

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01004 vom 14. November 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-11-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.01004

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01004 du 14 novembre 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01004 del 14 novembre 2018

Erwägungen

E. 1

Die 1960 geborene X.____ schloss keine Berufsausbildung ab und war seit dem 1. Dezember 2013 in im Hauswirtschafts- und Reinigungsbereich in Altersheim A.____ AG tätig, zuletzt zu 60 % im Altersheim B.____ und zu 20 % im Altersheim C.____ (Urk. 8/12/14) .

Am dem 19. Juni 2015 wurde sie arbeitsunfähig geschrieben (Urk. 8/12/2, 8/12/10) . Am 20. Juli 2015 kündigte das Altersheim C.____ die 20%ige Anstellung mit der Versicherten per Ende August 2015 (Urk. 8/15/6) . Am 31. August 2015 meldete die behandelnde Psychiaterin Dr. D.____ , Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie und Oberärztin des Ambulatoriums E.____ der Integrierten Psychiatrie F.____ die Versicherte unter Hinweis auf eine schwere psychische Erkrankung und somatische Beschwerden bei der Invalidenversicherung zur Früherfassung an (Urk. 8/5). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, führte daraufhin am 11. September 2015 ein Früherfassungsgespräch durch (Urk. 8/6).

Am 17. September 2015 löste auch das Altersheim B.____ das 60%ige Arbeitsverhältnis mit der Versicherten per Ende November 2015 auf (Urk. 8/16/7). Am 28. September 2015 meldete sich die Versicherte bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 8/7).

Die IV-Stelle tätigte erwerbliche und medizinische Abklärungen. Sie holte einen IK-Auszug (Urk. 8/11) ein, liess Arbeitgeberfragebögen ausfüllen (Urk. 8/15, Urk. 8/16), besorgte verschiedene Arztberichte (Urk. 8/20, Urk. 8/29), unter anderem solche der behandelnden Psychiaterin

der F.____ (Urk. 8/17, Urk. 8/30), und zog die Akten der Krankentaggeldversicherung Visana Services AG (Urk. 8/12, Urk. 8/27) bei . Am 12. März 2016 teilte sie der Versicherten mit , dass nach den bisherigen Abklärungen aufgrund des aktuellen Gesundheitszustandes keine beruflichen Massnahmen möglich seien (Urk. 8/32). In der Folge holte die IV-Stelle weitere Arztberichte (Urk. 8/34, Urk. 8/35) und weitere Akten der Visana Services AG ein (Urk. 8/37). Sie liess die Versicherte bei der Begutachtungsstelle G.____

bidisziplinär psychiatrisch und orthopädisch begutachten. Die Gutachten wurden am 25. November 2016 erstattet (Urk. 8/46). Am 19. Dezember 2016 stellte die IV-Stelle auf Empfehlung

des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) dem begutachtenden Psychiater Rückfragen, welche dieser am 15. Januar 2017 beantwortete (Urk. 8/50). Die IV-Stelle liess den RAD zum G.____ -Gutachten und den beantworteten Rückfragen des psychiatrischen Gutachters

Stellung nehmen (Urk. 8/52/7-8).

Gestützt auf ihre Abklärungen, insbesondere das interdisziplinäre

Gutachten (Urk. 8/46) und die Stellungnahmen des RAD (Urk. 8/52/7-8), stellte die IV-Stelle der Versicherten mit Vorbescheid vom 16. Februar 2017 (Urk. 8/53) die Verneinung des Anspruchs auf eine Invalidenrente in Aussicht. Dagegen liess die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Michael Grimmer, am 24. April 2017 Einwand (Urk. 8/59) erheben und später einen im Einwand erwähnten Arztbericht der F.____ vom 30. März 2017 (Urk. 8/63) nachreichen. Die IV-Stelle unterbreitete den Fall erneut dem RAD (Urk. 8/68/2). Mit Verfügung vom 17. Juli 2017 (Urk. 2 = Urk. 8/71)

verneinte die IV-Stelle den Anspruch auf eine Invalidenrente wie angekündigt.

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

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert besteht, welcher die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (vgl. BGE 139 V 547 E. 5, 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.3

Gemäss der für somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden entwickelten Rechtsprechung des Bundesgerichts ist die tatsächliche Arbeits- und Leistungsfähigkeit der versicherten Person in einem strukturierten, ergebnisoffenen Beweisverfahren anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren zu ermitteln (BGE 141 V 281).

Mit BGE 143 V 418 hat das Bundesgericht erkannt, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Leiden einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen seien, wobei es je nach Krankheitsbild allenfalls gewisser Anpassungen hinsichtlich der Wertung einzelner Indikatoren bedürfe. Diese Abklärungen enden laut Bundesgericht stets mit der Rechtsfrage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechts erheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (E. 7).

