

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00473 vom 6. Februar 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-02-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00473

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00473 du 6 février 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00473 del 6 febbraio 2021

Erwägungen

E. 1

4. September

2017 erhobene Beschwerde (Urk. 8/82/3-12) hiess das Sozialversicherungsgericht mit Urteil IV.2017.01004 vom 14. November

2018

in dem Sinne gut, als es die Sache zur weiteren Abklärung und zur Einholung eines interdisziplinären neurologisch-psychiatrischen Gutachtens an die IV-Stelle zurückwies (Urk. 8/95/1-22).

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetz es über den Allge meinen Teil des Sozialversicherungsrechts , ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kom menden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der ge sundheitlichen 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 Bundesgesetz es 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 ob jektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumut bar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.3

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 rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

E. 1.4

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

E. 1.5

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHV 2002 S. 70 E. 4b/cc).

E. 1.6

Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht haben den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Sie haben alle

Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere dürfen sie bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum sie auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellen (BGE 125 V 351 E. 3a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob er 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a).

E. 2

S.

1

f.).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin qualifizierte die Beschwerdeführerin in der angefochtenen Verfügung als zu 80 % Erwerbstätige und als zu 20 % im Haushalt Tätige. Sie ging gestützt auf die medizinischen Akten, insbesondere das interdisziplinäre Gutachten des G.____ vom 3. Juli 2019

(Urk. 8/121), davon aus, dass die Beschwerdeführerin in der bisherigen Tätigkeit als Reinigungsmitarbeiterin nicht mehr arbeitsfähig sei. In einer angepassten Tätigkeit, welche keinen übermässigen Krafteinsatz beider Hände verlange und keine Bewegungen der linken Schulter über Schulterhöhe fordere, bestehe seit jeher eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Bei fehlender Einschränkung sowohl im Erwerb als auch im Haushalt resultiere ein Invaliditätsgrad von 0 % und es bestehe damit kein Rentenanspruch (Urk.

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber im Wesentlichen auf den Standpunkt, dass auf das G.____ -Gutachten nicht abgestellt werden könne. Sie leide neben den somatischen Beschwerden an Nacken, Schulter, Arm, Händen und Rücken an einer seit Jahren bestehenden, therapieresistenten schweren depressiven Störung sowie an einer chronischen Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren. Dadurch sei sie in praktisch allen Bereichen der Funktionalität mittelschwer bis schwer beeinträchtigt und weder in angestammter noch in angepasster Tätigkeit arbeitsfähig, weshalb bei seit Juni 2015 bestehender Arbeitsunfähigkeit ab Juni 2016 eine ganze Invalidenrente auszurichten sei (Urk. 1 S.

9

ff.).

E. 3

Im Urteil IV.2017.01004 vom 14. November 2018 hiess das Sozialversicherungsgericht die Beschwerde vom 14. September

2017 in dem Sinne gut, als es die Sache zur weiteren Abklärung und zur

(Neu-) Begutachtung in neurologischer und psychiatrischer Sicht an die IV-Stelle zurückwies (Urk. 8/95/1-22). In den Erwägungen hielt das Gericht fest, dass die neurologische Gesundheitssituation und deren Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit im bidisziplinären Gutachten nicht berücksichtigt und damit ungenügend abgeklärt sei. Die Berichte der behandelnden neurologischen Fachärzte würden ebenfalls nicht hinreichend Auskunft über allfällige Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit der manuell tätigen gewesenen Versicherten aus neurologischen Gründen vor allem hinsichtlich der linken Arm- und Handfunktionen geben und im neuen Behandlungsbericht von Dr. J. ___ vom 9. November

2018 werde von einer Vielzahl von neuen Befunden gesprochen (S.

