

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00665 vom 19. November 2024**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2024-11-19, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2023.00665](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2023.00665)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00665 du 19 novembre 2024

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00665 del 19 novembre 2024

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Die 198 0 geborene X.\_\_\_\_

(verheiratet und Mutter von drei Kindern, geboren 2000, 200

#### **E. 1.1**

Am 1. Januar 2022 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV), des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) in Kraft getreten. Die angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022.

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. Steht ein erst nach dem 1. Januar 2022 entstandener Rentenanspruch zur Diskussion, findet darauf das seit diesem Zeitpunkt geltende Recht Anwendung (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_452/2023 vom 24. Januar 2024 E. 3.2.1 mit Hinweisen).

Auf Grund der im Juli 2020 anhängig gemachten Anmeldung bei der Invalidenversicherung könnten allfällige Leistungen frühestens ab Februar 2021 aus gerichtet werden (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG). In dieser übergangsrechtlichen Konstellation ist die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesene Rechtslage massgebend, die im Folgenden soweit nichts anderes vermerkt ist jeweils in dieser Version wiedergegeben, zitiert und angewendet wird.

#### **E. 1.2**

Invaliderität 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**

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 145 V 215 E. 5.1, 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne Weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG) .

#### **E. 1.4**

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

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

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

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

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

#### **E. 1.5**

Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a).

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 mit Hinweisen). 2.

## 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging gestützt auf ihre Abklärungen - insbesondere das polydisziplinäre F.\_\_\_\_-Gutachten vom 1. Juni 2022 (Urk. 9/70 ) - davon aus, dass die als voll- und hauptberuflich zu qualifizierende Beschwerdeführerin bis Ende August 2020 vollumfänglich in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt gewesen sei, ihr ab September 2020 die bisherige Tätigkeit wie auch andere leichte bis mittelschwere Tätigkeiten in abwechselnd gehender, stehender und sitzender Haltung bei erhöhtem Pausenbedarf, ohne Nachtschichten oder stark erhöhtem Zeitdruck wieder in einem Pensum von 70 % zumutbar sei. Unter Anwendung des Einkommensvergleichs für Erwerbstätige resultiere für die Zeit ab 1. September 2020 (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG und Art. 29 Abs. 1 IVG) ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 36 %. Zudem seien die Voraussetzungen für berufliche Massnahmen wie Arbeitsvermittlung, Umschulung, Berufsberatung nicht gegeben

(Urk. 2 und Urk. 7 ). 2.2

Die Beschwerdeführerin ist demgegenüber der Ansicht, dass auf das polydisziplinäre F.\_\_\_\_-Gutachten nicht abgestellt werden könne, da die gutachterliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht nachvollziehbar sei. Zudem berücksichtige weder das psychiatrische Gutachten wegen «Veralterung» noch die Beschwerdegegnerin die zum Verfügungszeitpunkt vorliegende Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes, weshalb dies abzuklären sei. Im Weiteren sei ihr ein leidensbedingter Abzug von mindestens 10 % zu gewähren (Urk. 1). 3. 3.1

Im Bericht der Klinik Z.\_\_\_\_ vom 7. September 2020 (Urk. 9/21) zuhanden der Beschwerdegegnerin wurden als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit chronische postoperative Schmerzen medialer Unterschenkel rechts bei Status nach iatrogener Läsion des N. Saphenus rechts im Februar 2020 aufgeführt. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestehe eine episodische Migräne. Am 20. April 2019 sei es zu einer Sprunggelenks- und Vorfußdistorsion rechts gekommen. Im Verlauf sei ein schmerzhafter Sehnen tumor am Fussrücken (differentialdiagnostisch: Riesenzelltumor) entdeckt worden, welcher unter Sehnenrekonstruktion operativ entfernt worden sei. Dabei sei es versehentlich zum Einnähen des N. Saphenus gekommen, woraufhin am 22. Juni 2020 eine Revision durch die plastische Chirurgie des B.\_\_\_\_spitals

( B.\_\_\_\_ ) vorgenommen worden sei. Die Beschwerdeführerin sei in ihrer bisherigen Tätigkeit als Weberin seit dem 12. Februar 2020 bis auf Weiteres zu 100 % arbeitsunfähig. Die Prognose könne nicht beurteilt werden. 3.2

RAD-Arzt Dr. E.\_\_\_\_ gab in seiner Stellungnahme vom 11. November 2020 (Urk. 9/75 S. 3 ff.) die gemäss Aktenlage bestehende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wieder:

