

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00949 vom 27. März 2012**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-03-27, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2018.00949](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00949)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00949 du 27 mars 2012

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00949 del 27 marzo 2012

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 1.2**

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.

### **E. 1.3**

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprenkung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht.

#### **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). 2.

#### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene Verfügung vom 30. August 2016 (Urk. 2/2) wie folgt: Die Beschwerdeführerin habe vom 1. Dezember 2006 bis zum 29. Februar 2008 Anspruch auf eine befristete ganze Rente gehabt. Ab November 2007 habe sich ihr Zustand so verbessert, dass ihr leidensangepasste Tätigkeiten im Rahmen von 80 % zumutbar gewesen seien. Dies sei gerichtlich bestätigt worden. Die im März 2014 geltend gemachte Verschlechterung sei psychisch bedingt. Die Beschwerdeführerin verfüge jedoch über genügend Ressourcen, um die leichte bis mittelgradige depressive Störung zu überwinden. Aus somatischer Sicht habe sich der Gesundheitszustand nicht verändert und es könne weiterhin von einer Arbeitsfähigkeit von 80 % für leidensangepasste Tätigkeiten ausgegangen werden. Dies entspreche dem bisherigen Invaliditätsgrad von 9 %. Gutachterlich werde bestätigt, dass die psychische Erkrankung noch behandelbar sei. Der Suva-Gutachter habe zudem nicht angegeben, auf welche Akten und MRI-Befunde er sich stütze, und habe die Gewichtslimite nicht festgelegt. Für den Zeitraum bis November 2011 habe das hiesige Gericht auf das Gutachten des Y.\_\_\_\_ vom November 2011 abgestellt (S. 2 f.).

#### **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin stellte sich in ihrer Beschwerde (Urk. 2/1) auf den Standpunkt, gemäss der von der Suva veranlassten handchirurgischen Begutachtung durch Dr. C.\_\_\_\_ seien nur noch wenige Tätigkeiten zumutbar, weshalb die Suva ihr eine Rente von 61 % zugeprochen habe. Auf die Beurteilung durch die Ärzte des Z.\_\_\_\_ könne dagegen nicht abgestellt werden, insbesondere die Beurteilung durch Dr. D.\_\_\_\_ sei widersprüchlich und nicht genügend begründet. Auch verursauche aus psychiatrischer Sicht bereits ihre Depression eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % und diese Einschränkung werde durch eine somatoforme Schmerzstörung noch erhöht. Es sei eine Indikatorenprüfung vorzunehmen, welche zeige, dass die somatoforme Schmerzstörung nicht überwindbar sei. Weiter sei aufgrund ihrer Einschränkungen der maximale Abzug vom Tabellenlohn zu gewähren. Sie habe Anspruch auf eine ganze Rente (S. 5 ff.).

Zum Gerichtsgutachten hielt die Beschwerdeführerin fest ( Urk. 32) , es könne selbstverständlich ein Tätigkeitsprofil kreiert werden, welches einer angepassten Tätigkeit entspreche. Wenn ihr damit nichts mehr möglich sei, liege schlussendlich keine Arbeitsfähigkeit mehr vor. Das formulierte Profil zeichne keine realistische Arbeitsfähigkeit. Immerhin werde anerkannt, dass das Profil enger formuliert sei als im Gutachten von 2014 ( S. 2). Auch die aus handchirurgischer Sicht noch mögliche leichte Büro­tätigkeit sei mit dem formulierten Belastungsprofil, insbesondere mit dem nicht möglichen längeren Sitzen und Stehen, unmöglich. Zudem habe sie nie in einem Büro gearbeitet. Weiter treffe es aus näher dargelegten Gründen nicht zu, dass aus psychiatrischer Sicht keine Funktionseinschränkung vorliege und es sei fraglich, ob die Gutachter ihre starken Schmerzen gewürdigt hätten. Es treffe zudem nicht zu, dass keine neuen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliegen würden, denn die Nacken- und Schulterschmerzen seien erst 2019 festgestellt worden, ebenso seien die lumbalen Schmerzen neu (S. 3 f.). Das Gutachten sei widersprüchlich, und es erstaune doch sehr, dass wie bereits 2011 eine Arbeitsfähigkeit von 80 % vorliegen solle. Es sei klar, dass mit dem aktuell formulierten Belastungsprofil keine Tätigkeiten mehr möglich seien. Der psychiatrische Teil des Gutachtens sei nicht nachvollziehbar (S. 5). Die Gutachter seien untereinander höchst uneinig und es habe keine Prüfung der Standardindikatoren stattgefunden (S. 6).

### **E. 2.3**

Streitig und zu prüfen ist, ob seit Erlass der Verfügung vom 27. März 2012 (Urk. 2/ 7/84), mit der der Beschwerdeführerin eine vom 1. Dezember 2006 bis 30. November 2007 befristete ganze Rente zugesprochen wurde, beziehungsweise seit dem Urteil des hiesigen Gerichts vom 21. Oktober 2013 (Urk. 2/ 7/96), mit welchem der Anspruch bis 29. Februar 2008 verlängert wurde, eine anspruchserhöhende Veränderung eingetreten ist. Dabei ist festzuhalten, dass im gegenseitigen Verhältnis zwischen Invaliden- und Unfallversicherung keine Bindungswirkung der Invaliditätsschätzung des einen Versicherers für den jeweils anderen Sozialversicherungszweig

besteht. Die IV-Stellen und die Unfallversicherer haben die Invaliditätsbemessung in jedem einzelnen Fall selbständig vorzunehmen. Sie dürfen sich ohne weitere eigene Prüfung nicht mit der blossen Übernahme des Invaliditätsgrades des jeweils anderen Sozialversicherers begnügen (BGE 133 V 549 E. 6.1).

Rechtskräftig abgeschlossene Invaliditätsschätzungen dürfen aber nicht unbeachtet bleiben. Vielmehr müssen sie als Indizien für eine zuverlässige Beurteilung gewertet und als solches in den Entscheidungsprozess erst später verfügender Versicherungsträger miteinbezogen werden (BGE 133 V 549 E. 6.3 S. 554 mit Hinweis). 3.

