

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00949 vom 12. Mai 2016**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-05-12, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2014.00949](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00949)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00949 du 12 mai 2016

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00949 del 12 maggio 2016

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts; ATSG). Sie 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).

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur so weit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

### **E. 1.2**

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. 8 ATSG) sind.

### **E. 1.3**

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 einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

## **E. 2**

Gegen die Verfügung vom 19. August 2014 erhob die Versicherte am 16. September 2014 Beschwerde und beantragte, diese sei aufzuheben und die Sache sei zu neuer Abklärung und Entscheidung zwecks Zusprechung einer Rente an die Verwaltung zurückzuweisen. In prozessualer Hinsicht sei ihr die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung zu gewähren (Urk. 1 S. 2). Die IV-Stelle schloss in ihrer Beschwerdeantwort vom 20. Oktober 2014 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 5). Mit gerichtlicher Verfügung vom 22. Oktober 2014 wurde der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Prozessführung gewährt und Rechtsanwalt Michael Ausfeld, Zürich, als unentgeltlicher Rechtsvertreter bestellt (Urk. 7).

In der Replik vom 5. November 2014 hielt die Beschwerdeführerin vollumfänglich an ihren Anträgen fest (Urk. 8). Die Beschwerdegegnerin verzichtete am 17. November 2014 auf das Einreichen einer Duplik (Urk. 10), was der Beschwerdeführerin mit Schreiben vom 19. November 2014 mitgeteilt wurde (Urk. 11).

Mit Gerichtsverfügung vom 19. Januar 2016 wurde den Parteien Gelegenheit gegeben, sich unter dem Blickwinkel der neuen Rechtsprechung zur Invaliditätsbemessung bei Schmerzstörungen ohne erkennbare organische Ursache und bei vergleichbaren psychosomatischen Leiden (BGE 141 V 281) zu äussern (Urk. 12). Die Stellungnahme der Beschwerdegegnerin erfolgte am 28. Januar 2016 (Urk. 14), jene der Beschwerdeführerin am 22. Februar 2016 (Urk. 15). Am 29. Februar 2016 wurden die Parteien über die Eingabe der jeweiligen Gegenpartei in Kenntnis gesetzt (Urk. 16).

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin stellte sich in der angefochtenen Verfügung auf den Standpunkt, die rheumatologisch-psychiatrische Begutachtung habe eine 70%ige Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit, welche zugleich einer behinderungsangepassten Tätigkeit entspreche, ergeben. Entsprechend verneinte sie bei einem Invaliditätsgrad von 30 % einen Rentenanspruch. Die weiteren eingereichten medizinischen Unterlagen seien der rheumatologischen Gutachterin

Dr. Y.\_\_\_\_ unterbreitet worden und hätten keine Änderung ihrer Beurteilung zur Folge gehabt. Die Berichte würden keine Zweifel am beweiskräftigen Gutachten erwecken (Urk. 2).

### **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin wandte hiergegen ein, Dr. Y.\_\_\_\_ sei zu Unrecht davon ausgegangen, es lägen keine aktiven entzündlichen Veränderungen vor und der neurologische Befund sei unauffällig (Urk. 1 S. 3). Vielmehr sei durch den Bericht von Dr.

Z.\_\_\_\_ aus dem Jahr 1988 ein massiver Vorzustand belegt und die A.\_\_\_\_ habe zuletzt am 3. Juni 2014 bestätigt, dass dieser Zustand aktuell noch andauere. Dabei handle es sich um eine neurologisch relevante Diagnose (Urk. 1 S. 6). Weiter beanstandete sie das Fehlen einer neuropsychologischen Abklärung, obwohl sie bereits nach dem Unfall im Jahre 197

