

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00044 vom 28. Januar 2019**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-01-28, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2018.00044](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00044)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00044 du 28 janvier 2019

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00044 del 28 gennaio 2019

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

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

### **E. 1.2**

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken.

Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert besteht, welcher die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (vgl. BGE 139 V 547 E. 5, 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_125/2015 vom 1 8. November 2015 E. 5.4).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose vo r aus (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Ein zelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art.

### **E. 1.3**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Be schwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gege benenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den

Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

#### **E. 1.4**

Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflicht gemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a).

#### **E. 1.5**

Ausgeführte und im Einzelnen auf das in E. 4.4 und 4.5-7 Folgende verwiesen werden. 5.

Insgesamt fehlt es vorliegend in psychiatrischer Hinsicht an verlässlichen medizinischen Grundlagen zur Beurteilung der gesundheitlichen Situation und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin und damit an der Grundlage für einen Entscheid. Zur Beurteilung der invalidenversicherungsrechtlichen Ansprüche bedarf es daher zusätzlicher psychiatrischer Abklärungen in Form eines externen Gutachtens. Angesichts des Verzichts der Beschwerdegegnerin auf weitere Abklärungen (vgl. vorstehend E. 4.4) rechtfertigt sich eine gerichtliche Begutachtung nicht (vgl. vorstehend E. 1.6). Die angefochtene Verfügung vom 8. Dezember 2017 (Urk. 2) ist folglich aufzuheben und die Sache zur Vornahme weiterer Abklärungen im Sinne der Erwägungen und zu erneuter Entscheidung über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen. 6. 6.1

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 900.-- anzusetzen und, da die Rückweisung an die Verwaltung nach ständiger Rechtsprechung als vollständiges Obsiegen gilt (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts U 199/02 vom 10. Februar 2004 E. 6, mit Hinweis auf BGE 110 V 57 E. 3a; SVR 1999 IV Nr. 10 S. 28 E. 3), ausgangsgemäss von der Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). 6.2

Ausgangsgemäss steht der obsiegenden Beschwerdeführer in eine Prozessentschädigung zu, die gemäss Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) – ohne Rücksicht auf den Streitwert – nach der

Bedeutung der Streitsache, nach der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens zu bemessen ist. In Anwendung dieser Kriterien ist die Parteientschädigung vorliegend auf Fr. 2'000.-- (inkl. Mehrwertsteuer und Barauslagen) festzusetzen und der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die Verfügung des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 8. Dezember 2017 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird, damit sie, nach ergänzen den Abklärungen im Sinne der Erwägungen, neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 9 00.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2'000.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

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

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

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

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

## **E. 1.6**

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Gemäss ständiger Rechtsprechung ist in der Regel von der Rückweisung – da diese das Verfahren verlängert und verteuert – abzusehen, wenn die Rechtsmittelinstanz den Prozess ohne wesentliche Weiterungen erledigen kann. In erster Linie kommt eine Rückweisung in Frage, wenn der Versicherungsträger auf ein Begehren überhaupt nicht eingetreten ist oder es ohne materielle Prüfung abgelehnt hat, wenn schwierige Ermessensentscheide zu treffen sind, oder wenn der entscheidungsrelevante Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts U 209/02 vom 10. September 2003 E. 5.2). 2.

## **E. 2**

9. März 2018 zur Kenntnis gebracht ( Urk. 9 ). Am 24. April 2018 reichte die Beschwerdeführerin einen weiteren bei ihr eingegangenen Arztbericht ein ( Urk. 10, Urk. 11). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdeführerin ging in der angefochtenen Verfügung ( Urk. 2) gestützt auf die medizinischen Abklärungen, insbesondere den psychiatrischen und orthopädischen Untersuchungsbericht des RAD, beide vom 13. April 2017 ( Urk. 8/142, Urk. 8/143), davon aus, dass die erneute Bewegungs- und Belastungseinschränkung der Wirbelsäule ab 29. April 2015, welche die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin wieder zu 100 % eingeschränkt habe, in der Untersuchung bestätigt worden sei. Ab diesem Tag habe das gesetzlich vorgegebene Wartejahr begonnen (S. 1 unten). Die Arbeitsfähigkeit habe sich während dem Wartejahr stufenweise gesteigert, sodass die Beschwerdeführerin ab dem 10. Januar 2016 aus körperlicher Sicht bis auf weiteres zu 85 % arbeitsfähig geworden sei (S. 2 oben). Die Untersuchung habe zudem ergeben, dass aus psychiatrischer Sicht keine langfristige Arbeitsunfähigkeit mehr bestehe. Die depressive Symptomatik habe sich, trotz keiner oder unzureichender antidepressiver Medikation, gebessert. Es könnten nur jene psychisch bedingten Einschränkungen beachtet werden, welche die Arbeitsfähigkeit langandauernd einschränken würden, solche Einschränkungen bestünden bei der Beschwerdeführerin nicht (S. 2 oben). Das gesetzliche Wartejahr sei am 28. April 2016 erfüllt worden. Ab 1. April 2016 sei daher eine mögliche Erwerbseinbusse in der angepassten Tätigkeit im 85 % - Pensum geprüft worden. Das gesetzliche Minimum des Invaliditätsgrades von 40 % sei nicht erreicht worden, weshalb kein Anspruch auf eine Invalidenrente ab 1. April 2016 bestehe (S. 2 Mitte).

In der Beschwerdeantwort vom 14. März 2018 ( Urk. 7) führte die Beschwerdeführerin weiter aus, aus den medizinischen Akten werde deutlich, dass die erstmalige befristete Rentenzusprache aufgrund des Gesundheitszustandes der Lendenwirbelsäule (LWS) erfolgt sei. Die Verschlechterung des Gesundheitszustandes im April 2015 sei aufgrund von Schmerzen in der Halswirbelsäule (HWS) erfolgt. Insbesondere der behandelnde Orthopäde berichte am 1. April 2015 erstmals von neu aufgetretenen zervikalen Schmerzen mit Ausstrahlung in beide Schultern. Am 29. Juni 2015 sei die Beschwerdeführerin das erste Mal an der HWS operiert worden. Aus der orthopädischen Untersuchung durch den RAD werde nicht ersichtlich, dass diese beiden Leiden zusammenhängen würden. Es werde von keinerlei gegenseitiger Beeinflussung berichtet. Deshalb sei nach eingehender Sachverhaltsabklärung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass es sich um zwei unterschiedliche Leiden handle. Somit handle es sich nicht um ein Wiederaufleben der Invalidität im Sinne von Art. 29 bis

der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) und die Beschwerdeführerin müsse das Wartejahr erneut erfüllen. Nach dessen Ablauf bestehe ein rentenausschliessender IV-Grad von 34 % (S. 2).

### **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt ( Urk. 1), dass sich die Beschwerdeführerin bei der abschliessenden, invaliditätsrelevanten Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit sowohl in formeller als auch materieller Hinsicht nicht auf die internen RAD-Untersuchungsberichte stützen dürfe. Viel mehr habe sie eine neutrale externe interdisziplinäre Begutachtung, gegebenenfalls in Ergänzung mit einer arbeitsmedizinischen

(EFL) Abklärung zu veranlassen. Unabhängig von den nicht verwertbaren, da im unbeantworteten Widerspruch zu den Berichten des behandelnden Chirurgen sowie des behandelnden Psychiaters stehenden und daher nicht beweistauglichen RAD-Untersuchungsberichten sei sie gesamthaft, aus orthopädischen und psychiatrischen Gründen, seit April 2015 vollständig arbeitsunfähig, weshalb ihr eine Invalidenrente zuzusprechen sei (S.

