

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00806 vom 11. August 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-08-11, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2014.00806](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00806)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00806 du 11 août 2015

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00806 del 11 agosto 2015

## Erwägungen

### E. 1

X.\_\_\_\_, geboren 1967, war zuletzt von Januar 2000 bis Ende Mai 2012 bei der Y.\_\_\_\_ GmbH als Produktionsmitarbeiterin tätig

( Urk. 7/20 ) .

Unter Hinweis auf Ellbogen- und Schulterbeschwerden sowie Zervikobrachialgien meldete sie sich am

### E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit ( Art.

### E. 1.2

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

### E. 1.3

Zur Annahme der Invalidität nach Art. 8 ATSG ist - auch bei psychischen Erkrankungen - in jedem Fall ein medizinisches Substrat unabdingbar, das ( fach ) ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits-

und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Je stärker psychosoziale und soziokulturelle Faktoren wie beispielsweise Sorge um die Familie oder Zukunftsängste (etwa ein drohender finanzieller Notstand) im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden

sein. Das bedeutet, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belastenden soziokulturellen Faktoren herrühren, bestehen darf, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat, zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand. Solche von der soziokulturellen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne selbstständige psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann. Wo die begutachtende Person dagegen im Wesentlichen nur Befunde erhebt,

welche in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in ihnen aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben (BGE 127 V 294 E. 5a; Urteil des Bundesgerichts 8C\_730/2008 vom 23. März 2009 E. 2).

Wenn und soweit psychosoziale und soziokulturelle Faktoren zu einer eigentlichen Beeinträchtigung der psychischen Integrität führen, indem sie einen verletzlichen Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder den Wirkungsgrad seiner - unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden - Folgen verschlimmern, können sie sich mittelbar invaliditätsbegründend auswirken (Urteil des Bundesgerichts 9C\_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.2 mit Hinweisen).

#### **E. 1.4**

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

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

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

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

#### **E. 1.5**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

#### **E. 1.6**

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 Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

#### **2.1**

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung vom 17. Juni 2014 ( Urk. 2) davon aus, dass gemäss den medizinischen Abklärungen keine Diagnose mit dauerhafter Einschränkung der funktionellen Leistungsfähigkeit bestehe. Insgesamt sei kein invalidisierender Gesundheitsschaden ausgewiesen. Daran hielt die IV-Stelle auch nach Kenntnis des Gutachtens von Dr. A.\_\_\_\_ fest ( Urk. 23, vgl. auch Urk. 14).

#### **2.2**

Die Beschwerdeführerin hielt dem beschwerdeweise ( Urk. 1) entgegen, dass ihr behandelnder Arzt Dr. C.\_\_\_\_ aufgrund der F rozen

shoulder auf beiden Seiten von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit ausgehe (S. 2 unten).

Die Einschätzung des Gutachters Dr. D.\_\_\_\_ , wonach keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe, sei nicht nachvollziehbar (S. 3 oben) .

Dr. D.\_\_\_\_ habe nicht alle Befunde gebührend berücksichtigt und auch die Vorakten nicht genügend gewürdigt (S. 4 unten). Aus den Akten werde deutlich, dass seit längerem eine beträchtliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe. Die diesbezügliche medizinische Behandlung sei noch nicht abgeschlossen. Der genaue Verlauf der Arbeitsunfähigkeit bis zum Verfügungszeitpunkt sei nicht ausreichend geklärt. Zudem stehe nicht fest, wie sich die Arbeitsunfähigkeit weiter entwickeln und wie lange diese andauern werde (S. 5).

Schliesslich gelange Dr. A.\_\_\_\_ in seinem überzeugenden Gutachten zu einer Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, welche deutlich von jener von Dr. D.\_\_\_\_ abweiche. Es sei daher nicht haltbar, ihren Rentenanspruch zu verneinen ( Urk. 20, vgl. auch Urk. 9). 2.3

Strittig und zu prüfen ist vorliegend der Rentenanspruch, mithin die Arbeitsfähigkeit und der Invaliditätsgrad der Beschwerdeführerin , und ob die strittigen Punkte von der Beschwerdegegnerin genügend abgeklärt worden sind. 3.

### **E. 3**

), hernach sei über den Leistungsanspruch neu zu entscheiden (S. 2 Ziff. 4) .

Die IV-Stelle beantwortete mit Beschwerdeantwort vom 19. September 2014 ( Urk.

