

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00414 vom 6. April 2018**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-04-06, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2018.00414](https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00414)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00414 du 6 avril 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00414 del 6 aprile 2018

## **Erwägungen**

### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 1968, war von 2007 bis 2014 für die Y.\_\_\_\_ AG sowie für einige Privathaushalte in der Hauswartung und Reinigung tätig (Urk. 7/1 S. 4 Ziff. 5.4, Urk. 7/4). Unter Hinweis auf rechtsseitige Schulterschmerzen mit Ausstrahlung in den Arm und die Hand meldete sie sich am 8. Mai 2015 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/1). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische und erwerbliche Situation ab, zog Akten der Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG (Groupe Mutuel) als Unfallversicherung bei (Urk. 7/7) und holte beim Zentrum

Z.\_\_\_\_ ein polydisziplinäres Gutachten ein, das am 4. Mai 2017 erstattet wurde (Urk. 7/37).

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 7/40-41; Urk. 7/46;

Urk. 7/55; Urk. 7/61) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 6. April 2018 einen Rentenanspruch (Urk. 7/69 =

Urk. 2).

### **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**

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

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

### **E. 1.3**

Nach der allgemeinen Beweisregel ( Art. 8 ZGB ) hat die versicherte Person die invalidisierenden Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung mit dem Beweis grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen. Gelingt dieser Nachweis nicht, verfügt sie über keinen Leistungsanspruch. Mit anderen Worten wird bei Beweislosigkeit vermutet, dass sich der geklagte Gesundheitsschaden nicht invalidisierend auswirkt: Vermutet wird Validität, nicht Invalidität. An diesem Nachweis kann es unter mehreren Aspekten mangeln: Die Einschränkung ist nicht gesundheitlich, sondern sozial/soziokulturell bedingt (1); die gesundheitliche Einschränkung ist nicht evident, wiegt nicht schwer, sodass sie überwindbar und der versicherten Person die Verrichtung einer adaptierten Tätigkeit dennoch zumutbar ist (2); die Einschränkung ist medizinisch ange- oder gar heilbar (3); die Einschränkung ist nur vorübergehender Natur, sei es, weil sie von selbst oder nach einer medizinischen Behandlung abklingt (4). Die entsprechenden Elemente (gesundheitlicher Charakter, Evidenz und Erheblichkeit, Unheilbarkeit und Dauerhaftigkeit der Beeinträchtigung) sind stets nachzuweisen, damit ein Anspruch auf eine Dauerleistung der Invalidenversicherung geltend gemacht werden kann (BGE 139 V 547 E. 8.1 und E. 9.4, BGE 140 V 290 E. 3.3.1).

### **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**

Die Versicherte erhob am

3. Mai 2018 Beschwerde gegen die Verfügung vom 6. April 2018 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihr eine Invalidenrente zuzusprechen, eventuell sei ein weitere medizinische Abklärungen vorzunehmen (Urk. 1 S. 2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 31. Mai 2018 (Urk.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) gestützt auf die medizinischen Abklärungen - insbesondere auf das Z.\_\_\_\_ -Gutachten vom 4. Mai 2017 (Urk. 7/37) und die Stellungnahme der Z.\_\_\_\_ -Gutachter vom 2. November 2017 (Urk. 7/58) - davon aus, dass keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorlägen. Es bestehe somit keine gesundheitliche Einschränkung im Sinne des Gesetzes (S. 1 f. ).

### **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), die Beurteilungen durch das Z.\_\_\_\_ seien unverwertbar: An diesen hätten Fachärzte der Neurologie, der Orthopädie/Traumatologie, der Inneren Medizin sowie der Psychiatrie mitgewirkt, zur Beurteilung der von den behandelnden Ärzten gestellten Diagnose Komplexes Regionales Schmerzsyndrom ( CRP S ) sei jedoch die Begutachtung eines

Facharzt für Rheumatologie und Radiologie unabhängig (S. 3 f. Ziff. 6). Sie sei seit der Schulteroperation vom 3. Juli 2013 arbeitsunfähig, was aus diversen Arztberichten hervorgehe (S. 4 Ziff. 8). Die Feststellung der neurologischen Teilgutachterin, wonach kein Morbus Sudeck vorliege, stehe im Widerspruch zu den Beurteilungen sämtlicher behandelnder Ärzte (S. 4 f. Ziff. 9+ 10). Das Gutachten sei sodann hinsichtlich der Beweglich- und Untersuchbarkeit der Extremitäten widersprüchlich (S. 5 Ziff. 11+12). Schliesslich werde sie zu Unrecht und voreingenommen des Vortäuschens nicht vorhandener Symptome bezichtigt. Ihre leidende Haltung sei eine kulturelle Ausdrucksform (S. 6 Ziff. 16). Aufgrund des Morbus Sudeck und der intraforaminalen Diskushernie zwischen dem 6. und 7. Halswirbel (C6-C7) mit Radikulopathie und chronischen Schmerzen sei sie massiv eingeschränkt, die Funktion des rechten Armes sei vollständig aufgehoben. Aufgrund dessen sei sie in der bisherigen wie auch in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig (S. 6 f. Ziff. 17). Werde nicht hiervon ausgegangen, so seien im Sinne des Eventualantrages weitere medizinische Abklärungen vorzunehmen und ein Gutachten von Gutachtern sämtlicher für die Beurteilung des CRPS relevanten Fachrichtungen erstellen zu lassen (S. 7 Ziff. 18).

### **E. 2.3**

Streitig und zu prüfen ist der Invaliditätsgrad der Beschwerdeführerin und insbesondere die Frage, ob zu dessen Beurteilung auf die Beurteilung durch die Z.\_\_\_\_-Gutachterin und Gutachter abgestellt werden kann. 3. 3.1

Die Ärzte der Klinik für Unfallchirurgie des Universitätsspitals A.\_\_\_\_ führten im Bericht vom 9. März 2012 (Urk. 7/6/1-2) aus, die Beschwerdeführerin sei gemäss ihren Angaben am Vortag über eine Treppe (3 Stufen) gestürzt und sei dabei mit dem rechten Fuss nach aussen umgeknickt (S. 1 oben). 3. 2

