

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01098 vom 4. Januar 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-01-04, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.01098

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01098 du 4 janvier 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01098 del 4 gennaio 2018

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). 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

und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 2.1 mit Hinweisen).

E. 1.3

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C_261/2009 vom 11. Mai

2009 E.

E. 1.4

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

E. 2

Gegen die Verfügung vom 30. August 2016 (Urk. 2) erhob die Versicherte am 3. Oktober 2016 Beschwerde mit dem Antrag auf deren Aufhebung und Zusprache einer ganzen Invalidenrente (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 7. November 2016 (Urk. 6) beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführerin am 23. November 2017 mitgeteilt wurde (Urk. 8). Am 3. April 2017 reichte die Beschwerdeführerin weitere Arztberichte (Urk.10/1-4) ein, wovon die Beschwerdegegnerin am 4. April 2017 in Kenntnis gesetzt wurde (Urk. 11). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete den angefochtenen Entscheid (Urk. 2) wie folgt: Die Beschwerdeführerin habe vom 1. Dezember 2006 bis zum 29. Februar 2008 Anspruch auf eine befristete ganze Rente gehabt. Ab November 2007 habe sich ihr Zustand so verbessert, dass ihr leidensangepasste Tätigkeiten im Rahmen von 80 % zumutbar gewesen seien. Dies sei gerichtlich bestätigt worden. Die im März 2014 geltend gemachte Verschlechterung sei psychisch bedingt. Die Beschwerdeführerin verfüge jedoch über genügend Ressourcen, um die leichte bis mittelgradige depressive Störung zu überwinden. Aus somatischer Sicht habe sich der Gesundheitszustand nicht verändert und es könne weiterhin von einer Arbeitsfähigkeit von 80 % für leidensangepasste Tätigkeiten ausgegangen werden. Dies entspreche dem bisherigen Invaliditätsgrad von 9 %. Gutachterlich werde bestätigt, dass die psychische Erkrankung noch behandelbar sei. Der Suva-Gutachter habe zudem nicht angegeben, auf welche Akten und MRI-Befunde er sich stütze, und habe die Gewichtslimite nicht festgelegt. Für den Zeitraum bis November 2011 habe das hiesige Gericht auf das Gutachten der Y.____ vom November 2011 abgestellt (S. 2 f.).

E. 2.2

Dem hielt die Beschwerdeführerin entgegen (Urk. 1), gemäss der von der Suva veranlassten handchirurgischen Begutachtung durch Dr. A.____ seien nur noch wenige Tätigkeiten zumutbar, weshalb die Suva ihr eine Rente von 61 % zugesprochen habe. Auf die Beurteilung durch die Ärzte des Z.____ könne dagegen nicht abgestellt werden, insbesondere die Beurteilung durch Dr. B.____ sei widersprüchlich und nicht genügend begründet. Auch verursache aus psychiatrischer Sicht bereits ihre Depression eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % und diese Einschränkung werde durch eine somatoforme Schmerzstörung noch erhöht. Es sei eine Indikatorenprüfung vorzunehmen, welche zeige, dass die somatoforme Schmerzstörung nicht überwindbar sei. Weiter sei aufgrund ihrer Einschränkungen der maximale Abzug vom Tabellenlohn zu gewähren. Sie habe Anspruch auf eine ganze Rente (S. 5 ff.).

E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist, ob seit Erlass der Verfügung vom 27. März 2012 (Urk. 7/84), mit der der Beschwerdeführerin eine vom 1. Dezember 2006 bis 30. November 2007 befristete ganze Rente zugesprochen wurde, beziehungsweise seit dem Urteil des hiesigen Gerichts vom 21. Oktober 2013 (Urk. 7/96), mit welchem der Anspruch bis 29. Februar 2008 verlängert wurde, eine anspruchsbefreiende Veränderung eingetreten ist. Dabei ist festzuhalten, dass

keine Bindungswirkung der Invaliditätsschätzung der Unfallversicherung für die Invalidenversicherung besteht, obwohl dem Grundsatz nach bei gleichem Gesundheitsschaden die Invaliditätsbemessung in der Invalidenversicherung, der obligatorischen Unfallversicherung und in der Militärversicherung denselben Invaliditätsgrad ergeben soll (BGE 133 V 549, 126 V 288 E. 2a S. 291 mit Hinweisen). Vielmehr haben IV-Stellen und die Unfallversicherer die Invaliditätsbemessung in jedem einzelnen Fall selbständig vorzunehmen. Keinesfalls dürfen sie sich ohne weitere eigene Prüfung mit der blossen Übernahme des Invaliditätsgrades des Unfallversicherers oder der IV-Stelle begnügen (BGE 133 V 549 E. 6.1 S. 533). Rechtskräftig abgeschlossene Invaliditätsschätzungen dürfen aber nicht unbeachtet bleiben. Vielmehr müssen sie als Indizien für eine zuverlässige Beurteilung gewertet und als solches in den Entscheidungsprozess erst später verfügender Versicherungsträger miteinbezogen werden (BGE 133 V 549 E. 6.3 S. 554 mit Hinweis). 3. 3.1

Die für die bisherige befristete Rentenzusprache massgeblichen medizinischen Grundlagen wurden im Urteil des hiesigen Gerichts vom 21. Oktober 2013 in E. 3.2 ff. wie folgt wiedergegeben: 3.2

In seinem Bericht vom 3. Mai 2007 (Urk. 7/6) nannte Dr. med. C.____, Praktischer Arzt FMH, als Diagnose beidseitige Radiusfrakturen mit Fehlstellung der Brüche sowie eine sekundäre depressive Entwicklung seit etwa Mitte 2006 (Ziff. 2.1). Er attestierte der Beschwerdeführerin eine volle Arbeitsunfähigkeit seit 27. Dezember 2005 (Ziff. 3) und führte aus, dass eine Arbeitsfähigkeit in den nächsten ein bis zwei Jahren kaum in Frage komme (Ziff. 4.7). 3.3

Die Ärzte des Universitätsspitals D.____, Klinik für Wiederherstellungschirurgie, nannten in ihrem Bericht vom 2. Mai beziehungsweise 19. Juni 2007 (Urk. 7/9/2-9) folgende Diagnosen (Ziff. 2.1): - chronische Schmerzen und Bewegungseinschränkung Handgelenk rechts - Status nach distaler Radiusfraktur beidseits am 24. (richtig: 27.) Dezember 2005 - Status nach je zweimaliger Reposition und Gipsretention, aktuell: Verheilung in Fehlstellung; - Status nach Korrektur-Osteotomie distaler Radius rechts, Interposition eines tricorticalen Spans plus Spongiosa vom Beckenkamm links und palmarer Plattenosteosynthese vom 17. November 2006 (vgl. Operationsbericht vom 24. November 2006, Urk. 7/9/12-13) Sie führten aus, bis heute habe eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden. Für die Ausübung handwerklicher Tätigkeiten sei die Beschwerdeführerin in Zukunft nicht mehr geeignet. Leichte bis mittelschwere wechselbelastende Tätigkeiten, die mit beiden Händen ausgeübt werden, seien indes ganztägig möglich (Ziff. 1.2). Eine behinderungsangepasste Tätigkeit wäre ab sofort zumutbar (Ziff. 6.2). 3.4

Am 5. September 2007 wurde die Beschwerdeführerin im Universitätsspital D.____, Klinik für Wiederherstellungschirurgie, operiert (Operationsbericht vom 6. September 2007, Urk. 7/25/32). Die Operation beinhaltete die Entfernung des Osteosynthesematerials im distalen

Radius rechts sowie das offene Spalten des Retinaculum

flexorum rechts. 3.5

Vom 8. Oktober bis 14. November 2007 weilte die Beschwerdeführerin in der Reha klinik E.____, wo gemäss Austrittsbericht vom 19. November 2007 (Urk. 7/27/1-5) als aktuelle Probleme belastungsverstärkte Schmerzen an beiden Handgelenken, Vorderarmen und Schultergelenken, eine Beweglichkeitseinschränkung beider Hand- und Ellbogengelenke, eine verminderte Muskelkraft der Hände beidseits sowie eine depressive Verstimmung erhoben wurden (S. 1 Mitte). Die Ärzte führten aus, als Hauptziel für die aktuelle Phase der Rehabilitation sei die allgemeine Vorbereitung auf die berufliche und schulische Reintegration festgelegt worden (S. 2 Mitte). Die Tätigkeit als Mitarbeiterin im Service-Bereich sei der Beschwerdeführerin aktuell nicht zumutbar. Die Beschwerdeführerin befinde sich noch in der medizinischen Phase, weshalb weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe, und weshalb eine Beurteilung der Zumutbarkeit anderer beruflicher Tätigkeiten zurzeit noch nicht möglich sei (S. 2 oben, S. 3 oben). 3.6

