

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00214 vom 8. September 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-09-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2021.00214

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00214 du 8 septembre 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00214 del 8 settembre 2021

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1971 und zuletzt tätig als Packerin für Y.____ sowie daneben als Reinigungskraft (vgl. Urk. 7/13), meldete sich am 28. Juli 2017 (Eingangsdatum) unter Hinweis auf starke willkürliche und belastungsabhängige Schmerzen an der linken Hand bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 7/2). Mit Schreiben vom 16. Januar 2018 teilte die IV-Stelle mit, dass aufgrund des aktuellen Gesundheitszustandes keine Eingliederungsmassnahmen möglich seien (Urk. 7/28). Die Versicherte ersuchte diesbezüglich um eine beschwerdefähige Verfügung (Urk. 7/29), worauf sie am 9. Februar 2018 telefonisch verzichtete (Urk. 7/32). Die IV-Stelle tätigte weitere medizinische und erwerbliche Abklärungen und liess die Versicherte durch den Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) orthopädisch/handchirurgisch und psychiatrisch untersuchen (Urk. 7/68-69). Im Anschluss holte sie den Haushalt abklärungsbericht vom 26. September 2019 ein (Urk. 7/73). Mit Vorbescheid vom 18. Dezember 2019 stellte die IV-Stelle eine befristete ganze Rente vom 1. März 2018 bis zum 30. April 2019 in Aussicht (Urk. 7/78). Nachdem die Versicherte am 14. Januar 2020 Einwand erhoben hatte (Urk. 7/79; ergänzende Einwandbeurteilung vom 2. März 2020, Urk. 7/83) holte die IV-Stelle weitere Arztberichte ein (vgl. Urk. 7/89/9 ff.; Urk. 7/90-91), woraufhin die Versicherte am 23. September 2020 erneut Stellung nahm (Urk. 7/95). Mit Verfügung vom 22. Februar 2021 sprach die IV-Stelle wie vorbeschieden eine vom 1. März 2018 bis 30. April 2019 befristete ganze Rente zu (Urk. 2).

E. 2

Hiergegen erhob die Versicherte am 25. März 2021 Beschwerde und beantragte, es sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und es sei ihr eine Rente der Invalidenversicherung und gegebenenfalls berufliche Massnahmen zuzusprechen. Eventualiter sei die Sache zu weiteren Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (Urk. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 10. Mai 2021 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 2).

E. 2.1.1

Im verwaltungsgerichtlichen Beschwerdeverfahren sind grundsätzlich nur Rechtsverhältnisse zu überprüfen beziehungsweise zu beurteilen, zu denen die zuständige Verwaltungsbehörde vorgängig verbindlich – in Form einer Verfügung beziehungsweise eines Einspracheentscheids – Stellung genommen hat. Insoweit bestimmt die Verfügung beziehungsweise der Einspracheentscheid den beschwerdeweise weiterziehbaren Anfechtungsgegenstand. Umgekehrt fehlt es an einem Anfechtungsgegenstand und somit an einer Sachurteilsvoraussetzung, wenn und insoweit keine Verfügung beziehungsweise

kein Einspracheentscheid ergangen ist (BGE 131 V 164 E. 2.1; 125 V 413 E. 1a).

E. 2.1.2

Die Parteien haben Anspruch auf rechtliches Gehör. Sie müssen nicht angehört werden vor Verfügungen, die durch Einsprache anfechtbar sind (Art. 42 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Nach Art. 69 Abs. 1 Bst. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sind in Abweichung von den Artikeln 52 und 58 ATSG Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle anfechtbar. Aus Art. 42 ATSG und Art. 69 Abs. 1 Bst. a IVG folgt, dass vor Erlass von Verfügungen die IV-Stellen das rechtliche Gehör gewähren müssen, was regelmässig in Form eines Vorbescheids geschieht.

Das Recht, angehört zu werden, ist formeller Natur. Die Verletzung des rechtlichen Gehörs führt ungeachtet der Erfolgsaussichten der Beschwerde in der Sache selbst zur Aufhebung der angefochtenen Verfügung. Es kommt mit anderen Worten nicht darauf an, ob die Anhörung im konkreten Fall für den Ausgang der materiellen Streitentscheidung von Bedeutung ist, das heisst die Behörde zu einer Änderung ihres Entscheides veranlasst wird oder nicht (BGE 132 V 387 E. 5.1; 127 V 431 E. 3d/aa).

E. 2.1.3

Die Beschwerdeführerin beantragt unter anderem die Zusprache von beruflichen Massnahmen.

Nachdem sie von der Beschwerdegegnerin davon abgebracht wurde, betreffend die Mitteilung vom 16. Januar 2018, wonach aufgrund des aktuellen Gesundheitszustandes keine Eingliederungsmassnahmen möglich seien, auf den Erlass einer anfechtbaren Verfügung zu bestehen (Urk. 7/32), wurde sie im Vorbescheid vom 18. Dezember 2019 betreffend Rente darüber informiert, die medizinische, persönliche und erwerbliche Situation werde laufend überprüft. Nach der Rentenzusprache könnten jederzeit Massnahmen der Wiedereingliederung mit dem Ziel der Verbesserung der Erwerbsfähigkeit durchgeführt werden, soweit diese angezeigt seien (Urk. 7/78).

In der nunmehr angefochtenen Verfügung steht unter dem Titel «Wir verfügen:» lediglich: «Vom 1. März 2018 bis 30. April 2019 hat Frau X. Anspruch auf eine ganze Rente.» Erst gegen Ende der Verfügung findet sich unter dem Titel «Abklärungsergebnis» unversehens die Bemerkung, da die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit als hoch eingestuft werde (70 %), könnten keine Eingliederungsmassnahmen gewährt werden. Es sei von einer Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit auszugehen. Auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt sollten genügend Nischenarbeitsplätze analog des Belastungsprofils vorhanden sein.

E. 2.1.4

Bei dieser Sachlage ist davon auszugehen, dass die Beschwerdegegnerin über den Anspruch auf berufliche Massnahmen gar nicht verfügt hat. Entsprechend ist auf den Antrag um Zusprache von beruflichen Massnahmen nicht einzutreten (E.

2.1.1).

Lediglich ergänzend sei darauf hingewiesen, dass betreffend berufliche Massnahmen das rechtliche Gehör verletzt wäre, würde man die entsprechende Bemerkung unter dem Titel «Abklärungsergebnis» als Bestandteil des Anfechtungsbestands betrachten wollen. Im

Vorbescheid wurde nämlich diesbezüglich keinerlei Entscheid in Aussicht gestellt. Entsprechend wäre dieser Teil der Verfügung ohne weiteres aufgrund einer Verletzung des rechtlichen Gehörs aufzuheben (E. 2.1.2).

