

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00546 vom 20. August 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-08-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2012.00546

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00546 du 20 août 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00546 del 20 agosto 2013

Erwägungen

E. 1

X.____ ,

geboren 1960, zuletzt seit Mai 2002 als selbständige Schneiderin im Y.____

tätig (Urk. 7/2 Ziff. 5.4 , Urk. 7/11) , stürzte am 29. Dezember 2008 eine Holzterappe hinunter, wobei sie sich eine distale Radiusfraktur am linken Handgelenk zuzog (vgl. Schadenmeldung Urk.

7/16 /4

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts; ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung; IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

Die Rente der Invalidenversicherung ist grundsätzlich eine Erwerbsausfall-Versicherungsleistung. Versichert ist nicht der Gesundheitsschaden an sich, sondern der durch den Gesundheitsschaden verursachte Verlust der Erwerbsmöglichkeit (Art. 1a lit. b IVG; Art. 7 Abs. 1, Art. 8 Abs. 1 ATSG). Umgekehrt deckt die Invalidenversicherung nur diejenigen Erwerbsverluste ab, die durch Gesundheitsbeeinträchtigungen verursacht sind, nicht Einbussen, die auf andere Gründe (z.B. wirtschaftliche, persönliche usw.) zurückzuführen sind. Der Invaliditätsgrad wird deshalb bei Erwerbstätigen so bestimmt, dass das Einkommen, welches die versicherte Person ohne Gesundheitsbeeinträchtigung erzielen könnte, demjenigen Einkommen gegenübergestellt wird, das sie nach Eintritt des Gesundheitsschadens erzielt bzw. bei zumutbarer Tätigkeit erzielen könnte (Art. 16 ATSG; Art. 28a Abs. 1 IVG). Die Erwerbsinvalidität hängt somit nicht von der Einbusse des mutmasslichen Potenzials beziehungsweise des funktionellen Leistungsvermögens als solchem ab, sondern von der effektiven, gesundheitlich bedingten Einbusse im

Erwerbseinkommen. Nützte der Versicherte im Gesundheitsfall sein wirtschaftliches Potenzial nicht voll aus, so ist dieser nicht verwertete Teil der Erwerbsfähigkeit nicht versichert. Denn wenn jemand vor Eintritt des Gesundheitsschadens aus gesundheitsfremden Gründen nur ein sehr geringes, nicht existenzsicherndes Einkommen erzielt hat und nach Eintritt des Gesundheitsschadens immer noch ein Einkommen in unveränderter Höhe erzielen könnte, so ist nicht der Gesundheitsschaden ursächlich für eine allfällige tatsächliche Einkommenseinbusse; kausal sind vielmehr die (nicht bei der Invalidenversicherung versicherten) wirtschaftlichen oder persönlichen Umstände, die bereits beim Gesunden die Erzielung eines höheren Einkommens verhindert haben (BGE 135 V 58 E. 3.4.1).

Die bundesgerichtliche Rechtsprechung schliesst nicht aus, dass auch bei Erwerbstätigen unter Umständen nicht auf das zuletzt erzielte Einkommen ab gestellt wird. Das trifft bei selbstständig Erwerbenden dann zu, wenn aufgrund der Umstände mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist, dass die versicherte Person im Gesundheitsfall ihre nicht einträgliche selbstständige Tätigkeit aufgegeben und eine besser entlohnte andere Tätigkeit angenommen hätte, oder dann, wenn die vor der Gesundheitsbeeinträchtigung ausgeübte selbstständige Tätigkeit wegen ihrer kurzen Dauer keine genügende Grundlage für die Bestimmung des Valideneinkommens darstellt, zumal in den ersten Jahren nach Aufnahme der selbstständigen Erwerbstätigkeit üblicherweise aus verschiedenen Gründen (hohe Abschreibungsquote auf Neuinvestitionen etc.) die Betriebsgewinne gering sind. Wenn sich hingegen die versicherte Person, auch als ihre Arbeitsfähigkeit noch nicht beeinträchtigt war, über mehrere Jahre hinweg mit einem bescheidenen Einkommen aus selbstständiger Erwerbstätigkeit begnügt hat, ist dieses für die Festlegung des Valideneinkommens massgebend, selbst wenn besser entlohnte Erwerbsmöglichkeiten bestanden hätten. Das gilt auch dann, wenn beim Invalideneinkommen dem Versicherten aufgrund der Schadenminderungspflicht zugemutet wird, in eine einträglichere unselbstständige Tätigkeit zu wechseln (BGE 135 V 58 E. 3.4.6).

E. 1.3

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid (Art. 8 ATSG) sind.

Die seit dem 1. Januar 2004 massgeblichen Rentenabstufungen geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 1.4

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 261 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorak ten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtend und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

E. 1.014

x 1.013 x 1.020 x

E. 1.019

).

E. 2

Gegen die Verfügung vom 4. April 2012 (Urk. 2) erhob die Versicherte am 15.

Mai 2012 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte die Ausrichtung einer Invalidenrente (S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 20. Juni 2012 (Urk. 6) beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde, was der Versicherten am 2. Juli 2012 (Urk. 8) zur Kenntnis gebracht wurde. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die leistungsverneinende Verfügung vom April 2012 (Urk. 2) wie folgt:

Ab dem 28. Dezember 2008 habe sowohl in der angestammten wie auch in einer angepassten Tätigkeit keine Arbeitsfähigkeit mehr bestanden. Ab 1. Januar 2010 habe sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin soweit verbessert, dass die angestammte Tätigkeit zu 65 % und eine angepasste Tätigkeit zu 100 % zumutbar gewesen seien. Aufgrund der gesamten Geschäftssituation sei es der Beschwerdeführerin zumutbar, das Geschäft aufzugeben, um die Restarbeitsfähigkeit in einer der Behindertengerechten angepassten Tätigkeit zum Beispiel

mit Kontroll- und Überwachungsaufgaben zu verwerten. Da sie aus der selbständigen Tätigkeit über die Jahre hinweg kein existenzsicherndes Einkommen habe erwirtschaften können, sei zur Berechnung des Valideneinkommens auf die Tabellenlöhne zurückzugreifen. Unter Berücksichtigung eines Leidensabzuges von 20 % resultiere ein Invaliditätsgrad von 5

%, womit kein Anspruch auf eine Rente bestehe (S. 1 f.).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin stellte sich in ihrer Beschwerde vom Mai 2012 (Urk. 1) auf den Standpunkt, der orthopädische Teilgutachter des Z. ___ habe den Umstand, dass sie nach 15 Jahren in der Schweiz noch einen Dolmetscher benötige, negativ bewertet, weshalb er

befangen erscheine und auf seine orthopädische Beurteilung nicht abgestellt werden könne (S. 5 Ziff. 3). Abgesehen davon hätten sich aus dem orthopädischen Teilgutachten erhebliche Befunde mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ergeben und die Beschwerdeführerin hätte den Beginn der Wartefrist auf den 28. Oktober 2008 festlegen müssen und nicht auf das spätere Unfalldatum Ende Dezember 2008 (S. 5 f. Ziff. 4). Zudem sei nicht nachvollziehbar, dass sie ab Januar 2010 in ihrer angestammten Tätigkeit als Schneiderin zu 6

E. 5

% und in einer angepassten Tätigkeit zu 100

% arbeitsfähig sein solle, zumal der MRT-Befund vom 14. Dezember 2009 weit aus gravierender gewesen sei, als vom orthopädischen Teilgutachter des Z. ___ dargestellt (S. 6 f. Ziff. 5). Auch habe dieser bezüglich der Knie nur Verdachtsdiagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit genannt, obwohl im Nachhinein erhebliche Befunde hätten festgestellt werden können (S.