Am 22. November 2007 (Urk. 7/24) berichteten die Ärzte des Universitätsspitals D.____, Klinik für Wiederherstellungschirurgie, die Beschwerdeführerin zuletzt am 23. Oktober 2007 untersucht zu haben (S. 2 lit. D.2). Ihr Gesundheitszustand sei stationär (S. 1 lit. C.1). Im Vergleich zu Juni 2007 bestehe eine unveränderte Situation (S. 2 Mitte). Anamnestisch bestünden belastungs- und bewegungsabhängige Handgelenkschmerzen beidseits, rechtsbetont (S. 2 lit. D.3). Die bisherige Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin nicht mehr zumutbar. In einer behinderungsangepassten Tätigkeit bestehe seit 20. November 2007 eine ganztägige Arbeitsfähigkeit (S. 4 unten). 3.7

Am 9. April 2008 berichtete SUVA-Kreisarzt Dr. med. F.____, Facharzt FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation (Urk. 7/35/8-12), welcher die Beschwerdeführerin gleichentags untersucht hatte. Er führte aus, bei der Untersuchung habe sich eigentlich beidseitig eine relativ gute Beweglichkeit in den Handgelenken gezeigt (S. 4 unten). Die verbleibende Funktionsfähigkeit scheine aber durch ein sich mittlerweile ausbreitendes und chronifiziertes Schmerzsyndrom erheblich eingeschränkt zu sein (S. 5 oben). Zur Verringerung der Schmerzen empfehle er eine gezielte schmerztherapeutische Behandlung durch eine in der Schmerztherapie erfahrene ambulante Einrichtung sowie begleitend dazu die Fortsetzung einer Physiotherapie mit wöchentlichen Terminen sicher für ein weiteres Jahr. Operative Massnahmen wie eine Handgelenksarthrodese und Arthroskopie erachte er als nicht wirklich erfolversprechend (S. 5 Mitte). Es bestehe keine Perspektive, dass die Beschwerdeführerin ihre Tätigkeit als Serviertochter jemals wieder ausüben können werde. Nach Durchführung einer ambulanten Schmerztherapie werde es eventuell erforderlich sein, eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) durchzuführen, um die Belastungslimite besser ausloten zu können, als dies im Rahmen einer kreisärztlichen Untersuchung möglich sei (S. 5 unten). Am 26. Mai 2009 berichtete SUVA-Kreisarzt Dr. F.____ über seine gleichentags durchgeführte Abschlussuntersuchung (Urk. 7/44). Er führte aus, ein Jahr nach der vorausgegangenen kreisärztlichen Untersuchung habe sich vielleicht noch eine minimale Besserung ergeben. Von weiteren Behandlungsmassnahmen erwarte er keine wesentliche Änderung mehr, sodass er vom medizinischen Endzustand ausgehe (S. 5 oben). Die geklagten Beschwerden im Bereich der Handgelenke seien nicht vollumfänglich mit Unfallfolgen, welche sich radiologisch durchaus zeigten, erklärbar. Hier sei eine Überlagerung durch das somatoforme Schmerzsyndrom anzunehmen. Entsprechend den objektivierbaren radiologischen

Befunden, den heutigen Beobachtungen des spontanen Einsatzes der Hände sowie den Untersuchungsbefunden sehe er folgende Zumutbarkeit für Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt als gegeben: leichte Tätigkeiten mit beiden Händen ganztags, dabei kein repetitives kraftvolles Zupacken mit den Händen beiderseits sowie keine forcierten oder repetitiven Pro- und Supinationsbewegungen im Handgelenk rechts, keine Tätigkeiten mit Maschinen, welche Vibrationen und Schläge auf die Handgelenke übertragen würden sowie für beide Hände keine Tätigkeiten, bei welchen maximale Extensions- und Flexionsbewegungen repetitiv oder über einen längeren Zeitraum erforderlich seien (S. 5 Mitte). 3.8

Am 8. November 2011 erstatteten die Ärzte des Y.____ ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 7/77). Sie stützten sich auf die zur Verfügung gestellten und nachträglich eingegangenen Akten (S. 3 ff. Ziff. 2) sowie die von ihnen am 23. August und am 13. September 2011 durchgeführte internistische/ allgemeinmedizinische (S. 9 ff. Ziff. 3), psychiatrische (S. 11 ff. Ziff. 4.1) und handchirurgische (S. 16 ff. Ziff. 4.2) Untersuchung (vgl. S. 1). Die Gutachter nannten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 24 Ziff. 5.1): - chronisches Schmerzsyndrom Handgelenke beidseits, rechtsbetont - Status nach distaler vollständig intraartikulärer Radiusfraktur beidseits am 27. Dezember 2005 - Status nach Korrekturosteotomie distaler Radius rechts mit Interposition eines kortikospongiösen Beckenkammspans und Spongiosa am 17. November 2006 - Status nach Metallentfernung und Carpaltunnelspaltung rechts am 5. September 2007 aktuell: - leichtgradiges ulnocarpales

Impaction-Syndrom bei Ulnarplusvariante und Verdacht auf TFCC-Läsion rechts - Verdacht auf posttraumatische leichtgradige Radiocarpalarthrose radioulnar bzw. distales Radioulnargelenk rechts - klinisch dorsales Handgelenksganglion beidseits Als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie unter anderem eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ICD-10 F45.4 (S. 24 Ziff. 5.2). Im Rahmen ihrer Gesamtbeurteilung führten die Gutachter aus, bei der handchirurgischen Untersuchung hätten sich einige Inkonsistenzen bezüglich der subjektiv geäußerten Schmerzangaben und der objektiven klinischen Befunde ergeben. Hinweise auf ein durchgemachtes oder noch anhaltendes komplexes regionales Schmerzsyndrom (CRPS) hätten sich klinisch nicht ergeben. Die Beschwellung beider Hände sei unauffällig gewesen und es hätten sich keine Atrophien der Haut, der Hautbinnen- sowie der Vorderarmmuskulatur beidseits gezeigt. Die Vorderarmumfänge seien symmetrisch gewesen. Die radiologische Beurteilung habe anatomische Stellungsverhältnisse des linken Carpus und anatomische Gelenkwinkel der linken Handgelenke sowie nur leichtgradige degenerative Veränderungen im Bereich des rechten Radiocarpalgelenkes ergeben. Beide Handgelenke wiesen radiologisch einen unauffälligen Mineralsalzgehalt auf ohne Hinweise auf eine Inaktivitätsosteopenie. Aus handchirurgischer Sicht bestehe für die angestammte Tätigkeit als Serviceangestellte seit dem 27. Dezember 2005 eine Arbeitsunfähigkeit von 100%. Tätigkeiten, welche Vibrationsbelastungen der Hände sowie das Tragen schwerer Gewichte über 5 Kilogramm sowie Arbeiten bei Kälte oder Hitze beinhalteten, seien nicht empfehlenswert, das Arbeiten auf Leitern oder Gerüsten sei aufgrund der unzureichenden Haltefunktion nicht statthaft. In behinderungsangepassten, leichten manuellen Tätigkeiten bestehe hingegen eine 80%ige Arbeitsfähigkeit (S. 24 unten, S. 25 oben). Bei der psychiatrischen Untersuchung sei aufgefallen, dass das Ausmass der geklagten Beschwerden und die subjektive Krankheitsüberzeugung, nicht mehr arbeiten zu können, durch die somatischen Befunde

nicht hinreichend objektiviert werden könnten. Es müsse eine psychische Verlagerung angenommen werden. Vor dem Hintergrund einer jahrelangen psychosozialen Belastungssituation könne die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung gestellt werden. Daneben könnten keine weiteren psychiatrischen Diagnosen gestellt werden und die Arbeitsfähigkeit sei aus psychiatrischer Sicht nicht eingeschränkt (S. 25 Mitte). Auch aus allgemein internistischer Sicht könne keine Diagnose mit Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Die multiplen, unspezifischen Beschwerden seien organisch nicht zuordenbar und würden beschreibend einem multilokulären Schmerzsyndrom entsprechen (S. 25 Mitte). Aus polydisziplinärer Sicht bestehe bei der Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit als Serviceangestellte seit 27. Dezember 2005 eine bleibende Arbeitsunfähigkeit. Für angepasste, leichte manuelle Tätigkeiten bestehe ab dem 20. November 2007 eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80%. Das Pensum könne vollschichtig umgesetzt werden mit einem erhöhten Pausenbedarf von 10 Minuten pro Stunde (S. 25 Mitte und Ziff. 6.3, S. 26 Ziff. 6.9). 3.9

In seiner Stellungnahme vom 25. November 2011 (Urk. 7/81/3-4) führte Dr. med.