#### 3.1

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

In seinem Bericht vom 3. Mai 2007 (Urk. 2/ 7/6) nannte Dr. med. E.\_\_\_\_, Praktischer Arzt FMH, als Diagnose beidseitige Radiusfrakturen mit Fehlstellung der Brüche sowie eine sekundäre depressive Entwicklung seit etwa Mitte 2006 (Ziff. 2.1). Er attestierte der Beschwerdeführerin eine volle Arbeitsunfähigkeit seit 27. Dezember 2005 (Ziff. 3) und führte aus, dass eine Arbeitsfähigkeit in den nächsten ein bis zwei Jahren kaum in Frage

komme (Ziff. 4.7). 3.3

Die Ärzte des F.\_\_\_\_, Klinik für Wiederherstellungschi rurgie, nannten in ihrem Bericht vom 2. Mai beziehungsweise 19. Juni 2007 (Urk. 2/ 7/9/2-9) folgende Diagnosen (Ziff. 2.1): - chronische Schmerzen und Bewegungseinschränkung Handgelenk rechts - Status nach distaler Radiusfraktur beidseits am 24. (richtig: 27.) Dezember 2005 - Status nach je zweimaliger Reposition und Gipsretention, aktuell: Verheilung in Fehlstellung; - Status nach Korrektur-Osteotomie distaler Radius rechts, Interposition eines tricor ticalen Spans plus Spongiosa vom Beckenkamm links und palmarer Platten osteosyn these vom 17. November 2006 (vgl. Operati onsbericht vom 24. November 2006, Urk. 7/9/12-13) Sie führten aus, bis heute habe eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden. Für die Aus übung handwerklicher Tätigkeiten sei die Beschwerdeführerin in Zukunft nicht mehr geeignet. Leichte bis mittelschwere wechselbelastende Tätigkeiten, die mit beiden Hän den ausgeübt werden, seien indes gantzätig möglich (Ziff. 1.2). Eine behinde rungsan gepasste Tätigkeit wäre ab sofort zumutbar (Ziff. 6.2). 3.4

Am 5. September 2007 wurde die Beschwerdeführerin im F.\_\_\_\_, Klinik für Wie der herstellungschi rurgie, operiert (Operationsbericht vom 6. September 2007, Urk. 2/ 7/25/32 ). Die Operation beinhaltete die Entfernung des Osteosynthesematerials im distalen Radius rechts sowie das offene Spalten des Retinaculum

flexorum rechts. 3.5

Vom 8. Oktober bis 14. November 2007 weilte die Beschwerdeführerin in der G.\_\_\_\_, wo gemäss Austrittsbericht vom 19. November 2007 (Urk. 2/ 7/27/1-5 ) als aktuelle Probleme belastungsverstärkte Schmer zen an beiden Handgelenken, Vorderarmen und Schultergelenken, eine Beweg lichkeitseinschränkung beider Hand- und Ellbogengelenke, eine verminderte Mus kelkraft der Hände beidseits sowie eine depres sive Verstimmung erhoben wurden (S. 1 Mitte). Die Ärzte führten aus, als Haupt ziel für die aktuelle Phase der Rehabilitation sei die allgemeine Vorbereitung auf die berufliche und schu lische Reint e gration festgelegt worden (S. 2 Mitte). Die Tätig keit als Mitarbei te rin im Service-Bereich sei der Beschwerdeführerin aktuell nicht zumutbar. Die Beschwerdeführerin befinde sich noch in der medizinischen Phase, weshalb weiter hin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe, und weshalb eine Beur teil lung der Zu mutbar keit anderer beruflicher Tätigkeiten zur Zeit noch nicht mög lich sei (S. 2 oben, S. 3 oben). 3.6

Am 22. November 2007 (Urk. 2/ 7/24) berichteten die Ärzte des F.\_\_\_\_, Klinik für Wiederherstellungschi rurgie, die Beschwerdeführerin zuletzt am 23. Oktober 2007 un tersucht zu haben (S. 2 lit . D.2). Ihr Gesundheitszustand sei stationär ( S. 1 lit . C.1). Im Vergleich zu Juni 2007 bestehe eine unveränderte Situation (S. 2 Mitte). Anam nes tisch bestünden belastungs- und bewegungsabhängige Hand ge lenksschmerzen beid seits, rechtsbetont (S. 2 lit . D.3). Die bisherige Tätigkeit sei der Beschwer deführerin nicht mehr zumutbar. In einer behinderungsange passten Tätigkeit bestehe seit 20. November 2007 eine gantzätige Arbeitsfähig keit (S. 4 unten). 3.7

Am 9. April 2008 berichtete SUVA-Kreisarzt Dr. med. H.\_\_\_\_, Fach arzt FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation (Urk. 2/ 7/35/8-12), wel cher die Beschwerdeführerin gleichentags untersucht hatte. Er führte aus, bei der Unter suchung habe sich eigentlich beidseitig eine relativ gute Beweglichkeit in den Hand gelenken gezeigt (S. 4 unten). Die verbleibende Funktionsfähigkeit scheine aber durch ein sich mittlerweile ausbreitendes und chronifiziertes Schmerzsyn drom erheblich einge schränkt zu sein (S. 5

oben). Zur Verringerung der Schmerzen empfehle er eine gezielte schmerztherapeutische Behandlung durch eine in der Schmerztherapie erfahrene ambulante Einrichtung sowie begleitend dazu die Fortsetzung einer Physiotherapie mit wöchentlichen Terminen sicher für ein weiteres Jahr. Operative Massnahmen wie eine Handgelenksarthrodese und Arthroskopie erachte er als nicht wirklich erfolgversprechend (S. 5 Mitte). Es bestehe keine Perspektive, dass die Beschwerdeführerin ihre Tätigkeit als Serviertochter jemals wieder ausüben können werde. Nach Durchführung einer ambulanten Schmerztherapie werde es eventuell erforderlich sein, eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) durchzuführen, um die Belastungslimits besser ausloten zu können, als dies im Rahmen einer kreisärztlichen Untersuchung möglich sei (S. 5 unten). Am 26. Mai 2009 berichtete SUVA-Kreisarzt Dr. H.\_\_\_\_ über seine gleichentags durchgeführte Abschlussuntersuchung (Urk. 2/ 7/44). Er führte aus, ein Jahr nach der vorausgegangenen kreisärztlichen Untersuchung habe sich vielleicht noch eine minimale Besserung ergeben. Von weiteren Behandlungsmassnahmen erwarte er keine wesentliche Änderung mehr, sodass er vom medizinischen Endzustand ausgehe (S. 5 oben). Die geklagten Beschwerden im Bereich der Handgelenke seien nicht vollumfänglich mit Unfallfolgen, welche sich radiologisch durchaus zeigten, erklärbar. Hier sei eine Überlagerung durch das somatoforme Schmerzsyndrom anzunehmen. Entsprechend den objektivierbaren radiologischen Befunden, den heutigen Beobachtungen des spontanen Einsatzes der Hände sowie den Untersuchungsbefunden sehe er folgende Zumutbarkeit für Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt als gegeben: leichte Tätigkeiten mit beiden Händen ganztags, dabei kein repetitives kraftvolles Zupacken mit den Händen beiderseits sowie keine forcierten oder repetitiven Pro- und Supinationsbewegungen im Handgelenk rechts, keine Tätigkeiten mit Maschinen, welche Vibrationen und Schläge auf die Handgelenke übertragen würden sowie für beide Hände keine Tätigkeiten, bei welchen maximale Extensions- und Flexionsbewegungen repetitiv oder über einen längeren Zeitraum erforderlich seien (S. 5 Mitte). 3.8

Am 8. November 2011 erstatteten die Ärzte des Y.\_\_\_\_ ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 2/ 7/77). Sie stützten sich auf die zur Verfügung gestellten und nachträglich eingegangenen Akten (S. 3 ff. Ziff. 2) sowie die von ihnen am 23. August und am 13. September 2011 durchgeführte internistische/ allgemeinmedizinische (S. 9 ff. Ziff. 3), psychiatrische (S. 11 ff. Ziff. 4.1) und handchirurgische (S. 16 ff. Ziff. 4.2) Untersuchung (vgl. S. 1). Die Gutachter nannten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S.

