

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00022 vom 27. September 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-09-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00022

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00022 du 27 septembre 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00022 del 27 settembre 2016

Erwägungen

E. 1

Die 1959 geborene X.____, Telegrafistin, war ab 1995 bei der Y.____

tätig, ab 2012 als Mitarbeiterin im Compliance-Team im Schichtbetrieb in einem 90%-Pensum (Urk. 9/1). Am 27. September 2012 (Eingangsdatum) meldete sie sich unter Hinweis auf eine seit Januar 2012 bestehende Depression nach Mobbing am Arbeitsplatz (nebst einer gesundheitlichen Beeinträchtigung seit Schlaganfall 2009) bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (Urk. 9/3). Die IV-Stelle klärte die erwerblichen und medizinischen Verhältnisse ab. Am 15. November 2012 (Eingangsdatum) beantragte die Versicherte bei der IV-Stelle eine Hörgeräteversorgung (Urk. 9/11). Die IV-Stelle teilte der Versicherten am 14. Dezember 2012 mit, dass keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich seien (Urk. 9/17), und erteilte der Versicherten am 19. Dezember 2012 Kostengutsprache für eine Hörgerätepauschale (Urk. 9/20). Nach weiteren Abklärungen erteilte sie der Versicherten am 4. September 2013 sodann Kostengutsprache für eine berufliche Abklärung am Z.____ (Urk. 9/42). Die Versicherte meldete sich am 11. September 2013 telefonisch bei der IV-Stelle und teilte mit, dass sie nicht in der Lage sei, die berufliche Abklärung weiterzuführen (Urk. 9/46), weshalb die IV-Stelle am 13. September 2013

die zuvor erteilte Kostengutsprache per dato

aufhob (Urk. 9/50). Am 10. Januar 2014 veranlasste die IV-Stelle eine polydisziplinäre Begutachtung der Versicherten (Urk. 9/61). Das

A.____ erstattete das Gutachten am 28. April 2014 (Urk. 9/71). Mit Vorbescheid vom 31. Juli 2014 stellte die IV-Stelle der Versicherten die Ausrichtung einer ganzen Invalidenrente vom 1. Juni 2013 bis zum 31. Dezember 2013 in Aussicht (Urk. 9/78/4-9). Am 5. August 2014 informierte die Versicherte die IV-Stelle darüber, dass sie einen Kurs als Masseurin besucht

habe, und erbat um Übernahme der Kurskosten (Urk. 9/75; vgl. auch Urk. 9/77). Am 21. August 2014 erhob die Versicherte sodann Einwand gegen den Vorbescheid vom 31. Juli 2014 (Urk. 9/79). Die IV-Stelle tätigte in der Folge weitere medizinische Abklärungen. Am 6. Juli 2015 beantragte die Versicherte, mittlerweile anwaltlich vertreten, Frühinterventionsmassnahmen in Form einer Arbeitsvermittlung im Hinblick auf eine Stellenbewerbung (Urk. 9/95). Vom 28. Juli bis zum 19. August 2015 nahm sie an einem IV-Kurs zur Bewerbungstechnik teil (Urk. 9/107). Am 31. August 2015 ergänzte die Versicherte ihren Einwand und beantragte erneut Integrationsmassnahmen und berufliche

Massnahmen (Urk. 9/108). Mit Verfügung vom 19. November 2015 sprach die IV-Stelle der Versicherten eine ganze Invalidenrente vom 1. Juni 2013 bis zum 31. Dezember 2013 zu (Urk. 2 [= Urk. 9/120 und Urk. 9/113 f.). Am 27. November 2015 beantragte die Versicherte bei der IV-Stelle die Durchführung von Eingliederungsmassnahmen (Urk. 9/121).

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

mit Hinweisen) eine 100 %ige Arbeitstätigkeit

als Bankangestellte

zumutbar war. Zu berücksichtigen ist das von den Gutachtern erstellte Belastungsprofil beziehungsweise die damit einhergehende 20%ige Leistungsminderung. 6.

Daraus folgt, dass zur Bemessung des Invaliditätsgrades ein Prozentvergleich vorgenommen werden kann. Entgegen dem Vorbringen in der Beschwerde, wonach die Reduktion des Arbeitspensums aus gesundheitlichen Gründen erfolgt sei (Urk. 1 S. 25), gab die Beschwerdeführerin anlässlich des Standortgesprächs vom 19. Oktober 2012 an, das Pensum vor einigen Jahren auf 90 % reduziert zu haben, um ihrem Hobby mehr Zeit widmen zu können (Urk. 9/8/2). Dementsprechend ist davon auszugehen, dass sie auch ohne gesundheitliche Beeinträchtigung in einem freiwillig reduzierten Pensum von 90 % erwerbstätig wäre. Damit wird ein rentenbegründender Invaliditätsgrad von mindestens

40 % nicht einmal bei einem maximalen, vorliegend nicht gerechtfertigten, Abzug von 25 % erreicht (Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 18 % [= {100 % - 80 %} x 90 %] plus Abzug von 20 % [= 25 % von 80 %] ergibt 38 %). Demzufolge besteht kein Anspruch auf eine Invalidenrente. Für die Zeit vom 1. Juni 2013 bis zum 31. Dezember 2013 ist die der Beschwerdeführerin zugesprochene ganze Invalidenrente hingegen zu bestätigen, was indes auch nicht strittig ist. 7.

Die angefochtene Verfügung ist demnach nicht zu beanstanden, was zur Abweisung der Beschwerde führt, soweit darauf einzutreten ist.