G.____, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie FMH, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD) der Beschwerdeführerin, aus, auf das Y.____-Gutachten könne abgestellt werden. Ab 27. Dezember 2005 sei von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit für die bisherige sowie für angepasste Tätigkeiten auszugehen. Für angepasste Tätigkeiten sei ab 20. November 2007 (Arztzeugnis Universitätsspitals D.____ vom 22. November 2007) von einer 100%igen und ab August 2011 (Zeitpunkt der Y.____-Begutachtung) von einer 80%igen (100%-Pensum abzüglich 20% für erhöhten Pausenbedarf) Arbeitsfähigkeit auszugehen, unter Berücksichtigung des folgenden Belastungsprofils: körperlich leichte Arbeiten (Tragearbeiten bis 5 Kilogramm) ohne Tätigkeiten mit Vibrationsbelastungen der Hände, keine Arbeiten unter Hitze- und/oder Kälteeinfluss und aufgrund der eingeschränkten Haltefunktion keine Arbeiten auf Leitern und Gerüsten. 3.2

Das hiesige Gericht kam bei dieser Aktenlage zum Schluss, es bestünden ausser dem beidseitigen Handleiden keine weiteren invalidenversicherungsrechtlich relevanten gesundheitlichen Beeinträchtigungen, was beschwerdeweise auch nicht geltend gemacht werde (E. 4.1). Die angestammte Tätigkeit als Serviceangestellte sei der Beschwerdeführerin seit Dezember 2005 nicht mehr zumutbar (E. 4.2). Die Y.____-Gutachter, auf deren Beurteilung abzustellen sei, hätten den Zeitpunkt der Wiedererlangung einer relevanten Restarbeitsfähigkeit in Übereinstimmung mit der Beurteilung der Ärzte des Universitätsspitals D.____ ebenfalls auf den 20. November 2007 festgelegt, wobei die Einschätzung im Y.____-Gutachten von einem Handchirurgen vorgenommen worden sei. Davon sei auszugehen; dass sich die Ärzte der Rehaklinik E.____ ausserstande gesehen hätten, die Restarbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu beurteilen, stehe der Annahme einer revisionsrelevanten Restarbeitsfähigkeit ab Ende November 2007 nicht entgegen (E. 4.3-4). Dass die Unfallversicherung der Beschwerdeführerin per 1. September 2009 eine Rente zugesprochen habe, schliesse nicht aus, dass bereits vor Fallabschluss durch die Suva eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Restarbeitsfähigkeit gegeben gewesen sei, denn gemäss Art. 19 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) entsteht der Rentenanspruch, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind (E. 4.5). Die Verbesserung sei nach drei

Monaten zu berücksichtigen, womit sich ein bis 29. Februar 2008 befristeter Anspruch ergebe (E. 4.7). Die Restarbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit betrage per Ende November 2007 100 % und ab August 2011 80 % (E. 5.1). Dieses Urteil erwuchs unangefochten in Rechtskraft. 4. 4.1

Im Auftrag der Suva erstattete Dr. med. A.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates sowie für Handchirurgie, Leitender Arzt Handchirurgie am Kantonsspital H.____, am 18. September 2013 ein Gutachten (Urk. 7/106/2-10 = Urk. 3/5). Dabei stützte er sich auf die von der Suva zur Verfügung gestellten Akten und Röntgenbilder sowie eine Untersuchung der Beschwerdeführerin und veranlasste eine aktuelle Röntgenuntersuchung (vgl. S. 1). Dr. A.____ stellte folgende Diagnosen (S. 6): - chronifiziertes Schmerzsyndrom Hand, Arm rechts - Status nach konservativer Behandlung intraartikulärer Radiusfrakturen beidseits - Status nach Korrekturosteotomie Radius rechts - Status nach Dekompression N. medianus rechts - posttraumatische Arthrose Radiokarpalgelenk rechts mehr als links - Arthrose Radioulnargelenk rechts - angedeutete leichte Tendovaginitis stenosans de Quervain rechts - Schädigung Ramus palmaris N. medianus rechts Hinsichtlich weiterer Therapiemöglichkeiten hielt Dr. A.____ fest, es seien noch Korrekturen möglich. Bezüglich einer Arthrose des rechten Handgelenks sei anzumerken, dass die Beschwerdeführerin beim Tragen einer Handgelenksmanschette deutlich weniger Beschwerden habe. Die Handgelenksmanschette könne nur teilweise, aber gleichwohl bis zu einem gewissen Grad die Möglichkeiten einer Arthrodese simulieren (S. 7). Bezugnehmend auf das alleinige handchirurgische Problem könnten sämtliche manuellen Arbeiten wie auch Lastentragen, Heben von Lasten sowie das Hantieren mit Werkzeugen und Überkopfarbeiten nicht mehr zugemutet werden (S. 7). Beim Treppensteigen sei entscheidend, inwieweit die Patientin von Seiten der Kniegelenke behindert sei. Leiternsteigen sollte vermieden werden, da bei Leitern die Hand zur Hilfeleistung und zum Stützen benötigt werde. Die Patientin sollte möglichst wechselnde Körperhaltungen einnehmen können. Die rechte Hand könne lediglich als Hilfehand für leichteste Arbeiten eingesetzt werden, zudem müsste in dieser Situation der Patientin auch genügend Zeit für Erholung eingeräumt werden. Es zeige sich auch bei Haushaltarbeiten, dass bereits nach einer Stunde die Belastbarkeit der rechten Hand dekompenziert und die Arbeit unterbrochen werden müsse. Insgesamt liege die mögliche zeitliche Arbeit bei etwa drei bis höchstens vier Stunden. Die Traglimite sei nicht festzustellen beziehungsweise nicht messbar, da Tragen von Lasten höchstens der linken Hand zugemutet werden könnten und die Belastung bei etwa 5 kg liegen würde. Mit der rechten Hand sei das Heben und Tragen von Lasten unmöglich. In einer angepassten Tätigkeit sei der Patientin vielleicht zu Beginn eine halbtägige (richtig wohl: halbtägige) Arbeit zumutbar, unter Einhaltung von entsprechenden Möglichkeiten, genügend lange Pausen einzusetzen. Eine weitere Steigerung könnte eventuell je nach Verlauf bei dieser entsprechenden Tätigkeit festgestellt werden. Dies lasse sich aufgrund der Beschwerden, wie sie sich jetzt präsentieren, nicht feststellen (S. 8). 4.2

Dr. med. I.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, J.____ Klinik, stellte mit Bericht vom 9. April 2014 (Urk. 7/113/3-4) folgende Diagnosen (S. 1): - Fibromyalgiforme Schmerzen an beiden Schultern, rechts mehr als links - sonographisch intakte Rotatorenmanschette Als Nebendiagnosen nannte Dr. I.____ - Status nach Korrekturosteotomie nach distaler Radiusfraktur 11/2006 rechts bei Status nach beidseitiger Radiusfraktur 2005 - chronische, rechtsbetonte Kniebeschmerzen

Bildgebend bestehe im Vergleich zu den Voraufnahmen ein identischer Befund. 2008 sei die Ultraschalluntersuchung unauffällig gewesen. Die aktualisierte radiologische Bildgebung zeige ein tadelloses Gelenk. Neben einer aktivierenden Physiotherapie mit Ziel der Kräftigung und der Haltungsverbesserung seien lokale Massnahmen im Bereich des scapulo-thorakalen Gelenks sowie eine Mobilisation desselben zu empfehlen (S. 1 unten f.). 4.3

Dr. med. K.____ und Dr. med. L.____, Facharzt für Chirurgie und für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, J.____ Klinik, stellten mit Bericht vom 14. Mai 2014 (Urk. 7/113/1-2 = Urk. 3/6) folgende Diagnosen (S. 1): - mediale Gonarthrose - Fibromyalgie vor allem Schmerzen an beiden Schultern, rechts grösser als links - Status nach Korrekturosteotomie nach distaler Radiusfraktur 11/2006 rechts bei Status nach beidseitiger Radiusfraktur 2005 Im MRI finde sich ein retropatellarer Knorpelschaden. Ein begleitendes Knochenmarksödem sei nicht nachweisbar. Es seien die konservativen Therapie massnahmen auszuschöpfen (S. 1). 4.4

Dr. med. M.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte mit Bericht vom 12. Juni 2014 (Urk. 7/114 = Urk. 3/8) folgende Diagnosen (Ziff. 1): - anhaltende mittelgradige depressive Episode vor dem Hintergrund mehrerer Belastungsfaktoren bei Persönlichkeit mit depressiven Anteilen (ICD-10 F32.2) - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) - spezifische Phobie Höhenangst (ICD-10 F40.8) Die Depression schränke die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin um 50 % ein, diese Einschränkung werde jedoch durch die Schmerzstörung noch relevant erhöht. Dies sei die versicherungsmedizinisch-theoretische Einschätzung. Aus klinisch-psychiatrischer Erfahrung heraus erscheine es aber überwiegend unwahrscheinlich, dass die Patientin in der Lage sei, etwas zu leisten. Dafür sei sie mittlerweile zu sehr von ihren Beschwerden chronisch eingenommen und frustriert (Ziff. 2). Es sei im Verlauf der Therapie immer wieder insbesondere in Belastungssituationen zu einer Zustandsverschlechterung und Zunahme der depressiven Symptomatik gekommen. Mittels Intensivierung der Therapie habe eine weitere Verschlechterung abgewendet und eine erneute Stabilisierung erreicht werden können, nicht jedoch eine anhaltende und stabile Erhöhung der emotionalen und psychischen Belastbarkeit (Ziff. 4). 4.5

