

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00930 vom 29. März 2017**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-03-29, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2016.00930](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00930)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00930 du 29 mars 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00930 del 29 marzo 2017

## **Erwägungen**

### **E. 1**

8. Juni 2015 Einwand ( Urk. 7/69 und Urk.

7/72) und reichte neue Arztberichte zu den Akten ( Urk. 7/71, Urk. 7/77 und Urk. 7/79), worauf die IV-Stelle die Y.\_\_\_\_ um ergänzende Stellungnahme bat ( Urk. 7/82; vgl. die gutachterliche Stellungnahme vom 18. März 2016, Urk.

7/97). In der Zwischenzeit waren weitere Arztberichte eingegangen ( Urk. 7/92-93 und Urk. 7/82; vgl. auch die Stellungnahme des Rechtsvertreters der Versicherten vom 7. Juli 2016, Urk. 7/102 ). Die IV-Stelle nahm hierauf Rücksprache mit ihrem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; Stellungnahme vom 12. und telefonische Rücksprache vom

### **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).

### **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.

### **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). 2.

## **E. 2**

5. Mai 2016, Urk. 7/104 S. 4 ff.) und wies das Leistungsbegehren wie an gekündigt mit Verfügung vom 13. Juli 2016 ab (Urk.

2). Zudem forderte sie die Versicherte mit Schreiben vom gleichen Tag auf, sich im Rahmen ihrer Mitwirkungspflicht

der empfohlenen

Komplextherapie unter stationären Bedingungen in der Rheumaklinik des Z.\_\_\_\_ zu unterziehen (Urk. 7/105).

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete die das Leistungsbegehren abweisende Verfügung vom 13. Juli 2016 (Urk. 2) damit, dass der errechnete Invaliditätsgrad

unter der rentenbegründenden Schwelle von 40 % liege. Sie führte hierzu aus, die Ursache für die Arbeitsunfähigkeit sei nach wie vor strittig. Einerseits stehe eine psychiatrische Diagnose im Raum, dieser gegenüber stehe eine somatische Erkrankung. Welche Diagnose nun zutrefte, sei anhand der Aktenlage nicht beurteilbar. Bei Vorliegen eines komplexen regionalen Schmerzsyndroms (CRPS) müsse aus versicherungsmedizinischer Sicht von einer funktionellen Einarmigkeit ausgegangen werden. Allerdings sei selbst bei Vorliegen einer solchen Einschränkung von einer quantitativ uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit für eine körperlich sehr leichte Tätigkeit ohne Anforderungen an die Funktionsfähigkeit der linken Gebrauchshand auszugehen.

In der Beschwerdeantwort vom 4. Oktober 2016 (Urk. 6) hielt die Beschwerdegegnerin unter Verweis auf die Akten und insbesondere auf das polydisziplinäre Gutachten der Y.\_\_\_\_ vom 15. April 2015, die zusätzliche Stellungnahme vom 18. März 2016 sowie die Stellungnahmen des RAD an der Verfügung fest.

### **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin machte dagegen in der Beschwerde vom 2. September 2016 (Urk.

1) im Wesentlichen geltend, selbst die IV-Stelle räume ein, dass die Ursache für die Arbeitsunfähigkeit nach wie vor strittig sei und nebst dem CRPS auch weitere Diagnosen Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit haben könnten. Diese würden in der angefochtenen Verfügung vom 13. Juli 2016 jedoch nicht berücksichtigt und entsprechend seien weitere Abklärungen zu tätigen. Zudem sei der Invaliditätsgrad – selbst wenn lediglich ein CRPS mit funktioneller Einarmigkeit

anerkannt würde – höher als von der Beschwerdegegnerin angenommen (Ziff. 3 ff. S. 5 ff.).

Mit Eingabe vom 5. September 2016 liess die Beschwerdeführerin einen Bericht der Klinik für Rheumatologie des Z.\_\_\_\_

( Urk. 4) einreichen und den Antrag wie derholen, wonach die Sache zu weiteren Abklärung en und zur Neu Beurteilung an die Beschwerdeführerin zurückzuweisen sei ( Urk. 3; vgl. auch Urk. 8-11). 3.

### 3.1

Bei der am Unfalltag, 28. Februar 2013, erfolgten Erstkonsultation im Ambula to rium des A.\_\_\_\_ (Bericht vom 1 1. März 2013, Urk. 7/15/73) wurde eine Handkontusion links, eine Kontu sion der Lendenwirbelsäule sowie eine Kontu sion des linken Ellbogens diagnos tiziert. Die untersuchenden Ärzte berichteten, die Beschwerdeführerin spreche nur wenig Deutsch, die Tochter habe erzählt, ihre Mutter sei beim Streit zurück an einen Tisch geschubst worden. Initial habe sie kaum Schmerzen verspürt, im Tagesverlauf seien jedoch zunehmend Rü ckenschmerzen im Bereich der Len denwirbelsäule sowie Schmerzen im Bereich der linken Hand und des linken Ellbogens aufgetreten.