16 f.). Hinsichtlich der psychischen Gesundheitssituation stellte das Gericht weiter fest, dass sich das psychiatrische Gutachten und die Einschätzung der behandelnden Ärztin diametral gegenüber

stünden. Das Gutachten weise relevante Mängel bei der Diagnose und den Ermittlungen der subjektiven und objektiven Befunde auf und sei daher in der Darstellung der Zusammenhänge nicht überzeugend. Sodann sei es auch nicht in Nachachtung der neuen Rechtsprechung des Bundesgerichts (BGE 141 V 418, 143 V 418) erstellt worden. Das Gericht erachtete in Anbetracht dessen, dass die Versicherte in somatischer Hinsicht zusätzlich begutachtet werden müsse, auch eine neue psychiatrische Begutachtung als nötig, welche unter Berücksichtigung der somatischen Resultate der Frage nach der Diagnose und den funktionellen Auswirkungen auf die verschiedenen Lebensbereiche und den Erwerbsbereich im Sinne der Rechtsprechung nachzugehen habe (S. 17 ff.).

E. 3.1

Die Beschwerdegegnerin verneinte in der Verfügung vom 17. Juli 2017 den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Rente mit der Begründung, dass gestützt auf das bidisziplinäre psychiatrisch-orthopädische F. ___ -Gutachten vom 25. November

2016 der Ärzte Prof. Dr. med. H. ___ , Facharzt für Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie, und von Dr. med. I. ___ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie

(Urk. 8/46), die ergänzende gutachterliche Stellungnahme vom 15. Januar

2017 (Urk. 8/50) und die RAD-Stellungnahme vom 1. Februar

2017 (Urk. 8/52/8) aus psychiatrischer, orthopädischer und neurologischer Sicht kein Gesundheitsschaden bestehe, welcher die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen oder einer angepassten Tätigkeit einschränke (Urk. 8/71).

Im nachfolgend am 14. September

2017 erhobenen Beschwerdeverfahren (Urk. 8/82/3-12) reichte die Beschwerdeführerin den Bericht ihrer behandelnden Psychiaterin ein. Dr. B. ___ nannte im Verlaufsbericht vom 30. März 2017 (Urk. 8/63) als Diagnose eine mittelgradige bis schwere depressive Episode

(ICD 10 F32.1-2) mit episodischen Panikattacken. Dazu führte sie aus, die Beschwerdeführerin leide seit Sommer

2015 an einer chronisch verlaufenden Depression. Aufgrund der Chronifizierung der depressiven Episode nehme die Wahrscheinlichkeit ab, dass eine Behandlung zum vollständigen Abklingen des depressiven Syndroms führe. Der chronische Verlauf sei vor dem Hintergrund einer sehr ein fach strukturierten Persönlichkeit zu sehen, die nur sehr begrenzt fähig zur Selbstreflektion und zur Konfliktlösung sei und deshalb zum Externalisieren neige. Kognitiv verstehe sie auch in ihrer Muttersprache oft ein fach Zusammenhänge erst nach mehrfachen Erklärungen. Aufgrund der mittelgradigen bis schweren Depression sei sie aktuell mindestens zu 80 % arbeitsunfähig. Sie sei sowohl in der Anwendung fachlicher Kompetenzen wie auch in der Durchhaltefähigkeit stark eingeschränkt. Weiter sei sie in der Kontaktfähigkeit zu Dritten und in der Gruppenfähigkeit mittelgradig eingeschränkt. Damit sei ihre Leistungsfähigkeit sowohl in angestammter als auch angepasster Tätigkeit stark beeinträchtigt (S. 1 f.).

Dr. med.

