

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00968 vom 6. Februar 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-02-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00968

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00968 du 6 février 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00968 del 6 febbraio 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 Allge meinen Teil des Sozialversicherungsrech ts; 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 ge sundheitlichen 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 vor 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 Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unab hängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weit gehend 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. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.3

Zur Annahme der Invalidität nach Art.

E. 1.4

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 1.5

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls 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). 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). 2.

E. 2

Die Versicherte erhob am 5. November 2018 Beschwerde gegen die Verfügung vom

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründet ihre Verfügung (Urk. 2) damit, dass nach dem Urteil des hiesigen Gerichts vom 8. November 2016 eine polydisziplinäre Begutachtung veranlasst worden sei, welche ergeben habe, dass die Beschwerdeführerin für Tätigkeiten, bei denen sie zwischen Stehen, Gehen und Sitzen wechseln könne, vollumfänglich arbeitsfähig sei. Unter Einhaltung des vorerwähnten Belastungsprofils bestehe in der bisherigen Tätigkeit als Verkaufsmitarbeiterin keine Einschränkung. Ebenso sei ihr die Ausübung von Hilfsarbeitstätigkeiten, welche dem Belastungsprofil entsprächen, vollumfänglich möglich. Die Statusfrage sei aufgrund der Tatsache, dass eine volle Arbeitsfähigkeit ausgewiesen sei, nicht weiter abgeklärt worden. Beim nachgereichten medizinischen Bericht vom 5. März 2018 handle es sich um eine andere Beurteilung eines im Wesentlichen gleichen Sachverhalts (S. 1 f.).

E. 2.2

Dagegen machte die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerde (Urk. 1) geltend, dass auch in einer angepassten Tätigkeit keine volle Arbeitsfähigkeit bestehe, weshalb zwingend die Statusfrage zu klären sei und die Einschränkungen im Aufgabenbereich zu prüfen seien. Sie habe eine 9-jährige Tochter und entsprechende Betreuungspflichten, weshalb sie nicht zu 100 % erwerbstätig wäre. Bei dem von den Ärzten festgesetzten eingeschränkten Zumutbarkeitsprofil sei auch von Einschränkungen im Aufgabenbereich auszugehen (S. 6 Ziff. 9). Auf das Gutachten könne nicht abgestellt werden, und es sei maximal von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % in einer angepassten Tätigkeit auszugehen. Weiter leide sie an psychischen Problemen (S. 6 ff. Ziff. 10-13).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der Invalidenversicherung. 3.

3.1

Mit rechtskräftigem Urteil vom 8. November 2016 wurde festgehalten, dass die Aktenlage, wie sie sich um Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 15. Januar 2016 (Urk. 7/65) präsentierte, keine verlässlichen medizinischen Grundlagen zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin sowohl in somatischer als auch in psychischer Hinsicht enthielt, weshalb die Sache zur Vornahme weiterer Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wurde (vgl. Urk. 7/81/1-18 E. 5.2-5). Es ist demnach nachfolgend zu prüfen, ob die nun nachträglich eingeholten medizinischen Akten als medizinische Grundlage zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin genügen. Der medizinische Sachverhalt präsentiert sich seither wie folgt: 3.2

PD Dr. med. A. ____, Leitende Ärztin, und Dr. med. B. ____, Assistenzärztin, Klinik für Rheumatologie, Universitätsspital C. ____, stellten in ihrem Bericht vom 14. März 2017 (Urk. 7 / 87) folgende, hier gekürzt angeführten Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 f. Ziff. 1.1): - Atrophie der glutealen Muskulatur links mehr als rechts mit Schmerzen linksgluteal, betont im Sitzen - Ätiologie unklar, Differenzialdiagnose neurogen - panvertebrales und lumbospondylogenes Schmerzsyndrom linksbetont - Coxarthrose beidseits - Plantarfasziitis links, diagnostiziert im Februar 2016 - Depression - Fibromyalgie-Syndrom, Erstdiagnose Juli 2015

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Ärztinnen eine substituierte Hypothyreose, einen Vitamin D- Mangel und einen Vitamin B12-Mangel (S. 2 Ziff. 1.1). Die Ärztinnen führten aus, die Beschwerdeführerin sei seit dem 6. Februar 2017 bei ihnen in Behandlung, und die letzte Kontrolle sei am 6. März 2017 erfolgt (Ziff. 1.2).

