

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00832 vom 30. Januar 2020**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-01-30, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2018.00832](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00832)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00832 du 30 janvier 2020

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00832 del 30 gennaio 2020

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetz es über den Allge meinen 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 kom menden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der ge sund heitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). 1. 2.

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

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

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindes tens 40 % arbeitsunfähig ( Art.

### **E. 1.2**

Mit Vorbescheid vom 3. Juli 2015 war X.\_\_\_\_ die Abweisung des Begehrens um Zusprechung einer Invalidenrente in Aussicht gestellt worden (Urk. 7/42). Die IV-Stelle tätigte im anschliessenden Einwandverfahren

(vgl. Urk.

7/49) weitere medizinische Abklärung en ( Urk. 7/50, Urk. 7/61-64) und

die CSS reichte ein

psy chiatrische s Gutachten zu den Akten (Urk. 7/57).

Im Rahmen ihrer Stellungnahme vom 1 2. Juli 2016 zu diesen Unterlagen ersuchte die Versicherte

wiederum um Unter stützung bei der Wiedereingliederung (Urk.

7/66).

Daraufhin sprach die IV-Stelle der Versicherten

am 4. Januar 2017 eine Integrationsmassnahme im Umfang eines Supports am Arbeitsplatz bei Y.\_\_\_\_ zu

(Urk. 7/76). Mit Verfügung vom 20. Juli 2017 wurde die Arbeitsvermittlung beendet, nachdem X.\_\_\_\_

per 1. Juli 2017 einen Vertrag über eine Anstellung in einem 60 %-Pensum bei Y.\_\_\_\_ hatte abschliessen können (Urk. 7/82-83).

### **E. 1.3**

Nach Bezug von weiteren Arztberichten (Urk. 7/87, Urk. 7/89, Urk. 7/93-94) und Vorlage des Dossiers an den Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD, Urk. 7/97/7-9) erliess die IV-Stelle am 10. Januar 2018 einen neuen Vorbescheid (Urk. 7/98). Auf den Einwand der Versicherten hin (Urk. 7/102)

verneinte sie

mit Verfügung vom 27. August 2018 wie angekündigt

einen Rentenanspruch der Versicherten (Urk. 7/112 = Urk. 2) . 2.

Dagegen erhob X.\_\_\_\_

am 25. September 2018 Beschwerde und beantragte die Aufhebung der Verfügung und die Rückweisung der Streitsache zu weiteren Abklärungen (insbesondere zu einer polydisziplinären Begutachtung) an die Vorinstanz (Urk. 1 S. 2).

Die IV-Stelle ersuchte mit Beschwerdeantwort vom 24. Oktober 2018 um Abweisung der Beschwerde (Urk. 6). Dies wurde der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 29. Oktober 2018 zur Kenntnis gebracht (Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 4**

, Urk. 7/14/2, Urk. 7/19).

Am

25. Juli 2014 reichte die Versicherte

wegen Arbeitsunfähigkeit bei

Anfang 2014 beidseitig operativ versorgten Karpaltunnelsyndromen sowie Nacken-, Schultergürtel- und Rückenschmerzen (Urk. 7/3/4-5, Urk. 7/10/3)

ihre Anmeldung zum Leistungsbezug (Eingliederungsmassnahmen; vgl. Urk. 7/10/1) ein (Urk. 7/1).

Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte in der Folge die medizinische und erwerbliche Situation ab und die Krankentagegeldversicherung CSS reichte die fallbezogenen Akten ein (Urk. 7/2-3). Im Juli 2014 nahm die Versicherte ihre Erwerbstätigkeiten wieder auf, infolge der Schmerzen ersuchte sie die IV-Stelle am 20. November 2014 indes um Unterstützung bei der beruflichen Neuorientierung (Urk. 7/26). Die Versicherte absolvierte

in der Folge im Rahmen von Frühinterventionsmassnahmen im Frühjahr 2015 eine Potentialerhebung bei der Z.\_\_\_\_ (Urk. 7/30-31; Schlussbericht Z.\_\_\_\_ vom 2. Juni 2015, Urk. 7/35). Am 1

#### **E. 4.1**

Nach den Operationen an beiden Händen im Januar und Februar 2014 konnte die Beschwerdeführerin ihre angestammte Tätigkeit laut eigenen Angaben ab Juli 2014 wieder vollschichtig aufnehmen ( Urk. 7/26 , Urk. 7/38/2 ; vgl. auch Urk.