Die Ärzte der Chirurgischen Klinik des Stadtspitals B.\_\_\_\_

stellten im Bericht vom 6. September 2013 (Urk. 7/7/18) folgende Diagnosen: - komplette Ruptur des Supraspinatus (SSP), Platte 2, instabile lange Bizepssehne, extrinsisches Impingement bei Acromiosporn und symptomatischer AC-Gelenksarthrose Schulter rechts - diagnostische Schulterarthroskopie rechts mit arthroskopischer Rekonstruktion des SSP (3-reihig, tension-banding, LHB-Tenodese, Tuberkuloplastik, Acromioplastik und AC-Gelenkresektion am 3. Juli 2013 - Ruhigstellung mittels Abduktionskissen 30 Grad für 6 Wochen - ad physiotherapeutischer Mobilisation

Im Anschluss an die Operation vom 3. Juli 2013 sei eine Belastung über 6 Wochen nicht möglich gewesen, die Patientin sei bei sämtlichen Tätigkeiten im Haushalt stark eingeschränkt gewesen. Sie sei vom 2. Juli bis mindestens zum 8. September 2013 zu 100 % arbeitsunfähig (gewesen). 3.3

Im Bericht vom 21. Oktober 2013 (Urk. 7/7/16) diagnostizierten die Ärzte des B.\_\_\_\_ einen Verdacht auf ein CRPS (Ziff. 1). Die rechte Schulter könne nicht ausreichend bewegt werden. Aktuell sei ein Arbeiten nur auf Gürtelhöhe gegeben (Ziff. 2). Aktuell laufe die weitere Diagnostik bezüglich eines CRPS. Solange keine genaue Aussage über diese Diagnose getroffen werden könne, sei eine Prognose betreffend Wiederaufnahme der Arbeit nicht möglich (Ziff. 5). 3.4

Im Bericht vom 11. Dezember 2013 (Urk. 7/7/13) stellten die Ärzte des B.\_\_\_\_ folgende, hier verkürzt wiedergegebene Diagnosen (S. 1) : - persistierende immobilisierende und

invalidisierende Schmerzen im Bereich der rechten oberen Extremität (Differentialdiagnose Frozen

Shoulder , CRPS) - Status nach Schulterarthroskopie rechts (...)

Die Patientin berichte immer noch über starke Schmerzen. Die ganze rechte Extremität sei aktuell mit einer praktisch fehlenden Funktion (S. 1 Mitte). 3.5

Im Bericht vom 11. Februar 2014 (Urk. 7/7/11) stellten die Ärztinnen der Abteilung Rheumatologie der Universitätsklinik C.\_\_\_\_ folgende Diagnosen (S. 1 Ziff. 1): - persistierende Schmerzen der rechten oberen Extremität - Differentialdiagnose (DD) frozen shoulder , DD Status nach CRPS - Status nach Schulterarthroskopie rechts mit arthroskopischer Rekonstruktion des SSP am 3. Juli 2013 - Vitamin-D-Mangel - Substitution seit Januar 2014

Die Patientin habe eine schwere Körperwahrnehmungsstörung , insbesondere betreffend den rechten Arm . Aus diesem Grund sei es sehr wichtig, dass sie sich weiter möglichst intensiv mit dem Arm beschäftige. Ein Teil davon sei die physiotherapeutische Betreuung, da die Patientin Supervision benötige (S. 1 Ziff. 3). 3.6

Die Ärzte der Abteilung Orthopädie der Universitätsklinik C.\_\_\_\_

stellten im Bericht vom 17. Februar 2014 (Urk. 7/10/6-9) bei unveränderter Diagnosestellung fest , die Patientin sei vom 6. bis am 25. Januar 2014 in ihrer Klinik hospitalisiert gewesen. Sie klage über persistierend starke Schmerzen im Bereich der Streckseite des gesamten rechten Armes von der Schulter ausgehend bis in die Finger 2-4 ausstrahlend. Der Schmerz sei dauernd vorhanden in einer Intensität von 5/10 auf der visuellen Analogskala (VAS) . Der Arm fühle sich sehr schwer an, die Hand sei ständig geschwollen (S. 1 unten). Die Hospitalisation sei im Rahmen einer multimodalen rheumatologischen Komplexbehandlung erfolgt. Eine Schulteruntersuchung sei wegen der Schmerzen nicht toleriert worden. In der Bildgebung der rechten Schulter mittels Sonographie und Arthro-Magnetresonanztomographie (MRI) hätten sich postoperative Veränderungen im zu erwartenden Ausmass gezeigt. Das MRI sowie die konventionellen Röntgenaufnahmen der Halswirbelsäule (HWS) hätten weder relevante degenerative Veränderungen noch Hinweise auf eine Neurokompression gezeigt (S. 3 Mitte). Die Patientin sei in ein intensives physio- und ergotherapeutisches Behandlungsprogramm eingebunden worden. Vorrangiges Ziel sei eine Verbesserung der Körperwahrnehmung gewesen, wobei nur sehr diskrete Fortschritte hätten erreicht werden können. Während des gesamten Aufenthalts sei eine anhaltend schwere Wahrnehmungsstörung aufgefallen. Der beigezogene psychiatrische Konsiliarwert die Symptomausweitung auf den gesamten rechten Arm als Ausdruck einer psychophysischen Überforderung des Bewältigungsvermögens (S. 3 f.). 3.7

Dr. D.\_\_\_\_ , Chefarzt Traumatologie des B.\_\_\_\_ , führte im Bericht vom 5. März 2014 (Urk. 7/7/9-10 = Urk. 7/10/10-11 ) bei unveränderter Diagnosestellung aus, all die im Rahmen der Hospitalisation in der Universitätsklinik C.\_\_\_\_ erfolgten Untersuchungen zeigten keine relevante interventionsbedürftige Pathologie (S. 1 Mitte). In der Schulter rechts finde sich eine mässige Schwellung der gesamten rechten oberen Extremität mit diffuser Druckdolenz bis in die Hand. Aufgrund der Schmerzen sei eine konklusive Untersuchung der Schulter praktisch nicht möglich. Die Beweglichkeit im Bereich des Handgelenkes sowie der Finger sei stark eingeschränkt. Auch die aktive

Ellbogenbeweglichkeit sei eingeschränkt. Eine Abduktion im Bereich der Schulter sowie die Flexion im Schulterbereich und Rotationsbewegungen seien praktisch nicht möglich (S. 2 oben). Aktuell werde keine vernünftige chirurgische Interventionsmöglichkeit gesehen, um den Zustand zu verbessern. Es blieben wohl einzig die eingeschlagenen therapeutischen Massnahmen (medikamentös sowie auch physio- und ergotherapeutisch) konsequent weiterzuführen (S. 2 Mitte). Die rechte obere Extremität sei für die Patientin aktuell praktisch ohne Funktion, so dass sie weder Hausarbeiten noch die Arbeit als Hauswartin vernünftig durchführen könne (S. 2 unten). 3.8

