

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00388 vom 3. April 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-04-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00388

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00388 du 3 avril 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00388 del 3 aprile 2020

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1957 in Tunesien,
reiste im Jahr 198

E. 1.1

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Invalidenrente hat.

E. 1.2

In der angefochtenen Verfügung vom 7. Mai 2019 führte die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen aus, dass gemäss den medizinischen Beurteilungen keine Beschwerden bestünden, welche die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin höhergradig und dauernd beeinträchtigen würden. Unter Weiterführung der bisherigen Behandlungen könne der Gesundheitszustand stabilisiert werden. Eine angepasste, körperlich leichte Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin aus medizinischer Sicht zu 100 % zumutbar (Urk. 2 S. 1). Nach dem Einwand der Beschwerdeführerin vom 16. September 2017 gegen den Vorbescheid vom 16. August 2017 sei eine Verlaufsbeurteilung durchgeführt worden. Die Gutachterinnen hätten keine neuropsychologischen Diagnosen gestellt. Aus somatischer Sicht liege für angepasste Tätigkeiten eine volle Arbeitsfähigkeit vor. Die von der Beschwerdeführerin geltend gemachte Arbeitsfähigkeit von 50 %

(in psychischer Hinsicht) sei aus rein medizinischer Sicht nicht nachvollziehbar, weil keine objektiven Befunde bestünden. Es sei sodann festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin

(bei der

neuropsychologischen Untersuchung vom 25. Juli 2018, Urk. 6/151/38) - mehrfach auf das Nicht-Mitmachen und ihre deutliche Unlust angesprochen worden sei. Mit wiederkehrenden Seufzern, Stöhnen und klagenden Äusserungen habe sie ihrer Unlust Ausdruck gegeben. Ihre formalen Leistungen seien stark schwankend und nicht nachvollziehbar gewesen

sowie in keinem Verhältnis zu den Beobachtungen und dem klinischen Eindruck im Gespräch

gestanden. Die Beschwerdeführerin habe sich appellativ, demonstrativ und überzeichnet präsentiert. Es sei deswegen auf eine Vortäuschung oder eine vorgetäuschte Verstärkung von Gesundheitsstörungen geschlossen worden. Bei der Beschwerdeführerin

liege sodann wenig Motivation vor, an der Lebenssituation etwas zu verändern zu wollen. Sie verharre in ihren subjektiv erlebten Einschränkungen und einer erlittenen Kränkung.

Da keine länger andauernde gesundheitliche

Beeinträchtigung mit Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorliege, bestehe kein Anspruch auf eine Invalidenrente (Urk. 2 S. 2).

E. 1.3

Die Beschwerdeführerin macht demgegenüber im Wesentlichen geltend, dass der psychiatrische Gutachter Dr. G.____ eine Panikstörung diagnostiziert und seine Einschätzung einer 50%igen Restarbeitsfähigkeit darauf abgestützt

habe. Der Psychiater med. pract. B.____ und die behandelnde Psychotherapeutin K.____ hätten im Bericht vom 5. Februar 2019 sodann

die Diagnose anhaltende

somatoforme Schmerzstörung, zunehmend depressive Entwicklung im Sinne einer depressiven Störung mit stark somatisierten Anteilen ICD-10 F32.11 sowie

Panikstörung ICD-10: F41.0 gestellt. (Urk. 1 S. 6). Der Bericht mit diesen Diagnosen sei dem RAD-Psychiater nicht mehr vorgelegt worden, damit sei ihr Anspruch auf rechtliches Gehör verletzt worden (Urk. 1 S. 6-7, S. 9). Die Beschwerdeführerin sei zudem auf die fundierte Kritik des behandelnden Psychiaters und der behandelnden

Psychotherapeutin materiell in keiner Art und Weise eingegangen, sondern habe dazu einfach festgehalten, dass der Vorbescheid vom 16. August 2017 korrekt sei (Urk. 1 S.

9). Festzuhalten sei weiter, dass der RAD-Psychiater Dr. J.____ den chronifizierten Verlauf, die 50%ige Restarbeitsfähigkeit und die von Dr. G.____ im Mini-ICF-APP erhobenen Beeinträchtigungen habe nachvollziehen können. Nach Lage der Akten würden sämtliche Mediziner von einer dauerhaft bestehenden 50%igen Arbeitsfähigkeit ausgehen (Urk. 1 S. 7, S.

E. 5

oder 1989 in die Schweiz ein (vgl. Urk. 6/3/3, Urk. 6/151/16), wo sie sie zunächst als Saisoniere in einer Pizzeria und danach als Kassiererin für die Y.____ tätig war (Urk. 6/3/1, Urk. 6/109/10). In der Folge erlangte sie das Schweizer Bürgerrecht (Urk. 6/4).

Seit dem 24. Oktober 2005 arbeitete sie als Mitarbeiterin Hotelier im Z.____, A.____, zuletzt in einem 90 %-Pen sum (Urk. 6/3/4, Urk. 6/17/1, Urk. 6/109/10). Am 14. Mai 2014 erlitt X.____ bei einem Verkehrsunfall eine Schädelkontusion, ein Thoraxtrauma und eine Rippenfraktur (Urk. 6/19/19). Sie meldete sich am 11. November 2014 unter Hinweis auf diese Unfallfolgen sowie eine posttraumatische Belastungsstörung, Bluthochdruck und eine Schilddrüsenunterfunktion bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 6/3, Urk. 6/8). Die IV-Stelle tätigte Abklärungen in beruflich-erwerblicher und medizinischer Hinsicht.

Im Zuge dieser Abklärungen zog sie namentlich die Akten der Unfallversicherung Stadt Zürich (Urk. 6/19, Urk. 6/32, Urk. 6/81), den Bericht des behandelnden Psychiaters med. pract.