-

Chronische neuropathische Schmerzen im Narbenbereich am Unterschenkel rechts

-

Status nach iatrogener Läsion des N. Saphenus rechts bei Entnahme

eines autologen freien Sehnenengrafts als Ersatz für die Sehne des M. extensor digitorum Dig. II rechts im Rahmen der Exzision eines Sehnenscheidenfibroms am 12. Februar 2020

-

Status nach Neurolyse des N. Saphenus rechts und Nervengrafting mit Avance am 22. Juni 2020

-

Status nach rezidivierenden OSG-Distorsionen rechts, zuletzt am 20. April 2019

Bei der 40-jährigen Beschwerdeführerin sei anhand der vorliegenden Arztberichte ein somatischer Gesundheitsschaden ausgewiesen, dessen schliesslich einer sich daraus ableitenden Einschränkung der funktionellen Leistungsfähigkeit. Dieser Gesundheitsschaden sei noch nicht stabil, die medizinische Phase dauere noch an, es sei erst vor drei Monaten mit einer speziellen Schmerztherapie begonnen worden. Hinsichtlich der Arbeitsunfähigkeits-Bewertungen seien die aktenkundigen Angaben - wie üblich primär für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit geltend - aus versicherungsmedizinisch-orthopädischer Sicht plausibel, wobei medizinisch theoretisch überwiegend wahrscheinlich diese oder eine ähnliche Tätigkeit nicht mehr möglich sein werde, da diese fast ausschliesslich im Stehen und Gehen ausgeübt werde. Für eine leidensangepasste Tätigkeit sei hingegen medizinisch theoretisch mit dem Wiedererlangen einer zumindest teilweisen Arbeitsfähigkeit zu rechnen. Eine abschliessende versicherungsmedizinische Beurteilung sei derzeit jedoch nicht möglich. 3.3

Dr. med. H.\_\_\_\_, FMH orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, von der Klinik Z.\_\_\_\_ führte in seinem Bericht vom 26.

Januar 2021 (Urk. 9/29) folgende Diagnose auf:

-

Chronische postoperative Schmerzen medianer Unterschenkel rechts (ICD-10: MG30.2) mit/bei:

-

iatrogener Läsion des N. Saphenus rechts bei Status nach Entnahme eines autologen freien plantaren Sehnenengrafts als Ersatz für die Sehne des M. extensor digitorum Dig. II rechts im Rahmen der Exzision eines Sehnenscheidenfibroms am 12. Februar 2020

-

Status nach Neurolyse des N. Saphenus rechts und Nervengrafting mit Avance (3-4 mm, Länge 7 cm) am 22. Juni 2020

-

aktuell: ausgeprägte neuropathische Schmerzen im Narbenbereich  
nach distal ausstrahlend

-

CRPS (komplexes regionales Schmerzsyndrom, Complex Regional Pain Syndrome) nach Budapest-Kriterien am 26. August 2020:  
negativ

Allmählich stelle sich wohl eine Besserung ein, es bestehe durchaus die Hoffnung, dass sich ein Teil der Nervenfunktion innerhalb der nächsten 12 Monate zurück bilde und sich die neuropathische Allodynie besser. Es biete sich nun die Durchführung einer stationären Neuro-Rehabilitation nach peripherer Nervenverletzung an. 3.4

Im Bericht des Schmerzambulatoriums des B.\_\_\_\_ vom 28. Januar 2021 (Urk. 9/30) zuhanden der Beschwerdegegnerin wurde chronische posttraumatische Schmerzen am medianen Unterschenkel rechts (ICD-10: MG30.2) mit neuropathischer Komponente diagnostiziert, welche sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirke. Die Prognose sei aktuell weiterhin reduziert. Als Funktions einschränkungen komme es bei der Beschwerdeführerin zu Schmerzexazerbationen durch langes Stehen, Berührung, Palpation und längere Belastung auf dem rechten Fuss/Unterschenkel. 3.5

