

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00093 vom 4. Oktober 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-10-04, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2018.00093](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00093)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00093 du 4 octobre 2019

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00093 del 4 ottobre 2019

## Erwägungen

### E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den All ge meinen Teil des Sozialversicherungsrechts; ATSG). Sie kann Folge von Ge burts gebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung; IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträch ti gung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teil weise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausge liche nen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beein trächtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### E. 1.2

Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei Vorliegen psychischer Krankheiten, nach BGE 141 V 281 E. 4.2, BGE 142 V 342 und BGE 143 V 409 namentlich auch anhaltender somatoformer Schmerzstörungen oder damit vergleichbarer psycho so matischer Leiden , posttraumatischer Belastungsstörungen und leichter bis mit tel schwerer Depressionen, sind Indikatoren beachtlich, die das Bundesgericht wie folgt systematisiert hat (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» - Komplex «Gesundheitsschädigung» - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder – resistenz

- Komorbiditäten - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Res sourcen) - Komplex «Sozialer Kontext» - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen ver gleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Lei den s druck

Diese Standardindikatoren erlauben - unter Berücksichtigung leistungshindern der äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Res sourcen) andererseits - das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschät zen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und E. 4.1; Urteil des Bundesgerichts 9C\_534/2015 vom 1. März 2016 E. 2.2.1).

Die Anerkennung eines rentenbegründenden Inva li di tätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizi nisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) über wie gender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind.

Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C\_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen).

### **E. 1.3**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) ist mit jenem externer medizinischer Sachverständiger Gutachten vergleichbar, sofern sie den praxisgemässen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1) genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (BGE 137 V 210 E. 1.2.1). Aller dings kann auf das Ergebnis versicherungsinterner ärztlicher Abklärungen – zu denen die RAD-Berichte gehören – nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4.2 mit Hinweisen auf BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7).

### **E. 1.4**

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 wiederherstellen, erhalten oder verbessern können; b.

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

### **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

### **E. 8**

— festzu setzen . Aus medizinischer Sicht sei die bisherige Tätigkeit als Mitarbeiterin in der Schlüsselfabrikation weiterhin zu einem Pensum von 50 % zumutbar und entspreche einer angepassten Tätigkeit. In einem auf 50 % reduzierten Pensum hätte die Beschwerdeführerin im Jahr 2014 Fr. 30'579.-- erzielen können. Unter zuzüglich Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzugs von 10 % wegen des Alters und der langjährigen Betriebszugehörigkeit resultiere ein Invalideneinkommen von Fr. 27'521.10. Bei einer invaliditätsbedingten Erwerbseinbusse von Fr. 33'636.90

ergebe der Einkommensvergleich einen Invaliditätsgrad von 55 % , welcher zum Anspruch auf eine halbe Rente führe ( Urk. 2 S. 4). 2.2

Die Beschwerdeführerin stellt sich demgegenüber im Wesentlichen auf den Standpunkt, sie habe Anspruch auf eine ganze Rente.

Hinsichtlich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch die RAD-Ärzte sei zu berücksichtigen, dass diese bei der Untersuchung im März 2016 keine nachweisbaren Nervenwurzelreizungen festgestellt hätten und auch keine posttraumatische Belastungsstörung, sondern eine Persönlichkeitsveränderung diagnostiziert hätten. Nach der RAD-Untersuchung im März 2016 sei allerdings eine Nervenwurzelreizung festgestellt worden; zudem habe

sich die Situation in der Hals- und Lendenwirbelsäule laufend verschlechtert, und es sei festgestellt worden, dass sie an einer entzündlich-rheumatischen Erkrankung leide, wie auch den aktuellen Berichten der Klinik F.\_\_\_\_ vom 5. Januar 2018 und von Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie, vom 16. Januar 2018 entnommen werden könne.