B.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 15. Dezember 2014 (Urk. 6/18) sowie dessen Verlaufsbericht vom 28. Juli 2015 (Urk. 6/38) bei. Danach kam

die IV-Stelle für die Kosten eines Aufbautrainings ab 16. November 2015 bei der C.____, D.____, auf (Urk. 6/48, Urk. 6/54, Urk. 6/67). Die Versicherte brach das Aufbautraining am 26. Februar 2016 aus gesundheitlichen Gründen (Schmerzen) ab (Urk. 6/65/2). Mit Schreiben vom 1. Juni 2016 teilte die IV-Stelle der Versicherten den Abschluss der Massnahmen zur Arbeitsplatzhaltung mit; da sie keine weiteren Eingliederungsmassnahmen, sondern die Prüfung des Rentenanspruchs wünsche, werde auch die Eingliederungsberatung abgeschlossen (Urk. 6/77, Urk. 6/78).

In der Folge holte die IV-Stelle die Gutachten von

Dr. med.

E.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 24. November 2016 (Urk. 6/109) und von PD Dr. med. F.____,

MSc, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation /Rheumatologie, vom 20. April 2017 (Urk. 6/117) ein. Gestützt auf diese Gutachten hielt der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) der IV-Stelle in seiner Stellungnahme vom

4. Mai 2017 fest, dass bei der Versicherten durch ein Belastbarkeits- und Arbeitstraining innerhalb eines halben Jahres eine 75%ige Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit und eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit erreicht werden könne

(Urk. 6/122/8). Davon ausgehend kündigte die IV-Stelle der Versicherten mit Vorbescheid vom 16. August 2017 die Abweisung des Gesuchs um Ausrichtung einer Invalidenrente an (Urk. 6/123). Dagegen erhob die Versicherte am 1

E. 5.1

Zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in psychischer Hinsicht sind den Akten die folgenden entscheiderelevanten Gutachten und Berichte zu entnehmen: 5.2

Med. pract. B.____ hielt im Bericht vom 15. Dezember 2014 zu den psychiatrischen Diagnosen fest, dass anamnestisch eine durchgemachte posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) vorliegen würde. Aktuell sei das Zustandsbild durch eine unspezifische Symptomatik mit Angst, Verunsicherung, allgemeiner Labilisierung der Affekte und Stimmungsschwankungen geprägt und manifestiere sich daher differentialdiagnostisch eher als schwere Anpassungsstörung, Angst und depressive Reaktion gemischt gemäss ICD-10: F43.22 (Urk. 6/18/1). Er attestierte der Beschwerdeführerin ab dem 24.

September 2014 (Behandlungsbeginn) eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit als Hotellerieangestellte im Z.____ (Urk. 6/18/3). 5.3

Im Bericht vom 28. Juli 2015 diagnostizierte med. pract. B.____ eine schwere Anpassungsstörung, Angst und depressive Reaktion gemischt (ICD-10: F43.22), zurzeit etwas gebessert, sowie einen Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4). Dazu hielt er fest, dass beide Diagnosen vermutlich seit dem Verkehrsunfall vom 14. Mai 2014 bestehen würden. Die Beschwerdeführerin arbeite seit dem 11. Mai 2015 zwei halbe Tage pro Woche im Z.____ (Urk. 6/38/4). Aus psychiatrischer Sicht sei sie so wie bis anhin, das heisse zwei halbe Tage pro Woche, arbeitsfähig (Urk. 6/38/6). 5.4

Dr. E.____ stellte im Gutachten vom 24. November 2016 die folgenden Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 6/109/13): - Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt (ICD-10: F43.22) - Panikstörung (ICD-10: F41.0)

Dazu hielt Dr. E.____ unter anderem fest, dass die aktenmässig dokumentierten und von ihm anamnestisch erhobenen posttraumatischen Albträume sowie die angstbedingte Vermeidungshaltung und Akzentuierung der allgemeinen Ängstlichkeit als ursächlich für die Entwicklung einer Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt sowie einer Panikstörung anzunehmen seien. Gleichzeitig könne allerdings festgehalten werden, dass die familiäre Belastung der Beschwerdeführerin in Bezug auf Hirnschläge und Herzinfarkte den protrahierten Verlauf der Anpassungsstörung und der Panikstörung zusätzlich beeinflusst habe (Urk. 6/109/14). Anlässlich der Exploration vom 15. November 2016 habe bei der Beschwerdeführerin in der Querschnittbeurteilung aufgrund der objektiv festgestellten mittelschweren Beeinträchtigung der allgemeinen psychischen Belastbarkeit, der geistigen Flexibilität und der allgemeinen Durchhaltefähigkeit eine 50%ige Arbeitsfähigkeit attestiert werden können. Bei der Beschwerdeführerin stehe allerdings gegenwärtig eine störungsbedingte Vermeidungshaltung im Vordergrund, weshalb zwecks Wiederherstellung einer verwertbaren Arbeitsfähigkeit berufliche Massnahmen zu empfehlen seien. Bei erhaltenem Tag-Nacht-Rhythmus könne der Beschwerdeführerin ein Belastbarkeitstraining mit anschliessendem Arbeitstraining für je drei Monate empfohlen werden. Unter diesen vorgeschlagenen beruflichen Massnahmen, ergänzend mit einer konsequenten Weiterführung der bereits etablierten therapeutischen Massnahmen sei mit einer weiteren und nachhaltigen Verbesserung des psychischen Zustandes der Beschwerdeführerin und Wiederherstellung einer vollen Arbeitsfähigkeit auf dem freien Wirtschaftsmarkt zu rechnen (Urk. 6/109/15). Es sei von einer sehr guten Prognose bezüglich Wiederherstellung und Erhaltung der vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen (Urk. 6/109/16). 5.5

Med. pract. B.____ führte in seiner Stellungnahme vom 5. Oktober 2017 zuhanden des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin aus, dass er die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in einer ihrer Ausbildung und ihrer früheren beruflichen Erfahrung angepassten Tätigkeit im ersten Arbeitsmarkt nach wie vor mit 20 bis 30% beurteilen würde.

