

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00152 vom 3. Februar 2021**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-02-03, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2020.00152](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00152)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00152 du 3 février 2021

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00152 del 3 febbraio 2021

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

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

### **E. 1.2**

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 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 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, 139 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).

#### **E. 1.4**

) erfüllt, weshalb darauf abgestellt werden kann. Gestützt darauf ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit weiterhin voll arbeitsfähig und ein Rentenanspruch dementsprechend zu verneinen ist. Unter diesen Umständen kann auf ein strukturiertes Beweisverfahren verzichtet werden. 6 .

Am Ergebnis würde sich auch nichts ändern, wenn gestützt auf die Beurteilung des RAD angenommen würde, die Beschwerdeführerin sei in ihrer bisherigen Tätigkeit nicht mehr arbeitsfähig , in einer Verweistätigkeit jedoch zu 100 % (Urk. 7/33/9) und wenn sie – wie sie vorbringt (Urk. 1 S. 18 f.) – als vollerwerbs tätig zu qualifizieren wäre . Das Wartejahr war Ende April 2016 abgelaufen bei einer mindestens 40%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit seit dem 22. April 2015 (Urk. 7/21/3, Urk. 7/4/2) und der Anmeldung bei der Beschwerdegegnerin am 29. Oktober 2015 (Urk. 7/5/8). Gestützt auf den Arbeitgeberfragebogen ergibt sich diesfalls ein Valideneinkommen für das Jahr 2016 von Fr. 61'720.20 in einem 100 %-Pensum (Fr. 43'088.-- / 71.42 x 100 / 2648 [Nominallohnentwicklung 2013] x 2709 [Nominallohnentwicklung 2016, vgl. Bundesamt für Statistik, Tabelle T 39, Frauen]).

Betreffend das Invalideneinkommen ist auf die vom Bundesamt für Statistik herausgegebene Schweizerische Lohnstrukturerhebung (LSE) 2016 abzustellen ( TA1, monatlicher Bruttolohn

[Zentralwert] nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor, Total, Kompetenzniveau 1). Für das Jahr 2016 ergibt sich für Frauen ein Invalideneinkommen von Fr. 54'581.15 (Fr. 4'363.-- / 40 x 41.7 [ vgl. Bundesamt für Statistik, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen) ] x 12 ). Daraus ergibt sich eine invaliditätsbedingte Einkommenseinbusse von Fr. 7'138.85 (= Fr. 61'720.20 ./ Fr. 54'581.15)

und damit ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von 12 %.

Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 7 .

Die Gerichtskosten, die nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert zu bemessen

sind (Art. 69 Abs. 1 bis

IVG), sind auf Fr. 8 00. -- anzusetzen und ausgangsgemäss der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 8 00 .-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Noëlle Cerletti - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für

Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

## **E. 5**

Dr. med. G.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie,

behandelte die Beschwerdeführerin vom 16. März 2016 bis 2. Oktober 2017 und erneut seit dem 13. Juni 2018 (Urk. 7/72/2). Mit Bericht vom 13. November 2018 nannte sie als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidiierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), sowie den Verdacht auf eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41). Demgegenüber begründete die Panikstörung (ICD-10 F41.0) keine Arbeitsunfähigkeit (Urk. 7/72/4).

Weiter führte sie aus, theoretisch und isoliert betrachtet führe die depressive Erkrankung zu intermittierenden (in Abhängigkeit der jeweiligen Episode), jedoch nicht zu dauerhaften Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit. Die bestehende Schmerzproblematik dagegen schränke die Arbeitsfähigkeit relevant und konstant ein. Aktuell sei aufgrund der mittelgradigen depressiven Episode von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen (Urk. 7/72/4). Die Beschwerdeführerin verfüge über zahlreiche Ressourcen wie Sprachkenntnisse, einen strukturierten Tagesablauf (ohne äussere Struktur), angemessene körperliche Aktivität (schwimmen, spazieren) und ein unterstützendes familiäres Umfeld (Urk. 7/72/5; vgl. auch Urk. 7/72/14). Um den funktionellen Schweregrad der Beeinträchtigung zu quantifizieren, sei eine polydisziplinäre Beurteilung sinnvoll und notwendig (Urk. 7/72/6). 4.