E. 1.3

Entsprechend der Zielsetzung der Invalidenversicherung, die wirtschaftlichen Folgen der Invalidität zu mildern, ist das versicherte Risiko in der Invalidenversicherung die Erwerbsinvalidität, die von der effektiven, gesundheitlich bedingten Erwerbseinbusse abhängt. Eine versicherte Person, welche im Gesundheitsfall ihr wirtschaftliches Potential nicht voll ausnützt, indem sie zwar in der Lage wäre, voll erwerbstätig zu sein, sich aber für eine Teilzeitstelle entscheidet, um mehr Freizeit zu haben, begnügt sich mit einem Teilzeitlohn und verzichtet damit freiwillig auf einen Teil des Lohnes, den sie erzielen könnte, wenn sie vollerwerbstätig wäre. Dass ihr Erwerbseinkommen vermindert ist, stellt die Folge ihrer Wahl dar. Der nicht verwertete Teil ihrer Erwerbsfähigkeit ist damit nicht versichert und ein Ausgleich durch die Invalidenversicherung demzufolge nicht statthaft. Aus diesen Überlegungen ergibt sich, dass eine teilerwerbstätige versicherte Person ohne Aufgabenbereich eine gesundheitlich bedingte Erwerbseinbusse lediglich im Rahmen des versicherten Bereiches, welcher dem (hypothetischen) Beschäftigungsgrad entspricht, erleidet und deshalb auch nur in diesem Umfang ein Ausgleich stattfinden kann. Es verhält sich nicht anders als bei den Vollerwerbstätigen, bei welchen wegen des auf 100 % Bezugnehmenden Einkommensvergleichs (Art. 28a Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 16 ATSG) ebenfalls maximal ein dem versicherten Bereich (100 %) entsprechender Invaliditätsgrad (mithin maximal 100 %) resultieren kann. In Präzisierung der Rechtsprechung gemäss BGE 131 V 51 ist bei teilerwerbstätigen Versicherten ohne Aufgabenbereich die anhand der Einkommensvergleichsmethode (Art. 16 ATSG) zu ermittelnde Einschränkung im allein versicherten erwerblichen Bereich proportional - im Umfang der hypothetischen Teilerwerbstätigkeit - zu berücksichtigen. Der Invaliditätsgrad entspricht der proportionalen Einschränkung im erwerblichen Bereich und kann damit den versicherten Bereich, welcher durch das hypothetische Teilzeitpensum definiert wird, nicht übersteigen. Denn andernfalls könnte ein das hypothetische erwerbliche Pensum übersteigender Invaliditätsgrad resultieren, womit indirekt unzulässigerweise eine Einschränkung in den weder Erwerbs- noch Aufgabenbereich darstellenden, nicht versicherten Freizeitaktivitäten mitabgegolten würde (zur Publikation vorgesehene Urteil des Bundesgerichts 9C_178/2015 vom 4. Mai 2016 E. 7 mit weiteren 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.

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 arbeits unfähig 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

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H.

Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.).

E. 1.7

Für die Beurteilung der Gesetzmässigkeit der angefochtenen Verfügung ist für das Sozialversicherungsgericht in der Regel der Sachverhalt massgebend, der zur Zeit des Erlasses des angefochtenen Verwaltungsaktes gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung bilden (BGE 130 V 138 E. 2.1 mit Hinweis). Sie können indessen, unter Wahrung des rechtlichen Gehörs, berücksichtigt werden, wenn sie kurze Zeit nach dem Erlass des angefochtenen Entscheids eingetreten sind, sich ihre Beachtung aus prozessökonomischen Gründen unbedingt aufdrängt und sie hinreichend klar feststehen (BGE 105 V 156 E. 2d; ZAK 1984 S. 349 E. 1b). Dies ist der Fall, wenn sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Entscheiderlasses zu beeinflussen (BGE 99 V 98 E.

4 mit Hinweisen). 2.

E. 2

Am 5. Januar 2016 erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Simon Kehl, Beschwerde gegen die Rentenverfügung vom 19. November 2015 und beantragte, diese sei aufzuheben, und die Beschwerdegegnerin sei anzuweisen, mit der Beschwerdeführerin Integrationsmassnahmen und berufliche Massnahmen durchzuführen und hernach über den Rentenanspruch zu befinden; eventuell sei die Beschwerdegegnerin anzuweisen, der Beschwerdeführerin eine Rente auszurichten (Urk. 1 S. 2). Am 15. Januar 2016 teilte Rechtsanwalt Simon Kehl mit, dass neu an seiner Stelle Rechtsanwältin Evalotta Samuelsson die Beschwerdeführerin vertreten werde (Urk. 7). Mit Beschwerdeantwort vom 28. Januar 2016 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 8). Am 27. Juni 2016 wies sich Rechtsanwältin Evalotta Samuelsson als neue Vertreterin der Beschwerdeführerin aus und ersuchte um Aktenzustellung und Ansetzung eines zweiten Schriftenwechsels (Urk. 10 und Urk. 11). Mit Verfügung vom 29. Juni 2016 wurden Rechtsanwältin Evalotta Samuelsson die Akten zugestellt; auf die Anordnung eines weiteren Schriftenwechsels

wurde hingegen verzichtet, da ein solcher nicht erforderlich sei (Urk. 12). Am 22. August 2016 reichte Rechtsanwältin Evalotta Samuelsson eine Eingabe (Urk. 14)

sowie drei Beilagen (Urk. 15/1-3) zu den Akten. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

In der angefochtenen Verfügung erwog die Beschwerdegegnerin, die Beschwerdeführerin sei seit dem 1. Juni 2012 in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Der Gesundheitszustand habe sich per Ende September 2013 aber wieder verbessert. Ab dem 1. Juni 2013 (einjährige Wartezeit) habe die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine ganze Rente. Seit Ende September 2013 sei ihr die bisherige Tätigkeit, welche als angepasst zu bewerten sei, wieder zu 80 % zumutbar. Die 20%ige Einschränkung sei orthopädisch begründet. Unter Berücksichtigung der dreimonatigen Frist bei Verbesserungen erfolge die Rentenaufhebung somit per Januar 2014 (Urk. 2/1).

