

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00032 vom 2. September 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-09-02, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00032

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00032 du 2 septembre 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00032 del 2 settembre 2015

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 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 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 betäti gen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

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

E. 1.3

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 145 V 215 E. 5.1, 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krank heit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Masstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.4

Zur Annahme der Invalidität nach Art.

E. 2

Dagegen erhob die Versicherte am 10. Januar 2019 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte (S. 2), die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 26. November 2018 sei aufzuheben (1.), ihr sei spätestens ab dem 1. Februar 2016 eine ganze IV-Rente auszurichten (2.), eventualiter sei ein neutrales, umfassendes, polydisziplinäres Gutachten unter Beachtung der neuen Schmerzrechtsprechung gemäss BGE 141 V 281 in Auftrag zu geben (3.), subeventualiter seien ihr Eingliederungsmassnahmen (insbesondere berufliche Massnahmen) zuzusprechen (4.). In verfahrensrechtlicher Hinsicht beantragte sie die unentgeltliche Rechtspflege sowie die Bestellung eines unentgeltlichen Rechtsbeistandes (S.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene Verfügung (Urk. 2) damit, dass keine Diagnosen vorlägen, welche eine langandauernde oder gar dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen würden. Aus medizinischer Sicht sei es weiterhin möglich, einer körperlich leichten und wechselbelastenden Tätigkeit nachzugehen. Zu beachten gelte es dabei, dass die Beschwerdeführerin nicht regelmässig Lasten über 12.5

kg tragen müsse oder sehr häufig Arbeiten über Kopfhöhe ausführen dürfe. Ihre bisherige Tätigkeit als Reinigungskraft biete viele Einsatzmöglichkeiten, wo diese Kriterien berücksichtigt werden können. Die Abklärungen hätten zudem ergeben, dass einige Beschwerden auf versicherungsfremde Aspekte zurückzuführen seien oder zumindest dadurch verstärkt würden. Die im Einwand geltend gemachte Diagnose eines CRPS an der rechten oberen Extremität habe nicht nachgewiesen werden können. Das psychische Leiden sowie das Schmerzsyndrom seien zum Zeitpunkt der Begutachtung bereits bekannt gewesen und von der Gutachterstelle in der Beurteilung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit entsprechend gewürdigt und berücksichtigt worden (S. 1 f.).

E. 2.2

Demgegenüber stellte sich die Beschwerdeführerin auf den Standpunkt (Urk. 1), dass aufgrund der somatischen und psychischen Leiden erstellt sei, dass sie spätestens seit dem Unfallereignis vom 17. Juli 2014 bis heute zu über 70% arbeitsunfähig sei. Selbst im Gutachten werde erwähnt, dass sie keine Lasten über 12

kg heben, tragen oder stossen könne und repetitive Überkopfarbeiten zu vermeiden seien. Eine Reinigungskraft müsse jedoch häufig Gewichte von mehr als bloss 12

kg heben, tragen oder stossen. Da ihr die Beschwerdegegnerin bis heute die Erbringung von Eingliederungsmassnahmen verweigert habe und sie aufgrund der fehlenden Unterstützung deshalb in einer behinderungsangepassten Tätigkeit nicht habe Fuss fassen können, habe sie spätestens ab dem 1. Februar 2016 Anspruch auf eine ganze IV-Rente (S. 17 f.). Die Beschwerdegegnerin habe sie zwar polydisziplinär begutachten lassen. Das erstellte Gutachten halte jedoch vor der aktuellen höchstrichterlichen Rechtsprechung nicht stand, sei widersprüchlich und aufgrund einer falschen ICD-Codierung mangelfhaft. Sodann hätten Gutachter mitgewirkt, die ihr vorgängig nicht mitgeteilt worden seien. Schliesslich hätten nicht alle mitwirkenden Gutachter das Gutachten unterzeichnet, weshalb die ses nicht verwertbar sei (S. 18). Nach ständiger Rechtsprechung setze der Anspruch auf

Eingliederungsmassnahmen eine invaliditätsbedingte Erwerbseinbusse von etwa 20 % voraus. Selbst die Gutachter vom nicht verwertbaren Gut achten hätten ihr eine Erwerbsunfähigkeit von 20 % attestiert, weshalb die Hürde von 20 % sicher überschritten werde. Anhand der medizinischen Unterlagen sei erstellt, dass sie ihre angestammte Tätigkeit als Reinigungskraft nicht verrichten könne und sich neu orientieren müsse. Sie habe Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen und solange diese andauern würden auch auf ein angemessenes Taggeld (S. 19 f.).

