psychiatrischen Gutachters überein. Die Umbewertung, dass die festgestellten Testresultate bezüglich Depression nicht zum Vollwert genommen, sondern diagnostisch einer leichteren Ausprägung einer Depression zugeordnet worden seien, sei nicht zulässig.

Komme hinzu, dass der psychiatrische Teilgutachter auch keine fremdanamnestic Auskünfte eingeholt habe. Gemäss dem behandelnden Dr. C.____ sei die Arbeitsunfähigkeit allein aus psychiatrischer Sicht mit mindestens 50 % zu bewerten (S. 4 ff.).

Das Gutachten äussere sich auch nicht zum Beginn der Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit, und ein Beleg, wonach ab Februar 2014 eine Verbesserung des Gesundheitszustandes eingetreten wäre, finde sich in den Akten nicht. Keine Entscheidungsgrundlage bilde auch das Gutachten der Krankentaggeldversicherung, da dies es beweisrechtlich als eine - bestrittene - blosser Parteibehauptung gelte. Auch sei der Beschwerdeführerin ein Leidensabzug zu gewähren, könne sie doch selbst gemäss Gutachten nicht mehr Vollzeit arbeiten (S. 7 f.). 3.

Vorab zu prüfen ist die von der Beschwerdeführerin geltend gemachte Verletzung des rechtlichen Gehörs (Urk. 1. S. 3). Gemäss vorstehender Sachverhaltsdarstellung konnte sich die Beschwerdeführerin, nachdem die Beschwerdegegnerin erst mals mit Vorbescheid vom 1. Oktober 2013 ihre Ansicht über den Leistungsanspruch geäussert hatte, aktiv und mit zahlreichen Eingaben ins Verwaltungsverfahren einbringen (Sachverhalt Ziff. 1 hievore). Sodann erhielt sie nach Erlass des zweiten Vorbescheids vom 22. Juni 2016 (Urk. 8/153) Einsicht in die gesamten Akten (Urk. 8/155). Den Einwand der Beschwerdeführerin vom 22. August 2016 (Urk. 8/158) legte die Beschwerdegegnerin ihrem regionalen ärztlichen Dienst (RAD) vor, welcher am 4. November 2016 eine Stellungnahme abgab (Urk. 8/160/2-3), die teilweise in die angefochtene Verfügung aufgenommen wurde (vgl. Urk. 2 S. 2). Den verfassungsrechtlichen Anforderungen an die aus dem Grundsatz des rechtlichen Gehörs folgende Begründungspflicht im Verwaltungsverfahren wurde damit hinreichend Rechnung getragen (vgl. zum Ganzen Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. 2015, N 56 zu Art. 49, mit Hinweis auf BGE 124 V 180). Überdies würde selbst eine Verletzung des Begründungsrechts — die vorliegend als nicht schwer einzustufen wäre — mit Blick auf das Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu einer Rückweisung führen (BGE 132 V 387 E. 5.1 mit Hinweisen). 4.

Aufgrund der Anmeldung vom 16. Januar 2013 (Eingang 5. Februar 2013 [Urk. 8/3]) fallen Rentenleistungen nach Ablauf des Wartejahrs frühestens nach sechs Monaten und damit ab September 2013 in Betracht (Art. 28 in Verbindung mit Art. 29 Abs. 1 IVG; E. 1.2 hievore), sodass die attestierten Arbeitsfähigkeiten in den medizinischen Berichten vor September 2012 ohne Relevanz sind.

Die seither aufgelegten Arztberichte wurden im Gutachten der B.____ vom 28. Januar 2016 (Urk. 8/141 /9-52) zusammengefasst. Soweit erforderlich, wird in den nachfolgenden Erwägungen darauf Bezug genommen. 4 .1

Im polydisziplinären Gutachten der B.____ vom 28. Januar 2016 (Urk. 8/141 /2-88), welches aufgrund von Untersuchungen vom 11. und 16. November und vom 14. und 16. Dezember 2015 durch Dr. D.____ , Fachärztin für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Dr. E.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH , Dr. F.____ , Facharzt Neurologie , und Dr. G.____ , Fachärztin , Allgemeine Innere Medizin FMH, erstellt wurde, stellen die Experten folgende Diagnosen (S. 76 f.):

Hauptdiagnosen mit Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit: - Zervikobrachialgie links (Erstdiagnose Oktober 2014) - Diskusherniation C5/6 sowie C6/7 mit rezessaler Stenose beidseits, links mehr als rechts, geringgradig

Diskusherniation TH1 paramedian links und schwerer Spinalkanalstenose links - Spondylarthrose C5/6 beidseits - Klinisch aktuell Dysästhesie OE (Obere Extremität) links, neurologisch ohne Nervenkompressionszeichen - Chronifiziert

lumbospondylogene Schmerzen mit Schmerzausstrahlung in das linke Bein - Diskopathie L4/5 Modic

2, leichtgradige Spinalkanalstenose

- Status nach Infiltration und Diskographie mit starker Schmerzreaktion - Chronifizierte belastungsabhängige Kniegelenkschmerzen lateralseitig rechts mehr als links bei - leichtgradiger Gonarthrose rechts, Knorpelschaden femoropatellär links Grad 3 - laterales Meniskusganglion mit horizontaler Rissbildung - Status nach offener

Rezidivganglion - Operation am 27. Dezember 2013 ohne relevante Besserung - Status nach Arthroskopie Kniegelenk links Januar 2005 - Status nach Arthroskopie mit Ganglion-Exzision, Teilmenisektomie Kniegelenk rechts April 2005 - Subacromialer Reizzustand links, Verdacht auf Supraspinatus - und Subscapularistendinose links - Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - Leichte bis mittelgradige depressive Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F32.00-F32.10)

Nebendiagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit:

