

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00643 vom 6. Juni 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-06-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00643

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00643 du 6 juin 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00643 del 6 giugno 2021

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1968 und Mutter eines Kindes (Jahrgang 2008), war zuletzt von 2012 bis Dezember 2018 als Büroangestellte bei der Y.____

tätig. Unter Hinweis auf eine Ganglionentfernung am Handgelenk sowie eine Sehnscheidenentzündung meldete sie sich am 22. Mai 2019 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 9/5/1-8 Ziff. 5.4, Ziff. 6.1). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische und erwerbliche Situation ab und zog die Akten des Krankentaggeldversicherers bei (Urk. 9/13-14). Am 19. Februar 2020 teilte sie der Versicherten mit, dass zurzeit keine Eingliederungsmassnahmen möglich seien (Urk. 9/18). Nach durgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 9/20, Urk. 9/24,

Urk. 9/32), in welchem die Versicherte weitere medizinische Berichte zu den Akten reichte (Urk. 9/27-31), verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 18. August 2020 einen Anspruch auf IV-Leistungen (Urk. 9/34 = Urk. 2).

E. 1.1

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

E. 1.2

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

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

E. 1.3

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 145 V 215 E. 5.1, 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische 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).

E. 1.4

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). 2.

E. 2

5. Februar 2021 reichte die Beschwerdeführerin ihre Replik ein (Urk. 12). Die Duplik der Beschwerdegegnerin vom

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, die Beschwerden der Beschwerdeführerin hätten gemäss dem vom Kranken taggeldversicherer in Auftrag gegebenen orthopädischen und psychiatrischen Gutachten medizinisch nicht objektiviert werden können. Im Rahmen der Handoperation habe eine Arbeitsunfähigkeit bestanden, welche nur vorübergehend gewesen sei (S. 1). Die Nackenschmerzen sowie die Gonarthrose seien bereits durch den Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) beurteilt worden. Aufgrund der Diagnose einer Frozen

shoulder bestünden zwar noch Einschränkungen für Überkopfarbeiten, diese kämen in einer Tätigkeit als Sachbearbeiterin allerdings selten vor und hätten somit ebenfalls keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 2). In ihrer Beschwerdeantwort vom 4. November 2020 (Urk. 8) führte die Beschwerdegegnerin aus, die orthopädische Gutachterin halte aufgrund ihrer Untersuchungsbefunde einleuchtend fest, dass sich nur Einschränkungen für mittelschwere und schwere Tätigkeiten in Kombination mit Heben und Tragen ergäben. Dabei handle es sich bei der bisherigen Tätigkeit als Sachbearbeiterin um eine angepasste Tätigkeit, welche die Beschwerdeführerin auch in Zukunft ausüben könne (S. 2). Auch aus psychiatrischer Sicht sei ein invalidisierender Gesundheitsschaden mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht ausgewiesen (S. 3). In der Duplik vom 30. April 2021 hielt sie an ihrer Sichtweise, wonach kein dauerhafter beziehungsweise invalidisierender Gesundheitsschaden mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausgewiesen sei, fest. Daran ändere auch der mit der Replik von der Beschwerdeführerin eingereichte medizinische Bericht nichts (S. 2).

E. 2.2

Demgegenüber machte die Beschwerdeführerin im Wesentlichen geltend (Urk. 1), das Gutachten von Dr. Z.____

sei nicht verwertbar. Die Abklärungen seien ohne Beachtung der vorhandenen Berichte oder bildgebenden Untersuchungen erfolgt (S. 5). Des Weiteren seien ihre Rücken- und Nackenbeschwerden anhand des MRI ausge wiesen (S. 7). Der RAD-Arzt habe ferner keine Ausführungen zur Gonarthrose gemacht (S. 8). Sie leide an starken Schmerzen, welche objektivierbar seien. Diese würden wahrscheinlich durch eine Schmerzverarbeitungsstörung noch verstärkt, aber sicher nicht durch eine somatoforme Schmerzstörung. Auch von einer Symptomausweitung könne deshalb nicht die Rede sein (S. 9). Gerade bei einer PC-Tätigkeit sei der Einsatz der Hände unausweichlich. Die angefochtene Verfügung verkenne den Sachverhalt und sei zu früh ergangen (S. 10). In ihrer Replik vom 25. Februar 2021 (Urk. 14) hielt sie fest, die Diagnosestellung sei unvollständig. Am 25. September 2020 sei eine weitere Operation an drei Fingern der linken Hand notwendig gewesen und im März 2021 solle nun auch noch die rechte Hand operiert werden (S. 2). Allein aus handchirurgischer Sicht sei sie zu 100 % arbeitsunfähig (S. 4). Mit den Beeinträchtigungen an beiden Händen und den damit verbundenen Schmerzen und Operationen sei sie weder in ihrer bisherigen noch in einer angepassten Tätigkeit arbeitsfähig (S. 7).

