

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00182 vom 16. Februar 2024

ZH Sozialversicherungsgericht, 2024-02-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2023.00182

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00182 du 16 février 2024

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00182 del 16 febbraio 2024

Erwägungen

E. 1.1

Am 1. Januar 2022 trat das revidierte Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IV G) in Kraft (Weiterentwicklung der IV, WEIV; Änderung vom 19. Juni 2020, AS 2021 705, BBl 2017 2535). Entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Grundsätzen (vgl. BGE 144 V 210 E. 4.3.1) ist nach der bis zum 31. Dezember 2021 geltenden Rechtslage zu beurteilen, ob bis zu diesem Zeitpunkt ein Rentenanspruch entstanden ist. Trifft dies – wie vorliegend, bei unstrittigem Rentenbeginn im August 2019 – zu, so erfolgt ein allfälliger Wechsel zum neuen stufenlosen Rentensystem je nach Alter des Rentenbezügers. Für die Beschwerdeführerin, welche bei Inkrafttreten der Änderung das 30. Altersjahr, nicht aber das 55. Altersjahr vollendet hatte, würde der bisherige Rentenanspruch gegebenenfalls solange bestehen, bis sich der Invaliditätsgrad nach Art. 17 Abs. 1 ATSG ändert. Selbst dann würde der bisherige Rentenanspruch bestehen bleiben, sollte die Anwendung von Art. 28b IVG zur Folge haben, dass der bisherige Rentenanspruch bei einer Erhöhung des Invaliditätsgrades sinken oder bei einem Sinken des Invaliditätsgrades ansteigen würde (vgl. lit. b und c der Übergangsbestimmungen des IVG zur Änderung vom 19. Juni 2020, WEIV; auch Rz. 9100 ff. des Kreisschreibens des BSV über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung, KSIR). Sollte nach Auslaufen der befristeten Rente nach dem 1. Januar 2022 ein neuer Rentenanspruch entstanden sein, würde darauf das seit jenem Zeitpunkt geltende Recht Anwendung finden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_658/2022 vom 30. Juni 2023 E. 3.1). Nachfolgenden werden die Bestimmungen in der bis 31. Dezember 2021 geltenden Fassung zitiert und soweit angezeigt auf Änderungen per 1. Januar 2022 hingewiesen.

E. 1.2

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. 1.3

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

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

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

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

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

Auch nach neuem Recht setzt der Rentenanspruch unter anderem voraus, dass die versicherte Person während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid ist (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit . b und c IVG; vgl. oberwähntes Bundesgerichtsurteil 8C_658/2022 E. 3.1). 1.

E. 1.4

Derweilen hatte das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich die von der Versicherten gegen den Entscheid der Suva vom 1. Juni 2021 erhobene Beschwerde mit Urteil UV.2021.00136 vom 22. Dezember 2022 teilweise gutgeheissen und der Versicherten aus der Unfallversicherung eine Rente bei einem Invaliditätsgrad von 39 % statt 19 % zugesprochen.

E. 2

Gegen die Verfügung der IV-Stelle vom 23. Februar 2023 liess die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin Kern vom Rechtsdienst von Inclusion Handicap, mit Eingabe vom 28. März 2023 Beschwerde erheben (Urk. 1). Darin beantragte sie, ihr über den 29. Februar 2020 hinaus eine unbefristete ganze Rente zuzusprechen; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der IV-Stelle. In prozessualer Hinsicht ersuchte die Versicherte – unter Beilage des ausgefüllten Formulars zur Abklärung der prozessualen Bedürftigkeit sowie einer Unterstützungsbestätigung der Gemeinde C.____ (Urk. 4) – um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung sowie um Bestellung einer unentgeltlichen Rechtsvertreterin in der Person von Rechtsanwältin Kern (Urk. 1 S. 2). Die IV-Stelle schloss in der Beschwerdeantwort vom 11. Mai 2023 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7). Die Beschwerdeantwort wurde der Versicherten mit Verfügung vom 12. Mai 2023 zur Kenntnis gebracht (Urk. 9).

Mit Verfügung vom

16. Januar 2024 räumte das Gericht der Versicherten zudem Gelegenheit ein, sich zur Statusfrage (mit oder ohne Aufgabenbereich) zu äusseren (Urk. 10). Ihre Stellungnahme vom 1. Februar 2024 (Urk. 12) ist der IV-Stelle mit vorliegendem Urteil zur Kenntnis zu bringen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin erwog, die Beschwerdeführerin sei als zu 80 % im Erwerb und zu 20 % im Haushalt tätig zu qualifizieren. Im August 2019, d.h. bei Ablauf der sechsmonatigen Karenzfrist nach verspäteter Anmeldung, sei ihr noch keine Tätigkeit

zumutbar gewesen. Seit Dezember 2019 sei sie in Tätigkeiten entsprechend dem gutachterlich definierten Belastungsprofil jedoch wieder zu 60

% arbeitsfähig. Im Erwerbsbereich resultiere ein Teilinvaliditätsgrad von 32 %. Für einen rentenbegründenden Gesamtinvaliditätsgrad bedürfte es deshalb einer sehr grossen Einschränkung im Haushalt. Eine solche wäre angesichts des Zumutbarkeitsprofils und der Möglichkeit, den Haushalt in Etappen zu erledigen, indessen nicht nachvollziehbar. Dabei seien im Gutachten der B.____ alle gesundheitlichen Beeinträchtigungen bekannt gewesen und gewürdigt worden. Da alle Einschränkungen beim Belastungsprofil berücksichtigt worden seien, rechtfertige sich zudem kein leidensbedingter Abzug (Urk. 2, Verfügungsteil).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin hielt indessen dafür, aufgrund der neurologischen Gesamtsituation bestehe nur noch eine Arbeitsfähigkeit von 50 % im geschützten Rahmen. Zudem sei dem Belastungsprofil, insbesondere der Einarmigkeit, mit einem leidensbedingten Abzug von mindestens 20 % Rechnung zu tragen. In Anbetracht dessen könne auch nur bei voller Berentung auf eine Haushaltsabklärung verzichtet werden (Urk. 1 Ziff. II.2 und II.5). Der behandelnde Neurologe habe zutreffend erörtert, dass die neuropathische Schmerzsituation mit ihren erheblichen Folgeauswirkungen im Gutachten keine Beachtung finde; Verspannungen, Fehl- und Schonhaltung der rechten oberen Extremität hätten Überlastungsbeschwerden myofaszialer Art im Bereich der linken oberen Extremität ausgelöst. Letztlich sei die gutachterliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in der freien Wirtschaft realitätsfremd. Auch die übrigen Ärzte würden von keiner verwertbaren Restarbeitsfähigkeit, aber von einer erheblichen Einschränkung im Haushalt ausgehen (vgl. Urk. 1 Ziff. II.3). Soweit wider Erwarten eine auf dem freien Arbeitsmarkt verwertbare Arbeitsfähigkeit angenommen werde, müsse den gutachterlich festgestellten Einschränkungen sowie der fehlenden Ausbildung in körperlich leichten Tätigkeiten mit einem leidensbedingten Abzug von mindestens 20 % Rechnung getragen werden. Es werde auf die Rechtsprechung zur faktischen Einhändigkeit und das Urteil im Prozess gegen die Suva verwiesen (Urk. 1 Ziff. II.4). 3. 3.1