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist, wie es sich mit der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin ab April 2015 verhält und ob die Beschwerdeführerin zu Recht einen Rentenanspruch verneint hat. 3. 3.1

Dr. med. Y.\_\_\_\_, Fachärztin für Rheumatologie und für Allgemeine Innere Medizin, nannte im internistisch-rheumatologischen Gutachten vom 28. August 2014 (Urk. 8/38) als rheumatologische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine verminderte Belastbarkeit und Beschwerden der LWS bei Status nach vier lumbalen Operationen (S. 38): - 25. April 2012: mikrochirurgische Dekompression L5/S1 links wegen lumboradikulärem Syndrom S1 links bei medio-lateraler Diskushernie L5/S1 links und - 1. Oktober 2012: Diskektomie L5/S1 mit ventraler Spondylodese L5/S1 und - 13. Juni 2013: dorsale Spondylodese L4 bis S1 mit Schraubenfehlage L4 rechts mit Fussheberparese M4-5 rechts mit Replazierung der Schraube L4 rechts am 18. Juli 2013 und deutlichen Verbesserung der Fusskraft rechts und - bildgebend guten postoperativen Verhältnissen bei diskreter epifusio neller Stenose L3/4, leichter Verengung der Recessi laterale L4 beid seits sowie kleine Diskushernien L3/4 links und L4/5 rechts mit leichter Einengung der Neuroforamen L3/4 links und L4/5 rechts ohne Kompression neuraler Strukturen (MRI Juni 2014 und Röntgen Februar 2014)

Zusammenfassend kam sie zum Schluss, dass bei der Beschwerdeführerin strukturelle Veränderungen im Bereich der LWS bestehen würden, die ihre Leistungsfähigkeit einschränken würden. Eine angepasste Tätigkeit könne sie jedoch zu 100 % ausüben (S. 39 unten). Die Beschwerdeführerin könne Lasten bis 10 kg heben oder tragen, was einem leichten Belastungsprofil entspreche (S. 41 oben). Im Medikamentenspiegel habe trotz gegenteiliger Angaben keine Schmerzmittel einnahme nachgewiesen werden können (S. 39).

Zum Verlauf der Arbeitsunfähigkeiten führte sie aus, dass die Beschwerdeführerin vom 2. April 2012 bis 31. Oktober 2013 in jeglicher Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig gewesen sei. Ab 1. November 2013 habe sie eine angepasste Tätigkeit zu 30 % ausüben können, mit rascher Steigerungsmöglichkeit. Ab dem 19. Januar 2014, somit spätestens sechs Monate nach der letzten lumbalen Operation am 18. Juli 2013, sei sie in einer angepassten Tätigkeit wieder zu 100 % arbeitsfähig gewesen (S. 42 oben, S. 43 unten). Vom 8. Juli bis 12. August 2014 war sie aufgrund einer Perikarditis wiederum in jeglicher Tätigkeit arbeitsunfähig (S. 42 oben, S. 44 oben).

Schliesslich hielt die Gutachterin fest, dass sie aufgrund des aktuellen absoluten Sportverbots auf die Durchführung der am 15. September 2014 geplanten Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit verzichtet habe. Aufgrund der eindeutigen Befunde und Unterlagen habe sie die Leistungsfähigkeit dennoch beurteilen können (S. 44 unten). 3.2

Dr. med. Z.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, nannte in seiner orthopädischen Beurteilung vom 23. Dezember 2014 (Urk. 10/59 = Urk. 3/5) die folgenden Diagnosen (S. 5 Ziff. 9): - globale Insuffizienz der Wirbelsäulenmuskulatur und chronisches Schmerzsyndrom lumbal nach vier Eingriffen L4-S1 - degenerative LWS-Veränderungen mit grenzwertigem Spinalkanal durchmesser L3/4 und

Spondylarthrose L2/3 und L3/4 (sogenannt kleine Instabilitäten) - leichte globale Parese rechtes Bein für Hüftflexion, Extension, Abduktion und Dorsalextension Fuss rechts (PD Dr. A.\_\_\_\_, FMH Neurologie) - Hypästhesie, Dysästhesie links im S1 Gebiet - Status nach

Replantation Schraube L4 rechts 18. Juli 2013 - Status nach dorsaler Spondylodese L4-S1 mit transpedikulärer Fixation L4, L5 und S1 sowie interkorporeller Abstützung transforaminal links mit Trabecular metal

Case 13. Juni 2013 - Status nach ventraler Diskektomie und

Spondylodese L5/S1 mit Synfix mit ChronOs und Putty

12. Oktober 2012 - Status nach Mikrodiskektomie L5/S1 links 25. April 2012 - leichte Epikondylitis

humeri

radialis rechts - Status nach

Excision eines Mammatumors 1985

Bei dem von der Beschwerdeführerin angeregten Gutachten gehe es um die nochmalige Evaluation der Arbeitsunfähigkeit. Die von der Beschwerdeführerin gemachten Angaben, dass sie etwa eine halbe Stunde aktiv sein könne und dann wieder Positionswechsel, Ruhe oder Übungen durchführen müsse, seien plausibel und erachte er als korrekt (S. 5 unten). Seiner Einschätzung nach sei die von Dr. B.\_\_\_\_ attestierte Arbeitsfähigkeit von 40 % realistisch, korrekt und wahrscheinlich auf die nächsten Monate nicht veränderbar (S. 6 oben). Eine selbständige Tätigkeit mit individuellem Gestalten des Tagesablaufes sei bereits der ideal angepasste Zustand und etwas noch Angepassteres sei nicht vorstellbar. Man könne lediglich noch die Koffer oder die Auswahlendungen, die die Beschwerdeführerin bei ihrer Arbeit mitnehme, im Gewicht reduzieren, dann hätte sie aber wieder nicht mehr die gleiche Qualität in ihrer Kollektion und dies wäre beruflich keine Verbesserung (S. 6 Mitte). Die Begründungen im rheumatologischen Gutachten würden nicht dem klinischen Alltag entsprechen, weshalb er sich der Meinung von Dr. B.\_\_\_\_ anschliesse, dass die Beschwerdeführerin im Moment mindestens 50 bis 60 % arbeitsunfähig sei (S. 7 unten). 3.3

Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, berichtete am 1. April 2015 (Urk. 8/66) neu von zervikalen Schmerzen und beidseitigen Rotationseinschränkungen und attestierte der Beschwerdeführerin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. 3.4

Die Ärzte des Reha zent r um s

C.\_\_\_\_ berichteten nach radiologischer Untersuchung und MRI der HWS (HWS) am 29. April 2015 (Urk. 8/67) von zervikalen Rückenschmerzen mit vermehrten muskulären

Triggerpunkten sowie muskulären Verspannungen und Myogelosen . Die Einschränkung der Beweglichkeit im Bereich der HWS sei im Rahmen der muskulären Dysbalance sowie der Haltungsin suffizienz zu bewerten. Zudem seien in den konventionell-radiologischen Bildern der HWS eine Verschmälerung des Intervertebralraumes auf mehreren Etagen, vor allem C4/5 und C5/6, sowie spondylophytäre Anbaute ventralseitig und generalisierte Unkarthrosen festgestellt worden. Im MRI der HWS habe sich eine dorsalseitige Diskushernie auf mehreren Höhen mit foraminale Einengung vor allem rechts sowie auch links gezeigt. Die radiologischen und klinischen Befunde würden eine degenerative sowie foraminale Einengung und Affektions-Kompres sion der Nervenwurzel, vor allem C5 und 6 rechts, aber auch C7 links zeigen (S.