## **E. 6**

über starke Kopfschmerzen und kognitive Einschränkungen geklagt gehabt habe und obwohl der Psychiater unter anderem die Diagnose eines organischen Psychosyndroms nach Schädelhirntrauma gestellt habe. Die Foers ter-Kriterien hätten ihrer Auffassung nach nicht zur Anwendung gelangen dürfen (Urk. 1 S. 4-5) . Im Rahmen einer neuropsychologischen Untersuchung sei auch zu klären, ob die neuropsychologischen Einschränkungen allenfalls durch das schwerwiegende Unfallereignis aus dem Jahr 1976 oder durch die invalidisierenden Schmerzen an den Facettengelenken mit eingengten Spinalkanälen bedingt sein könnten . Die Ärzte der A.\_\_\_\_ würden eine foraminale Einengung mit intermittierendem radikulärem Reizsyndrom sowie massive Schmerzen bestätigen und laut sämtlichen behandelnden Ärzten sei sie zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 1 S. 7).

Dass die CD mit den Originalaufnahmen der Szintigrafie nicht zu den Akten genommen worden sei, stelle eine Verletzung des rechtlichen Gehörs dar. Ebenso dass ihr die Äusserung von Dr. Y.\_\_\_\_ zum Bericht von Dr. med. Z.\_\_\_\_ , Facharzt für Chirurgie, vom 2. Januar 2008 (Urk. 6/143) nicht vorgelegt worden sei (Urk. 1 S. 5). Des Weiteren habe die Beschwerdegegnerin ihre Abklärungspflicht verletzt, indem sie nicht in Erfahrung gebracht habe, weshalb es infolge der Szintigraphie-Untersuchung zu einer paradoxen Reaktion gekommen sei (Urk. 1 S. 5-6). Ferner sei ihr ADHS bei der Begutachtung nicht gebührend berücksichtigt worden. Der psychiatrische Gutachter habe korrekterweise angeregt, ihre Belastbarkeit einmal gründlich zu untersuchen (Urk. 1 S. 6). Aus dem Gutachten von Dr. Y.\_\_\_\_ sei hingegen klar ihre Voreingenommenheit zugunsten der Beschwerdegegnerin ersichtlich (Urk. 1 S. 8).

In der Replik hielt die Beschwerdeführerin fest, Dr. Y.\_\_\_\_ sei in aktenwidriger Weise davon ausgegangen, es ergäben sich aus den im Vorbescheidverfahren eingereichten Berichten keine ihr nicht bereits bekannte Diagnosen. Jedoch sei im Bericht der A.\_\_\_\_ vom 6. Januar 2014 (Urk. 6/119/3) die Verdachtsdiagnose eines intermittierenden radikulären Reizsyndroms bestätigt worden. Im Sinne einer Eventualbegründung beanstandete sie zudem den von der IV-Stelle durchgeführten Einkommensvergleich (Urk.

### **E. 6.1**

Der Streitgegenstand des Verfahrens betrifft die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung. Das Verfahren ist daher kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ermessensweise auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen, zufolge der ihr gewährten unentgeltlichen Prozessführung (vgl. Urk. 7) jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen; dies unter Hinweis auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer).

### **E. 6.2**

Mit Kostennote vom 1. April 2016 machte der unentgeltliche Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin einen Aufwand von 12,75 Stunden und Fr. 43.60

Bar aus - la gen geltend (Urk. 1 7 ), wovon 9,17 Stunden des Aufwands bis Ende 2014 und 3,58 Stunden des Aufwands ab dem 1. Januar 2015 getätigt wurden. Unter Berücksichtigung der jeweils praxisgemäss geltenden Stundenansätze resultiert eine Entschädigung von Fr. 2'878.40 ( 9,17 Stunden x Fr. 200.-- [Fr. 1'834.--]

plus 3,58 Stunden x Fr. 220.-- [Fr. 787.60] zuzüglich Barauslagen von Fr. 43.60 zuzüglich Mehrwertsteuer von 8 % ) . Der geltend gemachte Aufwand ist angesichts der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses angemessen. Der unentgeltliche Rechtsvertreter ist demgemäss für seine Bemühungen und Barauslagen mit Fr. 2'878.40 (Mehrwertsteuer inbegriffen) aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Das Gericht erkennt:

1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin

auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Die Beschwerdeführerin wird

auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Michael Ausfeld, Zürich,

wird mit Fr. 2'878.40 (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt.