## **E. 5.3**

Die Beschwerdeführerin macht weiter geltend, der rheumatologische Gutachter habe sich nicht mit den Vorakten auseinandergesetzt (Urk. 1 S. 11). Aus dem Gutachten geht jedoch hervor, dass sich die Gutachter anlässlich des interdisziplinären Konsenses mit den für die Frage, ob vorliegend fassbare klinische Befunde oder strukturell bildgebende Pathologien vorliegen, relevanten Akten auseinandergesetzt haben (Urk. 7/95/7 ff.). Es trifft zwar zu, dass die von der Beschwerdeführerin erwähnten Berichte von Dr. J.\_\_\_\_ vom 12. November 2015, von Dr. B.\_\_\_\_ vom 12. März 2016 sowie die Berichte des Spitals C.\_\_\_\_ vom 12. Juli 2017 und 20. Juni 2018 keine ausdrückliche Erwähnung im rheumatologischen Teilgutachten fanden. Allerdings setzten sich die Z.\_\_\_\_-Sachverständigen mit dem Gutachten

von Dr. B. \_\_\_ vom 13. Januar 2017 – welches an das Gutachten vom 12. März 2016 anknüpft (Urk. 7/ 21, Urk. 7/27) – auseinander. Sie erwähnten insbesondere, dass darauf nicht abgestellt werden könne, weil dieser beispielsweise die spontane Mobilität der Beschwerdeführerin nicht berücksichtigt habe (Urk. 7/95/8). Mit Bezug auf die Berichte des Spitals C. \_\_\_ ist festzuhalten, dass Dr. F. \_\_\_ keine Ursachen für die geschilderten multilokulären Beschwerden zu bezeichnen vermochte (Urk. 7/ 65/1). Vor diesem Hintergrund ist

– wie bereits erwähnt – nachvollziehbar, dass die Gutachter bei der Beschwerdeführerin keinen Anhalt für eine rheumatologische Erkrankung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ausmachten (Urk. 7/95/119) .

Nach dem Gesagten erweisen sich die Einwendungen der Beschwerdeführerin gegen das rheumatologische Teilgutachten als nicht stichhaltig. 5 . 4

Der psychiatrische Z. \_\_\_ - Gutachter stellte die Diagnose n einer Anpassungs störung mit leichter, längerer depressiv ängstlicher Reaktion (ICD-10 F43.21) sowie einer Panikstörung (ICD-10 F41.0), welche die Arbeitsfähigkeit nicht einschränken (Urk. 7/95/156). Die Beschwerdeführerin bringt dagegen insbesondere vor, er habe sich nicht mit ihrer Schmerzproblematik auseinandergesetzt . Es sei an verschiedenen Stellen eine Schmerzverarbeitungsstörung festgehalten worden (Urk. 1 S. 14).

In diesem Zusammenhang ist zunächst

darauf hinzuweisen, dass nicht die diagnostische Einordnung eines Gesundheitsschadens entscheidend ist, sondern die zugrundeliegenden psychiatrischen Befunde (vgl. BGE 130 V 352 E. 2.2.3 mit Hin weisen; Urteil des Bundesgerichts 8C\_782/2012 vom 22. Oktober 2013 E. 4.3.3).

Die psychiatrische Exploration kann

sodann

von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen und dem begutachtenden Psychiater bleibt praktisch immer ein gewisser Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege

artig

vorgegangen ist (Urteil des Bundesgerichts 8C\_629/2017 vom 28. November 2017 E. 4.3 mit Hinweis auf das Urteil des Bundesgerichts urteil 8C\_839/2013 vom 13. März 2014 E. 4.2.2.1).

Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin befasste sich der psychiatrische Gutachter sehr wohl mit ihrer Schmerzproblematik. So bemerkte er beispielsweise, es bestehe eine leichte Grübelneigung sowie ein auf die körperlichen Beschwerden eingegängtes Denken (Urk. 7/95/155). Ferner ordnete er die Anpassungsstörung im Rahmen der körperlichen Grunderkrankung ein (Urk. 7/95/157). Angesichts der anlässlich der rheumatologischen Begutachtung festgestellten Inkonsistenzen so wie des im Übrigen weitgehend unauffälligen psychiatrischen Befundes leuchtet

darüber hinaus ein , dass der begutachtende Psychiater die Diagnose einer psychogenen Schmerzstörung verneinte und der Anpassungsstörung sowie der Panik störung keine

leistungsmindernde Wirkung beimass (Urk. 7/95/158). Dr. F.\_\_\_\_ erwähnte in ihrem Bericht vom 22. November

2017 zwar eine sekundäre Schmerz ausweitung und eine Schmerzverarbeitungsstörung (Urk. 7/47/1), wobei es sich hierbei aber nicht um eine fachärztlich gestellte Diagnose handelt. So weit Dr. med. K.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, der die Beschwerdeführerin im Rahmen der interdisziplinären Schmerzprechstunde am Spital C.\_\_\_\_ untersucht hatte (Urk. 7/72/9), in seinem Bericht vom 8. September 2016 auf eine Schmerzverarbeitungsstörung hinwies (Urk. 7/72/16), kann darauf ebenfalls nicht abgestellt werden, zumal die neu behandelnde Dr.

G.\_\_\_\_

in ihrem aktuelleren Bericht vom 13. November 2018 eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren lediglich im Sinne einer Verdachtsdiagnose festhielt (Urk. 7/72/4).

Wie bereits erwähnt, ist ohnehin in erster Linie nicht die Diagnostik, sondern die Auswirkung des Gesundheitsschadens auf das Leistungsvermögen relevant. Die behandelnde Dr. G.\_\_\_\_ attestierte der Beschwerdeführerin zwar eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit, bemerkte jedoch gleichzeitig, dass die depressive Erkrankung isoliert betrachtet nicht zu einer dauerhaften Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führe. An anderer Stelle befand sie in Abweichung dazu, es sei eine polydisziplinäre Begutachtung durchzuführen, um den funktionellen Schweregrad der Beeinträchtigung zu quantifizieren (Urk. 7/72/4 und 6). Damit entbehrt ihr Bericht einer klaren und zuverlässigen Einschätzung zur Arbeitsfähigkeit, weshalb er die gutachterlichen Schlussfolgerungen nicht umzustossen vermag.

Dr. F.\_\_\_\_ schätzte die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin mit 40 % in einer adaptierten Tätigkeit ebenfalls als eingeschränkt ein, sprach sich dann aber dafür aus, dass die maximale Arbeitsfähigkeit nochmals abzuklären sei (Urk. 7/47/2), womit auch ihrem Bericht letztlich keine gesicherten Aussagen zur Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu entnehmen sind. Dr. A.\_\_\_\_

wollte sich in seiner Stellungnahme ebenfalls nicht zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin äussern (Urk. 13 S. 6).

Zusammenfassend vermögen die Berichte der Behandler damit das interdisziplinäre Gutachten nicht zu entkräften. Dies gilt umso mehr, als die Quantifizierung schmerzbedingter Funktionsbeeinträchtigungen praxisgemäss kaum einer eigenständigen Beurteilung zugänglich sind, sondern vorzugsweise im Rahmen einer fachübergreifenden Einschätzung erfolgt. 5 . 5

Aus dem Gesagten ergibt sich, dass das polydisziplinäre Gutachten der Z.\_\_\_\_ die Anforderungen an eine beweiskräftige ärztliche Expertise (vgl. E.