Aufgrund des bisherigen Verlaufs über die letzten dreieinhalb Jahre der Behandlung gesehen, sei es unrealistisch, dass die Arbeitsfähigkeit innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten auf 75% oder gar 100% gesteigert werden könne. Die erneute Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin in den letzten Monaten würde sodann eher dafür sprechen, dass sie keine 50%ige Arbeitsfähigkeit erreichen könne (Urk. 6/133/2). 5.6

5.6.1

Dr. G.____ hielt in seinem Gutachten vom 10. Oktober 2018 fest, dass als Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin eine Panikstörung (ICD-10: F41.0) vorliegen würde (Urk. 6/151/26).

Diesbezüglich führte er aus, dass eine Panikstörung mehrfach dokumentiert worden sei. Auch in der Beschreibung der Krankheitsentwicklung habe die Beschwerdeführerin von mehrfachen Angstattacken, aufgrund derer die Arbeitsversuche gescheitert seien, berichtet. Sie habe ihre Angst vor Panikattacken und Ohnmachtsanfällen und Atemprobleme in diesem Zusammenhang geschildert. Es bestehe eine erhebliche Wahrscheinlichkeit, dass es bei der Beschwerdeführerin hierbei zu Hyperventilationsattacken komme (Urk. 6/151/26). Weiter nahm er zu den früher gestellten Diagnosen Stellung. Eine

posttraumatische Belastungsstörung sowie eine Anpassungsstörung mit Angst und depressiven Symptomen könne nicht (mehr) diagnostiziert werden. Eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung könne nicht sicher ausgeschlossen werden; die Schmerzsymptome seien aber in dieser Untersuchung nicht als vorherrschende Beschwerden geschildert worden. Ebenso wenig könne ein schädlicher Alkoholkonsum ausgeschlossen werden. Allerdings fehlten dazu medizinische Akten, die eine tatsächliche Schädigung nachweisen würden, und die Explorandin schildere einen unregelmässigen (nicht täglichen) Alkoholkonsum (Urk. 6/151/26).

Die ursprüngliche, an eine posttraumatische Belastungsstörung erinnernde Symptomatik sei einer überdauernden Angstsymptomatik im Sinne von wiederholten Panikattacken und einem ausgesprochenen Vermeidungsverhalten gewichen. Die restliche, heute geschilderte Symptomatik, bestehend aus depressiver Stimmungslage, Lebensüberdruß, Schlafstörungen, als auch die somatischen Schmerzsyndrome, wirkten insgesamt unspezifisch und könnten, nebst der vorhandenen Panikstörung, keiner eigenständigen psychiatrischen Diagnose

zugerechnet werden. Mittlerweile habe sich eine ausgeprägte Dekonditionierung eingestellt. Die Explorandin könne sich zwar vorstellen, 50 % im Verkauf oder im Service tätig zu sein; sie unternehme jedoch, abgesehen von unregelmässigen Therapiesitzungen, keine merklichen Fortschritte und zeige insgesamt wenig Motivation, an ihrer Lebenssituation etwas verändern zu wollen. Sie verharre vielmehr in ihren subjektiv erlebten Einschränkungen und der erlittenen Kränkung (Urk. 6/151/31 f.). Weiter wies der Gutachter mehrmals darauf hin, dass eine Aggravation nicht sicher ausgeschlossen werden können (vgl. Urk. 6/151/21, Urk. 6/151/31, Urk. 6/151/32). Betreffend die im Psychostatus festgestellten kognitiven Einschränkungen (Urk. 6/151/20) verwies er auf das neuropsychologische Gutachten (Urk. 6/151/30).

Aus fachärztlich-psychiatrischer Sicht sollte die Beschwerdeführerin medizinisch-theoretisch in der Lage sein, während fünf Stunden pro Tag eine Tätigkeit im bisherigen Einsatzbereich als Hotellerieangestellte auszuüben. Aufgrund des ausgeprägten Vermeidungsverhaltens, welches assoziiert sei mit der bestehenden Panikstörung, sei eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit um 20 % anzunehmen. Es sei von einer 50%igen Gesamtarbeitsfähigkeit, bezogen auf ein 100%-Pensum, auszugehen (Urk. 6/151/34). Auch für angepasste Tätigkeiten (Arbeiten ohne Zeit- und Leistungsdruck) sei eine der Einschätzung der bisherigen Tätigkeit analoge Arbeitsfähigkeit anzunehmen (Urk. 6/151/35). Die Bemessung der Arbeitsfähigkeit erfolge in Abstraktion von nicht ursächlich am Krankheitsgeschehen beteiligten psychosozialen Faktoren; dazu gehörten namentlich das Fehlen einer eigentlichen Tagesstruktur respektive die Arbeitslosigkeit sowie die konflikthafte Beziehung zur einzigen Tochter (Urk. 6/151/33).

Anzumerken sei, dass die sehr optimistisch gefasste Prognose von Dr. E.____ nicht eingetroffen sei und zum heutigen Zeitpunkt angesichts des mittlerweile chronifizierten Verlaufs sicherlich nicht mehr gestellt werden könne (Urk. 6/151/36). 5 .6 .2

Die Neuropsychologinnen H.____ und I.____

führten in ihrer Beurteilung vom 2. August 2018 unter anderem aus, dass die neuropsychologische Untersuchung ein deutlich überlagertes Bild ergeben habe. Die formalen Leistungen seien stark schwankend und nicht nachvollziehbar gewesen und hätten in keinem Verhältnis zu den Beobachtungen und dem klinischen Eindruck im