Die Beschwerdeführerin wird

auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Michael Ausfeld - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden ( Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1. Juli bis und mit dem 1. August sowie vom 1. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

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

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

**E. 8**

). 3. 3.1

Mit Schadenmeldung vom 13. September 2011 meldete die Beschwerdeführerin ihrer Unfallversicherung, dass sie am 2. September 2011 zuhause beim Putzen der Küchenschranke von der Leiter gestürzt sei und sich dabei eine Verstauchung des Daumens zugezogen habe (Urk. 6/66/1). Der erstbehandelnde Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte in seinem Bericht vom 25. Januar 2012 eine Stauchungsfraktur des Metacarpale-I-Köpfchens der rechten Hand sowie ein craniocepales Schmerzsyndrom nach Achsenstoss beim Sturz auf die rechte Hand bei vorbestehenden deutlichen degenerativen Veränderungen C3-C7 mit Osteochondrose und Foraminalstenosen C4 rechts, C5 beidseits und C6 rechts.

Als Nebendiagnose nannte er einen Status nach Autounfall in den 70er Jahren, anamnestisch mit traumatischer Hirnverletzung und HWS-Verletzung (Urk. 6/66/3). Er attestierte der Beschwerdeführerin vom 3. September bis zum 16. Oktober 2011 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, vom 17. bis am 30. Oktober 2011 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit und ab dem 12. Dezember 2011 wieder eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit. Ferner hielt er fest, für die Zeit vom 18. November bis am 11. Dezember 2011 sei ihr wegen starker Schmerzen durch die C.\_\_\_\_ eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ausgestellt worden (Urk. 6/66/5).

Am 8. März 2012 führte er zudem aus, es bestünden hauptsächlich körperliche Einschränkungen aufgrund der Exazerbation nach Sturz bei vorbestehenden, massiven degenerativen Veränderungen. Diese Schmerzen hätten sich chronifiziert. Die Beschwerdeführerin habe als Telefonistin Anrufe von Blinden und stark Sehbehinderten entgegengenommen und umgehend alles Gesprochene mit dem Computer aufgeschrieben. Dabei sei es zu einer deutlichen Zunahme der Spannung der Trapezius-Schulter-Nackmuskulatur mit Druckerhöhung auf die degenerativ schwer veränderte Halswirbelsäule gekommen, was die entsprechenden Schmerzen ausgelöst habe. Die bisherige Tätigkeit sei ihr daher nicht mehr zumutbar beziehungsweise es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100%. Die Beschwerdeführerin benötige eine wechselbelastende Tätigkeit, bei welcher sie die Schulter immer wieder lösen und lockern könne, was durch wechselnde Arbeitshaltungen automatisch geschehen könne. Sie sollte keine Lasten heben, ohne Zeitdruck arbeiten können und nicht in der gleichen Arbeitsposition verharren müssen. Unter optimalen Umständen könne sie ihre Arbeitsfähigkeit wieder deutlich steigern, sofern die Behandlung der Schmerzen in der A.\_\_\_\_ Erfolg zeige (Urk. 6/68/5-6).  
3.2

Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, führte in seinem Bericht vom 24. November 2011 aus, die neurologische Untersuchung habe kein sensomotorisches Defizit gezeigt. Die Elektrophysiologie sei vollständig normal gewesen. Somit könnten sowohl ein CTS als auch ein Sulcus-Ulnaris-Syndrom ausgeschlossen werden. Die Schmerzsymptomatik an der Halswirbelsäule sei vorwiegend muskuloskelettal beziehungsweise myofaszial bedingt. Eine sicher radikuläre Symptomatik bestehe aktuell nicht. Es habe sich auch keine radikuläre Irritation an der Halswirbelsäule auslösen lassen und es habe sich kein Anhalt für eine zervikale Wurzelläsion gezeigt. Die geklagten sensiblen Reizphänomene hätten somit bisher kein diagnostisch fassbares Korrelat (Urk. 6/66/10-11). 3.4

Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie und Handchirurgie, berichtete am 2. Dezember 2011, die Beschwerdeführerin leide seit Jahren an Kribbelparästhesien in beiden Händen eher rechtsbetont. Klinisch habe sich eine Hyposensibilität an den ersten drei Fingern rechts ohne wesentliche Thenaratrophy gezeigt. Die elektrophysiologische Abklärung habe keine

veränderten Werte ergeben, womit eine Diskrepanz zur Klinik bestehe (Urk. 6/66/9). 3. 5

Die Ärzte der A.\_\_\_\_, Neurologie,

nannten in ihrem Bericht vom 9. Januar 2012 die Diagnose eines chronifizierten Schmerzsyndroms mit Fokus auf die Halswirbelsäule mit Zervikobrachialsyndrom beidseits mit deutlichen degenerativen Veränderungen insbesondere C4-C7 mit Osteochondrose und Foraminalstenosen C4 rechts, C5 beidseits und C6 rechts. Sie gelangten zum Schluss, es könne weder ein Carpal-Tunnelsyndrom noch ein Sulcus

ulnaris-Syndrom nachgewiesen werden. Die im Rahmen eines chronifizierten generalisierten Schmerzsyndroms zu sehenden HWS-Beschwerden könnten durch die deutlichen degenerativen Veränderungen erklärt werden (Urk. 6/66/8). 3.6

Dem Bericht der C.\_\_\_\_ vom 8. Februar 2012 ist zu entnehmen, die Beschwerdeführerin leide seit 2002 an einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F33.11), an einem Cannabisabhängigkeitssyndrom (ICD-10: F12.24) sowie an einem Alkoholabhängigkeitssyndrom mit gegenwärtiger Abstinenz (ICD-10: F10.20; Urk. 6/77/1). Vom 18. November bis am 9. Dezember 2011 sei sie zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Sie berichte über ein chronifiziertes Schmerzsyndrom mit Fokus auf die Halswirbelsäule mit Zervikobrachialsyndrom beidseitig sowie ausstrahlende Schmerzen in beide Arme ohne ein eindeutiges somatisches Korrelat. Psychisch bestehe eine rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradiger Ausprägung mit Niedergeschlagenheit, Konzentrationsstörungen und vermindertem Vitalgefühl. Sie sei nicht in der Lage, ihre Arbeit als Sachbearbeiterin vollumfänglich mit der vom Arbeitgeber verlangten Leistung auszuüben. In welchem zeitlichen Rahmen die bisherige Tätigkeit noch zumutbar sei, könne nicht eindeutig bestimmt werden. Beim Pensum von 50 % sei sie vermehrt krank gewesen (Urk. 6/77/3). Es könne aber mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit beziehungsweise einer Erhöhung der Einsatzfähigkeit gerechnet werden (Urk. 6/77/4). Mittel bis stark eingeschränkt seien seit November 2011 das Konzentrations- und das Auffassungsvermögen, die Anpassungsfähigkeit sowie die Belastbarkeit (Urk. 6/77/5). In ihrem Bericht vom 15. Juni 2012 diagnostizierte die C.\_\_\_\_ ein massiv ausgeprägtes ADHS des Erwachsenenalters (Urk. 6/106/108). 3.7

Am 13. Dezember 2012 hielt Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie, A.\_\_\_\_, Manuelle Medizin, fest, die Beschwerdeführerin sei aufgrund der invalidisierenden zervikospondylogenen Schmerzen zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 6/93/5). 3.8