3 Mitte f.). Anhand der Anamnese und der körperlichen Untersuchung würden keine Hinweise für eine entzündlich rheumatische Erkrankung aus dem Formen kreis einer Kollagenose, einer Spondylarthritis oder einer Arthritis/Polyarthritis bestehen (S. 3 unten).  
3.5

Dr. B.\_\_\_\_ berichtete am 29. Juni 2015 (Urk. 8 /76) von einer weiteren Operation und legte den entsprechenden Bericht bei (Urk. 8 /77). In einem weiteren Bericht vom 11. August 2015 (Urk. 8 /90) nannte er als Diagnose einen Status nach Spon dy lodese C4/5 und C5/6 am 29. Juni 2015 und berichtete von einem ordent lichen Verlauf.

Mit einem weiteren Bericht gleichen Datums (Urk. 8 /15 ) führte er alle von ihm seit Beginn der Behandlung attestierten Arbeitsunfähigkeiten auf: 100 %

vom 10. Oktober 2012 bis 2. Januar 2013, 60 %

am 3. Januar 2013, 100 % vom 4. Januar bis 30. Oktober 2013, 70 % vom 1. November bis 10. Dezember 2013, 50 %

vom 10. Februar bis 28. März 2014, 60 % vom 29. März 2014 bis 31. März 2015 sowie 100 %

vom 1. April bis 29. September 2015 .

Im Bericht vom 11. August 2015 (Urk. 8/93/60) führte Dr. B.\_\_\_\_ aus, vonseiten der rechtsseitigen Brachialgie gehe es der Beschwerdeführer in deutlich besser, sie sei hier praktisch beschwerdefrei. Links habe sie noch etwas ausstrahlende Schmerzen im Schulterbereich, gebessert hätten sich die neuralgieformen Schmerzen im vorderen Halsdreieck und in der linken Gesichtshälfte. Sporadisch würden Kribbelparästhesien im Daumen links auftreten. Es bestehe ein ordent licher Verlauf nach dem Eingriff. Bis zur Verlaufskontrolle in sechs bis acht Wochen bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit.

Am 30. September 2015 berichtete Dr. B.\_\_\_\_ (Urk. 8/99) von einem stabilen Verlauf mit Tendenz zur Besserung. Die Beschwerdeführer in berichte, dass die neur ogenen Schmerzen im linken Hals dreieck sowie die abstrahlenden Schmer zen in den linken Arm deutlich gebessert hätten. Rechts habe sie bei gewissen Bewegungen in der Schulter noch Schmerzen. Insgesamt berichte sie eher über etwas weniger Schmerzen, obwohl bei stereotypen Haltepositionen die Schmerzen im Schultergürtel sofort wieder auftreten würden. Die Beschwerdeführer in solle jetzt stundenweise mit der Arbeit beginnen (20 – 30 % ).

Am 8. Januar 2016 berichtete Dr. B.\_\_\_\_ (Urk. 8/106) von einem im Vergleich zur letzten Kontrolle praktisch stabilen Verlaufs, ohne wesentliche Verbesserung der Gesamtsituation.

Die Beschwerdeführerin berichte, dass sie nach wie vor, hauptsächlich im Bereich des linken Oberarms sowie am Übergang zur linken Schulter, Schmerzen habe. Gelegentlich habe sie auch Kribbelparästhesien im Bereich des Handrückens links. Rechts seien die Schmerzen nicht so stark. Der Verlauf sei sehr wechselnd. Körperliche Anstrengungen, wie längeres Zug- oder Autofahren, sei nicht gut, die Schmerzen würden dabei verstärkt und sie müsse sich dann zur Erholung hinlegen. Eine Verlaufskontrolle sei in drei Monaten geplant. Bei zunehmenden oder gleichbleibenden Beschwerden würde er eine neue Bildgebung mittels CT und Magnetresonanz empfehlen. Die Arbeitsfähigkeit müsse er bei 20

-

30 % belassen.

Im Bericht vom 8. April 2016 führte Dr. B.\_\_\_\_ (Urk. 8/114) aus, aufgrund der persistierenden Beschwerden müsse eine Magnetresonanz- und CT-Abklärung der HWS zum Ausschluss einer Auslockerung sowie zum Ausschluss einer progredienten Einengung des Spinalkanals oberhalb der Spondylodese veranlasst werden. Die Beschwerdeführerin berichte, dass sie seit sie keine physiotherapeutischen Massnahmen mehr habe, wiederum vermehrte Spannungsschmerzen am zervikothorakalen Übergang habe. Sie habe auch immer wieder Kopfschmerzen. Sie könne nur wenig arbeiten und besuche ein bis zwei Kunden pro Woche.

Nach durchgeführten Magnetresonanz- und CT-Abklärung führte Dr. B.\_\_\_\_ im Bericht vom 28. April 2016 (Urk. 8/115) aus, klinisch habe die Beschwerdeführerin chronifizierte Nacken-/Schulterschmerzen beidseits. Morphologisch sei die Spondylodese C4/5 und C5/6 durchgebaut und es würden keine Hinweise für eine persistierende Neurokompression vorliegen, ausser der grenzwertigen Einengung des Neuroforamens C6/7 links. Aus chirurgischer Sicht könne die Situation für die Beschwerdeführerin nicht verbessert werden, sie müsse weiterhin konservativ mit Akupunktur und allenfalls physiotherapeutischen Massnahmen zur Lockerung der Muskulatur therapiert werden. Es bestehe eine 25%ige Arbeitsfähigkeit bis zur nächsten klinischen Kontrolle im Oktober.

Dr. B.\_\_\_\_ führte im Bericht vom 6. Juli 2016 (Urk. 8/125/8) aus, seit der letzten Untersuchung vom 22. April 2016 seien neu vor allem nachts auftretende, quälende Schmerzen in Seitenlage im oberen L3-Dermatombereich beidseits aufgetreten. Im MRI der LWS vom 27. Juni 2016 des Spitals D.\_\_\_\_ habe sich eine stationäre relative Spinalkanalstenose L4/5 sowie unverändert eine kleine, links foraminale Diskushernie mit Affektion der Nervenwurzel L3 gezeigt. Neu sei eine relative Spinalkanalstenose L2/3 mit Nervenwurzelaffektionen L3 beidseits rezessal und gering progrediente Pseudoretrolisthesis L2/3 festgestellt worden. 3.6

PD Dr. med. A.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, führte im Bericht vom 7. Oktober 2016 (Urk. 8/127) aus, bei der Beschwerdeführerin liege ein komplexes zervikobrachiales sowie linksbetontes lumbovertebrales und -spondylogenes

Schmerzsyndrom nach mehreren wirbelsäulenchirurgischen Eingriffen vor. Gegenwärtig bestünden anamnestisch und klinisch keine Hinweise auf eine relevante radikuläre Problematik oder ein myeläres Syndrom. Im Vordergrund stünden muskuloskelettale Mechanismen (S. 1). Entsprechend sei die physiotherapeutische Übungsbehandlung intensiv weiterzuführen. Wünschenswert wäre auch eine stationäre muskuloskelettale Rehabilitation, um einen möglichst anhaltenden Effekt zu erzielen. Die Arbeitsfähigkeit sei

auf 25 % zu schätzen. Hauptsächlich ein schränkend würden sich derzeit die nuchalen und lumbal linksbetonten Schmerzen auswirken, die nach spätestens dreissig Minuten Sitzen in unveränderter Stellung manifest werden würden. Die 25 % seien realistisch, sofern sich die Beschwerdeführerin selber einteilen könne, was glücklicherweise aufgrund ihrer selbständigen Tätigkeit möglich sei (S. 2). 3.7