E. 2.3

Strittig und vorliegend zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente. 3. 3.1

Dr. med. A.____, Facharzt für Innere Medizin FMH und Endokrinologie/Diabetologie FMH, Dr. med. B.____, Facharzt für Innere Medizin FMH und MAS Versicherungsmedizin, Dr. med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH sowie zertifizierter Gutachter SIM, Dr. med. D.____, Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie FMH und zertifizierter Gutachter SIM sowie Dr. med. E.____, Facharzt für Neurologie FMH und zertifizierter Gutachter SIM vom Z.____, hielten in ihrem polydisziplinären Gutachten vom 11. Juli 2016 (Urk. 11/26) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest (S. 26): - Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) - Leichte affektive (depressive) Störung (ICD-10: F32.1) - Akzentuierte Persönlichkeitszüge mit histrionischen, theatralischen Anteilen (ICD-10: Z73.1)

Als Diagnose mit qualitativem Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit, welche für die angestammte Tätigkeit nicht von Relevanz ist, nannten die Gutachter folgende Diagnose: - Myotendinotisches

zervikales und zervikobrachiales Schmerzsyndrom rechtsseitig (ICD-10: M54.1, M53.1) bei/mit - Myotendinotischen Verspannungen der zervikalen paravertebralen Muskulatur des M. trapezius, des M. levator scapulae rechtsseitig - Keine Anhaltspunkte für relevante degenerative Veränderungen bzw. für posttraumatische Läsionen oder Residuen (MRT der HWS vom 12. August 2014, MRI Zürich)

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeiten führen sie die folgenden auf: - Status nach HWS-Distorsionstrauma bei Autounfall vom 17. Juli 2014 (ICD-10: S13.4) bei/mit - Keine Hinweise auf posttraumatische Läsionen der HWS (MRT vom 12. August 2014) - Diffuse Myotendinosen (ICD-10: M77.9) bei/mit - Myotendinotische Verspannungen der Glutealmuskulatur am Ansatz des Beckenkammes bis zum Trochanter majus beidseits - Myotendinotische Verspannungen der äusseren Schultergürtelmuskulatur, vor allem des M. trapezius rechtsbetont mit funktioneller Einschränkung der Beweglichkeit der Schulter über 90° - Klinisch keine Anhaltspunkte auf Läsionen der Rotatorenmanschetten beidseits - Anterior Knee Pain bei Ansatzentzündung des

Retinaculum patellae linksseitig - Klinisch keine Anhaltspunkte für Retropatellararthrose bzw. für degenerative bzw. posttraumatische Veränderungen beider Kniegelenke - Asymptomatischer Knocheninfarkt am linken Trochanter majus (ICD-10: M87.99) - Natives CT des linken Oberschenkels vom 6. Oktober 2014 - Klinisch muskuläre Dysbalance der Glutealmuskulatur im Vordergrund - Leichtgradige Verspannungen der Extensorenmuskulatur periartikulär am rechten Ellbogengelenk mässigen Ausmasses -

Verdacht auf arterielle Hypertonie - Status nach multiplen abdominalen Operationen mit/bei - Status nach explorativer Laparotomie, Adhäsiolektomie, Anlage eines Jenuostomas 31. Dezember 2011 mit konsekutivem Kurzdarmsyndrom, Stomarückverlegung Dezember 2012 - Status nach Boviac Katheter Einlage V. cephalica links 17. Januar 2012 - Status nach mechanischem Ileus bei ausgeprägten Adhäsionen und Eröffnung einer Peritonealzyste bei unklarem Adnexbefund 21. Dezember 2011 - Status nach wahrscheinlicher Ovarrektomie links über untere mediane Längslaparotomie 2007 - Status nach Adhäsiolektomie über untere mediane Längslaparotomie 1999 - Status nach Appendektomie bei Appendizitis perforata mit 4. Douglasabszess 1999 - Dyslipidämie

Zur Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter aus, die Beschwerdeführerin sei aus psychiatrischer Sicht aufgrund der psychiatrischen Diagnosen im angestammten Beruf und in somatisch leidensangepasster Tätigkeit zu 20 % eingeschränkt. Aus rheumatologischer Sicht hätten sich keine relevanten organisch bedingten Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit gefunden. Aufgrund der diffusen myotendinösen Verspannungen der paravertebralen Muskulatur sei eine qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründbar, insofern als das repetitive Tragen von Lasten über 12

kg sowie repetitive Überkopfarbeiten zu vermeiden seien. Körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit im Rahmen dieser Belastungsgrenze seien nach wie vor zumutbar. Die Gutachter gingen zudem davon aus, dass die bisherige Tätigkeit dieses Belastungsprofil erfülle (S. 30). Aus neurologischer Sicht könne aufgrund des Fehlens einer neurologischen Beteiligung an den somatischen Beschwerden keine Arbeitsunfähigkeit attestiert werden. Hinsichtlich der abdominalen Problematik ergebe sich aus internistischer Sicht keine additive Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Für Arbeiten in Verweistätigkeiten würden die gleichen qualitativen Limiten wie für Arbeiten im zuletzt ausgeübten Beruf als Reinigungskraft gelten (S. 30 f.).

Aus psychiatrischer Sicht werde empfohlen, die Dosis des Antidepressivums schrittweise auf 20mg zu erhöhen, da die aktuell verabreichte Dosis dem unteren Standardwert entspreche. Bei Persistenz der psychiatrischen Beschwerden sei eine medikamentöse Kombinationstherapie zu evaluieren. Des Weiteren solle die psychiatrische Behandlung weiter fortgesetzt werden. Die psychotherapeutischen Sitzungen seien engmaschiger durchzuführen. Zudem werde empfohlen, dass die Beschwerdeführerin zur Verbesserung der sozialen Integration die Landessprache lerne. Aus rheumatologischer Sicht würden begleitende Massnahmen auf detonisierender Physiotherapie wie z.B. eine Ultraschalltherapie lokal bei verspannter Muskulatur sowie Übungen empfohlen. Da die muskuläre Dysbalance am ehesten auf der psychosomatischen Fehlentwicklung basiere, seien physikalische Massnahmen wenig erfolgsversprechend. Die Beschwerdeführerin habe bereits eine medizinische Rehabilitation im somatischen Bereich gehabt, welche keine wesentliche Besserung der Beschwerden gebracht habe. Aus neurologischer Sicht könne gemäss den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie in der chronischen Phase nach stattgehabtem HWS Distorsionstrauma eine medikamentöse Therapie mit Amitriptylin bis zu 75mg erwogen werden. Dies sollte aber in Rücksprache mit dem behandelnden Psychiater und einer generellen Umstellung der antidepressiven Therapie erfolgen. Internistischerseits werde dringend die Durchführung einer 24h-Blutdruckmessung empfohlen, damit abgeklärt werde, ob eine arterielle Hypertonie respektive eine Weiskittelhypertonie vorliege (S. 31).