Gespräch gestanden. Die Beschwerdeführerin habe sich appellativ, demonstrativ und überzeichnet präsentiert. Bereits von der Arbeitsintegration C.____ sowie von Dr. E.____ sei festgehalten worden, dass die erhaltenen Resultate des d2 Aufmerksamkeits- und Belastungstest nicht hätten ausgewertet werden können. Auch das bei ihrer Untersuchung vom 27. Juli 2018 erhaltene Testresultat habe sich derart abweichend gezeigt zur Verhaltensbeobachtung mit regelrechter inhaltlicher Aufrechterhaltung der zu beklagenden Beschwerden, der dargestellten Wachheit und verbalem Spontantrieb, dass eine regelrechte Interpretation des Ergebnisses im Zusammenhang mit dem Verhalten nicht möglich sei. Auch die Verhaltensbeobachtung und das Testresultat beim Zahlenverbindungstest hätten sich derart auffällig präsentiert, dass dieses Resultat in Diskrepanz mit der Tatsache stehe, dass die Versicherte selbständig und pünktlich mit dem Zug den Weg an den Untersuchungs ort gefunden habe.

Diskrepanzen würden sich auch aus dem Anamnesegespräch ergeben. Die Beschwerdeführerin habe eine ausgeprägte Vergesslichkeit beklagt. Sie habe jedoch beim Thema Belastung, Schmerz und Einschränkungen differenziert und detailliert über die im Verlauf zunehmenden Einschränkungen durch die körperlich bedingten Beschwerden berichtet. Sie habe sodann auch detailliert wiedergeben können, welche Untersuchungen im L.____ nach einem Ohnmachtsanfall durchgeführt worden seien. Die Beschwerdeführerin habe im Gespräch auch keine Satzabbrüche gezeigt und sei inhaltlich durchwegs kohärent gewesen. Wäre eine Gedächtnisstörung in dem Ausmass, wie von der Beschwerdeführerin berichtet und in der Untersuchung präsentiert, vorhanden, wäre auch die Metakognition nicht mehr präsent und somit der Leidensdruck über das Unfall geschehen und die körperlichen Beschwerden weniger reflektiert und belastend (in der Erfahrung) und auch das Schmerzverhalten würde nicht in dem Masse dargestellt werden können. Die durchgeführten Tests würden sodann Zweifel an der Mitwirkung der Beschwerdeführerin begründen. Die Ergebnisse, die erzielt worden seien, würden mit Sicherheit eine eingeschränkte Anstrengungsbereitschaft zeigen. Daher sei eine Vortäuschung oder vorgetäuschte Verstärkung von Gesundheitsstörungen zu einem wesentlichen Teil der Reflexion und der Steuerung der Beschwerdeführerin zugänglich (Urk. 6/151/49). Da jedoch aufgrund der ausgeprägten negativen Antwortverzerrungen auf der Befundlage keine positive Aussage über tatsächliche, authentische Symptome gemacht werden könne, sei die Frage der Simulation im vorliegenden Fall nicht entscheidbar (Urk. 6/151/49-50). In Zusammenschau aller vorliegenden Informationen könne aufgrund der eingeschränkten Mitarbeit der Beschwerdeführerin keine Aussage, in welchem Ausprägungsgrad eine kognitive Störung objektiv und valide vorhanden sei, gemacht werden (Urk. 6/151/50). 5
.7

Der RAD- Psychiater dipl. med.

J.____ hielt in seiner Stellungnahme vom 2. November 2018 zum Schweregrad des Gesundheitsschadens der Beschwerdeführerin fest, dass es sich um einen chronifizierten Verlauf handle. Die Beschwerde führe rin sei eingengt auf ihr aktuelles Leiden. Sie habe darüber hinaus zahlreiche somatische Beschwerden geschildert. Durch die bestehende Behandlung könne günstigenfalls die aktuelle Arbeitsfähigkeit erhalten bleiben. Von einer relevanten Verbesserung könne nicht ausgegangen werden. Insofern bestehe hier eine ungünstige Prognose. Es sei hier anzumerken, dass die sehr optimistisch gefasste Prognose von Dr. E.____ nicht eingetroffen sei und zum heutigen Zeitpunkt angesichts des mittlerweile chronifizierten Verlaufs sicherlich nicht mehr geteilt werden könne.

Psychosoziale Belastungen würden das Fehlen einer eigentlichen Tagesstruktur, respektive die Arbeitslosigkeit selbst betreffen. Weiter bestehe eine konflikthafte Beziehung zur einzigen Tochter. Dies sei bei der Ermittlung der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit berücksichtigt worden. Die Beschwerdeführerin zeige deutliche Zeichen der Dekonditionierung und Selbstlimitierung. Die psychischen Ressourcen würden bei einfacher Persönlichkeitsstruktur reduziert erscheinen (Urk. 6/160/6). Die bisherige Tätigkeit der Beschwerdeführerin als Mitarbeiterin Hotellerie entspreche einer optimal angepassten Tätigkeit. Seit dem 15. November 2017 bestehe unverändert eine 50%ige Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin (Urk. 6/160/5). 5 . 8

Der Stellungnahme von med. prakt. B.____ und der behandelnden Psychotherapeutin

K.____ vom 5. Februar 2019 sind die folgenden Diagnosen zu entnehmen (Urk. 6/158/2): - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) - Differentialdiagnostisch : Zunehmend depressive Entwicklung im Sinne einer depressiven Störung mit stark somatisierten Anteilen (ICD-10: F32.11) - Panikstörung (ICD-10: F41.0)

Sie führten weiter aus, dass eine Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin von 50 % nach wie vor das höchste, nur bei «wohlwollenden Rahmenbedingungen» realistisch zu erwartende Mass darstellen würde (Urk. 6/158/2). Zudem hielten sie fest, dass es nicht nachvollziehbar sei, weshalb überhaupt eine neurologische Untersuchung und Begutachtung durchgeführt worden sei. Bei der Beschwerdeführerin sei zu keinem Zeitpunkt eine über eine Mild Traumatic Brain Injury (MTBI) hinausgehende, traumatische Hirnverletzung in Betracht gezogen worden. Dass dann aufgrund einer Überforderung der Beschwerdeführerin und einer offensichtlich verunglückten Testsituation sogleich eine «mangelnde Mitwirkung» abgeleitet worden sei, sei nicht unbedingt Ausdruck einer professionellen Haltung der Neuropsychologinnen (Urk. 6/158/3). 6 . 6.1