## **E. 6**

. 3 Aus psychiatrischer Sicht hielt Dr. med. I.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, fest, im aktuellen psychiatrischen Untersuchungsbefund präsentiere sich eine freundliche und offene, mitteilungsbereite und kooperative Beschwerdeführerin, die ohne Zeichen mnestischer oder konzentrativer Defizite über ihren Werdegang und ihre Beschwerden berichte (Urk. 7/95/159). Es bestehe ein leichtes, depressives Syndrom im

Sinne einer Anpassungsstörung im Kontext der körperlichen Grunderkrankung, der weiterbestehenden Sorgen hin sichtlich eines möglichen Wiederauflebens der Krebserkrankung und der Sorgen um den herzkranken Ehemann. Die klinischen Kriterien einer depressiven Episode beziehungsweise einer rezidivierenden depressiven Störung seien aus heutiger Sicht nicht erfüllt (Urk. 7/95/160). Im Vergleich zu dem zuletzt von der behandelnden Therapeutin kommunizierten Befundbericht vom November 201

## E. 8

(vgl. vorstehend E. 4.5 ) sei heute eine deutliche Besserung festzustellen, also von einer durchaus erfolgreichen Behandlung auszugehen. Die aktenkundig gestellte Diagnose einer psychogenen Schmerzstörung sei nicht ICD-konform zu bestätigen, da derartige Störungen (F45.4 Diagnosen) bei Bestehen/Diagnose einer affektiven Erkrankung (hier seinerzeit einer depressiven Episode, jetzt Anpassungsstörung) nicht zu stellen seien. Die psychogene Schmerzstörung gehe mithin in der depressiven Diagnose auf (Urk. 7/95/160) . Aus psychiatrischer Sicht sei eine namhafte Minderung der Arbeitsfähigkeit somit nicht zu attestieren, da eine leichtgradige depressive Störung keine namhafte Limitation impliziere und zudem weiter besserbar sei. Sinngemäß treffe dies auch auf die Panikstörung zu. Das Labor weise zudem auf nicht suffiziente Pharmakaspiegel hin, was zumindest auf nicht ausgeschöpfte Therapieoptionen hinweise. Die Beschwerdeführerin könne ihre zuletzt ausgeübte Tätigkeit zu 100 % verrichten (Urk. 7/95/161). 4 . 6 . 4

Im interdisziplinären Konsens hielten die Gutachter fest, die objektiven Befunde hätten vorrangig eine leichte depressive Störung sowie eine Haltungsinsuffizienz im Rahmen der Adipositas gezeigt. Im Rahmen der klinischen Untersuchung hätten sich erhebliche Inkonsistenzen ergeben. Die Konsistenzprüfung habe eine Diskrepanz zwischen der reklamierten Bewegungseinschränkung und der nicht konsistent eingeschränkten spontanen Mobilität sowie eine Diskrepanz zwischen der reklamierten Bewegungseinschränkung (vor allem des rechten Armes) und des fehlenden objektiven Befundkorrelates (keine namhafte Inaktivitäts hypotrophie) ergeben (Urk. 7/95/6). Es bestehe kein ausreichender Anhalt für eine die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit oder einer vergleichbaren Tätigkeit mindernde Gesundheitsstörung (Urk. 7/95/11). 4 . 7

Am 5. Juli 2019 wandte sich die Beschwerdegegnerin auf Veranlassung des RAD-Arztes (Urk. 7/114/4) mit Rückfragen an die Gutachter. Konkret wollte sie wissen, ob es möglich sei, dass bei der Beschwerdeführerin eine entzündliche Beteiligung der oberen Extremitäten vorgelegen habe und ob es zwischen 2017 und 2019 zu einer Besserung des Gesundheitszustandes gekommen sei (Urk. 7/96/1). Weiter erfragte sie, ob eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit als Reinigungsmitarbeiterin bei mehreren Operationen an beiden Händen medizinisch zumutbar sei (Urk. 7/96/2).

Die Gutachter der Z.\_\_\_\_ beantworteten die Fragen am 29. Juli 2019 dahin gehend, dass sich kein überwiegend wahrscheinlicher Anhalt für eine voran gehend stattgehabte und diabetisch verursachte Erkrankungsmanifestation an den oberen Extremitäten ergeben habe (Urk. 7/98/1). Im Fall der Beschwerdeführerin habe überdies kein Anhalt für eine in Bezug auf die angestammte oder eine angepasste Tätigkeit invalidisierende residuelle Schädigung auf dem Boden eines Karpaltunnelsyndroms bestanden (Urk. 7/96/2).