Im Übrigen

sei es nach nur einem psychiatrischen Untersuchungstermin gar nicht möglich, das Krankheitsgeschehen bei Patienten mit einer posttraumatischen Belastungsstörung korrekt zu erfassen und zu beschreiben. Gemäss aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen sei ein verzögertes, beginnendes Auftreten einer posttraumatischen Belastungsstörung häufig. Die RAD-Ärzte hätten in ihrer Beurteilung die medizinische Situation nicht vollständig erfasst, und ihre Schlussfolgerung, sie könne in einer angepassten Tätigkeit zu 50 % arbeiten, sei nicht zuletzt angesichts des anderslautenden Ergebnisses der Potentialabklärung unverständlich. Es sei korrekterweise von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Eventualiter sei ein Gerichtsgutachten einzuholen, subeventualiter sei die Sache zur Einholung eines MEDAS-Gutachtens an die IV-Stelle zurückzuweisen (Urk. 1 S. 7-10).

3. 1

Die RAD-Ärzte Dr. med. Z.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, und Dr. med. A.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, untersuchten die

Beschwerdeführerin am 11. März 2016. Ihren Berichten vom 15. März 2016 sind folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen (Urk. 6/53/9, 6/54/6): - Chronische Lumbalgie mit anamnestischer Ausstrahlung ins rechte Bein bei - Zustand nach Re-Dekompression und Spondylodese L2/3 rechts am 13. Mai 2015 mit reizfreier Operationsnarbe - klinisch fehlenden radikulären Symptomen - klinisch guter Beweglichkeit der Wirbelsäule - muskulären Verspannungen im Bereich LWS und thorakolumbalen Übergang - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichtgradige Episode - andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extremlast (ICD-10: F62.0) - Probleme bei sexuellem Missbrauch in der Kindheit durch eine Person ausserhalb der engeren Familie (ICD-10: Z61.5)

Dr. Z.\_\_\_\_ hielt im orthopädischen Untersuchungsbericht fest, die Beschwerdeführerin habe über Einschränkungen beim Sitzen (während 10-15 Minuten möglich), Stehen (bis zu 5 Minuten möglich)

und Liegen (nicht länger als 20 Minuten möglich) berichtet. Zudem habe sie über Schmerzen im unteren Rückenbereich und in beiden Oberschenkeln und Kniegelenken, rechts stärker als links, geklagt. Ferner brenne gemäss ihren Angaben das Gesäss «wie Feuer», ebenfalls rechts stärker als links, und auch die Hände und Füße würden seit einem Jahr brennen. Die brennenden Schmerzen besserten bei Schonung (Urk. 6/53/1).

Laut Dr. Z.\_\_\_\_ prä sentierte sich

unter Berücksichtigung sowohl der Anamnese als auch des klinischen Befundes eine erstaunlich gute Wirbelsäulenbeweglichkeit sowie eine freie Beweglichkeit sämtlicher Extremitätengelenke . Eine Nervenwurzelreizung sei derzeit nicht nachweisbar, der neurologische Status sei bis auf leichte, diffuse, nicht- dermatombezogene Abschwächungen der Berührungssensibilität im linken Arm und rechten Bein unauffällig. Die beklagten, insgesamt doch sehr diffusen

Beschwerden könnten nicht einem fassbaren organisch-pathologischen Korrelat zugeordnet werden. Eine erhebliche psychische Überlagerung , beispielsweise im Sinne einer Schmerzverarbeitungsstörung , sei aus orthopädischer Sicht als wahrscheinlich anzunehmen. Anzeichen einer bewussten Verdeutlichung hätten hin gegen nicht erhoben werden können. Die sowohl vom Hausarzt Dr. G.\_\_\_\_

(vgl. Urk. 6/50 ) als auch vom Orthopäden Dr. H.\_\_\_\_

(vgl. Urk. 6/38, Urk. 6/40, Urk. 6/42) fortgesetzt attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit differenziere jedoch in diesem Fall ganz offensichtlich nicht zwischen einer tatsächlichen fassbaren, organischen Ursache der Beschwerden und eben dieser Überlagerung.