E. 2.2

Demgegenüber machte die Beschwerdeführerin zusammengefasst geltend, im Hinblick auf die seit Jahren bestehende Polyarthritiden würden sich die im Gutachten gestellten Diagnosen eines lumbospondylogenen Schmerzsyndroms, eines zervikovertebralen Syndroms und einer beginnenden Handwurzelarthrose als falsch und unvollständig erweisen (Urk. 1 S. 3-5 und S. 14). Mit Blick auf die falschen Diagnosen sei auch die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung aus orthopädischer Sicht nicht nachvollziehbar, die notwendigen Pausen würden das realisierbare Arbeitsvolumen auf ein 25%iges Pensum reduzieren (Urk. 1 S. 5 f. und S. 14 f.). Zur Begutachtung seien keine neuen Röntgenbilder angefertigt worden (Urk. 1 S. 15 f.). Die Beschwerdeführerin leide seit einem Hörsturz unter einem Dauertinnitus und einer Schwerhörigkeit beidseits. Sie sei deshalb auf ein Einzelbüro bzw. zumindest auf einen speziellen Schallschutz um den eigenen Arbeitsplatz angewiesen (Urk. 1 S. 6 und S. 16). Die Trübungen der Augen seien nicht berücksichtigt worden; eine Computerarbeit sei nicht mehr möglich (Urk. 1 S. 6 f. und S. 17). Auch die Folgen des Schlaganfalls wirkten sich auf die Leistungsfähigkeit aus (Urk. 1 S. 7 und S. 17 f.). Psychische Probleme hätten sodann schon länger bestanden; die Beschwerdeführerin sei wiederholt in ein tiefes Loch gefallen und nehme regelmässig starke Medikamente ein (Urk. 1 S. 7 f. und S. 18). Weiter sei sie bei der Arbeit bekannt dafür gewesen, die Sitzposition ständig ändern zu müssen.

Auch ihre Belastungsfähigkeit sei seit vielen Jahren durch die psychische Problematik herabgesetzt gewesen. Die zusätzlichen körperlichen Beschwerden hätten ebenfalls Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gehabt. Sie habe über all die Jahre faktisch einen geschützten Arbeitsplatz innegehabt mit einem sehr toleranten, verständnisvollen Vorgehen. Nach dem Wechsel auf die neue Abteilung anfangs 2012 habe niemand mehr auf ihre gesundheitlichen Einschränkungen Rücksicht genommen (Urk. 1 S. 11 f. und S. 20). Da sie aufgrund ihrer gesundheitlichen Beschwerden mit einem 100%-Pensum bereits seit vielen Jahren am Limit gewesen sei, habe sie ihr Arbeitspensum im Jahr 2003 auf 90 % reduziert (Urk. 1 S. 12 und S. 25). Hinsichtlich der Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung erweise sich das Gutachten als widersprüchlich (Urk. 1 S. 19). Die Gutachter hätten sodann die Wechselwirkungen zwischen den einzelnen Beschwerden nicht genügend berücksichtigt (Urk. 1 S. 22). Die Beschwerdeführerin habe Anspruch auf Massnahmen der Frühintervention und auf Eingliederungsmassnahmen, da sie zur Verwertung ihrer Restarbeitsfähigkeit auf Unterstützung angewiesen sei (Urk. 1 S. 23). In der Eingabe vom 22. August 2016 (Urk. 14) führte die Beschwerdeführerin sodann aus, aus dem beigelegten Bericht der Handchirurgin ergebe sich, dass ihr nur eine leichte angepasste Tätigkeit von circa 2 Stunden täglich zumutbar sei; eine Bürotätigkeit sei nicht mehr möglich. Weiter habe die durch das Regionale Arbeitsvermittlungszentrum (RAV) durchgeführte Eingliederungsmassnahme ergeben, dass die Tätigkeit am Telefon wegen der Schwerhörigkeit nicht ideal sei und Arbeiten am PC und am Scanner wegen der Augenrübungen unzumutbar seien. Auch der Wechsel ins B.____ sei misslungen, sodass der Integrationsversuch schliesslich abgebrochen worden sei. Aus dem neusten rheumatologischen Bericht gehe hervor, dass die Beschwerdeführerin wegen der Komplexität der statischen und gleichzeitig degenerativen Problematik nicht mehr als 50 % arbeitsfähig sei. Aufgrund der ausgeprägten multifaktoriell begründeten Polymorbidität stelle sich die Frage nach der Verwertbarkeit der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit. 3.

3.1

Im verwaltungsgerichtlichen Beschwerdeverfahren sind grundsätzlich nur Rechtsverhältnisse zu überprüfen beziehungsweise zu beurteilen, zu denen die zuständige Verwaltungsbehörde vorgängig verbindlich – in Form einer Verfügung – Stellung genommen hat. Insoweit bestimmt die Verfügung den beschwerdeweise weiterziehbaren Anfechtungsgegenstand. Umgekehrt fehlt es an einem Anfechtungsgegenstand und somit an einer Sachurteilsvoraussetzung, wenn und insoweit keine Verfügung ergangen ist (BGE 131 V 164 E. 2.1; 125 V 413 E. 1a). 3.2

Mit der angefochtenen Verfügung wurde ausschliesslich über die von der Beschwerdeführerin beantragte Rente entschieden. Soweit die Beschwerdeführerin mehr oder anderes verlangt, kann daher auf ihre Beschwerde nicht eingetreten werden. 4. 4.1