Für rein stehende Tätigkeiten bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, und in einer angepassten, leichten, wechselbelastenden Tätigkeit bestehe eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit (Ziff. 1.6). Die Atrophie der Glutealmuskulatur wirke sich vor allem auf Einschränkungen in der Hüftextension und Adduktion aus. Aufgrund des panvertebralen Schmerzsyndromes sei die Belastungsfähigkeit der Patientin eingeschränkt, insbesondere das Arbeiten in Zwangshaltungen für die Wirbelsäule, für Tätigkeiten in sitzenden, kauenden oder hockender Position, sowie bei Überkopfarbeiten und Tragen von Lasten über 5 kg. Weiter bestehe eine Depression, welche die Belastungsfähigkeit weiter reduziere. Die gluteale Muskelatrophie beeinträchtige insbesondere die Fähigkeit, Treppen zu steigen, aufwärts zu gehen oder aus dem Sitzen aufzustehen. Eine rein stehende Tätigkeit sei aufgrund des cervicolumbospondylogenen Schmerzsyndromes sowie der glutealen Muskelatrophie nicht möglich. Selbst in einer idealen angepassten Tätigkeit resultiere aus einer Beschwerdeakkumulation im Laufe des Tages mit Notwendigkeit für Kurzpausen eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Es sei davon auszugehen, dass die Leistungsfähigkeit im Laufe des Tages abnehme und dass insgesamt ein langsames Arbeitstempo vorliege. Die bisherige Tätigkeit sei aus medizinischer Sicht nicht mehr zumutbar, da es sich dabei um eine rein stehende Tätigkeit handle (Ziff. 1.7). Unter Berücksichtigung der genannten qualitativen Einschränkungen der Leistungsfähigkeit sei eine angepasste, leichte, wechselbelastende Tätigkeit zu 50 % zumutbar. Dabei sei die Einschränkung der Leistungsfähigkeit mit Notwendigkeit für Kurzpausen von 10 bis 15 Minuten alle 60 Minuten zu berücksichtigen (Ziff. 1.8-9). 3.3

Dr. Z.____ führte in seinem Bericht vom 14. März 2017 (Urk. 7/86) aus, laut Angaben der Patientin über den Gesundheitszustand bestünden nach wie vor Schmerzen im Bereich des linken Gesässes beziehungsweise der Glutealmuskulatur, bei Atrophie und Schmerzen links mehr als rechts, betont im Sitzen. Ferner bestehe eine Lumboischialgie links mit Ausstrahlung L 5. Es bestünden Einschränkungen beim Laufen und beim Sitzen sowie beim Treppensteigen. Die Laufstrecke betrage weniger als eine Stunde, das Stehvermögen etwa eine halbe Stunde. Die Patientin brauche immer wechselnde Positionen. Es bestehe eine Cervicobrachialgie links mit Ameisenlaufen im Bereich der Finger, ohne radikuläre Verteilung und Schmerzen im Bereich des Nackens und der linken Schulter sowie des Levators. Die Beschwerdeführerin leide weiter seit zwei Wochen an einem starken Brennen und Tränen des linken Auges (S. 1). Aufgrund von psychosozialen Problemen sei sie bei Dr. D.____ in psychosomatischer/psychosomatischer Behandlung.

Dr. Z.____ führte aus, es bestünden multifokale Probleme mit Cervicalsyndrom, Lumbovertebralsyndrom linksbetont, ferner die bekannte Problematik im linken Gesäss und dessen Muskulatur, vor allem des Gluteus maximus mit Degeneration und Atrophie. In einer wechselbelastenden Tätigkeit mit jeweils 10 Minuten Pause pro Stunde bestehe gesamthaft eine Arbeitsfähigkeit von 50%. Die Tragfähigkeit liege bei 5 kg (S. 2). 3.4

Med. pract. E.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, stellte in seinem Bericht vom 11. Mai 2017 (Urk. 7/92) folgende Diagnosen (S. 1): - Atrophie der glutealen Muskulatur links mehr als rechts mit Schmerzen linksgluteal, betont im Sitzen, unklarer Genese - cerviko- und lumbospondylogenes Schmerzsyndrom linksbetont mit Hyperkyphose der Brustwirbelsäule (BWS) mit sekundär myofaszialem Befund über dem Musculus trapezius, Musculus rhomboidei, Musculus sternocleidomastoideus - lumbospondylogenes Schmerzsyndrom links bei wechselnder Hyposensibilität links - Verdacht auf Recessusstenose L4/5 links - Chondrose L5-S1 mit Partialruptur des Anulus fibrosus - rezidivierende depressive Episode, schwankend von mittelschweren bis schweren Episoden - Angst und depressive Störung - Anpassungsstörung