Die eben falls zu stellenden Diagnosen anamnestisch brennender Parästhesien an Händen und Füßen unklarer Ätiologie sowie eines myofaszialen Schmerzsyndroms, differentialdiagnostisch eines Fibromyalgiesyndroms , wirkten sich nicht auf die Arbeitsfähigkeit aus. In ihrer bisherigen Tätigkeit als Mitarbeiterin in der Produktion bestehe unter Berücksichtigung des erhobenen Befundes aus rein somatisch-orthopädischer Sicht medizintheoretisch eine Arbeitsfähigkeit von etwa 50 % unter der Voraussetzung, dass diese Tätigkeit in zwei Blöcken von je zwei Stunden mit einer dazwischenliegenden Pause von ein bis zwei Stunden absolviert werden könne. Diese Aufteilung der Arbeitsfähigkeit sei insbesondere wegen der doch schon recht langen Absenz vom Arbeitsleben und einer entsprechenden Dekonditionierung erforderlich. Unter Berücksichtigung der Angaben der Versicherten sei davon auszugehen, dass die zuletzt ausgeübte Tätigkeit im vorliegenden Fall einer optimal angepassten Tätigkeit entsprochen habe. Das Belastungsprofil einer optimal behinderungsangepassten Tätigkeit sei eine körperlich leichte Tätigkeit, wechselbelastend und dabei vorwiegend stehend und gehend, ohne häufiges Bücken oder Arbeiten in Zwangshaltungen des Rumpfes, ohne Heben und Tragen von Lasten von mehr als etwa fünf bis sechs Kilogramm (Urk. 6/53/8

ff.).

Laut den Ausführungen von Dr. A.\_\_\_\_ im psychiatrischen Untersuchungsbericht gab die Beschwerdeführerin an, als Folge der körperlichen Schmerzen hauptsächlich unter Schlafstörungen sowie einer depressiven Stimmungslage zu leiden (Urk. 6/54/2). Gemäss der RAD-Psychiaterin waren die Aufmerksamkeit, Konzentration sowie das Gedächtnis der Beschwerdeführerin im Rahmen der psychiatrischen Exploration grobkursorisch unauffällig. Hinsichtlich der Jahreszahlen bezüglich der Operationen sei sie etwas durcheinander gewesen. Im formalen Denken sei sie auf ihre Schmerzen sowie ihre gesundheitliche Situation eingeschränkt gewesen. Die Versicherte habe meistens euthym gewirkt, auch wenn sie von schwierigen Dingen berichtet habe. Dabei sei sie affektiv auslenkbar gewesen und habe einen guten Sinn für Humor

gezeigt . Die Krankheitseinsicht sei gegeben, da sie plane, wegen

des als Kind erlebten sexuellen Missbrauchs durch einen Bekannten

in eine Selbsthilfegruppe zu gehen. Nachdem die Intrusionen in Form von wiederkehrenden Bildern und Flashbacks auf bestimmte Schlüsselreize hin stärker geworden seien, habe sie sich erstmals im Dezember 2014 dazu durchringen können, die traumatischen Erlebnisse in der Kindheit im Rahmen einer Therapie aufzuarbeiten. Die Erinnerungen seien immer präsent gewesen, aufgrund von Scham- und Schuldgefühlen habe sie bis dahin aber darüber geschwiegen. Hinweisen auf Zwangsge danken respektive -handlungen oder eine Fremdbeziehungsweise Selbstgefährdung hätten sich nicht ergeben. Sie habe lediglich von Ängsten berichtet, wenn sie eine Apotheke betrete, da der sexuelle Missbrauch in einer Apotheke stattgefunden habe. Sie leide unter Schlafstörungen und Herzrasen bei Flashbacks und habe seit der Trennung abgenommen. Ein sozialer Rückzug sei nicht gegeben (Urk. 6/54/ 3-5 ). Vor diesem Hintergrund gelangte Dr. A.\_\_\_\_ zum Schluss, dass die von den behandelnden Psychiatern der I.\_\_\_\_ festgestellte rezidivierende depressive Störung mittelgradiger Ausprägung gegenwärtig nur noch in leichtgradiger Form vorliege. Anstelle der von diesen Ärzten diagnostizierten posttraumatischen Belastungsstörung (vgl. Urk. 6/ 31) müsse in diagnostischer Hinsicht eher von einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung gesprochen werden, da der Missbrauch schon viele Jahre zurückliege. Funktionell einschränkend wirkten sich

die erhöhte Affektlabilität und Reizbarkeit , das

eingeschränkte Konzentrationsvermögen, die

erhöhte Tagesmüdigkeit aufgrund nächtlicher Alpträume sowie der verschlechterte Schlaf aus . Aus psychiatrischer Sicht bestehe seit Beginn der ambulanten Therapie in der I.\_\_\_\_ AG am 2. Dezember 2014

(vgl. Urk. 6/31) eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit für eine Tätigkeit ohne hohe Anforderungen an das Konzentrationsvermögen und die motorische Geschicklichkeit. Ob ihre bisherige Tätigkeit diesem Profil entspreche, sei nicht beurteilbar. Aus medizinischen Gründen sei die integrative störungsspezifische Behandlung unbedingt fortzusetzen. Ob dadurch die Arbeitsfähigkeit erhöhte werden könne, sei jedoch fraglich (Urk. 6/54/ 6).