Das von der IV-Stelle eingeholte polydisziplinäre Gutachten der A.____ vom 28. April 2014 beruht auf Untersuchungen in den Fachgebieten Innere Medizin, Orthopädie/Traumatologie, Neurologie,

Otorhinolaryngologie

(HNO) und Psychiatrie (Urk. 9/71/1 -56). Im Gutachten wurden die folgenden Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt (Urk. 9/71/14): - Lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit/bei - klinisch funktionell zurzeit asymptomatischer Spondylolisthesis

vera L5/S1 Meyerding I, praesacrale

Osteochondrose - Cervicovertebrales Syndrom – klinisch-funktionell zurzeit weitgehend asymptomatisch bei röntgenologisch fortgeschrittenen bisegmentalen

Osteochondrosen und reaktiven Spondylolysen C5/6 und C6/7 sowie bei MRI-gesicherter Diskushernie C3/4 (05/2013) - Beginnende Handwurzelarthrose beidseits (Scaphoid / Trapezium) - Anpassungsstörung ICD-10 F43.2 (Mobbingproblematik entsprechend psychiatrischer Berichterstatter Dr. C.____ 24.06.2013) Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden die folgenden genannt (Urk. 9/71/14 f.): - Beginnende mediale Gonarthrose beider Kniegelenke (Röntgenbefund) – klinisch-funktionell zurzeit asymptomatisch - Intoleranz auf Milchprodukte und andere - Allergisches Asthma - Anamnestic Kolitis - Status nach Hysterektomie 2010 - Missbrauch von Benzodiazepin (ICD-10 F13.1) - Autonome somatoforme Störung (ICD-10 F45.4) - Rezidivierende Depression, derzeit remittiert (ICD-10 F33.4) - Probleme am Arbeitsplatz (ICD-10 Z56) - Spannungskopfschmerz - Status nach Apoplex 2008 - Sensorineurale Schwerhörigkeit beidseits, hochbetont mittleren Grades - Hörverlust rechts 36 %, links 23 % - Status nach beidseitiger Hörgeräteversorgung Dezember 2012 - Chronischer Dauertinnitus beidseits seit 2004, wahrscheinlich im Rahmen des sensorineuralen Hörverlustes zu interpretieren Unter dem Titel

„Synthese aus allen untersuchten Fachgebieten nach Konsens vom 24.04. 2014 “ wurde ausgeführt, die Anpassungsstörung sei isoliert im Hinblick auf den tatsächlichen letzten Arbeitsplatz zu betrachten. Anderweitige Tätigkeiten als Bankangestellte seien uneingeschränkt möglich. Darüber hinaus bestünden aus überwiegend präventiven Gründen geringe Beeinträchtigungen von Seiten des orthopädischen Fachgebietes. Es handle sich um teils fortgeschrittene röntgenpathologische Befunde im Bereich der Hals- und Lendenwirbelsäule und beider Handwurzelgelenke mit einer aktuell nur geringen klinisch funktionellen Symptomatik. Die orthopädischen Befunde begründeten eine Minderung der Leistungsfähigkeit von 20 % (Urk. 9/71/15). In der bisherigen Tätigkeit bestehe eine globale Restarbeitsfähigkeit von 80 % bei vollem Pensum und einer orthopädisch begründeten Minderung der Leistungsfähigkeit von 20 %. Der Beschwerdeführerin seien präventiv und zur Vermeidung von Beschwerdeprovokationen folgende orthopädisch reduzierte Tätigkeiten (Belastungs-/Ressourcenprofil) zumutbar: Leichte Arbeiten, wechselbelastend mit der Möglichkeit, die Arbeitsposition jeweils in einem freien Wechsel zwischen Sitzen, Stehen und Umhergehen ändern zu können. Zu meiden seien Arbeiten in Zwangshaltungen für die Halswirbelsäule (HWS) und für die Lendenwirbelsäule (LWS), z.B. auch mehrstündige ununterbrochene Bildschirmarbeiten. Gelegentliche PC-Arbeiten seien möglich. Repetitive Bewegungsanforderungen an den Rumpf seien zu meiden. Das Heben, Tragen und Bewegen von Lasten sei mit 10

kg limitiert. Tätigkeiten, welche ein ständiges festes Zupacken, Festhalten oder auch Feinarbeiten mit den Händen voraussetzen, seien ungünstig und würden Handwurzelbeschwerden provozieren. Wegen der beidseitigen Schwerhörigkeit bestehe die Notwendigkeit eines von Störgeräuschen freien Arbeitsplatzes. Die Beschwerdeführerin sollte nicht in einem Grossraumbüro untergebracht sein. Ideal wäre ein Einzelbüro oder zumindest ein Mehrpersonenbüro mit einem gewissen individuellen Schallschutz um den eigenen Arbeitsplatz herum (Urk. 9/71/16). Die Gutachter hielten sodann fest, Dr. C.____ habe der Beschwerdeführerin im September 2013 aufgrund der multiplen körperlichen Schmerzzustände aufgrund der Arthrose, des Zustands nach