### **E. 3.1**

2

Dr. A.\_\_\_\_

erstattete sein rheumatologisches Gutachten zuhanden der Beschwerdeführerin

am 24. Februar 2015 ( Urk. 18) gestützt auf die Akten sowie die am 26. Januar 2015 erfolgte eigene Befragung und Untersuchung der Beschwerdeführerin . Er nannte folgende Diagnosen (S. 18 Ziff. 4): - Periarthropathia

humero

scapularis (PHS) partim

ankylosans ( F rozen

shoulder ) links - Operation geplant für den 13. März 2015 - geringgradige Residualsymptomatik nach F rozen

shoulder rechts - Status nach arthroskopischer

Arthrolyse links am 1. Juli 2014

- chronisches Zervikobrachialsyndrom mit Epicondylopathia

humeri

radialis beidseits - AC-Arthrose beidseits - Diskusprotrusionen C3/4 und C5/6 ohne Kompression neuraler Strukturen - ergonomische Belastung am Arbeitsplatz über viele

Jahre

- anamnestisch Sehverminderung am linken Auge - Status nach Ganglionentfernung am linken Handgelenk - Status nach Hysterektomie im Alter von 27 Jahren

Er führte aus, dass in Würdigung des in den Akten geschilderten Verlaufs und der ergonomischen Arbeitsplatzabklärung des F.\_\_\_\_ für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit am konkreten Arbeitsplatz bei der Firma Y.\_\_\_\_ GmbH eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestehe. Die ergonomisch ungünstigen Rahmenbedingungen gingen aus dem Bericht des F.\_\_\_\_ klar hervor, die Verbesserungsvorschläge seien nicht in die Tat umgesetzt worden und die Stelle sei der Beschwerdeführerin inzwischen gekündigt worden (S. 19 oben).

Die von den Ärzten des F.\_\_\_\_ vorgenommene Beurteilung, wonach für eine leidensangepasste Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestehe, sei nachvollziehbar. Aktenkundig sei weiter eine erneute Arbeitsunfähigkeit von 100 % ab dem 4. Juli 2013, vor allem wegen einer beidseitigen Frozen

shoulder. Der Verlauf der Arbeitsfähigkeit lasse sich nicht zuverlässig einschätzen, da sich erhebliche Diskrepanzen zwischen dem behandelnden Rheumatologen Dr. C.\_\_\_\_ und dem begutachtenden Rheumatologen Dr. D.\_\_\_\_ ergeben würden. Ab Datum der Operation vom 1. Juli 2014 habe mit hoher Wahrscheinlichkeit eine vollständige Arbeitsunfähigkeit von schätzungsweise drei bis vier Monaten bestanden (S. 10 Mitte).

Eine optimal leidensangepasste Tätigkeit ohne Anheben der Arme über die Horizontale und ohne grosse Gewichtsbelastung der Arme (bis maximal 5 bis 7

kg), in ergonomisch günstiger Arbeitsposition sei der Beschwerdeführerin zumutbar, aktuell zu 50 %, da die rechte Schulter im Juli operiert worden und die Schulterbeweglichkeit immer noch eingeschränkt sei. Für die linke Seite sei eine Operation für den 13. März 2015 geplant. Postoperativ werde die Beschwerdeführerin vermutlich erneut während drei bis vier Monaten zu 100 % arbeitsunfähig sein. Der weitere Verlauf sei unsicher, so dass das Resultat nach vier bis sechs Monaten nach der Operation erneut beurteilt werden müsse. In Anbetracht der belasteten Lebensgeschichte und Lebenssituation der Beschwerdeführerin müsste zur Einschätzung der Langzeitarbeitsfähigkeit eine interdisziplinäre rheumatologisch-psychiatrische Begutachtung vorgenommen werden (S. 19 unten).

### **E. 3.2**

Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, berichtete am 7. April 2012 (Urk. 7/26/5-6) und nannte als Diagnose therapieresistente Epicondylitis

radialis beidseits mit rechts betonter Zervikobrachialgie. Er führte aus, dass die Beschwerden im Zusammenhang mit der Tätigkeit stünden. Aktuell seien die Beschwerden nach den Ferien etwas geringer, jedoch nicht verschwunden. Die Prognose sei bei Fortsetzung der bisherigen Tätigkeit im bisherigen Rahmen und ohne allenfalls ergonomische Verbesserungen schlecht (S. 1).

### **E. 3.3**

Die Ärzte des F.\_\_\_\_, Rheumaklinik, berichteten am 11. September 2012 über das Arbeitsassessment der Beschwerdeführerin von Juli und August 2012 (Urk. 7/42) und führten aus, dass während der Testung eine verminderte Belastungstoleranz der Schultergürtelmuskulatur festgestellt worden sei, vor allem beim Test bezüglich Arbeiten

über Schulterhöhe. Die Beschwerdeführerin habe bei den Tests eine gute Leistungsbereitschaft gezeigt. Es sei keine Selbstlimitierung festgestellt worden (S. 2 Mitte). Zusammengefasst würden die Anamnese und die Befunde auf eine durch ergonomisch ungünstige Verhältnisse am letzten Arbeitsort ausgelöste Schmerzproblematik der Arme und des Schultergürtels weisen, die sich über Jahre aufgebaut habe und nun zunehmend Zeichen eines zentralisierten chronifizierten Schmerzgeschehens zeige, das auf die üblichen therapeutischen Massnahmen kein Ansprechen mehr zeige (S. 3 unten). Die angestammte Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin auf grund der Testresultate weiterhin zumutbar. Allerdings habe die monotone repetitive Arbeitstätigkeit bei gleichzeitig ergonomisch ungünstig gestaltetem Arbeitsplatz die Ausbildung chronischer Nacken-Schulter-Armschmerzen begünstigt und diese aufrechterhalten. Aus diesem Grund müsse aus ärztlicher Sicht eine Leistungsminderung von 25 % attestiert werden. Dies entspreche einer zumutbaren Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit von 75 % . In einer angepassten, wechselbelastenden Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (S. 4 oben).

