

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00284 vom 6. Dezember 2019**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-12-06, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2019.00284](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00284)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00284 du 6 décembre 2019

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00284 del 6 dicembre 2019

## **Erwägungen**

### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 1968, war seit August 2008 als Verpackerin

bei der

Y.\_\_\_\_ AG angestellt ( Urk. 7/24/1 -2

Ziff. 2.1 und 2.7 ). Unter Hinweis auf ein myofasziales Schmerzsyndrom meldete sie sich am

### **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 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**

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung ( IVG ) sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines aner kannten 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 Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 13

### **E. 1.6**

und 1.7). Die Prüfung einer Umschulung sei wünschenswert (S. 2 Ziff. 1.8). 4 .9

Dr.

D.\_\_\_\_

gab

im Verlaufsbericht vom 21. November 2016 (Urk. 7/58/1-5) einen verschlechterten Gesundheitszustand an (S. 1 Ziff. 1.1). Er führte aus, es sei eine mittelgradige Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörung vorhanden. Im formalen Denken sei die Beschwerdeführerin sprunghaft, grüblerisch und deutlich eingeengt auf die psychosozialen Belastungsfaktoren und ihren Gesundheitszustand. Sie klagte

über persistierende Handschmerzen und chronische Kopfschmerzen. Während der Panikattacken seien Ich-Störungen im Sinne einer Depersonalisation und Derealisation vorhanden. Im Affekt sei sie labil, niedergeschlagen und deprimiert (S. 1 Ziff. 1.3).

Der Psychiater nannte als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 Ziff. 1.2): - mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) - Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst, ICD-10 F41.0) - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychiatrischen Faktoren (ICD-10 F45.41)

Es handle sich um die Behandlung einer Depression, einer Angststörung sowie von chronischen Schmerzen mit multifaktoriellen psychosozialen Belastungsfaktoren. Termine fänden alle zwei Wochen statt inklusive einer medikamentösen Therapie (S. 3 Ziff. 3.1 oben). Die Beschwerdeführerin habe im Gespräch über einen weiterbestehenden Ehekonflikt und über andere psychosoziale Belastungsfaktoren berichtet, die sie psychisch belasteten. Am 27. Oktober 2016 sei es zu einem Suizidversuch gekommen (S. 3 Ziff. 3.1 Mitte).

Dr.

D.\_\_\_\_

attestiert für die bisherige Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 100%. Für eine angepasste Tätigkeit attestiert er eine Arbeitsfähigkeit von 20% bei einer Reduktion der Leistungsfähigkeit von 80% (S. 2 Ziff. 2.1). Im Rahmen einer Eingliederungsmassnahme sei in einer wohlwollenen Arbeitsatmosphäre medizinisch-theoretisch ein Arbeitspensum von zunächst 20% möglich. Eine Umschulung in eine die Hand weniger belastende Tätigkeit sei wünschenswert (S.

4 Ziff. 3.3 oben).

4.10

4.10.1

Die Gutachter der Z.\_\_\_\_ erstatteten am 25. Mai 2018 (Urk. 7/81/1-55) im Auftrag der Beschwerdegegnerin ein polydisziplinäres Gutachten. Die Beschwerdeführerin wurde in der Zeit vom 22. Januar bis 13. März 2018 in den Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Handchirurgie und Psychiatrie und Psychotherapie untersucht (S. 2 oben). Das Gutachten ist von Dr. J.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Dr. K.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, L.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und von Dr. M.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, unterzeichnet (S. 55).

Die Gutachter führten im neurologischen Hauptgutachten

aus, die Beschwerdeführerin habe als Verpackerin in einer Schokoladenfabrik und später in einer Papierfabrik gearbeitet (S. 36 Ziff. 2.1.7).

Zu den Ressourcen

wurde angegeben, die Kommunikationsfähigkeit sei gegeben. Eine Motivation sei nicht vorhanden. Die Therapieadhärenz sei gegeben. Die letzte Arbeitsstelle sei nicht mehr vorhanden. Ausserberufliche Fertigkeiten bestünden nicht. Dagegen sei ein soziales Umfeld vorhanden. Eine geordnete Tagesstruktur sei kaum vorhanden (S. 36 Ziff.

## **E. 2**

2. Juli 2015 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/13 Ziff. 6.2). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, tätigte erwerbliche (Urk. 7/1-5, Urk. 7/19, Urk. 7/24) und medizinische (Urk. 7/25-26, Urk. 7/29) Abklärungen und zog Akten des Krankentaggeldversicherers (Urk.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdeführerin rügte eine Verletzung des rechtlichen Gehörs durch die Beschwerdegegnerin, da diese nicht auf ihre im Vorbescheidverfahren erhobenen Einwände eingegangen sei (Urk. 1 S. 7 Ziff.

#### **E. 2.1.1**

oben). Sie sei innerlich mit vielen Fragen beschäftigt, sei innerlich angespannt und könne nicht entspannen (S. 10 Mitte).

Ihr Hausarzt habe ihr geraten, Menschenansammlungen nicht zu meiden. Sie sei auch in einem Verein, wobei sie es dort aber nur zwei Stunden aushalte. Spaziergänge unternehme sie häufiger alleine und teilweise mit ihrem Ehemann (S. 9 unten). Dieser sei wenig unterstützend gewesen und habe nicht mit Geld umgehen können. Aus der ehelichen Beziehung seien ein Sohn und eine Tochter hervorgegangen (S. 11 Ziff.

#### **E. 2.1.2**

unten). Die Beschwerdeführerin suche bei Bedarf alle drei bis vier Wochen ihren Hausarzt auf. Eine psychiatrische Behandlung erfolge mit einer Frequenz von vier Wochen, anfänglich alle zwei Wochen (S. 14 Ziff.

#### **E. 2.1.4**

oben). Bei einer Intensivierung der therapeutischen und medikamentösen Behandlung kann daher, wie vom Gutachter angegeben, von einer Verbesserung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit ausgegangen werden.

Zu Gunsten der Beschwerdeführerin ist zu berücksichtigen, dass sie im Sinne einer Komorbidität seit Jahren an Schmerzen an den Händen leidet.

Die Gutachter gaben als Ressourcen unter anderem ein intaktes soziales Umfeld und eine Therapieadhärenz an (E. 4.10.1). Die Beschwerdeführerin kann daher auf gewisse Ressourcen zurückgreifen. Die gilt auch für den Komplex «sozialer Kontext».

Ausserdem beginnt

die Beschwerdeführerin nach dem Aufstehen mit der Hausarbeit, die sie bewältigen kann, unternimmt am Nachmittag Spaziergänge, nimmt gemeinsame Mahlzeiten ein, besucht alle 2-3 Wochen den alevitischen Kulturverein und hat Kontakt zu den Kindern und den

Schwägerinnen ( vgl. vorstehend E. 4.10.3 ). Daraus ergeben sich im häuslichen Bereich nicht nur Ressourcen, sondern es resultiert darüber hinaus keine gleichmässige Einschränkung in allen Lebensbereichen. Die Prüfung der Konsistenz ergibt damit ebenfalls, dass der Beschwerdeführerin in einer behinderungsangepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100 % zugemutet werden kann. Dies deckt sich mit der Beurteilung durch L.\_\_\_\_, wonach bei Anwendung einer leitliniengerechten Therapie eine Remission der psychischen Beschwerden zu erwarten sei (vorstehend E. 4.11). Die Frequenz der psychiatrischen Behandlung lässt sodann auf einen nur geringen Leidensdruck der Beschwerdeführerin schliessen. In Übereinstimmung mit der von der Beschwerdegegnerin durchgeführten Ressourcenprüfung

ist für eine behinderungsangepasste Tätigkeit hinsichtlich der psychischen Probleme von einer zumutbaren Arbeitsfähigkeit von 100 % auszugehen.

Hingegen wurde im Z.\_\_\_\_-Gutachten aus somatischen Gründen (neurologisch und handchirurgisch) eine 80%ige Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit attestiert ( Urk. 7/81/39 Ziff. 2.5.7, Urk. 7/81/41 Ziff. 3.2.3, Urk. 7/81/45 Ziff. 4.7, Urk. 7/81/74 Ziff. 2.5.8). Diese Einschätzung wurde nachvollziehbar begründet, weshalb darauf abzustellen ist.

Nach der Beurteilung durch RAD-Arzt Dr. E.\_\_\_\_ sind der Beschwerdeführerin im Sinne eines Belastungsprofils körperlich leichte Tätigkeiten mit Wechselbelastung und ohne erhöhte Anforderungen an die Kraft und die Haltefunktion der Hände uneingeschränkt möglich (E. 4.12). 7.