Dr. B.\_\_\_\_ führte im Bericht vom 25. Oktober (Urk. 8/128) aus, die Beschwerdeführerin habe berichtet, dass sie im Frühsommer wiederum verstärkte, immobilisierende lumbale Schmerzen gehabt habe und sich kaum mehr bewegen könne. Die Schmerzen seien linksseitig, ausstrahlend in die Flanke und den linken Oberschenkel gewesen. Daraufhin sei eine Magnetresonanz-Abklärung erfolgt, welche ein Status nach Spondylodese L4 bis S1 sowie neu eine deutliche Bandscheibendegeneration mit Modic-Veränderungen Typ I auf Höhe L2/3 gezeigt habe. Im Verlauf hätten sich die Rückenschmerzen etwas gebessert, beschwerdefrei sei die Beschwerdeführerin jedoch bei weitem nicht. Sie müsse immer wieder Positionswechsel durchführen und länger als eine Stunde Sitzen sei kaum möglich. Von Seiten der HWS hätten sich die Beschwerden nicht gross verändert. Es bestehe weiterhin eine Arbeitsfähigkeit von 25 % . 3.8

Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Anästhesiologie und für Intensivmedizin, führte im Bericht vom 30. September 2016 (Urk. 8/129) aus, er behandle die Beschwerdeführerin seit dem 2. August 2016 (Ziff. 1.2) und nannte als Diagnosen eine chronische Lumboischialgie linksseitig sowie ein chronisches Nacken-/Schulter-/

Armsyndrom linksseitig (Ziff. 1.1). Eine Prognose könne zum jetzigen Zeitpunkt nicht abgegeben werden (Ziff. 1.4). Die körperliche Belastbarkeit sei durch oben angegebenes Schmerzsyndrom deutlich eingeschränkt. Die bisherige Tätigkeit sei in einem Teilpensum von 40 % zumutbar. Es bestehe eine deutlich verminderte Leistungsfähigkeit aufgrund des chronischen Schmerzsyndroms (Ziff. 1.7). 3.9

Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte im Bericht vom 13. Januar 2017 (Urk. 8/134) aus, er behandle die Beschwerdeführerin seit dem 6. September 2016 (Ziff. 1.2) und führte dazu aus, diagnostisch bestehe eine langjährige chronische Depression schweren Grades mit ausgeprägter Panikstörung, präpsychotischer Desorientierung, Rückzugsverhalten und

Sinnlosigkeitsattacken. Der hohe Schweregrad der Depression ergebe sich einerseits reaktiv aufgrund der tiefgreifenden, für die Beschwerdeführerin in diesem Ausmass nicht fassbaren psychischen Erschütterung und totaler Verwirrung (Desorientierung) durch die somatischen Erkrankungen, andererseits durch Persönlichkeitsanteile tiefster psychischer Entleerung und Sinnlosigkeit mit imperativem Abwehrverhalten zwanghaften hyperaktiven Verhaltens und überhöhten Ansprüchen an die eigene Autonomie. In solch pathologischer und überhöhter Anspruchsbarkeit

sei die Patientin Opfer ihrer eigenen Zwänge. Im jetzigen Zeitpunkt und auf weiterhin sei die Beschwerdeführerin vom psychiatrischen Gesichtspunkt aus zu 100 % arbeitsunfähig. Wegen der hohen Bedeutung autonomer Aktivität könne die Beschwerdeführerin, falls es das Krankheitsgeschehen zulasse, probatorisch zu 25 % Arbeitsversuche unternehmen. Falls von der Sozialversicherung weitere Abklärungen gefordert seien, empfehle sich eine polydisziplinäre Abklärung (Ziff. 1.11). 3.10

Dr. med. G.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, RAD, nannte im psychiatrischen Untersuchungsbericht vom 17. April 2017 (Urk. 8/142) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) sowie eine Panikstörung (ICD-10 F41.0). Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie akzentuierte Persönlichkeitszüge mit histrionischen Anteilen (ICD - 10 Z73.1). In Bezug auf die bisherige Tätigkeit bestünden aufgrund des Krankheitsempfindens/Schmerzen leichtgradige Einschränkungen der Anpassung an Regeln und Routinen, mittelgradige Einschränkung der Flexibilität, mittelgradige Einschränkungen der Durchhaltefähigkeit bei Dekonditionierung, mittelgradige Einschränkung der Fähigkeit zu ausser beruflichen Aktivitäten und leichtgradige Einschränkungen der Wegefähigkeit (S.

8 unten f.). Aus psychiatrischer Sicht entspreche das Belastungsprofil demjenigen der bisherigen Tätigkeit. Aus psychiatrischer Sicht bestehe keine Arbeitsunfähigkeit. Ob zu Beginn der psychiatrischen Behandlung im September 2016 eine Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer möglicherweise schweren depressiven Episode bestanden habe, könne aktuell nicht beurteilt werden. Die depressive Symptomatik habe sich offenbar gebessert, trotz keiner oder unzureichender antidepressive Medikation. Bei adäquater verhaltenstherapeutischer Behandlung seien Panikstörungen gut behandelbar. Zusammenfassend kam Dr. G.\_\_\_\_ zum Schluss, dass kein langanhaltender Gesundheitsschaden ausgewiesen sei (S. 9). 3.11

Med. pract. H.\_\_\_\_, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, nannte im orthopädischen Untersuchungsbericht vom 13. April 2017 (Urk. 8/143) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Bewegungs- und Belastungseinschränkung der LWS bei Status nach Spondylodese L4/S1 (im MRI epifusionale Degenerationen) sowie eine Bewegungs- und Belastungseinschränkung der HWS bei Status nach Spondylodese C4/5 und C5/6 am 29. Juni 2015.

In Zusammenschau aller vorliegenden Befunde sei festzustellen, dass zirka im April 2015 neu ein Schmerzsyndrom des rechten Armes aufgetreten sein. Dr. B.\_\_\_\_ habe daraufhin die Indikation zur Operation gestellt und habe am 11. August 2015 feststellen können, dass die rechtsseitigen Armschmerzen abgeklungen seien. Dies sei auch weiterhin der Fall. Es bestünden keine Schmerzen in den Armen und keine wesentlichen Schmerzen der HWS bei der Bewegungsprüfung. Die HWS sei in ihrer Beweglichkeit insbesondere für die Seitneigung eingeschränkt, die Reklination sei frei, es bestehe eine mässige Inklinationseinschränkung (S. 9 unten). Hinweise auf radikuläre Symptome der HWS würden sich aktenkundig mindestens seit August 2015 und auch bei der heutigen Untersuchung nicht finden. Im Bereich der LWS finden sich ebenfalls keine radikulären Symptome. Die Zeichen nach Lasègue und Bragard seien negativ, motorische Ausfälle würden nicht bestehen. Einzig im Einbeinstand links finde sich eine leichte Unsicherheit. Die bei der Untersuchung demonstrierten Kraftverluste im linken Arm und linken Bein seien nicht objektivierbar. Es fänden sich keine wesentlichen Umfangsdifferenzen an Armen und Beinen. Es würden Inkonsistenzen bestehen. Während im Liegen bei der Kraftprüfung eine fast vollständige Parese der Fussheber und -senker links bestehe, sei der Zehen und Fersenstand mit Last des Körpergewichts möglich. Ebenso sei die Funktion der linken Hand im spontanen Verhalten ungestört.