Mit Bericht vom 2. Juli 2014 (Urk. 7/116) stellte Dr. med. N.____, Oberarzt Rheumatologie und Rehabilitation, J.____ Klinik, folgende Diagnosen (S. 1): - zunehmend belastungsabhängige Schmerzen im Kniegelenk rechts mehr als links - MRI Kniegelenk rechts Mai 2014: schwere retropatelläre

Chondropathie, leichte Degeneration der Menisci - anamnestisch bestehend seit Unfallereignis am 27. Dezember 2005 - persistierende Schmerzen Handgelenke beidseits - zunehmend Schmerzen Schultergelenke beidseits Bisher hätten die Handgelenkschmerzen im Vordergrund gestanden. Im Verlauf hätten sich aber zunehmend belastungsabhängige Schmerzen im Bereich der Kniegelenke rechts mehr als links wie auch Schultergelenkschmerzen beidseits entwickelt (S. 1). 4.6

Die Gutachter des Z.____ erstatteten ihr Gutachten vom 14. Dezember 2014 (Urk. 7/129 = Urk. 3/4) nach Berücksichtigung der Akten,

Erhebung der Anamnese, Veranlassung aktueller bildgebender Darstellung und Durchführung einer internistischen, orthopädischen und psychiatrischen Untersuchung. Sie stellten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 50): - leichte

Arthrose im distalen Radioulnargelenk sowie im Radio carpal gelenk mit fortgeschrittener Degeneration des TFCC bei leichter Ulna -plus-Variante nach Korrekturosteotomie des distalen Radius mit Span-Interposition November 2006, Osteosynthesematerialentfernung und Spalten des Retinaculum

flexorans September 2007 nach konservativ in Fehlstellung verheilte distale Radiusfraktur rechts Dezember 2005 - fortgeschrittene retropatelläre

Chondropathie bei Nullachse und kleiner Kniekehlezyste rechts - rezidivierende depressive Störung mit leichten bis mittelgradigen depressiven Episoden, bestehend seit etwa 2006, ICD-10 F33.0, F33.11 Die folgenden Diagnosen hätten keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin (S. 50): - Bursitis subacromialis rechts und eventuell auch links - Status nach konservativer Behandlung einer distalen Radiusfraktur links Dezember 2015 - Verdacht auf retropatelläre

Chondropathie links - Senk-Spreizfüsse - leichte laterale Bandinstabilität am linken oberen Sprunggelenk - anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ICD-10 F45.4 - Migräne ohne Aura - Hypothyreose - anhaltender Nikotinkonsum (20 pack years) Aus internistischer Sicht fühle sich die Probandin gesund und voll leistungsfähig; sie gebe keine kreislaufrelevanten oder respiratorischen Beschwerden an. Diese Beurteilung entspreche auch der internistischen gutachterlichen Einschätzung (S. 46). Der orthopädische Gutachter hielt fest, die Schulterschmerzen rechts und die abnormen Untersuchungsbefunde der rechten Schulter könnten nur teilweise auf die im MRI sichtbare Bursitis subacromialis zurückgeführt werden und das Ausmass der Schmerzen, insbesondere auch der subjektiven Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit, könne mit dem nicht sehr ausgeprägten abnormen Befund nur ungenügend erklärt werden. Wahrscheinlich bestehe auch links ein analoger Befund und dementsprechend könnten auch diese Beschwerden nur unvollständig nachvollzogen werden. Die Schmerzen im rechten Handgelenk und die pathologischen objektivierbaren Befunde desselben seien durch die im MRI dokumentierte leichte Ulna -Plus-Variante mit fortgeschrittener Degeneration des TFCC und leichter Arthrose im distalen Radioulnargelenk sowie Radio carpalgelenk bedingt. Die Schmerzen im linken Handgelenk könnten bei unauffälligem Untersuchungsbefund sowie radiologischem Befund nicht plausibilisiert werden. Die Kniegelenksschmerzen rechts und die pathologischen Untersuchungsbefunde des rechten Kniegelenks seien Folge der im MRI nachgewiesenen fortgeschrittenen retropatellären

Chondropathie . Aufgrund des Untersuchungsbefundes könnten auch die Schmerzen im linken Kniegelenk im Rahmen einer femoropatellären

Chondropathie interpretiert werden, seien aber weniger ausgeprägt (S. 12). Körperlich schwere Arbeiten in kalter und feuchter Umgebung, die mit häufigem Laufen, insbesondere auf Treppen und Leitern sowie mit knienden Positionen und Kraftanwendung der Hände verbunden seien, könnten aufgrund der leichten Ulna -plus-Variante mit fortgeschrittener Degeneration des TFCC und leichter Arthrose im distalen Radioulnargelenk und Radiocarpalgelenk rechts nach zweifacher Voroperation sowie der ausgeprägten retropatellären

Chondropathie rechts bei Nullachse nicht mehr vollumfänglich zugemutet werden (S. 12). Die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Serviceangestellte, einer vorwiegend gehenden und stehenden Tätigkeit mit Kraftanwendung der Hände, betrage seit Mai 2014 bei voller Stundenpräsenz 35 %. Körperlich leichte Tätigkeiten in temperierten

Räumen, die nicht mit häufigem Laufen, insbesondere auf Treppen und Leitern, verbunden seien, sowie ohne kniende Positionen und ohne Kraftanwendung der Hände seien spätestens seit November 2011 zu 100 % zumutbar (S. 13). Zu den früheren Begutachtungen hielt der orthopädische Gutachter fest, das Y. ___-Gutachten sei nicht ganz logisch, wenn darin Inkonsistenzen zwischen subjektiven Beschwerden und objektiven Befunden geäußert würden, anderer seits aber in der bisherigen Tätigkeit eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert werde. Des Weiteren habe es das Y. ___ verpasst, die einige Monate zuvor durch geführte computertomographische Untersuchung des rechten Handgelenks in die Beurteilung mit einzubeziehen, und die adaptierten Tätigkeiten seien nicht genau umschrieben worden. Weiter bleibe im Gutachten von Dr. A. ___ unklar, weshalb Dr. A. ___ auf eine Auflistung der zur Verfügung gestellten Akten verzichtet habe. Er erwähne in seiner Diagnoseliste keine TFCC-Läsion links, diskutiere aber eine „Rekonstruktion der zerrissenen TFCC-Anteile“, wobei unklar sei, auf welcher Basis diese Beurteilung erfolgt sei, zumal kein MRI vorliege. Eine Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit habe er explizit nicht festgelegt. Eine Gewichtslimite könne erst nach Testung mittels Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) angegeben werden; die angegebenen 5 kg seien spekulativ. Die Einschätzung, dass zunächst eine halbtägige Arbeit in adaptierter Tätigkeit möglich sei, könne unterstützt werden, wobei die Arbeitsfähigkeit im Verlauf gesteigert werden könne (S. 13). Der psychiatrische Gutachter führte aus, die Beschwerdeführerin stehe nach eigenen Angaben zwischen 7 und 10 Uhr auf, trinke Kaffee und versuche, etwas im Haushalt zu machen. Sie zwingt sich zu jeder Tätigkeit. Manchmal, wenn sie Lust habe, würde sie etwa zwei Stunden spazieren. Manchmal würde sie das Mittagessen kochen. Nach dem Mittagessen sei sie zu Hause oder gehe mit einer Kollegin spazieren. Manchmal liege sie auch im Bett, schlafe oder weine. Dann komme der Ehemann nach Hause und sie würde sich mit ihm unterhalten. Dann würde sie zu Abend essen, manchmal fernsehen, und gehe zwischen 22 und 23 Uhr ins Bett (S. 29). Aus psychiatrischer Sicht habe die Beschwerdeführerin nach einem Sturz im Dezember 2005 mit Radiusfraktur beidseits und nachfolgenden Operationen im Zusammenhang mit der anhaltenden Schmerzsymptomatik eine rezidivierende depressive Störung mit leichten bis mittelgradigen depressiven Episoden entwickelt. Diese Störung werde durch die anhaltende Schmerzsymptomatik und verschiedene psychosoziale Faktoren (Partnerprobleme oder Todesfälle nahestehender Personen) aufrechterhalten. Zum Untersuchungszeitpunkt könnten Symptome einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode erhoben werden, gekennzeichnet durch bedrückte Stimmung mit leichter Affektlabilität mit weinerlichem Verhalten beim Gespräch über ihre Beschwerden und Belastungen. Bei Ablenkung sei die Beschwerdeführerin aufhellbar mit adäquatem Lachen. Der Antrieb erscheine eher vermindert und sie wirke im Denken negativistisch auf ihre körperlichen Beschwerden eingeengt. Sie zeige wenig Motivation und wenige Interessen. Auch zeige sie soziale Rückzugstendenzen, daneben liessen sich aber auch kurze Stimmungsaufhellungen erheben (S. 35). Die Beschwerdeführerin habe im Zusammenhang mit der chronischen Schmerzsymptomatik eine rezidivierende depressive Störung entwickelt; es handle sich dabei nicht um eine eigenständige depressive Erkrankung. Der psychiatrische Gutachter ging nach Diskussion der Foerster-Kriterien von einer zumutbaren Willensanstrengung zur Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit aus (S.