Die Gutachter der B.____ schlussfolgerten in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung des Gutachtens vom 3. Dezember 2021, die Beschwerdeführerin sei in der bisherigen Tätigkeit in der Reinigung und beim Geschirr abwaschen im Restaurant der Y.____ seit dem Unfall am 8. Februar 2018 nicht mehr arbeitsfähig. In einer angepassten Tätigkeit bestehe seit Dezember 2019 unverändert eine Arbeitsfähigkeit von 60 %. Dabei sei aufgrund überlappender Auswirkungen der orthopädischen, neurologischen und dominierenden psychiatrischen Funktionseinschränkungen die psychiatrische Arbeitsunfähigkeit letztlich allein bestimmend. Die Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten könne prinzipiell dann leicht etwas angehoben werden, wenn es gelinge, die neuropathischen Schmerzen durch schmerztherapeutische Massnahmen zu supprimieren. Es sei aber fraglich, ob und in welchem Ausmass bzw. wann dies gelinge. Die Therapie solcher Schmerzen, insbesondere wenn zusätzlich schmerzpsychologische Therapiemassnahmen notwendig seien, könne kompliziert verlaufen.

Angepasst seien Tätigkeiten, die nur einarmig mit dem nicht dominanten linken Arm erbracht werden könnten und leicht bis mittelschwer seien. Es sollten keine Tätigkeiten ausgeübt werden, welche die Überwindung von Höhendifferenzen erfordern würden, mit

engen Zeitvorgaben zu erbringen oder nervlich belastend seien oder aber besondere Gefährdungen oder Überwachungsfunktionen beinhalten würden. Die Tätigkeiten seien im Sitzen, Gehen oder Stehen möglich. Angepasst sei eine Tätigkeit mit flexibler und vermehrter Pausengestaltung, nur einfachen und möglichst repetitiven Aufgaben, ohne häufige Ortswechsel und bei der auch der verminderten psychophysischen Belastbarkeit im Rahmen eines verständnisvolleren Umfeldes Rechnung getragen werde (Urk. 8/82/7 f.). 3.2

Zu den Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. Urk. 8/82/5 oben) erörterten die Gutachter, bei ungenügender Besserung der traumatischen Nervus

ulnaris -Läsion rechts sei am 18. April 2018 eine Dekompression jenes Nervs im Sulcus ulnaris durchgeführt worden – mit Neurolyse, Wrapping und Versorgung mittels Reaxon Guide. Dennoch habe man kein zufriedenstellendes funktionelles Ergebnis erreicht. Die Angaben der Beschwerdeführerin würden auf eine lediglich partielle Erholung der sensiblen Funktion des Nervus

ulnaris rechts hindeuten (bei erschwerter Differenzierung zwischen Sensibilitätsverlust und Schmerz, Urk. 8/82/15 unten); leider unter Entwicklung neuropathischer Schmerzen im Rahmen der neuroregenerativen Vorgänge, die bis anhin trotz schmerztherapeutischer Bemühungen unge bessert seien. Eine Besserung der Schmerzen sei möglich, aber nicht überwiegend wahrscheinlich (Urk. 8/82/4). Aufgrund der ständig präsenten neuropathischen Schmerzen im Bereich des Nervus

ulnaris rechts ergäben sich Einschränkungen für höher konzentrierte, nervlich belastende, gefährdende und mit Überwachungsfunktion sowie unter Zeitdruck zu erbringende Tätigkeiten (Urk. 8/82/5).

Funktionelle Einschränkungen entstünden zusätzlich besonders durch die hoch gradige atrophische Lähmung der Handmuskulatur des Nervus

ulnaris rechts. Die Handmuskellähmungen führten zur Aufhebung der Grobkraft sowie zu Störungen der Feinmotorik an der rechten Hand (gemäss Urk. 8/82/1 Grad M1[2]). Funktionell liege daher eine aufgehobene Handfunktion der dominanten rechten Hand vor. Zusätzlich habe sich an der Schulter rechts eine pseudoparalytische Bewegungseinschränkung mit einer frozen

shoulder entwickelt (Urk. 8/82/4). Es seien daher nur noch einarmige Tätigkeiten mit dem linken Arm durchführbar. Nicht möglich seien Tätigkeiten mit Überwindung von Höhendifferenzen, bei denen sicheres Festhalten nötig sei. Im Alltag komme die Beschwerdeführerin nach eigenen Angaben gut zurecht und könne auch PC und Natel bedienen (zum Alltag ferner: Urk. 8/82/14, 8/82/24, 8/82/33 und 8/82/39 unten). Permanent schwere körperliche Tätigkeiten seien aufgrund des Vorseptumaneurysma (dazu Urk. 8/82/35 unten) nicht möglich (Urk. 8/82/5).

Die Schmerzen seien mitbedingt durch eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41). Die Diagnosekriterien gemäss ICD-10 seien erfüllt (im Detail: Urk. 8/82/43 Mitte). Es sei von einem unveränderten Zustand seit der psychosomatischen Beurteilung im Austrittsbericht der Rehaklinik A. ___ vom Dezember 2019 auszugehen. Zudem würden vier der zehn in der ICD-10-Kodifikation aufgeführten Symptome einer depressiven Störung vorliegen (im Detail Urk. 8/82/43 oben: gedrückte Stimmung, ver mindeter Antrieb mit gesteigerter Ermüdbarkeit, Schlafstörungen und Appetit veränderungen mit Gewichtszunahme), was einer leichten depressiven Episode

ohne somatisches Syndrom oder psychotische Symptome entspreche (ICD-10: F32.0). Da die Diagnose erstmals gestellt werde, sei eine retrospektive Beurteilung nicht möglich. Es sei anzunehmen, die seit dem Unfall aufgetretenen psychosozialen Belastungen mit fehlender beruflicher Tätigkeit und unbefriedigendem therapeutischen Ansprechen der Schmerzsymptomatik hätten massgeblich zur Entwicklung beigetragen (Urk. 8/82/4). Die Einschränkungen für nervlich und geistig fordernde Tätigkeiten seien damit auch durch die psychischen Gesundheitsstörungen bedingt. Von den höheren psychischen Funktionen würden lediglich die Widerstands- und Durchhaltefähigkeit sowie die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit Beeinträchtigungen erheblicher Art zeigen. Die anderen Funktionen seien nur leicht bzw. mässig beeinträchtigt (Urk. 8/82/5; detailliert Urk. 8/82/46 oben). 3.3

Hinsichtlich weiter zur Diskussion stehender Diagnosen erläuterten die Gutachter, klinische Symptome einer schweren Schädel-Hirn-Traumatisierung beim Unfall lägen nicht vor. Auch hätten das initiale CT und das spätere MRI bildmorphologisch keine intrakraniellen traumatischen Veränderungen gezeigt. Das MRI des Plexus brachialis rechts habe keinen auffälligen Befund gezeigt. Die beginnenden degenerativen Veränderungen an der Halswirbelsäule (HWS) seien ohne Kompression neurogener Strukturen und würden die angegebenen Schmerzen und schmerzhaften Verspannungen der Nacken- und Schultermuskulatur sowie gelegentlichen zervikozephalen Kopfschmerzen erklären. Hinweise für ein primäres Kopfschmerzsyndrom im Sinne von Spannungskopfschmerzen oder einer typischen Migräne lägen nicht vor (vgl. Urk. 8/82/4).