E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Invalidenrente hat und ob der medizinische Sachverhalt diesbezüglich rechtsgenügend abgeklärt wurde. 3.

E. 3

0. April 2021 (Urk. 16) wurde der Beschwerdeführerin am 4. Mai

2021 zur Kenntnisnahme zugestellt (Urk. 17). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

Dr. med. A.____, Praktische Ärztin, stellte in ihrem Bericht vom 26. Mai 2019 (Urk. 9/13/64-66) die folgenden Diagnosen (Ziff. 3): - Schmerzverarbeitungsstörung - bei Status nach Ringbandspaltung Dig I rechts bei: - diskreter Reizung des Musculus adductor pollicis, der Sehnenscheide des Musculus flexor pollicis longus und der darüber liegenden Subkutis palmar. Kein Hinweis auf Phlegmone oder Osteomyelitis (MRI vom 12. Februar 2019) - Status nach Ganglionexzision am linken Handgelenk im Januar 2019 - Status nach Cortison-Infiltration ohne klinischen Erfolg im Dezember 2018 - Verdacht auf Anpassungsstörung - Differentialdiagnose (DD) Münchhausen-Syndrom - leichtgradige Gonarthrose beidseitig bei: - anamnestisch Status nach Autounfall mit Frakturen beider Beine in den 90er Jahren - monatelanger Spitalaufenthalt und mehrjährige Arbeitsunfähigkeit - Rehaufenthalt in B.____ - posttraumatisch residuelle

Frozen

Shoulder links mit/bei: - Status nach Schulterkontusion im Frühjahr 2017 Die Patientin habe im Dezember 2018 angefangen, sich mehrfach notfallmässig bei verschiedenen Handchirurgen vorzustellen, weil sie unerträglich e Schmerzen in der rechten und linken Hand verspürt habe. Auf Drängen der Patientin hätten daraufhin zwei Operationen an den Händen stattgefunden. An der linken Hand sei ein Ganglion entfernt worden und rechts sei

eine Ringbandsplattung bei leichter Tendovaginitis stenosans der Daumenstrecksehne erfolgt. Trotz gutem Ergebnis der Operationen sei es weiterhin zu Schmerzexazerbationen gekommen, vor allem in beiden Kniegelenken, aber auch im linken Schultergelenk und erneut in den Händen. Die Patientin sei auch diesmal der Meinung, dass ihr nur mit weiteren Operationen geholfen werden könne. Die klinischen Befunde der Kniegelenke (leichte Arthrose) und des linken Schultergelenks (Frozen

Shoulder) hätten keine Operationsindikation ergeben. Bereits im Februar 2019 sei eine psychische Erkrankung (Verdacht auf Anpassungsstörung, DD Münchhausen-Syndrom), zumindest aber eine Schmerzverarbeitungsstörung diagnostiziert worden (Ziff. 1). Die Patientin beschreibe unerträgliche Schmerzen an verschiedenen Gelenken und habe bis vor kurzem den Wunsch geäußert, an all diesen Gelenken operiert zu werden, da ihr nur dies helfen könne (Ziff. 2). Die Arbeitsunfähigkeit beziehe sich auf alle Arbeiten und Tätigkeiten, da die Ursache der Beschwerden psychosomatisch sei und nichts mit der Schwere der Tätigkeit zu tun habe (Ziff. 7).

E. 3.2

.3

In orthopädischer Hinsicht (Urk. 9/14/34-41) wurden die folgenden Diagnosen gestellt (S. 6): - deutliche Zeichen von Selbstlimitierung - Fehlstatik der Wirbelsäule, Haltungsinuffizienz, muskulärer Hartspann und verschmächtigte Rumpfmuskulatur - aktuell Beschwerden nuchal - kein nervenwurzelbezogenes neurologisches Defizit - beidseits verkürzte Ischiokruralmuskulatur ohne Dehnungsschmerzen - Status nach Operation der rechten Hand im Februar 2019 (Ringbandsplattung Digitus I) - Status nach Operation der linken Hand mit Entfernung eines Ganglions dorsal - freie Funktionen beider Hände, erhaltene grobe Kraft im Spitzgriff - Status nach Autounfall vor mehr als 30 Jahren mit Frakturen der Beine mit mehrfacher operativer Versorgung - Beinlängendifferenz links mit 1.5 cm ausgeglichen - Gonarthrosen beidseits bekannt, Status nach Meniskus-Operationen - schlanker Habitus Aus orthopädischer Sicht sollte eine ergonomische Arbeitsplatzgestaltung in Rücksprache mit der Ergotherapie erfolgen und zwecks allgemeiner Kräftigung eine MTT (Medizinische Trainingstherapie) verordnet werden. Bei diversen Beschwerden ergebe sich Behandlungsbedarf, es sollte jedoch eine rasche Rückkehr an den Arbeitsplatz angestrebt werden. Ab sofort sei eine Reintegration in den Arbeitsprozess mit 3 Stunden an fünf Tagen pro Woche möglich, mit Steigerung um 1 Stunde pro Arbeitstag nach 2 Wochen und Steigerung auf ein reguläres Pensum nach weiteren 2 Wochen (S. 7). Einschränkungen ergäben sich nur für mittelschwere und schwere Tätigkeiten in Kombination mit Heben und Tragen. Bei der jetzt ausgeführten Tätigkeit in der Administration handle es sich um eine angepasste Tätigkeit, welche die Versicherte auch in Zukunft verrichten könne (S. 8).