#### **E. 2.1.5**

unten und S. 12 ). Die Beschwerdeführerin habe die Exploration aufmerksam verfolgt. Gegen Ende der Untersuchung hätten die Konzentration und die Aufmerksamkeit etwas nachgelassen (S. 16 oben). Anhaltspunkte für formale oder inhaltliche Denkstörungen hätten sich nicht ergeben und es habe keine Störung der Wahrnehmung bestanden (S. 16 Mitte). Die Beschwerdeführerin habe durchaus dysthym, ängstlich, sorgenvoll herabgestimmt, in ängstlicher Erwartung, insbesondere die Zukunft und die finanzielle, wirtschaftliche Situation betreffend, gewirkt. Die Schwingungsfähigkeit sei erhalten gewesen. Zu keinem Zeitpunkt habe sich eine depressive Herabgestimmtheit beobachten oder explorieren lassen (S. 16 unten).

Die testpsychiatrischen Untersuchungen sprächen gegen das Bestehen einer Depression. Sollte eine depressive Störung vorbestanden haben, dürfe diese als remittiert bezeichnet werden (S. 17 Ziff. 2.3.1).

Im Verlauf seien vielfältige psychosoziale Belastungsfaktoren deutlich geworden, die auch als Auslöser gewertet werden könnten, wie eine belastete eheliche Beziehung und Partnerschaft, Arbeitslosigkeit, Schulden und ein finanzieller und wirtschaftlicher Engpass mit Betreibungen. Von Seiten des Psychostatus habe sich keine klare depressive Symptomatik gezeigt. Es sei jedoch der Eindruck einer larvierten depressiven Symptomatik entstanden am ehesten im Sinne einer larvierten somatisierten Erschöpfungsdepression (S. 18 Ziff.

#### **E. 2.1.11**

unten). Die Gutachter nennen als neurologische Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein Carpal tunnel syndrome links bei einem Status nach operativer Sanierung vom 21. April 2016 und ein Carpal tunnel syndrome rechts (anamnestisch, S. 37 Ziff. 2.4.1).

Als neurologische Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie eine subjektive Vergesslichkeit und eine Insomnie (S. 37 Ziff. 2.4.2).

Im Jahr 2014 sei der Verdacht auf ein Carpal-tunnelsyndrom beidseits geäußert worden. An den Handgelenken seien zudem myofasziale Beschwerden und eine Tendovaginitis beschrieben worden. In der Folge sei es zu einer Fehlstatik der Wirbelsäule mit Haltungsinsuffizienz und muskulärem Hartspann gekommen. Weiter hätten sich eine depressive Störung mit einer Soziophobie und einem Rückzug sowie finanzielle Probleme und Erschöpfungszustände entwickelt und es seien eine mittelgradige depressive Episode und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychiatrischen Faktoren diagnostiziert worden (S. 38 Ziff. 2.5.1 oben). Seit November 2015 sei es zu chronischen Schmerzen in der Kniescheibe links gekommen (S. 38 Ziff. 2.5.1 Mitte).

Am 21. April 2016 sei das Carpal-tunnelsyndrom links operiert worden und es sei eine Verkalkung im Sehnenansatz des M. quadriceps an der Patella festgestellt worden. Die Explorandin habe weiter zunehmende Schlafstörungen entwickelt. Im Oktober 2016 habe sie einen Suizidversuch unternommen. Zur Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode habe sich im Verlauf eine Panikstörung gesellt. Vor kurzem seien zudem der

ulnaris-Syndrom und ein Ulnarimpaktionssyndrom geäußert worden (S. 38 Ziff. 2.5.1 unten).

Die Beschwerdeführerin habe bei der neurologischen Begutachtung über Handgelenkschmerzen links, eine Vergesslichkeit und ein Gefühl der Inaktivität geklagt (S. 39 Ziff. 2.5.2). In der bisherigen Tätigkeit als Verpackerin könne sie wohl nur noch reduziert eingesetzt werden. Für diese Tätigkeit bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 50%. In einer angepassten körperlich leichten Tätigkeit, die vor allem einhändig rechts durchgeführt werden könne, bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80%. Die 50%ige Arbeitsunfähigkeit sei durch die Beschwerden seitens des Carpal-tunnels bedingt (S. 39 Ziff. 2.5.7).

Die internistische Untersuchung habe keine Diagnose und keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergeben (S. 40 Ziff. 3.1.3 unten).

4.10.2

Dr. K. \_\_\_ führte im handchirurgischen Teilgutachten vom 13. März 2018 (Urk. 7/81/67-75) aus, im Jahr 2016 sei im Bereich der linken

Hand die Diagnose eines Carpal-tunnelsyndroms gestellt worden. Am 21. April 2016 sei eine offene Spaltung des Karpaldaches erfolgt. In der Folge habe die Explorandin zunehmend die schon bestehenden Schmerzen und Beschwerden im Bereich der Ulnarseite bemerkt, die sich immer mehr zugespitzt hätten (S. 4 Ziff.

## **E. 2.2**

Verfügungen der Versicherungsträger müssen, wenn sie den Begehren der Parteien nicht voll entsprechen, eine Begründung enthalten, das heisst eine Darstellung des vom Versicherungsträger als relevant erachteten Sachverhaltes und der rechtlichen Erwägungen (Art. 49 Abs. 3 Satz 2 ATSG). Die Begründung einer Entscheidung muss so abgefasst sein, dass die betroffene Person ihn gegebenenfalls anfechten kann. Dies ist nur dann möglich, wenn sowohl sie als auch die Rechtsmittelinstanz sich über die Tragweite des Entscheids ein Bild machen können. In diesem Sinne müssen wenigstens kurz die Überlegungen

genannt werden, von denen sich der Versicherungsträger leiten liess und auf welche sich der Entscheid stützt. Dies bedeutet indessen nicht, dass sich die Verwaltung aus drücklich mit jeder tatbestandlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinandersetzen muss; vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken (BGE 126 V 75 E. 5b/ dd mit Hinweis, 118 V 56 E. 5b). Der Mangel eines nicht oder nur ungenügend begründeten Entscheides kann gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung im Rechtsmittelverfahren geheilt werden, sofern die fehlende Begründung in der Vernehmlassung der entscheidenden Behörde zum Rechtsmittel enthalten ist oder den beschwerdeführenden Parteien auf andere Weise zur Kenntnis gebracht wird, diese dazu Stellung nehmen können und der Rechtsmittelinstanz volle Kognition zukommt (BGE 107 Ia 1).

### **E. 2.3**

Die Beschwerdeführerin hatte im Einwand vom

22. November 2018

unter anderem geltend gemacht, es lasse sich nicht herleiten, wie der psychiatrische Teilgutachter genau zu einer Einschränkung von 50 % komme (Urk. 7/96 S. 5 Ziff. 6). Sie erhob zudem

Einwände gegen den psychiatrischen Teilgutachter, welcher als befangen abzulehnen sei (Urk. 7/96 S. 6 f.

Ziff. 9 ff.). Ausserdem seien die neuen medizinischen Berichte für das weitere Verfahren zu berücksichtigen (Urk. 7/96 S. 8 f., Ziff.

### **E. 2.4**

unten). Die angegebenen körperlichen Beschwerden und Schmerzen seien nicht geeignet, eine Erkrankung aus dem somatoformen Diagnose-Spektrum zu stellen. Hierfür fehlten Kriterien wie eine ständige Beschäftigung mit einem quälenden Schmerz und eine hohe Behandlungsaktivität. Eine Panikstörung habe aktuell nicht festgestellt werden können (S. 19 oben). Trotz der Diagnose einer Erkrankung aus dem depressiven Formenkreis sei auszuführen, dass eine depressive Störung prinzipiell behandelbar sei und eine gute Prognose bestehe. Die Behandlungsaktivität sei als niedrig zu bezeichnen und es bestünden allfällige Therapieoptionen (S. 19 unten).

L. \_\_\_ nannte als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sonstige depressive Episoden (larvierte, somatisierte Erschöpfungsdepression, ICD-10 F32.8, S. 20 Ziff. 2.5.1).

Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit über schreite zum heutigen Zeitpunkt 50 %

nicht. Unter der Voraussetzung einer konsequenten Therapie sollte eine weitere Besserung möglich und erzielbar sein. Die Beurteilung der Einschränkung gelte daher für die nächsten 12-24 Monate (S. 20 oben). Die Beschwerdeführerin sei aus psychiatrischer Sicht in der Lage, sämtliche ihrem körperlichen Belastungsprofil angepasste Tätigkeiten mit einer integralen Reduktion von 50 % zu verrichten. Diese Einschätzung gelte auch für Verweistätigkeiten (S. 21 Ziff. 2.9). 4.10.4

Die Gutachter stellten interdisziplinär folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 44 Ziff. 4.4): - sonstige depressive Episoden (larvierte, somatisierte Erschöpfungsdepression, ICD-10 F32.8) - chronische symptomatische Arthropathie des Handgelenkes links mit/bei chronischer Tenosynovitis und degenerativer Destruktion des

TFCC mit konsekutiver Synovialitis im ulnaren Kompartiment sowie reaktiver Mitbeteiligung des N. ulnaris

ulnaris bei Zustand nach Spaltung des Karpal daches bei abgelaufenem CTS - Carpal tunnel syndrome links mit/bei - Status nach operativer Sanierung vom 21. April 2016 - Carpal tunnel syndrome rechts (anamnestisch)

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter eine subjektive Vergesslichkeit (am ehesten im Rahmen der Depression und der Insomnie), Insomnie und ein leichtes Asthma bronchiale (S. 44 f. Ziff. 4.4 unten).

Aus interdisziplinärer Sicht ergebe sich für die angestammte Tätigkeit und eine Verweistätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % . Es gelte das in den Teilgutachten angegebene Fähigkeitsprofil (S. 45 Ziff. 4.7 unten). Während der psychiatrischen Hospitalisationen und der handchirurgisch bedingten Ausfälle habe eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden. Ansonsten sei für die letzten drei Jahre nur eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % ausgewiesen . Dies gelte für die bisherige Arbeit und für eine Verweistätigkeit

(S. 45 f. Ziff. 4.7).

Die Gutachter gaben zum Gesundheitsschaden an, dass die Befunde mittelgradig ausgeprägt seien (S. 46 Ziff. 5.1.2 Mitte). Die Sprachkenntnisse seien nicht gut. Das Bildungsniveau der Beschwerdeführerin sei niedrig (S. 47 Mitte). Offensichtliche limitierende soziokulturelle Faktoren hätten sich nicht gezeigt (S. 47 unten). Hinweise auf Aggravation oder Simulation bestünden nicht (S. 48 oben). Zu den Ressourcen wurde angegeben, die Kommunikationsfähigkeit sei gegeben. Eine Motivation sei nicht vorhanden. Die Therapieadhärenz sei gegeben. Die letzte Arbeitsstelle sei nicht mehr vorhanden. Ausserberufliche Fertigkeiten bestünden nicht. Dagegen sei ein soziales Umfeld vorhanden. Eine geordnete Tagesstruktur sei kaum vorhanden (S. 49

oben Ziff. 5.1.8).

Wechselwirkungen bestünden dahingehend, als dass die Vergesslichkeit im Rahmen der Depression und der Insomnie gesehen werden könne. Die chronischen Schmerzen dürften zudem in Wechselwirkung mit der Depression stehen (S. 50 Ziff. 5.3.3) Die bisherige Therapie sei lege artis (S. 50 f. Ziff. 5.4.1). Die Beschwerdeführerin habe bei den bisher erfolgten Therapien eine ausreichende Kooperation gezeigt (S. 51 Ziff. 5.5). Im Vordergrund stehe die psychiatrische und die handchirurgische Behandlung (S. 51 Ziff. 5.5.1 oben). Die Beurteilung der Zumutbarkeit von Eingliederungsmaßnahmen obliege in erster Linie den Juristen. Aus medizinischer Sicht könne jedoch festgehalten werden, dass Wiedereingliederungsversuche zumutbar und aus therapeutischer-psychiatrischer Sicht empfehlenswert seien (S. 51 Ziff. 5.5.4 unten).

Zwischen der Aktenlage, der erhobenen Anamnese und den Befunden zeigten sich keine wesentlichen Diskrepanzen (S. 51 Ziff. 5.6.1). 4.11

Gutachter L.\_\_\_\_ antwortete am 17. Juli 2018 (Urk. 7/85) auf Rückfragen der Beschwerdeführerin . Er gab an, in der Beurteilung einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % seien nicht IV-relevante psychosoziale Belastungsfaktoren medizinisch-theoretisch subtrahiert worden. Für den Zeitpunkt der Untersuchung sei daher davon auszugehen, dass andere Belastungsfaktoren zur Diagnose einer Erschöpfungsdepression geführt hätten. Unter konsequenter, leitliniengerechter psychiatrischer Therapie sei rein statistisch eine

Remission der Depression im Verlauf der nächsten 12 bis 24 Monate zu erwarten (S. 2). 4  
.12

RAD-Arzt Dr. E.\_\_\_\_ nahm am 10. August 2018 (Urk. 7/101 S. 7 f.) Stellung zum Gutachten der Z.\_\_\_\_ vom 25. Mai 2018 und zur Stellungnahme vom L.\_\_\_\_ vom 17. Juli 2018. Er führte aus, bezüglich der bisherigen Tätigkeit als Produktionsmitarbeiterin seien mittelschwere und schwere körperliche Tätigkeiten zu vermeiden. Insbesondere seien Arbeiten mit überwiegender Belastung des linken Handgelenkes, mit erhöhten Anforderungen an die Kraft der Hände sowie mit Kälte-/Nässe-Exposition zu vermeiden. Gemäss dem Gutachten bestünden zudem Einschränkungen der Widerstands-, der Durchhalte-, der Leistung- und der Belastungsfähigkeit (S. 7 Mitte). Körperlich leichte Tätigkeiten mit Wechselbelastung und ohne erhöhte Anforderungen an die Kraft und die Haltefunktion der Hände seien der Beschwerdeführerin weiterhin zumutbar. Zu vermeiden seien weiter das Besteigen von Leitern und Gerüsten, das Heben und Tragen von Lasten und Arbeiten mit ungünstigen Hebelwirkungen am Handgelenk, mit repetitiver Beanspruchung der Hände und ohne erhöhte Anforderungen an das feinmotorische Geschick der Hände.

Für die bisherige Tätigkeit als Produktionsmitarbeiterin bestehe seit dem Übergang 2015 bis auf Weiteres eine Arbeitsunfähigkeit von 50%. In einer angepassten Tätigkeit gemäss Belastungsprofil bestehe seit dem Übergang 2015 ebenfalls eine Arbeitsunfähigkeit von 50% (S. 7 unten). 4.13

Dr.

D.\_\_\_\_

gab im ärztlichen Zeugnis vom 4. September 2018 (Urk. 3/5 = Urk. 7/97/3) an, er behandele eine Depression, eine Angststörung sowie chronische Schmerzen mit multifaktoriellen Belastungsfaktoren. Aus psychiatrischer Sicht bestehe aktuell für die angestammte Tätigkeit eine Leistungsminde rung von 100%. Im Rahmen einer Eingliederungsmassnahme seien einfachste Tätigkeiten ohne Zeit- und Termindruck, ohne hohe Anforderungen an das Umstellungs- und Anpassungsvermögen zunächst zu 20% möglich. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit sei eine Umschulung in eine die Hand weniger belastende Tätigkeit wünschenswert. 4.14

Die Ärzte der Universitätsklinik F.\_\_\_\_

stellten im Bericht vom 7. Januar 2019 (Urk. 3/8 = Urk. 7/98/4-5) zuhanden des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin folgende Diagnosen (S. 1): -  
Ulnastyloid-Impaktionssyndrom HG links mit - Degeneration des TFC an der styloidalen Aufhängung, Degeneration des dorsalen SL-Bandes, Subluxationsstellung der ECU-Sehne - Status nach Karpaltunnelspaltung offen links vom 21. April 2016 mit/bei - Karpaltunnelsyndrom links - aktuell: kein Hinweis auf Nervenschädigung

Die Ärzte führten weiter aus, der Befund sei unverändert. Weiterhin seien eine Druckdolenz im Bereich des TFCC, im DRUG sowie über dem SL-Spalt auslösbar. Ob im Bereich der Loge de Guyon ein Tinelphänomen vorliege, lasse sich nicht genau evaluieren. Die Patientin habe diesbezüglich keine genauen Antworten gegeben. Im Bereich des Sulcus ulnaris bestehe ein positives Tinelphänomen

(S. 1 Ziff. 2). Bei persistierenden Beschwerden sei nicht davon auszugehen, dass die Patientin in ihren angestammten Beruf zurückkehren könne. Es werde eine Umschulung empfohlen mit einer Tätigkeit ohne Belastung des Handgelenkes des linken Unterarmes (S. 1 Ziff. 3 und S. 2 Ziff. 4). Die Ärzte der Universitätsklinik F. \_\_\_ stimmten grösstenteils mit den Diagnosen des Gutachters Dr. K. \_\_\_ überein. Die Ulnastyloid-Impaktationssymptomatik sowie die Degeneration des dorsalen SL-Bandes und die Subluxationsstellung der ECU-Sehne fehlten jedoch im Gutachten. Weiter seien die Ulnaspitzensymptomatik sowie das ulnocarpale

Impingement im Gutachten nicht erwähnt worden (S. 2 Ziff. 4). 4.15

Dr.