24 Ziff. 5.1): - chronisches Schmerzsyndrom Handgelenke beidseits, rechtsbetont - Status nach distaler vollständig intraartikulärer Radiusfraktur beidseits am 27. Dezember 2005 - Status nach Korrekturosteotomie distaler Radius rechts mit Interposition eines kortikospongiösen Beckenkammspanns und Spongiosa am 17. November 2006 - Status nach Metallentfernung und Carpaltunnelspaltung rechts am 5. September 2007 aktuell: - leichtgradiges ulnocarpales

Impaction-Syndrom bei Ulnarplusvariante und Verdacht auf TFCC-Läsion rechts - Verdacht auf posttraumatische leichtgradige Radiocarpalarthrose radioulnar bzw. distales Radioulnargelenk rechts - klinisch dorsales Handgelenkganglion beidseits Als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie unter anderem eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ICD-10 F45.4 (S. 24 Ziff. 5.2). Im Rahmen ihrer Gesamtbeurteilung führten die Gutachter aus, bei der handchirurgischen Untersuchung

hätten sich einige Inkonsistenzen bezüglich der subjektiv geäußerten Schmerzangaben und der objektiven klinischen Befunde ergeben. Hinweise auf ein durchgemachtes oder noch anhaltendes komplexes regionales Schmerzsyndrom (CRPS) hätten sich klinisch nicht ergeben. Die Anschwellung beider Hände sei unauffällig gewesen und es hätten sich keine Atrophien der Haut, der Hautbinnen- sowie der Vorderarmmuskulatur beidseits gezeigt. Die Vorderarmumfänge seien symmetrisch gewesen. Die radiologische Beurteilung habe anatomische Stellungsverhältnisse des linken Carpus und anatomische Gelenkwinkel der linken Handgelenke sowie nur leicht gradige degenerative Veränderungen im Bereich des rechten Radio carpalgelenkes ergeben. Beide Handgelenke wiesen radiologisch einen unauffälligen Mineralsalzgehalt auf ohne Hinweise auf eine Inaktivitätsosteopenie. Aus handchirurgischer Sicht bestehe für die angestammte Tätigkeit als Serviceangestellte seit dem 27. Dezember 2005 eine Arbeitsunfähigkeit von 100%. Tätigkeiten, welche Vibrationsbelastungen der Hände sowie das Tragen schwerer Gewichte über 5 Kilogramm sowie Arbeiten bei Kälte oder Hitze beinhalteten, seien nicht empfehlenswert, das Arbeiten auf Leitern oder Gerüsten sei aufgrund der unzureichenden Haltefunktion nicht statthaft. In behinderungsangepassten, leichten manuellen Tätigkeiten bestehe hingegen eine 80%ige Arbeitsfähigkeit (S. 24 unten, S. 25 oben). Bei der psychiatrischen Untersuchung sei aufgefallen, dass das Ausmass der geklagten Beschwerden und die subjektive Krankheitsüberzeugung, nicht mehr arbeiten zu können, durch die somatischen Befunde nicht hinreichend objektiviert werden könnten. Es müsse eine psychische Verlagerung angenommen werden. Vor dem Hintergrund einer jahrelangen psychosozialen Belastungssituation könne die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung gestellt werden. Daneben könnten keine weiteren psychiatrischen Diagnosen gestellt werden und die Arbeitsfähigkeit sei aus psychiatrischer Sicht nicht eingeschränkt (S. 25 Mitte). Auch aus allgemein internistischer Sicht könne keine Diagnose mit Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Die multiplen, unspezifischen Beschwerden seien organisch nicht zuordenbar und würden beschreibend einem multilokulären Schmerzsyndrom entsprechen (S. 25 Mitte). Aus polydisziplinärer Sicht bestehe bei der Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit als Serviceangestellte seit 27. Dezember 2005 eine bleibende Arbeitsunfähigkeit. Für angepasste, leichte manuelle Tätigkeiten bestehe ab dem 20. November 2007 eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80%. Das Pensum könne vollschichtig umgesetzt werden mit einem erhöhten Pausenbedarf von 10 Minuten pro Stunde (S. 25 Mitte und Ziff. 6.3, S. 26 Ziff. 6.9). 3.9

In seiner Stellungnahme vom 25. November 2011 (Urk. 2/7/81/3-4) führte Dr. med. I.\_\_\_\_, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie FMH, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD) der Beschwerdegegnerin, aus, auf das Y.\_\_\_\_-Gutachten könne abgestellt werden. Ab 27. Dezember 2005 sei von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit für die bisherige sowie für angepasste Tätigkeiten auszugehen. Für angepasste Tätigkeiten sei ab 20. November 2007 (Arztzeugnis F.\_\_\_\_ vom 22. November 2007) von einer 100%igen und ab August 2011 (Zeitpunkt der Y.\_\_\_\_-Begutachtung) von einer 80%igen (100%-Pensum abzüglich 20% für erhöhten Pausenbedarf) Arbeitsfähigkeit auszugehen, unter Berücksichtigung des folgenden Belastungsprofils: körperlich leichte Arbeiten (Tragearbeiten bis 5 Kilogramm) ohne Tätigkeiten mit Vibrationsbelastungen der Hände, keine Arbeiten unter Hitze- und/oder Kälteeinfluss und aufgrund der eingeschränkten Haltefunktion keine Arbeiten auf Leitern und Gerüsten. 3.2

Das hiesige Gericht kam bei dieser Aktenlage zum Schluss, es bestünden ausser dem beidseitigen Handleiden keine weiteren invalidenversicherungsrechtlich relevanten gesundheitlichen Beeinträchtigungen, was beschwerdeweise auch nicht geltend gemacht werde (E. 4.1). Die angestammte Tätigkeit als Servicean gestellte sei der Beschwerdeführerin seit Dezember 2005 nicht mehr zumutbar (E.

4.2). Die Y.\_\_\_\_ -Gutachter, auf deren Beurteilung abzustellen sei, hätten den Zeitpunkt der Wiedererlangung einer relevanten Restarbeitsfähigkeit in Übereinstimmung mit der Beurteilung der Ärzte des F.\_\_\_\_ ebenfalls auf den 20. November 2007 festgelegt, wobei die Einschätzung im Y.\_\_\_\_ -Gutachten von einem Handchirurgen vorgenommen worden sei. Davon sei auszugehen; dass sich die Ärzte der G.\_\_\_\_ ausserstande gesehen hätten, die Restarbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu beurteilen, stehe der Annahme einer revisionsrelevanten Restarbeitsfähigkeit ab Ende November 2007 nicht entgegen (E. 4.3-4). Dass die Unfallversicherung der Beschwerdeführerin per 1. September 2009 eine Rente zu gesprochen habe, schliesse nicht aus, dass bereits vor Fallabschluss durch die Suva eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Restarbeitsfähigkeit gegeben gewesen sei, denn gemäss Art. 19 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) entsteht der Rentenanspruch, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind (E. 4.5). Die Verbesserung sei nach drei Monaten zu berücksichtigen, womit sich ein bis 29. Februar 2008 befristeter Anspruch ergebe (E. 4.7). Die Restarbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit betrage per Ende November 2007 100 % und ab August 2011 80 % (E. 5.1). Dieses Urteil erwuchs unangefochten in Rechtskraft. 4. 4.1