E. 1.4

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

E. 2

Hiergegen liess X.____ am 14. September 2017 Beschwerde führen mit den Rechtsbegehren, die Verfügung der IV-Stelle vom 17. Juli 2017 sei aufzuheben und es seien ihr die gesetzlichen Leistungen zu erbringen, wobei ihr insbesondere ab Juni 2016 eine unbefristete, ganze Invalidenrente zuzusprechen sei. Eventualiter sei ein polydisziplinäres Gerichtsgutachten in den Fachbereichen Orthopädie, Neurologie und Psychiatrie einzuholen und im Sinne des gestellten Hauptbegehrens zu entscheiden. Subeventualiter sei die Sache zur weiteren Sachverhaltsabklärung sowie zur Einholung eines neuen polydisziplinären Gutachtens im Sinne des gestellten Eventualantrages an die IV-Stelle zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2). Zusammen mit der Beschwerde liess die Versicherte Berichte der F.____ vom 19. Juli (Urk. 3/4 = Urk. 8/75) und 11. September 2017 (Urk. 3/5) sowie ein Schreiben an die IV-Stelle vom 16. August 2017 (Urk. 3/3 = Urk. 8/74) einreichen, mit dem sie diese erfolglos um die wiederwägungsweise Aufhebung der Verfügung vom 17. Juli 2017 gebeten hatte (vgl. Urk. 8/77). Mit Beschwerdeantwort vom 30. Oktober 2017 (Urk. 7) schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde. Mit Replik vom 19. Januar 2018 (Urk. 12) liess die Versicherte die beschwerdeweise gestellten Anträge erneuern und einen weiteren Bericht der F.____ vom 16. November 2017 (Urk. 13) einreichen. Mit Eingabe vom 26. Februar 2018 verzichtete die IV-Stelle auf eine Duplik (Urk. 16), was der Versicherten am 27. Februar 2018 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 17). Am 9. November 2018 liess die Versicherte einen Arztbericht der Chirurgie H.____ vom 9. November 2018 einreichen (Urk. 18, 19).

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

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin verneinte in der angefochtenen Verfügung den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Rente mit der Begründung, dass gestützt auf das bidisziplinäre

psychiatrische-orthopädische

G.____-Gutachten vom 25. November 2016 (Urk. 8/46) und die RAD-Stellungnahme vom 1. Februar 2017 (Urk. 8/52/8) aus psychiatrischer, orthopädischer und neurologischer Sicht kein Gesundheitsschaden bestehe, welcher die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen oder einer angepassten Tätigkeit einschränke. Unter Bezugnahme auf einen im Vorbescheidverfahren eingereichten Arztbericht der F.____ vom 30. März 2017 (Urk. 8/63) führte die Beschwerdegegnerin aus, dass durch die darin neu beschriebene mittelgradige bis schwere depressive Störung von keiner Verschlechterung des Gesundheitszustands auszugehen sei, weil das psychiatrische Gutachten diese Diagnose bereits widerlegt habe und darauf abgestellt werde

(Urk. 2).

Die Beschwerdeführerin lässt demgegenüber im Wesentlichen geltend machen, dass weder auf das psychiatrisch-orthopädische G.____-Gutachten noch auf die fachfremde Beurteilung des neurologischen Gesundheitszustandes durch den RAD-Chirurgen abgestellt werden könne. Demgegenüber könne dem von den Fachärzten des F.____ seit August 2015 beschriebenen Gesundheitsverlauf Glauben geschenkt werden. Es könne auf deren Beurteilung, wonach sie (die Beschwerdeführerin) sowohl in angestammter wie auch in angepasster Tätigkeit zu 100% arbeitsunfähig sei, abgestellt werden. Ihr sei daher nach Ablauf des Wartjahres ab Juni 2016 eine ganze Rente zuzusprechen. Sofern das angerufene Gericht wider Erwarten nicht auf die Beurteilung der F.____ abstütze, sei zur Klärung des medizinischen Sachverhalts ein polydisziplinäres (orthopädisches, neurologisches und psychiatrisches) Gutachten einzuholen (Urk. 1).

E. 2.2

In der Beschwerdeantwort vom 30. Oktober 2017 (Urk. 7) hielt die Beschwerdegegnerin daran fest, dass kein invalidisierender Gesundheitsschaden bestehe. Hinsichtlich des psychischen Leidens sei es überwiegend wahrscheinlich, dass dieses nach wie vor durch diverse psychosoziale Faktoren aufrechterhalten werde. Selbst wenn sich jedoch die psychischen Leiden unterdessen verselbständigt hätten, sei die im Bericht der F.____ vom 19. Juli 2017 diagnostizierte schwere depressive Episode nach ICD-10 F32.2 anhand der erhobenen Befunde nicht nachvollziehbar, weshalb nicht von einer schweren Depression, sondern nach wie vor von der im psychiatrischen Gutachten vom 25. November 2016 festgestellten mittelgradigen depressiven Episode auszugehen

sei, die gegenwärtig remittiert (ICD-10 F32.4) sei. Eine solche mittelgradige Störung des depressiven Formenkreises sei rechtsprechungsgemäss erst dann invalidisierend, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent sei. Dies sei hier nicht der Fall, da noch nie ein stationärer psychiatrischer Klinikaufenthalt stattgefunden habe. Das psychische Leiden sei entsprechend nicht invalidisierend. Auch im orthopädischen Gutachten vom 25. November 2016 sei keine Diagnose gestellt worden, welche eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gezeitigt hätte. Eine neurologische Begutachtung sei nicht erforderlich, da Dr. I.____ auch Facharzt für Neurologie sei, er eine neuropsychologische (recte: neurophysiologische) Beurteilung abgegeben habe und der RAD gestützt auf die neurologischen Befunde keine Arbeitsunfähigkeit habe attestieren können.