Die Ärzte gaben die folgenden Befunde an: An der Len denwirbelsäule bestehe paravertebral links eine leichte Klopfdolenz . Eine Prell marke sei nicht sichtbar. Die linke Hand sei inspektorisch unauffällig. Es liege eine Druckdolenz über dem Os metacarpale III vor. Die periphere Durchblutung, die Sensibilität und die Motorik seien intakt. Beim linken Ellbogen sei eine leichte Druckdolenz ubiqui tär vorhanden. Es liege keine Schwellung vor und die Beweglichkeit sei voll umfänglich erhalten. Die periphere Durchblutung, die Sensibilität und die Mo torik seien ebenfalls intakt. Das Röntgen der linken Hand habe keine ossäre Lä sion gezeigt. Sie attestierten der Beschwerdeführerin bis zum darauffolgenden Tag eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. 3. 2

Im Bericht vom 2 8. Mai 2013 ( Urk. 7/77/4- 6 ) an die Hausärztin med. pract . B.\_\_\_\_ , Fachärztin Allgemeinmedizin (D) , nannte Dr. med. C.\_\_\_\_ , leitender Arzt Handsprechstunde am A.\_\_\_\_ die folgenden Diagnosen: - Rehabilitationsdefizit der linken Hand bei Schmerzverarbeitungsstörung nach vermutlichem Distorsionstrauma der linken Hand im Rahmen eines Handgemenges vom 28.02.2013 - Vorbestehende Ulnaplustvariante mit Verkalkungszone distal des Processus

styloideus

ulnae - Nebendiagnosen: Depression / Diabetes Mellitus Typ 2, medikamentös behan delt

Dr. C.\_\_\_\_ gab an, die Beschwerdeführerin sei nach durchgeführter 3-Phasenske lettszintigraphie am D.\_\_\_\_ zur Verlaufskontrolle erschienen und habe über unveränderte Beschwerden berichtet, die hauptsächlich streck seitig über dem Radiokarpalgelenk sowie unter Aktivierung am III. und IV. Fin g er der linken Hand beschrieben würden. Sie gehe zweimal wöchentlich in die Ergotherapie. Nach telefonischer Rücksprache mit dem Ergotherapeuten habe dieser bislang in der Therapie keine sicheren Anzeichen eines CRPS gesehen und teile den Eindruck einer Schmer z verarbeitungsstörung. Nachdem er das Gespräch auf die psychische Verarbeitung des Unfallgeschehens gelenkt habe, habe die Beschwerdeführerin berichtet, dass sie aktuell bereits in psychiatrischer Betreuung sei.

Dr. C.\_\_\_\_ gab an, mittels MRI-Abklärung vom März 2013 sowie ergänzender Szintigraphie vom 5. Mai 2013 hätten relevante strukturelle Läsionen im Be reich der linken Hand weitestgehend ausgeschlossen werden können. Als Hauptbefund habe sich die vorbestehende Ulnaplustvariante sowie das Ossikel am Ulnaköpfchen gezeigt, was auf eine – Jahre zurückliegende – Verletzung ( Styloidfraktur ) zurückzuführen und keine Folge des Ereignisses vom 28.

Februar 2013 sei. Nach wie vor sehe er keine klaren Anhaltspunkte für ein manifestes CRPS. Er denke eher an eine Schmerzverarbeitungsstörung in Folge des offenbar recht traumatisierenden Ereignisses vom 28. Februar 2013. Im Vordergrund stehe somit die regelmässige Ergotherapie, begleitet durch eine intensive psychotherapeutisch/psychiatrische Betreuung. Unmittelbar handchirurgisch könnten der Beschwerdeführerin keine weiteren Optionen angeboten werden. 3. 3

Am 20. September 2013 berichtete die Hausärztin med. pract. B.\_\_\_\_

der IV-Stelle (Urk. 7/16/1-6). Sie attestierte eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 28.

Februar bis 27. September 2013 unter Nennung der folgenden Diagnosen (mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit): - Verdacht auf

Complex Regional Pain Syndrome linker dominanter Unterarm nach Distorsionstrauma am 28.02.2013 - Vorbestehende alte Fraktur am Prozessus

styloideus

ulnae distalis Datum? - Schmerzverarbeitungsstörung Datum unklar? - Verdacht auf posttraumatische Belastungsstörung seit dem Ereignis 28.02.2013

Med. pract.

B.\_\_\_\_ gab an, der Ehemann der Beschwerdeführerin habe vor einigen Jahren mehrere Myokardinfarkte erlitten, worauf die Beschwerdeführerin Existenzängste entwickelt habe, da er der Hauptverdiener und die Kinder noch im Kleinkindalter gewesen seien. Eine depressive Entwicklung habe sich in die späteren Lebensphasen eingeschlichen. Am 28. Februar 2013 hätten sie und ihr Mann sich mit einem Schuldner getroffen, wobei sich ein Streit entwickelt habe und der Schuldner sie am dominanten linken Arm verletzt habe. Seither sei es nicht zu einer Heilung gekommen trotz Ausschluss von ernsthaften Verletzungen. Sie gab weiter an, der linke