In ihrer abschliessenden Konsens-Stellungnahme bescheinigten die RAD-Ärzte der Beschwerdeführerin aus interdisziplinärer Sicht eine 50%ige Restarbeitsfähigkeit in leidensangepassten Tätigkeiten mit dem Hinweis, dass die zuletzt ausgeübte Tätigkeit einer optimal angepassten Tätigkeit entsprochen habe ( Urk. 6/104/10). 3.2

Laut dem Abschlussbericht Potentialabklärung der B.\_\_\_\_ GmbH vom 24. Juni 2016 nahm die Beschwerdeführerin motiviert am Programm vom 30. Mai bis 24. Juni 2016 teil. Sie sei jedoch schnell an ihre körperlichen und psychischen Grenzen gestossen. An den Arbeits- und Bewegungsmodulen habe sie nur sehr eingeschränkt teilnehmen können und sie sei häufig auf Pausen angewiesen gewesen; während der Präsenzzeit habe sie hauptsächlich ihre Übungen absolviert oder habe sich hinlegen müssen. Im Rahmen der zuletzt erreichten Präsenzzeiten (Montag bis Freitag von 10.00 bis 12.00 sowie Dienstag und Donnerstag zusätzlich von 13.00 bis 16.00) sei von einer Leistungsfähigkeit von weniger als 50 % auszugehen. Im Gespräch habe sich gezeigt, dass aktuell von der Weiterführung des Programms im Rahmen eines Belastbarkeitstrainings keine deutliche Verbesserung zu erwarten sei. Deshalb sei am 22. Juni 2016 entschieden worden, das Programm nicht weiterzuführen. Eine Eingliederung in den ersten Arbeitsmarkt sei

gegenwärtig nicht möglich ( Urk. 6/71 ; vgl. auch Urk. 6/75/4). 3.3

Die seit dem 2. Dezember 2014

ambulant psy chiatisch-psychotherapeutisch behan delnden Ärzte

der

I. \_\_\_ AG stellten i m Bericht vom

2 8. Juli 2016

folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 6/94 /2): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F33.1) - posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) - ak zentuierte Persönlichkeitszüge (d ifferentialdiag nostisch eine kombi nierte Persönlichkeitsstörung ) mit abhängigen und selbstunsicher-ver mei denden Zügen (ICD-10: Z73.1) - Probleme bei sexuellem Missbrauch in der Kindheit durch eine Person ausserhalb der engeren Familie (ICD-10: Z61.5)

Die Ärzte führten aus, b ei vorhandenen organischen Befunden und wiederholten chirurgischen Eingriffen sei die Schmerzsymptomatik mit hoher Wahrsche in lich keit organisch begründet. Angesichts der

Chronifizierung der Schmerzsymp toma tik mit mittlerweile mehrjährigem Verlauf sei eine psychogene Komponente im Sinne einer dysfunktionalen Schmerzbewältigung hingegen ebenfalls wahr scheinlich. Ob organische oder psychische Faktoren für die Aufrechterhaltung der Schmerzsymptomatik höher zu gewichten seien, könne aus psychiatrischer Sicht nicht beurteilt werden

(Urk. 6/94/2 -4 ).

Die posttraumatische Belastungsstörung und die mittelgradig depressive Störung führten zu einer insgesamt stark ernie d rigten Arbeitsfähigkeit mit erhöhten Fehlzeiten, einer erhöhten Fehlerquote, geringem Arbeitstempo, erhöhtem Pausenbedarf, rascher Überforderung, einer ge rin gen Ausdauer und einer reduzierten Anpassungsfähigkeit sowie Frustrati ons toleranz.