In seinem Urteil vom 4. Januar 2018 erachtete das Gericht das Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 18. September 2013 (Urk. 2/7/106/2-10), die Berichte von Dr. med. J.\_\_\_\_ vom 9. April 2014 (Urk. 2/7/113/3-4), Dr. med. K.\_\_\_\_ und Dr. med. L.\_\_\_\_ vom 14. Mai 2014 (Urk. 2/7/113/1-2), Dr. med. M.\_\_\_\_ vom 12. Juni 2014 (Urk. 2/7/114), Dr. med. N.\_\_\_\_ vom 2. Juli 2014 (Urk. 2/7/116) und vom 15. Juni 2015 (Urk.2/7/163) als zu wenig aussagekräftig (vgl. E. 5.1 bis 5.3 des genannten Urteils), weshalb auf eine Wiederholung verzichtet wird. In seinem Urteil vom 19. Oktober 2018 kam das Bundesgericht zum Schluss, dass entgegen der Einschätzung des Sozialversicherungsgerichts auch das Gutachten des Z.\_\_\_\_ vom 14. Dezember 2014 keine genügende Grundlage für die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin bilde. Damit lägen keine schlüssigen medizinischen Ausführungen vor, die eine zuverlässige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im nunmehr anzuwendenden strukturierten Beweisverfahren erlauben würden. Es sei ein entsprechendes Gutachten einzuholen, welches auch die somatischen Beschwerden, insbesondere an Rücken, Ellbogen und Schultern, berücksichtige (E. 3.5 des genannten Urteils). 4.2

Das von den Gutachtern der B.\_\_\_\_ am 7. April 2020 erstattete Gerichtsgutachten (Urk. 25) erging unter Berücksichtigung der Akten, Erhebung der Anamnese und Durchführung einer internistischen, psychiatrischen, rheumatologischen und handchirurgischen Untersuchung. Zudem wurden bildgebende, laborchemische und ergotherapeutische Abklärungen veranlasst (vgl. S. 2-3 des Gutachtens). 4.2.1

Die Gutachter stellten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 11 f.): - Radiokarpalarthrose beidseits mit rechts Ulnarimpaktionssyndrom und DRUG (Distales Radioulnargelenk) Arthrose - Status nach intraartikulären Radiusfrakturen

beidseits vom 27. Dezember 2005 - Status nach Korrekturosteotomie extraartikulär rechts am 17. November 2006 - Status nach Osteosynthese-Materialentfernung und Spaltung des Ligamentum carpi

transversum (LCT) - Rhizarthrose beidseits Grad 2, links mit scapho-trapezio-trapezoidale r

(STT) Arthrose - nicht klar einordenbare Sensibilitätsstörung niedrigen Grades N.

Medianus beidseits (Differentialdiagnose: Karpaltunnelsyndrom) - chronisches zervikovertebrales Schmerzsyndrom - nicht- radikuläre intermittierende

Schmerzausstrahlung in den rechten Arm - klinisch allseitig schmerzhaft leicht

eingeschränkte Halswirbelsäulen (HWS)- Beweglichkeit, nuchale muskuläre

Verspannungen und Dolenzen - konventionell-radiologisch deutliche Fehlhaltungen der

HWS, deutliche degenerative Veränderungen mit Osteochondrosen C5-C7, Bandscheibenraumverschmälerungen und Spondylophytenbildungen -

Magnetresonanztomographisch mehrsegmentale Bandscheibenprotrusionen, Diskushernie

C6/7 mit wurzelkompromittierender Foramina stenose C6/C7 links, mittelschwere

diskogene Spinalkanalstenose ohne Myelopathie-Signal C5/6 bei vorbestehend

konstitutionell etwas engem Zentralkanal - Status nach Facettengelenksinfiltration C4/C5

und C5/C6 rechts am 19. Februar 2019 mit Beschwerdeansprechen - chronisches

lumbovertebrales Schmerzsyndrom - intermittierende peripelvine Schmerzausstrahlung

rechts, derzeit abgeklungene Trochanter-Sehnen- Insertionsdolenz rechts - klinisch freie

Hüftgelenke ohne bildgebende Coxarthrosezeichen, kleiner Labrumriss rechts - LWS

bildgebend mit Osteochondrose und Bandscheibenextrusion L5/S1,

Facettengelenksarthrosen Die folgenden Diagnosen hätten primär qualitativen Einfluss auf

die Arbeitsfähigkeit (S. 12): - intermittierend symptomatische, beginnende, femoropatellär

deutliche Gonarthrose rechts mehr als links - klinisch reizlose freie Beweglichkeit zur Zeit

beider Knie - konventionell-radiologisch aktuell keine signifikante degenerative

Veränderung rechtg - MR-tomographisch schwere retropatelläre Knorpelläsion rechts -

Status nach mehreren Steroid-, Hyaluronat - und PRP-Injektionen Die folgenden Diagnosen

hätten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 12): - chronische Schmerzstörung mit