Bezüglich der Prüfung eines allfälligen Rentenanspruchs der Beschwerdeführerin ist zunächst festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin gemäss dem Gutachter PD Dr. F.____ aus rein rheumatologisch-orthopädischer Sicht medizinisch-theoretisch in der angestammten Tätigkeit zu 75 % und in einer leidensangepassten Tätigkeit gemäss Belastungsprofil zu 100 % arbeitsfähig ist (E. 4). Dies blieb im vorliegenden Verfahren seitens der Beschwerdeführerin unbestritten. 6.2

Weiter ist unbestritten, dass das psychiatrische Gutachten von Dr. G.____ den allgemeinen Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise (E. 2.5.1) entspricht. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht der Einschätzung des Gutachters, wonach aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % bestehe,

nach Vornahme einer Ressourcenprüfung nicht gefolgt ist. 6.2.1

Der psychiatrische Gutachter hat - wie die Beschwerdeführerin grundsätzlich zu Recht vorbringt - bei seiner Beurteilung die nach der Rechtsprechung massgebenden normativen Rahmenbedingungen (E. 2.3.4) berücksichtigt. Allerdings ist gemäss BGE 145 V 361 von einer lege artis erfolgten medizinischen Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit, welche den massgebenden normativen Rahmenbedingungen entspricht, aus triftigen Gründen abzuweichen. Solche triftigen Gründe liegen vor, wenn die medizinisch-psychiatrische Annahme einer Arbeitsunfähigkeit letztlich, im Ergebnis, unter dem entscheidenden Gesichtswinkel von Konsistenz und materieller Beweislast der versicherten Person zu wenig gesichert ist und insofern nicht überzeugt (BGE 145 V 361 E. 4.3). Eine auf

Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation beruhende Leistungseinschränkung vermag praxisge mäss keine anspruchsbegründende Invalidität zu begründen (vgl. E. 2.3.3). 6.2.2

Dr. G.____ wies in seinem Gutachten mehrfach darauf hin, dass eine Aggravation nicht sicher habe ausgeschlossen werden können . Er berichtete von einer auffällig hohen Klagsamkeit sowie einer wenig ausführlichen und insgesamt wenig spezi fisch anmutenden Beschwerdeschilderung der Beschwerdeführerin (Urk. 6/151/

32). Die Neuropsychologinnen stellten erhebliche Diskrepanzen zwi schen den Testresultaten und dem beobachtbaren Verhalten fest und formulierten den Verdacht auf eine bewusste Vortäuschung oder vorgetäuschte Verstärkung von Gesundheitsstörungen. Da jedoch aufgrund der ausgeprägten negativen Ant wortverzerrungen auf der Befundlage keine positive Aussage über tatsächliche, authentische Symptome gemacht werden könne, sei die Frage der Simulation im vorliegenden Fall nicht entscheidbar

(E. 5.6.2).

Weiter hielt Dr. E.____ in seinem Gutachten fest, dass die Ergebnisse des d2-Tests (Aufmerksamkeits- und Belas tungstest) nicht verwertbar seien, weil sie in einer extremen Diskrepanz zu den objektiven Befunden stünden und damit nicht auf ein psychisches Leiden zurück zuführen seien. Auch durch die EFL ko nnte aufgrund der Selbstlimitierung und Inkonsistenzen keine zuverlässige Beurteilung der Leistungsfähigkeit erfolgen (E. 4).

Das Aufbautraining brach die Versicherte am 26. Februar 2016 unter Hinweis auf zunehmende Schmerzen ab ; die Eingliederungsbemühungen wurden schliesslich auf Wunsch der Beschwerdeführerin abgeschlossen (vgl. Sachverhalt). Dem Be richt C.____ vom 3. März 2016 (Urk. 6/67) lässt sich sodann entnehmen, dass die Beschwerdeführerin in der ersten Zeit Mühe gehabt habe, sich an das neue Arbeitsumfeld zu gewöhnen und sich auf das Arbeitstrai ning einzulassen. Ab Mitte Dezember sei ihr dies besser gelungen. Im neuen Jahr habe si e wieder vermehrt mit ihrer Situation und den Schmerzen gehadert. An der Standortbestimmung vom 14. Januar 2016 sei vereinbart worden, das Trai ning weiterzuführen und gleichzeitig die Möglichkeit einer Schmerztherapie oder eines Aufenthaltes in einer Schmerzlinik zu prüfen. Am 21. Januar 2016 habe sie den Casemanager informiert, dass sie sich entschlossen habe, die Massnahme abzubrechen. Als Gründe habe sie die vermehrten Schmerzen, die grössere An trieblosigkeit und das Umfeld in den Trainingsarbeitsplätzen angegeben. Ihr sei zu diesem Zeitpunkt auch bewusstgeworden , dass ihre Arthrose-Schmerzen zu künftig kaum verschwinden würden, sie damit leben müsse und sich vermehrt wieder sportlich betätigen müsse (Urk. 6/67/3). Die beiden Tests (Valpartest Problemlösen, Aufmerksamkeits-Belastungstest-D2-R) hätten nicht ausgewertet werden können, da die Resultate in einem sehr tiefen Bereich gelegen hätten und die Gründe hierfür nicht hätten eruiert werden können (Urk. 6/67 /4). Der Bericht enthält keine Hinweise darauf , dass die Beschwerdeführerin aufgrund einer Panikstörung an der Teilnahme am Arbeitstraining gehindert gewesen wäre. 6.3

A us Akten ergeben sich somit erhebliche Hinweise dafür , dass die von Dr. G.____ attestierte Leistungseinschränkung nicht primär durch die diagnostizierte psychi sche Störung , sondern durch Aggravation, begründet ist. Eine Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit im Sinne von Art. 6 und Art. 7 ATSG ist vor diesem Hinter grund nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt , was sich nach den Regeln über die

materielle Beweislast zuun gunsten der Beschwerdeführerin auswirkt . 6.4

Eine erneute Begutachtung ist nicht angezeigt, zumal sich die Hinweise auf eine Aggravation entgegen den Vorbringen der Beschwerdeführerin nicht lediglich aus der « verunglückte n» neuropsychologische n Begutachtung (Urk. 1 S.