Arm werde am Ellbogen gebeugt und in Schonhaltung getragen. Er sei diskret geschwollen. Es zeige sich eine Hyperalgesie am Handgelenk, entlang des Mittelfingers, dorsal bestehe eine Hypoästhesie. Die Prognose sei unklar. Es bestehe eine Bewegungseinschränkung des dominanten linken Armes. Feinmotorische und kraftbenötigende Bewegungen könnten nicht durchgeführt werden, wie zum Beispiel das Wringen von nassen Putztüchern oder das Halten und Wischen mit Teleskopstangengeräten (Staubsauger, Wischapparate etc.). Psychisch besteht der Eindruck einer posttraumatischen Belastungsstörung. Mehrere Arbeitsversuche seien aus diesen Gründen gescheitert. Es sei momentan unklar, ob und in welchem Umfang eine behinderungsangepasste Tätigkeit möglich sei. Eine Einladung der Beschwerdeführerin zur Begutachtung bei den Fachärzten der IV-Stelle wäre empfehlenswert, da die Sache ihre „Urteilsfähigkeit“ als Hausärztin überschreite. 3. 4

Am 7. Oktober 2013 berichtete Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, der Hausärztin med. pract. B.\_\_\_\_ (Urk. 7/21). Er diagnostizierte Bewegungseinschränkungen, eine Kraftminderung, Schmerzen im Handbereich links sowie den dringenden Verdacht auf ein CRPS I, entstanden durch ein Distorsionstrauma der linken Hand im Rahmen eines Handgemenges vom 28. Februar 2013, sowie eine durch das obige Bild entstandene motorische axonale Störung des Nervus

medianus links (EN G-Befund) im Bereich des Karpal tunnels. Er gab an, beim Ereignis vom 28. Februar 2013 habe der Täter nach Angaben der Beschwerdeführerin ihre linke Hand so massiv verdreht, dass sie diese seither nicht mehr benutzen könne. Sie habe unmittelbar nach der Tätllichkeit eindeutige Beschwerden an der linken Hand verspürt. Er beurteilte die Beschwerdeführerin als unfallbedingt zu 100 % arbeitsunfähig und gab seinen Unmut über die Einstellung der Unfalltaggelder kund.

Am 16. Dezember 2013 berichtete Dr. E.\_\_\_\_ (Urk. 7/31/23-24), er habe am 12. Dezember 2013 eine Verlaufs-ENG-Untersuchung durchgeführt und eine Verschlechterung festgestellt. Er habe diesmal auch eine leichtgradige Kompression des Nervus

medianus links sowohl auf den motorischen als auch auf den sensiblen Fasern festgestellt. Ausserdem sei als neuer Befund ein leichtgradiges sensomotorisches Karpaltunnelsyndrom rechts aufgetreten, das auf die intensive Beanspruchung der rechten Hand zurückzuführen sei.

Im Bericht vom 27. Juni 2014 zuhanden der IV-Stelle (Urk. 7/36/5-7) nannte Dr. E.\_\_\_\_ die Diagnosen: - Komplexes regionales Schmerzsyndrom Typ I, entstanden durch ein Distorsions trauma der linken Hand im Rahmen eines Handgemenges vom 28.

Februar 2013 mit deutlicher Beweglichkeitseinschränkung, Kraftminderung, Schmerzen in der Hand und im Unterarm, sich verschlechternd - Durch das obige Krankheitsbild und unkorrekte Behandlung durch Ärzte und Verschlechterung bedingte depressive Verstimmung

Da die Beschwerdeführerin die linke Hand nicht mehr brauchen könne, sei sie auf dem freien Markt für jegliche Tätigkeiten zu über 70 % arbeitsunfähig. Sie könne in diesem Zustand nicht einmal einfache Tätigkeiten in einer geschützten Werkstätte erledigen oder nur mit Mühe und Not. 3. 5

Die Gutachter der Y.\_\_\_\_ stellten in ihrer Expertise zuhanden der IV-Stelle in den Fachgebieten Allgemeine Innere Medizin (med. pract. F.\_\_\_\_, Allgemeine Innere Medizin), Orthopädie (Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzttitel Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates), Neurologie (Dr. med. H.\_\_\_\_ und Prof. Dr. med. I.\_\_\_\_, Neurologie FMH) und Psychiatrie (med. pract. J.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH) vom 15. April 2015 (Urk. 7 / 60 / 1 - 5 3) nach Untersuchungen am 22. und 28. Oktober sowie 4. November 2014

unter Beizug einer Dolmetscherin für die türkische Sprache keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Die Diagnosen eines Senk-Spreiz-Platt-Knickfusses beidseits, einer Hypertonie, eines Diabetes mellitus sowie eines Opioid Fehlgebrauchs haben nach Einschätzung der Gutachter keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 50).

Die allgemeinmedizinische Gutachterin führte aus, es gebe keinen Anhaltspunkt für eine eigenständige allgemeinmedizinisch-internistische Erkrankung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Die arterielle Hypertonie sei medikamentös eingestellt. Zudem bestehe ein insulinpflichtiger Diabetes mellitus (S. 20 f.).