somatischen und psychischen Anteilen (ICD-10 F45.41) - rezidivierende depressive

Störung, derzeit leichte Episode (ICD-10 F33.1) - chronische Epicondylopathia

Störung, derzeit leichte Episode (ICD-10 F33.1) - chronische Epicondylopathia

Störung, derzeit leichte Episode (ICD-10 F33.1) - chronische Epicondylopathia

Störung, derzeit leichte Episode (ICD-10 F33.1) - chronische Epicondylopathia

Störung, derzeit leichte Episode (ICD-10 F33.1) - chronische Epicondylopathia

Störung, derzeit leichte Episode (ICD-10 F33.1) - chronische Epicondylopathia

Störung, derzeit leichte Episode (ICD-10 F33.1) - chronische Epicondylopathia

Störung, derzeit leichte Episode (ICD-10 F33.1) - chronische Epicondylopathia

Störung, derzeit leichte Episode (ICD-10 F33.1) - chronische Epicondylopathia

Störung, derzeit leichte Episode (ICD-10 F33.1) - chronische Epicondylopathia

Störung, derzeit leichte Episode (ICD-10 F33.1) - chronische Epicondylopathia

Störung, derzeit leichte Episode (ICD-10 F33.1) - chronische Epicondylopathia

Störung, derzeit leichte Episode (ICD-10 F33.1) - chronische Epicondylopathia

Störung, derzeit leichte Episode (ICD-10 F33.1) - chronische Epicondylopathia

Störung, derzeit leichte Episode (ICD-10 F33.1) - chronische Epicondylopathia

Störung, derzeit leichte Episode (ICD-10 F33.1) - chronische Epicondylopathia

Störung, derzeit leichte Episode (ICD-10 F33.1) - chronische Epicondylopathia

Störung, derzeit leichte Episode (ICD-10 F33.1) - chronische Epicondylopathia

Störung, derzeit leichte Episode (ICD-10 F33.1) - chronische Epicondylopathia

Störung, derzeit leichte Episode (ICD-10 F33.1) - chronische Epicondylopathia

Störung, derzeit leichte Episode (ICD-10 F33.1) - chronische Epicondylopathia

Störung, derzeit leichte Episode (ICD-10 F33.1) - chronische Epicondylopathia

Störung, derzeit leichte Episode (ICD-10 F33.1) - chronische Epicondylopathia

Störung, derzeit leichte Episode (ICD-10 F33.1) - chronische Epicondylopathia

Störung, derzeit leichte Episode (ICD-10 F33.1) - chronische Epicondylopathia

Störung, derzeit leichte Episode (ICD-10 F33.1) - chronische Epicondylopathia

verweisen (S. 7 f. des Teilgutachtens). 4.2.3

Der psychiatrische Gutachter führte aus, die Beschwerdeführerin habe im freien Vortrag über Probleme in der Ehe berichtet. Auf strukturierte Nachfrage habe sie ihre Schmerzen beschrieben (S. 2 f.). Die Befunderhebung habe ergeben, dass die Beschwerdeführerin wach, bewusstseinsklar und zu allen vier Qualitäten orientiert sei. Ihre Auffassungsgabe sei voll intakt, das Konzentrationsvermögen im Gespräch nicht beeinträchtigt. Die Merkfähigkeit sei unbeeinträchtigt. Flashbacks bezüglich des Unfalls und der Vergewaltigung im Alter von 16 Jahren (S. 3 des Teilgutachtens) träten nur noch sehr selten auf, Alpträume nur noch ab und zu. Deutlich sei im Gespräch eine gewisse innere Unruhe und leicht erhöhte Anspannung spürbar. Eine formale Denkstörung liege nicht vor. Befürchtungen richteten sich auf die Zukunft der Ehe, ihre subjektiv erlebte finanzielle Abhängigkeit vom Ehemann und die Entwicklung ihrer gesundheitlichen Situation in Bezug auf den Schmerz (S. 7). Die Affektivität sei phasenweise im Gespräch beeinträchtigt durch Schuldgefühle und den Selbstwirksamkeitsverlust. Die Stimmung sei bei subdepressiver Mittellage weitgehend euthym, Freudlosigkeit sei nicht beobachtbar. Das Interesse an anderen Personen sei vorhanden, ein sozialer Rückzug lasse sich nicht eruieren. Der Antrieb sei normal, was sich in Gestik, Mimik, Psychomotorik wie auch im Sprechtempo und der Stimmmodulation abbilde. Die Beschwerdeführerin sei voll schwingungsfähig und könne Emotionen adäquat ausdrücken. Die Frage nach Suizidgedanken werde klar verneint. Es bestehe eine Einschlafstörung und Durchschlafstörung mit einmaligem Erwachen. Laborchemisch werde Escitalopram nachgewiesen. (S. 8).

Im Gutachten von 2014 sei eine rezidivierende depressive Störung mit leichter bis mittelgradiger depressiver Episode diagnostiziert worden, was im Wesentlichen als aktuell leichte depressive Symptomatik bestätigt werden könne. Dabei sei die damals phasenweise höhere Ausprägung der Depressivität (leicht bis mittelschwer) im Rahmen der zeitnahen Belastungen nachvollziehbar, wie sie im Gutachten 2014 gut herausgearbeitet würden (nach dem Unfallereignis aufgetretene Partnerschaftsprobleme, Verlustereignisse durch Suizid der Freundin im Jahr 2013 und Tod des Sohnes einer Kollegin im Jahr 2014), habe aber im Längsverlauf nicht zu einer nachhaltigen Verschlechterung des psychischen Zustands geführt. Nach vertiefter Exploration und seither zugenommener Therapieerfahrung der Beschwerdeführerin seien die beklagten Beschwerden bezüglich Schmerz als besser verständlich einzuordnen als noch zum damaligen Zeitpunkt vor fünf Jahren.

Symptomausweitung und Selbstlimitierung seien nicht in dem Masse vorhanden, wie vom Kollegen beschrieben. Gegenüber 2014 finde sich eine gebesserte depressive Symptomatik.

Die frühe Zuführung in eine fachpsychiatrische Behandlung sei günstig gewesen. Durch die intensive, über einen langen Zeitraum durchgeführte Therapie sei es gelungen, die Beschwerdeführerin aus der phasenweise als mittelgradig beschriebenen depressiven Symptomatik und dem teilweise ausgeprägten Opferleben wieder in den aktuellen Zustand einer leichtgradigen depressiven Symptomatik zu bringen. Diese beeinflusse die Arbeitsfähigkeit nicht

(S. 12 oben).

4.2.4

Die rheumatologische Begutachtung ergab, dass der Beschwerdeführerin gesamt haft zusätzlich zur zweifellos vorhandenen deutlich reduzierten Belastbarkeit der Hände auch eine Belastbarkeitsminderung vor allem des oberen, teils auch des unteren Achsenskeletts zuzuerkennen sei. Weiter e

muskuloskelettäre Beschwerdelokalisationen am Ellenbogen rechts, am Knöchel rechts und am rechten Knie seien als frühdegenerative und wechselnde Beschwerden leichter Ausprägung und als im Hintergrund stehend zu beurteilen. Die in den Akten von früher über die Jahre mehrheitlich 2014 bis 2017 rapportierten Schulterbeschwerden dürften eher myotendinotischen Sehnenansatz- und muskulären Überlastungsbeschwerden entsprechen haben, nicht aber umschriebenen Schultergelenksaffektionen. Diese Symptomatik stehe jetzt deutlich im Hintergrund, die muskulären Dolenzen des unteren Nackens und des medianen Schultergürtels dürften durch die degenerativen HWS-Veränderungen getriggert sein (S. 20 unten f.). Im Vergleich zur gutachterlichen orthopädischen Beurteilung 2014 sei derzeit bezüglich Beweglichkeiten am oberen Achsenskelett und im Schulterbereich sicherlich eine etwas bessere Konstellation attestierbar, die Schultern zeigten keinen schmerzhaften Bogen mehr. Neu seien eine Epikondylopathie am rechten Ellenbogen und eine gewisse Beschwerdesymptomatik am unteren Achsenskelett hinzugekommen, insgesamt dürfte aber der Gesundheitszustand, abgesehen von den Händen, in etwa vergleichbar geblieben sein. Die Kniebeschwerden schienen derzeit keinen leistungsmindernden Einfluss zu haben, diesbezüglich habe sich die Situation gegenüber 2014 gebessert. In jedem Fall dürfe das in früheren Akten verwendete Etikett einer chronischen Schmerzstörung respektive einer diffusen unspezifischen muskuloskelettären Schmerzsymptomatik oder gar einer Fibromyalgie zur Zeit nicht verwendet werden. Die Beschwerdeführerin präsentiere lokoregionäre Schmerzen, die mit den zu identifizierbaren klinischen und radiomorphologischen Befunden weitgehend erklärbar seien (S. 21). Die anamnestische Schilderung der Beschwerdesymptomatik erfolge bereitwillig, präzise und recht differenziert wirkend, es bestünden keine Hinweise auf eine Verdeutlichungstendenz und keine diffuse Beschwerdegeneralisierung. Im Motilitätsbild zeigten sich derzeit wenig Einschränkungen, auch der Kopf werde nicht steif gehalten. Lokal fanden sich die angegebenen Beschwerden weitgehend erklärende Befunde (S. 22). 4.2.5