E. 2.2

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 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. 2.3

.2

Nach der Rechtsprechung sind bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Invalidenrente die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen (Art. 17 ATSG in Verbindung mit Art. 88a der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV) analog anzuwenden (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 9C_399/2016 vom 18. Januar 2017 E. 4.8.1). Ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten und damit der für die Abstufung oder Befristung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt des Rentenbeginns mit demjenigen im – nach Massgabe des analog anwendbaren Art. 88a Abs. 1 IVV festzusetzenden – Zeitpunkt der Anspruchsänderung (vgl.

BGE 125 V 413 E. 2d mit Hinweisen; vgl. statt vieler: Urteile des Bundesgerichts 8C_375/2017 vom 25. August 2017 E. 2.2 und 8C_350/2013 vom 5. Juli 2013 E. 2.2 mit Hinweis).

E. 2.3.1

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.

E. 2.4.1

Gemäss dem in Art. 27 bis Abs. 2–4 IVV per 1. Januar 2018 eingeführten neuen Berechnungsmodell für die Festlegung des Invaliditätsgrads von teilerwerbstätigen Versicherten nach der gemischten Methode (Art. 28a Abs. 3 IVG) werden der Invaliditätsgrad in Bezug auf die Erwerbstätigkeit und der Invaliditätsgrad in Bezug auf die Betätigung im Aufgabenbereich – weiterhin – summiert (Art. 27 bis Abs. 2 IVV). Die Berechnung des Invaliditätsgrads in Bezug auf die Erwerbstätigkeit richtet sich nach Art.

16 ATSG, wobei das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person durch die Teilerwerbstätigkeit erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, auf eine Vollerwerbstätigkeit hochgerechnet wird (Art. 27 bis Abs. 3 lit . a IVV) und die prozentuale Erwerbseinkunftsbusse anhand des Beschäftigungsgrads, den die versicherte Person hätte, wenn sie nicht invalid ge wor den wäre, gewichtet wird (Art. 27 bis Abs. 3 lit . b IVV). Für die Berechnung des Invaliditätsgrads in Bezug auf die Betätigung im Aufgabenbereich wird der pro zentuale Anteil der Einschränkungen bei der Betätigung im Aufgabenbereich im Vergleich zur Situation, wenn die versicherte Person nicht invalid geworden wä re, ermittelt. Der Anteil wird anhand der Differenz zwischen dem Beschäfti gungsgrad nach Absatz 3 lit . b und einer Vollerwerbstätigkeit gewichtet (Art. 27 bis Abs. 4 IVV).

E. 2.4.2

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durch schnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allen falls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass per sön liche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebens alter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Aus wirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/ aa). Auf grund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene Arbeits fähig keit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unter durch schnitt lichem erwerblichem Erfolg verwerthen. Der Abzug soll aber nicht auto ma tisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtge mässem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (vgl. BGE 135 V 297 E. 5.2, 134 V 322 E. 5.2 und 126 V 75 E. 5b/ aa -cc). Die Recht sprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkom men, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfs arbei tertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/ bb). Zu beachten ist jedoch, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (BGE 146 V 16 E. 4.1 mit Hinweisen).

Nach ständiger Rechtsprechung darf das (kantonale) Sozialversicherungsgericht sein Ermessen, wenn es um die Beurteilung des Tabellenlohnabzuges gemäss BGE 126 V 75 geht, nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Ver waltung setzen; es muss sich auf Gegebenheiten abstützen können, welche seine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (BGE 137

V 71 E. 5.2 und 126 V 75 E. 6). Wurde bei der Festsetzung der Höhe des Abzugs vom Tabellenlohn ein Merkmal oder ein bestimmter Aspekt eines Merkmals zu Unrecht nicht berücksichtigt oder zu Unrecht berücksichtigt, hat die Beschwerde instanz den Abzug gesamthaft neu zu schätzen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_808/2015 vom 29. Februar 2016 E. 3.4.3 und 8C_113/2015 vom 26. Mai 2015 E. 3.2).

E. 2.5

). Sie beruhen auf fachärztlichen Untersuchungen durch die RAD-Ärzte und wurden in Kenntnis der Vorakten (Urk. 7/ 68/1) abgegeben. Sie würdigen die vorha ndenen Arztberichte sorgfältig (Urk. 7/68/10) und berücksichtigen die von der Beschwer deführer in geklag ten Beschwerden und setzen sich mit diesen hinreichend aus einander. Die Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ist einleuchtend und schlüssig. 4.2 4.2.1

Die Beschwerdeführerin brachte hiergegen vor, dass entgegen den Ausführungen von Dr. Z.____ keine Verbesserung ab Januar 2019, bzw. dem Abschlussbericht von Dr. C.____ vorliege. Die behandelnden Ärzte attestierten auch darüber hinaus eine volle Arbeitsunfähigkeit (Urk. 1).

Dem ist entgegenzuhalten, dass Dr. C.____ in seinem Abschlussbericht vom 10. Januar 2019 festhielt, dass sich im Vergleich zur Neurographie vom 26. Januar 2018 eine Normalisierung der sensiblen Medianusneurographie links sowie eine deutliche Besserung der motorischen Neurographie gezeigt habe. Die Hand sei von der Beweglichkeit her uneingeschränkt (vgl. E. 3.6; Urk. 7/52). Damit liegt klar eine Verbesserung der objektiven Befunde vor.

Dr. Z.____ hielt damit übereinstimmend fest, dass ab dem 10. Januar 2019 von einer 70%igen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit auszugehen sei, da die an diesem Tag erhobenen Befunde dem Befund bei der RAD-Untersuchung vom 11. Juni 2019 entsprochen hätten (Urk. 7/68/11).

Dass die behandelnden Ärzte, wie von der Beschwerdeführerin vorgebracht, weiterhin von einer vollen Arbeitsunfähigkeit ausgingen (vgl. hierzu Urk. 7/82/2 ff.), stellt dazu keinen Widerspruch dar, ist doch die vollständige Arbeitsunfähigkeit in bisheriger Tätigkeit unbestritten. 4.2.2

Die Beschwerdeführerin bemängelte darüber hinaus, dass Dr. Z.____ bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit vor allem auf die funktionelle Einbusse abstelle und die Reduktion der Arbeitsfähigkeit um 30 % ausschliesslich mit der Verlangsamung der möglichen Bewegungen und des Einsatzes der linken Hand erkläre - die chronischen Schmerzen seien allerdings nicht in die Beurteilung eingeflossen (Urk. 1 S. 5 f.).