Steissbeinfraktur sowie der Depression eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Offenbar sei sie damals noch deutlich depressiv verstimmt gewesen. Seither habe eine deutliche Besserung der Depression stattgefunden. Arztberichte seit September 2013 lägen nicht mehr vor, so dass nicht festgestellt werden könne, ab wann sich die Depression deutlich gebessert habe. Eine präzise Rückdatierung einer orthopädisch begründeten Minderung der Arbeitsfähigkeit sei anhand der vorliegenden Akten und aus der Anamnese nicht möglich. Es werde daher vorgeschlagen, ab dem Datum der Auflösung des letzten Arbeitsvertrages von einer Restarbeitsfähigkeit aus orthopädischer Sicht von global 80 % auszugehen. Die Prognose gelte mittelfristig als günstig. Naturgemäss sei allerdings im Laufe der Jahre mit einem Voranschreiten der degenerativen skelettären Veränderungen zu rechnen. Eine Re-Evaluation mache bei einer deutlich klinisch funktionell in den Vordergrund tretenden Symptomatik Sinn (Urk. 9/71/17). Der begutachtende Orthopäde führte aus, die allgemeine Mobilität sei inspektologisch nicht beeinträchtigt, das Gangbild sicher und harmonisch. Die Positionswechsel seien problemlos. Die circa 40minütige anamnestiche Befragung werde problemlos sitzend toleriert (Urk. 9/71/23). Die statischen Belastungsreserven der LWS, der HWS und beider Handwurzeln seien infolge frühzeitiger degenerativer Aufbruchschäden eingeschränkt. Röntgenologisch sei eine Spondylolisthesis

vera L5/S1 identifiziert worden, welche möglicherweise und irrtümlich in den früheren Dokumentationen als Steissbeinfraktur interpretiert worden sei. Das Steissbein selbst sei röntgenanatomisch vollständig intakt dargestellt. Die radiologisch am 28. Mai 2013 im MRI beschriebene kleine Diskushernie C3/4 trete klinisch-funktionell kaum in Erscheinung. Eine assoziierte Neuropathologie liege nicht vor (Urk. 9/71/26). Gegenüber dem begutachtenden Internisten schilderte die Beschwerdeführerin ihren Tagesablauf und die Freizeitgestaltung wie folgt: Sie stehe zwischen 07.00 und 08.00 Uhr auf, mache ihre Toilette und erledige die Hausarbeit. Bevor sie aus dem Haus gehe, kleide sie sich an, dann erledige sie Einkäufe, besuche manchmal ein Fitness-Studio und bringe das Mittagessen zu ihrer Mutter, welche in der Nähe wohne. Anschliessend spaziere sie oder fahre Velo. Nach ihrer Rückkehr nach Hause mache sie erneut Hausarbeiten. Lesen oder Arbeiten am PC könne sie nur sehr kurzfristig. Um 19.00 Uhr nehme sie manchmal ein Nachtessen ein, in der letzten Zeit esse sie häufig nichts mehr. Der Abend vergehe mit Fernsehen und Herumliegen. Zwischen 23.00 und 01.30 Uhr lege sie sich zur Nachtruhe hin. Mit Temesta schlafe sie gut ein und werde bloss wegen Nykturie oder Wallungen geweckt (Urk. 9/71/30 ; vgl. auch den gegenüber dem begutachtenden Neurologen [Urk. 9/71/37] und dem begutachtenden Psychiater [Urk. 9/71/45]

ähnlich geschilderten Tagesablauf). Der Facharzt für Neurologie hielt in seinem Teilgutachten fest, es sei von erheblicher Schwerhörigkeit beidseits auszugehen, welche mit Hörgeräten nicht optimal versorgt werde. Die Umgangssprache werde aber in der Untersuchungssituation ohne Einschränkungen gut verstanden, so dass aus der Schwerhörigkeit keine Leistungsminderung resultiere. Die Beschwerdeführerin berichte über Schmerzen im Steissbein und in beiden Oberschenkeln. Deshalb könne sie nicht lange sitzen. Bei der durchgeführten Exploration sitze sie aber über 90 Minuten, ohne im Weiteren irgendwelche verbalen oder nonverbalen Schmerzen anzugeben. Die neurologische Untersuchung zeige im Bereich des Rückens keinerlei Auffälligkeiten, sodass davon ausgegangen werden könne, dass Schmerzen in den angegebenen Bereichen, sollten sie bestehen oder bestanden haben, derzeit nicht relevant seien (Urk. 9/71/40).

Betreffend den Schlaganfall im Jahre 2008 zeige sich kein umschriebenes neurologisches Defizit. Die übermittelte Reflexe sprächen für einen gesteigerten vegetativen Tonus im Rahmen der psychiatrischen Grunderkrankung (Urk. 9/71/41). Der begutachtende Psychiater hielt zum Affekt Folgendes fest: Die Stimmungslage sei ausgeglichen, die affektive Auslenkbarkeit und Schwingungsfähigkeit seien leicht eingeschränkt. Die Beschwerdeführerin berichte völlig frei und ohne Einschränkungen. Rasch komme ein Dialog zu Stande, der auch von der Beschwerdeführerin unterhalten und vorangetrieben werde. Nur beim Ansprechen der als „Mobbing“ erlebten Situation am Arbeitsplatz zeige sie sich kurz depressiv verstimmt, sie vergiesse Tränen und die Stimme werde brüchig. Rasch kehre sie aber wieder in die ursprüngliche, weitgehend unauffällige affektive Ausgangslage zurück (Urk. 9/71/47). Der Gutachter äusserte sich angesichts der Vorgeschichte verwundert über das aktuelle Auftreten der Beschwerdeführerin. Offenbar sei durch die bisherige psychiatrische Behandlung die depressive Symptomatik fast vollständig zum Verschwinden gebracht worden. Die vormals diagnostizierte rezidivierende Depression sei fast vollständig remittiert. Das jetzige Bild entspreche einer leichten Anpassungsstörung. Soweit aus den Akten zu entnehmen sei, habe bisher keine befriedigende Erklärung für die Schmerzen im Bereich des Steissbeins und in den Schultern gefunden werden können. Angesichts der Vorgeschichte mit häufigen Schlägen in der Kindheit sei dies als autonome somatoforme Störung zu diagnostizieren. Diese sei allerdings gering ausgeprägt (Urk. 9/71/49). Zudem zeige sich keine andere psychische Komorbidität, zum Beispiel keine ausgeprägte Depression von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer. Auch andere schwere chronische Begleiterkrankungen liessen sich nicht feststellen. Die Beschwerdeführerin sei aktiv, habe selbst eine andere Ausbildung begonnen, plane, in einigen Monaten als Masseurin zu arbeiten, und versorge ihre Mutter. Somit sei kein sozialer Rückzug festzustellen. Auch sei kein verfestigter Verlauf der Erkrankung festzustellen. Angesichts der Tatsache, dass die Beschwerdeführerin heute allenfalls noch leicht depressiv im Rahmen ihrer Anpassungsstörung wirke, sei sodann von guten Behandlungsergebnissen auszugehen. Die Einschätzung des zuletzt behandelnden Psychiaters, wo sich die Beschwerdeführerin nach ihren eigenen Angaben zuletzt Ende 2013 vorgestellt habe, und des Z. ___ seien aus heutiger Sicht in keiner Weise nachvollziehbar. Vermutlich habe sich in den letzten Monaten weiter eine deutliche Verbesserung des psychischen Befundes ergeben (Urk. 9/71/49). 4.2