f.). Trotz der rezidivierenden depressiven Störung mit leichten bis mittelgradigen depressiven Episoden liessen sich Ressourcen erheben. Die Beschwerdeführerin zeige zumindest gewisse Aktivitäten tagsüber mit teilweiser Versorgung des Haus haltes, oder mache Spaziergänge, koche das Mittagessen oder spaziere manchmal mit einer Kollegin, halte Kontakt mit ihrer Familie und habe offen sichtlich auch soziale Kontakte. Auch liessen sich zum Untersuchungszeitpunkt nur Symptome einer leichten bis mittelgradigen depressiven Störung erheben (S. 36). Aus rein psychiatrischer Sicht könne ohne Berücksichtigung der körperlich begründbaren Beschwerden und unter Ausschluss psychosozialer Faktoren in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Servicekraft eine 70%ige Arbeitsfähigkeit seit etwa 2006 angenommen werden (S. 37). In einer leidensangepassten Tätigkeit sei seit dem gleichen Zeitpunkt eine Arbeitsfähigkeit von 80 % anzu nehmen. Bei adaptierten Tätigkeiten sollte es sich um solche ohne erhöhte emotionale Belastung, ohne erhöhten Zeitdruck, ohne erforderliche geistige Flexibilität, ohne vermehrte Kundenkontakte und ohne überdurchschnittliche Dauerbelastung handeln (S. 38). Die Prognose erscheine nach dem bisherigen Krankheitsverlauf eher ungünstig. Die Beschwerdeführerin erhalte seit 2006 eine psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung, kombiniert mit antidepressiver Medikation. Trotzdem habe bisher keine anhaltende Besserung erreicht werden können. Es könne nach dem bisherigen Krankheitsverlauf angenommen werden, dass auch teilstationäre oder stationäre Behandlungen bei der psychogenen Überlagerung der Beschwerdesymptomatik keine wesentliche Besserung des psychischen Zustandsbildes mit Leistungssteigerung bringen dürfte (S. 39). Aus psychiatrischer Sicht sei seit der letzten Revision 2011 eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten und es könne eine rezidivierende depressive Störung mit leichten bis mittelgradigen depressiven Episoden erhoben werden, die nach den anamnestischen Angaben bereits seit etwa 2006 zu erheben sei (S. 41). In der Konsensbeurteilung kamen die Gutachter zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit aus psychischen Gründen seit 2006 zu 70 % und aus somatischen Gründen (Handgelenk und Knie) seit Mai 2014 zu 35 % arbeitsfähig sei. Der vorangehende Zeitraum könne orthopädisch retrospektiv nicht beurteilt werden, da die jetzigen Diagnosen von den früheren abwichen und nicht klar sei, seit wann sie effektiv bestehen würden (S. 50 unten f.). In einer angepassten Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin seit 2006 zu 80 % arbeitsfähig, wobei es sich um Arbeiten ohne erhöhte emotionale Belastung, ohne Stressbelastung, ohne erforderliche geistige Flexibilität, ohne Kundenkontakte und ohne überdurchschnittliche Dauerbelastung handeln sollte und ab November 2011 zusätzlich um körperlich leichte Tätigkeiten in temperierten Räumen, die nicht mit häufigem Laufen, insbesondere auf Treppen und Leitern, oder mit knienden Positionen verbunden sind und bei denen keine Kraftanwendung der Hände notwendig sei (S. 51). 4.7

Die Ärzte der Universitätsklinik O.____, Rheumatologie, stellten mit Bericht vom 17. Juli 2015 (Urk. 3/7) folgende Diagnosen (S. 1): - Epicondylopathia

humeri

radialis rechts - scapulo -thorakale Dysfunktion - Status nach Korrekturosteotomie distaler Radius rechts November 2006 - Status nach distalen Radiusfrakturen beidseits Dezember 2005 - Hypothyreose, substituiert - Depression - aktenanamnestisch symptomatische Gonarthrose beidseits - MRI Knie rechts 13. Mai 2014: schwere retropatelläre

Chondropathie, leichte Degeneration der Menisci ohne Meniskusriss, kleiner Gelenkerguss Die Patientin beklage seit Jahren bestehende rechtsseitig führende Ellbogen

schmerzen mit Exazerbation seit etwa einem Jahr (S. 1). Die Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule sei frei beweglich. Im Bereich der Wirbelsäule bestünden keine Druckdolenz. Der rechte Ellbogen sei inspektorisch unauffällig, jedoch bestehe eine starke Druckdolenz im Bereich des Ursprunges der Handgelenks extensoren mit Schmerzprovokation ebenfalls durch isometrische Aktivierung (S. 2). Anamnestisch bestünden die Ellbogenschmerzen rechts und die Schulter schmerzen mit chronischen Handgelenksbeschwerden seit den distalen Radius frakturen 2005. In der klinischen Beurteilung zeige sich eine lokale Druckdolenz entsprechend der Verdachtsdiagnose einer Epicondylopathie und eine gering fügen Beweglichkeitseinschränkung des Ellbogens, welche allerdings eher durch Handgelenksschmerzen verursacht würden. Auffällig seien zudem myofasziale

Druckdolenz der rechtsseitigen Schultergürtelmuskulatur und ein gestörter scapulo-thorakaler Rhythmus rechts (S. 3). 4.8

Dr. med. P.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Z.____, hielt am 25. Mai 2016 (Urk. 7/158) ergänzend fest, dass die therapeutischen Optionen nicht ausgenutzt seien. Insbesondere seien keine teilstationären oder stationären Behandlungen durchgeführt worden. Auch könnte die antidepressive Medikation intensiviert werden, worunter eine Besserung der Schlafstörungen und auch eine Stimmungsstabilisierung zu erwarten wären. Ausserdem sei mittels stationärer oder teilstationärer Behandlung eine Besserung des psychischen Zustandsbildes möglich, wobei sich vor allem auch die psychogenen Überlagerungen der Beschwerdesymptomatik bisher im Krankheitsverlauf negativ auswirkten. 4.9

Dr. med. B.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Gutachtenzentrum Z.____, hielt am 26. Mai 2016 (Urk. 7/159/1) ergänzend fest, Dr. A.____ habe in seinem Gutachten nicht explizit festgelegt, ab wann eine halbtägige Arbeit in adaptierter Tätigkeit möglich sei. Es könne davon ausgegangen werden, dass nach Abschluss der Rehabilitation zunächst eine halbtägige Arbeit in adaptierter Tätigkeit möglich sei und diese im Verlauf gesteigert werden könne, so dass im November 2011 eine volle Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit in jedem Fall bestehe. 4.10

Dr. N.____ stellte mit Bericht vom 15. Juni 2015 (Urk. 7/163) folgende, verkürzt wiedergegebene Diagnosen (S. 1): - zunehmend belastungsabhängige Schmerzen im Kniegelenk rechts mehr als links - persistierende Schmerzen Handgelenke beidseits - zunehmend Schmerzen Schultergelenke beidseits Die letzte Injektionsbehandlung im Bereich des rechten Kniegelenks im September 2014 habe wieder zu einer recht deutlichen Verbesserung der belastungsabhängigen Kniegelenksschmerzen bis etwa im Frühling geführt. Nun hätten die Schmerzen wieder deutlich zugenommen. Daneben bestünden auch zunehmend starke Schmerzen im linken Kniegelenk und verschiedene Schmerzen im Bereich des Bewegungsapparates, aktuell stünden Schmerzen in der Ellenbogenregion rechts im Vordergrund (S. 1). Im linken Kniegelenk bestehe mit grösster Wahrscheinlichkeit ebenfalls eine Retropatellararthrose. Allerdings bestehe sicher auch eine Tendenz zu einem chronischen Schmerzsyndrom (S. 2). 5. 5.1