Es sei insbesondere darauf hingewiesen, dass die Beschwerdeführerin angegeben habe, ihre Schmerzmedikation am Tag der Untersuchung vergessen zu haben. Die Untersuchungsbefunde hätten also ohne Einfluss von Schmerzmitteln erhoben werden können. Gegenüber dem von Dr. Y. \_\_\_ im Gutachten vom 28. August 2014 erhobenen Befund sei eine deutliche Besserung der LWS-Beweglichkeit eingetreten. Während Dr. Y. \_\_\_ eine Bewegungseinschränkung von 2/3 in allen Ebenen festgestellt habe, fänden sich heute nur noch mässige Einschränkungen. Im Bereich der HWS bestünden Einschränkungen der Beweglichkeit, die zum Zeitpunkt des Gutachtens nicht vorgelegen hätten, die jedoch keine schwerwiegende Funktionsminderung nach sich ziehen würden. Hinweise auf neurologische Ausfälle fänden sich weder an den oberen noch an den unteren Extremitäten. Aus medizinischer Sicht könne angenommen werden, dass mit Beginn der HWS-Beschwerden im April 2015 bis zur Nachbehandlung der Operation eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit vorgelegen habe. Am 30. September bestehe aktenkundig im Wesentlichen bereits der heutige Befund, die Röntgenkontrolle des Operationsergebnisses sei regelrecht gewesen.

Aus versicherungsmedizinischer Sicht wäre anhand der heutigen Untersuchung und anhand der Aktenlage eine stufenweise Steigerung der Arbeitsfähigkeit für angepasste Tätigkeiten ab dem 1. Oktober 2015 bis sechs Monate postoperativ möglich gewesen. Aufgrund der weiterhin bestehenden Degenerationen der HWS und LWS und aufgrund der Spondylodese in mehreren Abschnitten der Wirbelsäule könne von einem erhöhten Pausen- und Erholungsbedarf auch bei angepasster Tätigkeit von einer halben Stunde pro Halbtage ausgegangen werden. Damit ergebe sich aus versicherungsmedizinischer Sicht: Beginn der stufenweisen Steigerung der Arbeitsfähigkeit am 1. Oktober 2015 mit 30 % bis zu einer Arbeitsfähigkeit von 85 % angepasst ab dem 1. Januar 2016. Zur Prognose sei festzustellen, dass die derzeit geklagten nächtlichen Beschwerden aus medizinischer Sicht unspezifisch seien. Hinweise auf eine klinische Relevanz der im MRI beschriebenen Spinalstenose L2/3 würden sich nicht finden. Daher sei nicht zu erwarten, dass eine operative Verlängerung der lumbalen Spondylodese bis L2 oder eine zweite Spondylodese L2/3 zu einer Besserung des Beschwerdebildes oder der Funktion der LWS führen werde (S. 10). Anhand der vorliegenden medizinischen Berichterstattung und der körperlichen Untersuchung sei ein somatischer Gesundheitsschaden ausgewiesen, der die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt (S. 10 unten). In angepasster Tätigkeit mit körperlich leichter wechselbelastender Tätigkeit, ohne regelmässige Hebe- und Tragebelastungen über 10 kg, ohne Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, ohne häufiges Treppensteigen, ohne häufige wirbelsäulenbelastende schultergürtelbelastende Arbeiten sei eine 85%ige Arbeitsfähigkeit seit 1. Januar 2016 gegeben (S. 11 oben). 3.12

Dr. F. \_\_\_ (vorstehend E. 3.9) nahm mit Schreiben vom 9. Juni 2017 (Urk. 8/150) zum psychiatrischen RAD-Untersuchungsbericht Stellung und erachtete die RAD-Beurteilung aus näher dargelegten Gründen (vgl. S. 2-5) als nicht nachvollziehbar und nicht vertretbar. Er stelle fest, dass die Berichte beider Untersucherinnen wenig auf die regelmässig und in hoher Frequenz sich kumulierenden und exazerbierenden Schmerzzustände eingehen würden. Diese würden einem circulus

vitiosus mit gegenseitigen Verstärkereffekten von somatischen Beschwerden, körperlichen und psychischen Spannungszuständen und äusseren und inneren Zusammenbrüchen entsprechen, die derart prekär seien und die das somatische und psychische Gleichgewicht in existenzieller Gefährdung unterminieren würden. Es sei für ihn als behandelnder Arzt

auch nicht nachvollziehbar, weshalb die IV die Beschwerdeführerin mit ihren multiplen Beschwerden noch nicht polydisziplinär begutachtet habe. Eine solche Begutachtung sei aus ärztlicher Sicht dringlich geboten (S. 6). 3.13

Dr. B.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.3) nahm mit Schreiben vom 12. Juli 2017 (Urk.

8/153) Stellung zum orthopädischen RAD-Untersuchungsbericht und führte aus, er könne die Beurteilung der Versicherungsärztin in keiner Art und Weise nachvollziehen. Die Beurteilung stelle sich auf Anamnese, Aktenlage und klinische Befunderhebung. Dabei werde ohne Argumentation und ohne eigentliche Begründung eine stufenweise Steigerung der Arbeitsfähigkeit definiert. Es werde von einem erhöhten Pausen- und Erholungsbedarf in angepasster Tätigkeit sowie von einer halben Stunde Ruhe pro Halbtage ausgegangen. Die angepasste Tätigkeit werde weder umschrieben, noch werde sie anhand von anerkannten Assessments (z.B. EFL nach Isernhagen) beurteilt. Es gelte heute als versicherungsmedizinischer Standard in komplexen Fällen, die Arbeitsfähigkeit nicht nur auf anamnestiche, klinische und bildgebende Daten zu stützen. Aus seiner Sicht sei eine Beurteilung der Ressourcen der Beschwerdeführerin ohne strukturierte Assessment-Abklärung nicht möglich und werde der Beschwerdeführerin nicht gerecht. Diese Abklärungen seien daher zwingend zu fordern.

Dr. B.\_\_\_\_ berichtete am 18. Oktober 2017 (Urk. 8/161) von einer massiven Lumboischialgie links.

Im Bericht vom 1. November 2017 (Urk. 8/164) berichtete Dr. B.\_\_\_\_ von einem MRI vom 20. Oktober 2017, welches im Vergleich zu den Vorbildern identische Verhältnisse zeige.

Im Bericht vom 23. November 2017 (Urk. 8/171) führte Dr. B.\_\_\_\_ schliesslich aus, dass sich die Beschwerden etwas beruhigt

hätten, die Wirbelsäule sei in Inklination eingeschränkt, der Finger-Boden-Abstand betrage 20 cm und beim Aufrichten führe die Beschwerdeführerin wegen der Schmerzprovokation eine Ausweichbewegung aus. Die Seitneigung sei beschwerdefrei. 4.4.1

Mit Urteil vom 21. Dezember 2015 (Urk. 8/105; Prozess Nr. IV.2015.00799) erachtete das hiesige Gericht die Rentenbefristung per April 2014 (vgl. Verfügung vom 7. Juli 2015; Urk. 8/81-85) als korrekt und stellte fest, dass ab Mai 2014 von einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in dem Sinne auszugehen sei, dass ihr eine angepasste Tätigkeit zu 100% zumutbar sei. Bezüglich der seit April 2015 und damit vor Erlass der ursprünglichen Verfügung vom 7. Juli 2015 dokumentierten neuen medizinischen Tatsachen wurde die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit diese die erforderlichen Abklärungen treffe und im Sinne von Art. 29 bis IVV über den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Rente der Invalidenversicherung ab April 2015 neu verfüge. 4.2

Soweit sich die Beschwerdeführerin auf den Standpunkt stellt, dass das hiesige Gericht mit Urteil vom 21. Dezember 2015 eine externe Begutachtung angeordnet habe (vgl. Urk. 1 S. 9 oben), kann ihr nicht gefolgt werden. Das von der Beschwerdegegnerin im August 2014 eingeholte internistisch-rheumatologische Gutachten erwies sich als schlüssig und nachvollziehbar, so dass darauf abgestellt werden konnte und sich die Rentenbefristung per April 2014 als korrekt erwies. Die Beschwerdegegnerin musste einzig hinsichtlich der kurz vor Erlass der Verfügung vom 7. Juli 2015 (Urk. 8/81-85) eingetretenen Verschlechterung des Gesundheitszustandes, welche einen weiteren operativen Eingriff notwendig machte

(vgl. Urk. 8/76-77), die notwendigen Abklärungen treffen.

