

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00926 vom 29. Juni 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-06-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00926

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00926 du 29 juin 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00926 del 29 giugno 2018

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1972, Mutter von Zwillingen, geboren 2005,

absolvierte die Fachhochschule für Detailhandel (vgl. Urk. 7/1/3, Urk. 7/2). Sie arbeitete zuletzt bis am 31. August 2015 in einem 80%-Pensum als Filialleiterin in einem Kleidergeschäft. Ab dem 31. August 2015 war sie infolge von rechts betonten Nacken-Arm-Schmerzen, Missempfindungsstörungen in den Fingern und Kraftlosigkeit (vgl. Urk. 7/71/26) zu 100 % arbeitsunfähig gemeldet (vgl.

Urk. 7/10/13, Urk. 7/71/23). Am 22. Dezember 2015 meldete sie sich bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/

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 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). 1. 2

Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen, nach BGE 143 V 409 namentlich auch leichte bis mittelschwere Depressionen, für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach Massgabe von BGE 141 V 281 zu unterziehen (Änderung der Rechtsprechung). Speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere depressive Störungen hielt das Bundesgericht in BGE 143 V 409 – ebenfalls im Sinne einer Praxisänderung – fest, dass eine invalidenversicherungsrechtlich relevante psychische Gesundheitsschädigung nicht mehr allein mit dem Argument der fehlenden Therapieresistenz auszuschliessen sei (E. 5.1; zur bisherigen Gerichtspraxis vgl. statt vieler: BGE

140 V 193 E. 3.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_13/2016 vom 14. April 2016 E. 4.2). Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sind somit auch bei den leichten bis mittelgradigen depressiven Störungen systematisierte Indikatoren beachtlich, 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). Die Therapierbarkeit ist dabei als Indiz in die gesamthaft vorzunehmende allseitige Beweiswürdigung miteinzubeziehen (BGE 143 V 409 E. 4.2.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_449/2017 vom 7. März 2018 E. 4.2.1).

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. 1.3

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3) - Komplex „Gesundheitsschädigung“ (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex „Sozialer Kontext“ (E. 4.3.3) - Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestic ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4) . 1. 4

Gemäss der Rechtsprechung des Bundesgerichts kann die ärztliche Arbeitsfähigkeitsschätzung, zumindest ohne einlässliche Befassung mit den spezifischen normativen Vorgaben und ohne entsprechende Begründung, zwar den rechtlich geforderten Beweis des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 Abs. 2 ATSG) nicht erbringen, weil sie weitgehend vom Ermessen des medizinisch-psychiatrischen Sachverständigen abhängt. Die medizinische Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ist aber eine wichtige Grundlage für die anschliessende juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistung der versicherten Person noch zugemutet werden kann (BGE 140 V 193 E. 3.2). Dabei gilt, dass die versicherte Person als grundsätzlich gesund anzusehen ist und sie ihrer Erwerbstätigkeit nachgehen kann (vgl. BGE 141 V 281 E.

3.7.2). Hinsichtlich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit haben sich sowohl die medizinischen Sachverständigen als auch die Organe der Rechtsanwendung bei ihrer Einschätzung des Leistungsvermögens an den normativen Vorgaben zu orientieren; die Gutachter im Idealfall gemäss der entsprechend formulierten Fragestellung (BGE 141 V 281 E. 5.2). Die Rechtsanwender prüfen die medizinischen Angaben frei insbesondere daraufhin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben und ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsfähigkeit schliessen lassen (BGE 143 V 418 E. 6). Im Rahmen der Beweiswürdigung obliegt es den Rechtsanwendern zu überprüfen, ob in concreto

ausschliesslich funktionelle Ausfälle bei der medizinischen Einschätzung berücksichtigt wurden und ob die Zumutbarkeitsbeurteilung auf einer objektivierten Grundlage erfolgte

(BGE 141 V 281 E. 5.2.2; Art. 7 Abs. 2 ATSG). Es soll keine losgelöste juristische Parallelüberprüfung nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens stattfinden (BGE 141 V 281 E. 5.2.3; vgl. auch Andreas Traub, in: Ueli Kieser [Hrsg.], Sozialversicherungsrechtstagung 2016, S. 142 Ziff. 3.3.3), sondern im Rahmen der Beweiswürdigung überprüft werden, ob die funktionellen Auswirkungen medizinisch anhand der Indikatoren schlüssig und widerspruchsfrei festgestellt wurden und somit den normativen Vorgaben Rechnung tragen (BGE 141 V 281 E. 6; Urteil des Bundesgerichts 8C_260/2017 vom 1. Dezember 2017 E. 4.2.4). Entscheidend bleibt letztlich immer die Frage der funktionellen Auswirkungen einer Störung, welche im Rahmen des Sozialversicherungsrechts abschliessend nur aus juristischer Sicht beantwortet werden kann. Nach BGE 141 V 281 kann somit der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt. Fehlt es daran, ist der Beweis nicht geleistet und nicht zu erbringen, was sich nach den Regeln über die (materielle) Beweislast zuungunsten der rentenansprechenden Person auswirkt (BGE 143 V 418 E. 6; vgl. zur Publikation in der Amtlichen Sammlung bestimmtes Urteil des Bundesgerichts 8C_409/2017 vom 21. März 2018 E. 4.3).

E. 1.5

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. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 2

Gegen die Verfügung vom 26. Juli 2017 liess die Versicherte am 8. September 2017 Beschwerde (Urk. 1) erheben mit den Rechtsbegehren, die Verfügung vom 26. Juli 2017 sei aufzuheben und es sei zur Klärung ihrer invalidenversicherungsrechtlichen Ansprüche ein medizinisches Gerichtsgutachten einzuholen. Eventualiter sei die Sache an die IV-Stelle zurückzuweisen mit der Auflage, ein neues verwaltungsexternes medizinisches Gerichtsgutachten einzuholen, um sodann neu über ihre invalidenversicherungsrechtlichen Ansprüche zu befinden. Ausserdem seien ein zweiter Schriftenwechsel und gestützt auf Art. 6 der Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten (EMRK) eine öffentliche Verhandlung durchzuführen. Zusammen mit der Beschwerde liess sie weitere ärztliche Unterlagen einreichen (Urk. 3/

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin verneinte in der Verfügung vom 26. Juli 2017 einen Rentenanspruch, weil sie der Auffassung war, dass ein invalidisierender Gesundheitsschaden nicht ausgewiesen sei.

Sie habe ein

bidisziplinäres Gutachten (Orthopädie/Traumatologie und Psychiatrie)

bei der B.____ in Auftrag gegeben, auf welches abzustellen sei. Gestützt darauf sei aus orthopädischer Sicht eine lange Phase der Arbeitsunfähigkeit nicht nachvollziehbar. Ausserdem habe sich der psychische Gesundheitszustand unter laufender psychiatrischer Behandlung verbessert. Die Prognose sei gut. Insgesamt habe das bidisziplinäre Gutachten zwar gesundheitliche Einschränkungen bestätigt. Diese seien aber nicht schwerwiegend, weshalb sie nicht durch die Invalidenversicherung versichert seien (Urk. 2).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin lässt in ihrer Beschwerde zusammengefasst im Wesentlichen geltend machen, auf das durch die Beschwerdegegnerin eingeholte bidisziplinäre Gutachten der B.____ könne aus diversen Gründen nicht abgestellt werden.