Die Hausärztin Dr. med. G.\_\_\_\_ nannte in ihrem Bericht vom 30. Januar 2013 als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein spondylogenes axiales Syndrom zervikal. Der seit 2008 bestehenden Depression mache sie hin gegen keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu (Urk. 6/95/1). Seit dem 29. Januar 2012 sei die Beschwerdeführerin deshalb in ihrer zuletzt ausgeübten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 6/95/2). Grundsätzlich seien ihr noch wechselbelastende Tätigkeiten während drei Stunden pro Tag sowie vorwiegend im Gehen ausgeübte Tätigkeiten und Rotation im Sitzen/Stehen zumutbar. Währenddem Auffassungsvermögen und Anpassungsfähigkeit uneingeschränkt seien, sei das Konzentrationsvermögen wegen Schwindels eingeschränkt und die Belastbarkeit aus körperlichen Gründen (Urk. 6/95/4). Zugleich gab sie an, eine andere (als die bisherige) zumutbare Tätigkeit komme nicht in Frage (Urk. 6/95/7). 3.9

Das Gutachten von Dr. Y.\_\_\_\_ vom 20. Juli 2013 gliedert sich in eine ausführliche Darstellung der Anamnese und der Aktuellegen, in Abschnitte über die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin zum aktuellen Leiden, die aktuelle Medikation, den internistisch-rheumatologischen Status und die Laborbefunde, sowie in eine Auflistung der rheumatologischen Diagnosen und die abschliessende Beurteilung der zu klärenden Fragen (vgl. Urk. 6/106/1). Die Untersuchung erfolgte am 17. Juni 2013 (Urk. 6/106/2).

Wie der Expertise zu entnehmen ist, klagte die Beschwerdeführerin in erster Linie über Schmerzen im Nacken und lumbal sowie

überall vom Kopf bis zu den Füßen. Sie habe wenig Kraft in den Händen und ihr würden oft Gegenstände aus den Händen fallen. Des Weiteren werde sie oft von Schwindel und Kopfschmerzen geplagt. Sie habe Mühe, sich zu konzentrieren. Wegen lumbaler Schmerzen könne sie nur eine Stunde lang sitzen. Nicht mehr arbeiten könne sie wegen der Schmerzen

(Urk. 6/106/61).

Dr. Y.\_\_\_\_ führte in ihrer Beurteilung aus, bei der Beschwerdeführerin handle es sich um eine kräftige Frau.

In der klinischen Untersuchung sei kein wesentlicher Befund vorhanden gewesen. Alle drei Wirbelsäulen-Abschnitte seien normal beweglich, radikuläre Zeichen seien nicht vorhanden und der Lasègue sei beidseits normal. Sie habe spontan den Langsitz eingenommen auf der Untersuchungsliege, was eine wesentliche lumbale neurale Kompression ausschliesse. Alle grossen peripheren Gelenke seien normal beweglich und die Muskulatur sei nirgends verspannt. In der Dolorimetrie seien alle 18 Tender Points pathologisch gewesen, jedoch auch sieben der acht Kontrollpunkte. Dies entspreche einem pathologischen Dolorimetrie-Befund im Sinne einer Schmerzausweitung. Die Bioimpedanz-Analyse zeige eine erfreulich grosse Muskelmasse von 52 %, welche den Normwert von 40 % deutlich übertreffe. Eine lang andauernde körperliche Schonung könne daraus nicht abgeleitet werden.

Dass die degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule szintigraphisch nicht vermehrt aktiv seien, stelle einen günstigen Befund dar. Dennoch hätten die Veränderungen im Bereich der Halswirbelsäule eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin. Die vorhandenen Befunde würden aber das Ausmass der geklagten Beschwerden nicht erklären. Die Ausübung einer angepassten Tätigkeit sei ihr zu 100 % zumutbar. Anhand der nach eigenen Angaben von der Gartenarbeit stammenden Gebrauchsspuren an den Fingerkuppen des Daumens und Zeigefingers beidseits sei ersichtlich, dass sie aktuell lang andauernd beide Hände kraftvoll einsetze (Urk. 6/106/72).