Die Ärzte der Abteilung Rheumatologie der Universitätsklinik C.\_\_\_\_ führten im Bericht vom 13. März 2014 (Urk. 7/7/6) aus, die Patientin habe postoperativ ein ausgeprägtes Schmerzsyndrom entwickelt, welches im Verlauf zu einer Symptomausweitung auf den gesamten rechten Arm mit schwer eingeschränkter Funktionalität geführt habe (Ziff. 3). 3.9

Im Antwortschreiben an die Groupe Mutuel vom 26. März 2014 (Urk. 7/7/5) führte

Dr. D.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.7) aus, aktuell sei nur die linke obere Extremität für Arbeiten zu gebrauchen, auch kleinere Arbeiten seien mit der rechten oberen Extremität nicht möglich. Eine abschliessende Prognose betreffend Wiederaufnahme der Arbeit könne nicht gestellt werden, eine 100%ige Wiedereingliederung sei jedoch höchst unwahrscheinlich. 3.10

Die Ärzte des Instituts für Medizinische Radiologie und Nuklearmedizin des B.\_\_\_\_ führten am 19. Juni 2015 ein MRI der HWS durch. Im gleichentags verfassten Bericht (Urk. 7/37/69) führten sie aus, es liege eine intraforaminale Diskushernie im Segment des Halswirbelkanals (HWK) 6/7 rechts mit Obliteration des Neuroforamens und Kompression der Nervenwurzel C7 rechts und eine abgeflachte Lordose der HWS mit mehrsegmentaler leichtgradiger Chondrose ohne Osteochondrose vor. 3.11

Dr. E.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, führte im Bericht vom 20. Juli 2015 (Urk. 7/10/1-5) aus, sie behandle die Beschwerdeführerin seit dem 17. November 1998 (Ziff. 1.2). Sie nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - zervikoradikuläres Schmerzsyndrom C7 rechts bei obliterierender Diskushernie HWK 6/C7 seit mindestens April 2015 - persistierende Schmerzen der rechten oberen Extremität bei Status nach Schulterarthroskopie rechts mit arthroskopischer Rekonstruktion des SSP am 3. Juli 2013 - Status nach CRPS und frozen

shoulder. Erste Schmerzen seit zirka 2008, starke Zunahme nach einem Treppensturz am 8. März 2012

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie: - Hypothyreose seit 2007 - ausgeprägtes postmenopausales Syndrom seit 2014

Am 28. September 2012 habe die Beschwerdeführerin erstmals berichtet, sie habe seit zirka 5 Jahren Schulterschmerzen, vor allem nachts. Später habe sie korrigiert, dies habe zugenommen nach einem Sturzereignis vom 8. März 2012, wo sie sich den Knöchel vertreten habe. Im Anschluss an die Operation vom 3. Juli 2013 habe die Beschwerdeführerin nicht nur starke Schmerzen der rechten Hand, sondern auch eine Schwellung und eine Überhitzung derselben bemerkt. Dies sei ihr, Dr. E.\_\_\_\_, am 11. Oktober 2013 ebenfalls aufgefallen, es sei also als Komplikation eine «Sudeck»-Krankheit, das CRPS, eingetreten. Als zweite Komplikation habe sich eine «frozen

shoulder » entwickelt, eine Schultersteife durch die starr werdende Schultergelenkscapsel. Es habe sehr viel Überzeugungsarbeit gebraucht, um die Beschwerdeführerin für die nötigen Therapien zu motivieren, schliesslich habe sie aber Fortschritte sehen und wieder ein gewisses Arbeitspensum in einem privaten Haushalt aufnehmen können. Gleichwohl habe sie die starken Schmerzmittel (Opioide) nie ganz weglassen können. Am 10.

April 2015 habe sie berichtet, dass im Anschluss an eine vermehrte Beanspruchung infolge Treppenhausreinigung die Schulter wieder so stark schmerze wie früher, auch würden die Finger taub. Ein MRI der Halswirbelsäule habe eine klare Quetschung der Armnerven durch einen Bandscheibenvorfall an der Halswirbelsäule gezeigt. Grundsätzlich könnte eine gute Erholung eintreten, falls sich eine wirksame Behandlung der Nerveneinklemmung finden lasse. Eine Unsicherheit bestehe betreffend die psychische Situation, die Beschwerdeführerin habe durch die Probleme im rechten Arm so viele Rückschläge einstecken müssen, dass sie fast verzweifeln (Ziff. 1.4). Es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit dem 3. Juli 2015 (richtig wohl: 2013). 3.12

Dr. F.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurochirurgie, führte im Bericht vom 23. Oktober 2015 (Urk. 7/12) aus, die Patientin habe sicher eine grosse muskuläre Schwäche als Folge einer Schulteroperation und eine progressive Aggravierung der Schmerzen im Dermatome C7 rechts mit elektrisierender Schmerzkomponente (S. 1 Ziff. 1.4)

3.13

Im Bericht vom 19. April 2016 (Urk. 7/20) führte Dr. F.\_\_\_\_ aus, im Vergleich zum auswärtigen MRI vom 19. Juni 2015 seien die unklaren Strukturen im Foramen C6/C7 rechts nicht mehr zu sehen. Es könnte sich auch nur um eine Vene handeln (S. 1 Mitte). Sie denke nicht, dass die Arbeitsfähigkeit durch medizinische Massnahmen verbessert werden könne. Die Motivation der Patientin beurteile sie auf 5 von 10 Punkten (S. 2 Mitte). 3.14

Dr. E.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3).

## **E. 6**

) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde der Beschwerdeführerin am 21. Juni 2018 zur Kenntnis gebracht (Urk.

### **E. 6.1**

Das Z.\_\_\_\_-Gutachten vom 4. Mai 2017 (Urk. 7/37) ist für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt auch die geklagten Beschwerden, wurde in Kenntnis der Vorakten abgegeben, leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und seine Schlussfolgerungen sind begründet. Es vermag somit den praxismässigen Anforderungen an den Beweiswert einer medizinischen Expertise (vgl. vorstehend E. 1.4) zu genügen, weshalb grundsätzlich darauf abgestellt werden kann. In der Stellungnahme vom 2. November 2017 führten die Z.\_\_\_\_-Gutachter sodann in differenzierter Weise gut nachvollziehbar aus, weshalb die inzwischen eingegangenen ärztlichen Stellungnahmen der behandelnden Ärztinnen Dr. E.\_\_\_\_ und Dr. G.\_\_\_\_ zu keiner Änderung des Gutachtens führen können (vorstehend E. 5.5).