D. \_\_\_ nannte im Bericht vom 14. Januar 2019 (Urk. 3/6 = Urk. 7/98/1-3) die folgenden Diagnosen (S. 1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) mit ausgeprägter Angstsymptomatik und Status nach Suizidversuch vom 27. Oktober 2016 - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.45) bei/mit Carpaltunnelreizsyndrom beidseits, zusätzlich myofaszialen Beschwerden (Tendinopathien) im Bereich beider Handgelenke - Probleme in der Beziehung zum Ehepartner (ICD-10 Z63.0)

Dr.

D. \_\_\_ führte weiter aus, die depressive Symptomatik und die Angstsymptomatik hätten sich unter der aktuellen psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung leicht verbessert (Teilremission, S. 2 unten). Im angestammten Beruf bestehe aufgrund der depressiven Symptomatik, der chronischen Schmerzen und der verminderten Stresstoleranz eine um mindestens 50 % verminderte Leistungs- und Arbeitsfähigkeit (S. 3 oben). Eine angepasste Tätigkeit zu maximal 50 % in einem geschützten Raum sei aus therapeutischer Sicht und zur Förderung des Selbstwertgefühls sowie der Tagesstrukturierung sinnvoll (S. 3 Mitte). 4.16

Dr. C. \_\_\_ gab im Bericht vom 27. Januar 2019 (Urk. 3/10 = Urk. 7/98/6-7) an, es falle ihm sehr schwer, die Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit zu beurteilen. Dies müsse durch einen Handchirurgen erfolgen. Er sehe jedoch, dass im Gutachten der Z. \_\_\_

schon das Gewichtslimit von 5 kg zu hoch angesetzt worden sei. Bezüglich der Psyche stelle sich die Frage, ob die Beschwerdeführerin überhaupt an einer nicht geschützten Arbeitsstelle arbeiten könne (S. 2 Ziff. 3). Die Behandlungsaktivität lasse sich bei der Beschwerdeführerin nicht einfach steigern. Weiter habe sie generell eine eher ablehnende Haltung gegenüber Medikamenten. Ein Ausbau der Medikamente werde daher eher problematisch sein.

Eine tagesklinische Behandlung oder stationäre psychosomatische Rehabilitation würde eher keine Verbesserung bringen. Die Probleme (Trigger der Depression) der Beschwerdeführerin würden auf den psychosozialen Belastungen zu Hause (Ehemann und Tochter) basieren (S. 2 Ziff. 5). Er, Dr. C. \_\_\_, sei «weitgehend einverstanden mit dem Entscheid bezüglich Arbeitsfähigkeit bis auf die Steigerung bei einer angepassten Tätigkeit bis auf 80 %» (S. 2 Ziff. 6). 5. 5.1

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die

geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 5.2

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 und 7, Änderung der Rechtsprechung; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere Depressionen).

Das strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, 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; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C\_590/2017 vom 15.

Februar 2018 E. 5.1). Die Anerkennung eines renten begründenden 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 beweisbelastete 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). 5.3

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) - Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4). 6.1

Die Beschwerdeführerin war aufgrund einer verminderten Belastbarkeit der Hände durch Schmerzen und Schwellungen in den distalen Beuge- und Strecksehnen

seit dem 20. Februar 2015 in der bisherigen Tätigkeit in der Verpackung

krankgeschrieben (vorstehend E. 4.2 -4.3). Am 21. April 2016 wurde sie an der linken Hand operiert (E. 4.6). Nach Einschätzung durch die Ärzte der Universitätsklinik F.\_\_\_\_ ist der Beschwerdeführerin die angestammte Tätigkeit gesundheitsbedingt nicht mehr möglich

(E. 4.6 und 4.8). Der behandelnde Psychiater Dr.

D.\_\_\_\_

diagnostizierte

aus psychiatrischer Sicht zudem eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom, eine Panikstörung und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychiatrischen Faktoren. Er attestierte für die bisherige Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % und für eine angepasste Tätigkeit eine solche von 80 % (vorstehend E. 4.9).

Im Bericht vom 14. Januar 2019 attestierte er in angestammter Tätigkeit noch eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % (E. 4.15).

Die Gutachter der Z.\_\_\_\_ nannten als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sonstige depressive Episoden (larvierte, somatisierte Erschöpfungsdepression), eine chronische symptomatische Arthropathie des Handgelenkes links sowie ein Carpal-tunnelsyndrom links und rechts. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie eine subjektive Vergesslichkeit, Insomnie und ein leichtes Asthma bronchiale. Die Gutachter kamen zur Einschätzung, dass für die angestammte Tätigkeit und für eine angepasste Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % bestehe (vorstehend E. 4.10.4). 6.2

Das Gutachten der Z.\_\_\_\_ vom 25. Mai 2018 beruht auf den erforderlichen polydisziplinären Untersuchungen. Die Berichte von Dr. C.\_\_\_\_, Dr.

D.\_\_\_\_ und den Ärzten der Universitätsklinik F.\_\_\_\_ lagen den Gutachtern vor (vgl. Urk. 7/81/4-34) und diese setzten sich mit der abweichenden Beurteilung durch die behandelnden Ärzte auseinander (vgl. E. 4.10.1; Urk. 7/81/43 f., Urk. 7/81/53).

Die Beschwerdeführerin ist seit Jahren in der Universitätsklinik F.\_\_\_\_, bei Dr.

D.\_\_\_\_ und bei Dr. C.\_\_\_\_ in ärztlicher Behandlung. Die Ärzte der Universitätsklinik F.\_\_\_\_ stellten im Bericht vom 7. Januar 2019 unveränderte Befunde fest (vorstehend E. 4.14). Auch in den weiteren neu eingereichten Berichten werden im Wesentlichen keine neuen Befunde angegeben. Der Psychiater beschrieb im Bericht vom 14. Januar 2019 eine leichte Verbesserung der psychiatrischen Symptomatik (vorstehend E. 4.15). Es bestehen daher keine Anhaltspunkte, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der Begutachtung in der Z.\_\_\_\_ verschlechtert haben könnte. Die seit dem Gutachten erstatteten Arztberichte erfordern daher – entgegen der Einschätzung der Beschwerdeführerin – keine erneute Begutachtung der Beschwerdeführerin und es war angesichts der zahlreichen Berichte der behandelnden Ärzte keine Fremdanamnese nötig.

Die Gutachter legten

ihre Einschätzung einer Arbeitsunfähigkeit von 50 %

für die angestammte und eine angepasste Tätigkeit im Gutachten dar.

Zur Kritik der Beschwerdeführerin an der vom psychiatrischen Teilgutachter attestierten Arbeitsunfähigkeit von 50 % (Urk. 1 S. 6 Ziff. 8)

ist zu sagen, dass dessen Einschätzung

im Wesentlichen auf der fachärztlichen psychiatrischen Untersuchung der Beschwerdeführerin unter Einbezug testpsychiatrischer Untersuchungen ( Urk. 7/81/91 Ziff. 2.3.1) beruht . Das psychiatrische Teilgutachten enthält sodann eine ausführliche Begründung der psychiatrischen Einschätzung . Die Gutachter setzten sich schliesslich mit den geklagten Beschwerden auseinander und das Gutachten wurde in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den Vorakten erstellt. Weiter leuchtet es in der Beurteilung der medizinischen Situation und in den Schlussfolgerungen ein. Entgegen der Kritik der Beschwerdeführerin erweist sich das Gutachten daher als beweistauglich.

Ausserdem erachteten die behandelnden Ärzte eine Umschulung für zumutbar und nötig, was eine nicht unwesentliche Arbeitsfähigkeit voraussetzt. Zudem attestierte der behandelnde Psychiater eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit und der Hausarzt äusserte sich dahingehend, dass er mit der Arbeitsfähigkeitseinschätzung im Gutachten einverstanden sei (vgl. vorstehend E. 4.14-4.16). Dies lässt die Schlussfolgerung zu, dass weitere Abklärungen keine wesentlichen neuen Erkenntnisse ergäben, weshalb darauf verzichtet werden kann. 6.3

#### 6.3.1

Die Beschwerdeführerin rügte weiter eine Befangenheit des psychiatrischen Teilgutachters , indem er nicht gemäss der aktuellen Rechtsprechung begutachtet habe ( Urk. 1 S. 8 Ziff. 12 -14 ).