Den vorstehend erwähnten Berichten von Dr. I.____ (E. 4.2), Dr. K.____ und Dr. L.____ (E. 4.3), der Ärzte der Klinik O.____ (E. 4.7) sowie den Berichten von Dr. N.____ (E. 4.5) sind keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu entnehmen, da es sich

um Berichte über durchgeführte Untersuchungen und Behandlungen handelt. Dies gilt auch für die nach dem Erlass der vorliegend strittigen Verfügung vom 30. August 2016 ergangenen Berichte von Dr. N.____ über die bildgebende Untersuchung des Beckens und der Lendenwirbelsäule der Beschwerdeführerin sowie die am 31. Januar 2017 durchgeführte Facettengelenksinfiltration (Urk. 10/1-4); auch diesen sind keine Angaben über die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu entnehmen, weshalb sie hier zu beurteilenden Frage von untergeordneter Bedeutung sind. 5.2

Dr. A.____ stützte sich gemäss eigenen Angaben bei der Anfertigung seines Gutachtens (vorstehend E. 4.1) auf die von der Suva zur Verfügung gestellten Akten, hielt jedoch fest, er verzichte bewusst auf eine Auflistung (vgl. S. 1 des Gutachtens; Urk. 7/106/2-10). Dadurch wird, auch wenn Dr. A.____ in der Anamnese einzelne Berichte auszugsweise wiedergab (vgl. S. 2 f.), die Nachvollziehbarkeit erheblich erschwert. Insbesondere gab Dr. A.____ die Beurteilungen des Kreisarztes Dr. F.____ (vgl. vorstehend E. 3.1 bzw. 3.7) nicht wieder und erwähnte hinsichtlich des Y.____-Gutachtens lediglich, dass dabei eine Arbeitsfähigkeit von 80 % bei geeigneter Arbeit festgehalten worden sei (vgl. S. 4 des Gutachtens). Eine Auseinandersetzung mit der kreisärztlichen und der gutachterlichen Beurteilung fehlt. Zudem nahm Dr. A.____ keine Stellung dazu, dass der Y.____ - Gutachter, welcher ebenfalls Handchirurg ist, einige Inkonsistenzen zwischen den subjektiv geäusserten Schmerzangaben und den objektiven klinischen Befunden feststellte (vgl. vorstehend E. 3.1 bzw. 3.8). Der vom Bundesgericht im unfallversicherungsrechtlichen Verfahren geforderten Beurteilung der restlichen Arbeitsfähigkeit (vgl. E. 3.2 des Urteils vom 14. Januar 2013, 8C_244/2012) fehlt es somit an einer genauen und schlüssigen Auseinandersetzung mit vorherigen Einschätzungen. Darüber hinaus vermag die Beurteilung durch Dr. A.____ auch aus anderen Gründen den praxisgemässen Anforderungen an den Beweiswert einer Expertise (vgl. vorstehend E. 1.4) nicht zu genügen. So stellte Dr. A.____ fest, dass die Beschwerdeführerin beim Tragen einer Handmanschette deutlich weniger Beschwerden habe. Es ist jedoch nicht ersichtlich, ob diese Feststellung in die Beurteilung ihrer Arbeitsfähigkeit einfluss, und warum die rechte Hand dennoch lediglich nur noch als Hilfs hand eingesetzt werden kann. Dass die Belastbarkeit der rechten Hand bereits nach einer Stunde Haushaltarbeit dekompenziert, ist einzig auf die Angaben der Beschwerdeführerin zurückzuführen und wurde von Dr. A.____ offenbar nicht überprüft. Insbesondere ist jedoch die Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit zu vage ausgefallen, als dass darauf abgestellt werden könnte: Gemäss Dr. A.____ sei der Beschwerdeführerin in einer angepassten Tätigkeit „vielleicht zu Beginn eine halbtägige Tätigkeit“ zumutbar, und eine weitere Steigerung könne „eventuell je nach Verlauf“ festgestellt werden, was sich aber aufgrund der jetzigen Beschwerden nicht feststellen lasse. Als versicherungsmedizinische Beurteilung genügt dies nicht, weshalb dieses Gutachten im invalidenversicherungsrechtlichen Verfahren von untergeordneter Bedeutung ist. Mit anderen Worten erweist sich die aufgrund des Gutachtens von Dr. A.____ vorgenommene unfallversicherungsrechtliche Invaliditätsschätzung nicht als Indiz für eine zuverlässige Beurteilung (vgl. vorstehend E. 2.3) und es kann für die vorliegend zu prüfende Frage nach einer Verschlechterung nicht darauf abgestellt werden. 5.3

Auch der Bericht von Dr. M.____ vom 12. Juni 2014 (vorstehend E. 4.4) ist nicht geeignet, eine anspruchsrelevante Verschlechterung zu begründen, fehlt es doch an einer Anamnese sowie an einer genauen Auflistung der Befunde und Angaben dazu, seit wann die Diagnosen bestehen. Weiter fehlen Angaben zu einer medikamentösen Behandlung und

zum Therapieintervall. Die Annahme, die Beschwerdeführerin sei zu 50 % arbeitsunfähig, wird somit zu wenig schlüssig begründet, als dass darauf abgestellt werden könnte. 5.4

Das Gutachten des Z.____ (vorstehend E. 4.6) erging unter Berücksichtigung und Auflistung sämtlicher Akten, Erhebung der Anamnese, Veranlassung aktueller bildgebender sowie Durchführung allseitiger Untersuchungen. Es ist, wie nachfolgend gezeigt wird, für die streitigen Belange umfassend und in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Fragen schlüssig. Die Schlussfolgerungen wurden nachvollziehbar begründet, und die Gutachter nahmen zu früheren Berichten Stellung. Es entspricht somit den praxisgemässen Anforderungen an eine medizinische Expertise (vgl. vorstehend E. 1.4). 5.5

In somatischer Hinsicht gingen die Gutachter davon aus, dass Beeinträchtigungen des rechten Handgelenks und des rechten Kniegelenks in Form einer leichten Arthrose im rechten Handgelenk mit fortgeschrittener Degeneration des TFCC bei leichter Ulna-plus-Variante sowie einer fortgeschrittenen Chondropathie bei Nullachse und kleiner Kniekehlenzyste rechts Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin haben. Die diesbezüglichen pathologischen Befunde seien objektivierbar und führten dazu, dass körperlich schwere Arbeiten in kalter und feuchter Umgebung mit häufigem Laufen, insbesondere auf Treppen und Leitern, verbunden mit knienden Positionen und Kraftanwendung der Hände nicht mehr vollumfänglich zugemutet werden könnten. Aufgrund dieser Diagnosen bestehe in der angestammten Tätigkeit im Service seit Mai 2014 eine 35%ige Arbeitsfähigkeit (Arbeitsunfähigkeit von 65 %). Körperlich leichte Tätigkeiten in temperierten Räumen, die nicht mit häufigem Laufen, insbesondere auf Treppen und Leitern, verbunden seien sowie ohne kniende Positionen und ohne Kraftanwendung der Hände seien spätestens seit November 2011 zu 100 % zumutbar (vorstehend E. 4.6). Weiter hielt der orthopädische Z.____-Gutachter fest, dass hinsichtlich der Schulterschmerzen nur teilweise ein organisches Korrelat feststellbar sei und die subjektive Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit mit dem nicht sehr ausgeprägt abnormen Befund nur ungenügend erklärt werden könne. Dies bezüglich gingen auch Dr. I.____ von fibromyalgiformen Schmerzen (vorstehend E. 4.2) und Dr. K.____ und Dr. L.____ von Fibromyalgie aus (vorstehend E. 4.3). Hinsichtlich des linken Handgelenks könnten die Schmerzen bei unauffälligem Untersuchungsbefund und Bildgebung nicht plausibilisiert werden. Im linken Knie sei zwar von einer femoropatellären

Chondropathie auszugehen, die Schmerzen seien aber weniger ausgeprägt. In Übereinstimmung mit diesen Feststellungen wurden die entsprechenden Diagnosen als ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eingeordnet (vorstehend E. 4.6), was zu überzeugen vermag. Hinsichtlich der mit Bericht vom 17. Juli 2015 diagnostizierten Beeinträchtigung des rechten Ellbogens (vgl. vorstehend E. 4.7) ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin anamnestisch von seit Jahren bestehenden Ellbogenschmerzen und einer Exazerbation seit etwa einem Jahr, somit seit Juli 2014, berichtete. Anlässlich der Begutachtung im Oktober 2014 (vgl. Urk. 7/126) erwähnte sie jedoch keine diesbezüglichen Beeinträchtigungen (vgl. S. 4 des Gutachtens) und der Gutachter erhob keine Befunde (vgl. S. 8 f. des Gutachtens). Es ist deshalb mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass keine gravierende Beeinträchtigung des rechten Ellbogens besteht. Aus somatischer Sicht besteht somit eine behinderungsangepasste Arbeitsfähigkeit von 100 % (vgl. S. 13 des Gutachtens). 5.6

In psychischer Hinsicht diagnostizierten die Gutachter eine rezidivierende depressive Störung mit leichten bis mittelgradigen Episoden, welche seit etwa 2006 bestehe und Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit habe, indem der Beschwerdeführerin behinderungsangepasst eine Tätigkeit im Umfang von 80 % zumutbar sei (vgl. S. 41 und S. 51 des Gutachtens). Demgegenüber stellten die Y.____-Gutachter im Jahr 2011 mit Ausnahme der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung ausdrücklich keine weitere psychiatrische Diagnose (vgl. vorstehend E.