Dem ist entgegenzuhalten, dass Dr. Z.____ festhielt, dass die Beschwerdeführerin die Beschwerden sehr authentisch darlege und kein Hinweis auf Aggravation, Simulation oder Symptomausweitung bestehe (Urk. 7/68/4). Die reduzierte Arbeitsfähigkeit attestierte er infolge der Verlangsamung der möglichen Bewegungen und des Einsatzes der linken Hand (Urk. 7/68/11). Entsprechend konstatierte er auch, dass die angepasste Tätigkeit ohne Vibrationsbelastungen und ohne Nässe-/Kälteexposition sein müsse. Folglich hat Dr. Z.____ die Schmerzen bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt und die Vorbringen der Beschwerdeführerin schlagen fehl. 4.2.3

Die Beschwerdeführerin brachte darüber hinaus vor, dass die Begutachtung von chronischen Schmerzen eine interdisziplinäre Aufgabe sei und nebst einer traumatischen und gegebenenfalls neurologischen Beurteilung die Beteiligung eines in der Begutachtung von Schmerzen erfahrenen psychiatrischen Facharztes sinnvoll, respektive unentbehrlich sei. Auch habe die Beurteilung integrativ zu erfolgen (Urk. 1 S. 7).

Dr. Z.____ ist Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie sowie Handchirurgie (D) und Dr. A.____ ihrerseits ist Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie. Bei der Untersuchung durch Dr. A.____ war Dr. Z.____ auch anwesend (Urk. 7/69/1), weshalb davon ausgegangen werden kann, dass die untersuchenden RAD-Ärzte die Beurteilung integrativ vornahmen. Darüber hinaus lagen den RAD-Ärzten die gesamten Akten vor, worin auch die detaillierten neurologischen Befunde dokumentiert waren und auf welche Dr. C.____ im Bericht vom 10. Januar 2019 Bezug nahm (vgl. E. 3.6; Urk. 7/52), welcher wiederum von Dr. Z.____ herangezogen wurde (Urk. 7/68/11). 4.3

Zusammenfassend erweist sich der Sachverhalt gestützt auf die RAD-Untersuchungsberichte von Dr. Z.____

und Dr. A.____

als genügend abgeklärt. Dem nach ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin seit dem 8. März 2017 in ihrer angestammten Tätigkeit als Packerin und Reinigungskraft vollumfänglich arbeitsunfähig ist. Ab dem 10. Januar 2019 ist von einer 70%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit, vollschichtig leistbar, bei einem um 30 % reduzierten Rendem ent, auszugehen. 5.

Zu prüfen bleibt, wie sich die 70 %ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit in erwerblicher Hinsicht auswirkt. Unbestritten ist dabei, dass die Beschwerdeführerin ohne gesundheitliche Einschränkung weiterhin zu 70 % einer Tätigkeit im Erwerbsbereich nachgehen würde und zu 30 % im Haushalt tätig wäre (vgl. Urk. 1 und Urk. 2). 5.1

Der Invaliditätsgrad ist demnach in Anwendung der gemischten Methode im Sinne von Art. 28a Abs. 3 IVG zu bemessen. Die Beschwerdeführerin meldete sich am 28. Juli 2017 an und ist - gestützt auf die Ausführungen von Dr. Z.____ - seit dem 8. März 2017 voll arbeitsunfähig in den angestammten Tätigkeiten. Der frühest mögliche Rentenbeginn ist entsprechend der 1. März 2018, was auch seitens der Beschwerdeführerin unbestritten blieb (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG i.V.m. Art. 29 Abs. 1 IVG). 5.2 5.2.1

Für das Valideneinkommen zog die Beschwerdegegnerin das Einkommen im 70%-Pensum des Jahres 2016 heran und rechnete dies hoch auf ein 100%-Pensum (Urk. 2, IK-Auszug vom 11. Dezember 2017, Urk. 7/22; Einkommensvergleich, Urk. 7/98) und erhöhte dieses um die Nominallohnentwicklung bis ins Jahr 2019, woraus ein Valideneinkommen von Fr. 40'268.53 in einem 70%-Pensum und von Fr. 57'526.47 in einem 100%-Pensum resultierte. Dies ist aufgrund der Aktenlage schlüssig, nachvollziehbar und blieb auch seitens der Beschwerdeführerin unbestritten. 5.2.2

Das Invalideneinkommen setzte die Beschwerdegegnerin anhand des Lohnes für Hilfsarbeiterinnen gemäss der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE)

2018 in Höhe von Fr. 4'371.-- fest. Bereinigt um die Nominallohnentwicklung bis ins Jahr 2019 sowie die wöchentliche betriebsübliche Arbeitszeit (vgl. Einkommensvergleich, Urk. 7/75) resultierte daraus ein Invalideneinkommen in Höhe von Fr. 54'954.62 in einem 100%-Pensum. Dies ist aufgrund der Akten nachvollziehbar und wurde auch seitens der Beschwerdeführerin nicht beanstandet. Bei einer auf 70 % reduzierten Leistungsfähigkeit resultiert daraus ein anrechenbares Invalideneinkommen in Höhe von Fr. 38'468.23.

Die Beschwerdeführerin brachte dagegen vor, dass aufgrund des eingeschränkten Tätigkeitsprofils sowie der gravierenden Schmerzen ein leistungsbedingter Abzug von 25 % vorzunehmen sei, sofern eine Teilarbeitsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt überhaupt bejaht werde (Urk. 1 S. 8).

Dr. Z.____ attestierte eine 70%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten leichten bis mittelschweren Tätigkeit mit Wechselbelastung ohne den Einsatz der linken Hand, ohne erhöhte Anforderungen an die Kraft und Haltefunktion der linken Hand, daher auch ohne Besteigen von Leitern und Gerüsten, ohne Heben und Tragen von Lasten und ohne Arbeiten mit ungünstigen Hebelwirkungen am linken Handgelenk (Stielwerkzeuge, Arbeiten mit ausgestreckten Armen), ohne repetitive Beanspruchung der Hände und ohne erhöhte

Anforderungen an das feinmotorische Geschick der linken Hand, ohne andauernde Vibrationsbelastungen und Nässe-Kälteexposition (vgl. E. 3.9.1). Die Reduzierung ergebe sich aus der Verlangsamung der möglichen Bewegungen und des Einsatzes der linken Hand. Daraus kann nur geschlossen werden, dass Dr. Z. ___ eine vollschichtige Tätigkeit als zumutbar erachtete, bei einer um 30 % reduzierten Leistungsfähigkeit. Damit wurden sämtliche gesundheitlichen Einschränkungen bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit miteinbezogen, womit sie nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen dürfen, ansonsten sie zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen würden (BGE 146 V 16 E. 4.1 mit Hinweisen). 5.2.3

Zusammenfassend wurden die von der Beschwerdegegnerin herangezogenen Vergleichseinkommen von der Beschwerdeführer in mit Ausnahme des Leidensabzuges nicht beanstandet. Für eine nähere Prüfung von Amtes wegen besteht kein Anlass

(BGE 125 V 413 E. 1b und 2c).