Die insgesamt nicht wesentlich von kulturellen Normen abweichende soziale und berufliche Lebensgestaltung (unter anderem mit erfolgreicher Migration nach Deutschland und in die Schweiz, abgeschlossener Schul- und Berufsausbildung, stabilen familiären Kontakten und Erziehung eines Sohnes), die klinische Untersuchung sowie das gutachterliche Gespräch würden ferner keinen Anhalt für tiefgreifende dysfunktionale Verhaltensweisen liefern und sprächen gegen das Vorliegen einer manifesten Persönlichkeitsstörung (Urk. 8/82/6 oben). 3.4

Ergänzend ist dem neurologischen Teilgutachten zu entnehmen, der rechte Arm könne aufgrund der frozen

shoulder nicht recht positioniert werden, was aber bei aufgehobener Handfunktion kaum ins Gewicht falle (Urk. 8/82/17 Abs. 3). Die Bewegungsdefizite über den Nervus

ulnaris hinaus erklärten sich durch myoarthrogene Bewegungseinschränkungen. Als überwältigend erlebt werde die Schmerzsymptomatik. Dabei liessen sich durchaus die Charakteristika eines neuropathischen Schmerzes abgrenzen. Die sonstige Schmerzsymptomatik er scheine aber sehr vage, schwer fassbar (etwa Urk. 8/82/ 22 unten) sowie subjektiv verunsichernd und werde mit grosser psychomotorischer Unruhe, Nervosität und Agitiertheit vorgetragen (Urk. 8/82/ 14 unten). Vermutlich durch die Mehrbelastung des linken Armes hätten sich Belastungsschmerzen im Bereich des linken Schultergelenkes und des linken Ellbogengelenkes, in jüngster Zeit auch des ersten Strecksehnenfaches links entwickelt, vermutlich bedingt durch myo ligamentäre Schmerzen (Urk. 8/82/ 17 Abs. 4). Hinsichtlich der myofaszialen bzw. myoligamentären Schmerzen bestehe aufgrund des Beschwerdevortrages der Verdacht auf eine zusätzliche, psychisch mitbestimmte Schmerzsymptomatik. So werde bezüglich der Armhebung auch mehr motorisches Defizit demonstriert , als objektiv nachvollziehbar sei (massiv adduzierter rechter Arm beim An- und Auskleiden; Urk. 8/82/ 19 oben). Spezielle therapeutische

Massnahmen bezüglich der Beschwerden am linken Arm seien noch nicht durchgeführt worden (Urk.

8/82/ 12 Mitte). Hinsichtlich der Möglichkeiten einer Therapie der reaktiv aufgetretenen myofaszialen Schmerzen am linken Arm und der frozen

shoulder rechts werde auf das orthopädische Teilgutachten verwiesen (Urk. 8/82/ 18 unten). In angepassten Tätigkeiten bestehe auf neurologischem Gebiet medizinisch-theoretisch eine Arbeitsfähigkeit von 80 % seit Dezember 2019 (Urk. 8/82/20).

Im orthopädischen Teilgutachten findet sich der Hinweis, am 22. Mai 2020 sei wegen Schmerzen am linken Schultergelenk eine MRI- Arthrographie erfolgt. Ge funden habe man eine mässige, geringaktivierte Akromioklavikular (AC)-Gelenk arthrose mit begleitender Reizbursitis subac ro mial/ subdeltoidea

(Urk. 8/82/ 22 unten). Klinisch wurde die Impingementsymptomatik links als negativ angegeben (Urk. 8/82/ 25). Der begutachtende Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie schlussfolgerte, in angepassten Tätigkeiten bestehe seit September 2018 eine Leistungsfähigkeit von 75 % bei ganztägiger Anwesenheit. Es könne nur der linke Arm eingesetzt werden (Urk. 8/82/ 27).

Aus psychiatrischer Sicht wurde die Arbeitsfähigkeit als Service-Mitarbeiterin im Restaurant auf 40 % geschätzt. In angepasster Tätigkeit mit flexibler und ver mehrter Pausengestaltung, einfachen repetitiven Aufgaben, ohne häufige Orts wechsel und ohne Einsatz des rechten Armes, bei welcher der verminderten psychophysischen Belastbarkeit im Rahmen eines verständnisvolleren Umfeldes Rechnung getragen werde, bestehe seit Dezember 2019 eine Arbeitsfähigkeit von 60 % (Urk. 8/82/46 unten). 3.5

Die Gutachter fügten in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung an, es bestün den keine Diskrepanzen zwischen der subjektiven Beschwerdeschilderung sowie den Befunden bzw. dem Verhalten der Beschwerdeführerin in der Untersuchung situation. Die deutliche und bis anhin therapierefraktäre Schmerzsymptomatik werde verständlich durch die Kombination neuropathischer Schmerzen und auch einer psychisch mitbestimmten Störung in der Schmerzempfindung. Der psy chische Einfluss kompliziere die Schmerztherapie und mache zusätzlich zu den somatisch ansetzenden Therapien auch noch eine psychologisch-psychiatrische Schmerztherapie notwendig (Urk. 8/82/6 unten).

Ein Medikamentenspiegel wurde soweit ersichtlich nicht erhoben. Auf Nach fragen des begutachtenden Neurologen, ob sie die Tabletten wirklich nehme, da diese doch nichts gebracht hätten (dazu etwa Urk. 27/1 S. 38 Mitte), berichtete die Beschwerdeführerin , diese zu nehmen und als Wirkung nur Nebenwirkungen in Form von Magenschmerzen zu haben (Urk. 27/1 S. 12 unten). Gegenüber anderen Gutachtern verneinte sie die Einnahme von Medikamenten (Urk. 27/1 S.

22 f.) oder gab an, diese nicht täglich einzunehmen (Urk. 27/1 S. 40 oben).

E. 4

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256

E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc). 2.

E. 4.1

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist 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. Zudem muss der Arzt über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich 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; Urteil des Bundesgerichts 8C_225/2021 vom 10. Juni 2021 E. 3.2, je m.w.H.).

E. 4.2

Es ist mit dem RAD-Arzt Dr. med. D.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, festzuhalten (vgl. Urk. 8/85/11), dass das Gutachten der B.____ diese beweisrechtlichen Anforderungen erfüllt. Es erfasst alle von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden, beruht auf allseitigen Untersuchungen und setzt sich mit den Vorakten auseinander. Es ist zu betonen, dass hierbei – ausgenommen im Rahmen der zuvor kaum abgeklärten und behandelten psychischen Beschwerden – keine neuen, insbesondere keine objektivierbaren Befunde erhoben werden konnten, die sich von den Vorakten abheben würden (etwa Urk. 8/108 betreffend die linke Schulter und die HWS sowie Urk. 8/110/7 und 8/110/2 betreffend die rechte obere Extremität). Dies gilt auch für die nach der Begutachtung neu aufgelegten medizinischen Berichte, wie der RAD-Arzt Dr. med. D.____ in seinen «ergänzenden» Stellungnahmen vom 4.