9) ergeben. Daran vermag auch die Stellungnahme des behandelnden Psychiaters und der behandelnden Psychotherapeutin vom 5. Februar 2019 (Urk. 6/158, vgl. E. 5.8) nichts zu ändern. 7.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit zu 75 % und in einer leidensangepassten Tätigkeit gemäss näher beschriebenen Belastungsprofil (E. 4) zu 100 % arbeitsfähig ist. Die Beschwerdeführerin hat das Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin daher zu Recht abgelehnt, was zur Abweisung der Beschwerde führt . 8 .

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig . Die Kosten werden nach dem Verfahrensweg und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Ausgangsgemäss sind die Gerichtskosten in der Höhe von Fr. 800 .-- 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 zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Kurt Pfändler - 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 Der Gerichtsschreiber HurstHübscher

E. 8

. September 2017 Einwand (Urk. 6/128) . Alsdann reichte die Versicherte mit ihrer ergänzenden Einwandbegründung vom 16. Oktober 2017 (Urk. 6/134) die Stellungnahme von med. pract . B.____ vom 5. Oktober 2017 (Urk. 6/133) ein. Die IV-Stelle holte daraufhin das psychiatrisch-neuropsychologische Gutachten von Dr. med. G.____ , Facharzt

FMH Psychiatrie und Psychotherapie, H.____, MSc, Neuropsychologin DAS SVNP/FSP, zertifizierte SIM Gutachterin, und

dipl. psych. I.____, Fachpsychologin Neuropsychologie FSP, vom

2. August/ 10. Oktober 2018 ein (Urk. 6/151). RAD-Arzt dipl. med. J.____, Facharzt für Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in seiner Stellungnahme vom 2. November 2018 fest, dass bei der Beschwerdeführerin seit dem 15. November 2017 unverändert eine 50%ige Arbeitsfähigkeit gegeben sei (Urk. 6/160/5). Die Versicherte nahm am 12. Februar 2019 zu m

psychiatrischen-neuropsychologischen Gutachten Stellung (Urk. 6/157) und reichte mit ihrer Eingabe den Bericht von med. pract. B.____ und

K.____, eidg. anerkannte Psychotherapeutin, vom 5. Februar 2019 (Urk. 6/158) ein. Danach gelangte die IV-Stelle aufgrund einer Prüfung der bei der Versicherten vorhandenen Ressourcen zum Schluss, dass kein invalidenversicherungsrechtlich (iv)-relevanter Gesundheitsschaden vorliege (Urk. 6/160/8-

E. 9

). Zwar habe Dr. J.____ festgehalten, dass sie deutliche Zeichen der Dekonditionierung und Selbstlimitierung zeige. Allerdings habe er ihr deswegen keine Aggravation vorgeworfen, sondern im Gegenteil festgehalten, dass die psychischen Ressourcen bei ihrer einfachen Persönlichkeitsstruktur reduziert seien (Urk. 1 S. 8). Die Konsistenzprüfung der Beschwerdegegnerin stütze sich einzig auf die verunglückte neuropsychologische Begutachtung und stehe im Widerspruch zu sämtlichen medizinischen Beurteilungen inklusive derjenigen des RAD-Arztes. Aufgrund der medizinischen Beurteilungen sei eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen (Urk. 1 S. 9). Dies führe dazu, dass sie mindestens Anspruch auf eine halbe Invalidenrente habe (Urk. 1 S. 2). 2. 2.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). 2.2

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 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). 2.3

2.3.1

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 voraus (vgl. BGE 145 V

215 E. 5.1, 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 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 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG). 2 . 3.2

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

Das strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, die es - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits - erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C_590/2017 vom 15.

Februar 2018 E. 5.1). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

2.3.3

Rechtsprechungsgemäss liegt regelmässig kein versicherter Gesundheitsschaden vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation beruht. Dies trifft namentlich zu, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen oder Einschränkungen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird; demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken oder wenn schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin (BGE 141 V 281 E. 2.2.1, BGE 131 V 49 E. 1.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.1).

Eine auf Aggravation oder vergleichbaren Konstellationen beruhende Leistungseinschränkung vermag einen versicherten Gesundheitsschaden nicht leichthin auszuschliessen, sondern nur, wenn im Einzelfall Klarheit darüber besteht, dass nach plausibler ärztlicher Beurteilung die Anhaltspunkte für eine klar als solche ausgewiesene Aggravation eindeutig überwiegen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens zweifellos überschritten sind, ohne dass das aggravatorische Verhalten auf eine verselbständigte, krankheitswertige psychische Störung zurückzuführen wäre (vgl. BGE

143 V 418 E. 8.2; vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 6.1 und 9C_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.2).