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte Dr. Y.\_\_\_\_ ein Zervikalsyndrom mit multisegmentalen fortgeschrittenen degenerativen Veränderungen mit Osteochondrosen, Spondylosen und ausgeprägten, rechtsbetonten Foraminalstenosen C3 bis C6 und mittelschweren Spinalkanalstenosen C4/C5 und C5/C6 ohne neurale Kompression, ohne aktive entzündliche Veränderungen sowie bei einem unauffälligen neurologischen Befund (Urk. 6/106/70). Durch die eingeschränkte Funktion der Halswirbelsäule sei sie limitiert (Urk. 6/106/74). Sie könne Lasten bis zu 15 Kilogramm heben oder tragen (leichtes bis mittel schweres Belastungsniveau). Die angestammte Tätigkeit bei der Firma H.\_\_\_\_ sei angepasst und deren Ausübung sei ihr zu 100 % zumutbar

(Urk. 6/106/75). 3.10

PD Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, begutachtete die Beschwerdeführerin am 22. August 2013 und erstattete sein psychiatrisches Gutachten am 30. August 2013 (Urk. 6/109/1). Er erhob die Anamnese (Urk. 6/109/2-4) sowie die objektiven Befunde (Urk. 6/109/8-9) und berücksichtigte die Angaben der Beschwerdeführerin zu ihren gesundheitlichen Problemen inklusive psychischer Verfassung, zu ihrem Tagesablauf, ihrem Umfeld und ihrer Arbeitsfähigkeit (Urk. 6/109/4-8). Er gelangte zu den

folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: einer selbstunsicheren (ICD-10: F60.6) und abhängigen (ICD-10: F60.7) Persönlichkeitsstörung, einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10: F33.4), einer Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0), einer neurasthenischen Entwicklung (ICD-10: F48.0) sowie eines organischen Psychosyndroms nach Schädelhirntrauma 1976 (ICD-10: F07.2). Ferner diagnostizierte er ein ADHS (ICD-10: F90.0), ein Alkoholabhängigkeitssyndrom mit gegenwärtiger Abstinenz (ICD-10: F10.20) sowie ein Cannabisabhängigkeitssyndrom (ICD-10: F12.24), mass diesen Diagnosen aber keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu (Urk. 6/109/9). In seiner Beurteilung führte er aus, die Beschwerdeführerin sei in erschwerten familiären Verhältnissen aufgewachsen, was die selbstunsichere und abhängige Persönlichkeitsstruktur begünstigt habe. Die Kardinalkriterien für eine regelrechte Persönlichkeitsstörung seien erfüllt, denn zentrale Bereiche des privaten, sozialen und beruflichen Lebens seien seit verhältnismässig frühem Lebensalter betroffen. Dass im Rahmen solcher Insuffizienzgefühle beziehungsweise der Selbstwertproblematik immer wieder auch klinisch manifeste depressive Episoden auftreten könnten, liege auf der Hand. An fast allen Arbeitsstellen habe der Arbeitgeber ihr gekündigt, weil sie mit der Zeit immer häufiger krank geworden sei, zum Beispiel mit grippalen Infekten, Bronchitiden oder Sinusitiden. Zusammen mit der von der Beschwerdeführerin beschriebenen Reizdarmsymptomatik (Diarrhoe) und den Schwindel- und Kopfschmerzepisoden sei hier von einer psychosomatischen Entwicklung im Sinne einer Somatisierungsstörung auszugehen. Diese weise darauf hin,