7/10 /2 ). Den Lohnabrechnungen ist zu entnehmen, dass von Juni bis August 2014 keine Krankentaggelder ausbezahlt wurden ( Urk. 7/19/12-13).

Im Schreiben vom 20. November 2014 gab die Beschwerdeführerin an, nach vorübergehender Arbeitsunfähigkeit im September 2014 weiterhin zu 100 % arbeitstätig zu sein, wenn auch unter Schmerzen ( Urk. 7/26). Dementsprechend bescheinigten Dr.

A.\_\_\_\_ und Dr. C.\_\_\_\_ im September 2014 eine vollständige Arbeitsfähigkeit (vorstehend E. 3.1).

Insofern

findet die Schlussfolgerung des RAD-Arztes , wonach von August 2014 bis Juli 2015 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vorgelegen habe , in den zeitnahen Unterlagen keine Stütze .

Vielmehr ergibt sich, dass durch die mehr als 30tägige Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit ab Juli 2014 eine wegen Eintritts der Arbeitsunfähigkeit im Januar 2014 ( Urk. 7/3/3) eröffnete Wartezeit unterbrochen wurde ( Art. 28 Abs. 1 lit . b IVG, Art. 29 ter

der Verordnung über die Invalidenversicherung [ IVV ] ) . Daran ändert nichts , dass die behandelnden Ärzte eine leichtere Arbeit als sinnvoller erachtet en, denn aus dieser Empfehlung kann nicht auf eine medizinische Unzumutbarkeit der bisherigen Tätigkeit geschlossen werden.

Erst

mit dem Bericht von Dr. C.\_\_\_\_ vom Juni 2015 ist wiederum eine anhaltende Arbeitsunfähigkeit ab diesem Zeitpunkt belegt (vorstehend E. 3.1) .

#### **E. 4.2**

Einig sind sich die Fachärzte und Parteien, dass die von der Beschwerdeführerin langjährig ausgeübte Tätigkeit als Küchenmitarbeiterin in einem Vollzeitpensum sehr handbelastend und ihr infolgedessen dauerhaft seit Juni 2015 nicht mehr zumutbar ist. Der RAD-Arzt hielt fest , dass er unsicher sei, ob die Beschwerdeführerin ihr aktuelles Pensum von 60 % –

in der Anstellung, welche sie nach durchgeführten Eingliederungsmassnahmen durch die Beschwerdeführerin schliesslich bei Y.\_\_\_\_

antreten konnte (vgl. Urk. 7/83) – auf Dauer durchzuhalten vermöge (Urk. 7/97/8) .

Immerhin bescheinigten die Fachleute des L.\_\_\_\_ eine 60 % ige Arbeitsfähigkeit, so dass aus somatischer Sicht die bisherige Tätigkeit nicht ohne Weiteres als gänzlich unzumutbar zu betrachten ist. Wie es sich damit letztlich verhält, kann offen gelassen werden, da eine wenigstens 40%ige Arbeitsunfähigkeit im Sinne von Art. 28 Abs. 1 lit . b IVG ab Juni 2015 jedenfalls ausgemessen ist .