Dr. med. C. ___, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in seinem Bericht vom 9. September 2014 im Wesentlichen aus, es treffe auch heute noch zu, dass bei der Beschwerdeführerin ein wechselhafter Verlauf mit ungünstiger Prognose bestehe. Sie leide unter wiederkehrenden Depressionen, die vor allem in Belastungssituationen reaktiviert würden, wobei als Auslöser äusserer Druck, aber auch ihre diversen Schmerzzustände angesehen werden könnten. Trotz langjähriger, intensiver Behandlung mittels psychologischer und pharmakologischer Methoden hätten die Rezidive bis heute nicht verhindert werden können, die letzte grössere und längere depressive Phase habe von Februar bis April 2014 gedauert und sei erneut hochdosiert medikamentös behandelt worden. Als beste Therapie habe sich ihre Ausbildung in Wellness-Massage herausgestellt. Diese Aufgabe im Kontakt mit Menschen habe ihr eine gewisse Befriedigung und Stabilität gegeben. Allerdings sei der zeitliche Einsatz aufgrund der diversen schmerzhaften körperlichen Einschränkungen sehr beschränkt auf circa 2-3 Stunden pro Tag. Eine erneute Tätigkeit im Büro komme weder aus psychiatrischen noch aus körperlichen Gründen in

Frage. Die Beschwerdeführerin könne bestenfalls eine Arbeitsfähigkeit von 50 % erreichen (Urk. 9/83). 4 .3

Dr. med. D.____, Facharzt FMH für Chirurgie, speziell Handchirurgie, hielt im Bericht vom 8. Januar 2015 fest, er behandle die Beschwerdeführerin aufgrund einer beidseitigen Peritrapezialarthrose (an den Händen). Eine Trapeziumresektionarthroplastik rechts sei für den 20. Januar 2015 und links circa 2 Monate später vorgesehen. Auf Grund der Operationen resultiere eine Arbeitsunfähigkeit von je circa 10 Wochen, insgesamt also ungefähr 20 Wochen. Danach sollte der Daumen wieder voll einsetzbar sein. Auf Grund dieser Diagnose resultiere keine bleibende Invalidität (Urk. 9/86/6).

4 .4

Im Bericht vom 7. April 2015 stellte Dr. C.____ die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, nach schwerer Episode (ICD-10 F33.2) momentan mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), seit Juni 2012. Dr. C.____

verwies auf seine Berichte vom 9. September 2014 und vom 19. September 2013 und erklärte, diese hätten noch immer ihre volle Gültigkeit. Die eine Hand sei inzwischen aufwändig operiert worden (Dr. D.____), und der Eingriff an der zweiten Hand stehe bevor. Das Resultat sei bis heute nicht befriedigend, die Beschwerdeführerin leide unter Schmerzen und Einschränkungen. Dies wiederum habe Auswirkungen auf die von der Beschwerdeführerin absolvierte Ausbildung in therapeutischer Massage. Wegen der Handprobleme sei auch diese Arbeitsintegration gescheitert, und die Beschwerdeführerin sei abermals in eine tiefe, lange Depression gefallen. Sie werde weiterhin intensiv betreut, auch mit hoch dosierten Antidepressiva. Die Beschwerdeführerin sei im Februar 2015 am Rande eines Suizids gestanden, eine erneute psychiatrische Hospitalisation habe aber durch die Aufnahme und Pflege bei ihrem Bruder abgewendet werden können. Eine geeignete Eingliederung sei bei der Beschwerdeführerin bei der komplexen Situation beim besten Willen nicht zu sehen, so sehr sich die Beschwerdeführerin den Erhalt einer gewissen Restarbeitsfähigkeit auch wünsche. Sie sei arbeitsunfähig und es bestehe auch keine realistische Möglichkeit einer beruflichen Massnahme oder Eingliederung. Ihr sei deshalb eine ganze Rente zuzusprechen (Urk. 9/91/1-7). 5 .