Der neurologische Gutachter gab an, im neurologischen Befund werde eine Sensibilitätsstörung des linken Armes ab dem distalen Oberarm links angegeben, die weder peripher nerval noch radikulär zuzuordnen sei. Bei unzureichender Mitarbeit der Begutachteten sei die Kraft der linken Hand nicht beurteilbar; die fehlenden Hinweise für eine muskuläre Atrophie würden jedoch gegen eine namhafte Inaktivität sprechen. Es werde weiter ein linksbetonter Klopfschmerz im Bereich des Retinaculum

flexorum

manus angegeben. Trophische Störungen hätten sich keine gefunden. Auch der weitere neurologische Befund sei regelrecht gewesen. Eine ergänzende elektroneurographische Zusatzdiagnostik der Arme habe beidseitig regelrechte Befunde und insbesondere keinen Anhalt für ein Karpaltunnelsyndrom oder eine anderweitige Schädigung der Nervi mediani gezeigt. Aktendokumentierte Vorbefunde mit vermeintlicher Schädigung der Nervi mediani – wobei zum Begutachtungszeitpunkt keine Detailbefunde elek-

trophysiologischer Voruntersuchungen vorgelegen hätten – hätten sich somit nicht bestätigt. Es sei offensichtlich zwischenzeitlich unter der konservativen Therapie mit volarer Handgelenksschiene zu einer Besserung und Normalisierung der elektrophysiologischen Befunde gekommen (S. 28).

Für ein aktendokumentiert mehrfach diskutiertes komplexes regionales Schmerzsyndrom finde sich bei fehlenden trophischen Störungen nach klinischen Kriterien kein Anhalt. Zudem hätten sich auch in den radiologischen Befunden einschliesslich des MRI der linken Hand vom Mai 2014 keine hierfür typischen Befunde gezeigt. Die Diagnose eines komplexen regionalen Schmerzsyndroms sei somit aus neurologischer Sicht nicht haltbar. Bei fehlen dem organischem Korrelat der geschilderten Beschwerden sei der bisherige, potentiell suchinduzierte Schmerzmittelkonsum kritisch zu hinterfragen (S. 28 f.).

Zusammenfassend ergebe sich aus neurologischer Sicht kein ausreichender Anhalt für eine organische Ursache der geschilderten Beschwerden und der Bewegungseinschränkung der linken Hand. Eine Minderung der Arbeitsfähigkeit sei aus neurologischer Sicht nicht attestierbar (S. 29).

Die orthopädische Gutachterin gab an, es habe sich bei der Untersuchung eine eingeschränkte Beweglichkeit des linken Handgelenkes unter Schmerzangabe gezeigt. Die Versicherte sei Linkshänderin. Die grobe Kraft der linken Hand sei stark vermindert dargeboten worden. Die Streckung des linken Daumens sei aktiv nicht geführt worden. Der Daumen sei spontan in Oppositionsstellung mit Beugung des Daumengrund- und endgelenkes gehalten worden. Der Faustschluss sei inkomplett und die Fingerstreckung unvollständig gewesen. Inter mittierend sei ein Tremor der linken Hand aufgefallen. Am linken Unterarm sei eine Hypästhesie angegeben worden. Im Bereich der linken Hand ab knapp proximal des Handgelenkspaltes seien komplette Missempfindungen bei Berührungen beschrieben worden (S. 37 f.).

Die objektiven Achsenkriterien eines komplexen regionalen Schmerzsyndroms seien nicht erfüllt: eine typische ossäre Bildmorphologie sei nicht belegt. Kutane Veränderungen im Sinne einer Hautverfärbung oder Glanzhaut, eine Temperaturdifferenz oder ein vermehrtes Schwitzen hätten nicht vorgelegen. Die dargebotene Bewegungsstörung und Schonhaltung sei ebenso gut im Rahmen einer gewillkürten Minderbewegung vorstellbar. Die neurologische Mitbegutachtung habe ebenfalls keinen Beleg für die genannte Diagnose und insbesondere auch keinen nervalen Störungsanhalt ergeben, der die demonstrierte motorische Einschränkung erklären könnte. Die Diagnose eines Morbus Sudeck beziehungsweise eines CRPS sei also allenfalls auf dem Boden der subjektiven Angaben vermehrten Schwitzens und einer Bewegungseinschränkung der Hand sowie lokaler Schmerzangaben als möglich anzusehen. Versicherungsmedizinisch reicht dies nicht aus. Im Fall der Beschwerdeführerin bleibe bei fehlenden objektiven Kriterien auch eine Artefaktstörung zu erwägen, zumal das reklamierte Schädigungsereignis ohne namhafte

Verletzung einhergegangen sei, ein biologisch adäquates Trauma hier also fehle (S. 38).

Der psychiatrische Gutachter gab an, im aktuellen AMDP-konform erhobenen Untersuchungsbefund falle eine Affektinkontinenz, die themenabhängig sei, bei ansonsten adäquater Affektivität und allenfalls leicht eingeschränkter Modulation auf. Die Darstellung der psychischen Beeinträchtigungen in den aktenkundigen medizinischen Unterlagen wirke insgesamt diffus und eine nachvollziehbare ICD-10-Diagnose werde letztlich nicht gestellt. Die Versicherte wirke weitstreckig adäquat und in der Gegenübertragung zeige sich ein nur geringer Leidensdruck. Erst nach Ansprechen allfälliger Einschränkungen zeige sich eine demonstrativ wirkende schmerzverzerrte Mimik und Gestik, die dann wieder aufhöre (S. 44 f.).