Bei Eröffnung der Wartezeit im Juni 2015 ist im Folgenden zu prüfen, wie es sich mit der Erwerbsunfähigkeit bei Ablauf des Wartejahres im Juni 2016 verhält. 4. 3

In somatischer Hinsicht ist den Akten bezüglich einer Verweistätigkeit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu entnehmen, wie der RAD-Arzt bereits am 3. Juli 2015 zutreffend fest hielt. In der Folge wurden insbesondere die Beschwerden im Bereich der Hals- und Brustwirbelsäule weiter abgeklärt, doch erhoben die Neurologen nur geringe Befunde, so dass nachvollziehbar ist, dass diese keine Arbeitsunfähigkeit bescheinigten (vorstehend E. 3.8).

Nach einem

teilstationären Aufenthalt im H.\_\_\_\_ Ende 2015 hielten die dortigen Fachleute im März 2016 in einer Verweistätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 50 %

für zumutbar (vorstehend E. 3.5). Der Gesundheitszustand namentlich im Zusammenhang mit den depressiven Beschwerden verbesserte sich in der Folge und die Beschwerdeführerin nahm ihre frühere Tätigkeit zunächst stundenweise wieder auf, so dass die behandelnde Psychiaterin Dr. F.\_\_\_\_ trotz der weiterhin diagnostizierten chronischen Schmerzen mit somatischen und psychischen Faktoren im Bericht vom 22. Juni 2016 von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit sprach (vorstehend E.

3.6-7), wovon der RAD-Arzt zu Recht ausging. Im Bericht vom 10. November 2017 beschrieb Dr. F.\_\_\_\_ wiederum einen verbesserten Gesundheitszustand. Sie schilderte, dass die Beschwerdeführerin in der therapeutischen Behandlung den Umgang mit ihren Schmerzen erlernt habe und die Verantwortung für die Verbesserung ihres Zustandes in die eigene Hand nehme (Urk. 7/93/1). Unter diesen Umständen vermag nicht einzuleuchten, dass die Arbeitsfähigkeit nurmehr 70-80 % betragen soll. Dr. F.\_\_\_\_ hat diese diskrepante Beurteilung auch nicht erläutert, weshalb nicht darauf abzustellen ist.

Dem Bericht von Dr. I.\_\_\_\_ ist keine abweichende Beurteilung zu entnehmen; auch er postulierte aus medizinischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit, sondern berichtete allein vom seitens der Beschwerdeführerin effektiv ausgeübten Pensum von 60 % (vorstehend E. 3.7). Der Bericht des L.\_\_\_\_ vom August 2018 enthält ebenso wenig wie der Untersuchungsbericht der Rheumatologin

Dr. med. M.\_\_\_\_ vom 20. Juli 2018 (Urk. 3/4) eine Beurteilung der Zumutbarkeit einer leidens angepassten Tätigkeit.

Es ist daher nicht zu beanstanden, dass der RAD-Arzt gestützt auf diese Aktenlage ab Juni 2016 auf eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit geschlossen hat. Dass sich diesbezüglich im weiteren Verlauf eine Änderung ergeben hätte, ist nicht belegt, da namentlich die Fachleute des L.\_\_\_\_ keine Verschlechterung in diesem Zeitraum beschrieben haben. Ihre Zumutbarkeitsbeurteilung beschließt zudem die Zeit seit Juni 2006 und für die hier fragliche Zeit von Juni 2016 bis zum Verfügungserlass fehlen konkrete Angaben, so dass keine Anhaltspunkte für eine Verschlechterung sichtbar sind.

Vor diesem Hintergrund hat die Beschwerdegegnerin den Untersuchungsgrundsatz nicht verletzt, indem sie auf weitere Erhebungen verzichtete.

#### **E. 4.4**

Der von der Beschwerdegegnerin auf dieser Grundlage durchgeführte Einkommensvergleich (Urk. 7/96) blieb zu Recht unbestritten.