E. 3.2.2

Im psychiatrischen Teilgutachten (Urk. 9/14/6-31) wurden die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit genannt (S. 18 Ziff. 4.2): - maximal grenzwertig leichtgradige depressiv gefärbte Reaktion / Anpassungsstörung auf chronische Schmerzproblematik (ICD-10 F43.21) - akzentuierte histrionische Persönlichkeitszüge DD histrionische Persönlichkeitsstörung (Hysterie mit Belle indifférence; ICD-10 F60.40) - somatoforme Schmerzverarbeitungsstörung mit psychischen und körperlichen Faktoren (ICD-10 F45.41) - auffallendes passives Coping mit selbstlimitierendem Schon- und

Vermeidungsverhalten - chronisches Schmerzsyndrom mit Symptomausweitung von subjektiven Schmerzen im Bereich beider Hände, Finger, Ellbogen, Schultern, Wirbelsäule, Knie etc., die zumindest zum Teil kein somatisches Korrelat finden. Bezüglich der beschriebenen körperlichen Symptome besteht eine typische somatoforme Symptomausweitung mit ständig noch mehr fluktuierenden und immer wieder neuen Symptomen an verschiedensten Orten im Körper, welche von der Explorandin alle als «Entzündungen» derselben Grundproblematik gedeutet würden. Dementsprechend habe sie ein subjektiv festgefügtes Krankheitsmodell, welches objektiv aber offenbar kein somatisches Korrelat finde (S. 15). Die präsentierten und beschriebenen Körpersymptome würden nicht anatomischen Grenzen folgen und bei der Symptompräsentation aggravierend und voller Widersprüche und Inkonsistenzen wirken. Dies erfolge jedoch nicht im Sinne einer bewussten Simulation beziehungsweise erfundener körperlicher Beschwerden wie bei einem Münchhausen Syndrom, sondern eher im Sinne einer hysterischen /

histrionischen Störung (S. 19). Im affektiven Rapport bleibe die Explorandin während der ganzen Untersuchung nur schwer spür- und fassbar und zeige sich auch hier sehr sprunghaft und widersprüchlich. Zudem sei der subjektiv beklagte starke Leidensdruck affektiv überhaupt nicht spürbar, sondern werde im Gegenteil beim Schildern der eigenen «gelegentlichen Traurigkeit über den negativen Heilungsverlauf» sogar mit einem strahlenden Lächeln erzählt. Die Leistungs- und Arbeitsfähigkeit sei aufgrund der nur geringfügigen depressiv gefärbten affektiven Problematik nur geringfügig eingeschränkt (maximal 10-20 %). Mittels der empfohlenen leichten pflanzlichen Psychopharmakatherapie sowie dem pflanzlichen Redormin zum Schlafen dürfte sehr rasch eine affektive Beruhigung eintreten, sodass die Explorandin aus psychiatrischer Sicht bald wieder zu 100 % leistungs- und arbeitsfähig sein werde. Objektiv sei aus versicherungstechnischer Perspektive die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht (nach Anpassung der Psychopharmakatherapie) innert weniger (maximal 3-4) Wochen zu 100 % gegeben (S. 20). Ferner sei aufgrund der vorliegenden verschiedenen psychiatrischen Diagnosen eine fachärztlich psychotherapeutische Behandlung und Begleitung empfohlen. Die Explorandin müsse unbedingt den Zusammenhang zwischen ihren (subjektiven) Schmerzsymptomen und ihrer Schmerzverarbeitungsstörung auf dem Hintergrund ihrer histrionischen Persönlichkeitszüge verstehen lernen und ihr Krankheitsmodell entsprechend korrigieren. Psychiatrisch im Vordergrund stehe diesbezüglich eine somatoforme Schmerzverarbeitungsstörung mit psychischen und körperlichen Faktoren. Ein relativ bewusstseinsnahes simulatives Verhalten à la Münchhausen-Syndrom könne differentialdiagnostisch nicht vollkommen ausgeschlossen werden und sei nicht ganz von der Hand zu weisen. Dies müsse im weiteren Verlauf beobachtet und differentialdiagnostisch abgeklärt werden (S. 21). Psychiatrischerseits liege keine wesentliche Gesundheitsschädigung von Krankheitswert vor, aktuell maximal im Bereich von 10-20%. Jedoch liege eine komplexe somatoforme und histrionische Problematik vor, die nur durch eine begleitende fachärztliche Psychotherapie angegangen werden könne (bei einem Psychiater sowie begleitet vom Schmerztherapeuten Dr. D. ___ ; S. 23 Ziff. 7). Aus rein psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit derzeit maximal 10-20% eingeschränkt. Der von der orthopädischen Gutachterin vorgeschlagene sofortige Arbeitsbeginn (initial 3, dann 4 Stunden und schlussendlich wieder ein volles Pensum innert 6 Wochen) könne auch aus psychiatrischer Sicht unterstützt werden, sei therapeutisch sinnvoll, zweckmässig, wirksam und auch zumutbar