Der RAD-Arzt Dr. E.\_\_\_\_ wies in der Aktenbeurteilung vom 9. September 2019 darauf hin, die vom Ergebnis der RAD-Untersuchung abweichende Beurteilung im Z.\_\_\_\_ -Gutachten sei ausführlich diskutiert worden; dieses sei einleuchtend. Gleichwohl bestätigte er die nach

der RAD-Untersuchung (vgl. vorstehend E. 4.3) genannten Diagnosen und die dort festgehaltene vollständige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Reinigerin und die vollständige Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit (Urk. 7/114/6-7). 4.8

Am 13. November 2019 nahm Dr. G.\_\_\_\_ gegenüber der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin Stellung zum psychiatrischen Gutachten. Sie erachtete die diagnostische Einordnung der seit Jahren bestehenden Problematik durch den psychiatrischen Gutachter insofern als nicht nachvollziehbar, als die von ihm gestellte Diagnose einer Anpassungsstörung im Kontext der körperlichen Grunderkrankung gemäss ICD-

#### **E. 10**

Mit Stellungnahme vom 20. Januar 2020 erklärte RAD-Arzt Dr. E.\_\_\_\_, im Bericht von Dr. J.\_\_\_\_ vom 29. November 2019 werde die Beurteilung der RAD-Untersuchung vom 23. März 2017 bestätigt. Die 100%ige Arbeitsunfähigkeit in angestammter Tätigkeit werde geteilt. Die Laborwerte vom 7. November 2019 bewiesen die Einnahme von Venlafaxin. Amitriptylin und Pregabalin würden nicht eingenommen (Urk. 7/114/9). 4.

#### **E. 11**

Mit Bericht vom 23. Juni 2020 zuhanden der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin führte der seit 17.

Oktober

2019 schmerzmedizinisch behandelnde Dr. A.\_\_\_\_ folgende schmerzrelevanten Diagnosen an (Urk. 13 S. 1): - Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.8) - Chronische multilokuläre Schmerzproblematik im Schulter-Arm-Bereich rechts mehr als links mit hauptsächlich myofaszialer Komponente, jedoch auch sekundärer neurogener Schmerzverstärkung - Chronischer unbeeinflussbarer Schmerz - Anpassungsstörung mit depressiver Stimmungslage (ICD-10 F43.21) - Panikstörung (ICD-10 F41.0)

Unter Verweis auf Aspekte aus der schmerzmedizinischen Literatur erachtete er aufgrund der pathophysiologischen Vorgänge in der Schmerzchronifizierung das fehlende Eingehen auf die schmerzmedizinische Diagnose durch die Gutachter für nicht nachvollziehbar. Eine strukturelle Kausalität werde abgelehnt, auf der strukturellen Pathologie für eine Schmerzentstehung werde beharrt und die neurogenen Chronifizierungsfaktoren würden nicht berücksichtigt. Ein ungenügender Medikamentenspiegel sei nicht ein schlüssiges Indiz dafür, dass die Beschwerdeführerin keine starken Schmerzen habe (Urk. 13 S. 3).

Die beobachteten Inkonsistenzen bei der Untersuchung seien subjektiv. Eine Inaktivitätsathropie sei nur bei vollständiger Nichtgebrauch zu erwarten. Ein reduzierter Einsatz einer Extremität sei bei chronischen Schmerzen üblich. Die Beschwerdeführerin gebe seit Jahren die gleiche Symptomatik an, eine Aggravierung sei dementsprechend nicht anzunehmen (Urk. 13 S. 4).