J.____, Facharzt für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, berichtete am 9. November

2018 (Urk. 8/91) von einer Nachuntersuchung und vorgängiger MRI-Verlaufsuntersuchung und nannte folgende Diagnosen: - Halswirbelsäule: stationäre mehrsegmentale osteodiskogene degenerative Veränderungen mit geringen foraminalen Engen - Plexus brachialis: weitestgehend regrediente

perivaskuläre ödematöse und kontrastmittelaufnehmende Weichteilveränderungen der Arteria

axillaris links, kein Anhalt für residuelle Inflammation axillär links - Ellenbogen: ohne Auffälligkeiten - Unterarm links und Handgelenk: - mässige aktivierte Arthrose im distalen Radioulnargelenk - starke Synovitis des Handgelenks, leichte Arthrose radiokarpal - starke aktivierte Arthrose des skapho-trapezio-trapezoidalen (STT) - Gelenks - starke Rhizarthrose mit starker Synovitis - Verdacht auf zumindest deutliche Partialruptur der distalen Ruptur der flexor

carpi

radialis (FCR)-Sehne - verbleibende Schmerzen an der gesamten oberen Extremität sowie Hals/Nacken und Schulter - Ende der schmerztherapeutischen Behandlung am K.____ (Dr. L.____, Auflösung der Abteilung) seit Juni 2018 - MRI Halswirbelsäule, Schulter, Plexus, Oberarm, links am 30. und 31. Januar 2018 mit Plexus-Reizung links und entzündlicher Veränderung der Arteria

axillaris - Status nach neurologischer Verlaufskontrolle - Schulter/Arm-Schmerzen unklarer Ätiologie

Handchirurgisch seien die degenerativen und chronisch-entzündlichen Entzündungen klar belegt und würden für eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit der Patientin sprechen (S. 2).

E. 4

Dr. B.____ nahm im nach Verfügungserlass erstellten Bericht vom 7. Juli 2020 erneut zum Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin Stellung (Urk. 3) und blieb bei der Diagnose

einer therapieresistenten schweren Depression ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2 resp. F33.2) und einer chronischen Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren (ICD-10 F45.41). Sie erachtete unter ausführlicher Auflistung des psychopathologischen Befundes die Beschwerdeführerin in ihrer funktionellen Leistungsfähigkeit als mittelgradig bis schwer beeinträchtigt. Sie sei bei der Anpassung an Regeln und Routinen leicht beeinträchtigt, in der Planung und Strukturierung von Aufgaben und in der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit sei sie mittelgradig beeinträchtigt. In der Anwendung fachlicher Kompetenzen und der Durchhaltefähigkeit sei sie schwer beeinträchtigt. In der Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit sei sie mittelgradig beeinträchtigt. In der Selbstbehauptungsfähigkeit, der Kontaktfähigkeit zu Dritten, der Gruppenfähigkeit und in Spontan-Aktivitäten sei sie mittelgradig bis schwer beeinträchtigt. In der Selbstpflege sei sie nicht beeinträchtigt. In der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel sei sie mittelgradig bis stark beeinträchtigt. Diese Beeinträchtigungen bestünden in ihrer Tätigkeit als Reinigungsmitarbeiterin sowie in einer optimal angepassten Tätigkeit und in der Haushaltsführung.

E. 4.1

2

In der orthopädischen Expertise führte Dr. N. ___ aus (Urk. 8/121/27-38), anlässlich der Untersuchung lägen keine Bilddokumente des Bewegungsapparates vor. In Anbetracht der aktenmässig festgehaltenen radiologischen Veränderungen und des aktuellen klinischen Untersuchungsbefundes ergebe sich aber keine konkrete Fragestellung von versicherungsmedizinischer Relevanz, die durch neue Röntgenbilder beantwortet werden könnte. Entsprechend werde auf deren Anfertigung zum Schutz der Versicherten vor unnötiger Strahlenbelastung verzichtet (S. 31

f.). Zusammenfassend hielt er fest, dass sich pathologische Befunde vor allem an der rechten Hand in Form von gewissen degenerativen Veränderungen, akzentuiert im Daumengrundgelenk, ergeben würden. Links sei anamnestisch an ein leichtes subakromiales

Impingement der Schulter zu denken, wohingegen weiter distal die angegebenen Beschwerden auf orthopädischer Ebene nicht eindeutig zuzuordnen seien. Diesbezüglich seien im Wesentlichen die Angaben des neurologischen Gutachters massgebend. Betreffend die aufgrund der anamnestischen Angaben ohne namhafte Zweifel vorliegenden nichtorganischen Beschwerdeanteile sei zu dem auf das psychiatrische Teilgutachten verwiesen (S. 34 Mitte).