(S. 24 Ziff. 8).

E. 3.3

Dr. med. E.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), nahm am 15. April 2020 Stellung zum medizinischen Sachverhalt (Urk. 9/19 S. 3-5). Die ab 17. Dezember 2018 laufend attestierte Arbeitsunfähigkeit beruhe nicht auf objektivierbaren Untersuchungsbefunden. Psychiatrischerseits werde eine Arbeitsunfähigkeit von 10-20 % attestiert, welche mit adäquater Therapie innerhalb von 6 Wochen auf 0 % Arbeitsunfähigkeit zurückgehe. Orthopädischerseits bestehe im Rahmen der Handoperationen von Dezember 2018 bis Mai 2019 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % . Eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung und eine Anpassung der psychiatrischen Medikation lasse eine Arbeitsunfähigkeit von 0 % innert 6 Wochen erwarten (S. 4). In seiner Stellungnahme vom 23. Juli 2020 (Urk. 9/33 S. 2-3) hielt er fest, die im MRI der HWS und BWS (Hals- und Brustwirbelsäule) vom 14. Januar 2020 (vgl. Urk. 9/28) dargestellten Degenerationen würden nicht das alterstypische Mass übersteigen. Sie könnten die in der Diagnoseliste des RAD angeführten Nackenschmerzen erklären, hätten jedoch keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit als Sachbearbeiterin. Bei der residuellen

Frozen

shoulder (vgl. Urk. 9/30) werde noch eine Bewegungseinschränkung der Schulter dokumentiert. Für Überkopfarbeiten hätten wohl noch Einschränkungen bestanden, diese kämen in einer Tätigkeit als Sachbearbeiterin jedoch allenfalls selten vor und hätten somit keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 3). 4.1

Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens wurden weitere Arztberichte (Urk. 3/4, Urk. 14 S. 9-10) eingereicht.

Für die Beurteilung der Gesetzmässigkeit der angefochtenen Verfügung oder des Einspracheentscheides ist für das Sozialversicherungsgericht in der Regel der Sachverhalt massgebend, der zur Zeit des Erlasses des angefochtenen Verwaltungsaktes gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung bilden (BGE 130 V 138 E. 2.1 mit Hinweis). Sie können indessen, unter Wahrung des rechtlichen Gehörs, berücksichtigt werden, wenn sie kurze Zeit nach dem Erlass des angefochtenen Entscheids eingetreten sind, sich ihre Beachtung aus prozessökonomischen Gründen unbedingt aufdrängt und sie hinreichend klar feststehen (BGE 105 V 156 E. 2d; ZAK 1984 S. 349 E. 1b). Dies ist der Fall, wenn sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Entscheiderlasses zu beeinflussen (BGE 99 V 98 E. 4 mit Hinweisen). Diese Voraussetzungen sind hinsichtlich der genannten Berichte erfüllt, weshalb sie grundsätzlich zu berücksichtigen sind. 4.2

Die Ärzte der Universitätsklinik F.____

hielten im Bericht vom 1. September 2020 (Urk. 3/4) die folgenden Diagnosen fest (S. 1): - schmerzhafte C6 und C7 Radikulopathie rechts mit/bei: - hochgradiger

osteodiskogener

Foramenstenosen C5/6 und C6/7 rechts - leichtgradiger

Foramenstenosen C4/5 beidseitig sowie C5/6 und C6/7 - posttraumatisch residuelle

Frozen

Shoulder links mit/bei: - Status nach Schulterkontusion im Frühjahr 2017 - anamnestisch Tenosynovitis