- Trochanter- Tractus - Tendinose rechts - Status nach Leistenhernienoperation rechts 2006 - Muskuläre Dysbalance Lenden-Becken-Beinregion - Hypercholesterinämie - Chronische Kopfschmerzen, am ehesten Analgetika-induziert - Unsystematischer Schwindel unklarer Ätiologie - Akzentuierte Persönlichkeitszüge (anankastisch , passiv- negativistisch ; ICD-10 Z73.1) - Probleme in Verbindung mit Berufstätigkeit und Arbeitslosigkeit (ICD-10 Z56) 4 .1 .1

Die internistische Teilgutachterin hielt fest (S. 72) , Hauptproblem der Beschwerdeführerin seien die immer wieder auftretenden Knie- und Wirbelsäulenschmerzen. Dadurch könne sie nicht gut schlafen und die Schmerzen im Nackenbereich seien so gravierend, dass sie den Kopf nicht mehr drehen könne. Sobald sie den Kopf drehe oder nach unten neige, bekomme sie Schwindel. Weder den Haushalt noch das Kochen könne sie erledigen. Sie müsse sich tagsüber oft hinlegen und sie pflege keine sozialen Kontakte.

Im Rahmen der allgemein-internistischen Begutachtung hätten keine Befunde von relevantem Krankheitswert erhoben werden können und aus internistischer Sicht sei die Beschwerdeführerin ohne Einschränkung voll arbeitsfähig (S. 74 f.). 4.1.2

Die

orthopädische Expertin hielt fest (S. 57 f.), die Beschwerdeführerin erscheine pünktlich zur Begutachtung. Sie wirke depressiv und halte den linken Arm während der gesamten Untersuchung in Beugestellung am Körper angepresst. Sie sei verlangsamt beim Gehen und der linke Arm sei bewegungslos und werde in Schon-Beugehaltung am Körper gehalten.

An der Wirbelsäule im Stehen von hinten betrachtet zeige sich ein deutlicher Schultertiefstand links bei Beckengeradstand und an der Brustwirbelsäule (BWS) eine abgeflachte BWS-Kyphose, ohne Rippenbuckel und mit einer diffusen Klopfdolenz an der oberen BWS. An der Lendenwirbelsäule (LWS) bestehe eine Hyperlordose, eine Druckdolenz paravertebral L5 rechts und über dem Beckenkamm rechts im Muskelansatz der Rückenstrecker. Bei der segmentalen Prüfung zeige sich eine Hypermobilität L5 und eine Druckdolenz in diesem Abschnitt. Im Stehen sei keine Rotation und keine Seitneige möglich. Aufsitzen/Aufstehen von der Liege geschehe aber selbständig und das

Lasègue-Zeichen sei negativ. Die oberen Extremitäten der Rechtshänderin

zeigten einen symmetrischen Schultergürtel und eine seitengleiche Armmuskulatur, ohne Muskelatrophien. Das rechte Schultergelenk sei glenohumeral frei und das linke Schultergelenk aufgrund der Schmerzsymptomatik erschwert untersuchbar, die Ellbogengelenke und auch die Handgelenke seien aktiv und passiv beidseits frei beweglich und die Finger- und Handgelenke reizlos ohne lokale Entzündungszeichen.

Die unteren Extremitäten zeigten eine geringe O-Beinstellung mit Senk-Spreizfuß und mit plantar über dem Mittelfußköpfchen II verstärkter Fusssohlenbeschwellung. Der Muskeltonus sei beidseits normal, bei reizlosen Narben an der Knieaussenseite nach Rezidivganglion. Es bestünden kein Erguss, keine Entzündungszeichen und kein Druckschmerz über der Trochanterregion. Die Hüftgelenke

seien beidseits uneingeschränkt und schmerzfrei und die Kniegelenke beidseits reizlos, ohne Erguss- und Entzündungszeichen mit geringen Patellaschiebeschmerzen, wobei eine Band- und Meniskusprüfung wegen Schmerzen nicht durchführbar gewesen sei. Obere und untere Sprunggelenke (OSG/USG) seien beidseits frei beweglich, die Funktion in Dorsal/Plantarflexion auf 10-0-30° eingeschränkt bei verkürzter Wadenmuskulatur beidseits. Die Zehngelenke seien beidseits reizlos, und Druckdolenz bestünde am plantaren Mittelfußköpfchen II, links mehr als rechts. Die Fusspulse seien seitengleich tastbar, ohne Ödeme, und der Patellar-/Achillessehnenreflex sei seitengleich. Eine handtellergrösse Hyposensibilitätsstörung bestehe lateral auf Höhe der Knieaussenseite rechts (S. 58). 4.1.3

Der neurologische

Experte berichtete (S. 68 f.), es zeige sich ein reduzierter Allgemeinzustand mit jedoch körperlich eutropher Muskulatur und gutem Ernährungszustand. Die Beschwerdeführerin (Rechtshänderin) sei bewusstseinsklar, allseits orientiert, soweit beurteilbar von durchschnittlicher Intelligenz und zeige sich sehr verschlossen, stets auf ihr Leiden zurückkommend, sehr leidend und demonstrativ wirkend.

Es wurde auf eingeschränkte

Untersuchungsbedingungen hingewiesen, wobei jegliche Manipulation am Kopf und an der Halswirbelsäule deutlich schmerzhaft gewesen sei. Zeichen für Meningismus, Ptose, Nystagmus, Störungen der Pupillo- oder Okkulomotorik, oder Hinweise auf Hirnnervenläsionen hätten sich keine ergeben. Auch die Wirbelsäule habe sich gesamthaft deutlich schmerzhaft gezeigt, sodass Untersuchungen praktisch nicht hätten durchgeführt werden können und sich die Beschwerdeführerin sehr steif und kaum beweglich präsentiert habe.

Trophik und Tonus der oberen Extremitäten seien unauffällig gewesen und die Untersuchungsbedingungen seien aufgrund der linksseitigen Nacken- und Schulterarmschmerzen deutlich eingeschränkt gewesen.