Hinsichtlich der Konsistenz führten die Experten aus, es würden sich in Bezug auf die vor dem Unfall bestehenden Beschwerden leichte Inkonsistenzen ergeben. Bei der internistischen Exploration habe die Beschwerdeführerin angegeben, vor dem Unfall nur wegen Nackenschmerzen beim Hausarzt vorstellig gewesen zu sein, im neurologischen Untergutachten werde festgehalten, dass die Beschwerdeführerin bereits vor dem Unfall Schulter- und Nackenschmerzen mit teils Ausstrahlung in den rechten Arm gehabt habe, jedoch von geringerer Intensität und Frequenz (3-4 Mal monatlich). Im rheumatologischen Untergutachten werde nicht näher darauf eingegangen, ob die Beschwerden bereits vorrangig bestanden hätten. Die vorbestehenden Beschwerden hätten zu einer ärztlichen Konsultation im Dezember 2013 mit Durchführung eines MRI der Halswirbelsäule am 17. Dezember 2013 geführt. Im psychiatrischen Gutachten werde explizit darauf hingewiesen, dass zwar eine Tendenz zu verdeutlichtem Verhalten bestanden habe, dies aber nicht als Aggravation zu werten sei (S. 32). 4. 4.1

Das Z. ___ -Gutachten vom 11. Juli 2017 entspricht den praxisgemässen Anforderungen an den Beweiswert einer Expertise. So ist es für die streitigen Belange umfassend, gibt es doch Antwort auf die Frage nach dem Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin und der verbleibenden Arbeitsfähigkeit. Es beruht sodann auf den notwendigen Untersuchungen in internistischer, rheumatologischer, psychiatrischer und neuropsychologischer Fachrichtung. Die Gutachter berücksichtigten detailliert die geklagten Beschwerden und setzten sich damit auseinander (Urk.

E. 5

).

Mit Beschwerdeantwort vom 25. Februar 2019 (Urk. 10) beantragte die Beschwerdeführerin die Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 1. März 2019 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 12). Das Gericht zieht in Erwägung:

E. 5.1

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgleichender Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2, 128 V 29 E. 1).

In gewissen Fällen, insbesondere dort, wo Validen- und Invalideneinkommen an derselben Tätigkeit zu ermitteln sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_295/2017 vom 27. September 2017 E. 6.5), kann auch eine Gegenüberstellung blosser Prozentzahlen genügen. Das ohne Invalidität erzielbare hypothetische Erwerbseinkommen ist alsdann mit 100 % zu bewerten, während das Invalideneinkommen auf einen entsprechend kleineren Prozentsatz veranschlagt wird, so dass sich aus der Prozentdifferenz der Invaliditätsgrad

ergibt (sogenannter Prozentvergleich; BGE 114 V 310 E. 3a mit Hinweisen).

E. 5.2

Die Beschwerdeführerin hat keine Berufsausbildung absolviert. Tätig war sie im Reinigungsbereich (Urk. 11/3/4) und erzielte dabei nur geringe Einkommen (Urk. 11/9). Einer Tätigkeit im Reinigungsbereich oder einer ähnlich entlohnten Hilfsarbeitertätigkeit wäre sie ohne den Gesundheitsschaden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auch weiterhin nachgegangen.

Aufgrund des Gesundheitsschadens beschränkt sich der Einsatzbereich der Beschwerdeführerin auf körperlich leichte und wechselbelastende Tätigkeiten, bei welchen nicht regelmässig Lasten über 12.5 kg getragen und nicht sehr häufig Arbeiten über Kopfhöhe ausgeführt werden müssen (Urk. 2 S. 1). Der ausgeglichene Arbeitsmarkt hält auch für ungelernete Arbeitskräfte solche Tätigkeiten in genügender Anzahl bereit. Bislang hat die Beschwerdeführerin keine dem Belastungsprofil angepasste Tätigkeit aufgenommen.

Bei dieser Ausgangslage (identische Basis des Validen- und Invalideneinkommens) kann auf eine ziffernmässige Bestimmung der beiden hypothetischen Einkommen verzichtet werden. Der Invaliditätsgrad entspricht damit dem Grad der Arbeitsunfähigkeit, gegebenenfalls unter Berücksichtigung des Abzuges vom Tabellenlohn (Urteile des Bundesgerichts 8C_365/2012 vom 30. Juli 2012 E. 7, 8C_628/2015 vom 6. April 2016 E. 5.3.5 je mit Hinweisen).