Dig I, II, III Hand rechts und links Die Patientin stelle sich zur Verlaufskontrolle nach Nervenwurzelblock C6 rechts und C7 rechts am 2. Juli 2020 im Rahmen der Sprechstunde vor. Sie berichte über eine deutliche Besserung der radikulären Beschwerdesymptomatik im rechten Arm. Sie spüre gelegentlich ausstrahlende Schmerzen am rechten Oberarm seitlich, die nun jedoch gut erträglich seien. Die Beweglichkeit im Nackenbereich habe sich zudem auch verbessert (S. 1). Klinisch-neurologisch zeige sich ein sensibles Ausfallsyndrom des Nervus

ulnaris rechts bei bereits vordiagnostizierter Neuropathie des Nervus

ulnaris am Ellenbogen rechts. Weiterhin zeige sich kein sicheres sensomotorisches Ausfallsyndrom C6/7 rechts. Die Dermatom-SEP C6 seien beidseits unauffällig. Ebenso zeigten sich keine akuten oder chronischen Denervierungszeichen im Myotom C6 und C7 rechts. Zusammenfassend zeige sich der radikuläre Schmerz nach der Infiltration C6/7 rechts deutlich rückläufig. Es zeige sich insgesamt ein erfreulicher Verlauf 6 Wochen postinterventionell nach Nervenwurzelblock C6 rechts und C7 rechts. Die Patientin spüre im Moment nur sehr wenige Schmerzen am rechten Oberarm seitlich. Neurophysiologisch zeige sich kein Hinweis für ein radikuläres Ausfallsyndrom C6/C7 rechts. Aktuell leide die Patientin an sehr starken Schmerzen in beiden Händen und in den Digg. I, II und III beidseitig bei bekannten Tenosynovitiden. Sie wünsche gerne eine Drittmeinung bei den hausinternen Handchirurgen. Eine weitere Verlaufskontrolle in dieser Sprechstunde sei nicht geplant (S. 2). 4.3

Dr. med. G.____, Facharzt für Chirurgie und für Handchirurgie, stellte im Bericht vom 8. Januar 2021 (Urk. 14 S. 9-10) die folgenden Diagnosen (S. 1): - Status nach A1-Ringband-Spaltung und Synovektomie Strahl I-III links am 25. September 2020 - rezidivierende Tendovaginitis stenosans A1-RB I bis III beidseits - Status nach A1-Ringbandspaltung und Tenosynovektomie

Dig I rechts vom 26. Februar 2019 - Sulcus

ulnaris Syndrom rechts ausgeprägter als links - Epikondylitis humeri

radialis beidseits Die Patientin zeige soweit eine gutartige weitere Entwicklung. Die Restbeschwerden nähmen weiterhin ab, mit zunehmender Belastbarkeit bei aber noch deutlicher Restschwellung, vor allem über Strahl III rechtsseitig. Lokal bestünden noch Verhärtungen über der A1-Ringbandspaltung III linksseitig bei ansonsten weichen, indolenten Narbenverhältnissen. Ein kompletter Faustschluss sowie eine gute Extension der Langfinger seien möglich. Es bestünden keine Hinweise auf ein CRPS (komplexes regionales Schmerzsyndrom) und aktuell auch keine Sensibilitätsstörungen (S. 9). Es zeige sich weiterhin eine gutartige Entwicklung. Die Rehabilitation postoperativ sei insgesamt etwas protrahiert, was nach der Entwicklung auf der rechten Seite zu erwarten gewesen sei. Hier werde die nächste klinische Verlaufskontrolle in zwei Monaten stattfinden mit weiterer Arbeitsunfähigkeit von 100% bis dahin (S. 10). 5. 5.1

Das interdisziplinäre Gutachten vom Januar 2020 zuhanden des Krankentagegeldversicherers (vorstehend E. 3.2) beruht auf den notwendigen psychiatrischen und orthopädischen Untersuchungen und erging in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden.

Die Gutachter verfügen über den entsprechenden Facharztstitel und waren somit in ihren Fachgebieten zur Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin befähigt. Zudem leuchtet das Gutachten in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und enthält nachvollziehbar begründete Schlussfolgerungen. Damit erfüllt es die praxismässigen Kriterien an ein beweiskräftiges Gutachten (vorstehend E. 1.4) vollumfänglich. 5.2

In somatischer Hinsicht stellte Dr. Z.____ insbesondere eine Fehlstatik der Wirbelsäule, eine Haltunginsuffizienz, einen muskulären Hartspann, eine verschmächtigte Rumpfmuskulatur, einen Status nach Operation der rechten Hand nach einer Ringbandsplattierung des Digitus I und der linken Hand nach Entfernung eines Ganglions dorsal, einen Status nach Autounfall vor mehr als 30 Jahren, Gonarthrosen beidseits bei Status nach Meniskus-Operationen sowie deutliche Zeichen von Selbstlimitierung fest (vorstehend E. 3.2.3). Gestützt auf eine eingehende klinische Untersuchung und in Würdigung der Vorakten gelangte sie in nachvollziehbarer Weise zum Schluss, dass sich in Anbetracht der ausgewiesenen Befunde Einschränkungen für mittelschwere und schwere Tätigkeiten in Kombination mit Heben und Tragen ergeben. Sie hielt sodann explizit fest, dass bei den diversen Beschwerden Behandlungsbedarf bestehe, es sollte jedoch eine rasche Rückkehr an den Arbeitsplatz angestrebt werden. Als Behandlungsmassnahmen in orthopädischer Hinsicht erachtete sie eine ergonomische Arbeitsplatzgestaltung in Rücksprache mit der Ergotherapie und zwecks allgemeiner Kräftigung eine MTT als angezeigt. Entsprechend erweist sich die von ihr attestierte 100%ige Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit in der Administration, welche das Belastungsprofil vollumfänglich berücksichtigt, als schlüssig begründet. 5.3

Auch aus den Berichten der behandelnden Ärzte ergibt sich in somatischer Hinsicht keine langandauernde Arbeitsunfähigkeit.