Gezielte Tests hätten auf Grund der Schmerzen nicht durchgeführt werden können. Die Einzelkraftprüfung rechtsseitig habe mit Sicherheit keine fokalen Paresen ergeben und linksseitig sei der Befund bei mangelnder Compliance nicht sicher verwertbar gewesen. Es bestünden keine Sensibilitätsstörungen für die geprüften Qualitäten Berührung, Schmerz und Temperatur des rechten Armes. Am linken Arm würden ubiquitär

Hypästhesien angegeben. Bei der Spitz-/Stumpfdiskrimination zeigten sich jedoch konsequente Falschangaben, sodass eine Sensibilitätsstörung nicht objektivierbar sei.

Die unteren Extremitäten seien unauffällig in

Trophik und Tonus mit allseits intakter Motilität bei deutlich eingeschränkten Untersuchungsbedingungen unter Angabe von LWS-Schmerzen, jedoch ohne objektivierbare fokale Paresen in der Einzelkraftprüfung und ohne Sensibilitätsstörungen für die geprüften Qualitäten.

Das Gangbild zeige sich unauffällig mit reduzierten Mitbewegungen, deutlich steif wirkend, wobei komplexe Gang-Prüfungen wie Spitzen-, Fersen- und Strichgang mit Problemen jedoch hätten durchgeführt werden können, und der Rombergstehversuch sei ohne gerichtete Fallneigung und der Einbeinstand problemlos möglich gewesen, ohne Trendelenburgzeichen.

Die Beschwerdeführerin sei aufgrund ihrer Schmerzen und ihres Zustands deutlich eingeschränkt und überzeugt von der krankhaften Ausprägung, sodass hier auch psychisch eine Fixation auf das Leiden bestehe, während aus somatisch-neurologischer Sicht keine relevante Störung habe objektiviert werden können. 4.1.4

Der psychiatrische Experte führte aus (S. 60), die Beschwerdeführerin sei während der Gesamtdauer des Gesprächs stets wach, bewussteinklar, allseitig orientiert und sehr auf das Gespräch konzentriert gewesen. Dabei seien keine Aufmerksamkeitsstörungen aufgefallen, und die Details seien sehr präzise geschildert worden. Zeichen von Merkfähigkeits- oder Gedächtnisstörungen hätten nicht bestanden und das formale Denken sei unauffällig gewesen. Inhaltlich habe sie spontan praktisch ausschliesslich körperliche Beschwerden, unerträgliche Nackenschmerzen, Gefühllosigkeit in den Händen, Kreuzschmerzen sowie Schmerzen in den Knien infolge zweimaliger Ganglionoperationen angegeben. Die Schilderung der Schmerzen sei dabei recht dramatisch und sehr klagend und vorwurfsvoll gegenüber den Operateuren geäußert worden, die mit ihren Operationen ihren Zustand nur noch verschlechtert hätten. Ein weiteres Thema, das die

Beschwerdeführerin stark beschäftigt habe ,

sei die Ungerechtigkeit , die ihr angeblich durch die ehemalige Arbeitgeberin angetan worden sei .

Die Beschwerdeführerin äussere keine abnormen Ängste, Befürchtungen oder Zwangsgedanken. Weder anamnestisch noch bei der Untersuchung hätten sich Hinweise auf

Wahnstimmung, Wahnwahrnehmung, Wahngedanken, Sinnestäuschungen

oder Ich-Störungen ergeben . Affektiv sei die Beschwerdeführerin anfänglich starr mit herabgesetzter Mimik und

Modulation gewesen ,

sie habe leise

gesprochen und der

Gesichtsausdruck sei gequält gewesen . Mit der

Fortdauer der Untersuchung und der

Ablenkung durch das Gespräch sei sie jedoch vitaler und lauter mit

lebendigere r Mimik

geworden ,

habe beharrlich und energisch argumentiert und einen sehr motivierten Eindruck vermittelt.

Statt der anfänglichen Affektstarre sei sie eher dysphorisch

und gereizt gewesen und habe mehrmals geweint .

Die gezielte Untersuchung auf affektive

Symptome mittels Hamilton Rating Scale für Depression (HRSD), einem semiquantitativen

Fragebogen, habe ergeben, dass sie mit 27 Punkten formal im Bereich einer mittelgradigen depressiven

Störung liege (bis 10 Punkte keine Depression, 11-20 Punkte leichte Depression, 21-30 Punkte mittelgradige

Depression, über 31 Punkte schwere Depression). Allerdings habe sie mehrere Punkte

wegen der Schmerzen (und Folgen

der Einschlaf- und Durchschlafstörungen, allgemeiner körperlicher

Symptome, unermässige Beschäftigung mit ihrem Körper) und nicht wegen einer eigentlichen

Depression erlangt. Trotz des von ihr als sehr stark bezeichneten Appetitverlusts habe sie kein Gewicht verloren. Bei der Beantwortung der HRSD

-

Fragen habe sie öfters nicht

authentisch gewirkt .

Sehr auffallend sei das Verhalten während der kursorischen Untersuchung der kognitiven Funktionen mittels Mini Mental State Test (MMST) gewesen. Im Gegensatz zur guten Konzentration im Gespräch sowie den präzisen Angaben, ohne Merkfähigkeits- oder Gedächtnisstörungen, habe die Beschwerdeführerin im Test ein « miserables » Ergebnis erzielt. Während sie im Gespräch die genauen Daten des Krieges in ihrer Heimat, ihre Emigration, die Geburtsdaten ihrer Kinder und andere Daten habe nennen können, sei es ihr bei der strukturierten Untersuchung nur möglich gewesen, Werte zu erreichen, die einer Demenz entsprechen. Die Merkfähigkeit sei so schlecht und die Rechenfehler seien so zahlreich gewesen, dass der Eindruck einer vollständig ungenügenden Anstrengungsbereitschaft entstanden sei und die Resultate dieser Testung unglaubwürdig seien (S. 61).