Während der orthopädischen Anamneseerhebung habe die Explorandin zwar ziemlich ausführlich ihre Beschwerden am Bewegungsapparat und dabei namentlich am linken Arm geschildert, den sie spontan allerdings immer wieder auch unauffällig eingesetzt habe. Dies beginne bereits beim Hochgehen der Treppe mit der linken Hand am Handlauf, nachdem rechts einige mitgebrachte Taschen getragen worden seien. Auch beim An- und Auskleiden werde die linke Hand durch aus regelmässig eingesetzt und in mehreren Situationen bewegt, wie sie aufgrund der anamnestischen Einschränkungen nicht möglich schien. Es müsse somit bei wahrscheinlich residuellem organischem Kern von einer deutlichen Symptomausweitung und Selbstlimitation ausgegangen werden im Sinne einer nichtorganischen Schmerzkomponente (S. 34 unten).

Zu den Akten und früheren Untersuchungen hielt Dr. N. ___ fest, d er letzte vor liegende Bericht mit einer Stellungnahme bezüglich der Situation am Bewegungs apparat datier e vom 8. (richtig: 9.) November 2018, als sich Dr. J. ___ zur Situa tion der Explorandin geäussert habe . Er habe dabei verschiedene Veränderungen auf gelistet , die als Ursache für die von der Explorandin angegebenen linksseitigen Nacken-Schulter-Armschmerzen in Frage kommen könnten, ohne aber höhergra dige pathologische Befunde zu benennen. Einzig an der linken Hand beschrieb er mehrere arthrotisch veränderte Gelenke, welche aber die von der Explorandin gemäss ihren heutigen Angaben diffusen Beschwerden am ganzen linken Arm ebenfalls nur sehr unzureichend erklären könn t en. Zusammenfassend habe

Dr. J. ___ geschrieben , «handchirurgisch sind die degenerativen und chronisch entzündlichen Entzündungen klar belegt und sprechen für eine dauerhafte Ar beitsunfähigkeit der Patientin». Dies sei in Bezug auf die angestammte Tätigkeit im Reinigungsdienst durchaus nachvollziehbar , doch habe

Dr. J. ___ keine An gaben zu den noch in Frage kommenden alternativen Tätigkeiten im Sinne eines positiven Belastungsprofils gemacht . Auffallend sei auch der Umstand, dass Dr. J. ___ weitere therapeutische Vorschläge gemacht habe , welche die Explo randin jedoch nicht habe wahrnehmen wollen. Auch scheine es Dr. J. ___ ent gangen zu sein, dass die Explorandin n ur selten auf das ihr zur Verfügung stehende S chmerzmittel Aul in zurückgreife , was aufgrund allgemeiner mediz ini scher Erfahrung eher gegen ein wesentliches subjektives Beschwerdeerleben spre che (S. 35 oben). Anlässlich der heutigen orthopädischen Untersuchung würden sich objektivierbare Einschränkungen beider Arme, vornehmlich im Bereich der Hände und links allenfalls noch an der Schulter ergeben. Entsprechend müsse von einer etwas verminderten Einsatzfähigkeit ausgegangen werden, was manu ell anspruchsvolle Tätigkeiten ausschliesse (S. 35 Mitte).