E. 5.3

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa). Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten. Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemässen Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (vgl. BGE 135 V 297 E. 5.2, 134 V 322 E. 5.2 und 126 V 75 E. 5b/aa-cc). Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb). Zu beachten ist jedoch, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leistungsbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunktes führen dürfen (Urteile des Bundesgerichts 8C_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.1 und 9C_846/2014 vom 22. Januar 2015 E. 4.1.1).

Für einen rentenbegründenden Invaliditätsgrad wäre damit ein Abzug vom Tabellenlohn von 25 % notwendig, was jedoch ausgeschlossen ist. Die Beschwerdeführerin ist in ihrem verbleibenden möglichen Pensum von 80 % nur in der Hinsicht eingeschränkt, als ihr schwere körperliche Arbeiten, regelmässiges Tragen von Lasten über 12.5 kg sowie häufige Überkopfarbeiten nicht mehr zumutbar sind. Dem um 20 % reduzierten Rendement wurde

mit der attestierten Arbeitsfähigkeit von 80 % bereits hinreichend Rechnung getragen. Ein (weiterer) Abzug wegen der leidensbedingten Einschränkung rechtfertigt sich da her nicht. Es ist nicht erkennbar, dass anderweitige einkommensbeeinflussende Faktoren, die im Übrigen auch von der Beschwerdeführerin nicht vorgebracht werden, derart gravierend wären, dass diese deswegen negative Auswirkungen auf die Lohnhöhe zu gewärtigen hätte.

E. 5.6

Zusammenfassend ist gestützt auf das Z.____-Gutachten und die ergänzenden Stellungnahmen von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auszu gehen. Ein zusätzlicher Abzug fällt ausser Betracht und die Beschwerdegegnerin hat somit einen Rentenanspruch zu Recht verneint.

Der Anspruch auf berufliche Massnahmen bildet vorliegend nicht Anfechtungsgegenstand. Der Beschwerdeführerin ist es unbenommen, sich bezüglich beruflicher Massnahmen erneut anzumelden. Soweit solche vorliegend beantragt werden, ist auf die Beschwerde jedoch nicht einzutreten.

Die Beschwerde ist somit abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist.

E. 5.7

Da die Voraussetzungen erfüllt sind, ist der Beschwerdeführerin antragsgemäss (Urk. 1 S. 2) die unentgeltliche Prozessführung zu gewähren und es ist ihr Rechtsanwalt Tobias Figli als unentgeltlicher Rechtsvertreter zu bestellen. 6. 6. 1

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig und sind die Gerichtskosten gemäss Art. 69 Abs 1 bis IVG ermessensweise auf Fr. 800.-- festzusetzen. Ausgangsgemäss sind die Gerichtskosten der Beschwerdeführer in aufzuerlegen, jedoch zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 6.2

Nachdem der Rechtsvertreter keine Honorarnote eingereicht hat, wird die Entschädigung vom Gericht nach Ermessen (vgl. dazu Urk. 12 S. 2) und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses, dem Zeitaufwand und den Barauslagen festgesetzt (§ 34 Abs. 1 und 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht [GSVGer]). Entsprechend ist er mit Fr. 3 ' 0 00 .-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse zu entschädigen.

E. 6.3

Die Beschwerdeführerin ist auf § 16 Abs. 4 GSVGer hinzuweisen, wonach sie zur Nachzahlung der Gerichtskosten sowie der Auslagen für die Vertretung verpflichtet werden kann, sofern sie dazu in der Lage ist. Das Gericht beschliesst:

In Bewilligung des Gesuches vom 10. Januar 2019 wird der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Prozessführung gewährt und es wird ihr Rechtsanwalt Tobias s

Figi, Zürich, als unentgeltliche(r) Rechtsvertreter(r) für das vorliegende Verfahren bestellt, und erkennt sodann: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Tobias Figi, Zürich, wird mit Fr. 3'000.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Tobias Figi - 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 dem 5. 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 Gräub-Babic

E. 8

ATSG ist – auch bei psychischen Erkrankungen – in jedem Fall ein medizinisches Substrat unabdingbar, das (fach-)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Je stärker psychosoziale und soziokulturelle Faktoren wie beispielsweise Sorge um die Familie oder Zukunftsängste (etwa ein drohender finanzieller Notstand) im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein. Das bedeutet, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belastenden soziokulturellen Faktoren herrühren, bestehen darf, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat, zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand. Solche von der soziokulturellen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne verselbständigte psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann. Wo die begutachtende Person dagegen im Wesentlichen nur Befunde erhebt, welche

in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in ihnen aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben (BGE 127 V 294 E. 5a; Urteil des Bundesgerichts 8C_730/2008 vom 23. März 2009 E. 2).

Wenn und soweit psychosoziale und soziokulturelle Faktoren zu einer eigentlichen Beeinträchtigung der psychischen Integrität führen, indem sie einen vererbten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder den Wirkungsgrad seiner – unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden – Folgen verschlimmern, können sie sich mittelbar invaliditätsbegründend auswirken (Urteil des Bundesgerichts 9C_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.2 mit Hinweisen). 1. 5

UV170510 Beweiswert eines Arztberichts 08.2018 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. 11

/ 26/1- 39 S. 10 ff., S.