Die Beschwerdeführerin leide an einer chronischen Schmerzstörung und an einer leichten bis mittelgradigen depressiven Störung, die ihre Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen sowie zur Planung und Strukturierung von Aufgaben leichtgradig beeinträchtige. Durch ihre Störungen sei sie in ihrer Flexibilität und Umstellungsfähigkeit leicht beeinträchtigt. Die Fähigkeit zur Anwendung fachlicher Kompetenzen als Verkäuferin sei aus psychiatrischer Sicht nicht wesentlich reduziert. Infolge ihrer depressiven Kognitionen seien Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit leicht herabgesetzt und aufgrund

der Schmerz- und depressiven Störung sei die Durchhaltefähigkeit mit telgradig beeinträchtigt. Die Selbstbeurteilungsfähigkeit sei nicht wesentlich reduziert. Die Kontaktfähigkeit zu Dritten und die Gruppenfähigkeit seien infolge der Tendenz zum sozialen Rückzug höchstens leicht eingeschränkt. Die Verkehrsfähigkeit (öffentliche Verkehrsmittel) sei nicht wesentlich reduziert. Insgesamt handle es sich um leichtgradige, zur Hauptsache quantitative Funktionsstörungen. Als Ressourcen seien die gute Intelligenz, Sprachkenntnisse und die anankastischen Persönlichkeitsanteile mit Perfektionismus, Pflichtbewusstsein und Verantwortungsbewusstsein zu bezeichnen.

Der psychiatrische Gutachter hielt weiter fest, auffallend sei bei der gegenwärtigen Untersuchung und auch bei früheren Untersuchungen (Gutachten Neurologie vom 16. Februar 2015) eine Tendenz zur Aggravation, Symptomausweitung, Selbstlimitierung und Verdeutlichung der Symptome gewesen. Die Laboruntersuchung im Rahmen der aktuellen Begutachtung habe gezeigt, dass die Beschwerdeführerin entgegen ihrer ausdrücklichen Beteuerungen weder Schmerzmittel noch Psychopharmaka einnehme; die Angaben zur Medikamenteneinnahme seien offenbar unwahr. Die Aussagen der Beschwerdeführerin bezüglich ihrer Beschwerden seien demnach mit grosser Vorsicht zu geniessen, und die non-compliance bezüglich Medikation (auch Schmerzmedikation!) lasse grosse Zweifel bezüglich Leidensdruck und Zuverlässigkeit der Aussagen aufkommen. Bei der aktuellen Untersuchung seien eindeutige Diskrepanzen zwischen den kognitiven Leistungen der Beschwerdeführerin während des Gesprächs und der kognitiven Leistung in der kursorischen Testuntersuchung aufgetaucht (S. 64 oben und Mitte, S. 65 oben).

In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Verkäuferin beziehungsweise Kassiererin sei die Beschwerdeführerin gegenwärtig zu 80 % arbeitsfähig. Auch in jeder anderen körperlich zumutbaren Tätigkeit betrage die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht gegenwärtig 80 %, wobei die Reduktion der Arbeitsfähigkeit um 20 % Folge der herabgesetzten Belastbarkeit durch die Schmerzstörung und der depressiven Störung (zeitlicher Mehraufwand wegen der Ablenkung infolge der Schmerzen und der depressiven Kognitionen) sei (S. 65 f.). 4.2

In ihrer

medizinischen Gesamtschau hielten die Experten fest (S. 84 f.), aus orthopädischer Sicht sei die Beschwerdeführerin in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Kassiererin aktuell als in einem 50 % - Pensum arbeitsfähig einzuschätzen und eine Steigerung sei nach Rückgang der Nacken- und Armschmerzen in ca.

zwei bis drei Monaten möglich.

Das orthopädische Zumutbarkeitsprofil wurde folgendermassen umschrieben:

Leichte wechselbelastende Tätigkeit, mit der Möglichkeit sich zu setzen, ohne ständige gebückte oder kauernde Positionen, ohne kniebelastende Tätigkeiten, ohne Besteigen von Leitern oder Gerüsten, ohne Tätigkeit über Kopf, ohne regelhaftes Drehen und Seitneigung, ohne schweres Heben/Tragen von Gewichten bis maximal 5 kg, ohne Zugluft, Nässe oder Kälte. Aus neurologischer Sicht ergebe sich keinerlei Einschränkung der Arbeitsfähigkeit und aus rein allgemein-interdisziplinärer Sicht sei die Beschwerdeführerin ebenfalls ohne Einschränkung voll arbeitsfähig.

Zur Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit hielten die Gutachter Folgendes fest (S. 85): Aus orthopädischer Sicht sei die Beschwerdeführerin in einer leichten wechselbelastenden Tätigkeit mit dem oben aufgeführten Leistungsprofil zu 100

% arbeitsfähig und polydisziplinär hätten die psychiatrischen Einschätzungen in Bezug auf den Beginn der Arbeitsfähigkeit Geltung. 4.3

Auf Nachfrage der Beschwerdegegnerin (Urk. 8/142) präziserte die Gutachterstelle am 22. Februar 2016 (Urk.

E. 3

0. Januar und vom 16.

Februar 2015 [Urk. 8/106/7-65 vgl. auch Urk. 8/96]). Nach Eingang weiterer Einwände mit Berichten der behandelnden Ärzte (Urk. 8/110) und Stellungnahmen der Gutachter (Urk. 8/116/4-10) veranlasste die IV-Stelle eine polydisziplinäre Abklärung bei der B.____ (Gutachten vom 28. Januar 2016 [Urk. 8/141 vgl. auch Urk. 8/130]). Mit Vorbescheid vom 22. Juni 2016 (Urk.

8/153) kündigte die IV-Stelle die Zusprache einer abgestuften respektive befristeten Invalidenrente (halbe Rente von September bis November 2013, ganze Rente von Dezember 2013 bis April 2014) an. Gegen den Vorbescheid erhob die Versicherte am 22. August 2016 (Urk. 8/158) Einwand, worauf die IV-Stelle mit Verfügung vom 4. Januar 2017 (Urk. 2) im angekündigten Sinne entschied. 2.