Daher habe das Gericht ein polydisziplinäres Gutachten einzuholen. Eventuell sei ein solches durch die Beschwerdegegnerin zu beschaffen. Erst nach Vorliegen eines beweistauglichen Gutachtens könnten über ihre invalidenversicherungsrechtlichen Ansprüche befunden werden (Urk. 1). 3. 3.1

Der Hausarzt, Dr. med. D.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, stellte am 10. Oktober 2015 in einem Bericht die Diagnose einer seronegativen

Oligoarthritis der Hände. Die Beschwerdeführerin sei seit dem 31. August 2015 zu 100 % arbeitsunfähig. Ende Oktober 2015 sei wieder mit einer Arbeitsaufnahme zu rechnen (Urk. 7/10/8-9).

3.2

Am 4. Dezember 2015 nannte Prof. Dr. med.

E.____, Facharzt für Neurologie, als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein diskretes Karpaltunnel syndrom rechts und Ansatzentzündungen am radialen und ulnaren Epicondylus

humeri (Urk. 7/10/5-7). Es habe bereits Karpaltunneloperationen gegeben, und zwar vor 12 Jahren rechts und vor 8 Jahren links. Der Operationserfolg sei gut gewesen. Seit Anfang September

2015 bestünden aber wieder Beschwerden am Handgelenk rechts. Gestützt auf die neurologischen Befunde sei die Beschwerdeführerin dennoch zu 100 % arbeitsfähig (Urk. 7/10/6). 3.3

Im Bericht vom 29. März 2016 (Urk. 7/24) stellte

Dr. med. F.____, unter anderem Facharzt für Rheumatologie und Rheumatologe im Zentrum für Rheuma und Knochenerkrankungen in der Y.____, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit die Diagnosen eines zervikoziphalogenen Schmerzsyndroms rechts mit intermittierender radikulärer Reizung C6 rechts, eines rezidivierenden thorakoziphalogenen Schmerzsyndroms, eines chronischen rezidivierenden lumbospondylopathischen Schmerzsyndroms rechts und eines Impingementsyndroms der Schulter rechts.

Die Beschwerdeführerin habe über ausgeprägte Schmerzen im rechten Arm geklagt, die vom Nacken zum Ellbogen und bis zur Hand ausstrahlen würden (Urk. 7/24/2).

Nach einer Magnetresonanztomographie (MRI) der Halswirbelsäule am 4. November 2015 durch den Chiropraktiker sei eine kleine laterale Diskushernie zwischen dem 5. und 6. Halswirbelkörper (HWK) und eine begleitende Unkarthrose mit Tangierung der Nervenwurzel C6 rechts aufgefallen. Nach einer computertomographisch (CT) gesteuerten Infiltration auf dem Niveau HWK 5/6 hätten die Beschwerden der Beschwerdeführerin dann

allerdings zugenommen.

Bei einer neurologischen Abklärung hätten keine Hinweise für eine radikuläre Symptomatik bestanden. Weiter habe die Versicherte über Schmerzen im Bereich der Brustwirbelsäule mit Ausstrahlung in den Thorax und über Schmerzen in der Lendenwirbelsäule mit Ausstrahlungen ins rechte Bein geklagt.

Im Bereich der Lendenwirbelsäule hätten sich eine muskulär insuffiziente Wirbelsäulen-Stabilisierungsfähigkeit und degenerative Veränderungen der Facettengelenke L4/L5 und L5/S1 gezeigt. Es zeigten sich ausgeprägte Triggerpunkte im Gluteus medius und minimus rechts, Tractus

iliotibialis, piriformis. Das Impingementsyndrom an der rechten Schulter sei durch eine sonographie-gesteuerte Infiltration am 24. Februar 2016 bei der Bursa subdeltoidea rechts

mit

Kenacort und Lidocain behandelt worden (Urk. 7/24/3).

Es bestünden kleinere Anisotropien der gemeinsamen Handextensorenursprünge am Epicondylus

humeri

radialis im Sinne einer abgeheilten Epicondylitis (Urk. 7/24/2). Insgesamt sei die Prognose unter gezieltem Stabilisationstraining und rücken-ergonomischem Verhalten günstig (Urk. 7/24/3). Es sei eine aktive Physiotherapie zur Stärkung der muskulären Wirbelsäulen-Stabilisierungsfähigkeit geplant (Urk. 7/24/1).

Die bisherige Tätigkeit als Filialeiterin sei aus medizinischer Sicht zumutbar, wenn repetitives Hantieren mit Lasten von grösser als 5 Kilogramm vermieden werden könne und die Beschwerdeführerin die Möglichkeit für vermehrte Pausen (z.B. 15 Minuten alle 2 Stunden) und für Lagewechsel habe. Aufgrund der Dekonditionierung sei

initial ein 70 %- bis 80 %-Pensum optimal, nach circa 4 Wochen ein 100 %-Pensum. Aus rheumatologischer Sicht bestehe hierbei keine verminderte Leistungsfähigkeit (Urk. 7/24/3).

3.4

Vom 24. Mai bis am 8. Juni 2016 war die Beschwerdeführerin in der Klinik für Rheumatologie des Z. ___ hospitalisiert. Die Zuweisung war aufgrund des Versagens ambulanter Therapiebemühungen betreffend des chronischen zervikospondylo-genen Schmerzsyndroms erfolgt (Urk. 7/41/2).

Die Ärzte sahen die geklagten Beschwerden im Zusammenhang mit einer Wirbelsäulenfehlstellung und -fehlhaltung, segmentalen Dysfunktionen, Hal-tungsinsuffizienz mit

muskulären Dysbalancen und sekundären myofaszialen Befunden.

Weiter wurden die Diagnosen eines Verdachts auf ein Sulcus - ulnaris -Syndrom rechts nach einer sonographisch festgestellten lokalen Verdickung des Nervus

ulnaris

und einer

im Mai 2016 mittelgradigen rezidivierenden depressiven Störung gestellt (Urk. 7/41/1). Im angestammten Beruf habe die Arbeitsunfähigkeit vom Beginn der Hospitalisation bis am 20. Juni 2016 100 % betragen (Urk. 7/41/3). 3.5

Im Bericht vom 27. Juni 2016 (Urk. 7/34) bestätigte der Rheumatologe Dr. F.____

seine bisher gestellten Diagnosen (vgl. Urk. 7/24) . Er erhob

nach wie vor die Diagnose eines

Impingementsyndroms rechts, diesmal mit rezidivierender Bursitis subdeltoidea, wobei hierbei am 24. Juni 2016 eine weitere Infiltration mit Kenacort und Lidocain stattgefunden habe. Ausserdem erwähnte er ebenfalls die Verdachtsdiagnose des Sulcus - ulnaris -Syndroms rechts und eine rezidivierende depressive Störung, progrediente mittelgradige Episode, sowie ein Handgelenksganglion rechts . Er erklärte weiter, dass die Anpassung der aktiven Physiotherapie zu keiner Besserung geführt habe. Es sei trotz einer rheumatologischen Komplex-Therapie in den letzten Wochen zu einer massiven Schmerzexazerbation gekommen. Die Beschwerdeführerin sei teilweise nur hinkend mobil und könne kaum ihre Kinder versorgen. Sie sei im angestammten Beruf und für eine leichte Verweisungstätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig. Es werde eine stationäre Rehabilitation organisiert (Urk. 7/34/ 1- 2). 3.6

Vom 13. Juli bis 6. August 2016 hielt sich die Beschwerdeführerin zur stationären Rehabilitation im A.____ auf. Im Austrittsbericht vom 31. August 2016 (Urk. 7/46) bestätigten die Ärzte die Diagnosen von Dr. F.____ (vgl. Urk. 7/34) .