April, 7. Juli und 29.

September 2022 schlüssig

darlegte (vgl. Urk. 8/141/4-10).

E. 4.3

Im Fokus steht somit die medizinische Folgenabschätzung, die notgedrungen eine hohe Variabilität aufweist und unausweichlich Ermessenszüge trägt. Zwischen ärztlich gestellter Diagnose und Arbeitsunfähigkeit besteht – sowohl bei somatisch als auch bei psychisch dominierten Leiden – nämlich keine unmittelbare Korrelation (BGE 140 V 193 E. 3.1). Massgebend sind vielmehr die konkreten funktionellen Auswirkungen auf das Leistungsvermögen der betroffenen Person (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_570/2018 vom 18. Februar 2019 E. 3.2.1). Umstritten sind hauptsächlich Ausmass und Zuordnung der Schmerzsymptomatik, die Restarbeitsfähigkeit und eine relevante Einschränkung im Haushaltsbereich.

E. 5

4

Hinsichtlich der von Dr. E.____ postulierten Überlastungsschmerzen im Bereich des Nackens sowie der linken oberen Extremität wurde im Gutachten auf die mässige,

geringaktivierte AC-Gelenkarthrose mit begleitender Reizbursitis subacromial/subdeltoidea und negativer Impingementsymptomatik hingewiesen (vgl. E. 3.4). Der Befund war zu geringfügig, um Eingang in die Diagnoseliste zu finden (vgl. Urk. 8/82/5 und 8/82/26). Ebenfalls erwähnt wurde ein unauffälliger MRI-Befund des Plexus brachialis rechts und schliesslich geschlussfolgert, dass die beginnenden degenerativen Veränderungen an der HWS, die ohne Kompression neurogener Strukturen seien, die angegebenen Schmerzen, schmerzhaften Verspannungen der Nacken- und Schultermuskulatur sowie gelegentlichen zervikozephalen Kopfschmerzen erklären würden (vgl. E. 3.2). Auch diese Beschwerden erreichen gemäss Gutachten

aber kein die Arbeitsfähigkeit beeinflussendes Ausmass (vgl. Urk. 8/82/5 und 8/82/26).

Der begutachtende Neurologe räumte in seinem Teilgutachten zwar ein, dass sich «vermutlich» durch die Mehrbelastung wohl myoligamentäre Schmerzen an der linken oberen Extremität entwickelt hätten. Er begründete aber einleuchtend seinen Verdacht auf eine wesentliche psychische Komponente (vgl. E. 3.4), die sich in der psychiatrischen Begutachtung auch bestätigte (vgl. E. 3.2). Es bleibt anzufügen, dass die Beschwerdeführerin

seit dem Unfall keiner Arbeitstätigkeit mehr nachgeht,

die Rehabilitation abbrach

(vgl. Urk. 8/110/11 oben) und einen Ein-Personen-Haushalt in einer 12 m² grossen Wohnung führt (vgl. Urk. 8/8/23 Mitte). Eine Überlastung der linken oberen Extremität erscheint somit wenig plausibel. Die Beschwerden des linken Armes wurden bis zur Begutachtung auch nicht speziell therapiert (vgl. E. 3.4), was den damit verbundenen Leidensdruck in Frage stellt. Zudem lagen bei der Begutachtung auch keine Seitendifferenzen der Muskelprofile mit Ausnahme der hypotrophen Handmuskulatur unter Abschluss des Thenar rechts vor (vgl. Urk. 8/82/15 «Motorik»). Eine blossere Dekonditionierung bzw. ein ungenügendes Auftrainieren der unfallbedingt verstärkt benötigten Muskulatur oder eine nicht angezeigte Schonhaltung im Rahmen einer ausgeprägten, verfestigten, subjektiven Krankheitsüberzeugung und eines dysfunktionalen Verhaltens stellen kein sozialversicherungsrechtlich versichertes Risiko dar (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_755/2020 vom 8. März 2021 E. 5.1).

E. 5.1

Die Beschwerdeführerin beruft sich

in erster Linie auf die Einschätzung des Neurologen Dr. med. E. ____, der am 27. Januar 2022 zur Begutachtung auf seinem Fachgebiet Stellung nahm. Er kritisierte, dass sich der Gutachter zu sehr auf die sensomotorische Ulnarisausfallsymptomatik konzentrierte und die schweren, sekundären Auswirkungen eines invalidisierenden Schmerzsyndroms durch eine traumatische Nervenschädigung nicht zulasse. Die neuropathischen Schmerzen würden deutlich über die Funktionsminderung des rechten Armes hinaus gehen: sekundäre Überlastungsbeschwerden myofaszialer Art im Bereich der linken oberen Extremität, die nun vermehrt zum Zuge kämen, sekundäre Verspannungen, Fehl- und Schonhaltungen der rechten oberen Extremität sowie sekundäre Vermeidungshaltungen. Infolgedessen sei es zu den im Gutachten beschriebenen, psychischen Auswirkungen gekommen. Aus seiner Erfahrung würden Patienten mit chronischen Schmerzzuständen praktisch immer eine (hier schwere) Antriebsminderung bei Depression entwickeln. Inkonsistenzen und eine

Aggravationstendenz habe er nie determinieren können.

Die gutachterliche Arbeitsfähigkeitseinschätzung sei ihm bei seiner langjährigen Erfahrung in der Versorgung von Patienten mit Nervenverletzungen schleierhaft. Eine Inkonsistenz per se sei die Aussage, die Beschwerdeführerin könnte bei komplettem Ausfall und Funktionsunfähigkeit ihrer rechten, dominanten oberen Extremität dennoch als Einarmige mit ihrer linken Seite «problemlos» ein 80 %-Arbeitspensum für eine körperliche Tätigkeit auf dem offenen Arbeitsmarkt bewältigen. Dies sei realitätsfremd. Die 80 %-Angabe sei medizinisch fahrlässig, da die Beschwerdeführerin aufgrund ihres funktionsunfähigen dominanten Arms ein erhöhtes Verletzungsrisiko habe, z.B. bei Stürzen, und überlastungsbedingte Folgeerkrankungen der linken Seite riskiere. Weiter sei ihre Fähigkeit, ihre Haushalt- und Alltagsverrichtungen zu erledigen, abzuklären. Darauf sei im Gutachten überhaupt nicht eingegangen worden. Die Beschwerdeführerin sei bereits bei der Konsultation vom 11. Dezember 2020 nicht mehr in der Lage gewesen, ihren haushaltlichen Verpflichtungen nachzukommen. Ebenso wenig seien im Gutachten ihre limitierten Ressourcen gewürdigt worden: minimale bis nicht vorhandene Deutschkenntnisse, bisher nur Verrichtung körperlicher Arbeiten ohne jede Möglichkeit für den Einsatz leichterer Tätigkeiten im Büro, am Computer etc. Sie sei höchstens auf dem geschützten Arbeitsmarkt für ein Pensum von 50 % und eine 50%ige Leistung vermittelbar (Urk. 8/93/1-2).