Die schmerzmedizinische Diagnose werde im Gutachten nicht erwähnt, was erstaune, da dies doch das Hauptproblem der Beschwerdeführerin sei. Aufgrund der Schulbildung und der beruflichen Qualifikation sei eine Stelle mit leichter Belastung der oberen Extremitäten nicht zu finden. Dass die Beschwerdeführerin in dieser Richtung keine grossen Anstrengungen unternommen habe, sei verständlich (Urk. 13 S. 4).

Hinsichtlich des psychiatrischen Gutachtens führte Dr. A.\_\_\_\_ aus, bei der Beschwerdeführerin liege keine rein psychogene Ursache vor. Die Schmerzen hätten durchaus eine körperliche Ursache, so dass die Diagnose der chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren zu stellen sei (Urk. 13 S. 5).

Im Gutachten seien wesentliche Faktoren nicht beachtet worden, insbesondere die schmerzmedizinischen pathophysiologischen Grundlagen. Es sei ein strukturiertes Beweisverfahren durchzuführen. Zur Arbeitsfähigkeit wolle er – Dr. A.\_\_\_\_ – in diesem Rahmen nicht Stellung nehmen. Er verweise auf seinen Artikel «Chronische Schmerzen und Arbeitsfähigkeit in der Schweizerischen Ärztezeitung 2018» (Urk. 13 S. 6). 5 . 5 . 1

Nachfolgend ist zu prüfen, ob zur Beurteilung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin auf das Gutachten der Z.\_\_\_\_ abgestellt werden kann. 5 . 2

Die Beschwerdeführerin bringt Einwendungen gegen das rheumatologische Teilgutachten vor. Sie macht geltend, die Feststellung, es lägen keine fassbaren klinischen Befunde oder strukturell bildgebende Pathologien vor, widerspreche den Berichten der Behandler (Urk. 1 S. 11). Es trifft zu, dass laut Bericht von Dr.

B.\_\_\_\_

Dr. J.\_\_\_\_ am 12. November 2015 unter anderem eine chronisch rezidivierende Impingementsymptomatik sowie eine Epicondylopathie

humeri

ulnaris links als Ursache der Schulterschmerzen festhielt (Urk. 7/21/7). Auch der Internist Dr. B.\_\_\_\_

nannte in seinen Gutachten aus den Jahren 2016 und 2017 jeweils die Diagnosen einer Periarthropathie

humero scapularis beidseits bei Impingement und degenerativen Veränderungen der Rotatorenmanschettensehnen, eine Epicondylitis

humeri

ulnaris links sowie multiple Tendovaginitiden der Hände beidseits (Urk. 7/21/14, Urk. 7/27/13). Diese Diagnosen fanden Eingang weder ins Z.\_\_\_\_-Gutachten noch in den orthopädisch-chirurgischen RAD-Bericht, wo zur Hauptsache von Bewegungseinschränkungen der Schultern, Hände und Finger die Rede war, denen indes trotz der verschiedenen operativen Eingriffe kein eigentlich medizinisches Substrat zugeordnet wurde (Urk. 7/33/9). Nichts anderes ist dem Bericht von Dr. J.\_\_\_\_

vom

## **E. 12**

November 2015 zu entnehmen, worin er von einer gewissen «Fibromyalgie» sprach (Urk. 7/21/7-8), weshalb sein Hinweis am 29.

November 2019 auf somatische Pathologien

(Urk. 7/109) nicht zu überzeugen vermag.

Der rheumatologische Z.\_\_\_\_-Gutachter würdigte die Beschwerden der Beschwerdeführerin im Rahmen einer leichtgradigen Enthesiopathie der muskelführenden, stark

dynamisch belasteten Gewebestrukturen der Beckenregion linksseitig, bedingt durch die Adipositas (Urk. 7/95/120 f.). Er führte nachvollziehbar aus, dass es sich dabei um funktionelle, durch das Übergewicht begründbare und leicht gradig ausgeprägte Belastungszeichen der in der orthograden Rumpfausrichtung tätigen Muskelgruppe handelt und darüber hinaus keine Zeichen einer wesentlichen rheumatischen Erkrankung bestehen.