Eine multimodale Komplextherapie (Physio- und Ergotherapie) habe zu einer gewissen Verbesserung geführt (Urk. 7/46/2) . Die Ärzte attestierten bis am 22. August 2016 eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit. Diese müsse danach durch den Hausarzt Dr. D.____

neu beurteilt werden (Urk. 7/46/4).

Dr. D.____ attestiert seit 24. Mai 2016 durchgehend eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (vgl.

Urk. 7/78/1). 3. 7

Im orthopädischen Fachgutachten vom 18. Januar 2017 (Urk. 7/71/20-28) erhob Dr. med. G.____ , Facharzt für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, keine Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Verkäuferin . Als Diagnosen ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Verkäuferin listete er ein chronisches cervikovertebrales Syndrom mit leicht - bis mittelgradiger Funktionseinschränkung, ein rezidivierendes thorako-lumbovertebrales Syndrom ohne wesentliche Funktionseinschränkung, eine Epicondylitis

humeri

radialis rechts und rezidivierende Missempfindungsstörungen der Finger IV – V bei geäussertem Verdacht auf ein Sulcus - ulnaris -Syndrom auf .

Im Gegensatz zu den meisten Vorberichten (vgl.

Urk. 7/24, Urk. 7/34, Urk. 7/46) listete er ein

Impingementsyndrom der Schulter rechts nicht auf (vgl. Urk. 7/71/26).

Die Beschwerdeführerin berichtete dem Gutachter, dass sie im Bereich der rechten Körperhälfte Schmerzen habe, die vom Auge über Stirn, Schädeldach, Hinterhaupt ins Okziput und von der Schulter bis in das rechte Schulterblatt hinein ausstrahlen würden. Darüber hinaus habe sie im rechten Ellbogen lokale Schmerzen, ein zeitweiliges Taubheitsgefühl im Daumen der rechten Hand und rezidivierende Kribbelparästhesien in den Langfingern IV und V der rechten Hand. Zudem habe sie fortgesetzt Schmerzen an der Halswirbelsäule, auch im Bereich der Brustwirbelsäule und im Bereich der unteren Lendenwirbelsäule (Urk. 7/71/21).

Bei der klinischen Untersuchung vom 12. Januar 2017 habe sich die Halswirbelsäule leicht- bis mittelgradig funktionseingeschränkt gezeigt. Es habe eine Druckschmerzhaftigkeit über dem rechtsseitigen Okziput und über der rechtsseitigen paravertebralen zervikalen Muskulatur bestanden (Urk. 7/71/26). Hinsichtlich der Wirbelsäulen seien im seitlichen Profil eine vermehrte Lordose der Lendenwirbelsäule (LWS) und eine verstärkte Kyphose der Brustwirbelsäule (BWS) im Sinne eines Hohlrundrückens festzustellen gewesen. Die Rückenstreckmuskulatur sei dysbalanciert

erschienen und das Aufrichten aus der Rückenlage in den Langensitz sei mit Abstützen erfolgt. Die Beweglichkeit der LWS und BWS sei aber frei gewesen (vgl. Urk.

7/71/24). Im rechten Ellenbogen habe über dem Epicondylus

humeri

radialis

eine Druckschmerzhaftigkeit und Schmerzzunahme bei isometrischer Anspannung gegen Widerstand des plantar flektierten Handgelenkes bestanden. Dies sei Ausdruck einer Epicondylitis

humeri

radialis. Diese Diagnose sei bereits durch die therapeutischen Massnahmen, die zur Besserung der Schmerzsymptomatik ergriffen worden seien, bestätigt worden. Es würden lokale Querfraktionen zur Verbesserung des Stoffwechsels durchgeführt. Ferner habe die Beschwerdeführerin rezidivierende Hypästhesien

in den Fingern IV und V angegeben, die zum Zeitpunkt der Untersuchung nicht bestanden hätten. Es sei jedoch möglich, dass sie durch ein peripheres Neurokompressionssyndrom (Sulcus - ulnaris - Syndrom) ausgelöst worden seien. Letztlich

habe die Messung der Armumfänge keine Seitendifferenz gezeigt. Die kursorisch orthopädisch-neurologische Untersuchung habe bei der Reflexprüfung eine seitengleiche mittel-lebhafte Reflexauslösung der Brachioradialis (BRR), des Bizepses (BSR) und des Trizepses (TSR) gezeigt. Bei der Prüfung der motorischen Kraftentwicklung seien unspezifisch alle geprüften Muskelgruppen für Unterarmstreckung, Unterarmbeugung, Faustschluss, Innen- und Aussenrotation bei angelegtem Oberarm als kraftgemindert demonstriert worden. Im Gegensatz dazu habe eine deutliche Hohlhandbeschwellung beidseits von einer manuellen Aktivität gezeugt (Urk. 7/71/26).

Die Beweglichkeit des rechten Schultergelenks sei marginal eingeschränkt

gewesen (Urk. 7/71/26-27). Das heisse, sie sei gegenüber der Gegenseite etwa für 10 Grad in der Seitwärts- und Vorwärtsbewegung eingeschränkt gewesen (vgl. Urk. 7/71/24). Die Impingementzeichen nach Neer, Jobe und Hawkins seien negativ gewesen (Urk. 7/71/24). Eine aktuelle Impingement-symptomatik

habe sich nicht provozieren lassen.

In Würdigung der Vorakten erklärte der begutachtende Orthopäde, dass das anfänglich von Prof. Dr. E. ___ am 4. Dezember 2015 erwähnte Karpaltunnelsyndrom (vgl. Urk. 7/10/5-7) nach einer MRI der Halswirbelsäule und nach einer kleinen lateralen Diskushernie mit möglicher Tangierung der Nervenwurzel C6 rechts nicht mehr aufgeführt worden sei. Nach einer computertomographisch (CT)-gesteuerten Infiltration im Segment D5/6 rechts habe die Beschwerdeführerin gestützt auf einen Befundbericht der Y. ___ vom 29. März 2016 (vgl. Urk. 7/24) keine Beschwerdelinderung, sondern eher eine Beschwerdezunahme gezeigt. Das widerlege den ursächlichen Zusammenhang zwischen Bandscheibenhernierung und den geklagten Beschwerden. Auch im Austrittsbericht der Physiotherapie des A. ___ vom 5. August 2016

(vgl. Urk. 7/34/7-8) seien keine Hinweise für eine radikuläre Reizsymptomatik festgestellt worden. Vielmehr seien myofasziale Befunde aufgeführt worden. Weiter sei im Einklang mit dem Befundbericht des A. ___ vom 31. August 2016 (vgl. Urk. 7/46) im hiesigen Gutachten der Verdacht auf ein Sulcus - ulnaris -Syndrom rechts geäussert worden. In der hiesigen Untersuchung seien keine

Hinweise auf eine Oligoarthritits der Hände, wie im Befundbericht von Dr. D. ___ vom 10. Oktober 2015 erwähnt (vgl. Urk. 7/10/8-9) vorgelegen. Vielmehr habe eine deutliche Hohlhandverschmälerung auf eine manuelle Aktivität hingewiesen (Urk. 7/71/27).