Demnach ist die Beschwerde abzuweisen. 5.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 700.-- festzusetzen und der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Mark Glavas - 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 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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Fehr-Spycher

## **E. 5**

. Juli 2015 verfügte die IV-Stelle, dass mangels verwertbarer Arbeitsfähigkeit für den ersten Arbeitsmarkt derzeit keine Eingliederungsmassnahmen möglich seien (Urk. 7/48).

## **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

## **E. 8**

ATSG) sind. 1. 3

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der 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).

Nach der Rechtsprechung ist es zulässig, im Wesentlichen oder einzig auf versicherungsinterne medizinische Unterlagen abzustellen. In solchen Fällen sind an die

Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (BGE 142 V 58 E. 5.1; 122 V 157 E. 1d). Selbst nicht auf eigenen Untersuchungen beruhende Berichte und Stellungnahmen des RAD können beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte fach ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteile des Bundesgerichts 9C\_822/2017 vom 19. Februar 2018 E.

4.1.1-2 und 9C\_25/2015 vom 1. Mai 2015 E. 4.1 mit Hinweisen; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 9C\_730/2018 vom 27. März 2019 E. 5.1). 2.

2.1

Die Beschwerdegegnerin erwog im angefochtenen Entscheid, dass der Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht eine körperlich leichte Tätigkeit in einem vollen Pensum zumutbar sei und aus dem Einkommensvergleich keine Erwerbseinbusse resultiere. Die psychiatrischen Diagnosen würden keine Arbeitsunfähigkeit begründen und seien weder langandauernd noch erheblich (Urk. 2). 2.2

Die Beschwerdeführerin hielt indes dafür (Urk. 1), es bestehe bei ihr noch gar kein definitiver Gesundheitszustand, so dass die Vorinstanz den Untersuchungsgrundsatz verletzt habe. Erst nach weiteren Behandlungen und Abklärungen sei eine verlässliche Aussage über ihre Arbeitsfähigkeit möglich (S. 2). Eine polydisziplinäre Begutachtung zur umfassenden Klärung der somatischen wie auch psychischen Beschwerden sei angezeigt (S. 5). 2.3

Strittig und zu prüfen ist zunächst, ob der medizinische Sachverhalt durch die Beschwerdegegnerin genügend abgeklärt wurde. 3.

3.1

Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie Neurologie, vom B.\_\_\_\_ diagnostizierte im Bericht vom 24. September 2014 ein Karpaltunnelsyndrom beidseits sowie ein Sulcus

ulnaris Syndrom links (Urk. 7/12).

Nach der Operation auf der rechten Seite

am 14. Januar 2014 (vgl. Urk. 7/3/7) habe die Beschwerdeführerin anfangs eine deutliche Besserung bemerkt, aber nach etwa drei Monaten seien die Beschwerden wieder genauso aufgetreten wie vor der Operation. Auf der linken Seite hätten sich die Beschwerden nach der Operation (vom Februar 2014, vgl. Urk. 7/18/7) nur leicht gebessert und seien dann von neuen Beschwerden im Ellbogen überlagert worden (S. 3).

Dr. A.\_\_\_\_ bescheinigte eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (S. 4), erachtete indes eine Tätigkeit für sinnvoll, welche die Finger weniger stark belastet und weniger Feinmotorik benötige (S. 5 und S. 7).

Zur gleichen Zumutbarkeitsbeurteilung gelangte Dr. med. C.\_\_\_\_, Innere Medizin, Rheumatologie FMH, laut Berichten vom 30. September 2014; er attestierte lediglich

vom 24. September bis 17. Oktober 2014 eine Arbeitsunfähigkeit (Urk. 7/18/2, Urk. 7/18/7). Dagegen hielt er im Juni 2015 die bisherige Tätigkeit in der Kühlküche nicht mehr für zumutbar. Leichte Arbeit sei aktuell zu 50 % und im Verlauf zu 50-100 % möglich (Urk. 7/39/3, Urk. 7/39/5).