An die objektivierbaren Einschränkungen der Explorandin auf orthopädischer Ebene angepasst seien Tätigkeiten, die ohne übermässigen Krafteinsatz der Hände durchgeführt und wo Bewegungen der linken Schulter oberhalb der Horizontalen und hinter der Körperebene vermieden werden. Für derartige Tätigkeiten bestehe aus orthopädischer Sicht eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Ar beitsfähigkeit. Retrospektiv sei aus orthopädischer Sicht davon auszugehen, dass sich eine Arbeitsunfähigkeit für adaptierte Tätigkeiten lediglich durch die opera tiven Eingriffe von Dezember 2015 und Februar 2016 habe begründen lassen und spätestens ab Juli 2016 wieder eine zeitlich und leistungsmässig uneinge schränkte Arbeitsfähigkeit bestanden habe (S. 37 unten).

E. 4.1.1

Im daraufhin eingeholten polydisziplinäre n Gutachten des G. ___

vom 3. Juli

2019 (Urk. 8/121) stellten Dr. med. M. ___ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Dr. med. N. ___ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates , Dr. med. O. ___ , Facharzt für Neurologie, sowie Dr. med. P. ___ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, folgende Diagno sen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 9 oben): - chronischer Nacken-Schulter-Armschmerz links (ICD-10 M79.60) - anamnestischer Verdacht auf leichtgradiges subakromiales

Impingement, aktuell ohne diesbezüglich eindeutige klinische Untersuchungsbefunde (M75.4) - Status nach offener Dekompression und Vorverlagerung des Nervus

ulnaris sowie endoskopischer Karpaltunneldekompression am 4. Dezember 2015 (Z98.8) - aktuell auf orthopädischer Ebene keine eindeutig pathologischen klinischen Befunde bei erschwerter Untersuchbarkeit wegen Symptomausweitung und Selbstlimitation - schmerzhafte degenerative Veränderungen im Daumengrundgelenk rechts (ICD-10 M19.04).

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie (S. 9 Mitte): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0) - Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54) - metabolisches Syndrom - chronischer Nikotinabusus (ICD-10 F17.2) - beidseits operiertes Karpaltunnelsyndrom (ICD-10 G56.0) - operiertes Sulcus

ulnaris-Syndrom links mit persistierendem leichten Defizit (ICD-10 G56.2) - Status nach wahrscheinlich Pseudoexostosen-Resektion bei Hallux

valgus rechts (ICD-10 Z98.8/M20.1) - Hallux

valgus links (ICD-10 M20.1).

In der interdisziplinären Beurteilung hielten die Gutachter fest, aus orthopädischer Sicht würden die chronischen Nacken-Schulter-Armschmerzen links und die schmerzhaften degenerativen Veränderungen im Daumengrundgelenk rechts die Arbeitsfähigkeit beeinflussen. In der angestammten Tätigkeit im Reinigungsdienst und in anderen manuell zumindest intermittierend anspruchsvollen Tätigkeiten bestehe aus orthopädischer Sicht eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit. Für adaptierte Tätigkeiten, ohne übermäßigen Krafteinsatz der Hände und ohne Bewegungen der linken Schulter oberhalb der Horizontalen und hinter der Körperebene bestehe hingegen aus orthopädischer Sicht eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Weder aus neurologischer noch aus allgemein internistischer Sicht könne eine weitere somatische Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden (S. 9 unten). Auch die psychiatrischen Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode und einer Schmerzverarbeitungsstörung würden die Arbeitsfähigkeit aus gutachterlicher Sicht nicht relevant einschränken.

Insgesamt könne somit aus polydisziplinärer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit und in jeder anderen manuell zumindest intermittierend anspruchsvollen Tätigkeit festgestellt werden. In adaptierten Verweistätigkeiten bestehe hingegen eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit (S. 10 oben). Ausser während der postoperativen Rekonvaleszenzen von einigen Wochen könne retrospektiv keine länger andauernde, höhergradige Arbeitsunfähigkeit im Sinne einer invalidisierenden Erkrankung zugeordnet werden (S. 11 oben).