#### **E. 3.4**

Die Ärzte der G.\_\_\_\_ , H.\_\_\_\_ , berichteten am 2. Juni 2013 ( Urk. 7/54) und nannten folgende Diagnose ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 2 Ziff. 1.1):

- Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2), im Vordergrund Sorgen, innere Unruhe und Anspannung, Niedergestimmtheit, bestehend seit März 2012 - in schwieriger psychosozialer Belastungssituation (chronische somatische Schmerzen, dadurch eingeschränkte Arbeitsfähigkeit, in der Folge finanzielle Probleme und drohende Sozialhilfeabhängigkeit)

Sie führten aus, dass aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe (S. 1 lit . a).

Aus psychiatrischer Sicht sei die Prognose günstig beziehungsweise liege auch zurzeit keine erhebliche, zur Arbeitsunfähigkeit führende psychische Störung vor (S. 3 Ziff. 1.4).  
3. 5

Dr. E.\_\_\_\_ berichtete erneut am 2. Oktober 2013 ( Urk. 7/58/1-4) und nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 Ziff. 1.1): - Zervikobrachialgie und Epicondylitiden , bestehend seit Mai 2011 - Frozen

shoulder links, neu auch rechts, bestehend seit 4. Juli 2013

Er führte aus, dass die Beschwerdeführerin sicher seit dem 4. Juli 2013 bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig sei (S. 2 Ziff. 1.6). Es bestünden massive Einschränkungen und Schmerzen der Schultern beidseits (S. 2 Ziff. 1.7).  
3. 6

Dr. med. D.\_\_\_\_ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Facharzt für Rheumatologie, und Dr. med. I.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Z.\_\_\_\_ , erstatteten ihr interdisziplinäres Gutachten am 29. April 2014 ( Urk. 7/67) gestützt auf die Akten, die persönlichen Explorationen der Beschwerdeführerin sowie das konsens bildende Gespräch der beteiligten Fachgutachter. Sie nannten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 36 Ziff. 6.1.1): - leichte bis mittelschwere depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.01/F32.11) - narzisstisch akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1), Differentialdiagnose: narzisstische Persönlichkeitsstörung Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannten

sie die Folgenden (S. 36 f.

Ziff. 6.1.2): - nicht näher spezifizierbare inkonstant reproduzierbare schmerzhaftige Bewegungseinschränkung im Bereich der HWS - diskrepante Untersuchungsbefunde mit Hinweisen für eine bewusstseinsnahe Schmerzverdeutlichung - geringe beginnende Bandscheibendegeneration C2/3, C3/4 und C5/6 mit Diskusprotrusionen ohne Diskushernie - abgeflachte Lordosierung - retraktile

Kapsulose (Frozen

shoulder) unklarer Ätiologie Schultergelenke beidseits mit

- deutlicher Bewegungseinschränkung, aktuell ohne Hinweise für eine dystrophe Veränderung respektive entzündliche Aktivität - nicht näher spezifizierbare weichteilrheumatische Missempfindungen betont an den oberen Extremitäten beidseits - Hinweise für eine bewusstseinsnahe Schmerzverdeutlichung mit inkonstant reproduzierbaren Oberflächenberührungs- und Tiefen palpations schmerzen - keine dystrophen oder atrophen Veränderungen, keine Periarthropathien - keine Hinweise für eine persistierende bilaterale Epicondylitis

humeri

radialis

Dr. D.\_\_\_\_ führte aus, dass bei der Beschwerdeführerin seit über 10 Jahren Arm schmerzen bestünden, wobei zu Beginn die Ellbogengelenke im Vordergrund gewesen seien. Im Verlauf seien Beschwerden an der HWS und seit zwei Jahren auch Schulterschmerzen mit zunehmender Einsteifung dazugekommen (S. 26 unten). Auf den 1. Juli 2014 sei eine arthroskopische Operation der rechten Schulter festgelegt (S. 27 oben). Die segmentale Untersuchung der Brustwirbelsäule (BWS) und der Lendenwirbelsäule (LWS) sei unauffällig und schmerzfrei, und es bestehe keine Bewegungseinschränkung. Bezüglich der HWS bestünden segmental keine Hinweise für eine Hypermobilität oder Instabilität. Bei der segmentalen Prüfung nicht abgelenkt, werde regelmässig eine erhebliche Beschwerdesymptomatik geäussert mit zum Teil Ausweichreaktionen, abgelenkt (zum Beispiel im Gespräch) fehle dieses Phänomen (S. 28).