Im Erwerbsbereich resultieren entsprechend im Zeitraum vom 1. März 2018 bis zum 30. April 2019 ein (ungewichteter) Teilinvaliditätsgrad von 10,0 % und im Zeitraum ab 1. Mai 2019 ein (ungewichteter) Teilinvaliditätsgrad von 33 % (vgl. Urk. 2, Urk. 7/98). 5.3

Zu prüfen bleibt eine allfällige Einschränkung im Haushaltsbereich. 5.3.1

Der Abklärungsbericht ist von einer qualifizierten Person in Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse verfasst worden und ist plausibel, begründet und angemessen detailliert bezüglich der einzelnen Einschränkungen, womit er den an ihn gestellten Anforderungen entspricht (vgl. E. 2.5.2).

5.3.2

Die Beschwerdeführerin brachte hiergegen insbesondere vor, dass - wenn sie tatsächlich in der Lage wäre, das attestierte Arbeitsspensum von 70 % auszuüben - ihr die notwendige Zeit fehlen würde, die überhaupt noch möglichen Haushaltsarbeiten langsam und in Etappen zu verrichten. Darüber hinaus erachte die Abklärungsperson die Mithilfe der Familienmitglieder in einem Umfang zumutbar, der weit über eine anzurechnende Mitwirkungspflicht hinausgehe. Der Ehemann sei voll erwerbstätig und die Söhne voll ausgelastet, ihre Hilfe könne also nicht 75 % der von ihr verrichteten Arbeiten abdecken (Urk. 1)

Die Arbeitsunfähigkeit im Sinne von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG entspricht der Einbusse an funktionellem Leistungsvermögen im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich (Art. 6 ATSG; BGE 130 V 97 E. 3.2). Bei der Bemessung der Invalidität von im Haushalt tätigen Versicherten ist die Schadenminderungspflicht von erheblicher Relevanz. Nach der Rechtsprechung ist dabei vom Grundsatz auszugehen, dass einem Leistungsansprecher im Rahmen der Schadenminderungspflicht Massnahmen zuzumuten sind, die ein vernünftiger Mensch in der gleichen Lage ergreifen würde, wenn er keinerlei Entschädigung zu erwarten hätte. Für die im Haushalt tätigen Versicherten bedeutet dies, dass sie Verhaltensweisen zu entwickeln haben, welche die Auswirkungen der Behinderung im hauswirtschaftlichen Bereich reduzieren und ihnen eine möglichst vollständige und unabhängige Erledigung der Haushaltarbeiten ermöglichen. Kann die versicherte Person wegen ihrer Behinderung gewisse Haushaltarbeiten nur noch mühsam und mit viel höherem Zeitaufwand erledigen, so muss sie in erster Linie ihre Arbeit einteilen und in üblichem Umfang die Mithilfe von

Familienangehörigen in Anspruch nehmen. Ein invaliditätsbedingter Ausfall darf bei im Haushalt tätigen Personen nur insoweit angenommen werden, als die Aufgaben, welche nicht mehr erfüllt werden können, durch Drittpersonen gegen Entlohnung oder durch Angehörige verrichtet werden, denen dadurch nachgewiesenermassen eine Erwerbseinbusse oder doch eine unverhältnismässige Belastung entsteht. Die im Rahmen der Invaliditätsbemessung bei einer Hausfrau zu berücksichtigende Mithilfe von Familienangehörigen geht daher weiter als die ohne Gesundheitsschädigung üblicherweise zu erwartende Unterstützung. Geht es um die Mitarbeit von Familienangehörigen, ist danach zu fragen, wie sich eine vernünftige Familiengemeinschaft einrichten würde, wenn keine Versicherungsleistungen zu erwarten wären. Dabei darf nach der Rechtsprechung unter dem Titel der Schadenminderungspflicht nicht etwa die Bewältigung der Haushaltstätigkeit in einzelnen Funktionen oder insgesamt auf die übrigen Familienmitglieder überwältigt werden mit der Folge, dass gleichsam bei jeder festgestellten Einschränkung danach gefragt werden müsste, ob sich ein Familienmitglied finden lässt, das allenfalls für eine ersatzweise Ausführung der entsprechenden Teilfunktion in Frage kommt. Schliesslich vermag die Tatsache, dass sich die der Rechtsprechung zugrunde liegenden, in Art. 159 Abs. 2 und 3 ZGB zwischen den Ehegatten und in Art. 272 ZGB zwischen Eltern und Kindern statuierten Beistandspflichten nicht unmittelbar durchsetzen lassen (d.h. weder klagbar noch vollstreckbar sind), sondern nur freiwillig erfüllt werden können, an der Schadenminderungspflicht der im Haushalt beschäftigten Versicherten nichts zu ändern. Denn wie auch im Erwerbsbereich darauf abzustellen ist, ob die verbleibende Erwerbsfähigkeit auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt grundsätzlich verwertbar ist, unabhängig davon, ob eine solche Anstellung rechtlich durchsetzbar ist, ist auch in Bezug auf den Haushaltbereich davon auszugehen, was in der sozialen Realität üblich und zumutbar ist, unabhängig davon, ob eine Mithilfe rechtlich durchsetzbar ist (BGE 133 V 504 E. 4.2 mit Hinweisen).

Diesbezüglich ist festzuhalten, dass die Kinder der Beschwerdeführerin 1992 und 1999 geboren wurden und damit längst erwachsen sind. Die von der Haushaltsabklärungsperson berücksichtigte Mithilfe der Angehörigen, sprich der erwachsenen Söhne und des Ehemannes, bewegt sich keineswegs in einem sozial unüblichen oder unzumutbaren Rahmen (vgl. hierzu Urk. 7/73/7 ff.): Die Beschwerdeführerin kann einfache Gerichte kochen, lediglich Gemüse schälen ist nicht möglich. Die oberflächliche Reinigung der Küche übernimmt ebenfalls sie, die gründliche Reinigung ist nicht möglich.

Dies wurde entsprechend als Einschränkung berücksichtigt. Es ist dem Ehemann zuzumuten, einmal wöchentlich zu säugen und den Boden aufzunehmen sowie gründliche Badreinigungen zu übernehmen. Das Aufräumen der eigenen Zimmer ist ebenfalls zuzumuten ebenso wie das Betten machen. Die Unterstützung durch den Ehemann beim Grosseinkauf ist sozial üblich und zumutbar. Die Wäsche erledigt die Beschwerdeführerin selbst, lediglich den Transport muss ein Familienmitglied übernehmen. Es ist dem erwachsenen Sohn darüber hinaus zuzumuten, dass er seine Hemden selbst bügelt.