Zur Arbeitsfähigkeit meinte der Gutachter, dass aus orthopädischer Sicht keine Gesundheitsstörung bestehe, welche die Arbeitsfähigkeit als Verkäuferin eines Damenoberbekleidungsgeschäfts einschränke. Die Arbeitsfähigkeit in Verweilungstätigkeiten sei ebenfalls nicht eingeschränkt. Die Beschwerdeführerin sei in der Lage, körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Lasten bis zu 15 Kilogramm durchzuführen. Tätigkeiten in überwiegenden Zwangshaltungen wie in und über Kopfhöhe seien aber zu vermeiden (Urk. 7/71/26-27). Im retrospektiven Verlauf sei die lange Phase der Arbeitsunfähigkeit aus orthopädischer Sicht nicht begründbar. Die Beschwerdeführerin halte sich für invalidisiert. Eine Motivation zur Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit sei nicht erkennbar. Bei statisch ungünstigem Hohlrundrücken und Dysbalancierung der Rumpfmuskulatur sei ein zielgerichtetes Muskelaufbautraining therapeutisch zu empfehlen (Urk. 7/71/27). 3.

E. 6

). Mit Beschwerdeantwort vom 17. Oktober 201

E. 7

(Urk.

6) beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde. Mit Schreiben vom 28. November 2017 (Urk. 10) liess die Versicherte das Gesuch um Durchführung einer öffentlichen Verhandlung zurückziehen. Am 30. November 2017 wurde ein zweiter

Schriftenwechsel angeordnet (Urk. 11). Am 16. Januar 2018 verzichte te

die Versicherte

auf eine Replik (Urk. 12), was der IV-Stelle am 19. Januar 2018 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 13).

Auf die Vorbringen

und die eingereichten Unterlagen der Parteien wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 8

Im Fachgutachten vom 14. Februar 2017 (Urk. 7/71/32-44) nannte Dr. med. H.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Neurologie, als Diagnose mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Verkäuferin eine rezidivierende depressive Störung gegenwärtig leichten Grades (ICD-10 F33.0; Urk. 7/71/40).

Die Beschwerdeführerin habe von Stimmungsschwankungen, Ängsten und Panik attacken berichtet. Sie habe einerseits von aktuell bestehenden häuslich-familiären Konflikten erzählt und andererseits die anhaltende Schmerzsymptomatik erwähnt, welche zu vermehrter Reizbarkeit führe. Sie meinte weiter, dass ihr Konzentrationsvermögen nachgelassen habe (Urk. 7/71/33-34).

Unter dem Titel psychiatrischer Befund hielt Dr. H.____ fest, die Beschwerde führerin habe zunächst ohne erkennbare Schonhaltung auf dem Patientenstuhl Platz genommen. Weiter habe sie das gesamte Gespräch aufmerksam verfolgt. Auch gegen Ende der Exploration hätten Aufmerksamkeit, Konzentrationsvermögen und Ausdauer nicht nachgelassen. Die von ihr anamnestisch angegebenen kognitiv-mnestischen Einbussen hätten sich im klinisch-psycho pathologischen Befund nicht widerspiegelt. Sie habe zwar im inhaltlichen Denken eine vermehrte Beschäftigung mit Selbstwertzweifeln und Zukunftsängsten sowie negativen Kognitionen gezeigt. Sie sei aber gedanklich weder in depressiven Gefühlen, noch in Ängsten oder im Schmerzerleben gefangen geblieben. Stets habe sie gedanklich aus negativen Kognitionen gelöst werden können. Ferner seien Willenskraft und Antrieb vorhanden gewesen. Gelegentlich habe das Durchhaltevermögen aber eine Spur reduziert gewirkt. Die Stimmungslage sei ernst, gelegentlich auch leicht zum depressiven Pol gedrückt gewesen. Durchgehende Depressivität habe sich nicht gefunden. Vielfach habe sie auch zum positiven Pol mitschwingen können. Gelegentlich habe sie gelächelt, wobei im Hintergrund allerdings etwas selbstunsicher-verlegene Momente aufgetaucht seien. Die Fähigkeit, Freude zu empfinden, sei allenfalls eine Spur reduziert gewesen. Der psychopathologische Befund sei zu keinem Zeitpunkt von auffallenden Ängsten geprägt gewesen. In der Primärpersönlichkeit sei die Beschwerdeführerin etwas asthen -selbstunsicher erschienen und sie habe auch einzelne ängstlich-vermeidende Züge aufgewiesen. Letztendlich sei sie aber durchaus in der Lage gewesen, mit ausreichender Flexibilität auf das Gegenüber und die jeweilige Situation zu reagieren, so dass die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung oder gar einer andauernden Persönlich keitsänderung entsprechend den Kriterien des ICD-10 nicht zu stellen gewesen sei (Urk. 7/ 71 /38 40).

Unter dem Titel „Epikrise und Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Fachgebiet Psychiatrie“ erklärte der begutachtende Psychiater, dass es bei der Beschwerde führerin seit 2003 zu rezidivierenden depressiven Episoden unterschiedlicher Ausprägung gekommen sei. Unter

psychopharmakologischer Behandlung sowie unter laufender ,
psychiatrisch-psychotherapeutischer Gespräche sei jeweils eine Stabilisierung eingetreten.
In den letzten Jahren sei, niedrig dosiert, eine antidepressive Behandlung über den
Hausarzt mit Citalopram beziehungsweise Escitalopram erfolgt. Bei seit 2016 wieder
exazerbierenden Depressionen habe die Beschwerdeführerin die Fachbehandlung bei Dr.
I. _____

wiederaufgenommen . Eine gewisse Stabilisierung sei eingetreten. Es gebe aber vielfältige
Belastungsfaktoren, die immer wieder zu depressiven Einbrüchen führen würden,
einerseits anhaltende, in den letzten Wochen wieder exazerbierende Schmerzen im Zervikal-
oder brachialbereich , andererseits eine wenig zufriedenstellend erlebte, häusliche Situation mit
sich latent andeutenden Ehekonflikten. Die von der Beschwerdeführerin geklagten Ängste,
welche sie teilweise auch als Panikattacken apostrophiere, würden nach hiesiger Einschätzung in
der Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung mit depressiven Episoden
aufgehen. Eine eigenständige Diagnose einer Angsterkrankung beziehungsweise
Panikstörung werde daher nicht gestellt.

Ausserdem liessen sich die geklagten Schmerzen nicht einer anhaltenden somatoformen
Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) zuordnen, weil eine massgebliche Verknüpfung der
Entwicklung des Schmerzsyndroms mit einem schwerwiegenden, innerseelischen Konflikt
nicht vorliege und auch so schwere psychosoziale Belastungsfaktoren in enger Verbindung
mit der Entwicklung der Schmerzen nicht bestanden hätten. Vielmehr sei von einer
depressiv bedingten Schmerzverarbeitungsstörung auszugehen. Aktuell liege das Bild einer
leichten depressiven Episode vor (Urk. 7/71/40-41).