Dagegen erhob X.____ am 31. Januar 2017 Beschwerde und beantragte, die Verfügung vom 4. Januar 2017 sei aufzuheben und

es sei eine neue polydisziplinäre Begutachtung anzuordnen. Es seien sodann die gesetzlichen Leistungen, namentlich eine Invalidenrente über den 30. April 2014 hinaus auszurichten (Urk. 1 S. 2). Die Beschwerdegegnerin schloss

in ihrer Beschwerdeantwort vom 4. April 2017 auf

Abweisung der Beschwerde (Urk. 7). Hiervon wurde der Beschwerdeführer in am 5. April 2017 Kenntnis gegeben (Urk. 9).

Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 6.3

Die Aktenlage ergibt

folgendes :

Dr. K.____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, führt im Gutachten zu Händen des Taggeldversicherers vom 7. Juni 2013 (Urk. 8/27/11/ 14) aus, die jetzige Tätigkeit von 50 % als Kassierer in soll momentan aufrecht erhalten werden, und ab 1. September 2013 ergebe sich wieder ein volles Arbeitsvermögen, wobei Tätigkeiten im Gehen und Stehen wie auch aus

wechselnder Ausgangslage geeigneter seien als ausschliesslich sitzende Tätigkeiten und schweres Heben und Tragen sowie häufiges Bücken und Zwangshaltungen vermieden werden sollten.

Dr. L.____, Facharzt FMH für Rheumatologie und Rehabilitation,

hielt im Bericht vom 20. Dezember 2013 (Urk. 8/58 S. 1) ein chronisches lumboradikulares

Schmerzsyndrom L5 rechts bei Segmentdegeneration, Diskushernie und kurzfristig erfolgreicher Wurzelinfiltration L5 rechts fest und attestierte eine Arbeitsfähigkeit von 50 % .

Am 27. Dezember 2013 unterzog sich die Beschwerdeführerin aufgrund eines Rezidiv-Ganglions des rechten Kniegelenkes einer Arthroskopie in der Klinik M.____ (Urk. 8/59) .

Die Assistenzärztin, Orthopädie Untere Extremitäten, wies im Attest vom 27. Dezember 2013 auf eine Behandlung der Beschwerdeführerin hin und attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %

für den Zeitraum vom 27. Dezember 2013 bis 14. Februar 2014 (Urk. 8/69 / 29).

Im Bericht

der Klinik M.____

vom 17. Februar 2014 (Urk. 8/69/20 f.) hielten die Ärzte anlässlich der regulären Sockenwachenkontrolle nach Operation fest, es bestehe ein diskret hinkendes Barfussgangbild. Der Einbeinstand sei möglich und die Flexion/Extension betrage 110-0-0°. Druckdolenzen bestünden über der proximalen reizlosen Narbe und ebenfalls im Bereich der Tuberositas tibiae, ohne interartikulären Erguss, ohne Rötung und bei diskreter Erwärmung. Im Verlaufsbericht vom

16. Juni 2014 (Urk. 8/71) berichteten die Ärzte der Klinik M.____ über in etwa gleich bleibende Beschwerden und hielten fest, bezüglich der Arbeitsfähigkeit könne bei der momentan nicht arbeitenden Beschwerdeführerin keine definitive Beurteilung stattfinden, wobei die Beschwerdeführerin aus ihrer Sicht zu 50 % arbeitsfähig sei.

E. 6.4

Nachdem sich die somatische Befundlage nach Kniearthroskopie im Dezember 2013 seit der Verlaufskontrolle im Februar 2014 nicht mehr wesentlich verändert zeigte, ist die medizinische Aktenbeurteilung des RAD,

welche in Übereinstimmung mit der Stellungnahme der Gutachter der B.____ den Beginn der vollen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit auf Anfang Februar 2014 festlegt, nicht anzuzweifeln. Zu bemerken ist im Übrigen, dass die in den vorgenannten Arztberichten (E. 6.3) erfolgten Stellungnahmen sich auf die Arbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit als Kassiererin beziehen, während die Beschwerdeführerin bezüglich der Verbesserung des Gesundheitszustands ab Anfang Februar 2014 beziehungsweise der Rentenaufhebung per Ende April 2014 die Arbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit zu Grunde legte. An der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit

ändert auch nichts, dass sich die Beschwerdeführerin vom 8. bis 25. September 2014 nach erfolgter Selbstzuweisung im Spital N.____ (vgl. Urk. 7/82) und danach vom 25. September bis 14. Oktober 2014 in der Höhenklinik I.____

(Urk. 8/92) aufgehalten hat. Aufgrund des stationären Aufenthaltes vermag dies zwar vorübergehend eine 100%ige Arbeitsfähigkeit auch in angepasster Tätigkeit zu begründen. Eine wesentliche

Änderung (Verslechterung)

im Sinne von Art. 88a Abs. 2 IVV (vgl. E 1.3 hievor) ermangelt es an der erforderlichen Dauer.

E. 6.5

Zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht hielten die Gutachter fest, dass der Beginn einer Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit „spätestens ab Februar 2015“ anzunehmen sei, ohne für den davor

liegenden Zeitraum zum Grad der Arbeitsfähigkeit Stellung zu nehmen oder den Beginn der Arbeitsunfähigkeit zu nennen (S. 85 Ziff. 9.2.1). Der psychiatrische Gutachter führte weiter aus, dass psychosoziale Faktoren in der Entstehung beziehungsweise Aufrechterhaltung der Störung eine Rolle gespielt hätten und er den Eindruck habe, dass die Beschwerdeführerin durch Kränkung (Kündigung) massiv verletzt gewesen sei (S. 64 Ziff. 5.4.3). Sodann weist er darauf hin, dass eine klare psychische Komponente erstmals im Arztbericht von Dr.