Med. pract. E.____ führte aus, die Beschwerdeführerin befinde sich seit dem 24. Mai 2014 bei ihm in Behandlung, und die letzte Kontrolle sei am 12. April 2014 erfolgt (S. 1 oben). Es bestehe weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit auch für leichte angepasste Tätigkeiten (S. 2). 3.5

D.____, delegierter Psychotherapeut, stellte in seinem am 7. Juni 2017 bei der Beschwerdegegnerin eingegangenen Bericht (Urk. 7/94) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode (ICD-10 F33.0-1) - Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (ICD-10 F43.2).

Psychologin D.____ führte aus, die Beschwerdeführerin befinde sich seit dem 9. Januar 2014 bei ihm in Behandlung, und die letzte Kontrolle sei am 30. Mai 2017 erfolgt (Ziff. 1.2). Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit werde auf den Bericht des C.____ verwiesen. Es bestehe keine Arbeitsfähigkeit mehr (Ziff. 1.6-7). In einer angepassten Tätigkeit betrage die Arbeitsfähigkeit 50% (Ziff. 1.9). Es finde eine psychosoziale Gesprächstherapie statt. Psychologin D.____ führte aus, es sei in der Ehe der Beschwerdeführerin zu gewalttätigen Auseinandersetzungen mit vielen Drohungen gekommen. Die Patientin zweifle an sich und ihren Fähigkeiten, da sie sich nicht fähig gefühlt habe, ihre Arbeitsstelle zu behalten. Sie äussere Ängste über die Zukunft, welche

sehr viele Unklarheiten aufweise. Der Ehemann habe geäußert, dass er im Ausland leben wolle, und nun habe die Beschwerdeführerin Angst, er könnte die gemeinsame Tochter entführen und mit ins Ausland nehmen. Hinzu kämen Ängste um ihre Existenz, und sie sei belastet durch den Vertrauensmissbrauch des Ehemannes, da dieser ihre Kreditkarte mit vielen Ausgaben belastet habe und die Schulden an ihr hängen geblieben seien. Die Beschwerdeführerin lebe in einer für sie sehr bedrohlichen Situation. Der Verlust des Arbeitsplatzes habe stark an ihrem Selbstwertgefühl genagt (Ziff. 1.4). 3.6

Am 2. November 2017 erstatteten Dr. med. F.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, Dr. med. G.____, Facharzt für Neurologie, med. pract. H.____, Assistenzarzt für Neurologie, und Dr. med. I.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, J.____, das von der Beschwerdegegnerin veranlasste polydisziplinäre Gutachten (Urk. 7/111).

Die Gutachter nannten zusammenfassend folgende Hauptdiagnose mit Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit (S. 52 Ziff. 7.1.1): - Atrophie der glutealen Muskulatur, links mehr als rechts, mit Schmerzen links gluteal betont im Sitzen - Ätiologie unklar, Differenzialdiagnose neurogen, Differenzialdiagnose bei allgemeiner Dekonditionierung - rheumatologisch ätiologisch bildgebend nicht erklärbar mit leichter bis mässiger Atrophie im Beckenbereich, am prominentesten im Bereich des Musculus gluteus maximus beidseits, links mehr als rechts

Als Nebendiagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter ein diffuses chronisches Schmerzsyndrom myofaszial, vorwiegend lumbal und zervikal, Kopfschmerzen vom Spannungstyp, aus eigenanamnestischer Sicht ohne relevante Einschränkung, eine chronifizierte Reaktion auf Belastung und eine Anpassungsstörung, Angst und Depression, gemischt (ICD-10 F43.22), und sonstige Reaktionen auf schwere Belastung (ICD-10 F43.8) sowie eine Familienzerrüttung durch Trennung (S. 52 Ziff. 7.1.2).