E. 5.1

Es sind nunmehr die erwerblichen Einschränkungen aufgrund des Einkommensvergleiches zu ermitteln.

E. 5.2

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 129 V 222 E. 4.3.1 S. 224 mit Hinweisen).

E. 5.3

Für den Einkommensvergleich ist grundsätzlich auf die Gegebenheiten im Zeitpunkt des (hypothetischen) Rentenbeginns

abzustellen (BGE 128 V 174, BGE 129 V 222).

Gestützt auf die obigen Ausführungen (vorstehend E. 4.4) ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin seit Oktober 2008 in der angestammten Tätigkeit als Schneiderin eingeschränkt war, womit die einjährige Wartefrist gemäss Art.

28 Abs. 1 lit. b IVG Ende September 2009 endete und der (hypothetische) Rentenbeginn per 1. Oktober 2009 festzusetzen ist.

Als hypothetisches Valideneinkommen (vorstehend E. 5.2) gilt das Einkommen, das die Beschwerdeführerin erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre. Massgebend ist, was die Beschwerdeführerin als Gesunde bei sonst gleicher Situation tatsächlich erzielen würde, und nicht, was sie bestenfalls verdienen könnte. Ist aufgrund der Umstände des Einzelfalles anzunehmen, dass sie sich als Gesunde voraussichtlich dauernd mit einer bescheidenen Erwerbstätigkeit begnügen würde, so ist darauf abzustellen, auch wenn sie an sich besser entlohnte Erwerbsmöglichkeiten hätte (ZAK 1992 S. 92 E. 4a; Urteil M. vom

4.

April 2002, I 696/01, E. 4a).

Vorliegend hat die Beschwerdeführerin

fast sieben Jahre lang eine selbstständige Erwerbstätigkeit ausgeübt. Darin liegt keine kurze Dauer im Sinne der Rechtsprechung. Es bestehen auch sonst keinerlei Anzeichen oder Anhaltspunkte dafür, dass sie ohne die gesundheitliche Beeinträchtigung ihre selbstständige Tätigkeit als Schneiderin

zugunsten einer besser entlohnten Tätigkeit aufgegeben hätte. Nach allgemeiner Lebenserfahrung wäre sie im Gesundheitsfall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in der bisherigen Tätigkeit verblieben. Es besteht deshalb kein Grund, das aus wirtschaftlichen Gründen unterdurchschnittliche Valideneinkommen auf einen durchschnittlichen Tabell

entlohn auf zurechnen (vorstehend E. 12, Urteil des Bundesgerichts 9C_560/2008 vom 12.

Dezember 2008 sowie I 575/00 vom 9. Mai 2001 E. 3).

Nicht abgestellt werden kann auf die von der Beschwerdeführerin im Rahmen der Anmeldung zum Leistungsbezug bei der Invalidenversicherung (Urk. 7/2 Ziff. 5.4) und auch im Arbeitgeberbericht (Urk. 7/11 Ziff. 2.1.1) gemachten Angaben, wonach sie angeblich seit 2002 als selbstständige Schneiderin ein Bruttoeinkommen von Fr. 60'000.-- respektive Fr. 65'000.-- erzielt habe. Weder ist ein Einkommen in dieser Höhe belegt, noch erscheint es mit Blick auf die Akten (insbesondere Betriebsrechnung vgl. Urk. 7/30) wahrscheinlich, zumal die Beschwerdeführerin gemäss IK-Auszug (Urk. 7/10) als Selbständigerwerbende in den Jahren 2002 bis 2007 Ganzjahres einkommen von minimal Fr. 8'307.-- und von maximal Fr. 16'300.-- im Jahr 2005 erwirtschaftete.

Angesichts der in Art. 25 Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vorgesehenen Gleichstellung der invalidenversicherungsrechtlich massgebenden hypothetischen Vergleichseinkommen mit den AHV-rechtlich beitragspflichtigen Erwerbseinkommen kann das Valideneinkommen von Selbstständigerwerbenden zumeist auf Grund der Einträge im individuellen Konto bestimmt werden.

Selbst wenn man vom höchsten je abgerechneten Verdienst von Fr. 16'300.-- im Jahre 2005 ausgeht und diesen der Nominallohnentwicklung bis ins Jahr 2009 (Die Volkswirtschaft 6-2012, S. 95 Tabelle B 10.2, lit. M-O) anpasst,

resultiert lediglich ein Valideneinkommen von rund Fr. 17'402.-- (Fr.

16'300.-- x

E. 5.4

Nach der Rechtsprechung hat auch eine selbstständig erwerbende Person aus der Sicht der Invalidenversicherung unter bestimmten Voraussetzungen ihren Betrieb aufzugeben. Auf Grund der einer versicherten Person obliegenden Schadenminderungspflicht kann die Aufnahme einer unselbstständigen Erwerbstätigkeit als zumutbar erscheinen, wenn davon eine bessere erwerbliche Verwertung der Arbeitsfähigkeit erwartet werden kann und der berufliche Wechsel unter Berücksichtigung der gesamten Umstände (Alter, Aktivitätsdauer, Ausbildung, Art der bisherigen Tätigkeit, persönliche Lebensumstände) als zumutbar erscheint (Urteil des Bundesgerichts I 38/06 E. 3.2 mit Hinweisen; vgl. auch BGE 135 V 58

E. 3.4.6 in fine).

Neben der noch langen, verbleibenden Aktivitätsdauer der Beschwerdeführerin fällt vor allem der Umstand ins Gewicht, dass bei Aufnahme einer angepassten unselbständigen Erwerbstätigkeit im Vergleich zum unrentablen Schneidereibe trieb eine bessere erwerbliche Verwertung des Restleistungsvermögens zu erwarten ist. Zudem war die Beschwerdeführerin bereits vor Übernahme des Ladens im Jahre 2002 mehrere Jahre als angestellte Hilfsarbeiterin tätig (vgl. IK-Auszug; Urk. 7/10, Urk. 7/11 Ziff. 2.7-8) . Unter diesen Umständen ist der Wechsel in ein Anstellungsverhältnis zumutbar.

E. 5.5

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzieltetes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 126 V 75 f. E. 3b/ aa und bb , vgl. auch BGE 129 V 472 E. 4.2.1). Für die Invaliditätsbemessung wird praxisgemäss auf die standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) abgestellt (BGE 129 V 472 E.

4.2.1 mit Hinweis), wobei jeweils vom so genannten Zentralwert (Median) auszugehen ist. Bei der Anwendung der Tabellengruppe A gilt es ausserdem zu berücksichtigen, dass ihr generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zugrunde liegt, welcher Wert etwas tiefer ist als die seit 2008 betriebsübliche durchschnittliche Arbeitszeit von wöchentlich 41.6 Stunden (Die Volkswirtschaft 12-2011 S. 98 Tabelle B9.2; BGE 129 V 472 E. 4.3.2, 126 V 75 f. E. 3b/ bb , 124 V 321 E. 3b/ aa ; AHI 2000 S. 81 E. 2a).