Damit ist im Haushaltbereich insgesamt von einer 17%igen Einschränkung auszugehen, woraus ein gewichteter Teilinvaliditätsgrad von 5 % resultiert. 5.4

Im Zeitraum vom 1. März 2018 bis zum 30. April 2019 resultiert entsprechend ein Invaliditätsgrad von 75 % (Teilinvaliditätsgrad Erwerbsbereich 70 % , Teilinvaliditätsgrad Haushaltbereich 5 %), womit Anspruch auf eine ganze Rente besteht.

Ab dem 1. Mai 2019 liegt ein gewichteter Teilinvaliditätsgrad von 23 % im Erwerbsbereich vor. Zusammen mit dem Teilinvaliditätsgrad von 5 % im Haushaltsbereich resultiert ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 28 % .

Die Verfügung erweist sich zusammenfassend

soweit als rechtens, als dass ab dem 1. März 2018 bis zum 30. April 2019 eine befristete Rente zugesprochen wurde.

6.

Aus dem Haushaltsabklärungsbericht vom 26. September 2019 als auch aus den im Vorbescheidverfahren eingereichten Arztberichten der Klinik G.____ vom 10. Mai und 13. Juni

2019 (Urk. 7/87/9

ff.) als auch aus dem Bericht von Dr. H.____ vom 27. August 2020 gehen nebst den Beschwerden an der linken Hand/am linken Arm keine weiteren Leiden hervor , wobei Dr. H.____ sie auch nur bis April 2019

betreute (vgl. E. 3.11; Urk. 7/90) .

Die Beschwerdeführerin selbst machte in ihren Stellungnahmen im Rahmen des Einwandverfahrens - nebst den gesundheitlichen Problemen mit der Hand/Arm - keine weitergehenden Beschwerden geltend (Urk. 7/79; Urk. 7/83; Urk. 7/95), womit bis zur Stellungnahme vom 23. September 2020 von einem stationären Gesundheitszustand auszugehen ist (Urk. 7/93).

Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens reichte die Beschwerdeführerin allerdings verschiedene Berichte von Januar und Februar 2021 - mitunter also für den entscheiderelevanten Zeitraum vor Erlass der angefochtenen Verfügung vom 22. Februar 2021 (Urk. 2) - ein, aus welchen hervorgeht, dass sie neu auch unter Rückenschmerzen und Hüftproblemen leidet (vgl. E. 3.12). Ob und allenfalls ab wann genau diese neu hinzugetretenen Beschwerden weitere funktionelle Einschränkungen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nach sich ziehen, bleibt aufgrund der vorliegenden medizinischen Berichte unklar und bedarf weitergehender Abklärungen (vgl. E. 2.6).

Damit erweist sich die medizinische Aktenlage für eine abschliessende Beurteilung des Leistungsanspruchs ab September 2020 als unzulänglich. Die angefochtene Verfügung ist demnach insoweit aufzuheben, als sie den Anspruch auf eine Invalidenrente ab September 2020 verneint und es wird die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit im Zeitraum ab September 2020 in geeigneter Weise genauer abkläre und anschliessend über den Leistungsanspruch neu verfüge. Entsprechend ist die Beschwerde in diesem Sinne gutzuheissen. 7.

7.1

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie zu 3/4 der Beschwerdeführerin und zu 1/4 der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 7.2

Die Beschwerdeführer in obsiegt nur teilweise . Gestützt auf Art. 61 lit . g ATSG in Verbindung mit § 34 Abs. 1 und 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hat sie Anspruch auf eine entsprechend reduzierte Prozessentschädigung. Diese ist unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses auf Fr. 4 50.-- (inklusive Mehrwertsteuer und Barauslagen) festzusetzen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne teilweise gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung insoweit aufgehoben wird, als sie den Anspruch auf eine Invalidenrente ab dem 1. September 2020 verneint, und es wird die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen , über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin ab 1. September 2020 neu verfüge. Betreffend berufliche Massnahmen ist auf die Beschwerde nicht einzutreten.

Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800 .-- werden der Beschwerdeführerin zu drei Vierteln sowie der Beschwerdegegnerin zu einem Viertel auferlegt.

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 450 .-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Yolanda Schweri - 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 Der VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin HurstCasanova

E. 2.5.1

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 anzu geben, warum sie auf die eine und nicht auf die andere medizinische These ab stellen (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).

Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxis gemässen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1) genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (BGE 137 V 210 E. 1.2.1). Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 E. 8.5, 142 V 58 E. 5.1 mit Hinweisen).

E. 2.5.2

Die von einer qualifizierten Person durchgeführte Abklärung vor Ort (nach Massgabe des Art. 69 Abs. 2 IVV; vgl. auch Rz. 3081 ff. des Kreisschreibens über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung, KSIH, gültig ab 1. Januar 2015) stellt für gewöhnlich die geeignete und genügende Vorkehr zur Bestimmung der gesundheitlichen Einschränkung im Haushalt dar.

Hinsichtlich des Beweiswerts der entsprechenden Berichterstattung ist wesentlich, dass sie durch eine qualifizierte Person erfolgt, die Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse sowie der aus den medizinischen Diagnosen sich ergebenden Beeinträchtigungen und Behinderungen hat. Weiter sind die Angaben der versicherten Person zu berücksichtigen, wobei divergierende Meinungen der Beteiligten im Bericht aufzuzeigen sind. Der Berichtstext schliesslich muss plausibel, begründet und angemessen detailliert bezüglich der einzelnen Einschränkungen sein sowie in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben stehen.

Diese Beweiswürdigungskriterien sind nicht nur für die im Abklärungsbericht enthaltenen Angaben zu Art und Umfang der Behinderung im Haushalt massgebend, sondern gelten analog für jenen Teil eines Abklärungsberichts, der den mutmasslichen Umfang der erwerblichen Tätigkeit von teilerwerbstätigen Versicherten mit häuslichem Aufgabenbereich im Gesundheitsfall betrifft (Urteil des Bundesgerichts I 236/06 vom 19. Juni 2006 E. 3.2).