Nichts Neues ergibt sich aus dem Bericht von Dr. E.____ vom 3. Februar 2022: Es würden sich eine schwere Ulnarisneuropathie kubital rechts mit komplettem, motorischem Ausfall der Ulnaris -versorgten Muskulatur ex- und intrinsisch sowie eine schwere Hyperpathie und Allodynie im Ulnarisversorgungsgebiet zeigen. Die Ulnarisneuropathie habe durch operative, schmerztherapeutische, medikamentöse sowie physiotherapeutische Massnahmen nicht relevant verbessert werden können. Es sei zu einer Ausstrahlung der neuropathischen Schmerzen nach proximal, myofaszialen Verspannungen im Schulter- und Zervikalbereich mit sekundären Nackenschmerzen, skapulären Schmerzen und überlastungsbedingten Schmerzen des linken Armes gekommen. Die Befunde würden sich praktisch unverändert mit den Vorbefunden vom Dezember 2020 decken, ohne Hinweise auf eine funktionelle Überlagerung oder Aggravation. Eine einarmige Tätigkeit sei unrealistisch und medizinisch fragwürdig, da es nach kürzester Zeit zu einer Überlastung des linken Armes kommen würde und zusätzlich eine erhöhte Verletzungsanfälligkeit bestehe. Die Beschwerdeführerin sei nicht arbeitsfähig (Urk. 8/96).

E. 5.2

Aus Dr. E.____ s Berichten ergeben sich keine Aspekte, die in der Begutachtung der B.____ übersehen wurden. Insbesondere dem Vorwurf, den neuropathischen Schmerzen sei keine Rechnung getragen worden, kann nicht gefolgt werden. Im Gutachten wurde klar aufgezeigt, dass die Arbeitsfähigkeit infolge der Läsion des Nervus

ulnaris rechts in zweifacher Hinsicht eingeschränkt ist: Erstens ist die Handfunktion der dominanten rechten Hand durch die hochgradig atrophische Lähmung der Handmuskulatur weitgehend aufgehoben. Zweitens besteht – neben der Sensibilitätsstörung (vgl. 8/82/1 unten) – ein somatisch erklärbarer und klinisch abgrenzbarer neuropathischer Schmerz (vgl. E. 3.2). Es wurde zudem festgestellt, dass der Arm aufgrund der eingeschränkten Schulterbeweglichkeit nicht recht positioniert werden könne, was jedoch bei aufgehobener Handfunktion kaum zusätzliche Auswirkungen zeitige (vgl. E. 3.4).

Die Mediziner sind sich sodann

alle einig, dass der Beschwerdeführerin nur noch einarmige Tätigkeiten mit dem nicht dominanten linken Arm möglich sind und sie bei kaum vorhandenen Ressourcen darüber hinaus in ihrer körperlichen und psychischen Belastbarkeit

eingeschränkt ist. Einleuchtend wurde gutachterlich die Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten aus neurologischer Sicht – und damit unter Berücksichtigung der neuropathischen Schmerzen, die auch bei leichten adaptierten Arbeiten bestehen und zudem die Konzentration und nervliche Belastbarkeit vermindern – als um 20 % reduziert angegeben (vgl. E. 3.4). Aus orthopädischer Sicht wurden zusätzlich zur sensomotorischen Ulnarisläsion und Neuropathie noch die Schulterbeschwerden rechts berücksichtigt (vgl. Urk. 8/82/18, Diagnoseliste) und die Leistungseinschränkung auf 25 % geschätzt (vgl. E. 3.4). Schliesslich wurde eine psychische Komponente als Mitursache der Schmerzen gutachterlich erkannt und der psychophysisch reduzierten Belastbarkeit aus psychiatrischer Sicht insbesondere mit einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit um 40 % Rechnung getragen (vgl. E. 3.4).

Wie der begutachtende Neurologe im Antwortschreiben auf die Rückfragen der Beschwerdegegnerin vom 15. März 2022 zutreffend ausführte, ist es nicht Sache des Neurologen, sich im polydisziplinären Gutachten fachfremd, wie Dr. E.____

dies getan hat, zum Bewegungsapparat und psychisch bedingten Beschwerden zu äussern. Der Gutachter betonte, dass die sekundären, myofaszialen Überlastungsschmerzen bzw. die psychische Verstärkung der Schmerzsymptomatik im orthopädischen bzw. psychiatrischen Teilgutachten durchaus berücksichtigt worden seien.

Die Berücksichtigung der Multikausalität der Schmerzsymptomatik bedeute indessen nicht, dass sich die funktionellen Auswirkungen (das Empfinden von Schmerzen) addieren würden. Diese würden sich vielmehr überlappen. Die erhebliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 40 % auf psychiatrischem Gebiet decke somit auch die sonstige Schmerzsymptomatik ab. Eine aufgehobene Arbeitsfähigkeit habe sich auch nach polydisziplinärem Konsens nicht begründen lassen.

Spezielle Arbeitsbedingungen seien in Form einer wohlwollenden Arbeitsatmosphäre empfohlen worden, indessen sei trotz psychischer Gesundheitsstörungen keine Notwendigkeit einer Tätigkeit unter geschützten Bedingungen zu erkennen gewesen (Urk. 8/10 1/2).

E. 5.3

Durchaus bewusst waren sich die Gutachter ferner des erhöhten Verletzungsriskos infolge der Funktionsunfähigkeit des dominanten Armes sowie der verminderten Konzentration infolge der neuropathischen Schmerzen, wie etwa der Ausschluss von Arbeiten mit Überwindung von Höhendifferenzen, gefährdenden Tätigkeiten oder solchen mit einer Überwachungsfunktion zeigt (vgl. E. 3.1). Der Beschwerdeführerin wird also mit dem gutachterlichen Belastungsprofil kein höheres Risiko zugemutet, als sie es im Alltag sowieso zu gewärtigen hat – etwa beim Spazieren in der Natur.

E. 5.5

Ergänzend wies der Gutachter im Antwortschreiben vom 15. März 2022

darauf hin, es werde [im Vorbescheidverfahren] über eine seit der Begutachtung verschlechterte Situation im HWS-Bereich berichtet. Grundsätzlich könne es bei

degenerativen Erkrankungen zu akuten Exazerbationen mit Behandlungsbedarf kommen. Durch adäquate konservative Therapie sei aber zumeist eine Besserung zu erzielen. Eine solche bewege sich meist im Mehrwochen-Bereich, könne aber bei kompliziertem Verlauf auch länger dauern und sogar operative Massnahmen notwendig machen. Aktuell sei jedoch nicht der Eintritt eines nicht mehr therapierbaren Endzustands

zu erwarten. Es könne zu

zervikoradikulären Kompromittierungen kommen, die allerdings klinisch nachgewiesen sein müssten. Die Korrelation bildmorphologischer Veränderungen mit den klinischen Beschwerden sei dabei schwach. Ein exakter Rückschluss der Veränderungen in den bildgebenden Verfahren auf eine allfällige Schmerzintensität oder Einschränkungen der Leistungsfähigkeit sei nach der wissenschaftlichen Literatur nicht möglich. Insofern bleibe der weitere klinische Verlauf unter konservativer, gegebenenfalls operativer Therapie abzuwarten. Übrigens seien bereits aufgrund der im Gutachten genannten qualitativen Leistungseinschränkungen nur noch körperlich gering belastende Tätigkeiten unter Schonung der Arme, der HWS und des Schultergürtels möglich (Urk.