Wegen der än g stlich-vermeidenden Persönlichkeitszüge komme es zu vermehrten Konflikten am Arbeitsplatz mit Kollegen, Vorgesetzten und gege benenfalls Kunden. Ab dem 2. Dezember 2016 (richtig wohl: 2014) bestehe eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit, ab dem 1. Januar 2016 sei die Beschwerdeführerin vollständig arbeitsunfähig. Eine behinderungsangepasste Tätigkeit bestehe nicht. Zudem sei nicht zu erwarten, dass sich die Einschränkungen mit medizinischen Massnahmen soweit vermindern liessen , dass eine Wiederaufnahme der Arbeit auf dem ersten Arbeitsmarkt möglich sei ( Urk. 6/94/5-7). 3. 4

Vom

21. Januar bis 16. Februar 2017 befand sich die Beschwerdefü h r erin zwecks psychosomatischer Rehabilitati on im J. \_\_\_ . Die Ärzte diagnostizierten im Austrittsbericht vom 6. April 2017 unter anderem neu ch r o nische Schmerzen mit psychischen und somatischen Faktoren (ICD-10: F45.41). Sie hielten fest, es sei der Beschwerdeführerin im Verlauf ihres Aufenthaltes gelungen, körperliche Symptome als Ausdruck intra- und interpsychischer Kon flikte zu sehen und im Rahmen gesteigerter Selbstsorge eigene Grenzen zu erken nen und diese zu wahren. Sie sei vom 21. Januar bis 5. März 2017 zu

100 % arbeitsunfähig. Ab Austrittszeitpunkt sei vor einem beruflichen Wiedereingliederungsversuch ein tragfähiges ambulantes Therapiesetting

aufzulegen zur Steigerung der psychophysischen Leistungsfähigkeit. Mittelfristig könne ein Arbeitsversuch im stundenweisen Teilzeitpensum in einer wechselbelastenden Tätigkeit mit regelmässigen Pausen reevaluiert werden (Urk. 6/102 ). 3.5

Am 1. Juli und 13. Oktober 2016 sowie am 19. April 2017 nahm der Orthopäde Dr. Z.\_\_\_\_ vom RAD zu den bei der Beschwerdegegnerin seit der bidisziplinären RAD-Untersuchung vom 11. März 2016 eingegangenen Verlaufsberichten der behandelnden Ärzte Stellung. Er hielt fest, das Ergebnis der Potentialabklärung ändere nichts an seiner bisherigen Beurteilung, welche ausschliesslich die aus medizinischer Sicht objektiv bestehenden Einschränkungen der funktionellen Leistungsfähigkeit würdige (Urk. 6/104/11 ). Die seither von Dr. H.\_\_\_\_ neu diagnostizierte rechtsseitige Zervikobrachialgie bei MR-tomographisch gesicherter Kompression der Nervenwurzel C6 rechts intraforaminal durch eine ausgeprägte osteodiskale

Protrusion im Segment C5/6 (vgl. Urk. 6/76-77, Urk. 6/96/1) sei anlässlich der RAD-Untersuchung nicht bekannt gewesen, damals hätten aber auch keine Hinweise für eine von der Halswirbelsäule ausgehende radikuläre Symptomatik bestanden. Im Übrigen habe Dr. H.\_\_\_\_ seit 2015

eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert, ganz gleich, welche der von ihm gestellten Diagnosen gerade im Vordergrund gestanden habe. Der Gesundheitszustand habe sich seit der bidisziplinären RAD-Untersuchung vom März 2016 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht wesentlich verschlechtert (Urk. 6/104/13-14); die neu eingereichten Arztberichte enthielten keine neuen Diagnosen und objektiven Befunde. Plausibel sei, dass die Beschwerdeführerin während der stationären Rehabilitation in J.\_\_\_\_ zu 100 % arbeitsunfähig gewesen sei (Urk. 6/104/16).

Am 19. April 2017 äusserte sich auch die RAD-Psychiaterin Dr. C.\_\_\_\_ zu den aktuellsten Verlaufsberichten und empfahl, weiterhin auf die Ergebnisse der bidisziplinären RAD-Untersuchung abzustellen und von einer 50%igen Restarbeitsfähigkeit auszugehen (Urk. 6/104/16).