E. 15

f f., S. 19 ff., Urk. 11/26/40-49 S. 2 f., S. 8 ff., Urk. 11/26/50-61 S. 1 ff., S. 7 ff., Urk. 11/26/62-70 S. 3 ff., S. 7 ff.). Die Expertise wurde sodann in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben, wobei sich die Gutachter zur Krankheitsentwicklung äusserten und Bezug auf die medizinischen Vorakten nahmen (Urk. 11/26/1-39 S. 3 ff.). Sie setzten sich insbesondere mit abweichenden Diagnosen in Arztberichten auseinander und würdigten diese in nachvollziehbarer Weise (S. 17). Schliesslich leuchtet das Gutachten in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und die Schlussfolgerungen in der Expertise sind begründet.

In diesem Sinne legte der psychiatrische Gutachter nachvollziehbar dar, weshalb die Beschwerdeführerin an einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren und einer leichten affektiven (depressiven) Störung leidet sowie akzentuierte Persönlichkeitszüge mit histrionischen, theatralischen Anteilen hat (Urk. 11/26/40-49 S. 8). Er beschrieb, dass die Beschwerdeführerin in ihrer Durchhaltefähigkeit, der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, der Planung und Strukturierung von Aufgaben und in ihren Spontanaktivitäten am meisten eingeschränkt ist. An Regeln und Routinen kann sie sich anpassen, die Selbstpflege gelingt, familiäre und intime Beziehungen werden gepflegt. Die Konfliktfähigkeit ist sprachlich bedingt eingeschränkt. Im Rahmen der Begutachtung hat sich ausserdem keine einschneidende Einschränkung der Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit herausarbeiten lassen (S. 9 f.). Aufgrund des beschriebenen Gesundheitsschadens kam der Gutachter zum nachvollziehbar begründeten Schluss, dass eine einschränkende Wirkung auf die Arbeitsfähigkeit besteht. Unter Berücksichtigung der deutlich vorhandenen invaliditätsfremden Faktoren schätzte er die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit in somatisch leidensangepasster Tätigkeit auf

E. 20

% (S. 10). Die Expertise erfüllt demnach die praxisgemässen Kriterien an den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens (BGE 134 V 231 E. 5.1, BGE 125 V 351 E. 3a, BGE 122 V 157 E. 1c), weshalb für die Entscheidungsfindung darauf abzustellen ist. 4.2

Die Beschwerdeführerin kritisiert das Z.____-Gutachten in formeller Hinsicht aus verschiedenen Gründen. Darauf ist nachfolgend einzugehen. 4.2.1

Dem in der Beschwerdeschrift vorgebrachten Einwand, wonach das Z.____-Gutachten aufgrund zweier nicht angekündigter Gutachter, Dr. med. A.____ und Dr. med. B.____, nicht verwertbar sein soll (Urk. 1 S. 12 f.), kann nicht gefolgt werden. Es ist zwar zutreffend, dass bei der Mitteilung zur polydisziplinären medizinischen Untersuchung vom 26. Januar 2016 (Urk. 11/22) als voraussichtlich untersuchende Gutachterin im Bereich der Inneren Medizin Dr. F.____ genannt wurde, die Begutachtung aber schliesslich durch Dr. A.____ sowie Dr. B.____ durchgeführt wurde. Zutreffend ist jedoch auch, dass die Beschwerdeführerin zumindest von Dr. A.____ als Gutachter in ebenfalls in Kenntnis gesetzt wurde. In der Einladung der Z.____-Begutachtungsstelle vom 27.

Januar 2016 (Urk. 11/23) sind als Gutachter für den Bereich der Inneren Medizin sowohl Dr. F.____ als auch Dr. A.____ aufgeführt (S. 2). In der ersten Stellungnahme der Z.____-Begutachtungsstelle vom 13. Januar 2017 (Urk. 11/37) zuhanden der IV-Stelle führte Dr. B.____ diesbezüglich aus, Dr. A.____ sei supervidierende Oberärztin MedPol und Dr. B.____ ärztlicher Leiter und fallführender Oberarzt der Z.____ Begutachtung und das Gutachten sei aus diesem Grund von beiden unterschrieben worden. Die Begutachtung sei von den der Beschwerdeführerin mitgeteilten Ärzten durchgeführt worden und dieses Prozedere sei so üblich. Weiter ist aus dem Gutachten in der Tat ersichtlich, dass die instrumentelle Untersuchung vom 24. Februar 2016 durch Dr. F.____ und Dr.

A.____ durchgeführt wurde (Urk. 11/26/15), womit keine Abweichung von den zuvor mitgeteilten Gutachtern festzustellen ist.