Zur Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit führten die Gutachter aus, sofern die Möglichkeit zu wechselnd belastender Tätigkeit mit zwischenzeitlichem Aufstehen, Absitzen und Herumgehen bestanden habe, sei die qualitative Einschränkung bereits erfüllt und somit die Arbeitsfähigkeit der Versicherten aus neurologischer Sicht zu 100

% gegeben. Aus psychiatrischer Sicht liege weder angestammt noch in einer adaptierten Tätigkeit eine dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor (S. 54 Ziff. 8.1.1). Für eine adaptierte Tätigkeit bestehe somatisch und psychiatrisch keine wesentliche Einschränkung. Diese sollte wechselfelastisch sein mit der Möglichkeit für die Versicherte, zwischendurch aufzustehen, sich wieder hinzusetzen sowie etwas umherzugehen (S. 54 f. Ziff. 8.2.1-8.2.2).

Die Arbeitsprognose sei getrübt durch verschiedene soziale, invaliditätsfremde Belastungsfaktoren wie Migrationsproblematik, bescheidene Deutschkenntnisse, langdauernde Arbeitsunfähigkeit beziehungsweise -abstinenz, hohe Selbstlimitierung, familiäre Belastungsfaktoren und subjektive Krankheitsüberzeugung (S. 55 Ziff. 8.4). 3.7

Med. pract. K.____, Facharzt für Arbeitsmedizin, Regional Ärztlicher Dienst (RAD), führte in seiner Stellungnahme vom 13. November 2017 (Urk. 7/116/4) aus, auf das J.____-Gutachten könne abgestellt werden. Demnach bestehe als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Atrophie der glutealen Muskulatur links mehr als rechts. Unter

Einhaltung des Belastungsprofils bestünden in der bisherigen Tätigkeit als Verkaufsmitarbeiterin keine Einschränkungen und seit jeher eine volle Arbeitsfähigkeit. Das Belastungsprofil bestehe in wechselbelastenden leichten Tätigkeiten mit der Möglichkeit bei Bedarf die Position zwischen Stehen, Gehen und Sitzen zu wechseln. 3.8

Dr. Z.____ führte in seiner Stellungnahme zum J.____-Gutachten vom 5. März 2018 (Urk. 7/122) aus, dieses beschreibe rheumatologisch diffuse Befunde, was in Anbetracht der Untersuchungen der Fachärzte, insbesondere in der Neurologischen und Rheumatologischen Klinik des C.____, nicht nachvollziehbar sei. Ferner sei einer der Hauptbefunde, nämlich gluteal links, weder im Rheumastatus noch im Neurostatus beschrieben oder erwähnt worden. Das bedeute, er sei nicht untersucht worden. Dies sei mangelhaft. Unklar und unwahr seien die Angaben des neurologischen Gutachters in der Kommentierung seiner Berichte. Diese Passagen sollten aus dem Gutachten entfernt werden (S. 12 Mitte). Dr. Z.____ führte aus, in der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei lediglich eine qualitative Einschränkung berücksichtigt worden, nicht aber die quantitative Komponente der Ausdauer. Eine Arbeitsfähigkeit beinhalte, die verlangte Leistung in qualitativer und quantitativer Hinsicht zu erbringen. Die Einschränkung müsse beide Komponenten beinhalten. Dr. Z.____ führte aus, die Beurteilung der Rheumatologischen Klinik, C.____, vom März 2017 sei seines Erachtens richtig und berücksichtige beide Komponenten mit einer angepassten 50%igen Arbeitsfähigkeit.

Weiter sei in der neurologischen Anamnese des Gutachtens das Ereignis vom August 2013 vollständig ausgeblendet worden (S. 12 unten).

Dr. Z.____ bemängelte weiter, dass die Tätigkeit im L.____ nicht im Sinne eines Arbeitsprofils beschrieben worden und die Patientin hierzu auch nicht befragt worden sei (S. 13 oben). Das Gutachten übernehme als interdisziplinäre Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit diejenigen aus den Akten und ziehe daraus lediglich eine andere, eigene Schlussfolgerung einer 100%igen Arbeitsfähigkeit, wobei dies ohne plausible Begründung nicht nachvollziehbar sei. Zusammenfassend hinterlasse das Gutachten einen in der Substanz wenig kohärenten und sorgfältigen Eindruck. Es bestünden Mängel in der Untersuchung. Ferner seien durch die Annahme einer unbegründeten 100%igen Arbeitsfähigkeit in der angestammten und in einer angepassten Tätigkeit die zwei wichtigsten Vorgaben des Gerichtes, nämlich die Statusfrage und die Haushaltabklärung, ein fach ausgeklammert worden (S. 13 Mitte).