Mit weiteren Stellungnahmen vom 11. August sowie 20. November 2017 hielten die RAD-Ärzte Dr. Z.\_\_\_\_ und Dr. A.\_\_\_\_ an ihren bisherigen Beurteilungen fest, da ihrer Ansicht nach auch mit Blick auf die weiteren eingereichten Verlaufsberichte keine wesentlichen neuen medizinischen Tatsachen ausgewiesen seien (Urk. 6/122/5, Urk. 6/122/7-8). 4. 4.1

Der psychiatrisch-orthopädische Untersuchungsbericht der RAD-Ärzte Dr. A.\_\_\_\_ und Dr. Z.\_\_\_\_ vom 15. März 2016 beruht auf eingehenden medizinischen Abklärungen und leuchtet in der Beurteilung der medizinischen Situation und der zumutbaren Restarbeitsfähigkeit grundsätzlich ein. Die von diesen Ärzten attestierte 50%ige Restarbeitsfähigkeit

in angepassten Tätigkeiten wird allerdings durch das Ergebnis der kurze Zeit später vom 30. Mai bis 24. Juni 2016 durchgeführten Potentialabklärung der B.\_\_\_\_ GmbH in Frage gestellt. Die Eingliederungsfachleute gelangten zum Ergebnis, dass die Beschwerdeführerin im Rahmen der erreichten Präsenzzeiten (Montag bis Freitag von 10.00 bis 12.00 sowie Dienstag und Donnerstag zusätzlich von 13.00 bis 16.00) eine Leistungsfähigkeit von weniger als 50 % aufweise und dass eine Eingliederung in den

ersten Arbeitsmarkt gegenwärtig nicht möglich sei ( Urk. 6/71; vgl. auch Urk. 6/75/4). Dabei ist von Bedeutung, dass dem Abschlussbericht der Potentialabklärung vom 24. Juni 2016 keine Hinweise für eine Aggravation zu entnehmen sind - vielmehr wurde die Motivation der Beschwerdeführerin hervorgehoben ( Urk. 6/71/3) -, und ein solches Verhalten im

bidisziplinären RAD-Bericht vom 15. März 2016 explizit verneint wurde ( Urk. 6/53/9, Urk. 6/54/5). Der Potentialabklärung,

einer konkreten beruflichen Eingliederungsmassnahme, kann nicht jegliche Aussagekraft für die Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit abgesprochen werden, zumal sie, im Gegensatz zum bidisziplinären RAD-Bericht vom 15. März 2016, auf Beobachtungen während eines längeren Zeitraums beruht; deshalb

wäre angesichts der erheblichen Diskrepanz zur medizinischen Einschätzung eine eingehende Auseinandersetzung der RAD-Ärzte mit dieser Abklärung vonnöten gewesen (vgl. das Urteil des Bundesgerichts 9C\_833/2007 vom 4. Juli 2008 E. 3.3.2). Eine solche unterblieb in der Folge. Während sich die RAD-Psychiaterinnen Dr. A.\_\_\_\_ und Dr. C.\_\_\_\_ in ihren Stellungnahmen vom 19. April sowie 11. August 2017 gar nicht zur Potentialabklärung äusserten ( Urk. 6/104/16,

Urk. 6/122/5), ging Dr. Z.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 1. Juli 2016 nur oberflächlich und unter Bezugnahme auf die somatisch-objektivierten Befunde darauf ein ( Urk. 6/104/11). Seine letzten Beurteilungen fussten zudem auf der Thematik, ob seit der RAD Untersuchung eine wesentliche Verschlechterung ausgewiesen sei, welche Frage bei der vorliegenden erstmaligen Rentenzusprache von vornherein nicht ausschlaggebend ist.