dass sich die Beschwerdeführerin wohl oftmals über ihre effektiven Ressourcen engagiert und schliesslich über den Weg der Somatisierung den Abbruch einer Arbeitsstelle verursacht habe. Zudem wies PD Dr. I.\_\_\_\_ darauf hin, dass das Postulat einer psychosomatischen Entwicklung vor dem Hintergrund des schweren Unfalls im Jahr 1976, zu welchem ihm keine Originalakten vorlägen, nur standhalten könne, wenn ausgeschlossen werden könne, dass es sich um ein organisches, zerebrales Syndrom handle (Urk. 6/109/10). Infolge der anhaltenden Schmerzen, trotz welcher die Beschwerdeführerin immer wieder arbeiten gegangen sei, habe sich eine neurasthenische Symptomatik entwickelt, die auch in engem Zusammenhang mit der Persönlichkeitsstörung stehe (Urk. 6/109/11). Zu den Funktionsfähigkeiten aus psychiatrischer Sicht führte PD Dr. I.\_\_\_\_ aus, die Persönlichkeitsstörung habe zeitlebens dazu geführt, dass die Beschwerdeführerin ihre eigenen Bedürfnisse wohl immer wieder vernachlässigt habe und möglicherweise wiederholt über ihre Ressourcen sowie ihre Schmerzen hinaus einer Arbeit nachgegangen sei. Die 70- oder 100%igen Tätigkeiten habe sie nicht problemlos meistern können. Insgesamt imponiere die Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht polymorbid, auch wenn zum Gutachtenszeitpunkt keine klinisch manifesten depressiven Symptome vorgelegen hätten. Das Zusammenspiel ihrer Persönlichkeitsstörung

mit der psychosomatischen Entwicklung, der Neurasthenie und der rezidivierenden depressiven Störung vermöge eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit zu erklären. Ihre Belastbarkeit sei nicht vollumfänglich erhalten. Es lägen relevante psychiatrische Komorbiditäten

sowie chronische körperliche Erkrankungen vor. Teilweise sei es zu einem sozialen Rückzug gekommen, indes nicht in allen Lebensbereichen. Die Beschwerdeführerin tätige einige Aktivitäten in ihrem Alltag, könne einem Teil ihrer Haushaltstätigkeiten nachgehen, mit einer gewissen Regelmässigkeit mit Hunden von berufstätigen Personen spazieren gehen, regelmässig Näh- und Strickarbeiten machen, lesen und sie berichte über einen intakten inneren Antrieb. Somit seien doch noch einige innerpsychische Ressourcen vorhanden. Die Beschwerden bestünden seit vielen Jahren und seien therapierefraktär. Die Beschwerdeführerin nehme gewissenhaft Antidepressiva und Concerta ein, was vermutlich zu einer gewissen psychischen Stabilität geführt habe. Die Gesamtheit der Beurteilungsdimensionen lasse darauf schliessen, dass die qualitativen Funktionsfähigkeiten die qualitativen Funktionseinbussen überwiegen und letztere insgesamt in der Höhe von 30 % festzusetzen seien. Somit betrage die Arbeitsfähigkeit sowohl in der angestammten als auch in einer Verweistätigkeit aus psychiatrischer Sicht 70 %.

Dies gelte mit Sicherheit ab dem Zeitpunkt der Untersuchung, man könne aber auch den letzten ausserhäuslichen Arbeitstag vom 30. April 2012 heranziehen

(Urk. 6/109/11-

### **E. 13**

).

#### **3.11**

Aus interdisziplinärer Sicht hielten Dr. Y. \_\_\_ und PD Dr. I. \_\_\_ fest, der Beschwerdeführerin sei die angestammte oder eine andere angepasste Tätigkeit zu 70 % zumutbar. Diese Angabe gelte seit dem Zeitpunkt der psychiatrischen Untersuchung vom 22. August 2013. Aus rheumatologischer Sicht sei es weder in der angestammten noch in einer anderen angepassten Tätigkeit je zu einer langfristigen Arbeitsunfähigkeit gekommen (Urk. 6/110). 3.12