Steht fest, dass eine anspruchsausschliessende Aggravation oder ähnliche Konstellation im Sinne der Rechtsprechung gegeben ist, erübrigt sich die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.2.2; Urteil des Bundesgerichts 9C_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.4). 2.3.4

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

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4). 2.4

Über das Zusammenwirken von Recht und Medizin bei der konkreten Rechtsanwendung hat sich das Bundesgericht verschiedentlich geäussert. Danach ist es sowohl den begutachtenden Ärzten als auch den Organen der Rechtsanwendung aufgegeben, die Arbeitsfähigkeit im Einzelfall mit Blick auf die normativ vorgegebenen Kriterien zu beurteilen. Die medizinischen Fachpersonen und die Organe der Rechtsanwendung prüfen die Arbeitsfähigkeit je aus ihrer Sicht. Bei der Abschätzung der Folgen aus den diagnostizierten gesundheitlichen Beeinträchtigungen nimmt zuerst der Arzt Stellung zur Arbeitsfähigkeit. Seine Einschätzung ist eine wichtige Grundlage für die anschliessende juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistung der versicherten Person noch zugemutet werden kann (BGE 141 V 281 E. 5.2.1).

Die Rechtsanwender prüfen die medizinischen Angaben frei insbesondere darauf hin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben und ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen. Es soll keine losgelöste juristische Parallelüberprüfung nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens stattfinden, sondern im Rahmen der Beweiswürdigung überprüft werden, ob die funktionellen Auswirkungen medizinisch anhand der Indikatoren schlüssig und widerspruchsfrei festgestellt wurden und so mit den normativen Vorgaben Rechnung tragen. Entscheidend bleibt letztlich immer die Frage der funktionellen Auswirkungen einer Störung, welche im Rahmen des Sozialversicherungsrechts abschliessend nur aus juristischer Sicht beantwortet werden kann. Nach BGE 141 V 281 kann somit der Beweis für eine lang an dauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt. Fehlt es daran, ist der Beweis nicht geleistet und nicht zu erbringen, was sich nach den Regeln über die (materielle)

Beweislast zuungunsten der rentenansprechenden Person auswirkt (BGE 144 V 50 E. 4.3).
2.5

2.5.1

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob er für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) ab gegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). 2.5.2

Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte (sogenannte Administrativgutachten) ist Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4; Urteil des Bundesgerichts 9C_823/2018 vom 11. Juni 2019 E. 2 mit Hinweisen). 2.5. 3

In Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten wie überhaupt von behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten ist auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftrags rechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc).

Wohl kann die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Behandlung oft wertvolle Erkenntnisse zeitigen; doch lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4) nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen bzw. Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die anderslautenden Einschätzungen wichtige - und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende - Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_677/2014 vom 29. Oktober 2014 E. 7.2 mit Hinweisen, u.a. auf SVR 2008 IV Nr. 15 S. 43 E. 2.2.1 [I 514/06]). 3.

3.1

Die Beschwerdeführerin macht zunächst eine Verletzung ihres Anspruchs auf rechtliches Gehör (Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung) geltend. Sie bringt dies bezüglich vor, dass die Beschwerdegegnerin zu Unrecht nicht auf den Bericht des behandelnden Psychiaters und der behandelnden Psychotherapeutin vom 5. Februar 2019 (Urk. 6/158) eingegangen sei. Zudem habe die Beschwerdegegnerin diesen Bericht dem RAD-Psychiater nicht zur Stellungnahme vorgelegt (E. 1.3). 3.2

Verfügungen der Versicherungsträger müssen, wenn sie den Begehren der Parteien nicht voll entsprechen, eine Begründung enthalten, das heisst eine Darstellung des vom Versicherungsträger als relevant erachteten Sachverhaltes und der rechtlichen Erwägungen (Art. 49 Abs. 3 Satz 2 ATSG). Die Begründung eines Entscheides muss so abgefasst sein, dass die betroffene Person ihn gegebenenfalls anfechten kann. Dies ist nur dann möglich, wenn sowohl sie als auch die Rechtsmittelinstanz sich über die Tragweite des Entscheids

ein Bild machen können. In diesem Sinne müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich der Versicherungsträger leiten liess und auf welche sich der Entscheid stützt. Dies bedeutet indessen nicht, dass sich die Verwaltung ausdrücklich mit jeder tatbestandlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinandersetzen muss; vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken (BGE 126 V 75 E. 5b/ dd mit Hinweis, 118 V 56 E. 5b). Der Mangel eines nicht oder nur ungenügend begründeten Entscheides kann gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung im Rechtsmittelverfahren geheilt werden, sofern die fehlende Begründung in der Vernehmlassung der entscheidenden Behörde zum Rechtsmittel enthalten ist oder den beschwerdeführenden Parteien auf andere Weise zur Kenntnis gebracht wird, diese dazu Stellung nehmen können und der Rechtsmittelinstanz volle Kognition zukommt (BGE 107 Ia 1). Gemäss der Rechtsprechung des Bundesgerichts kann es jedoch nicht der Sinn des durch die Rechtsprechung geschaffenen Instituts der Heilung des rechtlichen Gehörs sein, dass Versicherungsträger sich über den elementaren Grundsatz des rechtlichen Gehörs hinwegsetzen und darauf vertrauen, dass solche Verfahrensmängel in einem vom durch den Verwaltungsakt Betroffenen allfällig angehenden Gerichtsverfahren behoben würden. Der Umstand, dass eine solche Heilungsmöglichkeit besteht, rechtfertigt es demnach nicht, auf die Anhörung des Betroffenen vor Erlass eines Entscheides zu verzichten. Denn die nachträgliche Gewährung des rechtlichen Gehörs bildet häufig nur einen unvollkommenen Ersatz für eine unterlassene vorgängige Anhörung. Abgesehen davon, dass ihr dadurch eine Instanz verloren gehen kann, wird der betroffenen Person zugemutet, zur Verwirklichung ihrer Mitwirkungsrechte ein Rechtsmittel zu ergreifen. Von der Rückweisung der Sache zur Gewährung des rechtlichen Gehörs an die Verwaltung ist nach dem Grundsatz der Verfahrensökonomie dann abzusehen, wenn dieses Vorgehen zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem gleichlaufenden und der Anhörung gleichgestellten Interesse der versicherten Person an einer möglichst beförderlichen Beurteilung ihres Anspruchs nicht zu vereinbaren sind (BGE 120 V 357 E.