Einer ärztlichen Fachperson, die sich zu den einzelnen Positionen der Haushaltsführung unter dem Gesichtswinkel der Zumutbarkeit zu äussern hat, bedarf es nur in Ausnahmefällen, namentlich bei unglaubwürdigen Angaben der versicherten Person, die im Widerspruch zu den ärztlichen Befunden stehen. Zwar ist der Abklärungsbericht seiner Natur nach in erster Linie auf die Ermittlung des Ausmasses physisch bedingter

Beeinträchtigungen zugeschnitten, weshalb seine grundsätzliche Massgeblichkeit unter Umständen Einschränkungen erfahren kann, wenn die versicherte Person an psychischen Beschwerden leidet. Prinzipiell je doch stellt er auch dann eine beweistaugliche Grundlage dar, wenn es um die Bemessung einer psychisch bedingten Invalidität geht, das heisst wenn die Beurteilung psychischer Erkrankungen im Vordergrund steht. Widersprechen sich die Ergebnisse der Abklärung vor Ort und die fachmedizinischen Feststellungen zur Fähigkeit der versicherten Person, ihre gewohnten Aufgaben zu erfüllen, ist aber in der Regel den ärztlichen Stellungnahmen mehr Gewicht einzuräumen als dem Bericht über die Haushaltsabklärung, weil es der Abklärungsperson regelmässig nur beschränkt möglich ist, das Ausmass des psychischen Leidens und der damit verbundenen Einschränkungen zu erkennen (zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 8C_817/2013 vom 28. Mai 2014 E. 5.1).

E. 2.6

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Gemäss ständiger Rechtsprechung ist in der Regel von der Rückweisung – da diese das Verfahren verlängert und verteuert – abzusehen, wenn die Rechtsmittelinstanz den Prozess ohne wesentliche Weiterungen erledigen kann. In erster Linie kommt eine Rückweisung in Frage, wenn der Versicherungsträger auf ein Begehren überhaupt nicht eingetreten ist oder es ohne materielle Prüfung abgelehnt hat, wenn schwierige Ermessensentscheide zu treffen sind, oder wenn der entscheidrelevante Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts U 209/02 vom 10. September 2003 E. 5.2). 3.

Die medizinische Aktenlage präsentiert sich im Wesentlichen folgendermassen: 3.1

Dr. med. B.____, Facharzt für Innere Medizin spezialisiert Rheumatologie, untersuchte die Beschwerdeführerin im Auftrag der Krankentaggeldversicherung. Er konstatierte, dass sie vom 21. Januar bis zum 23. Januar 2017 und wieder ab dem 8. März 2017 vollumfänglich krankgeschrieben sei. Es bestehe ein CRPS I an der linken Hand bei Status nach Karpaltunnelsyndrom-Operation am 8. März 2017. Die CRPS-Komplikation habe sich im Verlauf entwickelt mit livider Verfärbung der Hand, Schwellung, vermehrte r

Schweissekretion

palmar, Hyperalgesie im Bereich der Operationsnarbe und einem Faustschlussdefizit mit Sperrdistanz von 0.5

cm. Die linke Hand sei dominant («Low Level Assessment» vom 29. Juni 2017, Urk. 7/6/6 ff.). 3.2

Dr. med. C.____, Facharzt für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie und Facharzt für Handchirurgie, betreute die Beschwerdeführerin im Verlauf (vgl. Berichte des Jahres 2017, Urk. 7/33/4 ff.). Dr. C.____ diagnostizierte am 13. Oktober 2017 persistierende Beschwerden mit elektrophysiologisch nach gewiesener, leichtgradiger, demyelinisierender

Medianusschädigung bei Zustand nach Karpaldachspaltung am 8. März 2017 sowie ein platoniertes CRPS. Am 12. Oktober 2017 fand eine stationäre Karpaldachspaltung statt (Urk. 7/33/14).

In der Verlaufskontrolle vom 23. Dezember 2017 konstatierte Dr. C.____, dass - verglichen mit der Erstkonsultation am 26. Juni 2017 - eine erhebliche Verbesserung des Zustandes der linken Hand und des Gesamtzustandes habe erreicht werden können. Die Narbe lasse sich nahezu schmerzfrei palpieren und beklopfen. Ebenso sei sowohl das Kolorit der Hand als auch die Schwellung der Hand vollkommen normalisiert. Die Beschwerdeführerin

berichte über intermittierende Schmerzen in den Fingern, was im Sinne der Reinnervation auch erklärbar sei. Er habe mit der Beschwerdeführerin Desensibilisierungsmassnahmen der Narbe besprochen und erklärt, dass es noch ein paar Wochen bis zum Endzustand brauche. Bezüglich der Verbesserung des Nervs bitte er um erneute elektroneurographische Untersuchung (Urk. 7/33/20). 3.3

Dr. med. D.____, Facharzt für Neurologie, notierte in seinem von der Beschwerdeführerin eingeholten Bericht vom 23. Februar 2018 folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/35/3): - Progrediente Schädigung des Nervus

medianus links nach offener Carpaldachspaltung mit Neurolyse des N. medianus, N. ulnaris, Synovektomie und Heben eines fascio-lipösen Lappchens zur Deckung des N. medianus - Status nach halboffener Carpaldachspaltung links am 8. März 2017

Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit notierte er einen Status nach CRPS linke Hand. Die Langzeitprognose zur Arbeitsfähigkeit bleibe offen. Die linke Hand sei deutlich vermindert belastbar, sie könne weder als Packerin noch als Putzfrau arbeiten. Es träten unter manueller Belastung Reizerscheinungen des N. medianus auf in Form brennender und stechender Missempfindungen in den Fingern II bis IV links. Gegenwärtig sei keine Tätigkeit zumutbar. Voraussetzung für einen Wiedereinstieg sei eine Besserung der Funktion des N. medianus links, entweder durch konservative Massnahmen oder operativ. 3.4

Dr. C.____ berichtete im Verlauf über persistierende und zunehmende immobilisierende Schmerzen (vgl. Bericht vom 7. März 2018, Urk. 7/37), woraufhin erneut ein MRI erstellt (vgl. Bericht vom 26. April 2018, Urk. 7/39; vgl. auch Urk. 7/40) und eine ultraschallgesteuerte Kortison-Infiltration im Bereich des Nervus

medianus

durchgeführt wurde (vgl. Bericht vom 18. Juni 2018, Urk. 7/43).

Am 5. Juli 2018 führte Dr. C.____ eine operative Revision des Karpaltunnels links mit ausgedehnter Neurolyse des Nervus

medianus und Polsterung desselben mit einem adipofasziokutanem, retrograd gestieltem Arteria

radialis Perforator-Lappen durch (Urk. 7/51/12 f.) In der Folge trat eine Wundheilungsstörung auf (vgl. Verlaufsblätter vom 27. Juli und 21. September 2018, Urk. 7/51/19 ff.), welche am 7. September 2018 operativ versorgt wurde (Urk. 7/51/23).