Im Urteil vom 21. Dezember 2015 wurde entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin nicht festgelegt, dass eine externe Begutachtung zu erfolgen habe. Damit liess es das Gericht der Beschwerdegegnerin frei, in welcher Form diese Abklärungen durchzuführen seien. Dass die Beschwerdegegnerin in der Folge die neuen medizinischen Tatsachen durch den RAD abklären liess, ist im Grundsatz nicht zu beanstanden. Im Verfahren um Zusprechung oder Verweigerung von Sozialversicherungsleistungen besteht kein förmlicher Anspruch auf versicherungsexterne Begutachtung. Eine solche ist indessen anzuordnen, wenn auch nur

geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen bestehen (so BGE 135 V 471). 4.3

Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) ist mit jenem externer medizinischer Sachverständigen Gutachten vergleichbar, sofern sie den praxisgemässen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232) genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (BGE 137 V 210 E. 1.2.1 S. 219).

Allerdings ist hinsichtlich des Beweiswerts wie folgt zu differenzieren: Bezüglich Gerichtsgutachten hat die Rechtsprechung ausgeführt, das Gericht weiche „nicht ohne zwingende Gründe“ von den Einschätzungen des medizinischen Experten ab. Hinsichtlich von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholter, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechender Gutachten externer Spezialärzte wurde festgehalten, das Gericht dürfe diesen Gutachten vollen Beweiswert zuerkennen, solange "nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit" der Expertise sprechen. Auf das Ergebnis versicherungsinterner ärztlicher Abklärungen - zu denen die RAD-Berichte gehören - kann nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229; 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f. und E. 4.7 S. 471; Urteil des Bundesgerichts 8C\_839/2016 vom 12. April 2017 E. 3.2). 4.4

Unbestritten ist, dass der psychiatrische Untersuchungsbericht des RAD unter formellen Mängeln zustande kam. Die Beschwerdeführerin wurde zunächst für eine orthopädische Untersuchung beim RAD aufgeboten (vgl. Schreiben vom 6. März 2017, Urk. 8/137). Obwohl sich ein entsprechender Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. F. \_\_\_ vom 13. Januar 2017 (vgl. Urk. 8/134) in den Akten befand, wurde erst als die Beschwerdeführerin im Rahmen der orthopädischen Untersuchung angab, regelmässig in psychiatrischer Behandlung zu sein, kurzfristig eine Psychiaterin des RAD aufgeboten, um gleich im Anschluss an die orthopädische noch eine psychiatrische Untersuchung durchzuführen. Dies wirft bezüglich seriöser Vorbereitung Fragen auf. Auch wenn die RAD-Psychiaterin Dr. G. \_\_\_ im Untersuchungsbericht (vgl. vorstehend E. 3.10) verschiedentlich den Bericht von Dr. F. \_\_\_ vom 13. Januar 2017 erwähnt und ihr dieser wohl spätestens bei der Erstellung des Berichts vorlag, bestehen grosse Diskrepanzen zwischen den Schilderungen des behandelnden Psychiaters und der Beurteilung durch die RAD-Ärztin, auf welche letztere im Untersuchungsbericht nur oberflächlich einging und als «gewisse Inkonsistenzen» umschrieb.

Zum RAD-Untersuchungsbericht reichte die Beschwerdeführerin in der Folge eine umfassende Stellungnahme von Dr. F. \_\_\_ ein (vgl. vorstehend E. 3.12). Darin führte Dr.

F.\_\_\_\_ aus näher dargelegten Gründen und in Auseinandersetzung mit dem RAD-Untersuchungsbericht (allgemeine Bemerkungen, diverse Richtigstellungen, Ausführungen zur Anamnese, Befunderhebung und Diagnose) aus, wes halb die Beurteilung des RAD aus seiner Sicht nicht nachvollziehbar und nicht vertretbar sei. Er wies dabei insbesondere darauf hin, dass der RAD-Psychiaterin aufgrund der kurzfristigen Aufbietung offensichtlich die notwendige Zeit fehlte, sich ausreichend auf die psychiatrische Exploration vorzubereiten. So würden mehrere Stellen im Untersuchungsbericht aufzeigen, dass die Exploration ohne Kenntnis seines Berichts erfolgt sei und dass die RAD-Psychiaterin verschiedene Aussagen der Beschwerdeführerin, die angeblich im Widerspruch zu seinem Bericht stehen sollen, nicht im Gespräch mit der Beschwerdeführerin geklärt habe, sondern deren angebliche Widersprüchlichkeit erst nachträglich im Vergleich mit seinem Bericht konstruiert habe (vgl. Urk. 8/150 S. 2 oben). Trotz dieser ausführlichen (und abweichenden) medizinischen Stellungnahme von Dr. F.\_\_\_\_ erachtete es die Beschwerdegegnerin als nicht nötig, diese nochmals der entsprechenden RAD-Ärztin vorzulegen (vgl. Urk. 8/172/3).

Nach dem Gesagten bestehen Zweifel an der Qualität sowie der Aussagekraft des psychiatrischen Untersuchungsberichts von Dr. G.\_\_\_\_ vom 13. April 2017. Damit steht fest, dass der Beweiswert des psychiatrischen Untersuchungsberichtes entscheidend herabgesetzt ist, so dass die Beschwerdegegnerin ihre Beurteilung nicht darauf stützen durfte. Da sich in den Akten ansonsten keine unabhängige fachärztliche Beurteilung findet, lässt sich über die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht kein schlüssiges Bild machen.

4.5

Dagegen erweist sich die von der Beschwerdegegnerin veranlasste orthopädische RAD-Untersuchung als umfassend. Med. pract. H.\_\_\_\_ erstellte den Untersuchungsbericht vom 13. April 2017 (vgl. vorstehend E. 3.11) in Kenntnis der Vorakten, hat die Beschwerdeführerin orthopädisch eingehend untersucht und bei ihrer Beurteilung die geklagten Beschwerden berücksichtigt. Der RAD-Untersuchungsbericht ist schlüssig und überzeugend begründet, so dass ihm voller Beweiswert zukommt. So stellte med. pract. H.\_\_\_\_ in Zusammenschau aller Befunde fest, dass zirka im April 2015 neu ein Schmerzsyndrom des rechten Arms aufgetreten sei, woraufhin Dr. B.\_\_\_\_ die Indikation zur Operation gestellt und am 11. August 2015 festgestellt habe, dass die rechtsseitigen Armschmerzen abgeklungen seien. Dies sei auch weiterhin der Fall. Es bestünden keine Schmerzen in den Armen und keine wesentlichen Schmerzen der HWS bei der Bewegungsprüfung. Die HWS sei in ihrer Beweglichkeit insbesondere bei Seitneigung eingeschränkt, die Reklination sei frei und es bestehe eine mässige Inklinationseinschränkung. Hinweise auf radikuläre Symptome der HWS fänden sich aktenkundig mindestens seit August 2015 auch bei der heutigen Untersuchung nicht. Auch im Bereich der LWS fänden sich keine radikulären Symptome. Die Zeichen nach Lasègue und Bragard seien negativ, motorische Ausfälle würden keine bestehen. Einzig im Einbeinstand links finde sich eine leichte Unsicherheit. Med. pract. H.\_\_\_\_ machte weiter darauf aufmerksam, dass die bei der Untersuchung demonstrierten Kraftverluste im linken Arm und linken Bein nicht objektivierbar seien. Es fänden sich keine wesentlichen Umfangsdifferenzen an Armen und Beinen. Weiter würden Inkonsistenzen bestehen. Während im Liegen bei der Kraftprüfung eine fast vollständige Parese der Fussheber und -senker links bestehe, sei der Zehen- und Fersenstand mit Last des Körpergewichts möglich. Ebenso sei die Funktion der linken Hand im spontanen Verhalten ungestört. Med.