E. 5.6

Gemäss LSE belief sich der durchschnittliche Lohn von Frauen für alle einfachen und repetitiven Tätigkeiten im Jahr 2008 auf Fr. 4'116.-- (LSE 2008, S. 26, Tabelle

TA1, Total, Niveau 4). Dies ergibt bei einer durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von 41.6 Stunden (Die Volkswirtschaft 1/2-2013 , S. 94 Tabelle B 9.2, Total) und der Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung von 2.1 % im Jahr 2009 (Die Volkswirtschaft 6 -2012, S. 95 Tabelle B 10.2, Nominal Total) sowie bei dem ab Juli 2009 möglichen 60

% Pensum ein Invalideneinkommen von rund Fr. 31'468.-- im Jahr 2009 (Fr. 4'116.-- : 40 x 41.6 x 12 x 1.021 x 0.6).

E. 5.7

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Mit dem sogenannten Leidensabzug wurde ursprünglich berücksichtigt, dass versicherte Personen, welche in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten und nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nurmehr beschränkt einsatzfähig sind, in der Regel das entsprechende durchschnittliche Lohnniveau gesunder Hilfsarbeiter nicht erreichen. Der ursprünglich nur bei Schwerarbeitern zugelassene Abzug entwickelte sich in der Folge zu einem allgemeinen behinderungsbedingten Abzug, wobei die Rechtsprechung dem Umstand Rechnung trug, dass auch weitere persönliche und berufliche Merkmale der

versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben können. Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75). Dabei ist zu beachten, dass allfällige bereits bei der Parallelisierung der Vergleichseinkommen mitverantwortliche invaliditätsfremde Faktoren im Rahmen des sogenannten Leidensabzuges nicht nochmals berücksichtigt werden dürfen (BGE 134 V 322 E. 5.2).

Der von der Beschwerdegegnerin gewährte leidensbedingte Abzug vom Tabellenlohn von 20 % trägt den persönlichen Umständen der Beschwerdeführerin angemessene Rechnung. Gründe, die einen höheren Abzug rechtfertigen könnten, wurden nicht geltend gemacht und sind auch nicht ersichtlich.

E. 5.8

Unter Berücksichtigung eines Abzuges von 20 % ergibt sich ein Invalideneinkommen in der Höhe von rund Fr. 25'174.-- (Fr. 31'468.-- x 0.8). Bei einem Valideneinkommen von lediglich Fr. 17'402.-- resultiert keine Einkommenseinbusse und es resultiert daher auch kein rentenbegründender Invaliditätsgrad, selbst bei Gewährung eines maximal möglichen Abzuges von 25 %. Eine weitere Prüfung, wie es sich mit dem möglichen Arbeitspensum von 100 % in angepasster Tätigkeit ab Januar 2010 verhält, erübrigt sich.

Die angefochtene Verfügung erweist sich somit als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 6.

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. 1'000.-- 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. 1'000.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dominique Chopard - 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
BB/CS/MP
versandt

E. 7

Ziff. 6). Das psychiatrische Teilgutachten des Z.____ habe zudem ausser Acht gelassen, dass sie seit rund einem Jahr zweimal monatlich in psychiatrischer Behandlung sei. Ein entsprechender Bericht sei nicht eingefordert worden, und die Schlussfolgerungen seien nicht nachvollziehbar (S. 8 f. Ziff. 7). Im Übrigen sei ihr nicht zuzumuten, ihren im Aufbau befindlichen Betrieb aufzugeben (S. 9 Ziff. 8). 3. 3.1

Der behandelnde Hausarzt Dr. med.

A.____, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, diagnostizierte in seinem Bericht vom 15. Dezember 2008 (Urk. 7/5/5) eine Tarsalgie rechts, ein chronisches Lumbovertebralsyndrom sowie eine Adipositas.

Dr. A.____ führte aus, seit dem 23. Oktober 2008 bestehe in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %, da die Beschwerdeführerin an starken belastungsabhängigen und den Gang behindernden Schmerzen an der rechten Ferse leide (vgl. Urk. 7/1).

In seinem Bericht vom 23. Juli 2009 (Urk. 7/14) stellte Dr. A.____ folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - Ganzkörperschmerzsyndrom - Lumbalgie seit Jahren, heute Panvertebralsyndrom - Tarsalgie beidseits - Gonarthrosen - Adipositas - Status nach Radiusfraktur links Dezember 2008, operiert, leichter Sudeck

Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine mittelgradige beidseitige sensoneurale

Schwerhörigkeit.

Die Beschwerdeführerin sei seit 1995 bei ihm in Behandlung, wobei die letzte Kontrolle am 23. Juli 2009 erfolgt sei (Ziff. 1.2).

Seit dem 23. Oktober 2008 bestehe in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Näherin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Ziff. 1.6). Die bisherige Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin aus medizinischer Sicht nicht mehr zumutbar (Ziff. 1.7). Die Beschwerdeführerin sehe nicht, wie sie eine Arbeit aufnehmen könnte, so lange die Schmerzen weiterbeständen (Ziff. 1.9). Eine wechselbelastende Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin noch im Umfang von 5 Stunden pro Tag zumutbar

(Ziff. 3). 3. 2

Die Ärzte des Spitals

B.____ nannten in ihrem nach Hospitalisation der Beschwerdeführerin vom 6. bis 8. Januar 2009 verfassten provisorischen

Aus trittsbericht vom 8. Januar 2009 (Urk. 7/ 5/4 = Urk. 7/16/34) als Diagnose eine distale Radiusfraktur links. Die Operation (offene Reposition und palmare

Plat tenosteosynthese) sei am 6. Januar 2009 erfolgt (vgl. Urk.

7/15/2-3) . Der Verlauf sei komplikationslos gewesen , und es habe sich eine regelrechte Röntgenkon trolle gezeigt. Die Beschwerdeführerin sei am 8.

Januar 2009 in gutem Allge meinzustand und mit reizlosen Wundverhältnissen nach Hause entlassen wor den.

I n ihrem Kurzbericht vom 6. April 2009 (Urk. 7/16/27-28) diagnostizierten die Ärzte des Spitals B.____ ein komplexes regionales Schmerzsyndrom (CRPS) bei distaler Radiusfraktur und palmarer Plattenosteosynthese vom 6. Januar 2009. Es werde eine erneute Predison - und Micalcicbehandlung durchgeführt. Vom 29. Dezember 2008 bis 1. Mai 2009 sei die Beschwerdeführerin in ihrer zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Schneiderin zu 100 % arbeitsunfähig (S. 1).

Am

18 . Juni

2009 (Urk. 7/16/13-14) berichteten die Ärzte des Spitals B.____ , dass sich die Beschwerdeführerin sehr leidend gegeben habe (S. 1). Trotz intensiver medikamentöser sowie physiotherapeutischer Behandlung sei es subjektiv nahezu zu keiner Verbesserung gekommen. Objektiv habe der Bewegungsum fang verbessert werden können, und auch die rad iologische Kontrolle zeige eine zumindest stabile Osteopenie . Ob diese Osteopenie im Sinne einer Entlastungs osteopenie zu qualifizieren oder wirklich einem CRPS zuzuordnen sei, sei schwierig zu sagen. Ab dem 22. Juni 2009 sei ein Arbeitsversuch mit einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit festgelegt worden. Es werde um eine s econd

opinion gebeten (S. 2).