### **E. 6.2**

Die Beschwerdeführerin stellte sich auf den Standpunkt, das Gutachten sei nicht verwertbar, weil zur Beurteilung der von den behandelnden Ärzten gestellten Diagnose C

R P S die Begutachtung durch einen Facharzt für Rheumatologie und Radiologie unabdingbar sei, und verwies dabei auf einen rheumatologischen Fachartikel (vorstehend E. 2.2). Dabei verkennt sie, dass in Invalidenversicherungen rechtlich nicht die Diagnosen und deren Anzahl entscheidend sind, sondern die Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf die Arbeitsfähigkeit (BGE 136 V 279 E.3.2.1 S. 281 mit Hinweis auf BGE 127 V 294). Weiter obliegt es den Gutachterinnen und Gutachtern, die notwendigen Fachrichtungen beizuziehen.

Es ist naheliegend, dass die behandelnden Ärztinnen eine Aggravation oder gar Simulation der Beschwerden seitens der Beschwerdeführerin grundsätzlich verneint und von voller Arbeitsunfähigkeit ausgingen. Dem RAD-Arzt Dr. H.\_\_\_\_\_

(vorstehend E. 3. 17) ist jedoch darin zuzustimmen, dass es apodiktisch erscheint, wenn Dr. G.\_\_\_\_\_ im Juni 2016 schreibt: «Kann nicht mehr arbeiten!» (vorstehend E. 3.

### **E. 6.3**

Im Gutachten wurden die erheblichen Inkonsistenzen denn auch ausführlich und gut nachvollziehbar dargelegt (vorstehend E. 4.5+6). So war es nicht nur das Auftreten der Beschwerdeführerin, welches aufgesetzt wirkte, sondern das Beschwerdevalidierungsverfahren ergab auch effektiv höchst auffällige Werte. Zudem wurde nur bei gezielter Untersuchung der Halswirbelsäule eine aufgehobene Funktion demonstriert, während diese im Übrigen nur wenig eingeschränkt war.

Weiter wurde die Medikation nur partiell eingenommen und es fanden bereits seit 5 Monaten keine physiotherapeutischen Massnahmen mehr statt, was auf einen eher geringen Leidensdruck schliessen lässt. Klinisch strukturelle Korrelate, welche die geklagten Funktionseinschränkungen erklären würden, fanden sich nicht. Zur Schlussfolgerung, die Beschwerdeführerin täusche ihre Beschwerden vor, hatten die Gutachter somit triftige objektive Gründe. Diese wurden im Nachgang zum Gutachten weder von den behandelnden Ärztinnen noch von der Beschwerdeführerin auf- oder angegriffen, was ihnen zusätzlich es Gewicht verleiht.

Dies zieht nach sich, dass auch hinsichtlich der divergierenden ärztlichen Feststellungen betreffend die möglichen CRPS-Symptome der Veränderungen

der Trophik und der Schweisssekretion nicht den behandelnden Ärztinnen, sondern den Gutachtern zu folgen ist, welche in der Stellungnahme vom 2. November 2017 mit Nachdruck festhielten, solche Symptome hätten sich in der klinischen Untersuchung nicht gezeigt (vorstehend E. 5.5). Es konnte auch das klinische Erscheinungsbild der rechten oberen Extremität nicht einem Morbus Sudeck zugeordnet und in der Röntgendarstellung der rechten Hand keine fleckförmige Entkalkung nachgewiesen werden. Nachdem auch der Rheumatologe

Dr. M.\_\_\_\_\_ keine Hinweise auf ein florides CRPS gefunden, jedoch mögliche sympathisch unterhaltene Schmerzkomponenten erwähnt hatte, passte Dr. G.\_\_\_\_\_ ihre Beurteilung an und vertrat den Standpunkt, es liege ein RSD vor (vorstehend E. 5.7). Dies wirkt nachgeschoben und vermag die Beweiskraft des Gutachtens weiterhin nicht zu erschüttern. Gleiches gilt für die Darstellung der Beschwerdeführerin, es schränke sie eine intraforaminale Diskushernie C6-C7 mit Radikulopathie und chronischen Schmerzen in der Arbeitsfähigkeit ein (vorstehend E. 2.2), nachdem selbst Dr. E.\_\_\_\_\_ anerkannt hatte, dass sich diese mittlerweile wieder zurückgebildet habe (vorstehend E. 5.2).

Es ist daher nicht ersichtlich, inwiefern die von der Beschwerdeführerin im Eventualstandpunkt beantragten weiteren medizinischen Abklärungen neue, für die Beurteilung des vorliegenden Falles entscheidende Erkenntnisse liefern könnten. Auf weitere Abklärungen ist daher im Sinne der antizipierten Beweiswürdigung zu verzichten (BGE 122 V 157 E. 1d).

#### **E. 6.4**

Auf das voll beweismässige Z. \_\_\_ -Gutachten ist nach dem Gesagten abzustellen, womit von voller Arbeitsfähigkeit in der angestammten wie auch in einer angepassten Tätigkeit auszugehen ist.

Es liegt somit bei der Beschwerdeführerin keine

Gesundheitsbeeinträchtigung vor, welche zu einer Beschränkung der Arbeitsfähigkeit führen würde. Bei voller Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit besteht ohne weiteres kein Rentenanspruch; dieser Grundsatz gilt für alle versicherten Personen (Urteil 8C\_786/2013 vom 14. Januar 2014 E. 4.2).