5 .1

Das polydisziplinäre Gutachten der A.____

vom 28. April 2014 (Urk. 9/71) vermag die an eine beweiskräftige ärztliche Expertise gestellten Anforderungen voll umfänglich zu erfüllen (E. 1.6). So tätigten die Gutachter sorgfältige, umfassende Abklärungen, berücksichtigten die geklagten Beschwerden und begründeten ihre Einschätzung in nachvollziehbarer Weise sowie in Auseinandersetzung mit den Vorakten . Die Gutachter legten die medizinischen Zusammenhänge und die medizinische Situation einleuchtend dar und begründeten ihre Schlussfolgerungen nachvollziehbar. Dem Gutachten kommt somit volle Beweis kraft zu. 5 .2

Der Umstand, dass der begutachtende Orthopäde keine neuen Röntgenbilder anfertigen liess, vermag den Beweiswert des Gutachtens nicht zu schmälern . Die dem Gutachter zur Verfügung stehenden Röntgenaufnahmen waren nicht veraltet, d.h.

zwischen 11 und 13 Monate alt (Urk. 9/ 71/25). Grundsätzlich steht es sodann im Ermessen des Gutachters, welche Untersuchungen er als notwendig erachtet oder nicht. Dass er vorliegend auf neue bildgebende Abklärungen verzichtete, ist nicht zu beanstanden,

insbesondere da die Beschwerdeführerin zu diesem Zeitpunkt nicht über neu hinzugetretene Beschwerden geklagt hatte und sich radiologisch erhobene Veränderungen im (degenerativen) Wirbelsäulenbefund nicht notwendigerweise im Ausmass der funktionellen Einschränkung niederschlagen. Es gehört daher zur Aufgabe des Gutachters, den Befund anhand der Klinik zu überprüfen und dessen Auswirkungen bei der Untersuchung und im Alltag substantiiert darzulegen. Dazu gehören insbesondere auch Angaben zum beobachteten Verhalten, Feststellungen über die Konsistenz der gemachten Angaben, wie auch Hinweise, welche zur Annahme von Aggravation führen (Urteil 8C_282/2012 des Bundesgerichts vom 11. Mai 2012 E. 5). In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass die von Dr. med.

E.____, Spezialarzt FMH für Orthopädische Chirurgie, im Bericht vom 9. Dezember 2015 (Urk. 3/6) geübte Kritik am Gutachten fehlte, da Dr. E.____ keinen von ihm erhobenen Befund beschrieb, sondern seine Einschätzung bloss auf den radiologischen Befund vom 11. November 2015 (Bericht der Radiologie der F.____ vom 12. November 2015 [Urk. 3/5]) stützte, welcher für sich allein keine Rückschlüsse auf die Arbeitsfähigkeit zulässt. Im Übrigen kann dem begutachtenden Orthopäden nicht vorgeworfen werden, er habe die von ihm erhobenen Befunde in seiner Beurteilung nicht berücksichtigt. Er schätzte die Beschwerden betreffend den Bewegungsapparat als (teilweise) erklärbar ein und begründete damit eine 20%ige Minderung der Leistungsfähigkeit. Auch erstellte er ein Belastungsprofil für eine angepasste Tätigkeit, damit Beschwerdeprovokationen vermieden werden könnten (Urk. 9/71/26). Ferner wies er darauf hin, dass im Verlauf der nächsten Jahre mit einem kontinuierlichen Voranschreiten der degenerativen Schäden am Bewegungsapparat zu rechnen sei und eine Re-Evaluation bei einer klinisch in Erscheinung tretenden Progredienz der Symptomatik erforderlich werde (Urk. 9/71/27). Von einer klinisch in Erscheinung tretenden Progredienz konnte Dr. E.____ allerdings nicht berichten (Urk. 3/6).

Zu erwähnen bleibt noch, dass die Beschwerdeführerin, welche angab, nicht lange sitzen zu können (vgl. auch Urk. 1 S. 11), anlässlich der neurologischen Untersuchung in der Lage war, über 90 Minuten zu sitzen, ohne im Weiteren irgendwelche verbalen oder nonverbalen Schmerzen anzugeben (Urk. 9/71/40). Auch die circa 40minütige anamnestiche Befragung des Orthopäden wurde problemlos sitzend toleriert (Urk. 9/71/23; in Bezug auf die übrigen Untersuchungen fehlen entsprechende Hinweise). Der im Beschwerdeverfahren eingereichte Bericht (Urk. 15/3) von Dr. med. G.____, Facharzt FMH für Rheumatologie, worin ebenfalls zur gutachterlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit Stellung genommen wird, datiert vom 19. August 2016 und ist daher im vorliegenden Beschwerdeverfahren nicht mehr zu berücksichtigen (E. 1.7). Es ist aber darauf hinzuweisen, dass in der Anamnese von einem unveränderten Beschwerdebild berichtet wurde. 5.3

Ein Widerspruch im Gutachten betreffend die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung (Urk. 1 S. 19) lässt sich nicht erkennen. Der begutachtende Psychiater äusserte sich lediglich zu denjenigen Beschwerden, welche somatisch nicht hinreichend erklärbar waren, und diagnostizierte in diesem Zusammenhang angesichts der Vorgeschichte mit häufigen Schlägen in der Kindheit eine autonome somatoforme Störung, welche allerdings gering ausgeprägt sei (Urk. 9/71/49). Dies steht nicht im Widerspruch zur Feststellung des begutachtenden Orthopäden, dass die Beschwerden, soweit sie den Bewegungsapparat betreffen, morphologisch erklärbar seien (Urk. 9/71/26). Aus seiner

Arbeitsfähigkeitsbeurteilung erhellt, dass er die objektivierbaren Schmerzen durchaus berücksichtigte, im Übrigen aber nicht auf die subjektiven Schilderungen der Beschwerdeführerin abstellte. Was die autonome somatoforme Störung anbelangt, ist sodann festzuhalten, dass die Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt wurde, was bei einer Prüfung anhand der Indikatoren von BGE 141 V 281 nachvollziehbar erscheint, zumal nicht davon auszugehen ist, die Beschwerdeführerin sei am Rand ihrer physischen und psychischen Belastbarkeit. Der Tagesablauf der Beschwerdeführerin (E. 4.1) lässt auf einige vorhandene Ressourcen schliessen. 5.4