Die Ärzte der Klinik H.____

erachteten in dem Bericht vom April 2019 (Urk. 9/13/71-72) die geklagten enormen Schmerzen im Zusammenhang mit den leichtgradig medialen Gonarthrosen nicht allein im Rahmen aktivierter Arthrosen erklärbar. Im Gespräch mit der Beschwerdeführerin habe sich herausgestellt, dass sie seit einigen Monaten unter einer allgemeinen ausgeprägten Schmerzempfindlichkeit leide. Daher gingen sie bei den damals im Vordergrund stehenden Kniebeschwerden von einer Schmerzverselbständigung im Sinne einer Verarbeitungsstörung aus. Des Weiteren erachteten sie einen möglichst raschen Wiedereinstieg in die Arbeitswelt als sehr wichtig, um einer Schmerzchronifizierung entgegenzuwirken (S. 1). Hinsichtlich der posttraumatisch residuellen

Frozen

Shoulder links bei Status nach Schulterkontusion im Frühjahr 2017 wurde im Bericht der Ärzte der Universitätsklinik F.____ vom März 2019 (Urk. 9/30) ein zufriedenstellender Verlauf mit gutem Ansprechen auf die Infiltration festgehalten. Des Weiteren wurde ausge

führt , dass die Patientin bezüglich der Schmerzen der linken Schulter aktuell kompensiert sei (S. 1). Eine

wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergibt sich aus diesem Bericht somit nicht.

Im Übrigen wurde eine solche durch die behandelnden Ärzte der F.____

auch nicht attestiert. Hinsichtlich der Handbeschwerden wurde bereits im Austrittsbericht vom Februar 2019 über die Hospitalisation vom 9. bis 14. Februar 2019 (Urk. 9/13/67-69) festgehalten, dass sich bei subjektiv starken Schmerzen einzig eine minimale Schwellung des rechten Daumens mit Druckdolenz über der Sehne des Musculus adductor pollicis ohne Schwellung der gesamten Hand oder Zeichen einer Hyperämie zeigten. Im Gespräch habe die Patientin ununterbrochen auf die möglichst rasche Operation der Hand gedrängt und habe stark verunsichert gewirkt, sobald die sie in Frage gestellt worden sei . Es hätten sich aufgrund der Sozial-Anamnese sodann Hinweise auf eine Anpassungsstörung gezeigt, differenzialdiagnostisch müsste jedoch auch ein Münchhausen-Syndrom in Erwägung gezogen werden

(S. 2) . Auch Dr. A.____

führte im Bericht vom Mai 2019 (vorstehend E. 3.1) aus , dass die Operationen auf Drängen der Patientin stattgefunden hätten. Ferner habe sie den Wunsch geäußert, an allen schmerzhaften Gelenken operiert zu werden. Die Ursache der Beschwerden erachtete sie als psychosomatisch, weshalb sich die Arbeitsunfähigkeit auf alle Arbeiten beziehe und nichts mit der Schwere der Tätigkeit zu tun habe. Entsprechend lässt sich die von Dr. A.____ attestierte Arbeitsunfähigkeit nicht ausschliesslich auf ein somatisches Korrelat zurückführen.

Ferner diagnostizierten sowohl Dr. A.____ als auch Dr. G.____

eine Schmerzverarbeitungsstörung

(vorstehend E. 3.1 , Urk. 9/27, Urk. 9/31). Im Bericht vom Januar 2020 (Urk. 9/27)

diagnostizierte Dr. G.____

insbesondere ein Sulcus

ulnaris Syndrom rechts und nannte als Befunde eine lokal leichte

Sensibilitätsverminderung im Klein- und Ringfinger rechtsseitig, bei positivem Elbow

flexion -Test und leichtem Tinel-Phänomen im Sulcus

ulnaris rechts, keine Veränderungen an der Loge de Guyon , keine Tinel-Phänomene des Nervus medianus rechts und keine intrinsischen oder extrinsischen Atrophien. Die letzte Infiltrationsbehandlung habe eine deutliche Entlastung der Hand ergeben (S. 1) . Im Bericht vom Mai 2020 (Urk. 9/31) stellte er eine deutliche Entschärfung der Beschwerden nach Infiltration des Sulcus

ulnaris fest. In Anbetracht der genannten Befunde sowie des positiven Heilverlaufs

lässt sich die von ihm über einen längeren Zeitraum attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit somit nicht nachvollziehen . In Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten wie überhaupt von behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapiekräften ist ferner auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen

und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc). 5.4

Auch die im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichten weiteren Berichte vermögen die schlüssigen Beurteilungen durch Dr. Z.____ nicht in Zweifel zu ziehen.