Gegen eine namhafte somatische Einschränkung sprechen ferner die anlässlich der Untersuchung gesehenen, deutlich beschwielten Hände und Fusssohlen der Beschwerdeführerin (Urk. 7/95/121). Zudem wies die Beschwerdeführerin anlässlich der Anamneseerhebung darauf hin, dass sie Beschwerden am linken Beckenkamm habe (Urk. 7/95/106). Dies steht jedoch im Widerspruch dazu, dass sie anschliessend die Sitzbelastung während 40 Minuten beschwerdefrei tolerierte (Urk. 7/95/110).

Das fehlende somatische Korrelat untermauerten die Gutachter mit den

rheumatologischen Untersuchungsbefunden. So war bei der Bewegungsprüfung von Hals und Rumpf unbeobachtet – wie beim Blick zur Dolmetscherin – ein erheblich höheres Mass möglich, als passiv erreicht wurde (Urk. 7/95/112). Ferner waren vier von fünf Waddell-Zeichen positiv. Die Beschwerdeführerin gab beispielsweise an, sie könne die rechte Hand nicht einsetzen, konnte im Widerspruch dazu aber anlässlich der Untersuchung fest zugreifen. Schliesslich konnte sie den rechten Arm im Rahmen der internistischen Begutachtung bis zu einer Höhe von 140 Grad ohne Angabe von Schmerzen

heben, obwohl sie dort im Rahmen der rheumatologischen Untersuchung Schmerzen angab (Urk. 7/95/114, Urk. 7/95/117). Auch als sie sich mit der rechten Hand sehr deutlich auf der Liege abstützte, äusserte sie keine Schmerzen

(Urk. 7/95/117). In der Konsensbeurteilung wiesen die Gutachter im Weiteren zu Recht darauf hin, dass die RAD-Ärzte die im Rahmen der Begutachtung beobachtete spontane Mobilität und die fehlende Inaktivitätshypotrophie ausser Acht gelassen hätten (Urk. 7/95/9).

Im Übrigen erkannten auch die Behandler des Spitals C. \_\_\_\_, dass die Aetiologie der multilokulären Beschwerden unklar sei (Urk. 7/65/1, Urk. 7/47/1). Schliesslich konnten in der durch die Gutachter veranlasste Duplex-Sonographie beider Schultern und Hände vom 1. März 2019 keine höhergradigen degenerativen Veränderungen sowie keine Hinweise auf entzündliche Veränderungen im Schulter-, im AC-Gelenk sowie in den Händen beidseits gefunden werden (Urk. 7/95/44). Vor diesem Hintergrund erweist sich auch die Feststellung des RAD, wonach bei der Beschwerdeführerin Tendovaginitiden an beiden Händen bestünden (Urk. 7/33/9), als nicht nachvollziehbar, weshalb darauf nicht abgestellt werden kann. Dr. J. \_\_\_\_ erklärte in seinem Schreiben vom 29. November 2019 zwar, es bestünden degenerative Veränderungen im Bereich der Lendenwirbelsäule, der Schultern und Hände. Gleichzeitig räumte er jedoch ein, dass aufgrund dieser Veränderungen nicht zwangsläufig auf die Beschwerden geschlossen werden könne und er nicht in der Lage sei, eine profunde, versicherungsmmedizinische Stellungnahme abzugeben (Urk. 7/109). Damit ist seine Einschätzung nicht geeignet, die Beweiskraft des Gutachtens zu mindern.

Des Weiteren kann die Beschwerdeführerin aus der Tatsache, dass sie in den Jahren 2015-2017 mehrfach operiert wurde (Urk. 1 S. 11 f.), nichts zu ihren Gunsten ableiten. Vielmehr spricht der Umstand, dass sie trotz zahlreicher operativer Eingriffe nach wie vor Beschwerden hat und auch die Steroidinfiltrationen sowie langandauernde Physio- und

Ergotherapie keine anhaltende Besserung brachten , gegen eine somatisch bedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ( Urk. 7/12/15, Urk. 7/95/106 f.).

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