Mit Replik vom 19. Januar 2018 (Urk. 12) liess die Beschwerdeführerin zu den psychosozialen Faktoren ausführen, dass solche ihre psychischen Beschwerden nicht beeinflussen würden. Sie leide an einer verselbständigten psychischen Erkrankung. Ferner sei entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin gestützt auf die Berichte der F.____

vom 30. März (Urk. 8/63) und 19. Juli 2017 (Urk. 3/4) eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes dokumentiert, indem neu eine schwere Depression festgehalten werde. Dies bestätige auch der Bericht der F.____ vom 16. November 2017 (Urk. 13). Weiter sei die von der Beschwerdegegnerin angerufene bundesgerichtliche Rechtsprechung, wonach mittelgradige depressive Störungen lediglich bei Therapieresistenz invalidisierend seien, zwischenzeitlich überholt. Letztlich sei

Dr. I.____ zwar Facharzt für Neurologie, eine neurologische Beurteilung habe aber dennoch nicht stattgefunden. Im Sinne der Eventualbegründung sei ausserdem darauf hinzuweisen, dass sich das psychiatrische Gutachten nicht zu den Standardindikatoren äussere. Sofern das Gericht den Sachverhalt wider Erwarten für spruchreif halte, müsse im Sinne der neuen bundesgerichtlichen Rechtsprechung, wonach grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen in einem ergebnisoffenen, strukturierten Beweisverfahren zu prüfen seien, ohnehin ein neues Gutachten erstellt werden.

E. 3

Im Bericht vom 11. Dezember 2015 (Urk. 8/27/7-9) hielt die behandelnde Psychiaterin Dr. D.____ an der im Bericht vom 5. Oktober 2015 (vgl. Urk. 8/17) gestellten Diagnose fest. Die Beschwerdeführerin leide seit der Kündigung im Juni 2015 an einem mittelgradigen depressiven Syndrom im Sinne einer Kränkungsdepression (Urk. 8/27/9).

Auch am 1. März 2016 bestätigte diese Ärztin die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode mit rezidivierenden Panikattacken (ICD-10 F32.1). Ab Mai 2016 sei ein Tagesklinikaufenthalt in der F.____ geplant, von dem eine Besserung erhofft werde. Die Arbeitsfähigkeit könne durch medizinische Massnahmen verbessert werden. Die Motivation der Beschwerdeführerin zur Aufnahme einer Arbeit sei bei einer Motivationsskala von 1 = gering bis 10 = sehr hoch bei 4 festzusetzen (Urk. 8/30).

E. 3.1

Der Hausarzt Dr. J.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, schrieb die Beschwerdeführerin ab dem 19. Juni 2015 zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 8/12/5-10). Ab dem 21. August 2015 befand sie sich in ambulanter psychiatrischer Therapie bei der Psychiaterin Dr. D.____ im Ambulatorium der F.____ (Urk. 8/12/3). Diese nannte in ihrem Bericht vom 5. Oktober 2015 als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelgradige depressive Episode mit rezidivierenden Panikattacken (ICD-10 F32.1, Urk. 8/17). Die Beschwerdeführerin sei in der Arbeitsfähigkeit aktuell stark eingeschränkt. Die bisherige Tätigkeit als Reinigungshilfe und in der Hauswirtschaft sei ihr aus medizinischer Sicht nicht mehr zumutbar (Urk. 8/17/3). In Zukunft sei eine Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit möglich, der Zeitpunkt dazu sei aber noch offen.

Der Wiedereinstieg müsse schrittweise erfolgen (Urk. 8/17/4).

E. 3.2

Am 27. Oktober 2015 diagnostizierte
die Ärzte des Spitals

K.____ ein Karpaltunnelsyndrom (CTS), das rechts stärker als links sei, und ein Sulcus - ulnaris - Syndrom (SUS) links („snapping

ulnaris“). Zudem hielt er

sie fest, dass beide Diagnosen neurologisch durch einen Bericht von Dr. L.____, Fachärztin für Neurologie, vom 2. September 2015 bestätigt worden seien. Nebendiagnostisch wurden psychosoziale Probleme und somatoforme Beschwerden wegen der Stellenkündigung festgestellt. Ausserdem leide die Versicherte unter Hypertonie, Dyslipidämie, Adipositas und Nikotinkonsum sowie chronischer

Obstructive

Pulmonary

Disease (COPD) bzw. einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (Urk. 8/29/12). Am 4. Dezember 2015 wurden im gleichen Spital eine offene linke Dekompression des Sulcus ulnaris mit Nerven- Vorverlagerung

und

eine

endoskopische

Karpaltunneldekompression ebenfalls vorgenommen (Urk. 8/29/10-11). Am 5. Januar 2016 erklärte der Oberarzt des Spitals

K.____, Dr. M.____, Facharzt für Chirurgie und Handchirurgie sowie Oberarzt für Handchirurgie, die Beschwerdeführerin habe sich problemlos von der Operation erholt. Sie habe über klassische linksseitige Ulnaris -Ausfallsymptome wie Schwäche in der Hand, eine leichte Krallenposition vom Digitus

manus IV (Ring finger) und V (kleiner Finger) geklagt. Die

Karpaltunnelsyndrom(CTS)-Beschwerden der rechten Hand seien nach wie vor gegeben (Urk. 8/29/8). Im Verlaufsbericht vom 17. Februar 2016 hielt Dr. M.____ fest, dass die Schmerz- bzw. die Parästhesie-Beschwerden auf der linken Seite praktisch verschwunden seien. Ein Taubheitsgefühl und die zu erwartende „Kraftlosigkeit“ der linken Hand seien aber wie erwartet noch vorhanden und würden als störend empfunden. Es werde nun die rechtsseitige CTS-Operation geplant (Urk. 8/29/6-7). Am 26. Februar 2016 wurde über die am Vortag erfolgte endoskopische Spaltung des Retinaculum

flexorum rechts berichtet. Bis zur Nachkontrolle in vier Wochen sei die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 8/34/10).