E. 4.3

Dr. J. ___ berichtete am 2. Oktober 2019 (Urk. 8/130) von einer weiteren Nachuntersuchung und führte aus, die Beschwerdeführerin leide aus handchirurgischer Sicht (auf der Basis der Anamnese, der apparativen Diagnostik und der klinischen Untersuchung) unzweifelhaft an einer chronischen Sehnscheidenentzündung (persistierende Synovialitis) an der linken Hand, die anamnestisch auch bei leichter Belastung wieder aufflamme. Die anderen Diagnosen, die in der MRI-Verlaufsuntersuchung im

Oktober/November 2018 aufgezeigt worden seien, bestünden klinisch weiter. Auf eine erneute Bildgebung könne aus seiner Sicht auf der Basis des unveränderten klinischen Bildes aktuell verzichtet werden. Die aktuelle Arbeitsunfähigkeit liege aus handchirurgischer Sicht immer noch bei 100 % und werde wohl

so auch für die Zukunft verbleiben. Eine optimale Anpassung einer Arbeitstätigkeit im Reinigungsgewerbe

erscheine

ihm somit rein hypothetisch. Die chronischen Schmerzen, die Arthrosen, der Griffkraftverlust und die persistierenden Entzündungen liessen eine Arbeitstätigkeit in ihrem angestammten Beruf als Reinigungskraft nach seiner Beurteilung überhaupt nicht zu (S. 2).

E. 5

3

Zusammenfassend ergibt sich, dass sowohl aus psychiatrischer als auch aus somatischer Sicht zusätzliche Sachverhaltsabklärungen erforderlich sind. Zur Vornahme der noch erforderlichen zumindest bidisziplinären

Abklärungen ist die Sache somit erneut an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Zum einen ist eine psychiatrische Begutachtung notwendig, in somatischer Hinsicht ist ärztlicherseits zu entscheiden, ob angesichts der zur Diskussion stehenden entzündlich-rheumatischen Erkrankungen eine rheumatologische und/oder orthopädische Begutachtung nötig ist bzw. sind.

Im Sinne der Erwägungen ist die angefochtene Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 8. Juni 2020

in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben.

E. 5.1

Die Beschwerdeführerin klagte im Rahmen der Begutachtung in den somatischen Disziplinen vorwiegend über Beschwerden im

linken Handgelenk und Ellbogen, welche sich auf den ganzen linken Arm ausgebreitet hätten und ein Ameisenlaufen an Ring- und Kleinfingern sowie über Beschwerden am linken Bein. Sie klagte sodann über Beschwerden auf der rechten Körperseite, jedoch weniger ausgeprägt, und über starke Kopfschmerzen (Urk. 8/121/28, Urk. 8/121/40).

Die orthopädische Beurteilung beruht im Wesentlichen auf einer klinischen Untersuchung (Urk. 8/121/29-31), wobei Dr. N.____

keine eindeutigen pathologischen klinischen Befunde feststellte und auf eine erschwerte Untersuchbarkeit verwies, welche er auf Symptomausweitung und Selbstlimitation zurückführte (Urk. 8/121/32-33). Bezüglich des linken Armes stellte er keine wesentlichen Auffälligkeiten fest und ordnete die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden am ehesten dem neurologischen Bereich zu. Auf der rechten Seite verwies er anamnestisch auf gewisse degenerative Veränderungen, welche er vor allem am Daumengrundgelenk objektiviert mit einer Verdickung und einer eingeschränkten Flexion als Zeichen einer wahrscheinlich bestehenden Arthrose. Keine klinischen Auffälligkeiten zeigten das Daumensattelgelenk, und klinisch relevante degenerative Veränderungen im Handgelenk

oder im distalen Radioulnargelenk seien nicht erkennbar. Zusammenfassend führte der orthopädische Gutachter aus, dass sich pathologische Befunde vor allem an der rechten Hand in Form von gewissen degenerativen Veränderungen akzentuiert im Daumengrundgelenk ergäben hätten. Hinsichtlich der linken Schulter erachtete er ein leichtes subakromiales

Impingement der Schulter als denkbar, wohingegen er die weiter distal angegebenen Beschwerden auf orthopädischer Ebene nicht richtig zuordnen konnte und auf das neurologische Gutachten verwies (Urk. 8/121/34).