Die handchirurgische Begutachtung ergab, dass seit der letzten Begutachtung unabhängig zum Unfall eine zusätzliche Arthrose im Bereich der Daumen-Sattelgelenke festzustellen sei, die die Beschwerden der Explorandin intensiviere und die zusätzliche Kräfteinbusse erkläre (S. 7 unten). Die erhobenen Befunde seien konsistent mit den Vorgutachten und zwischen ergotherapeutischen Messungen und klinischer Untersuchung durch den Gutachter. Es bestehe grundsätzlich eine gute Übereinstimmung bezüglich Beschwerdelokalisation und Art der Beschwerden im Abgleich zu den objektiven Befunden, jedoch sei das Ausmass der beklagten Einschränkungen so nicht zwanglos nachvollziehbar. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit orientiere sich an den effektiv vorliegenden, klinisch/radiologischen Befunden (S. 8). Die angestammte Tätigkeit im Service müsse als besonders handgelenkbelastend gewertet werden und sei deshalb, wie von den handchirurgischen Vorgutachtern gesehen, bleibend nicht mehr möglich. Der Einschätzung einer 35%igen Arbeitsfähigkeit gemäss Z. \_\_\_ könne nicht gefolgt werden, weil dies bei der gegebenen Handgelenksbelastung nicht realistisch umsetzbar sei (S. 9 oben). Die Beurteilung durch Dr. C. \_\_\_ 2013 gewichte die Schmerzen der Explorandin höher, was zu einer weiteren Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit

geführt habe. Rein aufgrund der hand chirurgischen Befunde könne eine so hohe Einschränkung aber nicht begründet werden. Es sei vielmehr davon auszugehen, dass in die damalige handchirurgische Beurteilung auch Faktoren der aktuell diagnostizierten chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen und der rezidivierenden depressiven Störungen mit eingeflossen seien. Diese Aspekte würden hier handchirurgisch ausgeklammert (S. 10). 4.2.6

In der interdisziplinären Konsensbeurteilung (S. 6 ff. des Hauptgutachtens) kamen die Gutachter zum Schluss, dass die handchirurgische Y.\_\_\_\_-Beurteilung von 2011 weiterhin Gültigkeit habe. Die beklagten Beschwerden wie auch die objektiven Untersuchungsbefunde seien weitgehend vergleichbar zu diesem Vorgutachten von 2011. Eine relevante Verschlechterung sei weder klinisch noch radiologisch nachweisbar. Es könne plausibel eine verminderte Belastbarkeit begründet werden. Diese wirke sich aber primär funktionell (qualitative Limitierungen) aus, welche ihrerseits sicher eine Rückwirkung auf die möglichen beruflichen Tätigkeiten habe. So erscheine die bisherige Tätigkeit im Service nicht mehr möglich; die Annahme einer 35%igen Arbeitsfähigkeit in dieser Tätigkeit im Z.\_\_\_\_-Gutachten sei gänzlich unrealistisch und widerspreche sowohl der aktuellen wie auch den Beurteilungen von 2011 und 2013. Die im Z.\_\_\_\_-Gutachten bestätigte Arbeitsfähigkeit von 80 % in angepasster Tätigkeit, analog der Begutachtung 2011, sei aus handchirurgischer Sicht weiterhin zu bestätigen (S. 7). Aus rheumatologischer Sicht bestehe vor allem aufgrund der zervikalen, weniger der lumbalen Beschwerden mit nachweisbaren degenerativen Befunden eine Einschränkung der Belastbarkeit, welche jedoch, da die Handgelenksbeschwerden diese bereits massgeblich einschränkten, nicht zu einer darüber hinaus gehenden zeitlichen Limitierung führten. Die funktionelle Auswirkung sei aus jetziger Perspektive formal nicht völlig vergleichbar zur orthopädischen Situation 2014, indem im dortigen orthopädischen Gutachten die Einschränkung bezüglich Handgelenken nicht separat beurteilt worden sei. Insgesamt sei der Gesundheitszustand aus rheumatologischer Sicht in etwa vergleichbar (S. 9 Mitte). Aus psychiatrischer Sicht sei bezüglich der Diagnose der chronischen Schmerzstörung festzuhalten, dass diese die vor allem in handchirurgischer Sicht doch recht grosse Diskrepanz zwischen den zwar vorhandenen objektiven Befunden gegenüber dem berichteten Beschwerdeausmass und der daraus subjektiv abgeleiteten Einschränkung berücksichtige (S. 9). Zudem berücksichtige die Diagnose die neben den somatisch klar fassbaren Anteilen (Handgelenksfrakturen) vorhandenen, weit in die Biographie zurückreichenden traumatischen Erlebnisse und Belastungen, welche durch den Unfall reaktiviert worden seien mit anzunehmendem hohem Arousal und welche im Verlauf zu einer psychischen Überformung beigetragen hätten. Gegenüber 2014 finde sich eine gebesserte depressive Symptomatik. Die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung sei aktuell bei klar gegebenem somatischem Korrelat nicht zu stellen. Hingegen sei die Diagnose chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen bei der Interaktion somatischer Befunde und einer hohen biographischen Vorbelastung nachvollziehbar (S. 10). 2014 sei von einer durch die zeitnahen Belastungen nachvollziehbaren Phasenweisen Verschlechterung auszugehen. Im Gutachten Z.\_\_\_\_ 2014 sei entsprechend eine gewisse Einschränkung gesehen worden, diese sei in der Integration jedoch nicht bereits über die somatisch begründbare Einschränkung hinausgegangen. Im weiteren Verlauf sei aus psychiatrischer Sicht von einer erneuten Verbesserung auszugehen und es bestehe keine spezifische zusätzliche Einschränkung der Leistungsfähigkeit. Aktuell seien die zu stellenden psychiatrischen Diagnosen, insbesondere auch bei teilremittierter, aktuell noch leichtgradiger Depression,

ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 11 oben).