Dr. med. D.\_\_\_\_, Allgemeine Innere Medizin

erwähnte am 16. September 2014 zu den bereits gestellten Diagnosen ein rezidivierendes zervikovertebrales bis zervikospindylogenes Syndrom bei regelrechtem MRI der Halswirbelsäule (Urk.

7/18/8). 3.2

In seiner Aktenbeurteilung vom 3. Juli 2015 nannte der RAD-Arzt Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates,

folgende Diagnosen (Urk. 7/41/5): - Posttraumatischer, postoperativer Verlauf mit Besserungstendenz bei Zustand nach Karpaltunnelspaltung beidseits, rechts 01/2014 und links 02/2014 bei - Hochgradigem Karpaltunnelsyndrom rechts mit Thenaratrophy - Mittelschwerem Karpaltunnelsyndrom links - Klinisch Subluxation des Nervus

ulnaris links - Zustand nach belastungsabhängiger Tendovaginitis stenosans mehrerer Finger beidseits - M. Dupuytren Stadium 1 rechts

Dr. E.\_\_\_\_ hielt fest, dass der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin stabil sei und in der angestammten Tätigkeit als Mitarbeiterin im Küchenteam überwiegend wahrscheinlich bereits seit der Operation am 14. Januar 2014 eine durchgehende und vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden habe und fortbestehe. In einer angepassten Tätigkeit hingegen sei ab dem 13. August 2014 (vgl. dazu Urk. 7/12) von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit auszugehen, wobei der Beschwerdeführerin eine körperlich leichte Tätigkeit ohne stärkere Belastung der Hände/

Finger und ohne besondere Anforderung an die Feinmotorik zumutbar sei (Urk. 7/41/6). 3.3

Laut Bericht vom 10. August 2015

diagnostizierte die behandelnde Dr. med. F.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.2), chronische Schmerzen mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), einen Status nach Karpaltunnelsyndrom-Operation beidseits 2014 sowie einen Verdacht auf ein myofasziales

Schmerzsyndrom. Seit dem 15. Juni 2015 werde eine ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung durchgeführt und es bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 7/50, vgl. auch Urk. 7/53). 3.4

Am 7. September 2015 erstellte Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, sein psychiatrisches Gutachten im Auftrag der CSS (Urk. 7/57). Er erhob einen deutlichen Leidensdruck, verbunden mit deutlichen Hinweisen auf Aggravation und demonstrative Symptompräsentation sowie überdies Inkonsistenzen und Widersprüche (S. 15). Es sei eine deutliche Diskrepanz zwischen subjektiver Wahrnehmung und objektiven Befunden festzustellen. Objektiv seien während der Untersuchung keine Hinweise auf kognitive und mnestiche Funktionsstörungen erkennbar gewesen.

Konzentration, Aufmerksamkeit, Merkfähigkeit und Gedächtnis seien unauffällig gewesen. Weiter hielt Dr. G.\_\_\_\_ fest, dass die affektive Grundstimmung der Beschwerdeführerin nur geringfügig zum depressiven Pol gedrängt sei, mit auch nur leichter Einschränkung der Schwingungsfähigkeit ( S. 16).

Dr. G.\_\_\_\_ nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ( S. 17 ) : - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig noch leichte Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F33.00) - Differenzialdiagnose: anhaltende depressive Reaktion/Anpassungsstörung nach Stellenverlust und somatischer Erkrankung (ICD-10 F43.21) - Verbitterungssyndrom gegenüber dem Arbeitgeber (ICD-10 F43.23) - Chronische Schmerzen mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - Status nach Karpaltunnelsyndrom-Operationen beidseits 2014

Dr. G.\_\_\_\_

hielt fest, dass aufgrund des aggravierenden Verhaltens und der depressiven Symptompräsentation eine grosse Gefahr bestehe, dass sich die Beschwerdeführerin weiter in dieser Negativspirale fixiere und chronifiziere und es zu einer weiteren Symptomausweitung im somatischen und psychischen Bereich kommen könnte. Die Beschwerdeführerin sei ab sofort wieder in einem Pensum von 50