Nach der Rechtsprechung gelten für Sachverständige grundsätzlich die gleichen Ausstands- und Ablehnungsgründe, wie sie für Richter vorgesehen sind. 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 tatsächlich 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. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztgutachten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters ein strenger Massstab anzu setzen (BGE 132 V 93 E. 7.1, 120 V 357 E. 3).

#### 6.3.2

Im neurologischen Hauptgutachten wurde auf die sogenannten Standardindikatoren eingegangen ( Urk. 7/81 S. 46 ff.) und es wurden die Ressourcen der Beschwerdeführerin geprüft (E. 4.10.1) , wobei als Grundlage hierfür die Ausführungen im psychiatrischen Teilgutachten gedient haben dürften ( Urk. 7/81/76-96, insbesondere S. 11-20) . Dass der psychiatrische Teilgutachter die Standardindikatoren nicht

explizit gesondert geprüft hat, schadet daher nicht und stellt überdies kein Befangenheitsgrund dar . Entscheidend ist , dass eine Prüfung der Standardindikatoren und die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens anhand des Gutachtens der Z. \_\_\_\_ möglich ist.

Der Umstand, dass der Gutachter neben der Z.\_\_\_\_ auch im Zentrum N.\_\_\_\_ angestellt ist ( Urk. 1 S. 9 Ziff. 17), vermag einen

Anschein der Befangenheit ebenfalls nicht zu begründen. Die Auswahl der Gutachtensstelle erfolgte korrekt erweise nach

Art. 72 bis

Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung (I VV ; vgl. Urk. 7/73) . Der Vorwurf der Befangenheit des psychiatrischen Gutachters erweist sich daher als unbegründet und auf das Gutachten der Z.\_\_\_\_ kann abgestellt werden. 6.4

Das Gutachten der Z.\_\_\_\_ ist gegenüber der Beurteilung durch die behandelnden Ärzte vorzuziehen. Gegen die Beurteilung des Hausarztes spricht, dass er sich zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit nicht genau äussern konnte (vorstehend E. 4.16). In diesem Zusammenhang ist zudem auf den Grundsatz hinzuweisen, wonach Berichte der behandelnden Ärzte aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen sind (BGE 125 V 313 E. 3b/cc). Dies gilt für einen allgemein praktizierenden Hausarzt wie auch für einen behandelnden Spezialarzt (Urteil des Bundesgerichts I 803/05 vom 6. April 2005 E. 5.5). Dr.

D.\_\_\_\_ kam im Bericht vom 14. Januar 2019 einerseits übereinstimmend mit den Gutachtern der Z.\_\_\_\_

zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 % , andererseits erwähnte er eine maximal 50%ige Arbeitsfähigkeit in geschütztem Rahmen (vgl. vorstehend E. 4.15), womit seine Einschätzung insgesamt als widersprüchlich und nicht nachvollziehbar erscheint und damit nicht darauf abgestellt werden kann . Die Ärzte der Universitätsklinik F.\_\_\_\_ äusserten sich sodann nicht zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit , befürworteten jedoch eine Umschulung (vgl. vorstehend E. 4.14) .

Nachfolgend sind die Standardindikatoren anhand des Gutachtens der Z.\_\_\_\_ zu prüfen. 6.5

Die Beschwerdegegnerin ist aufgrund der vorgenommenen Ressourcenprüfung ( Urk. 7/101 S. 10 f.) von der im Gutachten der Z.\_\_\_\_ attestierten Arbeitsfähigkeit abgewichen und stellte aus psychiatrischer Sicht auf eine volle Arbeitsfähigkeit ab .

L.\_\_\_\_

erklärte trotz einer von ihm diagnostizierten larvierten, somatisierten Erschöpfungsdepression, dass die testpsychiatrischen Untersuchungen keine Hinweise auf eine depressive Störung ergeben hätten. Eine allenfalls vorbestandene depressive Störung bezeichnete er als remittiert . Als möglich Ursache der Beschwerden erwähnte er vielfältige psychosoziale Belastungsfaktoren

wie eine belastete Beziehung und Partnerschaft sowie Arbeitslosigkeit (vorstehend E. 4.10.3). Nach den Angaben des psychiatrischen Gutachters erweisen sich die diagnoserelevanten Befunde als nicht schwerwiegend ausgeprägt , auch wenn im Gutachten an anderer Stelle von mittelgradig ausgeprägten Befunden die Rede war (vgl. Urk. 7/81/46) . Gemäss L.\_\_\_\_ findet eine psychiatrische Behandlung lediglich mit einer Frequenz von vier Wochen statt. Die Begutachtung ergab, dass die Beschwerdeführerin die verordneten Medikamente sodann nur unregelmässig einnimmt ( Urk. 7/81/89 Ziff.

**E. 2.10**

und 2.11). Gemäss dem IK-Auszug betrug das Einkommen im Jahr 2014 Fr.

46'063.— ( Urk. 7/19/4 ) , welches wohl auf Überstunden zurückzuführen ist und in ähnlichem Umfang auch im Jahr 2013 erzielt wurde . Von diesem Einkommen ist für die Ermittlung des Valideneinkommens auszugehen , womit unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung (von 2686 Punkten im Jahr 2015 auf 2709 Punkte im Jahr 2016) für 2016 ein Valideneinkommen von Fr. 46'457.-- resultiert . Hingegen ist für die Frage der Unterdurchschnittlichkeit des Valideneinkommens vom Jahreseinkommen von Fr. 39'650.— auszugehen (BGE 141 V 1 E. 5.7).

Bezog eine versicherte Person aus invaliditätsfremden Gründen (z.B. geringe Schulbildung, fehlende berufliche Ausbildung, mangelnde Deutschkenntnisse, beschränkte Anstellungsmöglichkeiten wegen Saisonierstatus ) ein deutlich unterdurchschnittliches Einkommen, ist diesem Umstand bei der Invaliditätsbemessung nach Art. 16 ATSG Rechnung zu tragen, sofern keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sie sich aus freien Stücken mit einem bescheideneren Einkommensniveau begnügen wollte. Nur dadurch ist der Grundsatz gewahrt, dass die auf invaliditätsfremde Gesichtspunkte zurückzuführenden Lohnentbehrungen entweder überhaupt nicht oder aber bei beiden Vergleichseinkommen gleichmässig zu berücksichtigen sind. Die Grundüberlegung dieser Rechtsprechung ist die folgende: Wenn eine versicherte Person in derjenigen Tätigkeit, die sie als Gesunde ausgeführt hat, einen deutlich unterdurchschnittlichen Lohn erzielt, weil ihre persönlichen Eigenschaften (namentlich fehlende Ausbildung oder Sprachkenntnisse, ausländerrechtlicher Status) die Erzielung eines Durchschnittslohnes verunmöglichen, dann ist nicht anzunehmen, dass sie mit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung behaftet einen ( anteilmässig ) durchschnittlichen Lohn erzielen könnte

(

BGE 141 V 1 E. 5.4 mit Hinweisen ).

Ausgehend von einem frühesten Rentenbeginn im Jahr 2016 ergibt sich aus der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE 2016 , TA1\_tirage\_skill\_level, Total, Kompetenzniveau 1, Frauen) unter Berücksichtigung der durchschnittlichen betriebsüblichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden ein Jahreslohn von Fr. 54'581 .— ( Fr. 4'363 .—x 12 ./ 40 x 41.7 ). Das nach Angaben des vormaligen Arbeitgebers innerhalb der vereinbarten Arbeitszeit erzielte Einkommen von Fr. 39'650.— lag somit um rund 27 % unter dem statistischen Durchschnittsverdienst und es hat nach der Rechtsprechung zum Erheblichkeitsgrenzwert von 5 % (BGE 135 V 297) eine Parallelisierung im Umfang von 22 % zu erfolgen.

Damit hat vom ebenfalls gestützt auf die oben genannte Tabelle der LSE 2016 zu ermittelnden Invalideneinkommen von Fr. 54'581.— ein Abzug von 22 % zu erfolgen, was ein parallelisiertes Invalideneinkommen von Fr. 42'573.— ergibt, von dem rechtsprechungsgemäss kein leidensbedingter Abzug vorzunehmen ist (vgl. beispielsweise Urteile des Bundesgerichts 9C\_796/2013 vom 28. Januar 2014 E. 3.1.1 mit Hinweisen ; 9C\_366/2015 vom 22. September 2015 E. 4.3.1 mit Hinweisen ; 9C\_72/2017 vom 19. Juli 2017 E. 4.3 unter Bezugnahme auf LSE 2012 und 2014 ) . Unter Berücksichtigung der noch zumutbaren 80%igen Arbeitsfähigkeit resultiert somit ein Invalideneinkommen von Fr. 34'058. — .