Anzumerken ist insbesondere auch, dass die vorgängige Mitteilung der begutachtenden Personen der Geltendmachung allfälliger Einwände gegen eine oder mehrere der genannten Sachverständigen dient (Urk. 11/22 S. 2). Muss der Versicherungsträger zur Abklärung des Sachverhalts ein Gutachten einer oder eines unabhängigen Sachverständigen einholen, so gibt er der Partei deren oder dessen Namen bekannt. Diese kann den Gutachter aus triftigen Gründen ablehnen (Art. 44 ATSG). Nach der in Art. 30 Abs. 1 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV) und Art. 6 Ziff. 1 EMRK enthaltenen Garantie des verfassungsmässigen Richters hat der Einzelne Anspruch darauf, dass seine Sache von einem unparteiischen, unvoreingenommenen und unbefangenen Richter ohne Einwirkung sachfremder Umstände entschieden wird. Für Sachverständige gelten grundsätzlich die gleichen Ausstands- und Ablehnungsgründe, wie sie für den Richter vorgesehen sind. Da sie nicht Mitglied des Gerichts sind, richten sich die Anforderungen zwar nicht nach Art. 30 Abs. 1 BV, sondern nach Art. 29 Abs. 1 BV. Hinsichtlich der Unparteilichkeit und Unbefangenheit kommt Art. 29 Abs. 1 BV indessen ein mit Art. 30 Abs. 1 BV weitgehend übereinstimmender Gehalt zu (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_19/2017 vom 30. März 2017 E. 3.2 und 8C_509/2008 vom 4.

Februar 2009 E. 4.2). Danach ist Befangenheit anzunehmen, wenn Umstände vorliegen, die geeignet sind, Misstrauen in die Unparteilichkeit zu erwecken. Bei der Befangenheit handelt es sich allerdings um einen inneren Zustand, der nur schwer bewiesen werden kann. Es braucht daher für die Ablehnung nicht nachgewiesen zu werden, dass die

sachverständige Person tat sächlich befangen ist. Es genügt vielmehr, wenn Umstände vorliegen, die den Anschein der Befangenheit und die Gefahr der Voreingenommenheit zu begründen vermögen. Bei der Beurteilung des Anscheins der Befangenheit und der Gewichtung solcher Umstände kann jedoch nicht auf das subjektive Empfinden einer Partei abgestellt werden. Das Misstrauen muss vielmehr in objektiver Weise als begründet erscheinen (vgl. BGE 134 I 20 E. 4.2 S. 21 und 133 I 1 E. 6.2 S. 6). Weder in den IV-Akten noch in der Beschwerdeschrift lassen sich Hinweise darauf finden, dass die Beschwerdeführerin etwaige Ablehnungsgründe gegenüber einem der Gutachter geltend gemacht hat. Im Übrigen hätte die Beschwerdeführerin allfällige Gründe unverzüglich vorbringen müssen und nicht erst bei Unzufriedenheit hinsichtlich des Gutachtensergebnisses. 4.2.2

Was den Hinweis bezüglich der fehlenden Unterschrift (Urk. 1 S. 13) angeht ,
wonach das Gesamtgutachten aufgrund der nicht vorhandenen Unterschrift des
neurologischen Teilgutachters

Dr. G.____ im zusammenfassenden Teil des Gutachtens (Urk. 11/26/1-39) nicht verwertbar
sein soll, ist Folgendes festzuhalten: Der erste Teil des Gutachtens beziehungsweise das
Hauptgutachten (Urk. 11/26/1-39) stellt eine übersichtliche Darstellung der gesamten
gutachterlichen Abklärungen dar. Darin werden die wichtigsten Erkenntnisse aus den jewei-
ligen Teilgutachten in gekürzter Version nochmals wiedergegeben. In diesem Sinne sind
die Seiten 24 bis 26 des Hauptgutachtens (Urk. 11/26/24-26) identisch mit den Seiten 7 bis
9 des neurologischen Teilgutachtens (Urk. 11/26/68-70). Auf der letzten Seite des
Teilgutachtens lassen sich so auch die Unterschriften von Dr. G.____ und Dr. E.____

erkennen . Da das neurologische Teilgutachten im Übrigen die notwendigen
Bestimmungen an ein beweiskräftiges Gutachten erfüllt und die Beschwerdegegnerin keine
anderweitigen (inhaltlichen) Einwände geltend gemacht hat, kann festgehalten werden ,
dass das Teilgutachten seine Gültigkeit unabhängig vom Hauptgutachten behält. Eine
diesbezügliche Kritik der Beschwerdeführerin läuft damit ins Leere. 4.2.3

Die Beschwerdeführerin brachte weiter vor, der psychiatrische Gutachter habe für die
gestellte Diagnose die falsche ICD-Codierung verwendet und im Grunde eine mittelgradige
depressive Episode diagnostiziert (Urk. 1 S. 14). Diesbezüglich gilt es festzuhalten, dass
die Beschwerdeführerin zu Recht bemängelt, dass für die Diagnose einer leichten
affektiven (depressiven) Störung die Codierung ICD-10 F 32.1 nicht korrekt ist. Mit diesem
Einwand verkennt die Beschwerdeführerin jedoch auch , dass es
invalidenversicherungsrechtlich grundsätzlich nicht auf die Diagnose, sondern einzig darauf
ankommt, welche Auswirkungen eine Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit hat (vgl. Urteil
des Bundesgerichts 9C_273/2018 vom 28. Juni 2018 E. 4.2; Urteil 8C_112/2018 vom 24.
April 2018 E. 4.3 ; BGE 136 V 279 E. 3.2.1). Massgebend ist in erster Linie der lege artis
erhobene Befund und der Schweregrad der Symptomatik sowie die damit verbundenen
Funktions einschränkungen (Urteile des Bundesgerichts 9C_273/2018 vom 28. Juni 2018
E. 4.2, 9C_59/2016 vom 6. Januar 2017 E. 6.1, 9C_634/2015 vom 15. März 2016 E. 6.1
mit Hinweisen und 9C_474/2017 vom 4. Oktober 2017 E. 4.1).