Der orthopädische Gutachter ging in seiner orthopädischen Gesamtbeurteilung gestützt die objektivierbaren Einschränkungen der Arme, vornehmlich der Hände und links allenfalls noch der Schulter einzig von einer etwas verminderten Einsetzungsfähigkeit aus, nicht jedoch in zeitlicher Hinsicht (Urk. 8/121/35).

Inwiefern die im Bericht von Dr. J.____ vom 9. November 2018 bildgebend nachgewiesenen Befunde des linken Unterarms und linken Handgelenks - mässige aktivierte Arthrose im distalen Radioulnargelenk, starke Synovitis des Handgelenks, starke aktivierte Arthrose des STT-Gelenks, starke Rhizarthrose mit starker Synovitis, Verdacht auf Partialruptur/distale Ruptur der FCR-Sehne (Urk. 8/91) - in der orthopädischen Beurteilung durch Dr. N.____

berücksichtigt wurden, geht aus dem Teilgutachten nicht hervor. Dr. N.____ würdigte und diskutierte die radiologischen Befunde weder bei der Herleitung der Diagnosen noch setzte er sich sonst inhaltlich detailliert und nachvollziehbar mit ihnen auseinander. Weshalb er die entsprechenden radiologischen Befunde, welche er indes nicht in Abrede stellte, bei den Diagnosen nicht zumindest aufführte und lediglich einen chronischen Nacken-Schulter-Armschmerz links,

ohne eindeutig pathologische Befunde diagnostizierte, ist nicht nachvollziehbar. In der Folge fanden die zuvor festgestellten radiologischen Befunde deshalb auch in der polydisziplinären Gesamtbeurteilung keinen Eingang. Dr. N.____ sprach in seiner Gesamtbeurteilung selbst von objektivierbaren Einschränkungen, ohne diese letztlich explizit zu benennen und ohne zu werten, inwiefern sich diese auf die Arbeitsfähigkeit auswirken (Urk. 8/121/35). Eine Auseinandersetzung mit dem Bericht von Dr. J.____ erfolgte einzig dahingehend, dass hinsichtlich der darin aufgelisteten verschiedenen Veränderungen, welche als Ursache für die von der Beschwerdeführerin angegebenen linksseitigen Nacken-Schulter-Armschmerzen in Frage kommen könnten, keine

höhergradige pathologische Befunde genannt worden seien und dass die an der linken Hand mehrfach beschriebenen arthrotisch veränderten Gelenke die von der Beschwerdeführerin beschriebenen diffusen Beschwerden am ganzen linken Arm nur unzureichend erklären könnten (vgl. Urk. 8/121/35).

Dem Röntgenbild kommt nicht nur in der Orthopädie zur Kontrolle des klinisch erhobenen Befundes und zu Vergleichs- und Verlaufskontrollzwecken besondere Bedeutung zu, sondern ist auch bei der Diagnose rheumatischer Erkrankungen, wie sie vorliegend zur Diskussion stehen, elementar (vgl. Alfred M. Debrunner, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Auflage 2002, S. 183 ff. und S. 203

ff., Hans-Jürgen Hettenkofer, Rheumatologie, Diagnostik - Klinik - Therapie, 5. Auflage 2003, S. 24 f.). Wenn Dr. N.____ auf die Durchführung einer bildgebenden Untersuchung