Zu den Standardindikatoren (vgl. vorne E. 1.3) stellte der psychiatrische Gutachter
Folgendes fest (Urk. 7/71/42-43) :

Die diagnoserelevanten Befunde seien derzeit aus psychiatrischer Sicht leicht ausgeprägt
und würden die Annahme einer leichten depressiven Episode im Rahmen der seit vielen
Jahren bekannten, rezidivierenden depressiven Störung begründen.

Unter der laufenden psychiatrischen beziehungsweise psychotherapeutischen Behandlung
einschliesslich der Psychopharmakotherapie sei eine gewisse Stabilisierung im Sinne einer
Teilremission erkennbar. Die Prognose sei günstig. Eine vollständige Remission der
Depression sei aber noch nicht eingetreten. Eingliederungsmassnahmen seien in den letzten
Monaten nicht erfolgt.

Hinsichtlich Komorbiditäten würden neben der rezidivierenden depressiven Störung
degenerative Veränderungen am Stütz- und Bewegungsapparat bestehen.

Die Beschwerdeführerin verfüge in vielerlei Hinsicht über gute, persönliche Ressourcen.
Eine Persönlichkeitsstörung von Krankheitswert liege nicht vor. Zudem bestehe einerseits
ein ausreichend stabiles soziales Umfeld. Andererseits bestehe eine nicht zufriedenstellend
erlebte, partnerschaftliche Konstellation mit sich latent andeutenden Ehekonflikten. Die
sozialen Kontextfaktoren seien daher nicht vollumfänglich als positiv einzuschätzen.

Es bestehe eine Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren
Lebensbereichen.

Ein Leidensdruck liege vor. Die Beschwerdeführerin nehme Therapieangebote wahr und
sie berichte über sehr intensive ergotherapeutische und physiotherapeutische
Interventionen sowie die regelmässige Teilnahme an der medizinischen Trainingstherapie.

Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und in einer leidensangepassten Tätigkeit sei aus rein psychiatrischer Optik um 20 % reduziert wegen der mit der Depression einhergehenden Beeinträchtigung psychischer Grundfunktionen mit verstärkt nach innen gerichteter Selbstwahrnehmung und dysfunktionaler Beschwerdeverarbeitung. Es bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80 % in jeglicher Tätigkeit, und zwar seit dem Austritt aus dem A.____ im August 2016. Zuvor habe aus psychiatrischer Sicht bei mittelgradiger depressiver Episode eine Arbeitsfähigkeit von etwa 60 bis 70 % vorgelegen (Urk. 7/71/42-43) . 3.

E. 9

Die RAD-Ärzte Dr.med. J.____ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie , und Dr.med. K.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erachteten die

B.____ -Gutachten in ihren Stellungnahmen vom 6. und 7. März 2017 (Urk. 7/81/6) für schlüssig. Die Gutachter seien zu plausiblen Diagnosen und nachvollziehbaren Schlussfolgerungen hinsichtlich der bestehenden Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin gekommen. 3.1 0

Am 4. Juli 2017 bestätigte der Rheumatologe Dr. med. L.____ , Facharzt für Rheumatologie und Physikalische Medizin und Rehabilitation,

im Wesentlichen die früheren Diagnosen von Dr. F.____

(vgl. Urk. 7/34) und vom A.____ (vgl. Urk. 7/46), indem er ein chronisch

zervikales radikuläres Reizsyndrom C6 rechts, ein anamnestisches

Impingementsyndrom der Schulter rechts nach einmaliger Infiltration im Juni 2016 und eine depressive Entwicklung diagnostizierte . Er sehe bei der Beschwerdeführerin noch therapeutisches Potenzial, weshalb er sich nicht primär um die Frage der Arbeitsfähigkeit gekümmert habe, sondern lediglich eine von Dr. D.____ attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit übernommen habe (Urk. 3/6). 4. 4. 1

Die

B.____ -Fachgutachten vom 18. Januar und 14. Februar 2017 basieren unter anderem auf den Ergebnissen von Messblättern für obere Gliedmassen vom 12. Januar 2017 (Urk. 7/71/29-31) und von einem Laborbefund des M.____ vom 13. Februar 2017 (Urk. 7/71/40). Ihnen liegen die orthopädisch- traumatologische und die psychiatrische Untersuchung

vom 12. Januar und 13. Februar 2017 (vgl. Urk. 7/71/20-47) zu Grunde. Die Vorakten wurden berücksichtigt (vgl. Urk. 7/71/3-7) .

Die Gutachter führten jeweils eine Anamnese- und Befunderhebung durch (Urk. 7/71/20-25 , Urk. 7/71/32-40) .

Es ist zwar richtig, dass sich bei der Anamneseerhebung durch Dr. G.____ ein vereinzelter Fehler eingeschlichen hat, indem der Arzt ausführte, die Versicherte habe auf der linken Körperseite am letzten Arbeitstag eine grosse Schwäche erlitten (Urk. 7/71/22), hatte es doch die rechte Seite betroffen. Ganz klar wurde jedoch in der Folge vor allem die von der Versicherten

als schmerzhaft beklagte dominante rechte Körperseite exploriert und von den Gutachtern in die Beurteilung einbezogen, die Kritik von der Beschwerdeführerin deswegen (Urk. 1

S. 6), die das Gutachten als unbrauchbar darstellt, stösst ins Leere. Weiter beantwortet das Gesamtgutachten die gestellten Fragen interdisziplinär (Urk. 7/71/12-18).

Das psychiatrische Gutachten äussert sich explizit zu den Standardindikatoren, die zur Beurteilung der Auswirkungen von psychischen Leiden auf das Leistungsvermögen relevant sind (vgl. Urk. 7/71/42-43).

Es wurde über den Tagesablauf und die Freizeitgestaltung berichtet (Urk. 7/71/21, Urk. 7/71/34-35). Die Gutachter setzten sich soweit möglich mit (zum Teil) anderslautenden Beurteilungen auseinander (vgl. Urk. 7/71/27, vgl. Urk. 7/71/43). 4. 2

Zur somatischen Gesundheitssituation gilt es ferner festzuhalten, dass der begutachtende Rheumatologe Dr. G.____

gestützt auf die erhobenen Untersuchungsbefunde (Urk. 7/71/21-25) nachvollziehbar ein chronisches zervikales vertebrales Syndrom mit leicht bis mittelgradiger Funktionseinschränkung feststellte (vgl.

Urk. 7/71/26). Er stellte einleuchtend dar, dass die klinische Untersuchung (vgl. Urk. 7/71/23-24, Urk. 7/71/30) eine regelrechte HWS-Lordose zeigte und ein diffuser Palpationsschmerz über den okzipitalen und parazervikalen Sell'schen Irritationspunkten rechts ohne punktuelle Abgrenzbarkeit festgestellt werden konnte. Die Halswirbelsäulenbeweglichkeit war für die Reklination und Seitneigung nach rechts funktionseingeschränkt (vgl. Urk. 7/71/30). Weiter erklärte er in Würdigung der Vorakten (vgl. Urk. 7/71/27, Urk. 7/24/2) nachvollziehbar,

dass die CT-gesteuerte Infiltration im Segment D5/6 keine Beschwerdelinderung, sondern eher eine Beschwerdezunahme zeigte, was den ursächlichen Zusammenhang zwischen Bandscheibenhernierung und den geklagten Beschwerden widerlege.