Dr. C.____ hielt anlässlich der Sprechstunde vom 22. Oktober 2018 fest, dass die Beschwerdeführerin eine deutliche Besserung der einschliessenden stechenden Schmerzen angebe, sie sei dennoch psychisch sehr angeschlagen, dass sich das Beschwerdebild noch nicht ganz verbessert habe. Sie äussere eine Hypersensibilität über dem Narbenbereich in

der Hohlhand links und gebe eine Art Muskel schmerz an. Sie nehme zurzeit noch NSAR bei Bedarf (Urk. 7/51/35). 3.5

Dr. D.____ untersuchte die Beschwerdeführerin erneut am 12. Dezember 2018. Er hielt fest, dass sich klinisch und auch elektroneurographisch keine Hinweise auf ein Funktionsdefizit des N. medianus oder des N. ulnaris an der linken oberen Extremität finde. Die minim verzögerte distale motorische Medianuslatenz sei als residuell zu betrachten, im Vergleich zur letzten elektrophysiologischen Untersuchung vom 26. Januar 2018 zeige sich die Medianusfunktion stark gebessert. Die von der Beschwerdeführerin beschriebenen nächtlichen Taubheitserscheinungen der rechten Hand seien wohl auf eine leichte mechanische Irritation des Medianusnervs im Carpalbereich zurückzuführen. Erfreulicherweise zeige die Elektroneurographie eine intakte sensomotorische Medianusfunktion rechts. An der rechten Hand sei aus neurologischer Sicht ein operatives Vorgehen gegenwärtig nicht angezeigt (Urk. 7/54). 3.6

Am 10. Januar 2019 fand die Abschlusskontrolle bei Dr. C.____ statt (Urk. 7/52). Er konstatierte, dass die ehemaligen Schmerzen nach der Revision des linken Carpaltunnels am 5. Juli 2018 deutlich regredient gewesen seien. Die am 12. Dezember 2018 durchgeführte Elektroneurographie habe im Vergleich zur Neurographie am 26. Januar 2018 eine Normalisierung der sensiblen Medianusneurographie links und eine deutliche Besserung der motorischen Medianusneurographie gezeigt. Dennoch sei die Beschwerdeführerin mittlerweile erheblich geplagt und man müsse feststellen, dass sie bei Weitem nicht mehr die gleiche Person darstelle, wie noch vor knapp zwei Jahren. Sie sei seit kurzem in psychiatrischer Behandlung und gebe an, die bisher erlebte Schmerztherapie als nicht optimal empfunden zu haben.

Er gehe von einer chronifizierten Schmerzproblematik aus. Von Seiten der chirurgischen Betrachtungsweise könne er keine Verbesserung mehr erzielen. Er habe die Empfehlung abgegeben, dass die Beschwerdeführerin durch die Hausärztin oder die Psychiaterin weiterbetreut werden sollte. Er habe auch mitgeteilt, dass es wichtig sei, medikamentöse Hilfe in Anspruch zu nehmen, da sie sonst nicht an den zusätzlichen Komorbiditäten ansetzen könnten. Er schliesse den Fall aus handchirurgischer Sicht ab. 3.7

Dr. med. E.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in ihrem von der Beschwerdegegnerin eingeholten Bericht vom 27. März 2019 fest, dass die Beschwerdeführerin vom 6. Dezember 2018 bis zum 21. Januar 2019 bei ihr in Behandlung gewesen sei. Die Beschwerdeführerin habe sich von Anfang an skeptisch gegenüber einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung gezeigt. Es sei schwierig für sie, ihr jetziges Zustandsbild von ihren somatischen Beschwerden zu trennen. Eine Behandlung mit Escitalopram und Sequase sei empfohlen worden, wobei keine Beurteilung möglich sei, ob sie die Medikation genommen habe oder wie es ihr aktuell gehe. Bei der Beschwerdeführerin bestehe klinisch und phänomenologisch eine anhaltende somatoforme Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F45.4), die sich als ein chronisches Schmerzsyndrom mit depressivem Zustandsbild manifestiere. Die Beschwerdeführerin habe die Operationen in traumatisierender Weise erlebt. Vor allem die langwierigen Beschwerden und Schmerzen und die damit verbundene Einschränkung bei der Bewältigung der Alltagsaktivitäten hätten bei ihr, die sich seit je durch ihre Leistungen und Verantwortung definiert habe, zu diesem Störungsbild geführt. Sie könne keine Aussage über ihre aktuelle Arbeitsunfähigkeit machen (Urk. 7/61). 3.8

Am 24. Mai 2019 fand ein MRI des linken Unterarms und des linken Handgelenks statt. Dr. med. F.____, Facharzt für Radiologie, führte aus, dass eine streifige Narbe über dem Karpaltunnel ulnarseitig vorliege. Hier bestehe ein atypischer Lauf des Nervus

ulnaris tief in der Loge de Guyon mit Interposition zwischen der Arteria und Vena ulnaris und dem Os pisiforme, bi-dimorphologisch sei hier eine Kompression des Nervus ulnaris denkbar. Der Nervus

medianus sei unauffällig (Urk. 7/64). 3.9.3.9.1

RAD-Arzt Dr. Z.____ hielt in seinem Bericht vom 5. Juli 2019 gestützt auf seine orthopädisch-handchirurgische Untersuchung vom 11. Juni

2019 (Urk. 7/68/10) folgende Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit fest: - Erhebliche Funktionseinschränkung der linken Hand entsprechend CRPS I linke Hand bei Status nach CTS-Operation links am 08.03.2017, Status nach offener Karpaldachspaltung mit Neurolyse des N. medianus und des N. ulnaris am 12. Oktober 2017, Status nach Revision des Karpaltunnels links,

Neurolyse des N. medianus und gestieltem Perforator-Lappen am 5. Juli 2018, Status nach Wundrevision am 7. September 2018.

Die im Dossier vorliegenden Unterlagen gäben keine Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit an. Das Belastungsprofil werde ebenfalls nicht definiert. Die infolge des Gesundheitsschadens diagnostizierten Einschränkungen zeigten nach vollziehbar eine volle Arbeitsunfähigkeit in angestammter Tätigkeit als Packerin. Bei der RAD-Untersuchung vom 11. Juni 2019 fanden sich Einschränkungen für mittelschwere und schwere körperliche Tätigkeiten, insbesondere solche mit überwiegender Belastung des linken Handgelenkes und mit erhöhten Anforderungen an die Kraft der linken Hand sowie mit Kälte-/Nässe-Exposition. Die linke Hand werde allenfalls als Beihand eingesetzt.

Bei der

47-jährigen Packerin im Y.____ (Paletten im Lager abholen und im Laden aufstellen) mit Nebenbeschäftigung in Privathaushalten in der Reinigung bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit in den angestammten Tätigkeiten seit dem 8. März 2017.