Gegen eine nachhaltige psychische Beeinträchtigung spreche, dass die Beschwerdeführerin eine intensiviertere stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Massnahme abgelehnt habe und auch weiterhin nicht für notwendig halte und bezogen auf die Therapiefrequenz bei ihrer Psychotherapeutin sehr vage und widersprüchliche Angaben mache. Die Achsensymptome einer depressiven Störung entsprechend den ICD-10-Kriterien, wie tiefe Traurigkeit, Antriebsminderung, Freud- und Interessenverlust und Schuldgefühle liessen sich nicht nachweisen. Albträume, Flashbacks, ein erhöhtes Angstniveau, mithin Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung seien nicht feststellbar und würden verneint. Ein unlösbarer psychischer Konflikt und eine massive Schmerzbeeinträchtigung als Indizien für eine somatoforme

Schmerzverarbeitungsstörung seien nicht nachweisbar. Psychiatrischerseits lasse sich somit lediglich eine subsyndromale psychische Beeinträchtigung als Reaktion auf von der Versicherten empfundenes Unrecht feststellen. Eine die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigende Diagnose könne nicht gestellt werden. Zusammenfassend bestehe von Seiten des psychiatrischen Fachgebietes somit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 45).

In der zusammenfassenden Konsensbeurteilung gaben die Gutachter an, die Arbeitsfähigkeit der Versicherten in der zuletzt ausgeübten sowie jedweller vergleichbarer oder auch einer anderen Tätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarkts sei nicht hinreichend wahrscheinlich als eingeschränkt anzusehen. Eine interistische Erkrankung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit liege nicht vor. Ein komplexes regionales Schmerzsyndrom sei allenfalls als möglich anzusehen. Eine namhafte psychiatrische Erkrankung liege ebenfalls nicht vor, insbesondere kein wesentliches depressives Syndrom (S. 46).

Im Verlaufsbericht zuhanden der Hausärztin med. pract.

B.\_\_\_\_ nannte Dr. med. K.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Rheumatologie und Innere Medizin, am 20. Juli 2015 (Urk. 7/77/1) die folgenden Diagnosen: 1. Handschmerzen links bei Status nach Distorsions trauma Hand links am 28.02.2013 - V.a. CRPS Hand links - MRI-Hand vom 15.05.2014: Synoviale Reizung im Carpusbereich. Pseudoarthrose des Proc. styloideus mit leichter Reizung des Pseudoarthrosenspalt es - Status nach intraartikulärer Steroidinfiltration mit Kenacort 10mg und Lidocain 1% am 19.05.2014 2. Karpaltunnelsyndrom links 3. Arterielle Hypertonie 4. Diabetes mellitus OAD 5. Dyslipidämie

Dr. K.\_\_\_\_ berichtete, die Beschwerdeführerin leide weiterhin an stark immobilisierenden Handschmerzen links. Trotz bisheriger Therapien mit Ausbau der Analgesie und

Ergotherapie sei keine Verbesserung der Symptomatik erreicht worden. Es zeige sich ganz im Gegenteil eine Beschwerdezunahme. Deswegen sei die Zuweisung in die Klinik für Rheumatologie des Z.\_\_\_\_ für eine multimodale Schmerztherapie sowie Evaluation der arbeitsbezogenen Leistungsfähigkeit erfolgt. 3. 7

Im Bericht der Klinik für Rheumatologie, Z.\_\_\_\_, vom 2. September 2015 über zwei Konsultationen am 4. und 25. August 2015 an die Hausärztin (Urk. 7/79) nannten die Ärzte die folgenden Diagnosen: 1.

Handschmerzen links, V.a. CRPS -

Zunehmende Schmerzen am radiocarpalen Gelenk, Ruheschmerzen, Flexion- und Extensiondefizit

Dig III und IV -

28.02.2013: traumatische Handdistorsion -

Bildgebung: – 28.02.2015: Rx Hand links d.p./schräg: kein Hinweis auf traumatisch bedingte ossäre Läsionen, deutliche Ulnarplusvariante mit starker Verkalkungszone oder Ossifikation distal des Proc. styloideus

ulnae – 15.05. 2014: MRI Hand links: Synoviale Reizung im Carpusbereich . Pseudoarthrose des Proc. styloideus , mit leichter Reizung des Pseudoarthrosespalt – 3-Phasenskelettszintigraphie vom 06.05.2013: Im arteriellen Einstrom der Vorderarme symmetrische Trophik beider Hände. Im Frühbild keine Hinweise für eine Synovitis oder ein CRPS. Im Spätbild minimale Umbauzone am Ulnaköpfchen links – 28.03.2013: MRI Hand links: Ossikel distal des Ulnaköpfchens mit einem Durchmesser bis 1 cm bei ausgeprägter Ulnarplusvarianz . Entsprechend einer chronischen ulno-carpalen

Impaktion zeigt sich eine leichte Signalalteration des Knorpels am Lunatum . Unauffällige Darstellung des luno-triquetralen Bandes, leichte Signalalteration in der Pars membranacea des scapho-lunaren Bandes -

Therapie – 07.05.2015: DMSO-Salbe und Micalcic Nasenspray ohne Besserung – 19.05.2015: intraartikuläre Steroidinfiltration mit Kenacort 10mg, und Lidocain 1% ohne Schmerzansprechen 2. Diabetes Mellitus 3. Akuten amnestisch Karpaltunnensyndrom 4. Arterielle Hypertonie 5. Dyslipidämie 6. V.a. depressive Verstimmung