E. 3.8

Im Verlaufsbericht vom 30. März 2017 diagnostizierte die behandelnde Psychiaterin eine mittelgradige bis schwere depressive Episode mit episodischen Panikattacken (ICD-10 F32.1-2). Die Beschwerdeführerin leide seit Sommer 2015 an einer chronisch verlaufenden Depression. Der chronische Verlauf müsse vor dem Hintergrund einer sehr einfach strukturierten Persönlichkeit gesehen werden, die nur sehr begrenzt fähig sei zur Selbstreflexion und zur Konfliktlösung,

weshalb die Versicherte zum Externalisieren neige. Aufgrund ihres Gesundheitszustandes sei sie aktuell mindestens zu 80 % arbeitsunfähig. Das gelte sowohl für die bisherige als

auch eine angepasste Tätigkeit (Urk. 8/63).

Der RAD- Chirurg

Dr. O.____ erklärte am 16. Mai 2017 dazu , dass der begutach tende Psychiater

Dr. I.____ die Diagnosen der behandelnden Psychiaterin Dr . D.____ aus ihrem Bericht vom 30. März 2017 in seinem Gutachten widerlegt habe. Es sei an seiner Stellungnahme vom 16. Dezember 2016 (vgl. Urk. 8/52/7)

festzuhalten (vgl. Urk. 8/68/2)

E. 3.9

In den Bericht en , die nach Erlass der Verfügung erstellt wurden, vom 19. Juli (Urk. 3/4 = Urk. 8/75) , 11. September (Urk. 3/5)

und 16. November 2017 (Urk. 13) listete die behandelnde Psychiaterin nunmehr lediglich noch eine schwere depressive Symptomatik auf . Trotz bald zweijährigem Behandlungszeitraum (ambulant und tagesklinisch) müsse festgehalten werden, dass die initial relativ günstige Prognose sich nicht bestätigt habe und nunmehr sogar die Kriterien einer schweren depressiven Episode (ICD-10 F32.2) erfüllt seien. Die Erkrankung habe sich verschlechtert (Urk. 3/5 S. 2).

Für eine stationäre psychotherapeutische Behandlung erfülle die Beschwerdeführerin aufgrund ihrer einfachen Persönlich keit leider nicht über die Voraussetzungen (Urk. 8/75/2).

Die Erkrankung sei daher als therapieresistent anzusehen.

Ausserdem habe zum Berichtszeitpunkt am 11. September 2017 weiterhin eine volle Arbeitsunfähigkeit für Tätigkeiten im regulären Arbeitsmarkt gegolten (Urk. 3/5 S. 2). Nach den Angaben der Beschwerdeführerin habe sich auch die psychosoziale Belastungssituation deut lich entspannt (Urk. 13 S. 2). 4.

E. 4

Im Bericht des Spitals K.____ vom 23.

März 2016 (Urk. 8/34/8-9) bestätigte Dr. M.____ die bisherigen Diagnosen mit neurologisch bestätigter CTS und SUS sowie den Status nach zwei Operationen, zum einen der linksseitigen Beschwer den

(SUS, CTS) am 4. Dezember 2015 (vgl. Urk. 8/29/10-11) und zum anderen des rechten CTS am 25. Februar 2016 (Urk. 8/34/10) . Aktuell habe sie auch eine teilregrediente Sehnenscheidenentzündung am rechten (dominanten) Handgelenk und im A1-Ringbandareal des Digitus

manus I (Daumen). Von der rechten CTS-Dekompression vor etwa vier Wochen habe sich die Beschwerdeführerin sehr gut erholt und erfreulicher Weise von einem kompletten Rückgang ihrer diesbezüg lichen Symptome berichtet. Allerdings habe sie von Schmerzen und eine r Schwel lung an den beiden oben genannten Stellen an der rechten Hand (Daumen und radiopalmares Handgelenk) erzählt . Die postoperative Erholung laufe auf der rechten Seite etwas mühsamer (Schmerzen, Schwellung) als auf der Gegenseite. Aktuell habe sie auch Probleme mit den Füßen und sei wegen diesen auch in Behandlung (Urk. 8/34/8-9). Am 11. Mai 2016 erklärte Dr.

M.____, dass sich die Schmerzen durch die Sehnenscheidenentzündung auf der rechten Seite leicht verbessert hätten. Links hingegen seien die Parästhesien beim bekannten und vor etwa fünf Monate versorgten SUS unverändert (Urk. 8/34/6-7). Am 19. Juli 2016 berichtete Dr. M.____ von einer leichten Verbesserung der Probleme sowohl auf der rechten als auch auf der linken Seite. Bei der Inspektion habe sich auf der rechten Seite im FCR-Areal am Handgelenk immer noch eine prall-elastische Schwellung im Sinne eines Beugesehnenscheidenganglions gezeigt. Das Digitus

manus I A1-Ringband sei nach wie vor druckdolent, aber zeige immer noch kein Schnapp-Phänomen. Auf der linken Seite würden sich wie erwartet die klassischen Stigmata einer Ulnaris-Insuffizienz zeigen. Die Kraft sei natürlich deutlich vermindert. Ansonsten sei aber der Faustschluss auf der linken Seite gut und flüssig möglich (Urk. 8/34/4-5). 3.