Wird das Invalideneinkommen mit dem Valideneinkommen von Fr. 46'457.—verglichen, ergibt sich bei einer Differenz von Fr. 12'399.-- ein Invaliditätsgrad von rund 27 % . Dieser Invaliditätsgrad ist nicht rentenbegründend, übersteigt jedoch die für eine Umschulung relevante Erwerbseinbusse (vgl. vorstehend E. 7.1 -2 ). Da jedoch die übrigen erforderlichen Abklärungen im Hinblick auf berufliche Massnahmen durch die IV-Stelle nicht getätigt wurden, kann über einen entsprechenden Anspruch nicht abschliessend befunden werden. 8.2

Nach der Einschätzung durch die Gutachter der Z.\_\_\_\_

sind Wiedereingliederungsversuche zumutbar und aus therapeutischer Sicht ( psychiatrischerseits ) empfehlenswert ( Urk. 7/81/51 ) .

Die IV-Stelle hat im Hinblick auf eine Umschulung oder allfällige sonstige Eingliederungsmassnahmen keine Abklärungen vorgenommen, weshalb Ansprüche der Beschwerdeführerin im vorliegenden Verfahren nicht abschliessend beurteilt werden können. Die Sache ist angesichts der ausgewiesenen Beschwerden daher an die IV-Stelle zurück zu weisen, damit diese Abklärungen hinsichtlich Eingliederungsmassnahmen tätige und den diesbezüglichen Anspruch der Beschwerdeführerin prüfe. 8. 3

Zusammenfassend besteht somit keine in Anspruch auf eine Rente .

Hingegen ist die Sache an die IV-Stelle zurück zu weisen, damit diese Abklärungen hinsichtlich Eingliederungsmassnahmen tätige und den diesbezüglichen Anspruch der Beschwerdeführerin prüfe. In diesem Sinne ist die angefochtene Verfügung vom 8. März 2019 teilweise gutzuheissen. Im Übrigen ist sie abzuweisen. 9.

## **E. 7**

/20, Urk. 7/32 ) zum Verfahren bei.

Am 19. Februar 2016 ( Urk. 7/33)

erliess die IV-Stelle den Vorbescheid, mit welchem die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht gestellt wurde und wogegen die Versicherte Einwände ( Urk. 7/34 , Urk. 7/39 ) vorbrachte . Die IV-Stelle holte daraufhin weitere medizinische Berichte ( Urk. 7/50, Urk. 7/52-53, Urk. 7/56, Urk. 7/58, Urk. 7/63, Urk. 7/66, Urk. 7/69) und ein polydisziplinäres Gutachten ( Urk. 7/81) ein. Die Versicherte nahm am 22. November 2018 und am 5. März 2019 dazu Stellung ( Urk. 7/96, Urk. 7/99).

Mit Verfügung vom 8. März 2019 ( Urk. 7/103 = Urk. 2) verneinte die IV-Stelle einen Rentenanspruch. 2.

Die Versicherte erhob am 10. April 2019 Beschwerde gegen die Verfügung vom 8. März 2019 ( Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei das Verfahren an die IV-Stelle zurückzuweisen, damit sie eine unabhängige medizinische Begutachtung in Auftrag gebe. Eventuell sei bei den Gutachtern der Z.\_\_\_\_ ein Ergänzungs- und Verlaufsgutachten einzuholen. Das Verfahren sei zudem an die IV-Stelle zurückzuweisen, damit sie die Begründung der Verfügung ergänze sowie zur Durchführung eines Arbeitsversuches ( Urk. 1 S. 2 Ziff. 1-4).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 28. Mai 2019 ( Urk. 6) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde der Beschwerdeführerin am 31. Mai 2019 zur Kenntnis gebracht ( Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 7.1**

Invalide oder von einer Invalidität (Art. 8 ATSG) bedrohte Versicherte haben gemäss Art. 8 Abs. 1 IVG Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit: a.

diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern; und b.

die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind.

Der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen besteht unabhängig von der Ausübung einer Erwerbstätigkeit vor Eintritt der Invalidität. Bei der Festlegung der Massnahmen ist die gesamte noch zu erwartende Dauer des Erwerbslebens zu berücksichtigen (Abs. 1 bis ).

Nach Massgabe der Art. 13 und 21 IVG besteht der Anspruch auf Leistungen unabhängig von der Möglichkeit einer Eingliederung ins Erwerbsleben oder in den Aufgabenbereich (Abs. 2). Nach Massgabe von Art. 16 Abs. 2 lit . c IVG besteht der Anspruch auf Leistungen unabhängig davon, ob die Eingliederungsmassnahmen notwendig sind oder nicht, um die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, zu erhalten oder zu verbessern (Abs. 2 bis ).

Die Eingliederungsmassnahmen bestehen gemäss Abs. 3 in medizinischen Massnahmen ( lit . a), Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung ( lit . a bis ), Massnahmen beruflicher Art (Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildung, Umschulung, Arbeitsvermittlung, Kapitalhilfe; lit . b) und in

der Abgabe von Hilfsmitteln ( lit . d).

### **E. 7.2**

Gemäss Art.

### **E. 7.3**

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 aus geglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht in valid geworden wäre (sog. Valideneinkommen ). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegen übergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditäts grad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen). 8. 8.1

Die Beschwerdeführerin war zuletzt als Verpackerin

angestellt . Nach den Angaben der Y.\_\_\_\_ AG im Arbeitgeberbericht vom 7. August 2015

hätte die Beschwerdeführerin im Jahr 2015 bei einem Arbeitspensum von 100 % ein Jahreseinkommen von Fr. 39'650.-- erzielt ( Urk. 7/24/3 Ziff.

### **E. 9**

V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG). 1. 3

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a. ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

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

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid ( Art. 8 ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente , bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente ( Art. 28 Abs. 2 IVG). 2.

### **E. 9.1**

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen ( Art. 69 Abs.1 bis IVG). Vorliegend sind die Kosten auf Fr. 900.-- festzusetzen und ausgangsgemäss den Parteien je zur Hälfte aufzuerlegen.

### **E. 9.2**

Die vorliegende Rückweisung der Sache hinsichtlich Eingliederungsmassnahmen kommt einem diesbezüglichen (und damit teilweisen) Obsiegen der Beschwerdeführer in gleich. Ausgangsgemäss ist die Beschwerdegegnerin demnach zu verpflichten, der Beschwerdeführer in eine reduzierte Prozessentschädigung zu bezahlen, welche in Anwendung von Art. 61 lit . g ATSG, namentlich unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses sowie unter Berücksichtigung des gerichtlichen Stundenansatzes von Fr. 220.-- pro Stunde auf Fr. 1'300 . -- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen ist . Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde gegen die Verfügung vom 8. März 2019 wird in dem Sinne teilweise gutgeheissen, dass die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird , damit diese hinsichtlich Eingliederungsmassnahmen im Sinne der Erwägungen vorgehe . Im Übrigen ist die Beschwerde abzuweisen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900 .-- werden den Parteien je zur Hälfte auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden den

Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführer in eine reduzierte Prozessentschädigung von Fr. 1'300 .-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen . 4 .

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Pierre Heusser - 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 1. Juli bis und mit dem 1. August sowie vom 1. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

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

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

### **E. 11**

, S. 10 Ziff. 18, S. 15 Ziff. 27 ). Sie beantragte die Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin zur Ergänzung der Begründung der angefochtenen Verfügung vom 8. März 2019 ( Urk. 1 S. 2 Ziff. 3). Auf diese Rüge ist

- da formeller Natur (vgl. BGE 132 V 387 E. 5.1, 127 V 431 E. 3d/ aa ) - vorab einzugehen.

### **E. 15**

ff., Urk. 7/99).

Aus der angefochtenen Verfügung vom 8. März 2019 ergibt sich, dass die IV-Stelle davon ausging, dass mit den neu eingereichten Berichten keine neuen medizinischen Tatsachen geltend gemacht worden seien und insbesondere die vom behandelnden Psychiater unverändert attestierte volle Arbeitsunfähigkeit nicht nachvollziehbar sei. In psychiatrischer Hinsicht sei – aus näher genannten Gründen – trotz der gutachterlich festgehaltenen 50%igen Arbeitsunfähigkeit keine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit zu erwarten. Weiter ergibt sich, dass die Beschwerdegegnerin die Voraussetzungen für die Annahme einer Befangenheit des psychiatrischen Gutachters als nicht gegeben erachtete, umso mehr als sie ohnehin auf dessen Einschätzung nicht abstellte. Anhand der Angaben in der angefochtenen Verfügung war der Beschwerdeführerin somit eine sachgerechte Anfechtung der Verfügung jedenfalls möglich. Dass die Beschwerdegegnerin

nicht auf sämtliche erhobenen Einwände eingegangen ist, schadet nicht. Weiter ist darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdegegnerin in der Hauptsache keine Rückweisung der Sache aus formellen Gründen beantragte. Auf eine Rückweisung der Sache zur ergänzenden Begründung der angefochtenen Verfügung ist daher zu verzichten, zumal die Beschwerdeführerin ihre Argumente in der Beschwerde detailliert darlegen konnte und der Rechtsmittelinstanz volle Kognition zukommt.