Die Ärzte der Universitätsklinik F.____ hielten im Bericht vom September 2020 (vorstehend E. 4.2) fest, dass sich insgesamt ein erfreulicher Verlauf 6 Wochen postinterventionell nach Nervenwurzelblock C6 rechts und C7 rechts zeige und der radikuläre Schmerz nach der Infiltration deutlich rückläufig sei. Die Patientin spüre im Moment nur sehr wenige Schmerzen am rechten Oberarm seitlich . Ferner habe sich neurophysiologisch kein Hinweis für ein radikuläres Ausfallsyndrom gezeigt und es sei keine weitere Verlaufskontrolle geplant. Die Patientin leide aktuell an sehr starken Schmerzen an beiden Händen. Diesbezüglich wünsche sie sich eine Drittmeinung beim hausinternen Handchirurgen.

Eine Arbeitsunfähigkeit im Zusammenhang mit den nuchalen Beschwerden ergibt sich aus dem Bericht somit nicht. Dem Bericht von Dr. G.____

vom Januar 2021 (vorstehend E. 4.3) ist zu entnehmen, dass am 25. September 2020 eine A1-Ringband-Spaltung und Synovektomie Strahl I-III links stattgefunden habe. Er hielt fest, dass die Patientin eine gutartige weitere Entwicklung zeige. Lokal bestünden noch Verhärtungen über der A1-Ringbandsplattung III linksseitig bei ansonsten weichen, indolenten Narbenverhältnissen. Ein kompletter Faustschluss sowie eine gute Extension der Langfinger sei möglich. Es bestünde keine Hinweise auf ein CRPS und keine Sensibilitätsstörungen. Aufgrund des von Dr. G.____ festgestellten gutartigen Verlaufs sowie des im Zusammenhang mit der Operation weitgehend unauffälligen klinischen Befundes erweist sich eine über den üblichen postoperativen Heilungsprozess hinausgehende Arbeitsunfähigkeit somit als nicht nachvollziehbar . Des Weiteren wäre nicht ersichtlich, inwiefern

sich nach der Ringband-Spaltung und Synovektomie

auch in einer dem Leiden optimalen angepassten Tätigkeit eine langandauernde Arbeitsunfähigkeit ergeben würde . 5.5

Nach dem Gesagten ist auf die Beurteilung durch Dr. Z.____ abzustellen. In somatischer Hinsicht ist

eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit in der Administration ausgewiesen.

Einschränkungen ergeben sich lediglich für mittelschwere und schwere Tätigkeiten in Kombination mit Heben und Tragen . Demzufolge ist die Beschwerdeführerin auch im Haushaltsbereich nicht eingeschränkt . 6.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 6.1

Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen (E. 7.2; vgl. vorstehend E. 1.3 ; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.1). Diese Abklärungen enden laut

Bundesgericht stets mit der Rechtsfrage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (BGE 143 V 418 E. 7.1; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3). Aus dem psychiatrischen Gutachten von Dr. C.____ (vorstehend E. 3.2.2) ergeben sich die notwendigen Hinweise, welche eine Prüfung anhand der einschlägigen Indikatoren ermöglichen (vgl. (Urteile des Bundesgerichts 9C_289/2018 vom 11. Dezember 2018 E. 6 und 9C_590/2017 vom 15. Februar 2018 E. 5.2).

E. 6.2

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 Aktivitätsniveaus 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).

E. 6.3

Hinsichtlich des Komplexes «Gesundheitsschädigung» lassen sich dem psychopathologischen Befund im psychiatrischen Teilgutachten keine Hinweise auf kognitive oder mnestiche Funktionsstörungen entnehmen. Die von der Beschwerdeführerin subjektiv berichtete gelegentliche Bedrückung und Traurigkeit angesichts der Schmerzen und des negativen Heilungsverlaufs waren im affektiven Rapport nicht spürbar. In der Hamilton Depressionsskala erreichte die Beschwerdeführerin maximal 15 Punkte, was grenzwertig einer leichtgradigen Depression entsprechen würde, jedoch teilweise in Widerspruch zu der klinischen Symptomatik steht, die nur gelegentlich leichtgradige depressive Symptome zeigte (Urk. 9/14/1-31 S. 16-17). Ferner wurde anlässlich der Begutachtung eine grosse Diskrepanz zwischen subjektiver Wahrnehmung der Beschwerden und objektiven Befunden festgestellt, was sich in Anbetracht der im orthopädischen Teilgutachten festgestellten leichten Einschränkungen (vgl. vorstehend E. 5.5) als schlüssig erweist. Diesbezüglich legte der Gutachter nachvollziehbar dar, dass die von der Beschwerdeführerin geklagten Schmerzen nicht hinreichend durch die in somatischer Hinsicht fachärztlich erhobenen Befunde erklärt werden können (vgl. (Urk. 9/14/1-31 S. 15, S. 19-21)). Des Weiteren gingen auch