In einer angepassten leichten bis mittelschweren Tätigkeit mit Wechselbelastung ohne den Einsatz der linken Hand, ohne erhöhte Anforderungen an die Kraft und Haltefunktion der linken Hand, daher auch ohne Besteigen von Leitern und Gerüsten, ohne Heben und Tragen von Lasten und ohne Arbeiten mit ungünstigen Hebelwirkungen am linken Handgelenk (Stielwerkzeuge, Arbeiten mit ausgestreckten Armen), ohne repetitive Beanspruchung der Hände und ohne erhöhte Anforderungen an das feinmotorische Geschick der linken Hand, ohne andauernde Vibrationsbelastungen und Nässe-Kälteexposition sei die Beschwerdeführerin zu 70% arbeitsfähig seit dem 10. Januar 2019. An diesem Tag sei beim behandelnden Handchirurgen Dr. C.____ die Abschlussuntersuchung erfolgt. Der dabei erhobene Befund entspreche dem Befund bei der RAD-Untersuchung vom 11. Juni 2019, sodass ab diesem Zeitpunkt die bei der RAD-Untersuchung vom 11. Juni 2019 festgestellte Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit anzunehmen sei. Die linke Hand könne nur als Beihand eingesetzt werden. Dadurch sei die jetzt bestehende Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit um 30% reduziert. Die Reduzierung ergebe sich aus der

Verlangsamung der möglichen Bewegungen und des Einsatzes der linken Hand. 3.9 .2

RAD-Ärztin Dr. A.____ untersuchte die Beschwerdeführerin ebenfalls am 11. Juni 2019. In ihrem psychiatrischen Untersuchungsbericht führte sie aus, dass keine psychiatrischen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorlägen, die Beschwerdeführerin könne aus psychiatrischer Sicht alle Tätigkeiten ausführen, die ihr aus orthopädischer Sicht erlaubt seien (Urk. 7/69). 3.10

Die Ärzte der Handchirurgie der Klinik G.____ diagnostizierten in ihrem Sprechstundenbericht vom 12. Juni 2019 eine chronische Schmerzproblematik Vorderarm und Hand links mit invalidisierendem Charakter bei - Zustand nach Neurolyse des Nervus medianus mit Tenosynovektomie links am 8. März 2017 - Zustand nach offener Carpaldachspaltung mit Neurolyse des Nervus

medianus sowie Nervus

ulnaris links mit Synovektomie und Deckung des Nervus

medianus mit einem Fasziolipösem-Lappchen am 12. Oktober 2017 - Zustand nach Revision des linken Carpaltunnels mit ausgedehnter Neurolyse des Nervus

medianus und Polsterung desselben mit einem Adico-fasciocutanen, retrograd gestielten A. radialis-Perforator-Lappen vom 5. Juli 2018 - Zustand nach Sekundärverschluss am 7. September 2018 - Status nach CRPS im Rahmen der Primäroperation

Es zeigte sich sowohl elektrophysiologisch wie auch MR-tomographisch ein weitgehend unauffälliger Befund, sodass sie aus handchirurgischer Sicht keine Verbesserungsmöglichkeiten sähen. Die Situation sei noch einmal mit dem stellvertretenden Chefarzt der Handchirurgie besprochen worden. Sie empfahlen unbedingt eine langfristige Betreuung durch einen Schmerztherapeuten, eine solche Behandlung werde bei ihnen nicht angeboten. Nach wie vor bestünden leichte Dystrophiezeichen. Hier habe die Beschwerdeführerin die Therapie mit DMSO-Salbe nochmals aufgenommen. Weitere Kontrollen seien nicht vereinbart (Urk. 7/89/9 f.). 3.11

Dr. med. H.____, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in seinem von der Beschwerdeführerin eingeholten Bericht vom 27. August 2020 fest, dass er die Beschwerdeführerin nur vom 5. Februar bis zum 9. April 2019 behandelt habe und darum über die aktuelle medizinische Situation keine Auskunft geben könne. Er konstatierte, dass sich anlässlich der Untersuchungen für die geschilderten Schmerzen kein sicheres neurologisches Korrelat habe finden lassen (Urk. 7/90). 3.12

Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens reichte die Beschwerdeführerin weitere Arztberichte ein. 3.12 .1

Dr. med. I.____, Facharzt für Chirurgie und Handchirurgie, überwies die Beschwerdeführerin mit Schreiben vom 13. Januar 2021 an Dr. med. J.____, Facharzt für Anästhesie. Dr. I.____ konstatierte, dass die Beschwerdeführerin jetzt über persistierende Schmerzen bis in den Schulterbereich klagt, nachts könne sie schlecht schlafen. Klinisch finde sich eine volle Beweglichkeit, die Sensibilität sei seitengleich, die Muskulatur weich. Medikation sei sie zur Zeit unter Inflammac und Prednison. Chirurgisch sehe er zur Zeit keine Möglichkeit (Urk. 3/4). 3.12 .2

Am 13. Januar 2021 wurde aufgrund von klinischen Schmerzen an der rechten Hüfte und am rechten Oberschenkel, teilweise bis Unterschenkel, ein MR der Lendenwirbelsäule durchgeführt. Dr. med. K.____, Facharzt für Radiologie, notiert in seinem Bericht eine Osteochondrose mit Wirbelkörperödem Lendenwirbelkörper (LWK) 5/Sakralwirbelkörper (SWK)1, Typ Modic

1. Es besteht eine rezessale Enge mit Tangierung der Nervenwurzel L5 beidseits und S1 beidseits, links mehr als rechts. Gegebenenfalls wäre eine epidurale Infiltration bei LWK4/5 zu erwägen (Urk. 3/5). 3.12.3

Am 12. Februar 2021 führte Dr. K.____ ein MR des Hüftgelenkes nativ und mit i.v. Kontrastmittel rechts durch. Er hielt eine anterosuperiore Labrumläsion fest. Es besteht eine Zyste des anterosuperioren

Femurkopfes/Halsüberganges wie bei einer Herniation

pit. Es stelle sich die Frage eines Impingements. Es sei eine Tendinitis der Gluteus minimus Sehne und der M. piriformis Sehne am Ansatz Trochanter major erkennbar sowie eine mässige Bursitis trochanterica (Urk. 3/6). 3.12.4

In den Berichten der Klinik L.____ vom 16. Februar 2021 hielten die Behandler nebst den Schmerzen an der Hand auch weitere Schmerzen im Rücken sowie in den Beinen fest (Urk. 3/7-8). Die Beschwerdeführerin konsultierte bezüglich der Hüft- und Rückenschmerzen auch M.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, welcher eine anterosuperiore Labrumläsion bei Verdacht auf FAI rechts diagnostizierte und Vorschläge für ein weiteres Prozedere unterbreitete (Urk. 3/9). 4.

4.1

Die Untersuchungsberichte der RAD-Ärzte Dr. Z.____ und Dr. A.____

(Urk. 7/68-69) erfüllen sämtliche rechtssprechungsgemäss erforderlichen Kriterien für beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen (vgl. E.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 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).

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