8/101/2).

Die daran anschliessenden Abklärungen bestätigten gemäss den

Berichten des Instituts F.____ vom Mai 2022, mitunterzeichnet von Dr. med. G.____, Fachärztin für Rheumatologie sowie physikalische Medizin und Rehabilitation, (Urk. 8/117 und 8/124 ff.),

letztlich

die gutachterlichen

Diagnosen einschliesslich der Multikausalität der Schmerzsymptomatik. So wurden (1) ein Zustand nach Dekompression und Neurolyse des Nervus

ulnaris rechts kubital, (2) eine Schultergelenksarthropathie bei Zustand nach frozen

shoulder mit nun Restzustand und Bewegungseinschränkung in Elevation sowie (3)

eine deutliche myofasziale Komponente mit Eindruck einer Schmerzgeneralisierung mit einer neuropathischen und vegetativen Komponente diagnostiziert.

Dazu wurde angemerkt, die Beschwerdeführerin habe auf therapeutische Massnahmen häufig mit einer Schmerzverschlechterung reagiert.

Objektivierbar sei eine Hyperpathie bzw. Allodynie

genau im Ulnaris-Versorgungsgebiet rechts mit im Ultraschall objektivierbarem, schwer volumenaufgetriebenem Nervus

ulnaris ab Sulcus mit sichtbarem Wrapping im Ellbogen und Kalibersprung distal des Sulcus im Sinne einer anhaltenden Ulnaris-Neuropathie rechts (Phantomschmerz). Die weiterführenden Abklärungen mit Funktions-MRI sowie konventionellen Funktionsaufnahmen der HWS hätten indessen keine Hinweise für eine Instabilität oder radikuläre oder gar Rückenmarkskompression spinal/foraminal ergeben, die das Beschwerdebild erklären könnten (Urk.

8/124/8). Dabei waren im klinischen Untersuch auch Einschränkungen bei der Reklination und Rotation der HWS sowie palpatorisch eine ausgeprägte muskuläre Verspannung des

Schultergürtels und Nackens mit abgrenzbaren Triggerpunkten sowie Druckempfindlichkeit der Facettengelenke rechtsbetont

erhoben worden

(vgl. Urk. 8/117/2 und 8/124/9) .

Die Arbeitsfähigkeit, die berufliche Situation sowie das Eingliederungspotential konnten seitens der Behandler nicht abschliessend beurteilt werden. Die Feststellung, Arm und Hand rechts seien nicht einsetzbar, steht dabei im Einklang mit dem Gutachten .

Die Schlussfolgerung, es bestehe, wie von Dr.

E.____ erwähnt, zurzeit keine verwertbare Arbeitsfähigkeit bei der rechtsdominanten Beschwerdeführerin

(vgl. Urk. 8/117/3) , stellt

demgegenüber keine medizinische Feststellung dar. Vielmehr handelt es sich dabei um die

persönliche Einschätzung der Verwertbarkeit einer solcher Art eingeschränkten Arbeitsfähigkeit auf dem tatsächlichen Arbeitsmarkt.

Am 1. September 2022 berichtete Dr. G.____ ergänzend, es sei eine ausgedehnte Infiltrationsbehandlung inkl .

Stellatumblockade vorgenommen worden, ohne dass sich am Beschwerdebild oder der körperlichen Belastbarkeit etwas geändert habe . Sie hob wie im Gutachten hervor, dass in Anbetracht dessen sowie der Vorgeschichte mit direkten strukturellen Behandlungen keine Besserung erreicht werden könne, vielmehr sei eine multimodale Rehabilitation mit vor allem psychosomatischem Ansatz erforderlich. Aufgrund des aktuellen Zustands erachtete sie manuelle oder körperlich mittelschwere

und schwere Tätigkeiten als unzumutbar (Urk. 8/129/4) . Es könne zudem keine angepasste Tätigkeit mit verwertbarer Arbeitsfähigkeit formuliert werden. Dem stünden schmerzbedingte körperliche Belastungseinschränkungen mit ausgesprochenem Vermeidungsverhalten und sozialem Rückzug entgegen (Urk. 8/129/5) . Damit wurde

im jüngsten neurologischen Bericht wiederum die psychische Verstärkung der Symptomatik

betont, während sich keine Hinweise auf eine relevante Verschlechterung der somatischen Befunde seit der Begutachtung ergeben .

E. 5.7

Zusammenfassend vermag die Beschwerdeführerin mit den nachgereichten Berichten und Stellungnahmen der Behandler

somit keine Zweifel am

Gutachten der B.____

zu wecken. Es konnten darin

keine somatischen Befunde oder neuen

Aspekte aufgezeigt werden, die auf eine höhere Einschränkung der Arbeitsfähigkeit als gutachterlich

dargetan schliessen lassen würden. Die Nervenläsion sowie die verbliebene Bewegungseinschränkung nach frozen

shoulder rechts führen unstrittig zu einer Beschränkung auf einarmige Tätigkeiten, auszuführen mit der dominanten oberen Extremität. Hinzu

kommen, unter Berücksichtigung der degenerativen Befunde im Hals- und Schulterbereich sowie der neuropathischen Schmerzen, eine Beschränkung auf körperlich gering belastende Tätigkeiten sowie eine Reduktion der Leistungsfähigkeit, die gemäss Gutachten letztlich 25 % beträgt.

Daneben bestehen Beeinträchtigungen bei vereinzelten

Aufgaben wie Treppensteigen (nur ohne Last) oder Überwachungsfunktionen (bei verminderter Konzentration). Die behandelnden Spezialisten attestierten

der Beschwerdeführerin zwar eine (zumindest aktuell) volle Arbeitsunfähigkeit, aber nicht vorderhand oder gar allein gestützt auf die Befunde in ihrem Fachgebiet. Vielmehr berücksichtigten sie im Einklang mit dem Gutachten eine massgebliche psychische Komponente der Schmerzsymptomatik, beschränkte Ressourcen bzw. eine psychophysisch reduzierte Belastbarkeit, die sie ohne die nötigen Fachkenntnisse entsprechend der Erfahrungstatsache, wonach Behandler im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/c), würdigten. Der begutachtende Psychiater setzte sich mit den genannten Aspekten indessen schlüssig auseinander und trug ihnen mit entsprechend definierten Arbeitsbedingungen und einer erheblich herabgesetzten Leistungsfähigkeit hinreichend Rechnung, womit sie letztlich auch das polydisziplinäre Zumutbarkeitsprofil dominierten.

E. 6

Im Übrigen liegen auch zwei neue hausärztliche Formularberichte vom März 2021 [richtig: 2022] und Juli 2022 bei den Akten, worin der Hausarzt im Wesentlichen auf die Berichte der Spezialisten verwies bzw. daraus zitierte und die Beschwerdeführerin jenen Berichten entsprechend als nicht mehr

arbeitsfähig einschätzte. Er fügte an, alle Ärzte, ausser jene der Suva und die Gutachter würden dies so sehen, er bitte, dies endlich auch einzusehen (vgl. Urk. 8/102/1-5 und 8/127/1-3). Den hausärztlichen Berichten kommt somit keine eigenständige Bedeutung neben den spezialärztlichen Berichten zu.