2b, 116 V 182 E. 3c und d). 3.3

Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin war die Beschwerdegegnerin nicht verpflichtet, die erneute Stellungnahme des behandelnden Psychiaters dem RAD vorzulegen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_286/2017 vom 19. Juni 2017 E. 5.2 und 9C_858/2014 vom 3.

September 2015 E. 3.3). Dass in der angefochtenen Verfügung nicht darauf eingegangen wird, trifft zwar zu. Aus der Begründung der Verfügung und dem - der Beschwerdeführerin vorliegenden - Feststellungsblatt (Urk. 3) geht jedoch hervor, dass die Beschwerdegegnerin den Bericht zur Kenntnis genommen und zum Schluss gekommen ist,

dass der Bericht an ihrer Einschätzung nichts zu ändern vermöge. Sodann war es der Beschwerdeführerin auch ohne weiteres möglich, die Verfügung sachgerecht anzufechten. Sie stellt denn auch nicht den Antrag, die Verfügung sei aus formellen Gründen aufzuheben. Soweit dennoch eine Verletzung des Gehörsanspruchs zu bejahen wäre, hätte diese als im vorliegenden Verfahren vor dem mit voller Kognition ausgestatteten Sozialversicherungsgericht (Art. 61 lit. c und d ATSG) als geheilt zu

gelten (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_420/2018 vom 13. März 2019 E.

5.2.2 f.). 4.

Aus somatischer Sicht wurden im interdisziplinären Gutachten von Dr. F.____ und Dr. E.____ vom 20. April 2017 (Urk. 6/117) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt: (1) Chronisches zervikovertebrales - spondylogenes und - zephalos Syndrom, myofaszial betont, degenerative Veränderungen der unteren Halswirbelsäule, chronifiziert und verstärkt im Rahmen der psychiatrischen Diagnosen; (2) Periarthropathia

humeroscapularis

tendopathica links, Im pingsentsymptomatik, Status nach zweimaliger subacromialer Infiltration; (3) Chronisches lumbovertebrales bis - spondylogenes Syndrom, Status nach Diskushernienoperation L4/L5 mit sensiblem Restsyndrom L4, Spondylarthrosen L3 bis S1, Status. Aktivierungen links, Wirbelsäulenfehlform und Dekonditionierung. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestehe - neben dem von Dr. E.____ diagnostizierten schädlichen Alkoholgebrauch - eine Adipositas II (BMI 36.2 kg/m²) sowie der Verdacht auf ein metabolisches Syndrom (Urk. 6/117/14 f.).

Im Zeitpunkt der Untersuchung sei gerade eine akute Schmerzepisode im Nacken-/Schulterbereich beschrieben worden. In Bezug auf auslösende Alltagsaktivitäten hätten keine differenzierten Angaben gemacht werden können, ausser dass häufig nächtliche Schmerzen im linken Arm bestünden. Im Bereich der Lendenwirbelsäule bestünden eher differenzierte Beschwerden mit Besserung durch Bewegungen und Umhergehen. Die Beweglichkeit sei im Bereich der Halswirbelsäule wenig, im Bereich der Lendenwirbelsäule mässig eingeschränkt, ohne Hinweise auf ein radikuläres Reiz- oder Ausfallsyndrom. In radiologischer Hinsicht bestünden teilweise aktivierte Spondylarthrosen von L3 bis S1 und eine Diskopathie vom Modic Typ 2 auf Höhe von L5/S1, jedoch keine Nervenwurzelkompression, enger Spinalkanal oder spezifische entzündliche Veränderungen. Im Bereich der Halswirbelsäule bestünden degenerative Veränderungen von C5 bis C7. Das Schädel-MRI habe als Zufallsbefund eine am ehesten als Teleangiektasie vermutete Veränderung ergeben (Urk. 6/117/13).

Den Schlussfolgerungen aus der Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) lässt sich entnehmen, dass in Bezug auf die angestammte Tätigkeit keine arbeitsrelevanten Probleme hätten objektiviert werden können. Gemäss der gezeigten Leistung erfülle die Klientin die Anforderungen bezüglich Gewichtsbelastungen sowie der vorkommenden Haltungen und Bewegungen. Das Arbeiten über Schulterhöhe könne aufgrund der Selbstlimitierung jedoch nicht abschliessend beurteilt werden. Bei der EFL habe die Klientin ein gewisses Schmerz- und Schonverhalten gezeigt. Sie habe mehrere Tests unter Angabe von Schmerzen in der linken Schulter und in der Lendenwirbelsäule abgebrochen. Die Leistungsbereitschaft werde als fraglich beurteilt; die Konsistenz bei den Tests sei mässig gewesen. Eine mindestens mittelschwere Arbeit (mit Gewichtsbelastungen bis 20 kg) sei ganztags zumutbar. Aufgrund der Selbstlimitierung und Inkonsistenzen bei mehreren Tests könne die Zumutbarkeit nicht abschliessend beurteilt werden; dies müsse medizinisch-theoretisch erfolgen (Urk. 6/117/15).

Dr. F.____ attestierte der Beschwerdeführerin aus rein rheumatologisch-orthopädischer Sicht, unter Berücksichtigung der objektivierbaren Befunde und

eines vermehrten Pausenbedarfs, eine Arbeitsfähigkeit von 75 % in der angestammten Tätigkeit. In einer angepassten Tätigkeit (höchstens mittelschwer und unter Berücksichtigung der maximalen Belastungsgrenzen gemäss EFL sowie mit möglichen

Wechsel zwischen Gehen/Stehen und Sitzen, nur seltenen mit der rechten Hand ausgeübten Überkopfarbeiten und leichtem Hantieren von Lasten über Schulterhöhe beidhändig) bestehe eine ganztägige Arbeitsfähigkeit (Urk. 6/117/16). 5.

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