Am 5. August 2009 (Urk. 7/16/4-5 = Urk. 7/18/19-20) führten die Ärzte des Spitals B.____ aus, ein Arbeitsversuch mit einem Pensum von 50 % sei geschei tert und die Arbeitsunfähigkeit müsse auf 75 % hochgestuft werden (S. 1 unten).

Nach am 1. Oktober 2009 erfolgter Metallentfernung berichteten die Ärzte des Spitals B.____ am 6. Januar 2010 (Urk. 7/22/14-15), die Beschwerdeführerin habe bei der ersten Verlaufskontrolle eine massive Besserung der Schmerzsymptoma tik angegeben. Nun habe sie jedoch wieder mehr Sc hmerzen bei Belastung (S.

1). Das Arthro -MRI des linken Handgelenks vom 14. Dezember 2009 (vgl. Urk. 7/22/18) habe eine deutliche posttraumatische Arthrose insbesondere im Bereich des Radius gezeigt sowie unter anderem eine deutliche Überlänge der Ulna mit Sklerosierung des Triquetrum . Das Röntgen des Handgelenks links vom 5. Januar 2010 (vgl. Urk. 7/22/17) habe eine knöchern konsolidierte Fraktur in guter Stellung gezeigt und einen prominenten Gelenkspalt zwischen Radius und Scaphoid . Hier finde sich keine scapholunäre

Dissoziation. Vom 1.

Januar 2009 bis 28. Februar 2010 sei die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsunfähig (S. 2).

Am 9. Februar 2010 (Urk. 7/22/11-13) stellten die Ärzte des Spitals B.____ folgende Diagnosen: - ulnares

Impaktionssyndrom bei Überlänge der distalen Ulna links mit Belastungsschmerzen - Status nach palmarer Plattenosteosynthese einer distalen intraartikulären Radiusfraktur links vom 6. Januar 2009, im Verlauf Auftreten eines CRPS I, - Osteosynthese-Materialentfernung vom 1. Oktober 2009 (vgl. Urk.

7/22/19-20) - aktuell ausgeprägte Kettentendinose der oberen Extremität (beidseitig mit Linksbetonung - Adipositas

Die ulnaren Schmerzen der Beschwerdeführerin seien reproduzierbar und auch in der Lokalisation präzise. Die belastungsabhängigen Schmerzen radiopalmar auf Höhe des radiokarpalen Gelenkes dürften am ehesten auf der dortigen Knorpelläsion beruhen, im Sinne einer posttraumatischen Arthrose. Die ulnaren Schmerzen seien als ulnares

Impaktionssyndrom eindeutig provozierbar und korrelierten ebenfalls mit den Röntgen respektive MRI-Befunden. Angesichts der Gesamtsituation mit den multipelsten Schmerzpunkten und gesamthaft leidender Beschwerdeführerin sei es fraglich, in wie weit sie von einer Ulna-Verkürzungsgosteomie profitieren würde. Eine wesentliche Verbesserung des gesamten Zustandsbildes ergäbe sich durch diese Operation kaum. Der Beschwerdeführerin sei zu einer lokalen Depot-Steroidinjektion geraten worden (S. 2).

In ihrem Bericht vom 10. März 2010 (Urk. 7/22/9-10) ergänzten die Ärzte des Spitals B.____ die einen Monat zuvor gestellten Diagnosen um ein generalisiertes Schmerzsyndrom im Nacken- / Schulter-Armbereich beidseits mit Ausbildung einer beidseitigen Kettentendinose und den Verdacht auf eine depressive Entwicklung.

Die Beschwerdeführerin sei durch die Steroid-Injektion in das linke Handgelenk deutlich beschwerdeärmer geworden und habe weniger Belastungsschmerzen. Im Vordergrund stünden für die Beschwerdeführerin aktuell diverse Schmerzpunkte an der oberen Extremität beidseitig, welche nach ihren Angaben vom Nacken ausgingen. Die Beschwerdeführerin sei in der C.____ in Behandlung und werde dort auch noch weiter abgeklärt.

Von Seiten der Radiusfraktur links sei ein Endzustand erreicht. Trotz intraartikulärer Fraktur habe ein gutes anatomisches Resultat erreicht werden können, wie es auch die bildgebenden Untersuchungen vom Dezember 2009 bestätigt hätten (S. 1).

Von Seiten des linken Handgelenkes sei leichtere manuelle Arbeit zumutbar und sicherlich ohne Gefährdung der Gesundheit möglich, auch wenn dies im Rahmen der Gesamtsituation nicht beschwerdefrei möglich sein werde (S. 2). 3.3

Dr. med. D.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, führte in seinem Bericht vom 7. April 2009 (Urk. 7/5/1

=

Urk. 7/9/6) aus, die Beschwerdeführerin habe sich wegen seit 4 bis 5 Jahren anhaltenden Schmerzproblemen in beiden Fersen gemeldet und klage täglich über die typische Fersensporenproblematik mit morgendlichem Anlaufschmerz, aber auch Schmerzen nachts so wie über Schwellungen der beiden oberen Sprunggelenke abends. Sie arbeite theoretisch als Schneiderin in einer Grossschneiderei in E.____, wo sie offensichtlich körperlich gefordert werde. Seit etwa Januar dieses Jahres sei sie aber nach einem Unfall

mit Osteosynthese am linken Handgelenk zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben. Es habe sich eine deutlich übergewichtige Patientin mit einem kleinschrittigen, schwer fälligen Gangbild gezeigt. Sie habe bereits s Einlagen, welche sie konsequent tragen solle. Dr. D.____ führte aus, er habe sich geweigert, der Beschwerdeführerin wegen dieser Fersensporenproblematik eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit zu attestieren, welche sie ja ohnehin von der Osteosynthese her an der Hand habe.

Gemäss Kontrollkarte für die Arbeitsunfähigkeit zuhanden des Krankentaggeldversicherers attestierte Dr. D.____ der Beschwerdeführerin ab 7.

April 2009 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit und ab 1. Mai 2009 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (vgl. Urk. 7/12/19). 3.4

Am 17. Juni 2009 erstattete Dr. med. F.____, Facharzt FMH für Innere Medizin und für Rheumatologie, das vom Krankentaggeldversicherer veranlasste Gutachten (Urk. 7/12/3-15). Er stellte folgende Diagnosen (S. 5 f. Ziff. 4): - Ganzkörperschmerzsyndrom mit inkonsistenten Tenderpoints, nicht einer echten Fibromyalgie entsprechend, bei ebenfalls fehlenden Begleitsymptomen - objektiviert cervikale degenerative Osteochondrose mittleren Grades C5/C6 - leichte rechtskonvexe Brustwirbelsäulen / Lendenwirbelsäulen - Skoliose, mini male lumbale Spondylose - leichte mediale symptomarme Gonarthrosen - beidseitiger Fersensporen, in der Untersuchung beschwerdearm wirkend, trägt entlastende Fersentalonetten - Status nach Treppensturz am 29. Dezember 2008 mit distaler mehrsegmentärer intraartikulär reichender Radiusfraktur, klinisch für Haltfunktion bereits ausreichend belastbar, noch teileingeschränkt mit leicht verminderter schonungsbedingter Handkraft, in Behandlung in der chirurgischen Poliklinik im Spital B.____ - Adipositas mittleren Grades

Dr. F.____ führte aus, die Beschwerdeführerin sei gesamthaft als selbständige Schneiderin zu 80 % arbeitsfähig. Vermehrte Pausen und allenfalls leicht verminderte Leistung bedingten grosszügig bemessen eine Gesamteinschränkung von geschätzt maximal 20 %. Für einfache Haltefunktionen bei Rechtshändigkeit sei die linke Hand verwertbar. Bei im wesentlichen Teilen klinisch inkonsistenten Untersuchungsbefunden, im Ausmass nicht erklärbarer angeblicher Behinderung, sei der angegebene Ganzkörperschmerz und die klinisch fibromyalgische Schmerzempfindlichkeit im angegebenen Ausmass nicht begründbar mit Verdacht einer zusätzlichen Schmerzverarbeitungsstörung, allenfalls mit hintergründigem Rentenwunsch (S.