Die Schultergelenke beidseits seien bedingt durch eine Kapsulose oder Frozen

shoulder deutlich bewegungseingeschränkt. Die Ellbogengelenke beidseits seien frei und schmerzlos beweglich. Der Weichteiluntersuch ergebe inkonstant reproduzierbare zum Teil erheblich unterschiedliche Befunde. Die Kriterien für eine Fibromyalgie seien nicht erfüllt. Das beschriebene Schmerzmuster im Weichteiluntersuch ergebe zwar den Hinweis für eine weichteilrheumatische Schmerzproblematik ohne somatisches Korrelat. Jedoch bestünden auch bei dieser Untersuchung Hinweise für eine bewusstseinsnahe Schmerzverdeutlichung, indem die Schmerzreaktion abgelenkt beziehungsweise nicht abgelenkt zum Teil erheblich variierten (S. 29 f.).

Zusammenfassend bestehe eine retraktile

Kapsulose oder Frozen

shoulder an beiden Schultergelenken ohne Hinweise für eine dystrophe oder aktuell entzündliche Begleitaktivität, sowie eine diffuse, inkonstant reproduzierbare Weichteildruckdolenz, insbesondere der Arme (S. 30 Mitte). Bei dieser Schulter

problematik seien Schonkriterien notwendig, bei welchen der Beschwerdeführer keine repetitiven Arbeiten über der Horizontalen, auch nicht über Kopf, keine regelmässigen oder repetitiven Gewichtsbelastungen über 10 kg und keine Exposition in kaltfeuchtem Milieu zumutbar seien (S. 33 Mitte). Rheumatologisch-somatisch sei die Beschwerdeführerin bezogen auf die angestammte, aber auch jede andere leichte Tätigkeit unter Berücksichtigung der erwähnten Schonkriterien bezogen auf ein volles Pensum zu 100 % arbeitsfähig (S. 34 unten).

Es sei am 1. Juli 2014 eine arthroskopische Operation am rechten Schultergelenk, später auch am linken Schultergelenk vorgesehen. Grundsätzlich sei die Prognose einer solchen Intervention günstig, wo bei davon ausgegangen werden könne, dass das Bewegungsausmass verbessert werden könne. Mit Blick auf die ungünstigen Prediktoren mit deutlicher Tendenz zu einer bewusstseinsnahen Schmerzverdeutlichung sei die Prognose jedoch unsicher. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei heute, das heisse vor dem geplanten Eingriff erfolgt (S. 34 unten). Retrospektiv könne die Arbeitsfähigkeit insofern nur bedingt beurteilt werden, als dass möglicherweise während der beruflichen Tätigkeit mehr Ellbogenbeschwerden als heute bestanden hätten. Dr. C.\_\_\_\_ sei ein erfahrener Rheumatologe, welcher eine bilaterale Epicondylitis

humeri

radialis erwähne. Es sei davon auszugehen, dass diese Beurteilung zutreffe. Heute, nachdem die Beschwerdeführerin seit August 2012 nicht mehr arbeitstätig sei, würden entsprechende Befunde fehlen. Zur Arbeitsfähigkeit habe Dr. C.\_\_\_\_ nicht Stellung genommen (S. 36 oben).

Dr. I.\_\_\_\_ führte aus, dass die von der Beschwerdeführerin geschilderten Beeinträchtigungen bei der Merkfähigkeit und der Konzentration nachvollziehbar seien und differenziert dargestellt würden. Im Explorationsgespräch selbst seien diese Beeinträchtigungen nicht beobachtbar. Die Belastbarkeit sei aufgrund der anamnestisch differenzierten Schilderung nachvollziehbar eingeschränkt und primär schmerzbedingt (S. 20 Ziff. 5.1.3). Die vorliegende depressive Störung bestehe retrospektiv bereits mindestens seit der Erstdiagnose einer Anpassungsstörung (März 2012). Die von den Vorbefunden abweichende Beurteilung beruhe auf der Überlegung, dass die bisherige psychiatrische Behandlung den biographischen Hintergrund nicht ausreichend berücksichtigt habe und nicht ausreichend adäquat gewesen sei. Aktuell sei die depressive Störung aber trotz des langen Verlaufs nicht als chronifiziert zu betrachten, da die bisherige psychiatrische Behandlung nicht ausreichend gewesen sei und da die Beschwerdeführerin genügend differenziert sei, um ihr die psychodynamischen Hintergründe aufzeigen zu können, was bisher nicht geschehen sei. Vor diesem Hintergrund sei die Prognose aus psychiatrischer Sicht eher günstig (S. 22 oben).