% in einer leichten, den körperlichen Beschwerden angepassten Tätigkeit arbeitsfähig ( S. 19). Mit einer Remission der Symptomatik und einer vollen Arbeitsfähigkeit innert ein bis zwei Monaten könne wahrscheinlich gerechnet werden, andernfalls sei eine nächste Überprüfung angezeigt (S. 23). 3.5

Die Beschwerdeführerin befand sich von Ende September bis Ende Dezember 2015 in einem teilstationären Setting in der H.\_\_\_\_ ( vgl. auch Abschlussbericht vom 20. Januar 2016, Urk. 7/61 /8-10 ). Die Fachleute der H.\_\_\_\_

diagnostizierten am 8. März 2016

eine seit mehreren Jahren vorliegende mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1 ; Urk. 7/62 S. 1 ). Mangels Vereinbarkeit mit den körperlichen Beschwerden sei die bisherige Tätigkeit nicht mehr zumutbar; hingegen sei eine den körperlichen Einschränkungen angepasste Tätigkeit mittelfristig mit einem Pensum von mindestens 50 % zumutbar (S. 4) . 3. 6

Am 22. Juni 2016 ( Eingangsdatum IV-Stelle)

berichtete Dr. F.\_\_\_\_, dass sich das depressive Zustandsbild der Beschwerdeführerin deutlich gebessert habe. Von einer depressiven Symptomatik war keine Rede mehr, aber es lagen weiterhin

chronische Schmerzen mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-

## **E. 10**

F 45.41) sowie ein Status nach Karpaltunnelsyndrom-Operation beidseits 2014 vor. Die Patientin habe wieder angefangen, am früheren Arbeitsort 1-2 Stunden pro Tag zu arbeiten. Aus psychiatrischer Sicht sei die Beschwerdeführerin wieder voll ständig arbeitsfähig (Urk. 7/64). Dies bestätigte sie im Wesentlichen im Bericht vom 10. November 2017 und sprach nunmehr von einer Einschränkung von etwa 20 % beziehungsweise einer Arbeitsfähigkeit von 70-80 % ( Urk. 7/93/1-3). 3. 7

Am 10. Oktober 2017 ging bei der IV-Stelle der Bericht des Hausarztes

Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, ein (Urk. 7/87). Er hielt seinerseits fest, dass sich – im Vergleich zu seinem Bericht vom 20. Februar 2016, wo er noch von einer mittelgradigen depressiven Episode sowie einem ausgeprägten Schmerzsyndrom ausgegangen war (Urk. 7/61 /1-2) – der psychische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin bei unveränderten Diagnosen

leicht gebessert habe. Sie arbeite aktuell beziehungsweise seit 1. Juli 2017 zu 60

% bei Y.\_\_\_\_ (vgl. dazu auch die Mitteilung der IV-Stelle vom 20. Juli

2017 betreffend Abschluss der Arbeitsvermittlung). 3. 8

Am 4. Oktober 2017 verfasste Dr. med. J.\_\_\_\_, stellvertretende Oberärztin in der K.\_\_\_\_ sowie Fachärztin für Neurologie, einen Bericht und nannte darin folgende Diagnosen (Urk. 7/89): - Persistierende Schmerzen im Bereich der Hände mit/bei - Status nach Spaltung des Karpaltunnels am 14. Januar 2014 rechts und am 26. Februar 2014 links - Klinisch: Hypästhesie der Fingerspitzen Dig I-III beidseits, eingeschränkte Daumenabduktion und -opposition beidseits, positives Hoffmann-Tinel-Zeichen rechts, Thenaratrophy beidseits rechtsbetont - Elektrophysiologie vom 4. Oktober 2017: im Vergleich zur Voruntersuchung von 2015 verbesserte distal motorische Latenz (links 4.04 m/s, rechts 4.25 m/s), leicht verlängerte sensible Nervenleitgeschwindigkeit (links 37.9 m/s) - Verdacht auf zervikospondylogenes Schmerzsyndrom - Klinisch: Spurling-Zeichen rechts positiv, ansonsten keine Zeichen einer Radikulopathie