Die Ärzte gaben an, insgesamt wiesen die Akten sowie der Verlauf mit laut Angabe der Hausärztin fortlaufender Verschlechterung der Befunde im Laufe der Zeit auf eine massive Schmerzverarbeitungsstörung hin. Diese Hypothese werde unterstützt durch den sehr traumatischen Ablauf des initialen Unfalls mit Gewaltsituation . Die vorgeschlagene Komplextherapie mit zweiwöchigem stationärem Aufenthalt komme für die Beschwerdeführerin zurzeit wegen Angstzuständen ihres Sohnes nicht in Frage . Es werde die Weiterführung der Ergotherapie zur Verhinderung eines Mobilitätsverlusts , eine erneute Aufnahme der unterbrochenen Psychotherapie und sobald möglich eine stationäre Komplextherapie empfohlen. 3.

**E. 7**

( / 15/26-28 ) und die dagegen von der Versicherten erhobene Einsprache mit Entscheidung vom 8. Mai

2014 ( Urk. 7/31/2-8) abgewiesen . Dieser Einspracheentscheid erwuchs in Rechtskraft , nachdem das hiesige Gericht die dagegen erhobene Beschwerde mit Urteil vom 23. November 2015 im Prozess Nr. UV.2014.00141 abgewiesen hatte und das Bundesgericht auf die dagegen erhobene Beschwerde mit Urteil vom 11. Februar 2016 nicht ein getreten war (Verfahren Nr. 8C\_10/2016). 2.

Gegen die Verfügung vom 13. Juli 2016

( Urk. 2) liess X.\_\_\_\_ am 2.

September 2016 Beschwerde ( Urk. 1) erheben und beantragen (S. 2), diese sei aufzuheben und es sei i hr eine Rente der Invalidenversicherung auszurichten. Eventuell sei die Sache für weitere Abklärungen und zur Neuurteilung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Mit Eingabe vom 5. September 2016 ( Urk. 3) liess die Beschwerdeführerin einen Bericht der Klinik für Rheumatologie des Z.\_\_\_\_

betreffend einen stationären Aufenthalt v om 8. bis 24. August 2016 ( Urk. 4) nachreichen. Die IV-Stelle schloss in ihrer Beschwerdeantwort vom 4.

Oktober 2016 auf Abweisung der Beschwerde ( Urk. 6), wovon die Beschwer deführerin mit Verfügung vom 5. Oktober 2016 in Kenntnis gesetzt wurde ( Urk. 8). Mit Eingabe vom 25. Oktober 2016 ( Urk. 9) liess die Beschwerdeführe rin den bereits am

5. September 2016 ( Urk. 3) aufgelegten Bericht erneut einrei chen ( Urk. 10), weshalb eine kurze telefonische Rücksprache erfolgte ( Urk. 11).

3.

Mit Gesuch vom 4. März 2016 ersuchte X.\_\_\_\_

um Revision

des Urteils des hiesigen Gerichts vom 23. November 2015 im Prozess Nr. UV.2014.00141 betreffend die Leistungspflicht des Unfallversicherers Visana Versicherungen AG. Dieses Gesuch wurde mit Urteil heutigen Datums abgewiesen (Prozess UV.2016.00171). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

## **E. 8**

Auf Bitte um eine Stellungnahme ( Urk. 7/82) gaben die Gutachter der Y.\_\_\_\_ am 18. März 2016 an ( Urk. 7/97), der Bericht der Rheumaklinik des Z.\_\_\_\_ vom 2.

September 2015 nenne unter dem Rubrum „Diagnose“ den Verdacht auf ein komplexes regionales Schmerzsyndrom („V.a. CRPS“), beschreibe im Befund und in den Zusatzuntersuchungen jedoch keine ausreichenden Zeichen eines CRPS und spreche in der Beurteilung von einer „massiven Schmerzverarbeitungsstörung“. Der Bericht sei also in sich unschlüssig und in seiner Konklusion paradox. Die schliesslich im Bericht vorrangig postulierte Diagnose einer Schmerzverarbeitungsstörung repräsentiere zudem eine psychiatrische Entität.

E ine psychiatrische Untersuchung sei jedoch gar nicht dokumentiert. Die Be richtenden hätten also mangels einer ausreichenden somatischen Erklärung „qua Ausschluss“ zu einer fachfremden Interpretation ohne Prüfung der diag nostischen Kriterien gegriffen, was versicherungsmedizinisch nicht genügen könne. Die Gutachter zitierten

sodann die Ausführungen im psychiatrischen Teilgutachten, wonach aus psychiatrischer Sicht keine die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigende Diagnose gestellt werden könne. 3.

## E. 9

Im an die Beschwerdeführerin adressierten Bericht vom 12. Februar 2016 über die Sprechstunde in der L.\_\_\_\_

vom 3. Februar 2016 nach einer Selbstzuweisung

( Urk. 7/92/1-2 ) nannte n

Dr. med. M.\_\_\_\_, Assistenzarzt Orthopädie, und PD Dr. med. N.\_\_\_\_, Stv. Chefarzt Handchirurgie, die Diagnosen: 1.