L.____ vom 9. Mai 2014 erwähnt worden sei, welcher auch die Überweisung an einen Psychiater empfohlen habe. Im Bericht über den stationären Aufenthalt in der Höhenklinik I.____ vom 25. September bis 14. Oktober 2014 würden sodann unter den Diagnosen keine psychiatrischen oder psychischen Probleme aufgeführt (S. 61 f. Ziff. 5.4.1). Im

Wesentlichen damit übereinstimmend gab Dr. H.____ im psychiatrischen

Untersuchungsbericht vom 31. Dezember 2014 (Urk. 8/106/12-18) an, die

Beschwerdeführerin sei angesichts eines mehrheitlich rückläufigen klinischen Befundes

„bis längstens“ Ende Dezember 2014 vollständig arbeitsunfähig, spätestens per Anfang Januar zu 50 % arbeitsfähig und spätestens per Anfang März 2015 vollständig arbeitsfähig.

Über den Beginn der Arbeitsfähigkeit sprach er sich nicht aus. Dr. H.____ führte weiter aus, dass offensichtlich weitaus überwiegend psychosoziale Belastungen, hier dem Vernehmen nach vor allem eine berufliche beziehungsweise persönliche Konfliktlage (Kündigung der langjährigen Anstellung), am Zustandekommen beziehungsweise Aufrechterhalten des

Beschwerdebildes beteiligt gewesen seien. Zur Diagnose vermerkte Dr. H.____, dass eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD 10 F43.21) vorliege, die inzwischen weitgehend am Zurückgehen sei. Die Erkrankung sei psychodynamisch als Reaktionsbildung auf eine für die Beschwerdeführerin schwierige persönliche Lage, hier konkret in beruflicher Hinsicht, aufzufassen. Die Konstellation entspreche einem Schmerzsyndrom und einer Depression in Verbindung mit erheblicher Kränkung und sozialem Rückzug. Die zu erwägende Differenzialdiagnose einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode lasse sich angesichts eines insgesamt rückläufigen klinischen Verlaufs nicht mehr rekonstruieren (S. 6). Bei dieser Aktenlage erscheint die medizinische Aktenbeurteilung von RAD -Arzt

Dr. J.____, welcher den Beginn der Arbeitsfähigkeit aus psychischer und polydisziplinärer Sicht – wenn auch ohne nähere Begründung - im Umfang von 80 % auf Anfang Februar 2014 rückbezog, als nachvollziehbar. Denn die im Mai 2014 erstmals klar als psychische Komponente festgestellten Beschwerden führten bereits im Bericht über den stationären Aufenthalt im September/Oktober 2014 zu keiner psychiatrischen Diagnose. Gemäss den übereinstimmenden Schilderungen von Dr. H.____ und dem psychiatrischen Gutachter der B.____

standen psychosoziale Belastungen deutlich im Vordergrund, sodass davon auszugehen ist, dass im fraglichen Zeitraum die erhobenen Befunde darin eine hinreichende Erklärung fanden. Indes gilt auch nach der neuen Rechtsprechung (vorstehend E. 1.5) unverändert, dass ein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden nur gegeben sein kann, wenn das klinische Beschwerdebild nicht einzig in psychosozialen und soziokulturellen Umständen seine Erklärung findet, sondern davon psychiatrisch unterscheidbare Befunde umfasst (Urteil des Bundesgerichts 9C_732/2017 vom 5. März 2018 E. 4.3.1 mit Hinweis).

Zum Einwand der Beschwerdeführerin, wonach der Bericht von Dr. H.____ als blosser Parteibehauptung nicht zu berücksichtigen sei (Urk. 1 S. 8 Ziff. 24), ist zu bemerken, dass er als Beweismittel unabhängig von dessen Herkunft zu würdigen ist und nicht von vornherein als Parteigutachten ausser Betracht fällt (vgl.

vorstehend E. 1.4). 6. 6

Zusammenfassend ist

nach dem Gesagten in polydisziplinärer Sicht

von einer Restarbeitsfähigkeit von 80 %

ab Februar 2014 auszugehen. Die Beschwerdegegnerin nahm sodann aufgrund der Angaben der Krankentaggeldversicherung bei Ablauf des Wartejahrs am 11. September 2013 eine durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit von 55 % an (Urk. 8/151/14 f.) und ging danach bis Februar 2014 von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auch in angepasster Tätigkeit aus, was mit Blick auf die Akten nachvollziehbar ist und von der Beschwerdeführerin auch nicht in Zweifel gezogen wurde. 7.

Aus dem Vergleich des an die Nominallohnentwicklung angepassten Valideneinkommens von Fr. 58'599.20 (58'019.-- x 1.01) mit dem Invalideneinkommen von Fr. 41'855.35 nach Berücksichtigung einer 80%igen Arbeitsfähigkeit (4'112.-- : 40 x 41.7 x 12 x 1.007 x 1.01 x 0.8) resultiert für das Jahr 2014 eine Lohneinbusse von Fr. 16'743.80 und demnach ein Invaliditätsgrad von 29 % (Urk. 2). Diese Invaliditätsbemessung der IV-Stelle (Urk. 8/150) ist nicht zu beanstanden, zumal sie den Akten (vgl. Urk. 8/23 Ziff. 2.11) und der

Rechtslage (vgl. BGE 143 V 295 E. 4.2.2, 142 V 178 E. 2.5.7

zur Anwendung der nach dem Kompetenzniveau differenzierten TA1-Tabellen der LSE 2012)

entspricht. Ausserdem wurde sie nicht bestritten (Urk. 1).