Die mögliche Interferenz zwischen psychischer Beeinträchtigung und Schmerz erlebten erkläre das vorliegende Beschwerdebild hinreichend, so dass keine somatoforme Schmerzstörung vorliege. Auch die rheumatologischen Beobachtungen bezüglich einer bewusstseinsnahen Schmerzverdeutlichung sprächen gegen das Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung. Die vom rheumatologischen Co-Gutachter beobachtete Demonstration der Beeinträchtigungen sei aus psychiatrischer Sicht gut erklärbar mit dem Hinweis auf die bestehende narzisstische Thematik (S. 22 unten). Aktuell bestehe zwar aus rein psychiatrischer Sicht eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit in der Grösse

ordnung von 30 % . Diese Beeinträchtigung sei aber vor dem Hintergrund der bisher ungenügenden psychiatrischen Therapie und im Hinblick auf die aus psychiatrischer Sicht nach wie vor günstige Prognose als passager zu betrachten, im Sinne einer akuten Beeinträchtigung. Daher kann gegenwärtig aus versicherungsmedizinischer Sicht keine dauerhafte Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zuerkannt werden (S. 23 oben). Die Frequenz der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung müsse intensiviert werden. Es sei nicht ausreichend, alle vier Wochen stützende Gespräche zu führen.

Auch die pharmakologische Behandlung sei ungenügend, da nach wie vor ausgeprägte Schlafstörungen bestünden und die Beschwerdeführerin über kreisende Gedanken klage (S. 23 unten).

Zusammenfassend bestehe aus psychiatrischer Sicht

eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit von 30 % . Eine anhaltende Arbeitsunfähigkeit könne aus psychiatrischer Sicht jedoch nicht attestiert werden. Aus rheumatologischer Sicht bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit für die bisherige Tätigkeit und für allfällige Verweistätigkeiten unter Berücksichtigung der genannten Schonkriterien (S. 37 Mitte).

### **E. 3.7**

Die Ärzte der Klinik J.\_\_\_\_ , Neurologie, berichteten am 4. Juni 2014 ( Urk. 3/4) und nannten folgende Diagnosen: - chronisches zervikobrachiales Schmerzsyndrom linksbetont mit/bei - klinisch schmerzhaft eingeschränkte HWS-Beweglichkeit, keine fokale neurologische Defizite

- HWS-Röntgen vom 4. Juni 2014: ventrale Spondylosen C5 und C6, leichte Osteochondrose C5/6 - beidseitige Frozen

shoulder , rechts mehr als links Als Nebendiagnose nannten sie einen Status nach Epicondylopathia

humero

radialis beidseits. Sie führten aus, bezüglich der HWS sei keine Schmerzangabe bei der Rotation in Inklination mit normalem Bewegungsausmass erfolgt (S. 1) . Die HWS-Provokationsmanöver seien negativ mit lokal starken Schmerzen und indurierten druckdolenten

Myogelosen beidseits. Es bestehe ein chronisches Zervikalsyndrom ohne sichere Anhaltspunkte für fokale neurologische Defizite und mit negativen HWS-Provokationsmanövern. Zur weiteren Diagnostik sei eine Kernspintomographie der HWS zur Klärung der Parästhesien des Ring- und Kleinfingers durchzuführen . Diese seien aber am ehesten myofaszial

bedingt (S.

2).

### **E. 3.8**

Mittels am 16. Juni 2014 durchgeführter Magnetresonanztomografie (MRI) der HWS konnten eine leichtgradige Bandscheibendegeneration C3/4 und C5/6 und eine kleine

dorsale Bandscheibenprotrusion C3/4 paramedian links und C5/6 mediolateral rechts festgestellt werden, wobei keine Kompression und Behinderung des Myelons zu sehen sei. Die sagittale Darstellung der oberen Wirbelsäule zeige bis auf Höhe Th5 keine intraspinale Raumforderung. Es bestehe eine normale Signalgebung und Konfiguration des Myelons (Urk. 12). 3.

### **E. 3.10**

Dr. C.\_\_\_\_ berichtete am 4. August 2014 (Urk. 3/7) und führte aus, dass die im Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_ gemachten Angaben korrekt seien und sich mit seinen Aufzeichnungen in der Krankengeschichte decken würden. Auch die im Gutachten gestellten rheumatologischen Diagnosen erachte er für umfassend und korrekt erhoben. Die Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin sei zurzeit 100 % . Dabei beruhe die Arbeitsunfähigkeit in erster Linie auf der bilateralen Frozen

shoulder . Aufgrund der Schulterproblematik habe sich die Beschwerdeführerin vor wenigen Tagen einer Arthroskopie mit Arthrolyse unterziehen müssen. Wie sich der Eingriff auf die Schulterfunktion und die Arbeitsfähigkeit in naher Zukunft auswirken werde, bleibe abzuwarten. Von der Frozen

shoulder habe er erstmals bei seiner Untersuchung der Beschwerdeführerin vom 3. Juli 2013 Kenntnis genommen. Wann sie aufgetreten sei, bleibe offen.

### **E. 3.11**

) vermag die Ausführungen und Beurteilungen im Z.\_\_\_\_ -Gutachten in massgeblichen Zeitraum nicht zu entkräften. So wird lediglich erwähnt, dass auch zweieinhalb Monate nach der Operation der rechten Schulter noch kein befriedigender Zustand eingetreten, die Beweglichkeit jedoch etwas besser sei als auf der linken Seite .