E. 9

oben).

Selbständig im eigenen Atelier arbeitend, seien die belastenderen Tätigkeiten (Bügeln, Zuschneiden stehend) frei einteilbar, im Wechsel mit den besser zu ertragenden sitzenden Näharbeiten. Zudem könnten letztere mit betrieblichen Anpassungen zumindest teilweise auch sitzend ausgeübt werden. Insbesondere führten die beklagten therapieresistenten Fersensporenschmerzen aufgrund des heutigen Untersuchungsbefundes ebenso wie damals von Dr. D.____ im April 2009 (vorstehend E. 3.3) beurteilt, zu keinen höhergradigen Beeinträchtigungen als Schneiderin. Grundsätzlich vorbehalten bleibe die Einschätzung der Unfallfolgen durch das Spital B.____, wobei eine Konsultation am 18.

Juni 2009 statt finde

(S. 10 oben , S. 10 unten).

Einem CRPS entsprechend sei klinisch die Unfallhand allerdings ausreichend belastbar für Haltefunktionen, wie sie beim Nähen, Zuschneiden und Bügeln benötigt würden.

Tätigkeiten, im Rahmen derer die die zumutbare Hebekraft von 8 kg beidhändig ab Boden auf Tischhöhe und 2 mal 2 kg beidseitig gehoben von Tisch bis Schulterhöhe nicht überschritten werde, seien für die Beschwerdeführerin als machbar anzunehmen. Als Rechtshänderin wirke sich bei m Nähen die allenfalls leicht behinderte Feinmotorik der Unfallhand links bei Rech t shändigkeit doch nicht massgebend höhergradig aus.

Die beklagten Rückenbeschwerden stünden befund- und beschwerdemässig entsprechend der klinischen Untersuchung völlig im Hintergrund. In psychischer Hinsicht sei ihm als Nicht- Psychiater keine die Arbeitsfähigkeit einschränkende Ver änderung in der Untersuchung aufgefallen (S. 10 Mitte).

Eine 80%ige Aufnahme der beruflichen Tätigkeit oder einer anderweitig adaptierten Tätigkeit würde die Gesundheit der Beschwerdeführerin in keiner Weise schädigen, insbesondere nicht bezogen auf die beklagten Ganzkörperbeschwerden, Wirbelsäulen-, Knie- und Fersenschmerzen (S. 11 oben) .

Auch in e iner anderweitigen Tätigkeit, bei derzeit medizinisch nicht notwendigem Berufswechsel, bestehe ebenfalls eine 80%ige Gesamtarbeitsfähigkeit (S. 11 Ziff. 10).

Die gesamthaft 80%ige Arbeitsfähigkeit in der angestammten und allenfalls auch in der adaptierten Tätigkeit sei mit vorliegendem Gutachten gesichert ab 12. Juni 2009 zumutbar, vorbehalten die am 18. Juni 2009 erfolgende Neu beurteilung der Unfallhand am 18. Juni 2009 im Spital B.____

(S. 12 Ziff. 10d).

Die Beschwerdeführerin scheine zu einer Schmerzgeneralisierung im Sinne einer Schmerzverarbeitungsstörung zu neigen. Dafür spreche auch das vom Spital B.____ angenommene CRPS der linken Hand (S. 12 Ziff.

12). 3. 5

Die Ärzte der C.____ stellten in ihrem Bericht vom 16. November 2009 (Urk. 7/18/5-7) folgende Diagnosen (S. 1): - persistierende Handschmerzen links mit Ausstrahlung in Unterarm, Oberarm, Schulter bis in den Nacken nach Osteosynthese einer Radiusfraktur -

E. 13

August 2009: kein Hinweis für CRPS - Adipositas durch übermässige Kalorienzufuhr - Kalkaneusspornen beidseits - Kreuzschmerz mit Ausstrahlung in beide Oberschenkel myofaszieller Genese - Nackenschmerzen myofaszieller Genese

Die Ärzte führten aus, dass es aktuell keine Hinweise für das Vorliegen eines CRPS oder auch eines neuropathischen Schmerzsyndroms am linken Arm gebe. Für das Vorliegen einer Läsion innerhalb des Nervensystems als Ursache des sensiblen Hemisyndroms links habe sich sowohl klinisch-neurologisch wie auch elektrophysiologisch kein Hinweis ergeben. Es handle sich hierbei um eine funktionelle Störung, wie sie häufig bei chronischen Schmerzsyndromen vor gefunden werde. Eine spezifische Diagnose wie zum Beispiel ein CRPS lasse sich davon nicht ableiten (S. 2 unten).

In ihrem Bericht vom 22. Dezember 2009 (Urk. 7/22/21-24) ergänzten sie die bereits gestellten Diagnosen um einen Armschmerz rechts, welcher neurologisch nicht zuordenbar sei, Differenzialdiagnose myofascielle Genese (S. 1). 3 . 6

Am 19. Januar 2011 erstatteten Dr. med. G.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, und Dr. med. H.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und für Psychotherapie, das von der Beschwerdegegnerin veranlasste orthopädisch-psychiatrische Gutachten (Urk. 7/27 /1-54). Sie stellten zusammenfassend folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 30 Ziff. 8.1): - Diskusprotrusion mit Einengung des Neuroforamens C3/4 und C4/5 beidseits rechtsbetont sowie bilateraler foraminaler Einengung C5/6 und möglicher Reizung der Nervenwurzel C4/5 rechts sowie C6 beidseits mit Spondylose C4/5 bis C6/7 - Diskushernie L5/S1 rechts lateral mit Kontakt zur Nervenwurzel S1 rechts und vermutlich auch der Nervenwurzel L5 foraminal rechts sowie hypertrophe Facettengelenksarthrosen tief lumbal - leichter Ulnavorschub bei Status nach Osteosynthese einer distalen intraartikulären mehrfragmentären Radiusfraktur links Dezember 2008 mit minimaler TFCC-Läsion sowie Zysten im Os naviculare und OS lunatum - Fersensporn bei Senk-/Spreizfuß beidseits - Adipositas - Anpassungsstörungen mit längerer depressiver Reaktion, bestehend seit etwa Januar 2009 mit Übergang in eine chronisch depressive Verstimmung im Sinne einer Dysthymie (ICD-10 F43.21, F34.1) - anhaltende somatoforme Schmerzstörung, bestehend seit 2009

Sie nannten folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S.