Insofern die Beschwerdeführerin bei der Ermittlung des Invalideneinkommens aufgrund von Tabellenwerten die zusätzlich Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzuges geltend macht, da sie laut dem Gutachten nicht mehr Vollzeit arbeiten könne (vgl. Urk. 1 S. 8), ist festzuhalten, dass mit einer Arbeitsfähigkeit von 80 %, ausgehend von einem Vollzeitpensum, leidensbedingte Erschwernisse bereits im Rahmen des medizinischen Belastungsprofils abgegolten wurden und damit kein Raum für einen zusätzlichen Abzug besteht (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_846/2014 vom 22. Januar 2015 E. 4.1.1 und 8C_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.1 mit Hinweisen).

Es ist daher von einem rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 29 % auszugehen. 8.

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

E. 8

/143), polydisziplinär sei die Beschwerdeführerin in adaptierter Tätigkeit zu 80 % arbeitsfähig, ausgehend von einem Vollpensum unter Einbeziehung der psychiatrischen Einschätzung und des Zumutbarkeitsprofils. 5.5.1

Das umfangreiche Gutachten der B.____

erfüllt die praxismässigen Kriterien (vorstehend E. 1.4). Es setzt sich mit den gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin auseinander, berücksichtigt auch die medizinischen Vorakten und begründet Abweichungen, soweit die Beurteilung mit diesen nicht im Einklang steht. Insgesamt erweist sich das Gutachten als nachvollziehbar und schlüssig und vermag auch in formaler Hinsicht zu überzeugen. 5.2

Was die Stellungnahme zur Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht anbelangt, ist mit Blick auf die Untersuchungsbefunde nachvollziehbar, dass die Experten das orthopädische Belastungsprofil angesichts der Rücken- und Knieproblematik auf angepasste leichtwechselbelastende Tätigkeiten beschränkten (vgl. E. 4.2 hier vor). Die Selbsteinschätzung der körperlichen Fähigkeiten (PACT) ergab sodann, dass die Beschwerdeführerin ihr Arbeitsbelastungsniveau selber als ausreichend für eine leichte Tätigkeit im Sitzen mit seltenem Heben von Lasten von mehr als fünf Kilogramm Gewicht einstufte (vgl. Urk. 8/141/2-88 S. 59). Zu Recht beanstandete die Beschwerdeführerin denn

auch die anlässlich der Begutachtung von somatischer Seite her festgestellte Restarbeitsfähigkeit und das festgelegte Belastungsprofil nicht. Die von den Gutachtern aus somatischer Sicht in angepasster Tätigkeit attestierte 100%ige Arbeitsfähigkeit ist damit nicht anzuzweifeln. 5.3

5.3.1

Die postulierten Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit gründen damit ausschliesslich auf der psychischen Symptomatik, wobei der psychiatrische Gutachter eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren und eine leichte bis mittelgradige depressive Episode ohne somatisches Syndrom diagnostizierte

(Urk. 8/141/66). 5 .3.2

Der behandelnde Psychiater, Dr. C.____ , auf welchen sich die Beschwerdeführerin beruft (Urk. 1 S. 4 f.), führte im Bericht vom 12. Oktober 2014 (Urk. 8/84) als einzige Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom auf (Ziff. 1.1).

Am 23. März 2015 (Urk. 8/110/6-7) schrieb er zu Händen des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin, die depressive Symptomatik habe im laufenden Jahr zugenommen . Im laufenden Jahr sei die Konsultationsfrequenz mit Terminen alle zwei Wochen beibehalten worden.

In einem weiteren Schreiben vom 26. November 2015 (Urk. 8/135) hielt Dr. C.____ fest, die im Schreiben vom 23. März 2015 geschilderte Verschlechterung des Befindens der Beschwerdeführerin bestehe unverändert fort. Neben der Zunahme der Schmerzsymptomatik mit Ausweitung auf den linken Gesichts- und Kopfbereich sei es zu einer Zunahme der depressiven Symptomatik mit einem ausgeprägten sozialen Rückzug gekommen. Die Diagnose lautete: schwere depressive Episode (ICD-10 F32.3) sowie Verdacht auf anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) . Die aktuelle Therapie sei eine regelmässige integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung mit Konsultation in zweiwöchigem Intervall und Medikation . 5 .3.3

Der psychiatrische Experte legte dazu

dar (Urk. 8/ 141/64), dass die

vom behandelnden

Dr. C.____ diagnostizierte schwere depressive Episode im Bericht drei Wochen vor der Begutachtung aufgrund seiner aktuellen Untersuchungsbefunde nicht nachvollziehbar sei . Im Verlauf sei die Diagnose des psychiatrischen Vorgesetzten, Dr. H.____ , Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie ,

mit der Diagnose Anpassungs-Störung mit längerer depressiven Reaktion im Sinne einer psychogenetischen Erklärung überzeugend wie auch seine Einschätzung, dass die Konstellation einem Schmerzsyndrom und einer Depression in Verbindung mit erheblicher Kränkung entspreche, plausibel (vgl. Gutachten vom 31. Dezember 2014 [Urk. 8/106/12-18]). 5.3.4

Diese Auffassung kann nachvollzogen werden . Die von Behandlerseite diagnostizierte

« schwere depressive Episode »

vermag bereits mit Blick auf die Behandlungsfrequenz mit lediglich

zweiwöchigem Intervall und einer Medikation ohne Kontrolle der Medikamenteneinnahme nicht zu überzeugen. Hieran ändert weder der Umstand etwas , dass Dr. C.____ die Diagnose gestützt auf die Hamilton-Depressionsskala erhoben hat (zur grundsätzlich nur ergänzenden Funktion psychiatrischer Testverfahren vgl. etwa Bundesgerichtsurteil 9C_344/2013 vom 16. Oktober 2013 E. 3.1.5 mit Hinweisen) ,

noch die späteren Ausführungen in seinen Berichten vom 22. August 2016 und vom 30. Januar 2017 (Urk. 3/4 und Urk. 3/5). Hinzu kommt, dass es für die Leistungsberechtigung in der Invalidenversicherung nicht auf die genaue Diagnose, sondern auf die erwerblichen

Auswirkungen eines Gesundheitsschadens ankommt (vgl. etwa Bundesgerichtsurteil 8C_503/2013 vom 23. Dezember 2013 E. 5.5 mit Hinweisen).