Ausgeprägtes CRPS Hand links mit/bei: - Status nach Handgelenksdistorsionstrauma am 28.2.2016 (gemeint ist offensichtlich 2013) - Status nach radiologisch alter Ulnastyloidfraktur und wahrscheinlich distaler Radiusfraktur 2.

Diabetes mellitus Typ 2 - unter Insulintherapie 3.

Arterielle Hypertonie 4.

Dyslipidämie

Die Ärzte gaben an, die Beschwerdeführerin habe sich erneut vorgestellt mit der Frage bezüglich Unfallereignis vom Februar 2013, da ein solches durch die Unfallversicherung nicht anerkannt werde. Hier sei die Beschwerdeführerin initial notfallmässig im A.\_\_\_\_ zum Ausschluss einer frischen ossären Läsion gewesen. Anschliessend sei sie ihnen bei Schmerzpersistenz zugewiesen worden, in dessen Rahmen sie die Beschwerdeführerin im Mai 2013 das erste Mal beurteilt hätten. Dort seien die Schmerzen im Rahmen der Handgelenksdistorsion interpretiert worden. Radiologisch habe man damals eine alte Styloidfraktur sowie eine dorsale Verkipfung des distalen Radius gesehen, ohne dass sich die Beschwerdeführerin an ein früheres Unfallereignis erinnert habe. Die damals klinisch objektivierbare distale Radioulnargelenksinstabilität sei klinisch nicht schmerzhaft gewesen. Somit sei die Beschwerdeführerin ergotherapeutisch nachbehandelt worden. Auswärtig sei dann im Verlauf ein CRPS diagnostiziert und die Beschwerdeführerin von mehreren Stellen behandelt worden, sowohl von der Rheumatologie wie auch der Schmerzklinik des Z.\_\_\_\_. Ergotherapie be treibe die Beschwerdeführerin seit dem Unfallereignis regelmässig ohne wirkliche Verbesserung des Zustandes, aber auch ohne eine deutliche Verschlechterung zu verspüren. Bereits im Bericht aus dem Jahr 2013 sei erwähnt worden, dass es sich um eine Handgelenksdistorsion gehandelt habe. Bei der damaligen Vorstellung habe sich kein eindeutiges CRPS gezeigt. Dies habe sich im Verlauf entwickelt. Anamnestisch und in der Zusammenschau der Berichte sei aus ihrer Sicht eindeutig klar, dass dieses CRPS durch eine Handgelenksdistorsion ausgelöst worden sei. Diesbezüglich spielten die Vorschäden wie die bereits vorhandene Ulnastyloidfraktur und Dorsalverkipfung des Radius keine wesentliche Rolle. Die Beschwerdeführerin sei stark invalidisiert, weshalb sie dem CRPS - Spezialisten im Haus, PD Dr. O.\_\_\_\_ von der Rheumatologie, zu allfälligen weiteren Optionen einer CRPS-Therapie zugewiesen werde. Zur Arbeitsfähigkeit nahmen die Orthopäden der L.\_\_\_\_ keine Stellung. 3. 10

Im Sprechstundenbericht vom 24. Februar 2016 (Urk. 7/93) nannte PD Dr. med. O.\_\_\_\_, Chefarzt Rheumatologie der L.\_\_\_\_, die folgenden Diagnosen: 1.

C RPS I Hand links (Erstmanifestation 2013) - Status nach Handgelenksdistorsionstrauma links am 28.2.2013

Diabetes mellitus Typ II (insulinpflichtig)

3.

Arterielle Hypertonie 4.

Dyslipidämie

Er gab an, es bestehe eine leichte Schwellung und ein Lymphoedem über den Langfingern. Im Verlauf der Untersuchung zeige sich eine bläulich rötliche Verfärbung. Im Vergleich zur Gegenseite bestehe eine Temperaturdifferenz von  $-0,5\text{ }^{\circ}\text{C}$ . Es bestehe keine Hyperhidrose und keine Hypertrichose. An der linken Hand sei keine aktive Beweglichkeit möglich; am Handgelenk lediglich Pronation und Supination  $60-10-0^{\circ}$ . Es bestehe eine deutliche Allodynie an der linken Hand. Unter den gegebenen Umständen seien die therapeutischen Massnahmen limitiert. Es sei kein konkreter Verlaufstermin vereinbar worden. Die Beschwerdeführerin werde das weitere Vorgehen mit der behandelnden Rheumatologin besprechen. Zur Arbeitsfähigkeit nahm Dr. O.\_\_\_\_ keine Stellung. 3.11

Der RAD-Arzt Dr. med. P.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, gab in seiner Aktenbeurteilung vom 12. Mai 2016 (Urk. 7/104 S.