Die angefochtene Verfügung erweist sich demnach als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 7.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Vorliegend sind die Kosten auf Fr. 800.-- anzusetzen und der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Fortuna Rechtsschutz-Versicherungs-Gesellschaft AG - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diese Entscheidung kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 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  
Der Vorsitzende  
Der Gerichtsschreiber  
Mosimann Boller

## 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. 11

) führte im Bericht zuhanden der Beschwerdeführerin vom 13. Juni 2016 (Urk. 7/23/1-4) aus, die Patientin habe ihr in den letzten Jahren immer wieder einen sehr depressiven, hoffnungslosen Eindruck gemacht. Dies sei durch die wiederkehrenden Komplikationen nachvollziehbar, die die Patientin dadurch erfahre, dass sie die Kontrolle über den Arm immer wieder verliere. Obschon sie sie als motiviert einschätze, könne die Umsetzung der Therapie hierdurch erschwert sein (Ziff. 4.4). 3.15

Dr. G.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, führte im Bericht zuhanden der Beschwerdeführerin vom 23. Juni 2016 (Urk. 7/24) aus, sie behandle die Beschwerdeführerin seit dem 15. Dezember 2015 (Ziff. 1.2). Als Diagnose nannte sie mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie (Ziff. 1.1): - schwere CRPS Arm/Hand rechts - C-Radikulopathie rechts

Es hätten sich CRPS Zeichen an der rechten Hand gefunden (Ödem, Temperaturdifferenz, Atrophie). Die Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit betrage 100 % (Ziff. 1.6). Eine behinderungsangepasste Tätigkeit sei nicht möglich (Ziff. 1.7). 3.16

Im Verlaufsbericht zuhanden der Beschwerdeführerin vom 22. November 2016 (Urk. 7/29) hielt Dr. G.\_\_\_\_ unter Ziff. 2.1 fest: «Kann nicht mehr arbeiten!» Die Motivation beurteilte sie auf 5 von 10 Punkten (Ziff. 4.3). Als Faktoren, welche die Krankheit aufrecht erhalten, nannte sie finanzielle Schwierigkeiten und Depression (Ziff. 4.4). 3.17

Dr. H.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), führte in seiner Stellungnahme vom 17. Dezember 2016 (Urk. 7/39 S. 7) aus, nachdem offensichtlich auch psychosoziale Faktoren vorlägen, welche zumindest theoretisch eine nicht unerhebliche funktionelle Überlagerung der zweifellos vorhandenen somatischen Gesundheitsschäden bewirken könnten, und auch die apodiktische Angabe einer dauerhaft vollständigen Arbeitsunfähigkeit anhand der Aktenlage nicht wirklich überzeugen könne, bedürfe es einer polydisziplinären Begutachtung.

### 4. 4.1

Am 4. Mai 2017 erstatteten Dr. I.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, Dr. J.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Dr. K.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. L.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Z.\_\_\_\_, ihr polydisziplinäres Gutachten (Urk. 7/37). 4.2

Im neurologischen Teilgutachten stellte Dr. I.\_\_\_\_ keine Diagnosen (S. 24 Ziff. 4). Aufgrund der anamnestischen Angaben lasse sich die angegebene Schmerzausstrahlung keiner peripheren Nervenstörung, Radikulopathie oder Plexusläsion zuordnen. Die weiterführende neurologische Untersuchung habe ebenfalls keine objektivierbaren Zeichen einer peripheren Nervenstörung ergeben. Es fänden sich keine Unterschiede der Trophik

zwischen rechtem und linkem Arm, es zeigten sich keine Atrophien, keine sicheren Sensibilitätsausfälle, keine Reflexdifferenzen und insbesondere ergäben sich keine Hinweise auf eine Veränderung der Schweißsekretion. Die geklagten Schmerzen und die von der Versicherten durchgeführte Bewegungslosigkeit des rechten Armes und der rechten Hand liessen sich nicht objektivieren. Es liege kein neurologisches Krankheitsbild vor und insbesondere ergäben sich keine Hinweise für einen Morbus Sudeck. Die Arbeitsfähigkeit sei auf neurologischem Gebiet nicht eingeschränkt (S. 24 Ziff. 5). 4.3

Im orthopädisch-traumatologischen Teilgutachten stellte Dr. J.\_\_\_\_ keine Diagnose mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnose ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit nannte er ein chronisches zervikovertebrales Syndrom mit demonstrierter Funktionseinschränkung (S. 33 Ziff. 4).

Die Halswirbelsäulenbeweglichkeit werde nahezu aufgehoben dargestellt. Dieser Befund sei mit den beobachteten Bewegungen während der gesamten Exploration nicht konsistent; die Versicherte habe hierbei den Kopf zu beiden Seiten, zum Ehemann und zu der Dolmetscherin, zu mindestens 45 ° rotieren können. Die Konturen der Hand- und Fingergelenke seien seitengleich erhalten, die rechte Handinnenfläche sei diskret schwitzig, die Hand sei durch einen angezogenen Kompressionsstrumpf und eine warme Tasche deutlich erwärmt worden. Die Hohlhandbeschwellung sei seitengleich gering. Der Faustschluss, die Langfingerstreckung könne aktiv nicht demonstriert werden; passiv könne eine vollständige Streckung der Finger und ein Faustschluss erzielt werden (S. 31). Die passiv geführte Bewegungsuntersuchung lasse für Brust- und Lendenwirbelsäule keine Funktionsmessung zu. Hingegen sei die Versicherte in der Lage, im Langsitz entspannt zu sitzen; der Fingerspitzen-Zehenspitzen-Abstand links betrage 8

cm (S. 32 oben). Radiologisch stünden leichtgradige Veränderungen in krassem Widerspruch zu den aufgehobenen demonstrierten Funktionen (S. 33 Mitte).

In der Untersuchung hätten sich das rechte Schultergelenk, das rechte Ellenbogengelenk, die Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule weder aktiv noch passiv untersuchen lassen. Die entsprechenden Funktionen würden als aufgehoben dargestellt. Weitere bildtechnische Diagnostik habe seitens der Schulter kein Korrelat für die Funktionseinschränkung aufzeigen können. Im Bereich der Halswirbelsäule werde radiologischerseits eine Kompression der Nervenwurzel C6/C7 rechts beschrieben. Dies erkläre jedoch die aufgehobene Funktion der Halswirbelsäule nicht. Ebenso sei die aufgehobene Darstellung der Brust- und Lendenwirbelsäule nicht nachvollziehbar. Auch sie wiesen kein strukturelles Korrelat auf, welches diese Funktionseinschränkung erklären könne. Daher könne aus orthopädischer Sicht seitens der rechten Schulter, des Ellenbogens, der Hand- und Fingergelenke und auch der Brust- und Lendenwirbelsäule keine Diagnose erhoben werden (S. 34 oben). Die Versicherte sei in der Lage, körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ohne wesentliche Einschränkung durchzuführen. Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als auch in einer Verweistätigkeit seien aus orthopädischer Sicht nicht eingeschränkt (S. 34 Mitte). 4.4