verzichtet, dann hätte er sich zumindest mit den aktenkundigen radiologischen Befunden durch Einholung der vorhandenen Bilddokumente de tailliert auseinandersetzen müssen, um diese zusammen mit den von ihm in der klinischen Untersuchung festgestellten Befunden zu würdigen und anzugeben, weshalb ihnen im Zusammenhang mit den im linken Handgelenk und Ellbogen geklagten Schmerzen bei der praktischen Leistungsfähigkeit respektive der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit keine Bedeutung zuzumessen ist. Eine hinreichende Auseinandersetzung mit diesen bildgebenden Befunden verlangte das Gericht bereits in seinem Rückweisungsurteil an die Verwaltung. Zum klinischen Bild und den bildgebenden Befunden hätte Dr. N.____ zur Beurteilung der beschriebenen

arthrotischen Veränderungen auch die Ergebnisse der Laboruntersuchungen heranziehen und bewerten können (vgl. Hettenkofer, a.a.O. S. 10 f.), was er ebenfalls unterliess. Der orthopädische Gutachter setzte sich im Rahmen der klinischen Untersuchung vorwiegend mit den Funktionsstörungen des Bewegungsapparates auseinander, welche zweifelsohne bei Gesundheitsschäden im Bereich der Orthopädie und der Analyse der Funktionsstörung des Bewegungsapparates und seiner Folgen für die versicherte Person von zentraler Bedeutung sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_335/2015 vom 1. September 2015 E. 4.2.2 mit Hinweis).

Hinsichtlich dem Hauptsymptom der Schmerzen begnügte er sich aber

im Wesentlichen mit den von ihm in der Untersuchungssituation gemachten Beobachtungen, ohne

im Detail nach den Schmerzen (Lokalisation, Umständen und Zeit des Auftretens sowie Art der Schmerzen) und deren Auswirkungen auf das tägliche Leben zu fragen und diese darzulegen.

Inwieweit die Schmerzangaben der Beschwerdeführerin mit den klinischen und insbesondere radiologischen Befunden korrelieren, bleibt damit ungeklärt. Zwar können die gutachterlichen Ausführungen zur Konsistenz sowie zur Schmerzmitteleinnahme ebenfalls wichtige Hinweise liefern, vermögen aber eine vorgängige nachvollziehbare Diagnosestellung und Einordnung/Wertung der Befunde nicht zu ersetzen. Die Erhebung des Medikamentenspiegels wurde trotz mehrfacher gutachterlicher Ausführungen, wonach die Beschwerdeführerin die Schmerzmittel nicht regelmässig einnehme und diese wegen der vielen Medikamente nicht Auto fahren, nicht durchgeführt. Einzig ein Blutbild inklusiv Schilddrüsenwert wurde angefertigt (Urk. 8/121/57-58), weshalb die entsprechenden Ausführungen letztlich auch nicht objektiviert werden können.

Das orthopädische Gutachten erweist sich nach dem Gesagten als nicht hinreichend aussagekräftig und ist in der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit damit nicht überzeugend. Es fehlt an einer differenzierten und nachvollziehbaren Auseinandersetzung mit den Vorakten und damit an einer einleuchtenden Gesamtbeurteilung der zu klärenden Somatik.

E. 6.1

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG (in der bis am 31. Dezember 2020 in Kraft gewesenen Fassung)

kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgesetzt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) . Vor liegend erweist sich eine Kostenpauschale von Fr. 800 .-- als angemessen. Ausgangsgemäss sind die Kosten der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

E. 6.2

Ausgangsgemäss hat die

vertretene Beschwerdeführerin gestützt auf Art. 61 lit . g ATSG Anspruch auf eine Prozessentschädigung. Diese ist gemäss § 34 Abs. 1 und

3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses festzu setzen. Unter Berücksichtigung der genannten Aspekte erweist sich eine Entschädigung von Fr. 2'

E. 7

00 .-- als angemessen (inkl. Mehrwertsteuer und Barauslagen). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 8. Juni 2020 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese im Sinne der Erwägungen verfahren und hernach über den Leistungsanspruch erneut entscheide. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800 .-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2'700 .-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Michael Grimmer - 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 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. 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 VorsitzendeDer Gerichtsschreiber FehrP. Sager

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