Dr. A.____ und Dr. G.____

von einer Schmerzverarbeitungsstörung aus

(vorstehend E. 3.1 und E. 4.3). Der Gutachter gelangte unter Berücksichtigung sämtlicher Befunde nachvollziehbar zum Schluss, dass maximal eine grenzwertig leichtgradige, mehrheitlich subklinische, depressiv gefärbte Reaktion /

Anpassungsstörung, verbunden mit einer somatoformen Schmerzverarbeitungsstörung, auf dem Hintergrund einer Persönlichkeitsmit histrionischen Zügen vorliegt. Er erachtete die Beschwerde führerin aufgrund der nur leicht depressiv gefärbten affektiven Problematik lediglich geringfügig eingeschränkt (maximal 10-20 %), wobei mittels der empfohlenen leichten pflanzlichen Psychopharmakotherapie die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht innert weniger (maximal 3-4) Wochen wieder zu 100 % gegeben ist (Urk. 9/14/1-31 S. 20, S. 24-25). Insgesamt ist somit von einer äusserst geringen Ausprägung der diagnostisch relevanten Befunde auszugehen.

E. 6.4

In Bezug auf den Indikator «Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder Resistenz» ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin die vom Gutachter empfohlene psychiatrische Behandlung bis anhin nicht in Anspruch genommen hat und auch der auferlegten Schadenminderungspflicht durch den Krankentag geldversicherer nicht nachgekommen ist (vgl. Urk. 9/17).

E. 6.5

Im «sozialen Kontext» zeigt sich ein intaktes familiäres und freundschaftliches Netzwerk mit häufiger Kontaktpflege. Anlässlich der Begutachtung gab die Beschwerdeführerin an, dass alles deutlich besser sei. Zum Teil fühle sie sich etwas depressiv, aber dann gebe sie sich wieder einen Ruck und es gehe ihr sofort wieder besser. Sie schaue täglich, dass sie aus dem Haus komme, vor allem auch mit der Tochter, besuche aber auch ihre Familie oder treffe sich mit Freunden. Sie mache häufig mit Bekannten etwas ab, gehe spazieren oder abends in ein Restaurant. Den Haushalt übernehme ihr Mann und zum Teil auch ihre Tochter. Sie selbst mache aufgrund der Handbeschwerden nur noch ganz leichte Hausarbeiten. Sie müsse vieles meiden, damit es nicht schlimmer werde (vgl. (Urk. 9/14/1-31 S. 12-14)). Diesbezüglich ging der Gutachter von einem

auffallenden passiven Coping mit selbstlimitierendem Schon- und Vermeidungsverhalten aus, was sich in Anbetracht der in somatischer Hinsicht lediglich für mittelschwere und schwere Tätigkeiten in Kombination mit Heben und Tragen festgestellten Einschränkungen als nachvollziehbar erweist. Aus den Angaben der Beschwerdeführerin lässt sich schliessen, dass sie über Ressourcen verfügt, ihre Freizeit zu gestalten, Beziehungen zu Freunden und Verwandten zu pflegen und ihren Alltag zu bewältigen, wobei sie im Haushalt von ihrem Mann und ihrer Tochter Unterstützung erhält. Eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätensniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen im Sinne der beweisrechtlich ausschlaggebenden Kategorie der «Konsistenz» ist vorliegend somit nicht ausgewiesen.

E. 6.6

Zusammenfassend ist in Anbetracht der geprüften Standardindikatoren und deren Gesamtwürdigung festzuhalten, dass mit Blick auf die lediglich sehr geringe diagnostische Ausprägung, die zeitnahe Therapierbarkeit mittels pflanzlicher Psychopharmaka, das Aktivitätensniveau der Beschwerdeführerin sowie die vorhandenen Inkonsistenzen keine funktionelle Leistungseinschränkung in psychiatrischer Hinsicht im Erwerbs- und Aufgabenbereich ausgewiesen ist. Im Übrigen ergäbe sich auch bei einer 10-20 % Leistungsminderung

kein für einen Rentenanspruch relevanter Invaliditätsgrad (vgl. vorstehend E. 1.2).

Da die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin nach dem Gesagten weder in der angestammten noch in einer angepassten Tätigkeit während einer relevanten Dauer gesundheitsbedingt massgeblich eingeschränkt war, ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin einen Anspruch auf eine Invalidenrente verneinte.

E. 6.7

Damit erweist sich die angefochtene Verfügung als rechtmässig, womit die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist. 7.

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr.

E. 8

00.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Stéphanie Baur - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 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 Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Mosimann Rami

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