Auch vorliegend ist für die Bestimmung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin
nicht allein die Bezeichnung respektive Codierung der Krankheit massgebend, sondern
deren funktionelle Einschränkung. Dr. C.____ beschrieb in seinem psychiatrischen

Teilgutachten nachvollziehbar, dass aufgrund des Insuffizienzerlebens, der Selbstwertminderung, einer gewissen Niedergestimmtheit sowie der mangelnden Perspektive und dem zeitweilig fehlenden Antrieb eine affektive Störung, aktuell von leichtem Ausmass, klassifikatorisch festgestellt wurde (Urk. 11/26/16). Hinweisen auf eine mittelgradige depressive Episode, wie von der Beschwerdeführerin geltend gemacht, lassen sich im Gutachten nicht finden und

die Befundschilderung lässt zudem ohne Weiteres auf eine leichte affektive Störung schliessen. Darüber hinaus wurde die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % nicht einzig aufgrund der Diagnose einer leichten affektiven Störung gestellt. Vielmehr hielt der Gutachter ausdrücklich fest, dass die im psychiatrischen Teilgutachten gestellten Diagnosen als klinische Einheit zu betrachten sind und in ihrer Bedeutung auf die Arbeitsfähigkeit nicht «auseinanderdividiert» werden können (Urk. 11/26/17). Die falsche ICD-Codierung hat somit keinen Einfluss auf die festgestellte funktionelle Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 %. 4.3

Die Beschwerdeführerin machte sodann geltend, die Einschätzung der Z.____-Gutachter hinsichtlich der Diagnose eines CRPS würden den Feststellungen von Dr. H.____ sowie weiteren Arztberichten widersprechen (Urk. 1 S. 11 f., S. 14 und S. 16). 4.3.1

Dr. H.____, Facharzt

für Chirurgie und Handchirurgie FMH, nannte in seinem Bericht vom 31. August 2016 (Urk. 11/29) die Diagnose eines CRPS an der rechten oberen Extremität (S. 1).

In den Stellungnahmen vom 13. Januar 2017 (Urk. 11/37) und 28. Februar 2017 (Urk. 11/39) nahm Dr. B.____

vom Z.____

Bezug auf den Arztbericht von Dr. H.____ und führte aus, es sei aufgrund des kurzen Berichts nicht ersichtlich, welche der für die Diagnosestellung massgeblichen Budapest-Kriterien erfüllt seien. Es würden weder anamnestische, noch klinische Befundangaben aufgeführt, auf die eine CRPS Diagnose abgestützt werden könnte. Zum Zeitpunkt der Begutachtung hätten keinerlei Anhaltspunkte für das Vorliegen eines CRPS vorgelegen. Im Rahmen der Begutachtung seien die erforderlichen klinischen Untersuchungen durchgeführt worden und die IASP-Kriterien (Budapest-Kriterien) seien nicht erfüllt gewesen (S. 1 f.). Dem Arztbericht von Dr. I.____, Oberarzt an der Klinik für Plastische Chirurgie und Handchirurgie des

J.____, vom 19. September 2016 (Urk. 11/45)

kann diesbezüglich entnommen werden, dass sich klinisch kein Anhalt für ein aktives CRPS ergab (S. 2). Die leitenden Ärzte am Institut für Radiologie und Nuklearmedizin des K.____, Dr. med. L.____ und Dr. med. M.____, hielten in ihrem Arztbericht vom 28. September 2016 (Urk. 11/53) fest, dass eine 3-Phasen Skelettszintigraphie und eine SPECT-Untersuchung der rechten Hand mit der Frage nach einem CRPS durchgeführt worden sei. Bei symmetrischer

Trophik beider Hände hätten keine Nachweise eines ablaufenden CRPS oder eines dystrophen Restzustands festgestellt werden können (S. 2).

Die neuen Arztberichte wurden schliesslich erneut den Z.____-Ärzten zur Stellungnahme vorgelegt. Mit einer abschliessenden Stellungnahme vom 31. Oktober 2017 (Urk. 11/64)

äusserte sich Dr. G.____

wie folgt : Basierend auf den aufgeführten Befunden, den dokumentierten anamnestischen Angaben und insbesondere in Zusammenschau mit den anamnestischen Angaben und Befunden im neurologischen Gutachten seien die Budapest-Kriterien, insbesondere die geforderten Untersuchungskriterien, nicht erfüllt. Er könne auch aufgrund der nachgereichten Arztberichte und der darin dokumentierten Befunde die Diagnose eines komplexen regionalen Schmerzsyndroms I (CRPS) nicht stützen. Es würden sich darüber hinaus keine neu aufgetretenen neurologischen Erkrankungen ergeben, die eine andere Beurteilung als die bereits im neurologischen Fachgutachten erstatteten, begründen könnten (S. 4). 4.3.2

Bezüglich der Einschätzung von Dr. H.____ ist auf die etablierte Rechtsprechung hinzuweisen, wonach aufgrund der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte (und behandelnde Ärzte) mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, im Streitfall eine direkte Leistungszusprache einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärzte kaum je in Frage kommt (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.5 mit Hinweisen).