E. 4.1

Die Auffassung des RAD-Chirurgen, dass die neurologischen Diagnosen zwar im orthopädisch-psychiatrischen Gutachten als fachfremd beurteilt, jedoch rechts genügend begutachtet worden seien und dass diese keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit in bisheriger und angepasster Tätigkeit haben würden (vgl. Urk. 8/52/8), lässt sich mit der gegenwärtigen Aktenlage nicht bestätigen.

Zwar äusserte sich der begutachtende Psychiater Dr. I.____, der auch Neurologe ist, zur Diagnostik, indem er in der neurophysiologischen Untersuchung ein rechtsbetontes regredientes sensomotorisches leicht- bis mässig gradig ausgebildetes CTS und einen linksseitigen Leitungsblock im Ellbogenbereich nach einer Ulnarisverlagerungs-OP auflistete (vgl. Urk. 8/46/97). Er beurteilte aber nicht allfällige Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit, weil nach seinen Angaben dazu die Durchführung eines neurologischen Fachgutachtens notwendig wäre (Urk. 8/50/2).

Auch der begutachtende Orthopäde bot keine Hilfestellung zur Beurteilung eines allfälligen Einflusses des neurologischen Gesundheitszustands auf die Arbeitsfähigkeit, da er als Facharzt für Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates nicht fachärztlich neurologische Gesundheitsschäden beurteilt. Dies betont er auch, indem er in seinem orthopädischen Gutachten festhielt, die rein neurologischen Einschränkungen müssten im Sinne einer versicherungsmedizinischen Konsequenz von einem Facharzt für Neurologie beurteilt werden (vgl. Urk. 8/49/99). Das Gleiche gilt für die Angaben der behandelnden Ärzte, denn auch sie gaben nicht hinreichend Auskunft über allfällige Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit aus neurologischen Gründen. So sind zum einen keine

Berichte der behandelnden Neurologin Dr. L.____ (vgl. Urk. 8/29/12) aktenkundig, denen Anhaltspunkte zur Arbeitsfähigkeit entnommen werden könnten. Zum anderen kann auch den Berichten des

operierenden Handchirurgen des Spitals K.____, Dr. M.____, nichts zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit

in neurologischer Hinsicht

im Verfügungszeitpunkt entnommen werden (vgl. Urk. 8/34/4-5, Urk. 8/34/6-7, Urk. 8/34/8-9).

E. 4.2

Die Beschwerdeführerin liess

in ihrem Einwand vom 24. April 2017 behaupten, der operierende Handchirurg

Dr. M. ___ habe telefonisch bestätigt, dass sie aufgrund ihrer Handbeschwerden nach wie vor arbeitsunfähig sei (vgl. Urk. 8/59/3), ohne dies jedoch zu belegen. Es kann eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus neurologischen Gründen gestützt auf die gegebene Aktenlage aber nicht ausgeschlossen werden. So hielt der behandelnde Handchirurg Dr. M. ___ in dem Bericht des Spitals K. ___ vom 19. Juli 2016 (vgl. Urk. 8/34/4-5) bezüglich der linken Hand Einschränkungen fest, indem er von einer Ulnaris-Insuffizienz und einer deutlich verminderten Kraft berichtete (vgl. Urk. 8/34/4-5). Das gilt auch gestützt auf die Ausführungen von Dr. I. ___ in seiner neurophysiologischen Untersuchung, weil er darin schreibt, dass links weiterhin ein Leitungsblock im *Ulnar n. (Ellenbogenbereich)* vorhanden sei (vgl. Urk. 8/46/97). Weiter lässt der Umstand, dass der begutachtende Orthopäde keine Einschränkungen der Beweglichkeit und der Greif- und Haltefunktionen der Hände festhält (vgl. Urk. 8/46/87),

entgegen der Auffassung des RAD-Arztes (vgl. Urk. 8/52/8) noch nicht den Schluss auf keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus neurologischen Gründen zu. Dies, weil die neurologisch bedingte Kraftminderung und Schmerzhaftigkeit, welche durch die Beschwerdeführerin im orthopädischen Gutachten (vgl. Urk. 8/46/65, Urk. 8/46/67) erwähnt sind und objektiv vom operierenden Handchirurgen Dr. M. ___ am 19. Juli 2016 festgehalten wurden (vgl. Urk. 8/34/5),

die Möglichkeit einer Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit derzeit nicht ausschliessen lässt,

zumal die Versicherte manuell belastend im Hauswirtschafts- und Reinigungsbereich tätig war.

Vor diesem Hintergrund erscheint die neurologische Gesundheitssituation und deren Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit als ungenügend abgeklärt, und es drängt sich eine erneute somatische Begutachtung der Versicherten auf, welche sich auch nicht durch den neuen Behandlungsbericht der Chirurgie H. ___ vom 9. November 2018 ersetzen lässt, worin von einer Vielzahl von neuen Befunden gesprochen wird (Urk. 19) . 5.