3.1 bzw. 3.8). Der psychiatrische Z.____-Gutachter stützte sich bei seiner Annahme offenkundig auf die anamnестischen Angaben (vgl. S. 34 Mitte des Gutachtens) und begründete seine abweichende Beurteilung, wonach die Beeinträchtigung bereits seit 2006 bestehe, nicht. Nebst dieser psychiatrischen Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellten die Gutachter diejenige einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, welche jedoch keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit habe (vgl. vorstehend E. 4.6). 5.7

Wie in BGE 141 V 281 festgehalten (E. 5.2.1), hat sich das Bundesgericht verschiedentlich, so auch jüngst, über das Zusammenwirken von Recht und Medizin bei der konkreten Rechtsanwendung geäußert. Danach ist es sowohl den begutachtenden Ärzten als auch den Organen der Rechtsanwendung aufgegeben, die Arbeitsfähigkeit im Einzelfall mit Blick auf die normativ vorgegebenen Kriterien zu beurteilen. Die medizinischen Fachpersonen und die Organe der Rechtsanwendung prüfen die Arbeitsfähigkeit je aus ihrer Sicht (BGE 137 V 64 E. 5.1). Bei der Abschätzung der Folgen aus den diagnostizierten gesundheitlichen Beeinträchtigungen nimmt zuerst der Arzt Stellung zur Arbeitsfähigkeit. Seine Einschätzung ist eine wichtige Grundlage für die anschliessende juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistung der versicherten Person noch zugemutet werden kann (BGE 140 V 193 E. 3.2; Ulrich Meyer, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, Schaffhauser/ Schlauri [Hrsg.], 2003, S. 49). In diesem Sinne lautet die normativ bestimmte Gutachterfrage, wie die sachverständige Person das Leistungsvermögen einschätzt, wenn sie dabei den einschlägigen Indikatoren folgt. Die Rechtsanwender überprüfen die betreffenden Angaben frei, insbesondere dahin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben, das heisst, ob sie ausschliesslich funktionelle Ausfälle berücksichtigt haben, welche Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung sind (Art. 7 Abs. 2 erster Satz ATSG), sowie, ob die versicherungsmedizinische Zumutbarkeitsbeurteilung auf objektiver Grundlage erfolgt ist (Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG; vgl. BGE 137 V 64 E. 1.2 in fine). Dies sichert die einheitliche und rechtsgleiche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit (BGE 140 V 290 E. 3.3.1, 135 V 201 E. 7.1; E. 5.2.2). 5.8

Es ist somit aus rechtlicher Sicht zu beurteilen, ob aufgrund der psychiatrischen Diagnosen eine Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen ist. Die rezidivierende depressive Störung mit leichten bis mittelgradigen Episoden ist nach Beurteilung der Gutachter nicht eine eigenständige Krankheit, sondern habe sich im Zusammenhang mit der chronischen Schmerzsymptomatik entwickelt (vgl. vorstehend E.

4.6). In E. 8.1 des zur amtlichen Publikation als BGE bestimten Urteils 8C_130/2017 vom 30. November 2017 hat das Bundesgericht jedoch festgehalten, dass Störungen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in

Betracht fallen, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist. Bei der Prüfung des funktionellen Schweregrades des Leidens der Beschwerdeführerin ist somit von der im Vordergrund stehenden somatoformen Schmerzstörung auszugehen, jedoch – soweit ressourcenhemmend – das depressive Störungsbild als Komorbidität zu berücksichtigen (vgl. nachfolgend E. 5.9 f.). 5.9

Gemäss der mit BGE 130 V 352 begründeten und seither stetig weiterentwickelten Rechtsprechung vermochten eine fachärztlich (psychiatrisch) diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung und vergleichbare psychosomatische Leiden (BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) in der Regel keine langdauernde, zu einer Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG führende Arbeitsunfähigkeit zu bewirken. Viel mehr bestand die Vermutung, dass solche Beschwerdebilder oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar seien und nur bei bestimmten Umständen, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machten, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt (zur Entstehungsgeschichte dieser Praxis: BGE 135 V 201 E.

7.1.2; Urteil des Bundesgerichtes 9C_739/2014 vom 30. November 2015 E. 2.1). Ob ein solcher Ausnahmefall vorlag, entschied sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien (so genannte „Foerster-Kriterien“, vgl. BGE 130 V 352, BGE 131 V 39 E. 1.2, BGE 139 V 547 E. 3.2.3). Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht die Überwindbarkeitsvermutung aufgegeben und das bisherige Regel-/Ausnahme-Modell durch ein strukturiertes normatives Prüfungsraaster ersetzt. In dessen Rahmen wird im Regelfall anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen ergebnisoffen und symmetrisch beurteilt, indem gleichermaßen den äusseren Belastungsfaktoren wie den vorhandenen Ressourcen Rechnung getragen wird (BGE 141 V 574 E. 4.2 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichtes 9C_534/2015 vom 1. März 2016 E. 2.2 mit Hinweisen). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweibelastete versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; BGE 141 V 547 E. 2; Urteil des Bundesgerichtes 8C_28/2016 vom 15. April 2016 E. 3.2). Gemäss E. 4.5.1 des zur amtlichen Publikation als BGE bestimmten Urteils des Bundesgerichtes 8C_841/2016 vom 30. November 2017 sind alle psychischen Erkrankungen im Hinblick auf ihre Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit den somatoformen Schmerzstörungen und vergleichbaren psychosomatischen Leiden gleich zu stellen. In intertemporalrechtlicher Hinsicht ist sinngemäss wie in BGE 137 V 210 (betreffend die rechtsstaatlichen Anforderungen an die medizinische Begutachtung) vorzugehen. Nach dieser Entscheidung verlieren gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält. In sinngemässer Anwendung der nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigen Gutachten – gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung im Lichte der

massgeblichen Indikatoren er laube n. 5.10

Die massgeblichen

Indikatoren hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie „funktioneller Schweregrad“ - Komplex „Gesundheitsschädigung“ - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder – resistenz - Komorbiditäten - Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) - Komplex „Sozialer Kontext“ - Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck

Diese Standardindikatoren erlauben - unter Berücksichtigung leistungs hin der äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits - das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzu schätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und E. 4.1; Urteil des Bundesgerichts 9C_534/2015 vom 1. März 2016 E. 2.2.1).

Beweisrechtlich entscheidend ist der Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4):

Der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (z.B. Freizeitgestaltung) andererseits gleich ausgeprägt ist. Dabei ist das bisherige Kriterium des sozialen Rückzugs (wiederum) so zu fassen, dass neben Hinweisen auf Einschränkungen auch Ressourcen erschlossen werden; umgekehrt kann ein krankheitsbedingter Rückzug aber auch Ressourcen zusätzlich vermindern. Soweit erhebbar, empfiehlt sich auch ein Vergleich mit dem Niveau sozialer Aktivität vor Eintritt der Gesundheitsschädigung. Das Aktivitätsniveau der versicherten Person ist stets im Verhältnis zur geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit zu sehen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.1).

Die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen, das heisst das Ausmass , in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz unter dem Komplex "Gesundheitsschädigung") auf den tatsächlichen Leidensdruck hin. Dies gilt allerdings nur, solange das betreffende Verhalten nicht durch das laufende Versicherungsverfahren beeinflusst ist. Nicht auf fehlen den Leidensdruck zu schliessen ist, wenn die Nichtinanspruchnahme einer empfohlenen und zugänglichen Therapie oder die schlechte Compliance klarer weise auf eine (unabwendbare) Unfähigkeit zur Krankheitseinsicht zurückzuführen ist. In ähnlicher Weise zu berücksichtigen ist das Verhalten der versicherten Person im Rahmen der beruflichen (Selbst-) Eingliederung. Inkonsistentes Verhalten ist auch hier ein Indiz dafür, die geltend gemachte Einschränkung sei anders begründet als durch eine versicherte Gesundheitsbeeinträchtigung (BGE 141 V 281 E. 4.4.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.2). 5.11

Zum Komplex Gesundheitsschädigung ist festzuhalten, dass verschiedene somatische Diagnosen bestehen, jedoch deren Befunde unterschiedlich ausgeprägt sind. So sind die Schulterbeschwerden nur teilweise auf ein organisches Korrelat zurückzuführen, und das Ausmass der Beschwerden könne damit nicht genügend erklärt werden. Dies gelte auch für die Beschwerden im linken Handgelenk. Die Schmerzen im linken Kniegelenk seien

weniger ausgeprägt. Somit sind einzig die Befunde im rechten Hand- und im rechten Kniegelenk ausgeprägt. Diesbezüglich ist von geringem Behandlungserfolg auszugehen. Die Beschwerdeführerin hat jedoch trotz bestehender Restarbeitsfähigkeit von 80 und 100 % seit November 2007 keinen Eingliederungserfolg erzielt oder angestrebt. Als Komorbidität besteht die rezidivierende depressive Störung, leicht- bis mittelgradig. Der Leidensdruck aufgrund der depressiven Störung scheint moderat zu sein, wurden doch bisher die Therapiemöglichkeiten nicht optimal ausgeschöpft.