### **3.3.1**

Die Beschwerdeführerin machte im Weiteren beschwerdeweise zusammengefasst geltend, das Gutachten der Z. \_\_\_ weise zahlreiche näher bezeichnete Mängel auf. Es gebe aktuellere Arztberichte, welche ihren Gesundheitszustand anders beschreiben würden. Daher müsse eine neue Begutachtung vorgenommen werden eventuell mit vorgängiger Stellungnahme der Z. \_\_\_ zu den Berichten der behandelnden Ärzte ( Urk. 1 S. 3

Ziff. 2, S. 4-7 Ziff. 4-10, S. 10-15 Ziff. 19-26 ). Der psychiatrische Gutachter sei

als befangen abzulehnen, da er bezüglich der Rechtsprechung von falschen, weil veralteten Voraussetzungen ausgehe, die zu unbrauchbaren Resultaten führen würden, er die hiesigen Verhältnisse nicht kenne, gemäss dem Medizinalberuferegister Vertrauensarzt der Versicherungen und bei verschiedenen Gutachterstellen tätig sei (Urk. 1 S. 8 Ziff. 14; vgl. auch S. 9 Ziff. 15-17). 3.2

Streitig und zu prüfen ist, ob ein Anspruch auf berufliche Massnahmen und eine Rente besteht.

Dabei hatte die Beschwerdeführerin bereits im Rahmen des Vorbescheidverfahrens die Durchführung eines

Arbeitstrainings und damit berufliche Massnahmen beantragt (Urk. 7/96 S. 2 Ziff. 4). Die Beschwerdegegnerin ist in der angefochtenen Verfügung

auf den Antrag nicht eingegangen und hat einen Anspruch auf berufliche Massnahmen nicht weiter geprüft.

Zum Anfechtungsgegenstand gehören nicht nur diejenigen Rechtsverhältnisse, über welche die Verwaltung tatsächlich eine Anordnung getroffen hat. Vielmehr bilden auch jene Rechtsverhältnisse Teil des Verfahrensgegenstandes, hinsichtlich deren es die Verwaltung zu Unrecht - in Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes sowie des Prinzips der Rechtsanwendung von Amtes wegen - unterlassen hat zu befinden, obwohl dazu nach der Aktenlage oder den Parteivorbringen hinreichender Anlass bestanden hätte

(Urteil des Bundesgerichts 9C\_309/2011 vom 12. Dezember 2011 E. 5.1; vgl. auch 8C\_27/2014 vom 6. Juni 2014 E. 3.3). Im vorliegenden Verfahren ist daher auch zu prüfen, ob ein Anspruch auf berufliche Massnahmen besteht.

Nachfolgend ist auf die medizinische Aktenlage einzugehen.

4.4.1

Dr. A.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, stellte im Bericht vom 19. Januar 2015 (Urk. 7/20/22-23) folgende Diagnose (S. 1): myofaszielles Schmerzsyndrom Vorderarme beidseits mit/bei - klinischem Verdacht auf Carpal-tunnelsyndrom (Tinel- und Phalen-Test beidseits positiv) - Status nach neurologischer Beurteilung vom 17. März 2014

Dr. A.\_\_\_\_ gab an, die Beschwerdeführerin habe seit gut sechs Monaten Schmerzen in den Handgelenken beidseits, welche vor allem bei Belastung und gegen Abend auftreten würden (S. 1 unten). 4.2

Dr. B.\_\_\_\_, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, erstattete am 18. Juni 2015 (Urk. 7/20/6-16) im Auftrag des Krankentaggeldversicherers eine fachärztliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit.

Dr. B.\_\_\_\_ führte zur Anamnese aus, die Beschwerdeführerin arbeite mit einem Pensum von 100 %

als Mitarbeiterin in der Produktion und Verpackung. Seit etwa zwei Jahren habe sie gehäuft Probleme an den Händen. Seit dem 20. Februar 2015 bestehe eine Arbeitsunfähigkeit (S. 1 unten). Ein Arbeitsversuch Ende März 2015 mit einem Pensum von 30-40 %

sei gescheitert (S. 2 unten). Dr. B. \_\_\_ stellte folgende Diagnosen (S. 6 Mitte): - verminderte Belastbarkeit beider Hände bei Rechtshändigkeit durch Schmerzen und Schwellungen in den distalen Beuge- und Strecksehnen, gute Kraftentfaltung der Hände (allerdings schmerzhaft) und gute Kraftentfaltung der oberen Extremitäten, Ausschluss einer rheumatischen Erkrankung, Ausschluss eines Carpal-Tunnelsyndroms (CTS) durch neurologische Untersuchung - Fehlstatik der Wirbelsäule, Haltungsinsuffizienz, muskulärer Hartspann und verschmäligte Rumpfmuskulatur, kein sicheres nervenwurzelbezogenes neurologisches Defizit, beidseits verkürzte Ischiokruralmuskulatur ohne Dehnungsschmerzen - Hallux valgus-Operation rechts, keine Beschwerden - seit etwa zwei Monaten psychiatrische Therapie mit Einnahme von Temesta - beginnendes Übergewicht

Die Beschwerdeführerin habe seit etwa zwei Jahren Schmerzen im Bereich der Handgelenke und der Hände, vornehmlich im Verlauf der distalen Beuge- und Strecksehnen. Hier zeigten sich auch leichte Schwellungen, jedoch keine Ausbildung von Ganglien. Eine rheumatologische Abklärung habe kein eigenständiges Krankheitsbild ergeben. Eine neurologische Abklärung habe den Verdacht auf ein CTS ergeben (S. 7 oben).

Es werde eine ergotherapeutische Behandlung empfohlen. Nach Einleitung der Therapie sollte in vier Wochen ein Arbeitsversuch mit einem Pensum von 50 % erfolgen mit einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf 75 % nach 14 Tagen und auf 100 %

nach weiteren 14 Tagen (S. 7 Mitte). Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit sollte vorerst noch nicht verrichtet werden (S. 8 Ziff. 9). Die bestehende Arbeitsunfähigkeit sei vorübergehender Natur (S. 8 Ziff. 10). Im Falle des Scheiterns der Reintegration am alten Arbeitsplatz sei die Beschwerdeführerin für körperlich leichte Tätigkeiten, bei denen sie die Hände nicht kraftvoll einsetzen müsse, uneingeschränkt einsetzbar (S. 8 Ziff. 12). 4.3

Dr. C. \_\_\_ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, nannte im Bericht vom 31. August 2015 (Urk. 7/26/6 - 8) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 f. Ziff. 1.1): - verminderte Belastbarkeit der Hände bei Rechtshändigkeit durch Schmerzen und Schwellung in den distalen Beuge- und Strecksehnen - schmerzhaft, aber gute Kraftentfaltung der Hände und der oberen Extremität - Verdacht auf CTS beidseits, März 2014, mit zusätzlich myofaszialen Beschwerden (Tendopathie) im Bereich der Handgelenke, August 2014 - Tendovaginitis im Handgelenksbereich bei chronischer Überlastungsreaktion - myofaszielles Schmerzsyndrom der Vorderarme beidseits - depressive Entwicklung mit Soziophobie und Rückzug - Erschöpfungszustände - finanzielle Probleme

Dr. C. \_\_\_ gab an, die Beschwerdeführerin sei im angestammten Beruf als Produktionsmitarbeiterin in der Verpackungsindustrie/Druckerei zurzeit zu 30 % arbeitsfähig (S. 2 Ziff. 1.6). Einschränkungen bestünden bezüglich der Verrichtung von Arbeiten mit der Hand und den Armen. Aus psychiatrischer Sicht stünden eine Depression, ein sozialer Rückzug sowie der Verlust des Selbstwertgefühles im Vordergrund. Aufgrund der belastungsabhängigen Schmerzen der Hände sei die angestammte Tätigkeit nicht zu 100 % zumutbar. Ein Arbeitspensum von 30-50 % beziehungsweise von drei bis fünf Stunden pro Tag sei allenfalls knapp möglich. Dabei seien Pausen zur Erholung der Armmuskulatur notwendig. Es bestehe eine Leistungsminderung von zirka 40 %. Zusätzlich sei die Depression zu berücksichtigen (S. 2 Ziff. 1.7). Trotz der empfohlenen medizinischen Massnahmen sei es zu keiner befriedigenden Besserung der Schmerzen und der

Arbeitsfähigkeit gekommen. Ob ein Arbeitsplatzwechsel zu einer Verbesserung der Schmerzsituation führen würde, sei ebenfalls unklar (S. 2 Ziff. 1.8). Eine Erhöhung der Arbeitsfähigkeit auf mehr als 50 % werde vermutlich nicht möglich sein, es sei denn die Beschwerdeführerin übe einen Beruf aus, in dem die Hände und Arme nicht so gefordert würden (S. 3 Ziff. 1.9). 4.4

Die Beschwerdeführerin ist seit dem 27. April 2015 bei Dr. D.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, in ambulanter psychiatrischer Behandlung (Urk. 7/29 S. 1 Ziff. 1.2).