Dr. H.\_\_\_\_ nannte in seinem Bericht vom 17. Februar 2021 (Urk. 9/32) zuhanden der Beschwerdegegnerin als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit chronische postoperative Schmerzen am medialen Unterschenkel rechts. Langfristig sei von einer guten Prognose bezüglich der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit auszugehen. Bedauerlicherweise werde die Normalisierung der gestörten Sensibilität und der aktuell überempfindlichen Hautregion noch viele Monate in Anspruch nehmen, sodass trotz fortlaufender schmerztherapeutischer Therapie und aktuell laufender neurologischer Rehabilitation kurzfristig noch keine Steigerung der Arbeitsfähigkeit anzunehmen sei. Aktuell sei die Beschwerdeführerin gekündigt und arbeitsunfähig. Es sei der Abschluss der stationären Rehabilitation abzuwarten, sodass aktuell weder die bisherige noch eine angepasste Tätigkeit zumutbar seien. Erschwerend komme der Umgang der Beschwerdeführerin mit den Beschwerden hinzu sowie eine psychische Belastungssituation aufgrund der zunehmend angespannten ökonomischen und sozialen Verhältnisse der Familie, da der Ehemann aufgrund einer eigenen Erkrankung nur teilweises arbeitsfähig sei. In der Haushaltsführung sei die Beschwerdeführerin teilweise eingeschränkt. 3.6

Im Sprechstundenbericht vom 11. Mai 2021 (Urk. 9/38) hielt Dr. H.\_\_\_\_ fest, dass die Beschwerdeführerin nun das Vollbild einer CRPS der rechten unteren Extremität zeige, welche die Prognose nachhaltig verschlechtere. Zudem lägen mehrere ungünstige Kontextfaktoren vor.

3.7

Am 23. August 2021 diagnostizierte Dr. H.\_\_\_\_ (Urk. 9/42) ein CRPS Typ II der rechten unteren Extremität sowie ein myofaszial bedingtes lumbales Schmerzsyndrom im Rahmen der mehrmonatigen Fehlbelastung der rechten unteren Extremität, eine Reflexösophagitis bei axialer Hiatushernie sowie eine rezidivierende Schwindelsymptomatik (differentialdiagnostisch im Rahmen der Pregabalin-antidepressiven Therapie). Die Entwicklung stagniere erheblich und in den letzten Wochen und Monaten habe sich keine

Besserung gezeigt, daher müsse die Arbeitsunfähigkeit nochmals verlängert werden. 3.8

Im Bericht der Neurorehabilitation der Klinik I. \_\_\_\_

des J. \_\_\_\_s

vom 19. August 2021 (Urk. 9/43 , unter Beilage des definitiven Austrittsberichtes vom 24. März 2021, Urk. 9/45 ) zuhanden der Beschwerdegegnerin wird über den dortigen stationären Aufenthalt der Beschwerdeführerin vom 4. bis 27. März 2021 berichtet. Als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde ein CRPS gestellt, wobei eine chronische Migräne als Nebendiagnose aufgeführt wurde. Aufgrund der Chronifizierung sei die Prognose einer Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit nach über einem halben Jahr bestehende m CRPS ohne Berufs tätigkeit sehr gering. Im Rahmen des multidisziplinären Schmerztherapie-Programmes, inklusive psychologischer Betreuung, sei eine intensive Education der Beschwerdeführerin vorgenommen worden. Der Behandlungserfolg sei durch konsequentes Vermeiden weiterer operativer Eingriffe und Lebenswandel ände rung der Beschwerdeführerin zu sichern. Weder die berufliche Situation noch das Eingliederungspotenzial könnten beurteilt werden. Anzumerken sei aber, dass die Beschwerdeführerin bereits deutlich aggraviere.

3.9

RAD-Arzt Dr. E. \_\_\_\_

hielt in seiner versicherungsmedizinischen Beurteilung vom 1. September 2021 (Urk. 9/75 S. 8 f.) fest, dass bei der Beschwerdeführerin unverändert der schon lange bekannte, bereits chronifizierte Schmerzzustand des rechten Unterschenkels ausgewiesen sei, wobei inzwischen nun offenbar tatsäc hlich die Budapest-Kriterien für ein CRPS erfüllt seien. Dieser Gesundheitszustand sei auf niedrigem Funktionsniveau stabil, wobei aber zunehmend auch das Thema Aggravation und Symptomausweitung in den Vordergrund rücke. Daher bedürfe es einer polydisziplinären Begutachtung, um die Arbeitsfähigkeit in bisheriger und insbesondere leidensangepasster Tätigkeit zu beurteilen. 3.10