Am 8. November 2013 führte PD

Dr. I. \_\_\_ präzisierend aus, er könne weiter hin rein hypothetisch nicht ausschliessen, dass ein Teil der psychischen Fehlentwicklungen mitunter auf das im Jahr 1976 erlittene Schädelhirntrauma beziehungsweise auf allfällige traumabedingte Folgen zurückzuführen seien. In diesem Fall wären aber allfällige sekundär zu diesem Trauma entstandene Funktionseinschränkungen bereits in seinem psychiatrischen Gutachten gewürdigt, zumal er die qualitativen Funktionsfähigkeiten in einer Gesamtschau diskutiert habe. Insofern seien zur versicherungsmedizinischen Beurteilung keine weiteren Untersuchungen erforderlich (Urk. 6/116/2). 4. 4.1 4.1.1

Die IV-Stelle stütze sich bei ihrer Entscheidung auf das interdisziplinäre

Gutachten von Dr. Y. \_\_\_ und PD Dr. I. \_\_\_ .

Dr. Y.\_\_\_\_ gelangte in ihrem Gutachten vom 20. Juli 2013 zum Schluss, die Beschwerdeführerin sei in einer Tätigkeit mit leichtem bis mittelschwerem Belastungsniveau nie lang andauernd arbeitsunfähig gewesen (Urk. 6/106/74-75).

Da die Beschwerdeführerin aus rheumatologisch-er Sicht einzig durch die eingeschränkte Funktion der Halswirbelsäule limitiert ist (Urk. 6/106/74), ist es nachvollziehbar, dass sie in einer rückenschonenden Tätigkeit, bei welcher mit Lasten von maximal

## **E. 15**

S. 2). In seiner Ergänzung zum Gutachten führte PD Dr. I.\_\_\_\_ am 8. November 2013 aus, es könne rein hypothetisch nicht ausgeschlossen werden, dass ein Teil der psychischen Fehlentwicklungen mitunter auf das 1976 erlittene Schädelhirntrauma beziehungsweise auf allfällige Trauma-bedingte Folgen zurückzuführen seien. In diesem Fall seien aber allfällige Funktionseinschränkungen, die sekundär zu diesem Trauma entstanden seien, bereits in seinem psychiatrischen Gutachten gewürdigt, zumal er die qualitativen Funktionsfähigkeiten breit diskutiert und darauf hingewiesen habe, dass die Diskussion „in einer Gesamtschau“ erfolgen müsse. Mit anderen Worten seien die heute vorliegenden qualitativen Funktionseinbussen durch die von ihm vorgenommene Würdigung abgedeckt. Insofern würden sich nach seinem Dafürhalten weitere Untersuchungen erübrigen (Urk. 6/116/2). Angesichts dieser Ergänzung ist nicht davon auszugehen, dass PD Dr. I.\_\_\_\_ keine abschliessende Beurteilung abgegeben hat. Vielmehr hat er sämtliche qualitativen Funktionseinbussen berücksichtigt - unabhängig davon, ob sie auf das 1976 erlittene Trauma oder auf eine psychische Erkrankung zurückzuführen sind. Im Übrigen spielt im Bereich der Invalidenversicherung die Ursache eines Leidens eine untergeordnete Rolle. Entscheidend ist die Auswirkung auf die Erwerbsfähigkeit. Diese hat PD Dr. I.\_\_\_\_ hinreichend beurteilt. Auch diesem Einwand ist daher nicht zu folgen. 5.

Da die zuletzt ausgeübte oder eine lohnmässig vergleichbare Tätigkeit (vgl. das Urteil des Bundesgerichts 8C\_364/2015 vom 18. Dezember 2015, E. 3.2) auch weiterhin, wenn auch in reduziertem Umfang, zumutbar ist (Urk. 6/110), ist der Invaliditätsgrad mittels eines Prozentvergleichs zu bestimmen. Mit anderen Worten entspricht die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit dem Invaliditätsgrad. Beim Prozentvergleich fällt ein leidensbedingter Abzug ausser Betracht (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_109/2013 vom 9 April 2013, E. 4.2 mit Hinweisen). Vorliegend betragen die Arbeitsunfähigkeit und damit auch der Invaliditätsgrad 30%, weswegen die Beschwerdeführerin keinen Rentenanspruch hat. Dementsprechend ist die Beschwerde abzuweisen. 6.

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