Vor diesem Hintergrund scheint eine allfällige radikuläre Reizung des Halswirbels C6 rechts, welche die behandelnden Rheumatologen in ihren Berichten festhalten (vgl. Urk. 7/24, Urk. 7/34/1-2, Urk. 7/46, Urk. 3/6), nicht im Vordergrund zu stehen. In der Diagnoseliste vom 15. Juni 2017 (Urk. 7/78/4) schwächte Dr. F.____ seine Diagnose eines zervikospodylogenen Schmerzsyndroms rechts im Gegensatz zu seinen Vorberichten (vgl. Urk. 7/24/1, Urk. 7/34/1) insofern ab, als er sie mit dem Zusatz mit „möglicherweise intermittierende r

radikuläre Reizung C6 rechts auflistete. Der orthopädische Gutachter sah den Grund für die wechselhafte Schmerzsymptomatik vordergründig in der Muskulatur

(vgl. Urk. 7/71/26) und ersah sich darin durch den Austrittsbericht der Physiotherapie des A.____ vom 5. August 2016 (Urk. 7/34/7-8) bestätigt (vgl. Urk. 7/71/27). Das ist nicht zu beanstanden, zumal auch der Chiropraktiker Dr. C.____, Chiropraktiker SCG/ECU, in seinem Bericht vom 28. Juni 2017 (Urk. 7/80/1) nach einer Röntgenuntersuchung am 23. März 2017 die muskuläre Komponente als enorm wichtig

erachtet. Die anderslautenden Beurteilungen vermögen die gutachterliche Diagnose damit insgesamt nicht in Frage zu stellen, so dass von dieser auszugehen ist.

Davon abgesehen ist nicht die diagnostische Einordnung eines Gesundheitsschadens entscheidend, sondern dessen konkrete Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit (Urteil des Bundesgerichts 9C_273/2017 vom 9. April 2018 E. 3.2.2 mit Hinweis auf BGE

136 V 279 E. 3.2.1).

Des Weiteren verneint er der begutachtende Orthopäde gestützt auf seine m
auf Messblättern der oberen Gliedmassen basierenden orthopädischen Befund (vgl.

Urk. 7/71/24 ,

vgl. Urk. 7/71/29-31) nachvollziehbar eine Impingement symptomatik (vgl. Urk. 7/71/27).

Er erklärte, dass kein Hinweis für eine Schulter gelenkinstabilität bestanden habe und dass die Impingementzeichen nach Neer, Jobe und Hawkins negativ gewesen seien. Die Beweglichkeit des rechten Schultergürtels sei nur marginal eingeschränkt gewesen , was heisse , für etwa 10 Grad in der Seitwärts - und Vorwärtsbewegung gegenüber der Gegenseite (vgl.

Urk. 7/71/24 , Urk. 7/71/30) .

Anstelle eines Impingementsyndroms in der rechten Schulter stellte er einen deutlichen Druckschmerz über dem Epiconylus

humeri

radialis rechts fest (vgl. Urk. 7/71/24). Vor diesem Hintergrund ist es einleuchtend, dass der Gutachter lediglich eine Epicondylitis

humeri

radialis rechts diagnostizierte (vgl. Urk. 7/71/26). Dies steht denn auch im Einklang mit dem Bericht von Prof. Dr. E.____ , der am 4. Dezember 2015 Ansatzentzündungen am radialen Epiconylus

humeri festhielt (vgl. Urk. 7/10/5-7). Auch die Klinik für Rheumatologie des Z.____ e erwähnte in ihrem Bericht vom 8. Juni 2016 (Urk. 7/41/1) kein Impingementsyndrom der rechten Schulter. Die anderslautenden Beurteilungen, welche allesamt ein Impingementsyndrom der Schulter rechts enthalten (vgl. Urk. 7/24, Urk. 7/34/1, Urk. 7/46 , Urk. 7/78/4, Urk. 3/6) , vermö gen nach dem Gesagten die gutachterlichen Ausführungen nicht in Frage zu stellen .

Von der gutachterlichen Diagnose einer Epicondylitis

humeri

radialis ist folglich auszugehen.

Im Übrigen ist es gestützt auf die weiteren Untersuchungsbefunde (Urk. 7/71/24 , Urk. 7/71/30) und die gutachterliche Beurteilung (Urk. 7/71/26-27) nachvollziehbar, weshalb der begutachtende Orthopäde ein rezidivierendes thorako-lumbovertebrales Syndrom ohne wesentliche Funktionseinschränkung

feststellte (vgl. Urk. 7/71/26). Diese Diagnose steht im Wesentlichen im Einklang mit jener des Rheumatologen Dr. F.____ , der in seinem Bericht

vom 29. März 2016 (vgl. Urk. 7/24/1) die Diagnosen eines rezidivierenden thorakospondylo genen Schmerzsyndroms und eines chronisch rezidivierenden lumbospondylo genen Schmerzsyndroms rechts festhielt . In den Verlauf sberichten

bestätigte Dr. F.____ diese Diagnosen (vgl. Urk. 7/34/1, Urk. 7/78/4) . Auch die Berichte der Klinik für Rheumatologie des Z.____ (Urk. 7/41) und des A.____ (Urk. 7/46) äusser t e n sich in dieser Hinsicht im Wesentli chen übereinstimmend . Von der eingangs erwähnten gutachterlichen Diagnose ist folglich auszugehen.

Die Röntgenuntersuchung vom Chiropraktiker Dr.

C.____ vom 23. März 2017 (Urk. 7/80/1) führt nicht zu einer anderen Auffassung .

Weiter stellte der orthopädische Gutachter anhand der erhobenen Unter suchungs befunde (Urk. 7/71/24 ,

Urk. 7/71/29) einleuchtend die Diagnose von rezidivieren de n Missempfindungsstörungen der Finger IV – V bei geäussertem Verdacht auf ein Sulcus - ulnaris -Syndrom (vgl.

Urk. 7/71/26). In Über ein stimmung dazu äus serten die Klinik für Rheumatologie des Z.____ (Urk. 7/41/1) und das A.____ (Urk. 7/46) einen Verdacht auf ein

Sulcus-ulnaris-Snydrom rechts. Zwischen zeitlich stellte auch Dr. F.____ diese Ver dachtsd iagnose (vgl. Urk. 7/34/1).

Der begutachtende Orthopäde äussert e sich ferner

in Würdigung der Vorakten

auch dazu, weshalb ke in Karpaltunnelsyndrom und keine

Ol i goarthritis

der Hände anzunehmen seien (vgl. Urk. 7/71/27). Vielmehr sei gestützt auf seine Untersuchung eine deutliche Ho h lhand b eschwielung festgestellt worden, welche auf eine manuelle Aktivität hindeute (Urk. 7/71/24, Urk. 7/71/27). Das ist schlüssig und stellt erhebliche Auswirkungen der Schmerzen auf das Aktivitäts niveau in Frage . Jedenfalls ist v on den beiden eingangs erwähnten Diagnosen nicht

auszugehen.

Mit diesen aus somatischer Sicht relativ geringfügigen Einschränkungen ist es nicht zu beanstanden, dass die Gutachter die Tätigkeit als Kleiderverkäuferin als zumutbar erachteten. Das zervikovertebrale Syndrom mit leicht bis mittelgradiger Funktionseinschränkung

(vgl. Urk. 7/71/26) macht sich insofern bemerkbar, als Tätigkeiten in überwiegenden Zwangshaltungen wie in und über Kopfhöhe ver mieden werden sollten (vgl. Urk. 7/71/27).