Auf die Beurteilung des sowohl vor der Begutachtung als auch danach behandelnden Psychiaters Dr. C.____ kann sodann nicht abgestellt werden. Der begutachtende Psychiater äusserte sich angesichts der Vorgeschichte verwundert über das aktuelle Auftreten der Beschwerdeführerin. Offenbar sei durch die bisherige psychiatrische Behandlung die depressive Symptomatik fast vollständig zum Verschwinden gebracht worden. Die vormals diagnostizierte rezidivierende Depression sei fast vollständig remittiert (Urk. 9/71/49). Die Einschätzung des zuletzt behandelnden Psychiaters, wo sich die Beschwerde führe nach ihren eigenen Angaben zuletzt Ende 2013 vorgestellt habe, sei in keiner Weise nachvollziehbar (Urk. 9/71/49). Im Übrigen ist in Bezug auf die Berichte von Dr. C.____ dem Umstand Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte und Ärztinnen mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc). 5.5

Weiter wurde eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund der Trübungen der Augen von einem Facharzt der Ophthalmologie nie attestiert. Dr. med. H.____, Fachärztin für Ophthalmologie, hielt in ihrem Bericht vom 9. Januar 2013 fest, gegen solche Glaskörpertrübungen könne man nichts machen, damit könne man aber leben (Urk. 9/26). 5.6

Nach der durchgeführten Operation an der rechten Hand durch Dr. D.____ (E. 4.3) begab sich die Beschwerdeführerin neu zu

Dr. med.

I.____, Fachärztin FMH für Handchirurgie und Orthopädische Chirurgie, in Behandlung. Diese führte in ihrem – im Beschwerdeverfahren eingereichten – Bericht vom 27. Januar 2016 (Urk. 15/1) aus, im Vordergrund stünden Klagen über persistierende Schmerzen im Bereich des operierten rechten Daumens ausgehend von der Daumenbasis, vor allem bewegungs- und belastungsabhängig, welche anders seien als die präoperativ geklagten Schmerzen. Dadurch bestünde eine erhebliche funktionelle Einschränkung sowohl für feinmotorische Tätigkeiten wie auch für längeres Arbeiten mit der Maus als auch ein Kraftverlust. Auf der rechten, operierten Seite bestünden zwei Problemkreise. Einerseits dürfte mindestens ein Teil der geklagten Schmerzen von der persistierenden Arthrose zwischen Scaphoid und Trapezoid ausgehen. Hier käme grundsätzlich die Reoperation mit Hemitrapezektomie und Interposition eines Sehnenstreifens infrage, mit an sich guten Erfahrungen bei diesem Vorgehen. Vorgängig zu einer solchen Behandlung sei es aber sinnvoll, das Gelenk zwischen Scaphoid und Trapezoid unter Bildwandlerkontrolle mit Lokalanästhesie und je nach Wunsch der Beschwerdeführerin auch mit Steroiden zu infiltrieren. Sollte sich dabei eine relevante Besserung zeigen, könnte eine ähnliche Wirkung von einer Reoperation erwartet werden. Leider sei nicht dokumentiert, ob die Beschwerdeführerin bereits präoperativ dieses ungünstige Greifmuster aufgewiesen habe.

Von ihr selbst werde dies negiert. Jedenfalls müsste hier mit Schienenanpassungen und ergotherapeutischem Training versucht werden, das Greifmuster zu ändern. Auf der linken Seite würden in erster Linie NSAR lokal (Flector-Pflaster) und die ergotherapeutische Schienenversorgung vorgeschlagen. Als nächster Schritt könne allenfalls eine Steroidinfiltration, insbesondere des STT Gelenkes, durchgeführt werden; ultima ratio

sei eine Operation. Die Erfahrung habe gezeigt, dass die Resultate deutlich besser seien, wenn bei gleichzeitiger STT-Arthrose die Trapezektomie und Aufhängeplastik mit einer Hemiresektion des Trapezoids kombiniert würden. Bezüglich der Problematik der Hände bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 75%. Vorstellbar wäre z.B. ein Einsatz circa zwei Stunden pro Tag in einer leichteren Tätigkeit wie die Betreuung von Kindern am Mittagstisch, Aufgabenhilfe oder Ähnliches. In einer Bürotätigkeit sei die Beschwerdeführerin derzeit nicht arbeitsfähig. Von einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit ging bereits Dr. D. ___ aus (E. 4.3). Offensichtlich bestehen auch gemäss Dr. I. ___ weitere Behandlungsoptionen, weshalb nicht von einer längerdauernden Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden kann. 5.7

Der Schlussbericht des Stellennetzes vom 18. Februar 2016 (Urk. 15/2) eignet sich sodann nicht, um an der Verwertbarkeit des Gutachtens etwas zu ändern, zumal darin vorwiegend bloss die subjektiven Beschwerdeschilderungen der Beschwerdeführerin wiedergegeben werden. 5.8

Nach dem Gesagten ist auf das Gutachten der A. ___ abzustellen, womit erstellt ist, dass der Beschwerdeführerin

jedenfalls im Zeitpunkt dieser polydisziplinären Begutachtung, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bereits einige Monate früher,

bei Aufbietung allen guten Willens (BGE 131 V 49 E.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 8

.

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 800.-- festzulegen und ausgangsgemäss von der Beschwerdeführerin zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf eingetreten wird. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zuge stellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Evalotta Samuelsson - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage eines Doppels von Urk. 14 und Kopien von Urk. 15/1-3 - 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 Hurst Muraro

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