Aufgrund der muskuloskelettalen Veränderungen am oberen und unteren Achsenskelett mit nachgewiesenen degenerativen Prozessen der Wirbelsäule bestehe bleibend eine generell deutlich verminderte Belastbarkeit. Diese gehe im Ausmass aber nicht über die bereits handchirurgisch begründeten Limitierungen hinaus. Die Befunde an den Knien und die Fehlstatik der Füsse könnten potentiell bei inadäquater Belastung (beispielsweise wiederholtes Stufen- und Treppen steigen, kniende Arbeiten, ausschliesslich stehende und gehende Tätigkeiten auf unebenem Untergrund) zu Beschwerden und Einschränkungen führen. Entsprechend seien anhaltend mittelschwere und körperlich schwere sowie die unteren Extremitäten belastende Tätigkeiten bleibend nicht möglich. Solche Tätigkeiten würden jedoch schon wegen der Handgelenksproblematik ausscheiden, so dass diese Diagnosen als qualitative Limite geführt würden. Aus psychiatrischer Sicht sei nicht von einer Funktionseinschränkung auszugehen (S. 13 oben). 4.2.7

Das Belastungsprofil für angepasste Tätigkeiten sei wie folgt: Bezüglich der Handgelenke seien unbelastete Tätigkeiten links problemlos ganztags möglich und rechts bedingt. Durch eine äussere Ruhigstellung in einer Orthese sollten diese Beschwerden deutlich tolerabler werden. Repetitive Belastungen und solche mit grösserem Kraftaufwand seien nicht möglich, das Tragen von schweren Gegenständen sei nur in einem geringen Ausmass möglich. Die Haltekraft der Hand sollte nicht über 1-2 kg hinausgehen. Die zusätzliche Krafteinbusse beim Schlüsselgriff verstärke dieses Problem. Die Sensibilitätseinbusse führe zusätzlich zu Einschränkungen feinmotorischer Fähigkeiten mit vor allem Verlangsamung. Vibrationsbelastungen, Exposition zu Kälte und Hitze seien zu vermeiden, ebenso grössere Bewegungsausschläge und Arbeiten unter Gewichtsbelastung sowie Arbeiten, wo eine intakte Greiffunktion aus Sicherheitsgründen notwendig sei, wie bei Leitern oder Gerüsten. Zur Vermeidung grösserer Bewegungsausschläge und zur Stabilisierung und Reduktion der Belastung sei eine beidseitige symptomatische Schienenversorgung der Hand- und Daumensattelgelenke möglich. In Bezug auf den übrigen Bewegungsapparat seien körperlich sehr leichte bis leichte Tätigkeiten zumutbar. Das rheumatologisch zumutbare Hantieren von Lasten nicht schwerer als 5 bis 7 kg sei wegen der handchirurgischen Einschränkungen auf 1-2 kg beschränkt. Es seien keine überkopf- oder repetitiv gebückt, kauend oder kniend zu verrichtende Tätigkeiten möglich, keine achsenskelettär belastende Tätigkeiten, kein wiederholtes Rotierenmüssen mit dem Oberkörper, kein ausschliessliches Stehen und Gehen, dies sei möglich bis zur Hälfte der Arbeitszeit, aber am Stück nicht länger als 1 bis 2 Stunden, kein Gehen auf unebenem Untergrund. Wiederholtes Benutzen-Müssen von Treppen, Stufen oder Leitern sollte vermieden werden (S. 14). Gesamthaft sei aufgrund einer plausibel anzunehmenden Schmerzexazerbation über den Tag von einer Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 % in optimal angepassten Tätigkeiten auszugehen. Es gelte somit weiterhin die Arbeitsfähigkeit von 80 % in angepassten Tätigkeiten wie bereits im Gutachten von 2011 formuliert

(S. 15).

Im Zeitraum zwischen März 2012 bis 30. August 2016 sowie seither habe sich keine nachvollziehbare Veränderung der möglichen Arbeitsfähigkeit ergeben. Es sei von einem weitgehend identischen Gesundheitszustand auszugehen (S. 19 Ziff.

## **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

### **E. 6.1**

Die Gerichtskosten nach Art. 69 Abs. 1 bis IVG für das vorliegende Verfahren sind auf Fr. 1'000.-- anzusetzen und ausgangsgemäss der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen.

### **E. 6.2**

Da gemäss Feststellung des Bundesgerichts im Urteil 8C\_198/2018 (Urk. 1) Zweifel an der Schlüssigkeit und Beweiskraft der Beurteilung der Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 30. August 2016 (Urk. 2/2) bestanden, sind ihr die Kosten des Gerichtsgutachtens in der Höhe von Fr. 18'509.55 (Urk. 31) aufzuerlegen (BGE 139 V 496). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Gerichtskasse die Kosten für das Gerichtsgutachten im Betrag von Fr. 18'509.55 zu ersetzen. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Stéphanie Baur - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - 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 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

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

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

### **E. 8**

und 9). Das Y.\_\_\_\_-Gutachten von 2011 sei nach wie vor in der Schlussfolgerung bezüglich Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar, wenn auch diagnostisch etwas anders gewichtet. Das Z.\_\_\_\_-Gutachten von 2014 sei bezüglich der Schlussfolgerungen der Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten nachvollziehbar, nicht jedoch für die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit. Das handchirurgische Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_ von 2013 habe andere Aspekte als die handchirurgischen berücksichtigt und sei in der Schlussfolgerung so nicht nachvollziehbar, da sich am objektiven Sachverhalt seit 2011 nichts verändert habe (S. 19).

## 5. 5.1

Bei Gerichtsgutachten weicht das Gericht nach der Praxis nicht ohne zwingende Gründe von der Einschätzung der medizinischen Fachleute ab, deren Aufgabe es ist, ihre Fachkenntnisse der Gerichtsbarkeit zur Verfügung zu stellen, um einen bestimmten Sachverhalt medizinisch zu erfassen. Ein Grund zum Abweichen kann vorliegen, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu andern Schlussfolgerungen gelangt. Abweichende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachleute dem Gericht als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass es die Überprüfung durch eine weitere Fachperson im Rahmen einer Oberexpertise für angezeigt hält, sei es, dass es ohne eine solche vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 351 E. 3b/ aa ).

Vorliegend besteht kein Grund, vom Gerichtsgutachten abzuweichen. 5.2

Die Y. \_\_\_ -Gutachter erachteten im Jahr 2011 die Beschwerdeführerin im Wesentlichen aufgrund der Handgelenksbeschwerden in der angestammten Tätigkeit als Serviceangestellte als nicht mehr arbeitsfähig. Für angepasste leichte Tätigkeiten bestehe eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 % . Die Arbeitsfähigkeit sei aus psychiatrischer Sicht nicht eingeschränkt. Das Gericht ging gestützt auf diese Beurteilung von einer Restarbeitsfähigkeit von 80 % ab August 2011 aus (vorstehend E. 3.1-2). Die Beschwerdeführerin machte in der Folge im März 2014 eine Verschlechterung geltend ( Urk. 2/7/105). 5.3

Im Vergleich dazu stellten die Gerichtsgutachter gestützt auf ihre sorgfältige Befunderhebung eine erheblich erweiterte Diagnose (vgl. vorstehend E. 4.2.1). Es ist jedoch festzuhalten, dass in der Invalidenversicherung 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). Eine Änderung der erhobenen Diagnosen sagt als solche somit nichts aus über die Entwicklung des Invaliditätsgrades.