Dr. Z.____ hielt abschliessend fest, er erachte das Gutachten der J.____ als nicht nachvollziehbar. In einer behinderungsangepassten Tätigkeit sei von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % auszugehen. Das Zumutbarkeitsprofil beinhalte Gewichtsbelastungen von nicht mehr als 5 kg, Stehen bis zu 30 Minuten, Sitzen von einer Stunde, keine Hektik mit Hin und Herrennen sowie Pausen von etwa 10 Minuten pro Stunde und die Berücksichtigung der Zunahme der Schmerzen am Ende vom Tagespensum und am Ende der Woche (S. 13 unten Ziff. 1-3). 3.9

Am 28. Mai 2018 beantworteten Dr. F.____ und Dr. G.____, J.____, die von der Beschwerdegegnerin im Zusammenhang mit dem Bericht von Dr. Z.____ vom 5. März 2018 (vgl. vorstehend E. 3.7) gestellten Ergänzungsfragen (Urk. 7/127).

Dr. F.____ führte zur Frage, ob die von Dr. Z.____ beschriebenen medizinischen Tatsachen etwas an seiner medizinischen Beurteilung änderten, aus, Dr. Z.____ habe in seiner Antwort lediglich seine bekannten Berichte in voller Serie seit 2013 über 10 Seiten wiedergegeben,

ohne dabei neue Tatsachen zu nennen. Er schreibe zum Schluss einfach, dass aufgrund der Beschwerden seiner Ansicht nach eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % bestehe, ohne dafür eine Begründung oder neue Fakten zu nennen.

Im Gutachten sei lediglich ein unspezifisches und diffuses weichteilrheumatisches Schmerzsyndrom lumbal und zervikal betont rheumatologisch zu diagnostizieren gewesen. Dies in Verbindung mit psychischen und erheblichen sozialen Faktoren. Rein somatisch seien davon keine Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit für adaptierte Tätigkeiten abzuleiten (S. 1 Mitte).

In Beantwortung der gleichen Frage führte Dr. G. ___ aus, die Ausführungen von Dr. Z. ___ änderten nichts an seiner Einschätzung. Die Untersuchung der Schmerzhaftigkeit verschiedener Körperteile sei abhängig vom Untersucher und der untersuchten Person (S. 1 unten). Zweitens obliege die genaue Untersuchung der muskuloskelettalen Schmerzen und die Schmerzlokalisierung primär dem Kollegen der Rheumatologie.

Die neurologische Untersuchung habe diesbezüglich im Vergleich zur rheumatologischen Untersuchung einen orientierenden Charakter. Demnach sei

dem rheumatologischen Untersuchungsbe fund Vorrang zu gewähren (S. 2 oben).

Dr. G. ___ führte aus, soweit Dr. Z. ___ unterstelle, dass sie die Gluteusatrophie nicht untersucht hätten, sei dies eine grobe Fehlbehauptung. Im klinischen Befund sei auf die Trophik der unteren Extremitäten eingegangen worden, wozu auch die gluteale Muskulatur gehöre. Es seien inspektorisch von aussen keine relevanten Anhaltspunkte für eine Atrophie nachzuweisen gewesen. Zudem sei wiederholt im Bericht auf die bildgebend und biopsisch gesicherte Atrophie eingegangen und diese sei nicht in Frage gestellt worden. Die gutachterlich entscheidende Funktion der Muskelgruppen sei detailliert untersucht und beschrieben worden (S. 2 Ziff. 6).

Soweit Dr. Z. ___ moniere, dass in der neurologischen Anamnese das Ereignis vom August 2013 ausgeblendet worden sei, habe die neurologische Anamnese die Angaben der Versicherten während des Anamnesegesprächs während der gutachtlichen Untersuchung wiedergespiegelt. Die Versicherte habe in der Tat das Ereignis mit dem initialen Verdacht auf einen Muskelriss nicht erwähnt. Zu dieser Diskrepanz hätten sie explizit Stellung genommen (S. 2 Ziff. 8).