Dr. H. \_\_\_\_ ergänzte in seinem Bericht vom 4. Januar 2022 (Urk. 9/48 ) die bisherige Diagnose CRPS Typ II mit einer psychiatrischen Dekompensation mit scheinbar depressiver Episode und Verlustängsten . Anamnestisch hielt er fest, dass die Beschwerdeführerin zunehmend nervös und psychisch angeschlagen sei. Ab dem 10. Januar 2022 stünde ein 7-wöchiger ambulanter tagesklinischer psychiatrischer Aufenthalt an. Arbeiten könne sie aufgrund der neuropathischen Beschwerden an der rechten unteren Extremität und der nun zusätzlich auf getretenen Wirbelsäulenbeschwerden und der psychischen Komorbidität kaum. Erneut werde die Arbeitsunfähigkeit verlängert, dies neu erstmalig in einem 70%-Pensum, damit beim RAV die medizinische Zumutbarkeit der Arbeits fähig keit erfüllt sei. Es sei eine polydisziplinäre Begutachtung empfohlen mit Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit. 3.11

Im poly disziplinären (allgemein-internistisch en , neurologisch en , orthopädisch-traumatologischen und psychiatrisch en)

F. \_\_\_\_ -Gutachten vom 1. Juni 2022 ( Urk. 9/70) wurden im Rahmen der interdisziplinären Konsensbeurteilung folgen de Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt:

-

Neuropathische Schmerzen Ramus infrapatellaris N. Saphen u s rechts nach Operation am 12. Februar 2020 (Entnahme eines autologen freien Plantarissehnengrafts als Ersatz für die Sehne des M. extensor digitorum longus und M. digitorum brevis rechts bei Sehnenscheidenf i b r o m )

-

Migräne ohne Aura

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit verblieben eine arterielle Hyperton i e und eine Adipositas (BMI 33.7 kg/m<sup>2</sup> ).

Bekannt seien regelmässige Distorsionen des rechten oberen Sprunggelenks, zuletzt am 20. April 2019. Es sei eine konservative Therapie erfolgt. Die Beschwerdeführerin habe über persistierende S chmerzen und Schwellung des rechten Sprunggelenks berichtet, weshalb ein MRI vom Vorfuss rechts am 15.

Januar 2020 gemacht worden sei. Es sei ein Sehnentumor der Extensor digitorum longus und Extensor digitorum brevis -Sehne Metatarsale II Fuss rechts gefunden worden und am 12. Februar 2020 sei die operative radikale Tumorresektion mitsamt der Streckersehnen Dig. II, plastischer Sehnenrekons truk tion mittels autologem ipsilateralem freiem Plantarissehnengraft und tempo rärer

Kirschnerdrahtspickelung Dig. II bis in MT II rechts erfolgt. Infolge der Operation habe die Beschwerdeführerin neuropathische Schmerzen im Bereich des Ramus infrapatellaris des N. saphenus rechts entwickelt. Aufgrund der erheb lichen Beschwerden sei am 22. Juni 2020 eine Neurolyse des N. saphenus durchgeführt worden, wodurch eine leichte Linderung der Schmerzen erzielt worden sei. Durch eine stationäre Reha-Behandlung im März 2021 habe keine Besserung erzielt werden können. Unverändert beschreibe die Beschwerdefüh rerin ausgeprägte, stark einschränkende Schmerzen in diesem Bereich. Aktuell befinde sie sich in ambulanter tagesklinischer Psychotherapie. Hinsichtlich der Beurteilung von Konsistenz und Plausibilität hielten die F.\_\_\_\_ -Gutachter fest, dass gleichmässige Einschränkungen des Aktivitätenniveaus in vergleichbaren Lebensbereichen beständen. Die Beschwerdeführerin beschreibe ein hohes Mass der Einschränkung des Aktivitätenniveaus. S ie erhalte regelmässig Unterstützung durch die Spitex morgendlich beim A nziehen und Waschen sowie der Medika mentenstellung. Das beklagte hohe Mass der Funktionseinschränkungen könne im Konsens nicht nachvollzogen werden. Das hohe Mass der geklagten Schmerzen in Hö h e von 7 auf einer 10-stufigen numerischen Analogskal a könne nicht erklärt werden. Insgesamt erschienen die beklagten Symptome und F unktionseinbussen nicht konsistent und nicht plausibel . Festgehalten werden müsse, d ass der Beschwerdevortrag der Beschwerdeführerin insgesamt vage gewesen sei, einen Leidensdruck habe sie nicht hinterlassen können. Auch aus diesem Grund sei die Durchführung einer (sprachen-unabhängigen) Beschwer den validierung geboten gewesen, die hoch auffällige Ergebnisse zu Tage gefördert habe. Laut Testmanual sei vom zielgerichteten Vortäuschen einer nicht vorhandenen Symptomatik und somit von einer nicht authentischen Beschwer denschilderung a uszugehen. Dies äussere sich noch auf andere vielfältige Weise. Sehr auffällig sei gewesen, dass sie bezüglich des Tagesablaufs so gut wie keine konkreten Angaben gemacht habe . Der erhobene Medikamentenspiegel von Pregbalin liege weit unterhalb des Referenzbereichs. E s beständen erhebliche Zweifel an