E. 5

In den Berichten vom 25. August (Urk. 8/37/2-4) und vom 13. September 2016 (Urk. 8/35) listete die behandelnde Psychiaterin Dr. D. ___ nach wie vor die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode mit rezidivierenden Panikattacken auf (ICD-10 F32.1). In beiden Berichten sprach sie von einem unveränderten Gesundheitszustand (vgl. Urk. 8/35/2, vgl. Urk. 8/37/2). Im Bericht vom 25. August 2016 wurde die tagesklinische Behandlung erwähnt, die halbtags vom 20. Mai bis zum 15. Juli 2016 in der F. ___ stattgefunden habe (Urk. 8/37/3, vgl. Urk. 13 S. 1). Dr. D. ___ meinte, dass aufgrund der persistierenden depressiven Symptomatik seit circa einem Jahr und dem Nichtansprechen auf die Psychopharmako- und Psychotherapie von einer ernststen Prognose auszugehen sei (Urk. 8/37/4). Im Bericht vom 13. September 2016 erklärte sie, dass die tagesklinische Behandlung trotz regelmässiger Teilnahme der Beschwerdeführerin keine Verbesserung der depressiven Symptomatik gebracht

habe (Urk. 8/35/2). Die Beschwerdeführerin sei aktuell weder in der bisherigen noch in einer angepassten Tätigkeit arbeitsfähig. Die Arbeitsfähigkeit könne durch weitere

medizinische Massnahmen wahrscheinlich nicht mehr verbessert werden. Die Beschwerdeführerin leide stark unter ihren somatischen Erkrankungen, die zu Schmerzen an verschiedenen Körperteilen und in den Händen zusätzlich zu starker Muskelschwäche führen würden (Urk. 8/35). 3.

E. 5.1

Bei der Beurteilung der psychischen Gesundheitssituation stehen sich die behandelnde Oberärztin der F.____

Dr. D.____ und der Gutachter der Invalidenversicherung Dr. I.____ mit ihren Ansichten diametral gegenüber. Während Dr. D.____ bei der selbständigen Krankheitsdiagnose einer mittelgradigen bis neuerdings gar schwergradigen depressiven Episode (ICD-10 F. 32.1, F32.2) eine hochgradige Arbeitsunfähigkeit festgelegt hat, erachtet Dr. I.____ eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21) als gegeben, die er als nicht invalidisierend einstuft.

E. 5.2

Bei der Diagnose einer Anpassungsstörung nach ICD-10 F43.21 handelt es sich um Zustände von subjektivem Leiden und emotionaler Beeinträchtigung, die die sozialen Funktionen und Leistungen behindern und während des Anpassungsprozesses nach einer entscheidenden Lebensveränderung, nach einem belastenden Lebensereignis auftreten. Bei der von Dr. I.____ gewählten Zusatzdiagnose (.21) ist charakteristisch, dass dabei ein leichter depressiver Zustand als Reaktion auf eine länger anhaltende Belastungssituation besteht, der aber nicht länger als zwei Jahre dauert. Dabei sind die Anzeichen einer depressiven Stimmung, Angst, Besorgnis vorhanden, ohne dass aber die Symptome so schwer genug oder so markant sind, dass eine spezifische Diagnose gerechtfertigt ist (Horst Dilling /Werner Mombour /Martin H. Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störung, ICD-10, Kapitel V (F), 10. Auflage 2015, S. 209 ff.). Die Diagnose hängt ab von einer sorgfältigen Bewertung zwischen (1) Art, Inhalt und Schwere der Symptome, (2) Anamnese und Persönlichkeit und (3) belastendem Ereignis, Situation oder Lebenskrise (a.a.O., S. 210).

Für die wie von Dr. D.____ gestellte Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode wird verlangt, dass eine gedrückte Stimmung, Interessenverlust/Freudlosigkeit, Verminderung des Antriebs/erhöhte Ermüdbarkeit vorliegen und zusätzlich mindestens drei der Symptome Konzentrations- und Aufmerksamkeitsverminderung, vermindertes Selbstwertgefühl, Schuldgefühle, pessimistische Zukunftsperspektiven, Suizidgedanken, Schlafstörungen, verminderter Appetit während mindestens zwei Wochen gegeben sind. Einige Symptome müssen dabei ausgeprägt sein oder es muss ein besonders weites Spektrum von Symptomen vorhanden sein (a.a.O., S. 173).

Bei der Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2) und den verschiedenen depressiven Episoden (ICD-10 F32) handelt es sich um Ausschlussdiagnosen (a.a.O., S. 172).

E. 5.3

Für die Klärung der unterschiedlichen Diagnosestellung und die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ist also - wie sich dem ICD-10 Fachwerk entnehmen lässt - das subjektiv geklagte und vor allem objektiv ermittelte Ausmass der (depressiven) Symptome zunächst entscheidend. Nicht so sehr massgebend ist hingegen die Frage nach der Ursache bzw. der Hintergründe der Depression, welche im Falle der Anpassungsstörung im Sinne eines

belastenden Lebensereignisses gegeben sein muss, aber auch im Falle einer Depression vorliegen kann. Entgegen der Ansicht von Dr. I.____ (Urk. 8/46/53) ist sodann nach der geänderten Rechtsprechung des Bundesgerichts mit den Diagnosen Anpassungsstörung und depressive Episoden noch nichts über deren invalidisierende Wirkung gesagt, diese stellen erst den Ausgangspunkt für die entscheidende Frage der sich daraus ergebenden funktionellen Einschränkungen dar, die mittels des strukturierten Beweisverfahrens zu erheben sind (BGE 143 V 418).