Die Beschwerdeführerin machte weiter geltend, gemäss dem von ihr in Auftrag gegebenen Gutachten des Rheumatologen

Dr. A.\_\_\_\_

vom 24. Februar 2015 (vgl.

vorstehend E. 3.12) sei eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit ausgewiesen, weshalb die Ausführungen von Dr. D.\_\_\_\_ nicht nachvollziehbar seien . Diesbezüglich verkennt die Beschwerdeführerin, dass es sich bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit nicht zwingend um die Arbeitsfähigkeit in der letzten tatsächlichen Anstellung handeln muss, sondern ob der Beschwerdeführerin die Art der bisher ausgeführten Tätigkeit als Bestückerin grundsätzlich noch zumutbar ist. So machte

Dr. D.\_\_\_\_

denn auch auf die zu berücksichtigenden Schonkriterien betreffend die Schulterproblematik aufmerksam und führte differenziert aus , dass die Arbeit als Bestückerin diesen Schonkriterien entspreche (vgl. Urk. 7/67 S. 36) . Des Weiteren bleibt festzuhalten, dass sich das Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_

auf einen Zeitpunkt nach Verfügungs erlass bezieht , weshalb es im vorliegenden Beschwerdeverfahren schon aus diesem Grund nicht berücksichtigt werden kann . Es vermag somit nichts an der Beurteilung durch Dr. D.\_\_\_\_ zu ändern.

Zusammenfassend lassen die von der Beschwerdeführerin eingereichten medizinischen Berichte nicht darauf schliessen, dass eine erneute rheumatologische Begutachtung zu einem anderen Resultat für den wesentlichen Zeitraum bis zum 17. Juni 2014 führen würde (antizipierte Beweiswürdigung, BGE 122 V 157). Den Berichten ist nichts zu entnehmen, das geeignet wäre, das Z.\_\_\_\_-Gutachten in Zweifel zu ziehen.

Anzufügen bleibt, dass es im Übrigen unter Beachtung des Unterschieds von medizinischem Behandlungs- und Abklärungsauftrag (BGE 125 V 351 E. 3b/cc S. 353; 124 I 170 E. 4. S. 175; Urteil des Bundesgerichts 9C\_906/2011 vom 8. August 2012 E. 4.4) nicht angeht, eine medizinische Administrativ- oder Gerichtsexpertise stets dann in Frage zu stellen und zum Anlass für weitere Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte nachher zu abweichenden Einschätzungen gelangen oder an vorgängig geäusserten divergierenden Auffassungen festhalten (Urteile des Bundesgerichts 8C\_567/2010 vom 19. November 2010 E. 3.2.2 sowie 9C\_710/2011 vom 20. März 2012 E. 4.5). 4.5

Die Einwände der Beschwerdeführerin in Bezug auf die medizinischen Abklärungen sind nach dem Gesagten unbehelflich. Weitere substantiierte Einwände brachte sie nicht vor.

Zusammenfassend wurden somit keine Erkenntnisse vorgebracht, welche die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im massgeblichen Zeitraum bis zum 17. Juni 2014 durch die Z.\_\_\_\_-Gutachter umzustossen vermöchten. Auf weitere Abklärungen kann deshalb verzichtet werden (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 122 V 157). 4.6

Nach der Würdigung der medizinischen Akten ist zusammenfassend festzuhalten, dass auf die überzeugende, nachvollziehbare und ausführlich begründete Einschätzung der Z.\_\_\_\_-Gutachter abzustellen und somit von einer

### **E. 3.13**

Dr. K.\_\_\_\_ berichtete am 13. März 2015 (Urk. 21) über die gleichentags durchgeführte zirkuläre Kapsulotomie und Burssektomie der linken Schulter. Sie führte aus, dass eine physiotherapeutische Nachbehandlung unter adäquater Schmerztherapie mit zusätzlicher Hilfe durch eine Kinetec-Maschine erfolgen werde, welche für sechs bis zwölf Wochen auch zu Hause verwendet werden sollte. 4. 4.1

Die Beschwerdegegnerin stellte zur Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auf das Z.\_\_\_\_-Gutachten vom 29. April 2014 (vgl. vorstehend E. 3.6) ab, wonach der Beschwerdeführerin die bisherige Tätigkeit, wie auch eine leidensangepasste Tätigkeit unter Berücksichtigung der genannten Schonkriterien zu 100 %

zumutbar sei. 4.2

Die Würdigung der medizinischen Akten ergibt, dass das Z.\_\_\_\_-Gutachten (vgl. vorstehend E. 3.6) auf allseitigen Untersuchungen der Beschwerdeführerin beruht, die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden in angemessener Weise berücksichtigt, in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den Vorakten erstattet wurde und der konkreten medizinischen Situation Rechnung trägt. So zeigte

Dr. I.\_\_\_\_

in nachvollziehbarer Weise auf, dass die depressive Störung aktuell trotz des langen Verlaufs nicht chronifiziert sei, da die bisherige Behandlung nicht ausreichend gewesen sei, weshalb die Prognose eher günstig erscheine (Urk. 7/67 S. 22 oben).