30 Ziff. 8.2): - Verdacht auf Chondropathie des rechten Kniegelenkes bei Nullachse

Die begutachtenden Ärzte führten aus, in der bisherigen Tätigkeit als Schneiderin habe seit dem 29. Dezember 2008 im Rahmen der postoperativen Rehabilitation nach Osteosynthese einer distalen intraartikulären Radiusfraktur links eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Seit Januar 2010 bestehe gesamthaft bei voller Stundenpräsenz eine Arbeitsfähigkeit von 65 % (Arbeitsunfähigkeit von 35 %), da vorwiegend sitzende Tätigkeiten mit häufig inklinierten Körperhaltungen nicht mehr vollumfänglich zugemutet werden könnten (S. 31 Ziff.

9.1).

Körperlich leichte Tätigkeiten in temperierten Räumen, die abwechslungsweise sitzend und stehend ausgeübt werden könnten, ohne dass dabei häufig inklinierte und reklinierte sowie rotierte Körperhaltungen eingenommen und Gegenstände über 5 kg gehoben oder getragen werden müssten, und die nicht mit Kraftanwendung des linken Handgelenks verbunden seien, sowie Arbeiten ohne erhöhte emotionale Belastung, ohne Stressbelastung, ohne erforderliche geistige Flexibilität, ohne erforderliche überdurchschnittliche Konzentrationsfähigkeit und ohne überdurchschnittliche Dauerbelastung könnten gesamthaft bei voller Stundenpräsenz seit Januar 2010 vollumfänglich (Arbeitsunfähigkeit

0 %) zugemutet werden. Im Rahmen der postoperativen Rehabilitation habe auch in adaptierten Tätigkeiten vom 29. Dezember 2008 bis Dezember 2009 bei voller Stundenpräsenz eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden (S. 31 Ziff. 9.2).

Die begutachtenden Ärzte führten aus, dass die von Dr. A.____ (vorstehend E. 3.) attestierte Arbeitsunfähigkeit ihrer jetzigen gutachterlichen Einschätzung entspreche. Die

Begutachtung des Rheumatologen Dr. F.____ vom Juni 2009 (vorstehend E. 3) sei nicht umfassend, und speziell die Wirbelsäulendiagnosen seien nur ungenau gestellt worden, weshalb die jetzigen Diagnosen verpasst worden seien. Auf Handgelenksaufnahmen sei ebenfalls verzichtet und dennoch sei eine Beurteilung des linken Handgelenkes vorgenommen worden. Dement sprechend könne die von Dr. F.____ festgehaltene Arbeitsunfähigkeit nicht nachvollzogen werden, speziell dass auch in adaptierter Tätigkeit eine 20%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorliegen solle. Das aus internistisch-rheumatologischer Sicht beschriebene Ganzkörperschmerzsyndrom könne aus psychiatrischer Sicht einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung zugeordnet werden, nach dem die Schmerzen nicht vollumfänglich erklärt werden könnten (S. 31 f. Ziff. 9.3).

Integrationsmassnahmen seien aufgrund der mangelnden Motivation und der Selbstlimitierung zum jetzigen Zeitpunkt wenig aussichtsreich (S. 33 Ziff. 9.6). Die Arbeitsfähigkeit sei primär durch ein somatisches Leiden mit Krankheitswert eingeschränkt. Ein Überwiegen von psychosozialen Faktoren sei nicht anzunehmen, obwohl erhebliche psychosoziale Faktoren wie familiäre Probleme und Partnerprobleme sowie mangelnde Integration und mangelnde Sprachbeherrschung nach 15 Jahren in der Schweiz vorlägen (S. 33 Ziff. 9.7). 3. 7

Die Ärzte der I.____

stellten in ihrem Bericht vom 28. Juni 2011 (Urk. 7/44) folgende Diagnosen (S. 1):

1.

Schulter-Arm-Syndrom - Differenzialdiagnose Schmerzausweitung der Handgelenksschmerzen bei posttraumatischer Arthrose und ulnarem

Impaktionssyndrom - Status nach offener Reposition und palmare r Plattenosteosynthese am 6.

Januar 2009 bei distaler Radiusfraktur nach Sturz von einer Holzterrasse am 29. Dezember 2008 - Status nach OSME am 1. Oktober 2009 (Spital B.____) - anamnestisch Verdacht auf komplexes regionales Schmerzsyndrom (CRPS I) mit entsprechender Behandlung (oraler Steroidstoss, Antiphlogistika, Miacalcic - Nasenspray, Physiotherapie) - ulnares

Impaktionssyndrom bei Überlänge der distalen Ulna links mit Belastungsschmerzen - Arthro-MRI Handgelenk links 14. Dezember 2009 (Spital B.____): deutliche posttraumatische Arthrose insbesondere im Bereich des Radius. Deutliche Überlänge der Ulna mit Sklerosierung des Triquetrum - Test-Infiltration am 9. Februar 2010 (Spital B.____) sehr gutes Ansprechen

2.

Fibromyalgie - Differenzialdiagnose bei deutlichem Vitamin D-Mangel, Dekonditionierung - Dolorimetrie vom 4. Mai 2011 mit 12/24 positiven Punkten, 2/8 Kontrollpunkte - lumbovertebrales bis - spondylogenes Schmerzsyndrom sowie cervicovertebrales und cervicocephales Schmerzsyndrom - Fehlhaltung bei Hyperlordose und Muskelinsuffizienz - Coccygodynie

3.

Vitamin D-Mangel

4.

Adipositas, BMI 33kg/m²

5.

depressive Stimmungslage - regelmässige Konsultation bei Dr. J.____

Die Ärzte führten aus, die Beschwerdeführerin sei am 12. April, am 2. Mai und am 27. Juni 2011 in ihrer Sprechstunde gewesen. Die Zuweisung sei durch das C.____

veranlasst worden mit der Bitte zur weiteren Behandlung und gegebenenfalls Einschluss in eine Fibromyalgie -Gruppe (S. 1). Die Beschwerdeführerin habe ein normales Gangbild mit normalem Fuss abrollen gezeigt und sei während des dreissigminütigen Anamnesegespräches ruhig dagesessen. Das Entkleiden sei flüssig mit problemloser Armabduktion und begleitender Innenrotation beim Ausziehen des Oberteiles, guter Lendenwirbelsäulen-Flexion und bei 0 cm Fuss-Boden-Abstand beim Ausziehen der Socken bei gleichzeitig gestreckten Beinen erfolgt (S. 3 unten). Gemäss der Anamnese und des Beschwerdeverlaufes bestehe ein chronisches Schulter-Arm-Syndrom ausgehend von den Handgelenksschmerzen nach operativer Versorgung einer Radiusfraktur mit anschliessender Schmerzausweitung. Trotz anderer weitigen Beschwerden, welche seit dem Unfallereignis bestünden, sei die Beschwerdeführerin durch die Arm-Schmerzen und Rückenschmerzen eingeschränkt. Gemäss den vorliegenden Akten sei im Rahmen der persistierenden Handgelenksschmerzen eine ausführliche Abklärung erfolgt und es sei die Diagnose eines ulnaren

Impaktionssyndrom bei Überlänge der distalen

Ulna links mit Belastungsschmerzen formuliert worden. Die Test-Infiltration vom 9.