Im internistischen Teilgutachten stellte Dr. L.\_\_\_\_

keine Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnosen ohne Relevanz auf die Arbeitsfähigkeit nannte er (S. 41 Ziff. 4): - Hypothyreose (substituiert) - Adipositas BMI 35.5 kg/m<sup>2</sup> - Verdacht auf nicht-alkoholische Fettlebererkrankung (NAFLD)

Die Arbeitsfähigkeit sei in der bisherigen und in einer Verweistätigkeit aus internistischen Gründen nicht eingeschränkt (S. 42 Mitte). 4.5

Im psychiatrischen Teilgutachten stellte Dr. K.\_\_\_\_ keine Diagnosen (S. 50 Ziff. 4). Bei der Versicherten sei eine eher diffuse psychiatrische Symptomatik beschrieben, die auch von ihr präsentiert worden sei, allerdings keinem bekannten psychiatrischen Störungsbild zugeordnet werden könne. Ihre Angaben wirkten inkonsistent, ihr Auftreten wirkte aufgesetzt, eine konkrete Symptomatik habe sie auch auf Nachfrage nicht benennen können. Auch aus diesem Grund sei die Durchführung eines Beschwerdevalidierungsverfahrens geboten gewesen, das ein höchst auffälliges Ergebnis gezeigt habe. Auch die Medikation scheine nur partiell eingenommen zu werden (S. 50 Ziff. 5). Die Auffälligkeiten im Beschwerdevalidierungsverfahren deuteten auf das gezielte Vortäuschen einer nicht vorhandenen Symptomatik hin. Die Arbeitsfähigkeit sei nicht eingeschränkt (S. 52 Mitte). Offenbar sei bisher nicht daran gedacht worden, dass die Beschwerdesymptomatik aggraviert beziehungsweise simuliert sein könnte (S. 52 unten). 4.6

Im Rahmen der interdisziplinären Beurteilung (S. 9 ff.) stellten die Gutachter dieselben Diagnosen wie in den Teilgutachten (S. 9 Mitte). Es bestehe mithin eine erhebliche Diskrepanz zwischen der Anamnese und den erhobenen Befunden. Radiologisch stünden leichtgradige radiologische Veränderungen im krassen Widerspruch zu den aufgehoben demonstrierten Funktionen. In allen untersuchten Fachgebieten könne keine die Arbeitsfähigkeit beeinflussende gesundheitliche Störungen gefunden werden. Es fänden sich keine klinisch strukturellen Korrelate, welche die Funktionseinschränkungen erklären würden. Die Angaben der Versicherten wirkten inkonsistent, ihr Auftreten wirkte aufgesetzt. Die Auffälligkeiten im durchgeführten Beschwerdevalidierungsverfahren deuteten auf das gezielte Vortäuschen einer nicht vorhandenen Symptomatik hin (S. 11 oben). Retrospektiv sei die Arbeitsfähigkeit durchaus nach Rekonstruktion der Supraspinatussehne im Juli 2013 für drei bis vier Monate aufgehoben (gewesen). Anschliessend sei eine sukzessive Aufnahme der Arbeitsfähigkeit die Regel. Polydisziplinär ergäben sich keine Diagnosen, die eine weitere Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründeten (S. 12 oben).

Anlässlich der Diskussion von Ausschlussgründen wie Aggravation führten die Gutachter aus, nebst den Auffälligkeiten im Beschwerdevalidierungsverfahren scheine auch die Medikation nur partiell eingenommen zu werden. Es lägen inkonsistente somatische Befunde vor. Einerseits seien nur wenige eingeschränkte HWS-Funktionen während der Exploration beobachtet worden, während bei gezielter Funktionsuntersuchung der HWS eine aufgehobene Funktion demonstriert worden sei. Andererseits begründeten die strukturellen radiologischen Veränderungen nicht das Ausmass der demonstrierten Funktionseinschränkungen. Es fänden sich auch keine objektiven Zeichen (Atrophien), welche das berichtete Nicht-Einsetzen des rechten Armes begründeten (S. 13 Ziff. 4).

Betreffend Behandlung und Eingliederung lägen insoweit Hinweise für fehlende Kooperation vor, als dass die Medikamentenspiegel zeigten, dass die Medikamente nicht regelmässig eingenommen würden. Physiotherapeutische Massnahmen fänden seit 5 Monaten nicht mehr statt (S. 15 Ziff. 2).

Sowohl in der angestammten als auch in einer behinderungsangepassten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (S. 11 unten f.). 5. 5.1

Dr. G.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.15 ) führte in ihrer Stellungnahme vom 12. Juni 2017 (Urk. 7/41 = Urk. 7/49) zum Vorbescheid vom 15. Mai 2017 (Urk. 7/40 = Urk. 7/44 = Urk. 7/52) aus , die Beschwerdeführerin leide an einer schweren CRPS des rechten Armes, beg leitet auch von einer schweren z ervikalen Radikulopathie. Das Schmerzsyndrom und das psychische Leiden seien signifikant. Sie leide auch an einer Depression und schweren chronischen Kopfschmerzen. Sie könne nicht mehr arbeiten, sie sei zu 100 % arbeitsunfähig. Eine IV (-Rente) sei für die Beschwerdeführerin hochindiziert. 5.2

Dr.

E.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.11 ) führte in ihrer Stellungnahme vom 1. Sep tember 2017 (Urk. 7/53) zum polydisziplinären Gutachten aus, die entscheidende Disziplin, die sich mit CRPS beschäftige, sei die Rheumatologie.