Das von Dr. J.\_\_\_\_

veranlasste MRI der Hals- und Brustwirbelsäule (Urk. 7/89/3 und 7/92/3) zeigte ein leichtes Bulging C4-C7 ohne Kompression neurogener Strukturen (Urk. 7/92/2). In diesem Zusammenhang wurde daher am 13. Oktober 2017 in diagnostischer Hinsicht Folgendes ergänzt (Urk.

7/92 /1): - Verdacht auf zervikospondylogenes Schmerzsyndrom - Differentialdiagnose

a.e. myofasciales zervikales Schmerzsyndrom - Klinisch: deutliche Druckdolenz über den Triggerpunkten zervikal, des M. trapezius und M. infraspinatus, HWS-Beweglichkeit frei, endgradige Angabe von Schmerzen - MRI der HWS vom 12. Oktober 2017: Leichtes Bulging der Bandscheiben C4-C7 ohne Kontakt zu neurogenen Strukturen. Normale Facetten Gelenke. Keine Zeichen einer seronegativen

Spondylarthropathie

Die Fachärzte der K.\_\_\_\_ empfahlen eine Medikation und Physiotherapie zur Behandlung der Problematik (Urk. 7/94/3). Zur Arbeitsfähigkeit äusserten sich die Neurologen nicht. 3. 9

In seiner weiteren Aktenbeurteilung vom 1. November

2017

(Urk. 7/97) hielt RAD-Arzt Dr. E.\_\_\_\_ fest, dass

die Diagnosen stabil seien und sie nur anders formuliert würden. Neu seien die psychiatrischerseits gestellten Diagnosen. Gemäss Dr. E.\_\_\_\_ lasse sich nicht sicher beurteilen, ob die derzeitige Tätigkeit in einem 60%-Pensum von der Beschwerdeführerin

dauerhaft durchgehalten werden könne, da sie wegen der unausweichlichen Belastung der Hände nicht behinderungsangepasst sei. Eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % von September 2014 bis Juni 2017 sei nachvollziehbar (S. 8).

Hinsichtlich einer leidensangepassten Tätigkeit habe aus somatischer Sicht spätestens ab dem 13. August 2014 bis Juni 2015 wieder eine vollständige Arbeitsfähigkeit bestanden; aus psychiatrischer Sicht sei sie anschliessend zu 100 % und ab September 2015 zu 50 % arbeitsunfähig gewesen. Ab 8. Juni 2016 bestehe keine Einschränkung mehr (S. 8 f.). Das Belastungsprofil aus orthopädischer Sicht bestehe in einer körperlich leichten Tätigkeit, ohne stärkere Belastung der Hände und ohne besondere Anforderung an die Feinmotorik (S. 9). 3.10

Am 15. August 2018 verfassten die Fachleute des L.\_\_\_\_ als neue Behandler einen Bericht, wo nach gemäss den Gesprächen sowie einer veranlassten rheumatologischen Untersuchung (vgl. Urk. 7/115/19-22) folgende Diagnosen vorliegen (Urk. 7/109/1): - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode - Zervikozephalisches Syndrom - Schulterschmerzen beidseits - Hochgradiges Karpaltunnelsyndrom rechts, mittelschweres Karpaltunnelsyndrom links m/b - Status nach Karpaltunnelspaltung beidseits - Beginnende Rhizarthrose beidseits - Polyarthrose - Fibromyalgie

Es wurde seit 2006 eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 40 % bescheinigt. Die Beschwerdeführerin werde nun für die interdisziplinäre Schmerzbehandlung angemeldet (S. 3). 4.

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