Dezember 2010 habe denn auch zu einer prompten Schmerzfreiheit geführt. In diesem Rahmen empfehle sich eine erneute Zuweisung in die hand chirurgische Sprechstunde mit der Frage nach einer Ulnaverkürzungsosteotomie, welches bereits vorgeschlagen worden sei. Die Rückenschmerzen liessen sich durch eine Fehlhaltung bei muskulärer Insuffizienz erklären. Die Zuweisungsdiagnose einer Fibromyalgie habe sich gemäss der veranlassenden Dolorimetrie bestätigen lassen. Differentialdiagnostisch könnten die

Weichteilschmerzen aber auch im Rahmen eines deutlichen Vitamin D-Mangels und der allgemeinen Dekonditionierung auftreten. Empfohlen werde eine konsequente medizinische Trainings-Therapie und die regelmässigen psychiatrischen Konsultationen (S. 4 Mitte). 3.8

Dr. G.____ führte in seiner Stellungnahme vom 3. November 2011 (Urk.

7/48) zum Bericht der Ärzte des I.____

(vorstehend E. 3.7) aus, die Diagnose Schulter-Arm-Syndrom sei eine unspezifische Diagnose, die dementsprechend therapeutisch nicht verwertbar sei, da die Ursache der Beschwerden damit nicht klar definiert worden sei. Zudem sei differentialdiagnostisch eine Schmerzausweitung bei posttraumatischer Arthrose und ulnarem

Impaktionssyndrom erwähnt worden, wobei vergessen worden sei anzugeben, ob rechts oder links. Dass die Differentialdiagnose „Schmerzausweitung“ erwähnt werde, zeige, dass die Ärzte des I.____ die Ursache der Schmerzen nicht definitiv einordnen könnten. Weshalb die I.____ von einer Arthrose spreche bleibe unklar, zumal das letzte MRI der

linken Hand vom 22. Dezember 2010 noch keine Arthrose gezeigt habe, sondern lediglich zystische Defekte in den Handwurzelknochen und einen winzigen Defekt im radialen TFCC. Nachdem das TFCC also nur eine winzige Läsion aufweise, sei die Diagnose leichter Ulnarverschub respektive leichtes ulnares

Impaktionssyndrom korrekt. Die Diagnose Fibromyalgie sei längst überholt und mittlerweile obsolet und die entsprechenden Beschwerden würden nicht mehr vom Rheumatologen sondern vom Psychiater beurteilt. An der gutachterlichen Beurteilung vom 16.

November 2010 werde festgehalten. 3.9 Dr. H.____ führte in seiner Stellungnahme vom 11. November 2011 (Urk. 7/49) aus, dass nach Studium der Aktenunterlagen, der Anamneseerhebung und der ausführlichen psychiatrischen Untersuchung die Diagnosen eindeutig hätten gestellt werden können und auch berücksichtigt worden sei, dass sich die Beschwerdeführerin in regelmässiger psychiatrischer Behandlung befunden und eine antidepressive, schmerzlindernde Medikation erhalten habe. Damit bestehe kein Bedarf, zusätzliche Befunde beim behandelnden Psychiater einzufordern, da keine wesentlichen Aspekte zu erwarten seien.

Die unterschiedlichen Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit in angestammter und in angepasster Tätigkeit seien aus psychiatrischer Sicht durchaus nachvollziehbar. Bei einer angepassten Tätigkeit handle es sich um eine medizinisch-theoretische Einschätzung unter dem im Gutachten beschriebenen Leistungsprofil. Aus dem Arztbericht des I.____ vom Juni 2011 (vorstehende E.

3.7) ergäben sich aus psychiatrischer Sicht keine neuen Aspekte. Die Diagnose Fibromyalgie sei inzwischen überholt und entspreche einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung. Bezüglich der depressiven Stimmungslage seien keine näheren Ausführungen gemacht worden. Zusammenfassend könne aus psychiatrischer Sicht festgestellt werden, dass sich gegenüber dem psychiatrischen Teilgutachten vom 16. November 2010 keine Änderung der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ergebe (S. 2) . 3.10

Dr. med. K.____, Facharzt FMH für Chirurgie, führte in seinem Bericht vom 2. Februar 2012 (Urk. 3) aus, die Beschwerdeführerin stehe seit dem 15. Mai 2011 in seiner Behandlung. Die Abklärung des primär schmerzdominanten rechten Kniegelenkes habe einen Riss des Innenmeniskus, eine retropatelläre

Chondropathie und eine Chondropathie des medialen Tibiaplateaus ergeben. Am 27. September 2011 sei die Hinterhornresektion des medialen Meniskus am rechten Knie arthroskopisch saniert worden.

Der postoperative Verlauf sei unkompliziert gewesen und die Beschwerdeführerin sei dort nun weitgehend beschwerdefrei (S. 1 Mitte).

Ende Oktober 2011 habe die Beschwerdeführerin dann über Schmerzen im Bereich des Trochanter major

femoris rechts sowie über Rücken- und Knie schmerzen links geklagt.

Die Abklärungen der Lendenwirbelsäule hätten im MRI eine Diskushernie L5/S1 rechts mit Nervenwurzelaffektion L5/S1, daneben eine hypertrophe Intervertebralgelenksarthrose gezeigt. Diesbezüglich habe er um eine entsprechende Facettengelenksinfiltration gebeten.

Am 17. Januar 2012 habe er die Arthroskopie beider Menisken am linken Knie vorgenommen. Auch hier sei der primäre postoperative Verlauf bisher komplikationslos gewesen. Die bis zum Unfallereignis angeblich gesunde Frau zeige weiterhin posttraumatisch aufgetretene psychische Störungen, weshalb sie in psychiatrischer Behandlung sei, wobei ihm diesbezügliche Unterlagen nicht zur Verfügung stünden (S. 1).

Zusammenfassend lägen in beiden Kniegelenken sowohl degenerative Veränderungen als auch Meniskusrisse vor und die Diskushernie sei ebenfalls erst nach dem Unfall aufgetreten (S. 2). 4.

4.1

Es ist unbestritten und steht aufgrund der Akten fest, dass die Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit als Schneiderin seit dem Unfallereignis höchstens noch eingeschränkt (vorstehend E. 3.1-2, E. 3.4, E. 3.6) arbeitsfähig ist. Strittig und zu prüfen ist, wie es sich mit der Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit verhält.

Die Beschwerdegegnerin stütze sich in ihrer leistungsverneinenden Verfügung vom April 2012 (Urk. 2) im Wesentlichen auf das Z.____-Gutachten vom Januar 2011 (vorstehend E. 3.6), wonach seit dem 28. Dezember 2008 sowohl in der angestammten Tätigkeit als Schneiderin als auch in einer angepassten Tätigkeit keine Arbeitsfähigkeit mehr gegeben gewesen sei. Ab 1. Januar 2010 wurde ein verbesserter Gesundheitszustand angenommen und in der angestammten Tätigkeit von einer Arbeitsfähigkeit von 65 % und in jeder angepassten Tätigkeit von einer solchen von 100

% ausgegangen. 4.2

Das Z.____-Gutachten (vorstehend E. 3.6) berücksichtige die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden und setze sich mit diesen umfassend auseinander. Es wurde in Kenntnis der wesentlichen Vorakten abgegeben, leuchte 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. 1.4), weshalb grundsätzlich darauf abgestellt werden kann.