Die Gutachter legten in nachvollziehbarer und schlüssiger Weise dar, dass aus handchirurgischer Sicht die Y. \_\_\_ -Beurteilung von 2011 weiterhin Gültigkeit habe, da die beklagten Beschwerden wie auch die objektiven Untersuchungsbefunde weitgehend vergleichbar seien. Diesbezüglich sei eine relevante Verschlechterung weder klinisch noch radiologisch nachweisbar . Die Annahme einer 35%igen Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf gemäss Z. \_\_\_ -Gutachten sei jedoch gänzlich unrealistisch und widerspreche allen bisherigen wie auch den aktuellen Beurteilungen. Die Arbeitsfähigkeit aus handchirurgischer Sicht betrage in angepassten Tätigkeiten weiterhin 80 % (vgl. vorstehend E. 4.2.6). Der Handchirurg hielt fest, dass grundsätzlich eine gute Übereinstimmung zwischen der Art und Lokalisation der Beschwerden und den objektiven Befunden bestehe, jedoch das Ausmass der Einschränkungen so nicht zwanglos nachvollziehbar sei, weshalb er sich an den effektiv vorliegenden Befunden orientiere. Er wies darauf hin, dass Dr. C. \_\_\_ 2013 die Schmerzen fachfremd höher gewichtet habe und rein aufgrund der handchirurgischen Einschränkung keine so hohe Einschränkung begründet werden könne (vgl. vorstehend E. 4.2.5). Dies bestätigt aus ärztlicher Sicht die Zweifel, die das Gericht in seinem Urteil vom 4. Januar 2018 am Gutachten von Dr. C. \_\_\_

nannte (vgl. Urk. 2/11 E. 5.2).

Der rheumatologische Gutachter nahm eine genaue Abklärung der neu hinzugekommenen Schulter-, HWS-, Ellbogen-, Knöchel- und Kniebeschwerden vor, wobei die drei Letztgenannten im Hintergrund stünden. Dies gelte auch für die zwischenzeitlich rapportierten Schulterbeschwerden. Insgesamt sei der Zustand in etwa vergleichbar wie 2014. Eine chronische Schmerzstörung oder eine Fibromyalgie sei nicht zu diagnostizieren, da die angegebenen Beschwerden durch die Befunde erklärt würden (E. 4.2.4). Da die Handgelenksbeschwerden die Belastbarkeit bereits massgeblich einschränkten, führten die rheumatologischen Befunde nicht zu einer darüber hinaus gehenden zeitlichen Limitierung (E. 4.2.6).

Aus psychiatrischer Sicht sei aktuell eine leichte depressive Symptomatik feststellbar. Die seit 2014 im Verlauf phasenweise höhere Ausprägung der Depressivität sei, wie im Z.\_\_\_\_-Gutachten gut beschrieben, im Rahmen zeitnaher Belastungen wie die nach dem Unfallereignis aufgetretenen Partnerschaftsprobleme und Verlustereignisse durch Todesfälle aufgetreten und habe im Längsverlauf keine nachhaltige Verbesserung des psychischen Zustandes bewirkt. Die beklagten Schmerzen seien nun besser verständlich einzuordnen und es finde sich eine seit 2014 gebesserte Symptomatik, was der Gutachter der intensiven Therapie zuschrieb. Diese beeinflusse die Arbeitsfähigkeit nicht (E. 4.2.3). Die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung erklärte der Gutachter mit dem Umstand, dass diese die aus handchirurgischer Sicht doch recht grosse Diskrepanz zwischen dem Ausmass der Beschwerden und den vorhandenen Befunden sowie den subjektiv abgeleiteten Einschränkungen, aber auch die weit in die Biographie zurückreichenden traumatischen Erlebnisse und Belastungen, die durch den Unfall reaktiviert worden seien. Dies ist schlüssig. Soweit der rheumatologische Gutachter davon ausging, es sei keine chronische Schmerzstörung zu diagnostizieren (vgl. vorstehend E. 4.2.4), bezieht sich dies einzig auf die von ihm beurteilten rheumatologischen Beschwerden und nicht auf die Handgelenksproblematik. Zudem ist hinsichtlich psychiatrischer Diagnosen die Beurteilung durch den entsprechenden Facharzt massgeblich, und diese ist vorliegend überzeugend begründet. 5.4

Wie in BGE 145 V 361 dargelegt, ist in allen Fällen durch die Verwaltung beziehungsweise das Gericht zu prüfen, ob und inwieweit die ärztlichen Experten ihre Arbeitsunfähigkeitsschätzung unter Beachtung der massgebenden Indikatoren (Beweisthemen) hinreichend und nachvollziehbar begründet haben. Dazu ist erforderlich, dass die Sachverständigen den Bogen schlagen zum vorausgehenden medizinisch-psychiatrischen Gutachtensteil (mit Aktenauszug, Anamnese, Befunden, Diagnosen usw.), das heisst sie haben im Einzelnen Bezug zu nehmen auf die in ihre Kompetenz fallenden erhobenen medizinisch-psychiatrischen Ergebnisse fachgerechter klinischer Prüfung und Exploration. Ärztlicherseits ist also substantiiert darzulegen, aus welchen medizinisch-psychiatrischen Gründen die erhobenen Befunde das funktionelle Leistungsvermögen und die psychischen Ressourcen in qualitativer, quantitativer und zeitlicher Hinsicht zu schmälern vermögen. Der psychiatrische Sachverständige hat darzutun, dass, inwiefern und inwieweit wegen der von ihm erhobenen Befunde die beruflich-erwerbliche Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist, und zwar - zu Vergleichs-, Plausibilisierungs- und Kontrollzwecken - unter Miteinbezug der sonstigen persönlichen, familiären und sozialen Aktivitäten der rentenansprechenden Person (E. 4.3).

Die Gutachter nahmen eine Beurteilung der Standardindikatoren vor (vgl. S. 12 Ziff. 4.3 des Hauptgutachtens) und hielten fest, es seien im Verlauf wiederholt psychische Überlagerungen diagnostiziert und unterschiedlich diagnostisch ein geordnet worden. Aus gutachterlicher Sicht habe das psychische Störungsbild jedoch nie das Ausmass einer eigenständigen Einschränkung erreicht, weder 2011 noch aktuell, und aus integrativer Gesamtsicht 2014 nicht zu einer höheren Arbeitsunfähigkeit geführt (S. 16 Ziff. 4.9 des Hauptgutachtens). Insbesondere gestützt auf die ausführliche Beurteilung des psychiatrischen Gutachters ist nicht zu beanstanden, dass den psychischen Beschwerden der Beschwerdeführerin keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zugemessen wurde. 5.5

Gestützt auf das Gerichtsgutachten steht somit fest, dass die angestammte Tätigkeit bleibend nicht mehr zumutbar ist. Eine behinderungsangepasste Tätigkeit ist weiterhin zu 80 % zumutbar (vorstehend E. 4.2.7). Im Vergleich zur Situation, wie sie sich im Zeitpunkt des Urteils vom 21. Oktober 2013 präsentierte, besteht somit keine Änderung. Die Arbeitsfähigkeit hat sich weder verbessert noch verschlechtert. Dass die Gutachter das Belastungsprofil in angepassten Tätigkeiten nun genauer fassten, ändert nichts daran, dass die Arbeitsfähigkeit unverändert ist.

Somit ist ein Revisionsgrund zu verneinen. Die Verfügung vom 30. August 2016 ist rechtmässig. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 6.

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