Dr. D.\_\_\_\_ führte im Bericht vom 14. Oktober 2015 (Urk. 7/29) aus, die Zuweisung durch den Hausarzt sei erfolgt aufgrund einer zunehmenden depressiven Symptomatik mit einer ausgeprägten Schlafstörung, soziophobischen Angstzuständen bei einem Carpal tunnelreizsyndrom beidseits und myofaszialen Beschwerden im Bereich beider Handgelenke (S. 1 Ziff. 1.4). Der Psychiater nannte als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 Ziff. 1.1): - mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychiatrischen Faktoren (ICD-10 F45.41) bei Carpal tunnelreizsyndrom beidseits, zusätzlich myofasziale Beschwerden im Bereich beider Handgelenke

Aus psychiatrischer Sicht bestehe aufgrund der Antriebsstörung, der raschen Ermüdbarkeit, der verminderten Stresstoleranz sowie wegen chronischer Handschmerzen eine deutliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Die Zumutbarkeit der bisherigen Tätigkeit soll interdisziplinär abgeklärt werden (S. 3 Ziff. 1.7). 4.5

Dr. E.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD) der Beschwerdeführerin, führte in der Stellungnahme vom 4. Februar 2016 (Urk. 7/41 S. 4 f.) aus, im Bericht von Dr.

D.\_\_\_\_ fänden sich keine Befunde mit ausreichender Schwere, die gemäss ICD-10 für das Vorliegen einer mittelgradigen depressiven Episode sprechen würden. Es werde von einer leichten Verminderung des Antriebes gesprochen und es fänden sich Beeinträchtigungen bei den Freizeitaktivitäten und den Verrichtungen im Alltag. Insgesamt könne die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom nicht nachvollzogen werden (S. 5 oben).

Aus versicherungsmedizinischer Sicht seien der Beschwerdeführerin körperlich leichte (angepasste) Tätigkeiten mit Wechselbelastung und ohne erhöhte Anforderungen an die Kraft und die Haltefunktion der Hände zu 100 % zumutbar. Zu vermeiden seien zudem das Besteigen von Leitern und Gerüsten, das Heben und Tragen von Lasten und Arbeiten mit ungünstigen Hebelwirkungen am Handgelenk sowie Arbeiten mit repetitiver Beanspruchung der Hände und erhöhten Anforderungen an das feinmotorische Geschick der Hände. In einer angepassten Tätigkeit gemäss Belastungsprofil bestehe seit dem 18. Juni 2015 eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (S. 5 unten). 4.6

Die Beschwerdeführerin wurde am 21. April 2016 in der Universitätsklinik F.\_\_\_\_ an der linken Hand operiert (Carpaltunnelspaltung, vgl. den Operationsbericht vom 21. April 2016, Urk. 7/44/1-2).

Dr. G.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, Assistenzarzt Orthopädie, und Dr. H.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates und für Handchirurgie, Chefarzt, Universitätsklinik F.\_\_\_\_, attestierten im Bericht vom 3. August

2016 ( Urk. 7/50) für die Tätigkeit als Verpackerin

eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (S. 1). 4.7

Dr. C.\_\_\_\_

bezeichnete den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin im

Verlaufsbericht vom 18. September 2016 ( Urk. 7/52/1-6 ) als stationär bis sich  
verbessernd ( S. 1 Ziff. 1.1). Er gab an , für die Tätigkeit in der Verpackung bestehe eine  
Arbeitsunfähigkeit von 100 % . Ab November 2016 sei die bisherige Tätigkeit maximal für  
ein bis zwei Stunden pro Tag zumutbar ( S. 1 Ziff. 2.1). Es bestehe eine Reduktion der  
Leistungsfähigkeit von zirka 50-70 % (somatisch und psychisch, S. 2 Ziff. 2.2). Für eine  
die Arme schonende Tätigkeit und für überwiegend schonende Arbeiten mit den Händen  
und Armen bestehe eine Arbeitsfähigkeit von vier bis fünf Stunden pro Tag (50 % ). Nach  
der Operation sei ab November 2016 ein Arbeitsversuch mit einem Pensum von 50 %  
sinnvoll

( S. 3 Ziff. 4.2). 4.8

Dr. I.\_\_\_\_ , Assistenzarzt, Universitätsklinik F.\_\_\_\_ , nannte im Bericht vom 19. September  
2016 ( Urk. 7/53/6-8) als Diagnose (S. 1 oben ): - Status nach Karpaltunnelspaltung offen  
links vom 21. April 2016 mit/bei - Karpaltunnelsyndrom links - aktuell: Verdacht auf eine  
Kompression des Nervus

ulnaris

Dr. I.\_\_\_\_ gab an, in der letzten Untersuchung habe sich ein intaktes Integument gezeigt bei  
einer komplett reizlosen Narbe. Jedoch bestehe ein positives Tinel Zeichen über dem  
Karpaltunnel sowie über der Guyon'schen Loge. Der Phalen -Test sei positiv gewesen (S. 1  
Ziff. 1.4). Die Patientin sei im angestammten Beruf als Verpackerin weiterhin zu 100 %  
krankgeschrieben. Aufgrund der weiterhin bestehenden Schmerzen sei diese Tätigkeit nicht  
mehr möglich (S. 2 Ziff.

## **E. 17**

IVG hat die versicherte Person Anspruch auf Umschulung auf eine neue Erwerbstätigkeit,  
wenn die Umschulung infolge Invalidität notwendig ist und dadurch die Erwerbsfähigkeit  
voraussichtlich erhalten oder verbessert werden kann ( Abs. 1). Der Umschulung auf eine  
neue Erwerbstätigkeit ist die Wiedereinschulung in den bisherigen Beruf gleichgestellt ( Abs. 2). Als Umschulung gelten gemäss Art. 6 Abs. 1 IVV Ausbildungsmassnahmen, die  
Versicherte nach Abschluss einer erstmaligen beruflichen Ausbildung oder nach Aufnahme  
einer Erwerbstätigkeit ohne vorgängige berufliche Ausbildung wegen ihrer Invalidität zur  
Erhaltung oder Verbesserung der Erwerbsfähigkeit benötigen.

Nach der Rechtsprechung ist unter Umschulung grundsätzlich die Summe der  
Eingliederungsmassnahmen berufsbildender Art zu verstehen, die notwendig und geeignet  
sind, der vor Eintritt der Invalidität bereits erwerbstätig gewesenen versicherten Person eine  
ihrer früheren annähernd gleichwertige Erwerbsmöglichkeit zu vermitteln. Dabei bezieht  
sich der Begriff der «annähernden Gleichwertigkeit» nicht in erster Linie auf das  
Ausbildungsniveau als solches, sondern auf die nach erfolgter Eingliederung zu erwartende  
Verdienstmöglichkeit. In der Regel besteht nur ein Anspruch auf die dem jeweiligen  
Eingliederungszweck angemessenen, notwendigen Massnahmen, nicht aber auf die nach  
den gegebenen Umständen bestmöglichen Vorkehren. Denn das Gesetz will die Eingliederung

rung lediglich so weit sicherstellen, als diese im Einzelfall notwendig, aber auch genügend ist (BGE 130 V 488 E. 4.2 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C\_163/2008 vom 8. August 2008 E. 2.2). Schliesslich setzt der Anspruch auf Umschulung voraus, dass die versicherte Person wegen der Art und Schwere des Gesundheitsschadens im bisher ausgeübten und in den für sie ohne zusätzliche berufliche Ausbildung offen stehenden zumutbaren Erwerbstätigkeiten eine bleibende oder längere Zeit dauernde Erwerbseinbusse von etwa 20 % erleidet, wobei es sich um einen blossen Richtwert handelt (BGE 130 V 488 E. 4.2, 124 V 108 E. 2a und b mit Hinweisen auf u.a. AHI 1997 S. 80 E. 1b; ZAK 1984 S. 91 oben, 1966 S. 439 E. 3).

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