Daher erweist sich die Konklusion von Dr. C.____, wonach die mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom medizinisch-theoretisch eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50 %

ergäbe (vgl. Urk. 3/5 S. 3),

nicht

als aussagekräftig. Letztlich ist aber auch der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass Hausärzte wie auch andere behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc).

Zu bemerken ist weiter, dass der psychiatrische Gutachter darauf hinwies, dass die im Verlauf aus den Berichten ersichtlichen unerklärlichen Schwankungen des Schweregrads der depressiven Symptomatik kaum mit natürlichen Schwankungen des Krankheitszustandes erklärbar seien, und ausführte, dass auch die erhebliche Diskrepanz zwischen den Befunden und der Beurteilung des behandelnden Psychiaters Dr. C.____, des psychiatrischen Gutachters, des Dr. H.____ und der Höhenklinik I.____ auf eine nicht authentische Störung hinweisen könnten (S.

63, S. 65). Weiter vermerkte er eine fehlende Compliance beziehungsweise unwahre Angaben zum Medikamentenkonsum und eindeutige Diskrepanzen zwischen den kognitiven Leistungen während des Gesprächs mit den erhobenen Testergebnissen (vorstehend E. 4.1.4). Auch in Anbetracht dieser Umstände ist davon auszugehen, dass die abweichende Stellungnahme von Dr. C.____, wonach eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50 % bestehe, die psychiatrische Stellungnahme zur Arbeitsfähigkeit nicht zu entkräften vermag. 5.4

Nach dem Gesagten besteht kein Anlass, von der nachvollziehbaren, schlüssigen, aus gesamtmedizinischer Sicht erfolgten Stellungnahme zur Restarbeitsfähigkeit gemäss Gutachten der B.____

abzugehen (zum Beweiswert vgl. E. 1.4), wonach der Beschwerdeführer in

aus somatischer Sicht in einem Vollpensum unter Einbeziehung der psychiatrischen Einschätzung und des orthopädischen Zumutbarkeitsprofils im Gutachtenszeitpunkt

eine

Arbeitsfähigkeit von 80 %

zu attestieren ist. 5.5

Von der Durchführung eines - angesichts der diagnostizierten psychischen Gesundheitsschäden (somatoforme Schmerzstörung, Depression) nach neuer Rechtsprechung grundsätzlich notwendigen (vorstehend E. 1.5) - strukturierten Beweisverfahrens kann unter anderem aus Gründen der Verhältnismässigkeit abgesehen werden (vorstehend E. 1.6). Vorliegend erweist sich ein solches als entbehrlich, denn selbst unter Berücksichtigung der gutachterlich attestierten Arbeitsunfähigkeit von 20 % in jeglicher Tätigkeit ergibt sich kein rentenbegründender Invaliditätsgrad (nachstehend E. 7). Damit erübrigt sich die Prüfung der Standardindikatoren zur Einschätzung des tatsächlich erreichbaren Leistungsver

mögens der Beschwerdeführerin. 6.

6.1

Was den Verlauf der Arbeitsfähigkeit angeht, so hielten die Gutachter fest (Urk. 8/141/2-88 S. 85) , der Beginn der Arbeitsunfähigkeit in angestammter Tätigkeit sei ab Januar 2013 anzunehmen, da damals im MRI eine Diskopathie L4/5 und eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit auch nach durchgeführter Rezi div-Ganglion-Operation am 31. Januar 2013 vorgelegen habe. Wegen der Zerviko brachialgie

sei

der Beschwerdeführerin

ab 2014 erneut eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden. Der Beginn der adaptierten Tätigkeit sei aus orthopädischer Sicht bei unverändertem Status laut Rheumatologen ab Februar 2014 möglich. Aus psychiatrischer Sicht sei der Beginn der Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit spätestens

ab Februar 2015 anzunehmen .

Die Arbeitsunfähigkeit habe ab 26. November 2015 wegen einer schweren depressiven Episode damals 100 % betragen , wobei die Diagnose nicht plausibel und die 100%ige Arbeitsunfähigkeit nicht zutreffend sei .

Polydisziplinär gelten die psychiatrischen Einschätzungen in Bezug auf den Beginn der Arbeitsfähigkeit.

6.2

RAD -Arzt

Dr. J.____ , Vertrauensarzt (SGV), Orthopädische Chirurgie FMH, schloss in seiner Aktenbeurteilung vom 25. Februar 2016 (Urk. 8/151 /13 f.), es sollte von folgender Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden: Orthopädisch in zuletzt ausgeübter Tätigkeit als Kassiererin 50 % arbeitsfähig seit Februar 2014, vorher seit Januar 2013 100 % arbeitsunfähig wegen Knieoperation, LWS- und HWS - Beschwerden. Psychiatrisch betrage die Arbeitsfähigkeit in zuletzt ausgeübter Tätigkeit als Kassiererin seit Dezember 2013 80 % . Gesamthaft sei in zuletzt ausgeübter Tätigkeit als Kassiererin seit Januar 2013 von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit und ab Februar 2014 von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. In angepasster Tätigkeit bestehe seit Januar 2013 eine Arbeitsunfähigkeit von 100

% wegen Knieoperation , LWS- und HWS Beschwerden, seit Februar 2014 80 %

und psychiatrisch betrage die Arbeitsfähigkeit 80 % . Gesamthaft betrage die Arbeitsunfähigkeit in angepasster Tätigkeit seit Januar 2013 100 % . Seit Februar 2014 bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80 %.

E. 9

.

Die Gerichtskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind auf Fr. 800.-- festzusetzen und entsprechend dem Verfahrensausgang der Beschwerdeführer in 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: - Rechtsanwalt Patrick Lerch - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1. Juli bis und mit dem 5. August sowie vom 1. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

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