S pezialisierte Rheumatologen seien hier nicht beigezogen worden. Es scheine nicht verstanden worden zu sein, dass die Beschwerdeführerin eine schwere Verlaufsform eines CRPS des ganzen Armes erlitten habe und nicht eine reine Störung an der Schul ter (S. 1 oben). Es würden keine spezifischen Anamnesen oder Untersuchungen hinsichtlich des CRPS erwähnt. Insbesondere habe der Orthopäde keine Bildge bung der Hand oder des Arms angeordnet, um beispielsweise zu überprüfen, ob ein Demineralisation des Knochens vorhanden sei, was bei einem ausgeprägten Stadium des CRPS zu erwarten sei. In ihrer Sprechstunde hätten sich deutlich e Beschwerden in der rechten Hand gefunden. Diese Stelle sei im G utachten einfach nicht beachtet worden, sei aber in der hausärztlichen Betreuung das erste Signal überhaupt für das Anbahnen des schweren CRPS g e wesen. Auch beschreibe der Gutachter eine Diskrepanz zwischen seinen Befunden an der Wirbelsäule und der beklagten Bewegungseinschränkung, was mechanistisch gedacht korrekt sei, doch schon die Beschwerdeführerin aus Angst vor Schmerzen und nicht, weil die Halswirbelsäule wirklich steif sei (S. 1 Mitte). Der neurologische Teilgut achter habe eine normale Schweisssekretion erwähnt. Die abnormale Schweisssekretion sei ein typisches Symptom in eine r akuten CRPS-Phase, das in ihrer Sprechstunde am 6. September 2013 auch stark vorhanden gewesen sei. In diesem Spätstadium sei es eben nicht mehr so klar zu beobachten (S. 1 f.).

Dem psychiatrischen Teilgutachter sei eine deutlich leidende Haltung aufgefallen, die übertrieben scheine. Das sei durchaus auch das Bild, das sie, Dr. E.\_\_\_\_ , über die Jahre sehe. Sie habe dies nicht als eine mutwillige Aggravation verstan den, sondern als die Möglichkeit der Beschwerdeführerin, sich und ihre Situation durchaus im Rahmen ihrer kulturellen Ausdrucksform verständlich zu machen. Fraglich sei auch, mit welchen Medikamenten sie ihre Begutachtung angetreten habe. Beispielsweise mache das Lioresal sehr müde, die Patienten könnten wie «verladen» wirken, das gleiche gelte für die Opiate (S. 2 oben). Es bestehe ein Restzustand bei einem CRPS des rechten Arms und eine depressive Störung, mög licherweise zusätzlich eine Schmerzverarbeitungsstörung. Hingegen habe sich der zusätzlich aufgetretene Nerven-Reizzustand durch eine Diskushernie in der Hals wirbelsäule unterdessen wieder zurückgebildet, diesbezüglich sei dem neurolo gischen Teilgutachter zuzustimmen (S. 2 unten). 5.3

Dr. G.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.15 ) führte in ihrer Stellungnahme vom 5. September 2017 (Urk. 7/54) zum polydisziplinären Gutachten aus, ein CRPS könne sich verschieden präsentieren, je nach «Level» der Krankheit. Auch die trophischen Veränderungen, die Atrophie und die weiteren Zeichen der Krankheit könnten sehr verschieden sein und von

Patienten zu Patienten variieren. Charakteristisch sei allerdings der chronische Schmerz mit einer Ausstrahlung, die keinem Dermatome entspreche. Typisch seien die Parästhesien, das Ameisengefühl und das Taubheitsgefühl, die nicht objektivierbar seien, aber die Lebensqualität deutlich verschlechterten. Diese Schmerzen seien bei der Beschwerdeführerin so signifikant, dass sie eine Parese des rechten Arms entwickelt habe. Es gebe sehr wohl eine Temperaturdifferenz von 2 Grad zwischen dem kälteren rechten und dem linken Arm und eine Reflexdifferenz beim Trizeps (rechts schwächer als links). Die Funktionseinschränkungen seien absolut eine Charakteristik von CRPS (S. 1 Ziff. 1). CRPS könne man eben nicht neurologisch zuordnen. Es sei ein zentraler Schmerz, der sich von einer ursprünglich peripheren Läsion entwickle und die genauen pathophysiologischen Mechanismen seien unbekannt. Fehlende Zuordnung sei daher kein Argument (S. 2 Ziff. 3). Schweissausfälle und Trophikänderungen seien oft zu beobachten und danach (wieder) weniger ausgeprägt gewesen (S. 2 Ziff. 4). Die Beschwerdeführerin sei zu 100 % arbeitsunfähig, wobei keine Möglichkeit einer angepassten Tätigkeit gesehen werde. Eine psychiatrische Störung liege nicht vor, aber auch nicht ein Vortäuschen (S. 2 Ziff. 5). 5. 4

RAD-A rzt Dr. H.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.17 ) führte in seiner Stellungnahme vom 27. September 2017 (Urk. 7/67 S. 2 f.) aus, für die Beurteilung der funktionellen Leistungsfähigkeit bei Beschwerden des Stütz-, Halte- und Bewegungsapparates seien bei Begutachtungen ausschliesslich die Funktion der einzelnen Wirbelsäulenabschnitte und der Extremitätengelenke entscheidend, nicht aber – entgegen der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 7/55 S. 4 Ziff. 10) - deren radiologischer Befund, welcher lediglich als ein Mosaikstein neben anderen das Bild einer Diagnose ergebe (S. 3 Ziff. 3). 5.5

Die Z.\_\_\_\_ -Gutachter nahmen am 2. November 2017 (Urk. 7/58) Stellung zu den Stellungnahmen von Dr. E.\_\_\_\_ (vorstehend E. 5.2) und Dr. G.\_\_\_\_ (vorstehend E. 5.3). Es sei mit Dr. E.\_\_\_\_

richtig, dass die eigentliche Ursache des Morbus Sudeck nicht bekannt sei. Die Krankheitszeichen seien hingegen eindeutig durch neurologische Pathologien bedingt. Als Beispiel sei das CRPS II heran zuziehen, da es zusätzlich nervale Ausfälle beschreibe. Ein CRPS werde in der Regel vom Neurologen beurteilt. Selbst in einem Spätstadium des CRPS seien - wenn auch in verminderter Form – trophische Veränderungen zu erwarten und diese liessen sich bei der Untersuchung auch finden. Aktuell zeige die Versicherte (aber) keine trophischen Störungen, auch nicht in minimalster Form (S. 1 unten).