Weiter setzte sich Dr. I. \_\_\_

differenziert mit den anderslautenden psychiatrischen Beurteilungen auseinander und nahm ausdrücklich Stellung zu den Faktoren, welche gegen das Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung sprechen (S.

22). Dr. D. \_\_\_ machte sodann darauf aufmerksam, dass die segmentale Untersuchung der BWS, LWS und der Ellbogengelenke unauffällig und schmerzfrei sowie ohne Bewegungseinschränkung möglich sei, die Schultergelenke hingegen bedingt durch eine beidseitige Frozen

shoulder bewegungseingeschränkt seien (S. 28 f.). Als dann führte Dr. D. \_\_\_ aus, dass von der Beschwerdeführerin regelmässig eine erhebliche Beschwerdesymptomatik geäussert worden sei, sofern sie nicht bei der Prüfung nicht abgelenkt worden sei (S. 28).

Das Z. \_\_\_ -Gutachten leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ein und die vorgenommenen Schlussfolgerungen zu Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit für den vorliegend zu berücksichtigenden Zeitraum bis zum Verfügungserlass am 17. Juni 2014 werden ausführlich und nachvollziehbar begründet. So begründete Dr. I. \_\_\_ einlässlich und sorgfältig, dass aktuell aus rein psychiatrischer Sicht zwar eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit von 30 % bestehe, diese Beeinträchtigung jedoch als akut und vor dem Hintergrund der bisher ungenügenden psychiatrischen Therapie zu betrachten sei, weshalb keine dauerhafte Beeinträchtigung zuerkannt werden könne (S. 23). Überdies zeigte Dr. D. \_\_\_ in nachvollziehbarer Weise auf, dass bei der Schulterproblematik der Beschwerdeführerin Schonkriterien zu berücksichtigen seien, womit ihr rheumatologisch-somatisch sowohl die angestammte und auch jede andere leichte Tätigkeit zu 100 %

zumutbar sei (S. 33 f.).

Dr. D. \_\_\_ wies ausserdem deutlich darauf hin, dass die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus rheumatologischer Sicht vor den geplanten operativen Eingriffen an der Schulter erfolgt sei. Er nahm somit wiederholt und vertieft Stellung zum Befund der beidseitigen Frozen

shoulder und wies darauf hin, dass die Bewegungseinschränkung durch die Operation noch verbessert werden sollte. Zudem wurden die Frozen

shoulder beziehungsweise die daraus resultierenden Einschränkungen auch beim durch Dr. D. \_\_\_ formulierten Belastungsprofil berücksichtigt (S.

34 unten).

Das Z. \_\_\_ -Gutachten erfüllt damit die praxismässigen Kriterien an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens (vgl. vorstehend E. 1.6) vollumfänglich, so dass für die Entscheidungsfindung darauf abgestellt werden kann. 4.3

Der Einwand der Beschwerdeführerin, der Gutachter Dr. D. \_\_\_ sei aufgrund seiner regelmässigen Gutachtertätigkeit für die IV-Stelle sowie der damit verbundenen wirtschaftlichen Abhängigkeit befangen, geht fehl. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung führen unter dem Gesichtspunkt der wirtschaftlichen Abhängigkeit der regelmässige Beizug eines Gutachters durch den Versicherungsträger sowie das daraus resultierende Honorarvolumen für sich allein genommen nicht zum Ausstand (BGE 137 V 210 E. 1.3.3). Zudem unterliegen sämtliche Beweismittel, somit auch medizinische

Berichte, der freien Beweis würdigung (Art. 61 lit . c ATSG), was bei überzeugendem Beweisergebnis seit jeher erlaubt, dass das angerufene Gericht für seine Beurteilung abschliessend auf die im Administrativverfahren eingeholten medizinischen Berichte abstellt (BGE 104 V 209). Das Gutachten vom 29. April 2014 bleibt nach dem Gesagten verwertbar und kann zur Beantwortung der Frage des Invaliditätsgrades der Beschwerdeführer in herangezogen werden. 4.4

Soweit die Beschwerdeführerin geltend machte, der medizinische Sachverhalt sei nicht umfassend abgeklärt worden, und es seien deshalb weitere Abklärungen

zu treffen, vermag dies nicht zu überzeugen. So ist festzuhalten, dass sowohl der psychische als auch der physische Gesundheitszustand sowie die Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in den Beurteilungen gebührend berücksichtigt wurden. Die Beschwerdeführerin vermochte sodann nicht weiter darzutun, inwiefern die Aktenlage unzutreffend beziehungsweise unvollständig sein soll. Da der Sachverhalt nach dem Gesagten durch weitreichende medizinische Einschätzungen aus verschiedenen Fachrichtungen abgeklärt wurde, erweisen sich die vorliegenden medizinischen Akten als ausreichend.