E. 5.4

Bei der Erhebung der Beschwerden durch

Dr. I.____ fällt auf, dass dieser sehr oberflächlich und vage geblieben ist. Er führte einzig aus, die Versicherte fühle sich seit der Kündigung nicht gut, habe Probleme in den Händen und im rechten Fuss (Urk. 8/46/38). Worüber sie klagte und was sie unter dieser Aussage verstand, geht aus dem Gutachten nicht direkt hervor. Auch geht kein Versuch des Gutachters hervor, hier konkreter nachzufragen und die Auswirkungen des von ihr geklagten Zustandes im Alltag zu ermitteln. Bei den «objektiven Grund lagen», die der Gutachter nach seiner Darstellung gemäss den AMPD-Richtlinien ermittelt habe (Urk. 8/46/42), beschreibt der Gutachter dann durchaus Symptome einer Depression (gedrückte Stimmung, eingeschränkte Stimmungsfähigkeit und Freudfähigkeit, Interessenlosigkeit, sozialer Rückzug, im Antrieb leichte Störung, psychomotorische Unruhe, deutlich reduzierter Selbstwert, geklagte Energielosigkeit und Müdigkeit) und er berichtet von Schlafstörungen. Ohne sich in der Folge aber mit dem entscheidenden Ausmass dieser erhobenen Symptome auseinander zusetzen und deren Auswirkungen auf den Alltag der Versicherten darzustellen, schloss er auf eine Anpassungsstörung, der er auch – wie gezeigt wurde (oben Erw . 5.3) - gleichzeitig zu Unrecht eine Relevanz für eine Invalidität absprach (Urk. 8/46/53). Für den Gutachter standen dabei die Gründe im Zentrum, die hinter diesen psychischen Reaktionen steckten, nämlich die Kündigung, die dadurch erlebte Kränkung der Versicherten und die vom Gutachter vermuteten weiteren Belastungsfaktoren wie belastetes Verhältnis zum Sohn und eine zerrüttete Ehe. Indem der Gutachter jedoch direkt auf die Diagnose der Anpassungsstörung schloss, ohne sich hinreichend und differenziert mit dem Ausschluss eines eben falls in Frage kommenden eigenständigen depressiven Störungsbildes zu befassen, wie die Situation von der behandelnden Psychiaterin eingeschätzt wird und wie dies gemäss ICD-10 verlangt wird, ist die Diagnose nicht überzeugend. Dies gilt umso mehr, als der Gutachter selber der von der behandelnden Psychiaterin gestellten Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode zu Beginn des Geschehens folgte (Urk. 8/46/48).

Der Gutachter berichtete von einer mässigen Kooperation der Versicherten bei der Begutachtung, als er sie zur Psychodynamik ihrer Störung habe befragen wollen, weshalb sie ihre Schwierigkeiten innerseelisch nicht überwinden könne (Urk. 8/46/39). Unter dem Titel «Konsistenz» erwähnte er dies noch einmal (Urk. 8/46/49). Dr. D.____ betonte mehrfach, dass es sich bei der Versicherten, die in Italien nur fünf Jahre in die Grundschule gegangen war und keine Berufsausbildung hat, um eine sehr einfache Persönlichkeit mit sehr reduzierter Introspektions- und Reflektionsfähigkeit handle (Urk. 8/75), so dass nicht auszuschliessen ist, dass sie mit den erwähnten Fragestellungen des Gutachters eher überfordert, als dass sie renitent war. Die behandelnde Ärztin sprach ihrerseits von einer kooperativen Patientin.

E. 5.5

Das psychiatrische Gutachten weist relevante Mängel bei der Diagnose und den Ermittlungen der subjektiven und objektiven Befunde auf und ist daher in der Darstellung der Zusammenhänge nicht überzeugend. Sodann wurde es auch nicht in Nachachtung der neuen Rechtsprechung des Bundesgerichts erstellt (BGE 141 V 418, 143 V 418). In Anbetracht dessen, dass die Versicherte in somatischer Hinsicht zusätzlich begutachtet werden muss, ist auch eine neue psychiatrische Begutachtung durchzuführen, die unter Berücksichtigung der somatischen Resultate der Frage nach der Diagnose und den funktionellen Auswirkungen auf die verschiedenen Lebensbereiche und den Erwerbsbereich im Sinne der Rechtsprechung nachzugehen hat.

Die Sache ist somit zur Begutachtung in neurologischer und psychiatrischer Hinsicht zurückzuweisen. Der neurologische Fachgutachter hat sodann zu entscheiden, ob es noch einer ergänzenden (rheumatologischen oder orthopädischen) Fachrichtung bedarf. Die Beschwerde ist in diesem Sinn teilweise gutzuheissen.

6.

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Sie sind auf Fr. 700.-- anzusetzen. Da die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu weiterer Abklärung und neuem Entscheid nach ständiger Rechtsprechung als vollständiges Obsiegen gilt (vgl. ZAK 1987 S. 268 f. E. 5 mit Hinweisen), sind sie ausgangsgemäss der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

Die Prozessentschädigung nach Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ist ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, nach der Schwierigkeit des Prozesses, dem Zeitaufwand und den Barauslagen festzusetzen. Diese ist unter Berücksichtigung des Stundenansatzes für freiberufliche Anwälte (Fr. 220.-- exklusive Mehrwertsteuer), der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses auf Fr. 2'300.-- (inklusive Mehrwertsteuer und Barauslagen) festzusetzen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 17. Juli 2017 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin neu befindet. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2'300.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Michael Grimmer - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage je einer Kopie von Urk. 18 und 19 - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

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

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

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

E. 6

.3

Unter dem Titel „fachfremde Diagnosen“ listete der orthopädische Gutachter Dr. N. ___ unter Berücksichtigung der neurophysiologischen Untersuchung von Dr. I. ___

einerseits Residuen eines chronischen linksseitigen Sulcus - ulnaris -Syndroms (ICD-10: G56.2) mit Parästhesie und Minderung der Oberflächenempfindlichkeit im Bereich des linken Ring- und Kleinfingers und mit neurophysiologisch nachgewiesenem anhaltendem Leitungsblock im Ellenbogenbereich mit Normalisierung der distalen Nervenleitgeschwindigkeit (NLG) , ohne Hinweis auf eine Wallersche Degeneration auf . Andererseits erwähnte er Residuen der im Februar 2016 erfolgten rechtsseitigen endoskopischen Karpalkanalspaltung mit noch diskreter Minderung der Thenarmuskulatur und belastungsabhängiger Schmerzsymptomatik (ICD-10 G56.1, Urk. 8/46/98).