Unzutreffend sei weiter der Vorwurf von Dr. Z. ___, dass die Glutealatrophy zwar als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt, darauf aber nicht eingegangen worden sei. Dr. G. ___ führte aus, mit den daraus resultierenden qualitativen Einschränkungen, die aus ihrer gutachterlichen Sicht in der angestammten Tätigkeit bereits erfüllt gewesen seien, sei darauf eingegangen worden (S. 3 Ziff. 9). Abschliessend führten die Gutachter aus, es handle sich bei der Einschätzung von Dr. Z. ___ lediglich um eine andere Beurteilung eines im Wesentlichen gleichen Sachverhaltes (S. 3 Mitte). 3.10

Med. pract. K. ___, RAD, führte in seiner Stellungnahme vom 3. September 2018 (Urk. 7/135/3) aus, die Gutachter hätten in ihrem Bericht vom 28. Mai 2018 ausführlich Stellung zur medizinischen Berichterstattung von Dr. Z. ___ genommen. Es ergäben sich keine neuen medizinischen Aspekte oder Tatsachen, und es sei aus versicherungsmedizinischer Sicht gesamthaft gesehen von einer anderen Beurteilung eines im Wesentlichen gleichen Sachverhaltes auszugehen. Somit könne an der abschliessenden RAD-Stellungnahme vom 13. November 2017 (vgl. vorstehend E. 3.7) festgehalten

werden. Weitere Ergänzungen seien nicht notwendig. 4.

E. 4

. Oktober 2018 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese nach weiteren Abklärungen über ihren Leistungsanspruch neu verfüge (Urk. 1 S. 2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 30. November 2018 (Urk. 6) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde der Beschwerdeführerin am 4. Dezember 201

E. 4.1

Die Beschwerdegegnerin ging in ihrer Verfügung (Urk. 2) gestützt auf das Gutachten der J.____ vom November 2017 (vgl. vorstehend E. 3.6) davon aus, dass, sofern die Beschwerdeführerin bei der Ausübung ihrer Verkaufstätigkeit zwischen Stehen, Gehen und Sitzen wechseln könne, keine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit bestehe. Auch eine andere angepasste Tätigkeit, welche diesem Belastungsprofil entspreche, sei vollumfänglich möglich (vgl. vorstehend E. 2.1).

E. 4.2

Das Gutachten der J.____ vom November 2017 berücksichtigt die von der Beschwerdeführer in geklagten Beschwerden und setzt sich mit diesen umfassend auseinander. Es wurde sodann in Kenntnis der wesentlichen Vorakten abgegeben, leuchtet in der Darlegung der medizinischen Situation ein, und die Schlussfolgerung ist in nachvollziehbarer Weise begründet. Es erfüllt daher die Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise (vorstehend E. 1.5), so dass, wie RAD-Arzt med. pract. K.____ empfahl (vgl. vorstehend E. 3.7 und E. 3.10), darauf abgestellt werden kann.

Insbesondere der Bericht des behandelnden Neurologen Dr. Z.____ vom März 2017 (vgl. vorstehend E. 3.3) wie auch seine Stellungnahme vom März 2018 (vgl. vorstehend E. 3.8) vermögen keine ernsthaften Zweifel an der Einschätzung der Gutachter der J.____ zu begründen. So gab Dr. Z.____ in seinem Bericht vom März 2017 grösstenteils die subjektiven Beschwerdeschilderungen der Beschwerdeführerin wieder, und die von ihm festgestellten Befunde vermögen die selbst in einer behinderungsangepassten Tätigkeit attestierte 50%ige Arbeitsunfähigkeit nicht hinreichend zu begründen. Seine Stellungnahme vom März 2018 zum Gutachten der J.____ vom November 2017 erschöpfte sich sodann im Wesentlichen in der Wiedergabe bereits bekannter sowie von ihm selbst verfasster Berichte und in der Auflistung des Sachverhaltes. Bemerkenswert erscheint zu dem, dass sich Dr. Z.____ betreffend Statusfrage und Haushaltabklärung zu Aspekten äusserte, die klar ausserhalb seines (medizinischen) Fachgebiets liegen. Zu seiner am Gutachten der J.____ geübten Kritik, insbesondere auch bezüglich allfälliger unrichtiger Textwiedergaben, nahmen die Gutachter der J.____ ausführlich und in nachvollziehbarer Weise in ihrem Bericht vom 28. Mai 2018 (vgl. vorstehend E. 3.9) Stellung. Deutlich geht daraus insbesondere auch hervor, dass es sich bei der Atrophie der Glutealmuskulatur um keinen von aussen erkennbaren Befund gehandelt hat. So führten die Gutachter aus, dass von aussen keine relevanten Anhaltspunkte für eine Atrophie nachzuweisen gewesen seien. Bei einer von aussen nicht einmal erkennbaren Atrophie, deren Ätiologie nach wie vor unklar ist, erscheint die von den behandelnden Ärzten des C.____ im März 2017 (vgl. vorstehend E. 3.1) attestierte Arbeitsunfähigkeit selbst in einer leichten, wechselbelastenden Tätigkeit als nicht nachvollziehbar und sich primär auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin

stützend. Ohnehin sind die Berichte behandelnder Ärzte, wie auch der Bericht von med. pract E.____ vom Mai 2017 (vgl. vorstehend E. 3.4) , aufgrund der auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zur Patientin in mit Vorbehalt zu würdigen. Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie den behandelnden Spezialarzt (Urteil des Bundesgerichts I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 mit Hinweisen).

Abschliessend ist festzuhalten, dass, auch wenn die zuletzt ausgeübte Tätigkeit der Beschwerdeführerin im L.____, da sie vorwiegend stehend ausgeübt wurde (vgl. Urk. 7/37 Ziff. 5), nicht dem von den Gutachtern der J.____ formulierten Belastungsprofil entspricht, dies ohne relevante Bedeutung ist, da davon ausgegangen werden kann, dass es andere Verkaufstätigkeiten gibt, die dem genannten Anforderungsprofil ohne weiteres entsprechen.

E. 4.3

Im Weiteren erweist sich auch die Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin im Gutachten der J.____ für schlüssig und nachvollziehbar, sodass darauf abgestellt werden kann, zumal es den von med. pract. E.____ im Mai 2017 (vgl. vorstehend E. 3.4) in psychischer Hinsicht gestellten Diagnosen an einer fachärztlichen Grundlage oder zumindest nachvollziehbarer Begründung mangelt und auch der Bericht des behandelnden Psychologen D.____ vom Juni 2017 (vgl. vorstehend E. 3.5) einer objektiven Befunderhebung entbehrt. Der Psychologe D.____ nahm sodann keine eigene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin vor, sondern verwies auf jene der behandelnden Ärzte des C.____. Soweit er im Wesentlichen die subjektiven Ängste der Beschwerdeführerin im Zusammenhang mit den Ehekonflikten und die finanzielle Belastungssituation schilderte, handelt es sich um aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht unbeachtliche psychosoziale Aspekte (vgl. vorstehend E. 1.3).

E. 4.4

Aufgrund des Gesagten ist der medizinische Sachverhalt als dahingehend erstellt zu erachten, dass weder in der angestammten Verkaufstätigkeit noch in einer angepassten Tätigkeit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit besteht. Vor diesem Hintergrund erübrigt sich eine Klärung der Statusfrage und das Einholen eines Haushaltabklärungsberichtes.

Die angefochtene Verfügung (Urk. 2) erweist sich demnach als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 5.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie 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: - CAP Rechtsschutz-Versicherungsgesellschaft AG - 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
Der Vorsitzende
Die Gerichtsschreiberin
Mosimann
Schucan

E. 8

ATSG ist – auch bei psychischen Erkrankungen – in jedem Fall ein medizinisches Substrat unabdingbar, das (fach-)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Je stärker psychosoziale und soziokulturelle Faktoren wie beispielsweise Sorge um die Familie oder Zukunftsängste (etwa ein drohender finanzieller Notstand) im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein. Das bedeutet, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belastenden soziokulturellen Faktoren herrühren, bestehen darf, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat, zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand. Solche von der soziokulturellen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne selbstständige psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann. Wo die begutachtende Person dagegen im Wesentlichen nur Befunde erhebt, welche in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in ihnen aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben (BGE 127 V 294 E. 5a; Urteil des Bundesgerichts 8C_730/2008 vom 23. März 2009 E. 2).

Wenn und soweit psychosoziale und soziokulturelle Faktoren zu einer eigentlichen Beeinträchtigung der psychischen Integrität führen, indem sie einen selbstständigen Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder den Wirkungsgrad seiner – unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden – Folgen verschlimmern, können sie sich mittelbar invaliditätsbegründend auswirken (Urteil des Bundesgerichts 9C_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.2 mit Hinweisen).

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