Die Beschwerdeführerin brachte gegen das Z.____-Gutachten vor (vorstehend E. 2.2), dieses sei nicht verwertbar, da sich

der orthopädisch begutachtende Arzt unsachlich über ihre Sprachkenntnisse geäußert und wesentliche Kniebefunde ausser Acht gelassen habe.

Diesbezüglich ist zu sagen, dass die Äusserungen zu den Sprachkenntnissen der Beschwerdeführerin

zwar nicht angebracht waren,

jedoch keinen Grund darstellen, welcher auf Befangenheit des Gutachters schliessen lassen würde. Betreffend die durch Dr. K.____ (vorstehend E. 3.10) im Februar 2012 aufgeführten Kniebefunde

ist zu beachten, dass sich anlässlich der klinischen

Untersuchung durch Dr. G.____

Mitte November 2010 ergänzt durch die angefertigten Röntgenaufnahmen noch keine Anzeichen dafür gezeigt hätten, dass

die Einschränkungen in den Knien einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten .

Auch

Dr. K.____

sprach nicht von einer daraus resultierender Einschränkung der Arbeitsfähigkeit .

In Bezug auf das psychiatrische Teilgutachten von Dr. H.____ rügte die Beschwerdeführerin weiter , dass dieser keinen Bericht der

behandelnden Psychiaterin eingeholt habe . Zwar sind zur Abklärung einer psychischen Störungen eine Fremdanamnese ebenso wie (schriftliche oder mündliche) Auskünfte der behandelnden Ärzte häufig wünschenswert, jedoch nicht zwingend erforderlich (Urteil des Bundesgerichts 9C_482/10 vom 21. September 2010, E. 4.1, mit Hinweisen) . Den übrigen Akten sind überdies keine Hinweise zu entnehmen, welche auf eine schwerwiegendere Problematik als die von den Z.____ - Gutachtern diagnostizierte Dysthymie schliessen lassen würden . Auch hat es die Beschwerdeführerin ihrerseits konsequent unterlassen, einen entsprechenden Bericht einzureichen. Sie wurde anlässlich der psychiatrischen Z.____-Begutachtung eingehend abgeklärt,

wobei Dr. H.____ darum wusste , dass sich die Beschwerdeführerin in psychiatrischer Therapie befand (vgl. vorstehend E.

3.9) . Alles in Allem vermag demzufolge die von der Beschwerdeführerin vorgebrachte Kritik die Verwertbarkeit des Z.____ -Gutachtens nicht in Zweifel zu ziehen und auch der Bericht der Ärzte der I.____ vom Juni 2011 (vorstehend E. 3.7), welche bereits bekannte Diagnosen unter einem unspezifischen Schulter-Arm-Syndrom zusammenfassten , ohne sich zur Arbeitsfähigkeit zu äussern, vermag daran nichts zu ändern. So wurde auch die Frage einer allfälligen Ulna verkürzungsosteotomie schon durch die Ärzte des Spitals B.____ (vorstehend E.

3.2) im Februar 2010 abschliessend thematisiert und es wurde dargelegt, weshalb man sich dagegen entschieden hatte. 4.3

Nicht schlüssig begründet wird hingegen im Z.____ -Gutachten, weshalb der Beschwerdeführerin erst ab 1. Januar 2010 wieder eine behinderungsangepasste (Teilzeit-) Arbeitstätigkeit hätte zumutbar sein sollen . Insbesondere fehlt es dies bezüglich an

einer überzeugenden Auseinandersetzung mit den abweichenden ärztlichen Stellungnahmen. So erachtete der behandelnde Hausarzt Dr.

A.____ (vorstehend E. 3.1) in seinem Bericht vom 23. Juli 2009 in einer behinderungsangepassten Tätigkeit ein Arbeitspensum von 5 Stunden pro Tag für möglich . Dr. F.____ (vorstehend E. 3.4) hielt gesamthaft gesehen die Beschwerdeführerin im Juni 2009 nach seiner vorwiegend klinischen Untersuchung in einer angepassten Tätigkeit in einem Pensum von 80 % für arbeitsfähig, vorbehaltlich der Neubeurteilung der Unfallhand durch die Spezialisten des Spitals B.____ (vorstehend E. 3.2) .

Diese

sprachen sich

ihrerseits in ihrem Bericht vom 18. Juni 2009 für die Vornahme einer

second

opinion in der C.____ (vorstehend E. 3.5) aus , nachdem s ie

keine massgebliche subjektive Verbesserung der Handproblematik verzeichnen konnten. Im Januar 2010, nach im Oktober 2009 erfolgter Metallentfernung, bezifferten sie die Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin rückblickend vom 1. Januar 2009 bis Ende Februar 2010 auf 100 %, womit, mangels genauere Differenzierung , die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Schneiderin gemeint sein dürfte. Erst im abschliessenden Bericht vom März 2010 äusserten sie sich explizit zur Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit und befanden von Seiten des linken Handgelenkes her eine angepasste leichtere manuelle Tätigkeit generell für zumutbar .

Zusammenfassend kann daher gestützt auf das Gutachten von Dr. F.____

und den Bericht von Dr. A.____ davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführerin spätestens ab 23. Juli 2009 (Bericht von Dr. A.____) die Ausübung einer leidensangepassten Tätigkeit im Umfang von mindestens 60 % (=

ca. 25 Std. pro Woche bzw. 5 Std. pro Tag) zugemutet werden konnte. Spätestens ab 1. Januar 2010 ist dann gestützt auf das Z.____ -Gutachten vom Erlangen einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit auszugehen. 4.4

Betreffend den strittigen Beginn des Wartejahres im Sinne von Art. 28 Abs. 1 lit . b IVG ist zu sagen, dass der langjährig behandelnde Hausarzt Dr.

A.____ (vorstehend E. 3.1) die Beschwerdeführerin nach am 11.

November 2008 erfolgter Untersuchung (vgl. Urk. 7/1) rückwirkend seit 23.

Oktober 2008 vorwiegend aufgrund der Fersensporenproblematik in der angestammten Tätigkeit für vollständig arbeitsunfähig befand. Auch Dr. D.____ (vorstehend E.

3.3), welchen die Beschwerdeführerin aufgrund der Fersensporenproblematik konsultierte, attestierte dieser im April 2009 zunächst bis Mai 2009 vorübergehend eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit, wobei wahrscheinlich ist, dass er seine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit lediglich auf die Fersensporenproblematik und die Tätigkeit als Schneiderin bezog. Anzunehmen ist daher, dass die Beschwerdeführerin schon ab dem 23. Oktober 2008 in der Arbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit eingeschränkt war, womit das Wartejahr ab diesem Zeitpunkt zu laufen begann. 4.5

Aufgrund des Gesagten ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin seit dem 23. Oktober 2008 massgeblich in ihrer Arbeitsfähigkeit als Schneiderin eingeschränkt war. Der medizinische Sachverhalt ist als dahingehend erstellt zu erachten, dass ihr ab dem 23. Juli 2009 eine behinderungsangepasste Tätigkeit zu einem Pensum von 60 % und ab 1. Januar 2010 gemäss der Z.____ -Begutachtung ein Pensum von 100 % möglich war. 5.

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