Es ist aber im Übrigen gestützt auf die erhobenen Befunde (Urk. 7/71/24-27) mit dem begutachtenden Orthopäden anzunehmen, dass die Beschwerdeführerin in der Lage ist, körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Lasten bis zu 15 kg auszu üben (vgl. Urk. 7/71/27). Dieses Belastungsprofil lässt die bisherige Tätigkeit als Verkäuferin – allenfalls unter Zuhilfenahme einer Leiter für höhere Regale – nach der allgemeinen Lebenserfahrung zu. Es leuchtet daher auch ein, dass die anam nestisch geschilderte lange Phase der Arbeitsunfähigkeit aus Sicht des Gutachters nicht orthopädisch begründbar ist (vgl. Urk. 7/71/27). Daran ändert die Diagno seliste von Dr. F.____ vom 15. Juni 2017 (Urk. 7/78/4) nichts, weil wie vorne erwähnt - rechtsprechungsgemäss eben nicht die diagnostische Einordnung eines Gesundheitsschadens entscheidend ist , sondern dessen konkrete Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit (vgl. Urteil des

Bundesgerichts 9C_273/2017 vom 9. April 2018 E. 3.2.2 mit Hinweis auf BGE 136 V 279 E. 3.2.1) und sich aus dieser Diagnoseliste nicht entnehmen lässt, inwiefern sich die anderslautenden Diagnosen längerfristig erheblich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken würden. Auch die Arbeitsunfähigkeitseinschätzung des Hausarztes Dr. D.____ (vgl. Urk. 3/5) und die Äusserungen des Rheumatologen Dr. L.____

(Urk. 3/6) vermögen vor dem Hintergrund der schlüssigen gutachterlichen Darlegungen nicht zu überzeugen. 4.3

4.3.1

Zur psychischen Gesundheitssituation gilt es festzuhalten, dass der psychiatrische Gutachter im Einklang mit den Vorberichten behandelnder Ärzte (Urk. 7/34, Urk. 7/41, Urk. 7/46) vom Mai bis Ende August 2016 von einer rezidivierenden depressiven Störung mittleren Grades ausgeht (vgl. Urk. 7/71/43). In schlüssiger Weise erläutert er danach, dass aufgrund der erhobenen Befunde (Urk. 7/71/38-39) seit dem Austritt aus dem A.____ im August 2016 von einer leichten rezidivierenden Depression auszugehen ist (vgl.

Urk. 7/71/40-41, Urk. 7/71/43). In diesem Sinne übereinstimmend berichtet er auch der Rheumatologe Dr. L.____ am 4. Juli 2017 (Urk. 3/6) von einer depressiven Entwicklung.

Der psychische Gesundheitszustand ist also unumstritten. Von den gutachterlich erwähnten Diagnosen ist daher im Nachfolgenden auszugehen. 4.3.2

Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit attestierte der psychiatrische Gutachter für den Zeitraum des Vorliegens einer mittelgradigen Depression eine Arbeitsunfähigkeit von 30 bis 40 % und für die Zeit, ab der von einer leichtgradigen Depression ausgegangen wird, eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % (vgl. Urk. 7/71/42-43).

Die Äusserungen des psychiatrischen Gutachters zur Ausprägung der diagnose inhärenten Befunde,

zum Behandlungserfolg, zur Behandlungsresistenz, zu den Komorbiditäten sowie zu den persönlichen und sozialen Ressourcen (vgl. Urk. 7/71/42-43) sind nachvollziehbar.

Sie

würden eine geringfügige funktionelle Einschränkung, wie sie der psychiatrische Gutachter Dr. H.____

attestiert hat, nicht per se ausschliessen.

Hinsichtlich der Ausführungen unter der Kategorie Konsistenz fehlt es jedoch an schlüssigen medizinischen Begründungen. Erstens erklärte der begutachtende Gutachter pauschal, es bestehe eine Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (vgl. Urk. 7/71/43).

Bezüglich des Aktivitätenniveaus lässt sich der Aktenlage aber entnehmen, dass die Beschwerdeführerin die Zwillinge weckt, sie für die Schule fertigmacht, für sie mittags und abends das Essen vorbereitet, sich noch mit ihnen beschäftigt und sie gegen 21 Uhr ins Bett bringt (vgl. Urk. 7/71/34). Zudem fährt sie auch Auto (vgl.

Urk. 7/71/35). Die Beschwerdeführerin berichtete weiter, dass Unternehmungen wie Veranstaltungsbesuche, Kinogänge oder Ausflüge durchaus vor kämen. Sie mache mit den Kindern gerne einen kleineren Ausflug. Letztlich sei man im Sommer vergangenen Jahres

in Sardinien und im Herbst in Serbien gewesen. Für die Frühlingsferien sei eine weitere Reise nach Serbien geplant (Urk. 7/ 71 /35). Gestützt auf die se

Angaben der Beschwerdeführerin zur Kindererziehung , zum Autofahren, zur Freizeitgestaltung und zu Ferienreisen sind in keinem dieser Lebensbereiche eine Einschränkung des Aktivitätsniveaus ersichtlich. Einzig die Haushaltsführung erscheint gemäss ihren Ausführungen beeinträchtigt, weil es ihr schwer falle Staub zu saugen und Wäsche aufzuhängen (vgl. Urk. 7/ 71 /34). Diese Beeinträchtigungen scheint die Beschwerdeführerin gestützt auf ihre Darlegungen jedoch auf Einschränkungen der körperlichen Belastbarkeit zurückzuführen und nicht etwa auf psychische Beschwerden. Angesichts des Aktivitätsniveaus in mit dem Beruf vergleichbaren Lebensbereichen (vgl. Urk. 7/71/34-35) wäre eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit als Verkäuferin , die mit psychischen Beschwerden begründet wäre, ungleich mässig ausgeprägt. Das wäre inkonsistent. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit erscheint daher insoweit entgegen den Ausführungen des begutachtenden Psychiaters nicht als angezeigt.

Zweitens begründet der begutachtende Psychiater den behandlungsanamnestic ausgewiesenen Leidensdruck vordergründig mit Therapien, die das somatische Leiden behandeln (vgl. Urk. 7/71/43), was nicht schlüssig ist, weil es hier um einen all fälligen Leidensdruck im Zusammenhang mit dem psychischen Leiden geht.

Folglich genügen die gutachterlichen Äusserungen zu den Indikatoren nicht den normativen Vorgaben (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_260/2017 vom 1. Dezember 2017 E. 4.2.4). Die psychisch bedingte gutachterlich attestierte Arbeitsunfähigkeit

kann daher mangels Schlüssigkeit nicht übernommen werden. Trotzdem können die funktionellen Auswirkungen der psychischen Erkrankung bei der vorliegenden Sachlage durch das Gericht beurteilt werden

(Urteil des Bundesgerichts 8C_409/2017 vom 21. März 2018 E. 4.3; vgl. vorne E. 1.2-1.4): 4.3.3

Der begutachtende Psychiater Dr. H.____

schreibt im Gutachten, dass die diagnoserelevanten Befunde leicht ausgeprägt seien und stellt daher die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, leichte Episode (ICD-10 F33.0; vgl.

Urk. 7/71/42). In der Begutachtung der Beschwerdeführerin hat er tatsächlich nur wenig ausgeprägte Befunde und Symptome erhoben (Urk. 7/ 71 /38-40). Unter diesen Umständen erscheint es fragwürdig , ob überhaupt ein Leiden von erheblicher Ausprägung ausgewiesen ist.