Ausserdem lässt sich

entgegen ihren Ausführungen auch aus den von der Beschwerdeführerin eingereichten medizinischen Berichten nichts ableiten, was das Z.\_\_\_\_-Gutachten umzustossen vermöchte. Vielmehr erachtete Dr. C.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 4. August 2014 (vgl. vorstehend E. 3.10) die im Z.\_\_\_\_ Gutachten genannten rheumatologischen Befunde und Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit für umfassend und richtig. Seine aktuell attestierte Arbeitsunfähigkeit bezieht sich offensichtlich auf die Zeit nach der Operation der rechten Schulter vom 1. Juli 2014, welche gemäss Operationsbericht voraussichtlich nur vorübergehend sei (vgl. vorstehend E.

3.9). Auch der Bericht der Ärzte der Klinik J.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E.

## **E. 6**

) die Abweisung der Beschwerde.

Mit Verfügung vom 6. Oktober 2014 wurde die Beschwerdeführerin aufgefordert, dem Gericht eine Kopie der Kernspintomographie der HWS einzureichen (Urk. 8).

Mit Eingabe vom 13. Oktober 2014 (Urk. 9) reichte die Beschwerdeführerin einen Arztbericht ein (Urk. 10). Mit Eingabe vom 22. Oktober 2014 (Urk. 11) kam die Beschwerdeführerin sodann der erwähnten Aufforderung nach und reichte eine Kopie des MRI-Berichtes vom 16. Juni 2014 ein (Urk. 12). Mit Eingabe vom 12. November 2014 (Urk. 14) nahm die Beschwerdegegnerin Stellung zu den eingereichten medizinischen Unterlagen.

Dies wurde der Beschwerdeführerin am 17. November 2014 zur Kenntnis gebracht (Urk. 15).

Mit Eingabe vom 25. März 2015 (Urk. 17) reichte die Beschwerdeführerin das Gutachten von Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie, MEDAS B.\_\_\_\_, vom 24. Februar 2015 ein (Urk. 18). Mit Eingabe vom 7. April 2015 (Urk. 20) nahm die Beschwerdeführerin hierzu Stellung und reichte einen weiteren medizinischen Bericht ein (Urk. 21).

Mit Eingabe vom 14. April 2015 (Urk. 23) nahm die Beschwerdegegnerin zu den eingereichten Unterlagen, insbesondere zum Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_ Stellung, was der Beschwerdeführerin am 16. April 2015 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 24).

Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 8**

ATSG) sind.

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

#### **E. 9**

Dr. med. K.\_\_\_\_, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, berichtete am 1. Juli 2014 (Urk. 3/5) über die gleichentags durchgeführte Arthroskopie und Arthrolyse mit zirkulärer Kapsulotomie der rechten Schulter. Sie führte aus, dass für die Arbeit als Bestückerin für mindestens drei Monate eine Arbeitsunfähigkeit bestehe (S. 2).

#### **E. 10**

0%igen Arbeitsfähigkeit gemäss beschriebenen Zumutbarkeitsprofil auszugehen ist. 4.7

Angesichts des zuletzt im Jahr 2011 erzielten Einkommens von Fr. 58'700.-- (Urk. 7/20 S. 3; vgl. auch Urk. 7/21) und der im massgeblichen Zeitraum attestierten Arbeitsfähigkeit von - unter Berücksichtigung von Schonkriterien -100 % erübrigt sich eine detaillierte Invaliditätsbemessung, da sich unter Berücksichtigung der Angaben in der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung 2010 (LSE 2010, Tabelle TA1, S. 26, Total Frauen des Anforderungsniveaus 4), der massgeblichen wöchentlichen Arbeitszeit und der jeweiligen Teuerung kein rentenbegründender Invaliditätsgrad ergibt. 4. 8

Nach dem Gesagten hat die Beschwerdegegnerin den Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung zu Recht verneint.

Die angefochtene Verfügung vom 17. Juni 2014 erweist sich somit als rechts und ist zu bestätigen, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

Es bleibt darauf hinzuweisen, dass ein allfälliger - nach Verfügungserlass eingetretener - invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden mit einer langandauernden Arbeitsunfähigkeit aufgrund der beiden Schulter-Operationen vom 1. Juli 2014 und 13. März 2015 im Rahmen einer Neuanschuldung bei der Invalidenversicherung zu prüfen wäre. 5.

5.1

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 700.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. 5.2

Das Privatgutachten von Dr. A.\_\_\_\_

wurde nach Erlass der angefochtenen Verfügung verfasst und trug nicht zur Entscheidung bei. Es handelt sich demnach um unnötige Prozesskosten, welche derjenige zu bezahlen hat, der sie verursacht hat, mithin die Beschwerdeführerin (§ 28 lit. a GSVGer in Verbindung mit Art. 108 der Schweizerischen Zivilprozessordnung). Das Gericht erkennt:

- 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 7 00.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Viktor Györfy

- 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, zu stellen.

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  
Schüpbach

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