5 f.) an, die Gutachter der Y.\_\_\_\_ hielten an ihrer Beurteilung fest, dass kein sicherer Hinweis für ein CRPS und kein Anhalt für eine Schmerzverarbeitungsstörung bestehe. Demgegenüber würden sowohl die Q.\_\_\_\_

(März 2015) als auch die Abteilungen Handchirurgie und Rheumatologie der R.\_\_\_\_

(Februar 2015) die Diagnose eines CRPS I als gesichert ansehen, wohin gegen die Rheumaklinik des Z.\_\_\_\_

(August 2015) aufgrund der Aktenlage und des Verlaufs von einer „massiven Schmerzverarbeitungsstörung“ ausgegangen sei und eine stationäre Komplextherapie empfohlen habe, welche die Versicherte damals und offenbar noch immer aus psychosozialen Gründen ablehne. Es stünden sich also eine somatische wie auch eine psychiatrische Diagnose diametral gegenüber, wobei es für jede gute Argumente dafür und dagegen gebe. Rein nach Aktenlage sei eine Entscheidung, welche Diagnose zutreffe, in diesem Fall nicht möglich. Aus versicherungsmedizinischer Sicht sei unter Berücksichtigung der aktuellen Arztberichte der L.\_\_\_\_ im Rahmen der „normativen Kraft des Faktischen“ von einer derzeit tatsächlich vorhandenen Funktionslosigkeit der (dominanten) linken Hand auszugehen, ungeachtet deren letztendlichen Ursache. Im Rahmen der Mitwirkungspflicht sei jedoch aus medizinischer Sicht von der Beschwerdeführerin zu verlangen, dass sie zumindest die von der Rheumaklinik des Z.\_\_\_\_ empfohlene, nichtinvasive sogenannte Komplextherapie unter stationären Bedingungen wahrnehme. Aus versicherungsmedizinischer Sicht sei selbst bei Anerkennung einer „funktionellen Einarmigkeit“ von einer quantitativ uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit für eine körperlich sehr leichte Tätigkeit ohne Anforderungen an die Funktionsfähigkeit der (dominanten) linken Gebrauchshand auszugehen. 3.12

Im dem im Beschwerdeverfahren aufgelegten Austrittsbericht der Klinik für Rheumatologie des Z.\_\_\_\_ vom 24. August 2016 betreffend eine Hospitalisierung vom 9. bis 24. August 2016 (Urk. 4) nannten Dr. med. S.\_\_\_\_, Assistenzarzt, und Dr. med. T.\_\_\_\_,

Oberarzt, die folgenden Diagnosen: 1. CRPS Stadium I Hand links, EM 2013 -  
nach Handgelenksdistorsionstrauma 02/13 -

Klinik: – Dauerschmerzen am Radiokarpalgelenk mit Nachtschmerzen. Ausgeprägte Berührungsempfindlichkeit, intermittierende Schwellungsneigungen mit Verfärbungen, abwechselnd Hitze und Kältegefühl, Hyperhidrose sowie ausgeprägte Funktionseinschränkungen -

Bildgebung: – Rx Hand links 02/13: kein Hinweis auf traumatisch bedingte ossäre Läsionen, deutliche Ulnarplusvariante mit starker Verkalkungszone oder Ossifikation distal des Proc. styloideus

ulnae – MRI Hand links 03/13: Ossikel distal des Ulnaköpfchens mit einem Durchmesser bis 1

cm bei ausgeprägter Ulnarplusvarianz. Entsprechend einer chronischen ulno-carpalen

Impaktion zeigt sich eine leichte Signalalteration des Knorpels am Lunatum. Unauffällige Darstellung des luno-triquetralen Bandes, leichte Signalalteration in der Pars membranacea des scapho-lunaren Bandes – 3-Phasenskelettszintigraphie 05/13: Im arteriellen Einstrom der Vorderarme symmetrische Trophik beider Hände. Im Frühbild keine Hinweise für eine Synovitis oder ein CRPS. Im Spätbild minimale Umbauzone am Ulnaköpfchen links – MRI Hand links 05/14: Synoviale Reizung im Carpusbereich. Pseudoarthrose des Proc. styloideus, mit leichter Reizung des Pseudoarthrosespaltens -

Therapie n: Status nach – 03/15: diagnostische Blockade und Infiltration mit Bupivacain 0.25

% 3

ml des G. stellatum links, Schmerzreduktion von 9 auf 7/10 NRS, U.\_\_\_\_ – 05/15: Infiltration mit Lidocain 2

% 1

ml, gepulste Radiofrequenztherapie Spinalwurzel C8 links mit Schmerzreduktion von 10 auf 6/10 NRS, U.\_\_\_\_ – 05/15: intraartikuläre Steroidinfiltration mit Kenacort

## **E. 10**

S. 2 Mitte), wobei unklar bleibt, wer diese Diagnose stellte und auf welche Befunde dabei abgestützt wurde. 4.4.4

Soweit die Beschwerdeführerin auf denkbare zahlreiche weitere Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit verweist, ist festzuhalten, dass es nicht Aufgabe der Beschwerdegegnerin ist, ohne konkrete medizinische Anhaltspunkte eine umfassende Gesamtuntersuchung jeder versicherten Person vorzunehmen, um sich auf die Suche nach möglichen unentdeckten und sich bislang nicht manifestierten Krankheiten zu machen. Im Gegenteil reduziert sich die Beschwerdekongstellatation vorliegend auf die verletzte linke Hand, welche Problematik umfassend gewürdigt wurde, und allenfalls die psychische Verfassung, welche sich bis zum massgebenden Zeitpunkt nicht in relevanter Weise verdichtet hat. 4.5

Diese Erwägungen führen zur Abweisung der Beschwerde.

5 .

Da es 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) , auf Fr. 700.-- anzusetzen und

entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der

Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Tomas Kempf -  
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für  
Sozialversicherungen 4 .

Gegen diese Entscheidung 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  
Gräub-Oertli

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