Dr. I. ___ stellte nach einer neurophysiologischen Untersuchung ein beidseits mässiggradig ausgebildetes sensomotorisches Karpaltunnelsyndrom mit Rechtsseitenbetonung fest. Im Vergleich zum Vorbericht der Neurologin Dr. L. ___ vom 2. September 2015 sei eine deutliche Besserung der distalen motorischen Latenz (DML) festzustellen . Bei einem Status nach der Operation vom 4. Dezember 2015 finde sich linksseitig ein verplumtes Potential des Nervus

ulnaris links bei normwertigen Nervenleitungsgeschwindigkeiten (NLG) als Zeichen der motorischen Erholung der Nervenfasern distal. Bei nicht evozierbarer F-Welle links sei weiterhin ein Leitungsblock im Ulnarbereich (Ellenbogenbereich) vorhanden. Rechtsseitig bestehe eine sensibel verzögerte Nervenleitungsgeschwindigkeit (NLG), welche links nicht evozierbar sei. Zusammenfassend bestehe ein rechtsbetontes, im Verlauf nach endoskopischer Dekompression vom 4. Dezember 2015 regredientes sensomotorisches, noch leicht bis mässiggradig ausgebildetes CTS. Weiter sei ein Status nach Ulnarverlagerungs -OP links vom 30. Oktober (recte: 4. Dezember, Urk. 8/29/10-13, Urk. 8/46/16-17) 2015 festzustellen. Dort gebe es weiterhin einen Leitungsblock im Ellenbogenbereich. Rechtsseitig sei ein leichtgradiges sensibles Sulcus - ulnaris -Syndrom vorhanden (Urk. 8/46/97).

Der Orthopäde Dr. N. ___ bemerkte, dass die Befunde auf neurologischem Fachgebiet keinen Eingang in die Bewertung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit auf

orthopädisch-chirurgischem Fachgebiet gefunden hätten . Es handle sich hierbei um rein neurologische Einschränkungen, welche hinsichtlich ihrer versicherungs medizinischen Konsequenz von einem Facharzt für Neurologie beurteilt werden müssten (Urk. 8/46/99).

In einer bidisziplinären Zusammenfassung hielten die Gutachter der IV-Stelle hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit fest, dass letztlich weder somatisch noch psychi atrisch Störungsbilder mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bestehen wür den (Urk. 8/46/5). 3.

E. 7

In der Stellungnahme vom 16. Dezember 2016 (Urk. 8/52/7) erachtete der RAD-Arzt, Dr. O.____ , Facharzt für Chirurgie, das bidisziplinäre

G.____ -Gutachten für schlüssig und nachvollziehbar. Er liess jedoch dem begutachten Psychiater Dr. I.____ , der auch Facharzt für Neurologie ist , die Rückfrage stellen, welche Auswirkungen die aufgeführten neurologischen Diagnosen auf die Arbeitsfähigkeit in bisheriger und angepasster Tätigkeit hätten (Urk. 8/52/7-8).

Am 15. Januar 2017 stellte Dr. I.____ klar , dass lediglich eine orthopä disch-psychiatrische Begutachtung stattgefunden habe . Die Neurophysiologie im Gutachten zeige auf, dass die Beschwerden der Beschwerdeführerin den Auftrag zur bidisziplinären orthopädisch-psychiatrischen Abklärung überschreiten wür den. Z ur Arbeitsfähigkeit auf neurologischem Fachgebiet könne nach der Durch führung eines neurologischen Fachgutachtens Stellung genommen werden (Urk. 8/50).

Der RAD-Chirurg Dr. O.____ führte am 1. Februar 2017 aus, nach nochmaligem genauen Studium des orthopädischen Teils des bidisziplinären Gutachtens könne festgestellt werden, dass die aufgeführten neurologischen Gesundheitsschäden regredient seien (Urk. 8/52/8). Dies ergebe sich aus der Zusammenfassung der neurophysiologischen Untersuchung durch Dr. I.____ , in welcher stehe, dass rechtsbetont ein regredientes sensomotorisches, noch leicht bis mässiggradig ausgebildetes CTS bestehe (vgl. Urk. 8/46/97). Ausserdem sei bei der orthopä dischen Funktionsprüfung der Hände keinerlei Einschränkung in der Beweglich keit oder Greif-/Haltefunktion der Hände ermittelt worden, was sich aus den orthopädisch-gutachterlichen Untersuchungsbefunden bezüglich der Handfunk tionen und der Fingermobilität ergebe (vgl. Urk. 8/46/85-87). Damit könne fest gehalten werden, dass die neurologischen Diagnosen, die im orthopädisch-psychiatrischen Gutachten als fachfremd bezeichnet, jedoch indirekt begutachtet worden seien, keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit in bisheriger und ange passter Tätigkeit haben würden. Damit erübrige sich ein zusätzliches neurologi sches Gutachten. An der abschliessenden RAD-Stellungnahme vom 16. Dezember 2016 (vgl. Urk. 8/52/7) könne folglich festgehalten werden (Urk. 8/52/8).

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