Eine stationäre oder teilstationäre Therapie wurde bislang nach Lage der Akten nicht durchgeführt und es bestehen Möglichkeiten eines Wechsels der Medikation (vgl. vorstehend E. 4.8). Weiter ist aufgrund der anlässlich der Z.____-Begutachtung erhobenen Befunde davon auszugehen, dass keine schwere, medizinisch ausgewiesene psychische Beeinträchtigung besteht; beispielsweise war die Beschwerdeführerin bei Ablenkung aufhellbar. Weiter führten die Gutachter die psychische Beeinträchtigung auch auf psychosoziale Faktoren zurück (vgl. S. 35 des Gutachtens), was jedoch bei der Beurteilung ausser Acht zu bleiben hat. Insgesamt ist somit nicht von einer gravierenden Komorbidität auszugehen. Zu den komplexen Persönlichkeit und sozialer Kontext ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin trotz gewissen sozialen Rückzugstendenzen über Ressourcen verfügt. Sie lebt mit ihrem Ehemann und den Kindern, mit denen keine Probleme bestünden, zusammen. Finanzielle Probleme habe sie derzeit nicht. Sie hat, zwar wenig, aber dennoch Kontakte mit Bekannten und Freunden, vermag sich zu Tätigkeiten zu zwingen, macht etwas im Haushalt, geht manchmal zwei Stunden spazieren, kocht manchmal das Mittagessen, trifft sich mit einer Kollegin, liegt aber auch manchmal im Bett (vgl. S. 28 unten f. des Gutachtens). Sie geht auch in die Ferien (vgl. Urk. 7/127). Insgesamt sind bei der Beschwerdeführerin persönliche und soziale Ressourcen erkennbar, welche durch ihre psychischen Probleme nicht in Frage gestellt werden. Zu prüfen ist weiter die Konsistenz. Hinsichtlich des Gesichtspunkts der gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen auf die vorgenannten Feststellungen zu sozialem Kontext und Persönlichkeit zu verweisen; die Beschwerdeführerin hält ein Aktivitätsniveau, welches nicht augenfällig herabgesetzt ist. Es besteht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine wesentliche Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen Lebensbereichen und es ist nicht von einem sozialen Rückzug in allen Belangen des Lebens auszugehen. Hinsichtlich der Behandlungsanamnese ist ein Leidensdruck vorhanden, denn die Beschwerdeführerin hat sich seit ihrem Unfall durchgehend behandeln lassen. In beruflicher Hinsicht sind jedoch den Akten keine Hinweise darauf zu entnehmen, dass sie sich seit dem Unfall um eine neue Anstellung bemüht hätte. Dies, obwohl gemäss der Ärzte des USZ aus rein somatischer Sicht bereits seit November 2007 eine volle Arbeitsfähigkeit für behinderungsangepasste Tätigkeiten bestand (vgl. vorstehend E. 3.1 und 3.6). Dieses Potential hat die Beschwerdeführerin bislang nicht einmal mittels einer Teilzeitanstellung genutzt, obwohl dies grundsätzlich zumutbar gewesen wäre. 5.12

Die Prüfung der verschiedenen Indikatoren ergibt, dass diese keine erheblichen funktionellen Auswirkungen der medizinischen Grundlagen zeigen. Es besteht somit ein substantielles Leistungsvermögen. Aus rechtlicher Sicht ist nicht zu beanstanden, dass die Z.____-Gutachter der diagnostizierten anhaltenden somatoformen Schmerzstörung keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zumessen. Auch die depressive Störung in leichtem bis mittelschwerem Ausmass vermag keine Arbeitsunfähigkeit zu begründen. Damit ist die

psychische Beeinträchtigung bei der Bemessung der Arbeitsfähigkeit ausser Acht zu lassen. 5.13

Gestützt auf die orthopädische Z.____-Beurteilung ist davon auszugehen, dass im vorliegenden zu prüfenden Zeitraum ab März 2012 beziehungsweise Oktober 2013 in der angestammten Tätigkeit zunächst eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % und ab Mai 2014 von 65 % bestand. Nachdem einzig somatische Diagnosen zu berücksichtigen sind, besteht behinderungsangepasst eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. Somit ist eine Verbesserung eingetreten. Die Verwertung der Restarbeitsfähigkeit von 35 % in der angestammten Tätigkeit ist nachfolgend bei der Bemessung der Invalidität nicht zu berücksichtigen, da es der Beschwerdeführerin zumutbar ist, in einem vollen Pensum in einer angepassten Arbeit tätig zu sein. 6.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und

c.

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

E. 6.1

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgleichender Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

E. 6.2

Die Beschwerdeführerin war zuletzt von Januar 2004 bis Januar 2005 im Restaurant Ribo in einem Pensum von 100 % tätig (vgl. Urk. 7/1 Ziff. 6.3.1; Urk. 7/4/1-4). Da sie jedoch seit Jahren nicht mehr erwerbstätig ist, rechtfertigt es sich, zu Berechnung des hypothetischen Valideneinkommens auf die vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebene Lohnstrukturerhebung (LSE) abzustellen. Der von Frauen für Arbeiten im Jahr 2012 durchschnittlich für praktische Tätigkeiten ohne Spezialwissen im Gastgewerbe erzielte Lohn betrug Fr. 4'044.-- pro Monat (LSE 2012, S. 35, Tabelle TA1, Ziff. 55-56, Niveau 2). Unter Berücksichtigung, dass 2013 im Bereich Gastgewerbe/Beherbergung keine Veränderung der Nominallohnentwicklung im Vergleich zum Vorjahr eintrat (vgl. Bundesamt für Statistik, T1.2.10 Nominallohnindex, Frauen 2011-2015, Gastgewerbe/Beherbergung, Veränderung gegenüber dem Vorjahr in Prozent), und der in diesem Bereich im Jahr 2013 betriebsüblichen Arbeitszeit von 42.4 Stunden (vgl. Bundesamt für Statistik,

Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen ,

Gastgewerbe/Beherbergung und Gastronomie) ergibt sich ein hypothetisches Valideneinkommen von Fr. 51'440.-- (Fr. 4'044.-- x 12 : 40 x 42.4).

E. 6.3

Das Invalideneinkommen ist gestützt auf den standardisierten Durchschnittslohn in sämtlichen Wirtschaftszweigen des privaten Sektors zu bestimmen und es ist vom mittleren Lohn für Frauen, die einfache und repetitive Arbeiten ausführen, auszugehen. Dieser belief sich im Jahre 2012 auf monatlich Fr. 4'112.-- (LSE 2012, S. 35, Tabelle TA1, Total, Niveau 1), mithin Fr. 49'344.-- im Jahr (Fr. 4'112.-- x 12). Unter Berücksichtigung einer durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41.7 Wochenstunden (betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Total) sowie der allgemeinen Nominallohnerhöhung im Jahr 2013 von 0.7 % (vgl.

Bundesamt für Statistik, T1.2.10 Nominallohnindex, Total) ergibt dies für das Jahr 2013 ein Invalideneinkommen von rund Fr. 51'801.-- bei 100 % (Fr. 49'344.-- : 40 x 41.7 x 1.007) und damit keine Erwerbseinbusse. Würde man den maximalen Abzug vom Tabellenlohn von 25 %, wie ihn die Beschwerdeführerin wünscht (vgl. Urk. 1 S. 14), gewähren - wofür kein Anlass besteht - ergibt sich ein hypothetisches Invalideneinkommen von Fr. 38'851.-- (Fr. 51'801.-- x 0.75) und damit ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von rund 24 %.

E. 6.4

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch zu Recht verneinte. Der angefochtene Entscheid ist rechtmässig. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 7.

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 900.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzulegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr.

E. 8

ATSG) sind.

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

E. 9

00.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Thomas Lüthy - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der

Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

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