pract . H. \_\_\_ wies weiter darauf hin, dass die Untersuchungsbefunde ohne Einfluss von Schmerzmitteln erhoben werden konnten, da die Beschwerdeführerin angegeben habe, ihre Schmerzmedikation am Tag der Untersuchung vergessen zu haben. Weiter führte med. pract . H. \_\_\_ in nachvollziehbarer Weise aus, dass gegenüber dem von Dr. Y. \_\_\_ im Gutachten vom 28. August 2014 erhobenen Befund eine deutliche Besserung der Beweglichkeit der LWS eingetreten sei. Im Bereich der HWS bestünden Einschränkungen der Beweglichkeit, die zum Zeitpunkt des Gutachtens nicht vorgelegen hätten, die jedoch keine schwerwiegende Funktionsminderung nach sich ziehe. Hinweise auf neurologische Ausfälle fänden sich weder an den oberen noch an den unteren Extremitäten. Med. pract . H. \_\_\_ kam in nachvollziehbarer Weise zum Schluss, dass mit Beginn der HWS-Problematik im April 2015 bis zur Nachbehandlung der Operation eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit vorgelegen habe. Am 30. September 2015 bestehet aktenkundig im Wesentlichen bereits der heutige Befund, die Röntgenkontrolle des Operationsergebnisses sei regelrecht. Aus versicherungsmedizinischer Sicht wäre anhand der Untersuchung und der Aktenlage eine stufenweise Steigerung der Arbeitsfähigkeit für angepasste Tätigkeiten ab dem 1. Oktober 2015 bis sechs Monate postoperativ möglich gewesen. Aufgrund der weiterhin bestehenden Degenerationen der Halswirbel- und der Lendenwirbelsäule und aufgrund der Spondylodese in mehreren Abschnitten der Wirbelsäule könne von einem erhöhten Pausen- und Erholungsbedarf auch bei angepasster Tätigkeit von einer halben Stunde pro Halbtag ausgegangen werden. In angepasster Tätigkeit mit körperlich leichter wechselbelastender Tätigkeit, ohne regelmässige Hebe- und Tragebelastungen über 10 kg, ohne Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, ohne häufiges Treppensteigen, ohne häufige wirbelsäulenbelastende schultergürtelbelastende Arbeiten sei seit dem 1. Januar 2016 eine 85%ige Arbeitsfähigkeit gegeben. 4.6

Soweit die Beschwerdeführerin mit Verweis auf die Stellungnahme von Dr. B. \_\_\_ vom 12. Juli 2017 (vgl. Urk. 8/153) vorbringt, dass auch auf den orthopädischen Untersuchungsbericht nicht abgestellt werden könne (vgl. Urk. 1 S. 10 f.), so kann ihr nicht gefolgt werden. Dr. B. \_\_\_ nannte in seiner Stellungnahme keine objektiv feststellbaren Gesichtspunkte, welche Zweifel am RAD-Untersuchungsbericht begründen würden. Er führte unter anderem mit Verweis auf einen Vortrag von Dr. med. I. \_\_\_ aus dem Jahre 2006 aus, dass es heute als versicherungsmedizinischer Standard gelte, in komplexen Fällen die Arbeitsfähigkeit nicht nur auf anamnestiche, klinische und bildgebende Daten zu stützen. Aus seiner Sicht sei eine Beurteilung der Ressourcen der Beschwerdeführerin ohne strukturierte Assessment-Abklärungen nicht möglich. Weshalb vorliegend von einem komplexen Fall auszugehen sei, führte Dr. B. \_\_\_ hingegen nicht aus. Hinsichtlich der Durchführung einer arbeitsorientierten Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) ist festzuhalten, dass die Notwendigkeit einer solchen Evaluation bereits im Urteil vom 21. Dezember 2015 thematisiert und schliesslich abgelehnt wurde. So ist ein EFL-Testverfahren nicht in jedem Fall durchzuführen, sondern allenfalls in Betracht zu ziehen, wenn sich die beteiligten Fachärzte ausser Stande sehen, eine zuverlässige Einschätzung des leistungsmässig Machbaren vorzunehmen, und deshalb eine konkrete leistungsorientierte berufliche Abklärung als zweckmässigste Massnahme ausdrücklich empfehlen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_976/2010 vom 23. Februar 2011 E. 5.5). Dass med. pract . H. \_\_\_ ausser Stande war, eine zuverlässige Einschätzung des leistungsmässig Machbaren vorzunehmen, ist vorliegend nicht ersichtlich. So führte med. pract . H. \_\_\_ unter anderem aus, dass gegenüber dem im Gutachten vom 28. August 2014 erhobenen Befund, in welchem Dr. Y. \_\_\_ aufgrund der eindeutigen Befunde und Unterlagen die

Leistungsfähigkeit auch ohne EFL beurteilen konnte (vgl. vorstehend E. 3.1), eine deutliche Besserung der LWS-Beweglichkeit eingetreten sei. Weiter erachtete med. pract . H.\_\_\_\_ die im Bereich der HWS bestehenden Einschränkungen der Beweglichkeit als nicht schwerwiegende Funktionsminderung (vgl. vorstehend E. 3.11). Vorliegend erscheint es ohnehin fraglich, ob die Durchführung einer EFL angesichts der von med. pract . H.\_\_\_\_ in ihrer Untersuchung festgestellten Inkonsistenzen (vgl. vorliegend E.

3.11) überhaupt sinnvoll wäre. So ist eine EFL-Abklärung nicht geeignet, Inkohärenzen und Gründe für die Selbstlimitierung zu erforschen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_976/2010 vom 23. Februar 2011 E. 5.5 mit Hinweisen). Schliesslich erklärt sich der abweichende Standpunkt von Dr. B.\_\_\_\_ wohl auch mit dem Unterschied zwischen medizinischem Behandlungs- und Abklärungsauftrag. So ergibt sich die unterschiedliche Schwerebeurteilung einer Symptomatik durch Gutachter und behandelnde Ärzte aus deren unterschiedlicher auftragsrechtlicher Situation. Denn bei behandelnden Ärzten gehört die Beurteilung der Auswirkungen von Krankheitssymptomen auf die Arbeitsfähigkeit zum therapeutischen Auftrag. Sie müssen daher ihre Beurteilung - soweit medizinisch nur vertretbar - mit der Selbsteinschätzung des Patienten in Einklang bringen (ihn überzeugen) können und gegebenenfalls - aus Rücksicht auf das für den Therapieerfolg wichtige Vertrauensverhältnis - bei der Bewertung der krankheitsbedingten Funktionseinschränkungen dessen Einschätzung folgen. Demgegenüber hat der von einem Sozialversicherungsträger oder von einem Gericht beauftragte Gutachter die Krankheits- bzw. Behinderungsüberzeugung des Exploranden zwar auch in seine Beurteilung einzubeziehen, ist aber verpflichtet, die Schwere der (von ihm selbst klinisch festgestellten oder von anderen - insbesondere behandelnden - Ärzten berichteten) Symptomatik aufgrund aller aktenkundigen Informationen über Defizite und Ressourcen des Exploranden zu validieren. Dies bezüglich ist festzuhalten, dass die Einschätzung von Dr. B.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E. 3.3) bereits gegenüber der Beurteilung durch