Der RAD hat folglich die durch das Ergebnis der Potentialabklärung

hervorgehenden Zweifel an der Zuverlässigkeit seiner Einschätzungen nicht ausgeräumt. Bereits deshalb kann gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung (vorstehend E. 1.3) auf die Beurteilung der RAD-Ärzte Dr. Z.\_\_\_\_, Dr. A.\_\_\_\_ und Dr. C.\_\_\_\_, dass die Beschwerdeführerin in einer leidensangepassten Tätigkeit zu 50% arbeitsfähig ist, nicht abgestellt werden. 4.2

Dass die Beschwerdeführerin unter einem komplexen Beschwerdebild leidet, dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nicht einfach zu erfassen sind, wird nicht nur durch die erhebliche Diskrepanz zwischen der Beurteilung der RAD-Ärzte einerseits und dem Ergebnis der Potentialabklärung und den Attesten der behandelnden Fachärzte andererseits deutlich. Bei den von den behandelnden Ärzten gestellten Diagnosen einer depressiven Störung, einer posttraumatischen Belastungsstörung und chronischer Schmerzen mit psychischen und somatischen Faktoren handelt es sich durchwegs um Störungen, deren Auswirkungen auf die körperliche und psychische Leistungsfähigkeit schwierig zu objektivieren sind.

Das vollständige Fehlen einer Auseinandersetzung mit den vom Bundesgericht bei solchen Störungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit als massgeblich bezeichneten Standardindikatoren

(vorstehend E. 1.2) in den Stellungnahmen des RAD und der behandelnden Ärzte

verunmöglicht eine Bestimmung der zumutbaren Restarbeitsfähigkeit mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit. Überdies ergeben sich aus den Berichten der

behandelnden Ärzte Hinweise dafür, dass im zeitlichen Verlauf

weitere Beschwerden aufgetreten und neue Befunde erhoben worden sind: eine MR-tomographisch gesicherte Kompression der Nervenwurzel C6 rechts intraforaminal durch eine ausgeprägte osteodiskale

Protrusion im Segment C5/6 (MRI-Befundbericht e vom 16. Juni 2016 [ Urk. 6/76]

sowie 5. Januar 2018 [ Urk. 3/3] ), eine mögliche Reizung der L5-Wurzel rechts rezessal

aufgrund einer Bandscheibenhernie bei L4/5 (MRI-Befundbericht e vom 27. Juni 2016

[ Urk. 6/78] sowie 5. Januar 2018 [ Urk. 3/3] ), eine COPD und ein Restless - Legs

-Syndrom ( Bericht des O .\_\_\_ Spitals vom 3. August 2017 [ Urk. 6/121/3-4]) sowie eine entzündliche Erkrankung an den Gelenken (Bericht e von Dr. D.\_\_\_\_

vom 6. November 2017 sowie 16. Januar 2018 [ Urk. 3/4, Urk. 6/121/1]).

Deshalb muss die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin durch ein polydisziplinäres medizinisches Gutachten geklärt werden. Die Gutachter werden die Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 E. 4.3.1 (vorstehend E. 1.2) in ihre Beurteilung einzu beziehen und sich zu den abweichenden ärztlichen Einschätzungen und speziell auch zum Ergebnis der Potentialabklärung zu äussern haben. Angesichts der Hinweise, dass die

Arbeitsfähigkeit im massgeblichen Zeitraum seit April 2014 (vgl. Urk. 6/2/1, Urk. 6/6/3)

unter anderem wegen postoperativer Rehabilitationsphasen schwankte (vgl. etwa den

Verlaufsbericht von Dr. H.\_\_\_\_ vom 8. Juli 2015 [ Urk. 6/38] ), werden sie aus

interdisziplinärer Sicht detailliert zur Entwicklung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit in der angestammten und in behinderungsangepassten Tätigkeiten seit dem April 2014

Stellung zu nehmen haben. Da die Beschwerdegegnerin bisher kein solches Gutachten

eingeholt hat, ist die Sache – entsprechend dem Subeventualantrag der

Beschwerdeführerin –

hierzu an sie zurückzuweisen und ist deshalb kein Gerichtsgutachten in Auftrag zu geben

In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen. 5.

#### 5.1

Ausgangsgemäss gehen die Verfahrenskosten von Fr. 700.-- zulasten der unterliegenden Beschwerdegegnerin ( Art. 69 Abs. 1 bis IVG). 5.2

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57 E. 2.2), weshalb die vertretene Beschwerdeführerin in Anspruch auf eine Prozessentschädigung hat.

Nach § 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ( GSVGer ) wird der Anspruch auf Ersatz der Parteikosten ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache , der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen.

Unter Berücksichtigung dieser Kriterien ist dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'400.-- zuzusprechen (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer).

Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 8. Dezember 2017 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu über den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessschädigung von Fr. 2'400.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

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

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

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

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

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