Grundsätzlich sei die Aussage von Dr. G.\_\_\_\_ korrekt, dass sich ein CRPS klinisch verschieden darstellen könne. Trophische Veränderungen könnten variieren, auch die Atrophien, auch das sei richtig. Jedoch lägen bei der Versicherten keine Atrophien oder trophischen Veränderungen vor, auch nicht in Minimalausprägung. Allein aus der Tatsache, dass ein chronischer Schmerz vorliege, der sich nicht radikulär zuordnen lasse, folge nicht konsequent, dass ein Morbus Sudeck vorliegen müsse (S. 2 Mitte). Die Aussage, die Schmerzen seien so signifikant, dass sie eine Parese des rechten Armes entwickelt habe, sei neurologisch nicht haltbar. Schmerzen führten nicht zu Paresen, allenfalls könnten sie Inaktivitätsatrophien auslösen, welche jedoch bei der Versicherten zum Untersuchungszeitpunkt sicher nicht vorgelegen hätten. Eine Parese liege dann vor, wenn die Kraftgrade der einzelnen Muskeln vermindert sei. Dies liege bei der Versicherten ebenfalls nicht vor (S. 2 unten). Die Budapest Kriterien seien nicht erfüllt, ein CRPS liege somit nicht vor. Eine Abschwächung des Trizepssehnen reflexes (TSR) isoliert ohne begleitende Paresen, ohne passende dermatonale Schmerzausstrahlungen und ohne passende

Gefühlsminderung besitze keinen Krankheitswert (S. 3 Ziff. 2). Die Aussage, ein CRPS könne man nicht neurologisch zuordnen, sei falsch. Ein CRPS II sei durch neurologische Ausfälle gekennzeichnet. Die genannte ursprüngliche periphere Läsion sei im Übrigen nicht nachvollziehbar (S. 3 Ziff. 3). Schweissausfälle müssten unabhängig von ihrem Ausmass und ihrer Ausprägung klinisch nachweisbar sein. Dies sei bei der Beschwerdeführerin nicht der Fall (S. 3 Ziff. 4).

Die mit dem Einwand vorgebrachte Aussage der Beschwerdeführerin, zur Prüfung eines Rückgangs der Knochensubstanz im Vergleich hätte eine bildgebende Untersuchung beider Hände und Arme durch den Orthopäden angeordnet werden müssen (Urk. 7/55 S. 4 Ziff. 10), bezeichneten die Z.\_\_\_\_-Gutachter als nicht zutreffend, da zunächst das klinische Erscheinungsbild der rechten oberen Extremität nicht einem Morbus Sudeck zugeordnet werden könne. Zudem sei eine Röntgendiagnostik der rechten oberen Extremität inklusive Schultergelenk und rechter Hand erfolgt. In der Röntgendarstellung der rechten Hand habe keine für den Morbus Sudeck pathognomonische fleckförmige Entkalkung nachgewiesen werden können, so dass das Krankheitsbild nicht objektiviert werden könne. Aus diesem Grund fehle der Forderung einer Vergleichsaufnahme mit der Gegenseite unter besonderer Berücksichtigung der Strahlenexposition die fachliche Grundlage (S. 4 Ziff. 10).

Die fachlichen Ausführungen der genannten Schreiben enthielten keine neuen medizinischen Aspekte, die zu einer Änderung des Gutachtens vom 4. Mai 2017 führen könnten (S. 4 unten). 5. 6

Dr. M.\_\_\_\_ ,

Chefarzt der Abteilung Rheumatologie der Universitätsklinik C.\_\_\_\_ , führte im Sprechstundenbericht vom 23. Januar 2018 (Urk. 7/64/8-9) aus, die Zuweisung sei mit der Frage nach einem vorliegenden CRPS an der rechten oberen Extremität erfolgt. Aktuell ergäben sich keine Hinweise auf ein florides CRPS. Nicht passend sei die persistierende Schwellungsneigung, welche charakteristischerweise in den ersten 6 Monaten abnehme. Die beschriebenen vegetativen Veränderungen würden auf eine mögliche sympathisch unterhaltene Schmerzkomponente zurückgeführt (S. 2 Mitte).

Im Begleitschreiben vom 8. Februar 2018 zuhanden der Beschwerdeführerin (Urk. 7/64) führte Dr. M.\_\_\_\_ aus, er habe die Patientin einmalig in seiner Sprechstunde am 23. Januar 2018 beurteilt und könne die gestellten Fragen entsprechend nicht konklusiv beurteilen. 5. 7

Dr. G.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.15 ) führte in ihrer Stellungnahme vom 30. März 2018 (Urk. 7/66) aus, Dr. M.\_\_\_\_ sage, dass er den Zustand nicht konklusiv beurteilen könne und dass keine floride CRPS bestehe, nicht aber, dass keine CRPS bestehe. Ausserdem gebe es einen Widerspruch, indem er vegetative Veränderungen erwähne, die er auf eine sympathisch unterhaltene Schmerzkomponente zurückführe. Medizinisch gesehen handle es sich um eine Reflex Sympathetic

Dystrophy (RSD), die einer Form der CRPS entspreche (S. 1 f.) . RSD und CRPS seien nicht gut verstandene Krankheitsbilder und es gebe eine extrem grosse Variabilität bezüglich klinische Zeichen (S. 3 Mitte). 6.

## **E. 16**

). Dies wirkt nicht neutral und kaum beweiskräftig , ebenso wenig wie ihre Beurteilung vom Juni 2017: «Frau X.\_\_\_\_ kann nicht mehr arbeiten. Sie ist 100 % arbeitsunfähig. Eine IV ist

für diese Patientin hochindiziert » (Urk. 7/41). Hier hat das Gericht - bei Berichten von behandelnden Ärzten -

der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3a/cc S. 353 mit weiteren Hinweisen), sprich deren Gesundheitsbeeinträchtigung tendenziell eher gravierender und deren Arbeitsfähigkeit tendenziell eher tiefer einschätzen als dies objektiv gerechtfertigt wäre.

Umso bemerkenswerter ist es nach dem Gesagten, dass die Hausärztin Dr. E. \_\_\_ im Juli 2015 berichtet hatte, es habe sehr viel Überzeugungsarbeit gebraucht, um die Beschwerdeführerin für die nötigen Therapien zu motivieren (vorstehend E. 3.10), was stimmig ist mit der Aussage von Dr. F. \_\_\_, wonach sie die Motivation auf 5 von 10 Punkte beurteile (vorstehend E. 3.12). Mindestens ebenso bemerkenswert ist die Bestätigung durch Dr. E. \_\_\_, dass die Beschwerdeführerin eine deutlich leidende Haltung zeige, die übertrieben scheine (vorstehend E. 5.2). Dies mit Dr. E. \_\_\_ und der Beschwerdeführerin (vorstehend E.

2.2) verharmlosend als kulturelle Ausdrucksform anzusehen zu wollen, wird der Bedeutung dieses Verhaltens in einer polydisziplinären Begutachtung zur Abklärung von substantiellen finanziellen Ansprüchen gegenüber einer Sozialversicherung nicht gerecht.

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