Ein wichtiger Indikator für den funktionellen Schweregrad ist weiter der Behandlungserfolg beziehungsweise die Behandlungsresistenz, also Verlauf und Ausgang von Therapien. Psychische Störungen der hier interessierenden Art gelten nach der Rechtsprechung nur als invalidisierend, wenn sie schwer und therapeutisch nicht (mehr) angebar sind (BGE 141 V 281 E. 4.3. 2.1). Zu diesem Punkt hielt Dr. H.____ in Übereinstimmung mit seiner psychiatrischen Beurteilung (vgl. Urk. 7/71/40-41) widerspruchsfrei fest, dass unter der laufenden psychiatrischen beziehungsweise psychotherapeutischen Behandlung ein schliesslich der Psychopharmakotherapie eine gewisse Stabilisierung im Sinne einer Teilremission erkennbar war, wenngleich noch keine vollständige Remission der Depression eingetreten war (Urk. 7/71/42). Die Prognose aus

psychiatrischer Sicht sei aber gut (vgl. Urk. 7/71/43). Vor diesem Hintergrund ist ein Behandlungserfolg respektive keine Behandlungsresistenz anzunehmen.

Nebst der leichten rezidivierenden Depression erwähnt der psychiatrische Gutachter in korrekter Weise degenerative Veränderungen am Stütz- und Bewegungsapparat, wie sie sich aus dem orthopädisch-rheumatologischen Fachgutachten (Urk. 7/71/20-28) ergeben würden (Urk. 7/71/42). Den somatischen Diagnosen ist in Wechselwirkung mit dem psychischen Leiden ressourcenhemmende Wirkung beizumessen.

Sie sind somit rechtsprechungsgemäss als rechtlich bedeutsame Komorbidität einzustufen (vgl. BGE 143 V 418 E. 8.1).

Bei der Kategorie Persönlichkeit (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.2) können keine auffälligen Persönlichkeitsaspekte genannt werden, die für die Leistungsfähigkeit wesentlich einschränkend auffallen würden. Eine Persönlichkeitsstörung liegt nicht vor. Der begutachtende Psychiater erwähnt gute persönliche Ressourcen in komplexen Ich-Funktionen (Urk. 7/71/42). Er schreibt, dass die Beschwerdeführerin durchaus in der Lage sei, mit ausreichender Flexibilität auf das Gegenüber und die jeweilige Situation zu reagieren (vgl. Urk. 7/39/47),

weshalb der Umstand, dass die Beschwerdeführerin einen etwas ästhen-selbstunsicheren und ängstlich-vermeidenden Eindruck hinterlässt, nicht entscheidend ins Gewicht fällt.

Hinsichtlich des sozialen Kontextes sind

mobilisierende Ressourcen vorhanden, weil die Beschwerdeführerin neben ihren Eltern und Kindern über einen intakten und verlässlichen Freundeskreis verfügt (vgl. Urk. 7/71/37) und sich gerne mit Kolleginnen trifft (Urk. 7/71/3). Das dürfte sich auf eine berufliche Tätigkeit positiv auswirken. Jedoch bestehen auch die nicht ganz zufriedenstellend erlebte, partnerschaftliche Konstellation mit sich latent andeutenden Ehekonflikten, die sich in Übereinstimmung mit dem psychiatrischen Gutachter eher negativ auf das Leistungsvermögen auswirken dürfte(n) (vgl. Urk. 7/71/42).

Dass die Beschwerdeführerin in anderen Lebensbereichen nicht in einem Masse eingeschränkt ist, das mit der gutachterlich attestierten 20%igen Einschränkung im erwerblichen Bereich übereinstimmt, wurde dargelegt

(vgl. vorne E. 4.4.2).

Letztlich gilt es hinsichtlich des Leidensdrucks Folgendes festzuhalten: Gemäss Aktenlage wurde die Beschwerdeführerin im Jahre 2003 von einem Dr. I.____ psychiatrisch-psychotherapeutisch betreut. Danach habe sie jahrelang keine solche Behandlung mehr gem acht, jedoch die Antidepressiva

durch den Hausarzt Dr. D.____ erhalten. Seit 2016 sei sie wieder in Fachbehandlung bei Dr. I.____. Sie konsultiere ihn alle zwei bis drei Wochen (vgl. Urk. 7/71/41). Vor diesem Hintergrund ist in dem Sinne ein konstantes Verhalten ersichtlich, als dass die Beschwerdeführerin seit den verstärkten psychischen Beschwerden im Mai 2016 nebst den Psychopharmaka wieder eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung aufgenommen hat. Somit ist im Ergebnis

mit dem psychiatrischen Gutachter – jedoch mit anderer Begründung (vgl. Urk. 7/71/43) festzuhalten, dass ein gewisser Leidensdruck feststellbar ist. 4.3.4

Insgesamt betrachtet ist aufgrund der geringen Ausprägung des psychischen Leidens, aufgrund des Behandlungserfolgs und der nicht ausgewiesenen Behandlungsresistenz, sowie aufgrund des erheblichen Aktivitätsniveaus in mit dem Berufsbereich vergleichbaren Lebensbereichen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von keinem psychischen Gesundheitsschaden auszugehen, der die gutachterlich attestierte 20%ige Einschränkung zu rechtfertigen vermöchte.

Der Leidensdruck fällt nicht derart stark ins Gewicht, weil einerseits vom Jahr 2003 bis 2016 und damit über eine lange Zeit keine

ambulante

psychiatrische Behandlung notwendig war, und andererseits, weil noch nie eine stationäre psychiatrische Behandlung stattgefunden hat. Daran ändert in der umfassenden Gesamtbetrachtung die vorhandene somatische Komorbidität und die insoweit plausible Darstellung des Psychiaters, es liege aufgrund einer

dysfunktionalen Beschwerdeverarbeitung eine Reduktion der psychischen Grundfunktion vor (vgl. Urk. 7/71/43), nichts. Sie erscheint im Gesamtkontext nicht erheblich. Letztlich ist es angesichts des eruierten funktionellen Schweregrads der psychischen Störung und anhand der Gesichtspunkte des Verhaltens der Beschwerdeführerin auch nicht nachvollziehbar, weshalb sich die gutachterlich erwähnte verstärkt nach innen gerichtete Selbstwahrnehmung (vgl.

Urk. 7/71/43) funktionell auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit auswirken sollte.

Folglich ist für den eingangs umschriebenen Zeitraum von keinen funktionellen Auswirkungen der psychischen Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit auszugehen. 4.

Aus dem Gesagten folgt, dass dem bidisziplinären Gutachten mit dem beschriebenen Tätigkeitsprofil einer körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit mit Heben und Tragen von Lasten bis zu 15 kg, ohne überwiegende Zwangshaltungen wie in und über Kopfhöhe (Urk. 7/71/10), gefolgt werden kann. Diese Arbeit kann die Versicherte zu 100 % ausüben. Dazu sind die Tätigkeit als Kleiderverkäuferin und auch eine Vielzahl anderer angepasster Tätigkeiten zu zählen.

Die Beschwerde ist mithin abzuweisen. 5.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis 1'000.-- festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind die Kosten der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Massimo Aliotta - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der

Rechtskraft) 4.

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

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