Dem Bericht von Dr. H.____ (E. 4.3.1) können keine (neuen) Befunde respektive Symptome entnommen werden, welche zur nachvollziehbar begründeten Diagnose eines CRPS geführt haben sollen. Insbesondere ist nicht ersichtlich, welche der Budapest-Kriterien als erfüllt betrachtet werden und aufgrund welcher Symptome respektive Befunde. Auch objektivierbare Befunde und Angaben zum CRPS können dem Bericht nicht entnommen werden. Vielmehr stellte Dr. H.____ im Wesentlichen auf die subjektive Krankheitsüberzeugung der Beschwerdeführerin ab, welche eine solche Erkrankung nicht ohne Weiteres zu begründen vermögen. Der Bericht von Dr. H.____

vermag die gutachterliche Einschätzung nicht in Frage zu stellen, da er insbesondere weder umfassend noch in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation einleuchtend ist und da seine Schlussfolgerungen nicht begründet sind (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a).

Die Z.____ -Gutachterin Dr. G.____ befasst sich in der abschliessenden Stellungnahme (E. 4.3.1) hingegen ausführlich mit den vorgelegten Arztberichten und Untersuchungsergebnissen. Sie führte nachvollziehbar aus, weshalb die Kriterien eines CRPS nicht als erfüllt betrachtet werden können. So beschrieb sie, dass für die diffuse Druckdolenz auch andere Ursachen in Frage kommen. Es konnte auch keine objektivierbare und reproduzierbare Differenz der Hauttemperatur bzw. der Hautfarbe erhoben werden. Eine Allodynie oder eine Hyperalgesie auf spitze Reize ist zu keinem Zeitpunkt dokumentiert worden. Das Ödem war im Juni 2017 nicht einseitig im Bereich der rechten Hand lokalisiert, sondern beidseits. Eine Hypertrichose oder nageltrophische Störung wurden ebenfalls nicht dokumentiert (Urk. 11/64 S. 4). Die Ausführungen von Dr. G.____ sind schlüssig und werden zudem durch die Untersuchungen im J.____ und K.____ gestützt. Auf das Gutachten und die ergänzenden Stellungnahmen der Z.____ -Gutachter kann daher zur Beantwortung der Frage nach dem Vorliegen eines CRPS vollständig abgestellt werden. 4.4

Zusammenfassend ist aufgrund der nachvollziehbaren und umfassenden gutachterlichen Beurteilungen die angestammte Tätigkeit zu 80 % zumutbar, soweit nicht regelmässig Lasten über 12.5 kg getragen oder sehr häufig Arbeiten über Kopfhöhe ausgeführt werden.

Aufgrund der beweiskräftigen medizinischen Aktenlage besteht kein weiterer Abklärungsbedarf (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_468/2007 vom 6. Dezember 2006 E.2.2 mit Hinweisen). 4.5 4. 5 .1

Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen, nach BGE 143 V 409 namentlich auch leichte bis mittelschwere Depressionen, für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach Massgabe von BGE 141 V 281 zu unterziehen (Änderung der Rechtsprechung). Speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere depressive Störungen hielt das Bundesgericht in BGE 143 V 409 – ebenfalls im Sinne einer Praxisänderung – fest, dass eine invalidenversicherungsrechtlich relevante psychische Gesundheits schädigung nicht mehr allein mit dem Argument der fehlenden Therapieresistenz auszuschliessen sei (E. 5.1; zur bisherigen Gerichtspraxis vgl. statt vieler: BGE 140 V 193 E. 3.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_13/2016 vom 14. April 2016 E. 4.2). Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sind somit auch bei den leichten bis mittelgradigen depressiven Störungen systematisierte Indikatoren beachtlich, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1). Die Therapierbarkeit ist dabei als Indiz in die gesamtthaft vorzunehmende allseitige Beweiswürdigung miteinzubeziehen (BGE 143 V 409 E. 4.2.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_449/2017 vom 7. März 2018 E. 4.2.1). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell belastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3). Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen).

Aus Gründen der Verhältnismässigkeit kann dort von einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 abgesehen werden, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist. Ein Beweisverfahren bleibt daher entbehrlich, wenn im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte (vgl. BGE 125 V 351) eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann (BGE 143 V 409 E. 4.5.3; vgl. BGE 143 V 418 E. 7.1). Insbesondere in Fällen, in welchen nach der Aktenlage überwiegend wahrscheinlich von einer bloss leichtgradigen depressiven Störung auszugehen ist, die nicht schon als chronifiziert gelten kann und auch nicht mit Komorbiditäten einhergeht, bedarf es in aller Regel keines strukturierten Beweisverfahrens (BGE 143 V 409 E. 4.5.3; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1). 4.5 .2

Wie nachfolgend aufzuzeigen ist (vgl. E. 5 hernach), hat die gutachterlich festgestellte Arbeitsfähigkeit von 80 % in angestammter Tätigkeit keinen rentenbegründenden Invaliditätsgrad zur Folge, weshalb von der Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens abgesehen werden kann (vgl. E. 4.5 .1 hier vor). Denn mit diesem wird eine im Rahmen einer psychischen Diagnose attestierte Arbeitsunfähigkeit validiert. Eine grössere Arbeitsunfähigkeit als die gutachterlich attestierte kann aus einer

Indikatorenprüfung nicht resultieren (Urteil des Bundesgerichts 8C_52/2020 vom 22. April 2020 E. 4.2.2 mit Hinweisen) . 5.

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