E. 6.1

Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist aus rechtlicher Sicht ferner nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind

(vgl. im Detail: BGE 144 V 50 E. 4.3). Der psychiatrische Sachverständige hat dabei darzutun, dass, inwiefern und inwieweit wegen der von ihm erhobenen Befunde die beruflich-erwerbliche Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist, und zwar - zu Vergleichs-,

Plausibilisierungs- und Kontrollzwecken - unter Miteinbezug der sonstigen persönlichen, familiären und sozialen Aktivitäten der rentenansprechenden Person (vgl. im Detail; BGE 145 V 361 E. 4.3).

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281) hat das Bundesgericht in BGE 141 V 281 E. 4.3.1 systematisiert , worauf verwiesen wird .

E. 6.2

Der begutachtende Psychiater erläuterte , die Beschwerdeführerin lebe allein in einer 1,5-Zimmerwohnung, habe nur wenige soziale Kontakte und pflege vorder gründig den telefonischen Kontakt zu ihrer Mutter und ihrem Sohn in Lettland. Insgesamt sei das Aktivitätsniveau durch die körperlichen Beschwerden deutlich eingeschränkt und die Alltagsbewältigung erschwert. Bezüglich der Schmerz störung sei neben somatisch orientier t en Behandlungsversuchen ein kurzer Rehabilitationsaufenthalt erfolgt, der jedoch keine wesentlichen Änderungen be wirkt habe. Zudem seien verschiedene m edikamentöse Behandlungsversuche mit vielen Nebenwirkungen und ohne positiven Effekt durchgeführt worden. Zu erwägen sei deshalb eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung mit schmerztherapeutischem Fokus. Die Eviden z für den Erfolg einer medika mentösen Therapie bei chronischen Schmerzstörungen sei im Gegensatz zu de pressiven Störung en allerdings spärlich . D ie Betroffenen seien auch häufig sensi tiv auf Nebenwirkungen. Die Therapie der Wahl seien daher nicht-medikamentöse Verfahren. Die Prognose hänge stark davon ab, inwiefern die Beschwerdeführerin ein passives und selbstlimitierendes Krankheitsmodell mit der zentralen Stellung der Schmerzsymptomatik für ihre Beschwerden und Funktionsdefizite in Frage stellen und sich gegenüber zusätzlichen psychologischen /p sychotherapeutischen Beeinflussungsfaktoren öffnen könne. Insgesamt sei die Prognose eher ungünstig, denn häufig stelle das komorbide Bestehen einer anderen psychiatrischen Erkrankung die Ursache von Therapieresistenz dar .

Weitere ungünstige Faktoren seien die bereits längere Krankheitsdauer und das bisher nicht ausreichende Ansprechen auf die durchgeführten therapeutischen Optionen . Insgesamt bestehe keine Diskrepanz zwischen der subjektiven Beschwerdeschilderung sowie dem Verhalten der Beschwerdeführerin in der Untersuchung (vgl. Urk. 8/82/44 f.).

E. 6.3

Beweisrechtlich entscheidend ist, dass sich im Untersuch keine Hinweise auf Inkonsistenzen ergaben und das Aktivitätsniveau gleichmässig eingeschränkt ist . Mit anderen Worten ist die Beschwerdeführerin auch im Alltag

sichtlich beeinträchtigt : S ie muss t e sich die Hausarbeiten anders organisieren, benötigt mehr Zeit und Pausen, besucht kaum noch ihre Verwandten in ihr er Heimat und macht keinen Sport mehr (dazu Urk. 8/82/39 , 8/82/14 und 8/82/24).

Ein erheblicher Leidensdruck zeigt sich zudem im U mst and , dass sie immer wieder nicht nur Abklärungen , sondern auch Therapien durchführen lässt, wobei sie sich einem psychosomatischen Ansatz aber

nach wie vor verschliesst. Ressourcenhemmend kommt zur Schmerzstörung – wie gutachterlich erwähnt – eine bei längerem Krankheitsverlauf entwickelte depressive Störung als Komorbidität hinz u.

Immerhin wird diese nur als leicht angegeben (vgl. E. 3.2). Eine Persönlichkeits störung wurde im Gutachten zwar verneint (vgl. E. 3.4), ihre Persönlichkeits struktur dürfte der Beschwerdeführerin

im Umgang mit der Schmerzproblematik dennoch eher hinderlich sein. Dem Gutachter kann schliessl i ch auch dahingehend gefolgt werden, dass ein sozialer Rückzug besteht. Die Hauptbezugspersonen leben im Ausland und ihre letzte Beziehung endete nach dem Unfall. Aus den Akten ist keine nennenswerte Unterstützung durch das soziale Umfeld ersichtlich (etwa Urk. 8/82/13 unten).

Damit erweist sich die Arbeitsfähigkeitseinschätzung des begutachten Psychiaters durchaus als nachvollziehbar ; sie wird von der Beschwerdegegnerin auch nicht hinterfragt . Gleichzeitig wird e ine über 40 % hinausgehende, psychisch bedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten seitens der Beschwerdeführerin zu R echt nicht geltend gemacht, zumal sie ihren Alltag ohne fremde Hilfe bewältigen kann, weiterhin gewisse Aktivitäten in der Natur und Gespräche pflegt und die Beschwerden noch nicht derart sind, als dass sie bereit wäre, den gutachterlich vorgeschlagenen Behandlungsansatz zu versuchen.

E. 7

Soweit es die Verwertbarkeit der gutachterlich festgelegten Restarbeitsfähigkeit anbelangt, ist mit dem begutachtenden Neurologen (vgl. Urk. 8/101/1 unten) festzuhalten, dass gemäss konstanter Rechtsprechung zumindest auf dem für die Anspruchsprüfung massgebenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt genügend realistische Betätigungsmöglichkeiten für Personen bestehen , die funktionell als Einarmige zu betrachten sind und überdies nur noch leichte Arbeit verrichten können (etwa Urteil des Bundesgerichts 8C_134/2020 vom 29. April 2020 E. 4.5 m.w.H .).

Das Bundesgericht begründet dies damit, dass längst nicht alle im Arbeitsprozess im weitesten Sinne notwendigen Aufgaben und Funktionen im Rahmen der Überwachung und Prüfung durch Computer und automatisierte Maschinen ausgeführt würden. Abgesehen davon müssten solche Geräte auch bedient und ihr Einsatz ebenfalls überwacht und kontrolliert werden. Zu denken sei etwa an einfache Überwachungs-, Prüf- und Kontrolltätigkeiten sowie an die Bedienung und Überwachung von (halb-)automatischen Maschinen oder Produktionseinheiten, die keinen Einsatz der beeinträchtigten Hand voraussetzen würden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_811/2018 vom 10. April 2019 E. 4.4.2). Aufgrund des gutachterlichen Zumutbarkeitsprofils fällt vorliegend eine Überwachung von Maschinen zwar ausser Betracht. Prüf- und Kontrolltätigkeiten sollten der Beschwerdeführerin aber möglich sein.