Dr. Y.\_\_\_\_ im Gutachten vom August 2014 (vgl. vorstehend E. 3.1) stark abwich. Soweit sich Dr. B.\_\_\_\_

schliesslich auf den Standpunkt stellt, dass eine angepasste Tätigkeit nicht umschrieben werde (vgl. Urk. 8/153/1), so kann ihm mit Blick auf den Untersuchungsbericht nicht gefolgt werden. So wird im Untersuchungsbericht ein entsprechendes Belastungsprofil genannt, wie es ärztlicherseits in vielen Berichten und Gutachten genannt wird. Demgegenüber weisen vielmehr die Berichte von Dr. B.\_\_\_\_ einen entscheidenden Mangel auf, so finden sich darin überhaupt keinerlei Angaben respektive eine medizinisch-theoretische Einschätzung zu adaptierten Tätigkeiten, wie dies auch bereits im Urteil vom 21. Dezember 2015 in Erwägung 4.3 (vgl. Urk. 8/105/10) ausgeführt wurde. Es ist Aufgabe des Arztes, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Da Dr. B.\_\_\_\_ wie auch die übrigen behandelnden Ärzte zur Arbeitsfähigkeit in einer dem Leiden angepassten Tätigkeit keine Angaben machten, lagen – entgegen den Vorbringen der Beschwerdeführerin (vgl. Urk.

1 S.

10 unten) – keine divergierenden Einschätzungen hierzu vor, mit denen sich med. pract . H.\_\_\_\_ in ihrem Untersuchungsbericht hätte auseinandersetzen müssen. Schliesslich ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführerin im Gutachten von Dr. Y.\_\_\_\_ vom 28. August

2014 (vgl. vorstehend E. 3.1) in einer angepassten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit attestiert wurde. Die Beschwerdeführerin arbeitet hingegen nach wie vor in ihrer angestammten Tätigkeit als selbständige Werbemittelverkäuferin im Rahmen welcher Lasten über 10 kg gehoben werden müssen, einer ihren Leiden somit gerade nicht angepassten Tätigkeit.

In einer angepassten Tätigkeit könnte sie das ihr attestierte Arbeitspotential besser verwerten. In der Stellungnahme des Abklärungsdienstes vom 13. Juni 2017 (vgl. Urk. 8/151) wurde sodann festgehalten, dass bereits in der Aussendienstabklärung vor Ort im Oktober 2014 festgestellt worden sei, dass es der Beschwerdeführerin zumutbar sei, die selbständige Erwerbstätigkeit ganz aufzugeben. Die Beschwerdeführerin erzielte bereits vor Eintritt des Gesundheitsschadens ein kaum existenzsicherndes Einkommen und die Wirtschaftlichkeit wurde seit 2011 in Frage gestellt. Anscheinend führe die Beschwerdeführerin ihre selbständige Tätigkeit in bescheidenem Ausmass weiter. Beurteile man aufgrund der eingereichten Erfolgsrechnung die Wirtschaftlichkeit, so sei diese weiterhin nicht gegeben.

4.7

Nach dem Gesagten bestehen keine Anhaltspunkte, die auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit des orthopädischen Untersuchungsberichts der RAD-Ärztin med. pract. H. \_\_\_ vom 13. April 2017 wecken. Es ist daher mit ihr davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin in somatischer Hinsicht in einer angepassten leichten Tätigkeit seit dem 1. Januar 2016 zu 85 % arbeitsfähig ist. Da in psychiatrischer Hinsicht Zweifel am RAD-Untersuchungsbericht bestehen (vgl. vorstehend E. 4.4), lässt sich über die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht kein schlüssiges Bild machen. Es kann daher insbesondere über den Rentenanspruch - entgegen dem Antrag der Beschwerdeführerin - nicht materiell entschieden werden. Die Sache ist an die IV-Stelle zurückzuweisen, damit sie eine den Anforderungen genügende externe psychiatrische Abklärung unter Einbezug der zwischenzeitlich bei sämtlichen psychischen Leiden zu berücksichtigenden Standardindikatoren vornehmen lasse und anschliessend über den Rentenanspruch neu verfüge.

4.8

Wurde die Rente nach Verminderung des Invaliditätsgrades aufgehoben, erreicht dieser jedoch in den folgenden drei Jahren wegen einer auf dasselbe Leiden zurückzuführenden Arbeitsunfähigkeit erneut ein rentenbegründendes Ausmass, so werden gemäss Art. 29 bis IVV bei der Berechnung der Wartezeit nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG früher zurückgelegte Zeiten angerechnet. Art. 29 bis IVV regelt den Sachverhalt, dass eine Invalidenrente revisionsweise (Art. 17 ATSG) rechtskräftig aufgehoben worden ist und dass in der Folge der Invaliditätsgrad wieder ein rentenbegründendes Ausmass (Art. 28 Abs. 2 IVG) erreicht. In einem solchen Fall werden nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG früher zurückgelegte Zeiten von Arbeitsunfähigkeit angerechnet, dies unter der zweifachen Voraussetzung, dass der Invaliditätsgrad innerhalb von drei Jahren seit der rechtskräftigen Rentenaufhebung wieder ein rentenbegründendes Ausmass erreicht, und zwar wegen einer Arbeitsunfähigkeit, welche auf dasselbe Leiden zurückzuführen ist.

Die Beschwerdegegnerin stellte sich in der Beschwerdeantwort vom 14. März 2018 (vgl. Urk. 7) auf den Standpunkt, dass vorliegend aufgrund zweier unterschiedlicher Leiden nicht von einem Wiederaufleben der Invalidität im Sinne von Art. 29 bis IVV ausgegangen werden könne und die Beschwerdeführerin das Wartejahr erneut erfüllen müsse (vgl. vorstehend E. 2.2). Dass zwischen den beiden orthopädischen Leiden der Beschwerdeführer

in kein sachlicher Zusammenhang bestehen würde, lässt sich entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin weder aus dem orthopädischen Untersuchungsbericht noch aus der Telefonnotiz vom 9. März 2018 (vgl. Urk. 8/178) entnehmen. Die Ausführungen in der Telefonnotiz sind allgemeiner medizinischer Natur und wurden nicht in Auseinandersetzung mit den vorliegenden medizinischen Begebenheiten gemacht. Die RAD-Ärztin führte insbesondere aus, dass ein entsprechender Zusammenhang schwierig fest zu stellen sei. Die Beurteilung der Frage, ob die

gemäss Art. 29 bis IVV bei der Berechnung der Wartezeit nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG früher zurückgelegte Zeiten vorliegend angerechnet werden können, lässt sich anhand der vorliegenden Unterlagen nicht zweifelsfrei beantworten. Zur schlüssigen Klärung des sachlichen Zusammenhangs zwischen den orthopädischen Leiden hat die Beschwerdegegnerin in diesem Zusammenhang auch in orthopädischer Hinsicht weitere Abklärungen zu treffen. 4.9

Sodann ist festzuhalten, dass – entgegen dem Antrag der Beschwerdeführer in - kein Grund ersichtlich ist, die RAD-Untersuchungsberichte vom 13. April 2017 aus den Akten zu entfernen. Die Beurteilung des medizinischen Sachverhalts bedingt eine Auseinandersetzung mit den Inhalten der Untersuchungsberichte. Es war der Beschwerdegegnerin im Rahmen ihrer Abklärungspflicht nach Art. 43 Abs. 1 ATSG unbenommen, eine interne (durch den RAD) oder eine externe Begutachtung vornehmen zu lassen, um die neuen medizinischen Tatsachen abklären zu lassen (vgl. vorstehend E. 4.2). Zum Beweiswert der RAD-Untersuchungsberichte kann in grundsätzlicher Hinsicht auf das in E.

#### **E. 7**

Abs. 2 ATSG).

#### **E. 11**

Ziff. 7).

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