E. 8

6

Aus der Gegenüberstellung des Valideneinkommens von Fr. 55'289.-- und des Invalideneinkommens von Fr. 26' 747 .--

ergibt sich eine erwerbliche Einbusse von Fr. 28' 542 .--, was gerundet 52

% entspricht. Diese ist in Anwendung der Rechtsprechung gemäss BGE 142 V 290 entsprechend dem Beschäftigungsgrad von 81 % mit dem Faktor 0.81 zu gewichten. Damit

ergibt sich ein Invaliditätsgrad von 42

%, was einem Anspruch auf eine Viertelsrente entspricht.

E. 8.1

Sowohl bei der erstmaligen Prüfung des Rentenanspruchs als auch bei der Rentenrevision und im Neuanmeldungsverfahren ist die Methode der Invaliditätsbemessung (Art. 28a IVG) zu bestimmen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 117 V 198 E. 3b).

Die für die Methodenwahl entscheidende Statusfrage, nämlich ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist, beurteilt sich danach, was die Person bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. Entscheidend ist somit nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch erwerbstätig wäre.

Die Beantwortung der Statusfrage erfordert zwangsläufig eine hypothetische Beurteilung, die auch die hypothetischen Willensentscheidungen der versicherten Person zu berücksichtigen hat. Diese Entscheidungen sind als innere Tatsachen wesensmässig einer direkten Beweisführung nicht zugänglich und müssen in der Regel aus äusseren Indizien erschlossen werden (vgl. BGE 144 I 28 E. 2.4 ; Urteil des Bundesgerichts 8C_178/2021 vom 11. Mai 2021 E. 3.2 mit Hinweisen).

E. 8.2

Die Beschwerdeführerin war vor Eintritt des Gesundheitsschadens mit einem Pensum von 81 % angestellt (Urk. 8/15/2). Anhaltspunkte dafür, dass eine Reduktion der Arbeit um rund 20 % für die Tätigkeit in einem Aufgabenbereich im Sinne von Art. 27 IVV nötig gewesen wäre, finden sich angesichts dessen, dass die Beschwerdeführerin bereits bei der Einreise in die Schweiz im Jahr 2012 geschieden war (Urk. 8/2/2), alleine in einer 1,5-Zimmer lebt und ihre Mutter sowie der erwachsene Sohn nach wie vor in ihrem Heimatland weilen (Urk. 8/82/39), nicht. Auch in ihrer Stellungnahme vom 1. Februar 2024 (Urk. 12) vermochte die Beschwerdeführerin keine Aufgaben zu benennen, die zusammen mit dem Einpersonenhaushalt einen solch grossen Aufwand verursachen würden. Sie ist daher als Teilerwerbstätige ohne Aufgabenbereich zu qualifizieren.

E. 8.3

Bei einer hypothetisch im Gesundheitsfall lediglich teilerwerbstätigen versicherten Person ohne Aufgabenbereich im Sinne von Art.

27 IVV bemisst sich die Invalidität rechtsprechungsgemäss nach der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs oder einer Untervariante (Schätzungs- oder Prozentvergleich, ausserordentliches Bemessungsverfahren) davon. Dabei ist das Valideneinkommen nach Massgabe der ohne Gesundheitsschaden ausgeübten Teilerwerbstätigkeit festzulegen, wobei entscheidend ist, was die versicherte Person als Gesunde tatsächlich an Einkommen erzielen würde, und nicht, was sie bestenfalls verdienen könnte. Wäre sie gesundheitlich in der Lage, voll erwerbstätig zu sein, reduziert sie aber das Arbeitspensum, um mehr Freizeit zu haben, hat dafür nicht die Invalidenversicherung einzustehen. Das Invalideneinkommen bestimmt sich entsprechend den gesetzlichen Vorgaben danach, was die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und Durchführung allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte. Dabei

kann das – ärztlich festzulegende – Arbeitspensum unter Umständen grösser sein als das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung geleistete (BGE 131 V 51 E. 5.1.2; wie dargelegt in BGE 142 V 290 E. 5).

In Präzisierung dieser Rechtsprechung hat das Bundesgericht in BGE 142 V 290 entschieden, dass bei teilerwerbstätigen Versicherten ohne Aufgabenbereich die anhand der Einkommensvergleichsmethode zu ermittelnde Einschränkung im (allein versicherten) erwerblichen Bereich proportional – im Umfang der hypothetischen Teilerwerbstätigkeit – zu berücksichtigen ist (E. 7.3).

E. 9

Nach dem Ausgeführten ist die Beschwerde insoweit gutzuheissen als festzustellen ist, dass die Beschwerdeführerin ab 1. März 2020 Anspruch auf eine Viertelsrente der Invalidenversicherung hat.

Es

bleibt im Hinblick auf die Einführung des stufenlosen Rentensystems bzw. die Weiterentwicklung der IV nach Entstehung des Rentenanspruchs auf die entsprechenden Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 19. Juni 2020 (vgl. E. 1.1 zur Anwendbarkeit der bis 31. Dezember 2021 geltenden Rechtslage) hinzuweisen und anzumerken, dass aufgrund der im Jahr 2022 erfolgten weiterführenden Abklärungen und Infiltrationen im HWS-Bereich keine gesundheitliche Verschlechterung im Sinne eines Revisionsgrundes nachgewiesen werden konnte (vgl. E.

5.5). Zudem sei

angefügt, dass Art. 26 bis Abs. 2 IVV ab 1.

Januar 2024 die Abzüge bei der Festlegung des Invalideneinkommens auf der Grundlage statistischer Werte neu regelt. Mit Blick auf die dazugehörigen Übergangsbestimmungen ist auf den bereits gewährten leistungsbedingten Abzug von 20 % hinzuweisen.

E. 10

.2

Nach Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen.

Unter Berücksichtigung der vorstehenden Grundsätze erscheint die Kostennote, welche Rechtsanwältin Kern vom Rechtsdienst Inclusion Handicap einreichte, als angemessen. Darin wird ein Aufwand von 10.75 Stunden zzgl. Barauslagen geltend gemacht (vgl. Urk.

E. 13

). Die Beschwerdegegnerin ist somit zu verpflichten, der Beschwerdeführerin unter Berücksichtigung des bei solchen Vertretungen üblichen Stundenansatzes von Fr. 185.-- eine Prozessentschädigung von gerundet Fr. 2'200.-- (inkl. Mehrwertsteuer und Barauslagen) zu bezahlen. 10.3

Damit erweist sich das Gesuch der Beschwerdeführerin um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege (Urk. 1 S. 2) als gegenstandslos. Das Gericht beschliesst:

Das Gesuch der Beschwerdeführerin um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege wird als gegenstandslos geworden abgeschrieben und erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 23. Februar 2023 insoweit aufgehoben, als der Rentenanspruch per Ende Februar 2020 befristet wurde und es wird festgestellt, dass die Versicherte ab 1. März 2020 Anspruch auf eine Viertelsrente hat. 2.

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

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 2'200.-- (inkl. Barauslagen und MWST) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Petra Kern - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle unter Beilage einer Kopie von Urk. 12 - 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 siebenten Tag vor Ostern bis und mit dem siebenten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 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 der beschwerdeführenden Partei oder ihrer Rechtsvertretung zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).
Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin
Philipp Bonetti

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