der Medikamentencompliance . Nicht nachvollziehbar sei, dass die Beschwerdeführerin nach der Neurolyse des N. saphenus (der Nerv sei durchtrennt worden) kaum eine Besserung ihrer neuropathischen Schmerzen angebe. Im Konsens des Gutachtens sei von einem organischen Kern von leichtem funktionellem Ausmass auf neurologischem Gebiet auszugehen. Im Wesentlichen seien die Beschwerden in ihrer Gesamtheit aufgrund der Diskrepanzen nicht nachvollziehbar (Kapitel 4.2) . Die Synthese/Quintessenz aus allen Fachgebieten und funktionellen Einschränkungen zeige Folgendes: Seit einem Jahr sei die arterielle Hypertonie bekannt. Diese werde medikamentös behandelt ; kardiale Dekompensationszeichen beständen nicht. Der Blutdruck sei bei der gutachterlichen Untersuchung im Zielbereich gelegen. Bei der Untersuchung habe sich der rechte Fuss und der Unterschenkel leichtgradig geschwollen dargestellt. Es lasse sich ein leichtes Ödem prätibial nachweisen. Trophische Störungen im Bereich der Haut, der Hautanhangsgebilde wie Zehennägel, Hinweise auf Störungen der Sudomotorik mit Kälte oder vermehrtem Schwitzen seien nicht festgestellt worden. Die Narben stellten sich allesamt reizlos dar, die aktive Funktionsprüfung im oberen Sprunggelenk wie Fusshebung und -senkung sei nicht gelungen. Orthopädisch lasse sich diese Funktionseinschränkung nicht erklären. Radiologisch könne eine Arthrose des Sprunggelenks, eine Belastungsminderung des rechten Fusses im Vergleich zur Gegenseite ausgeschlossen werden. Die Beschwerdeführerin habe angegeben , in regelmässiger psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung zu sein; welches Antidepressivum sie einnehme, habe sie nicht sagen können. Festgehalten werden müsse allerdings, dass beim Fehlen einer psychiatrischen Symptomatik eine entsprechende Behandlung nicht indiziert sei. Die Prognose sei aus psychiatrischer Sicht nicht eingeschränkt. Zusammenfassend könne ein neuropathisches Schmerzsyndrom durch operative Schädigung des R .

intrapatellaris des N. saphenus rechts nach vollzogen werden. Dafür sprächen das fehlende sensible Nervenaktionspotential bei der neurografischen Messung und das angegebene Ausbreitungsgebiet der neuropathischen Schmerzen am Unterschenkel und am Fuss rechts. Das Ausmass der beklagten Schmerzen könne nicht nachvollzogen werden, aufgrund der beschriebenen Diskrepanzen und insbesondere, da der Nerv durchtrennt worden sei. Die Kriterien für eine CRPS seien nicht erfüllt . Es liege eine bekannte episodische Migräne vor. Eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hierdurch sei in der Minderung der Arbeitsfähigkeit durch die neuropathischen Schmerzen enthalten. Aufgrund der neuropathischen Schmerzen werde die Arbeitsfähigkeit auf neurologischem Gebiet für jedwede Tätigkeit um 30 % vermindert angesehen aufgrund des erhöhten Pausenbedarfs. Im Konsens des Gutachtens sei von einem organischen Kern von leichtem funktionellen Ausmass auf neurologischem Gebiet auszugehen. Im Wesentlichen seien die Beschwerden aufgrund der Diskrepanzen nicht nachvollziehbar. Von der Persönlichkeit her sei die Beschwerdeführerin verträglich, kontaktfreudig und offen. Es hätten sich keine Hinweise auf eine Persönlichkeitsakzentuierung oder Persönlichkeitsstörung gezeigt. Betreffend Belastungsfaktoren sehe sich die Beschwerdeführerin in der Selbsteinschätzung nicht in der Lage, erneut eine Tätigkeit wieder aufzunehmen; dabei limitiere sie sich selbst. Sie habe keinen erlernten Beruf und ihre Deutschkenntnisse seien mangelhaft bei einer schwierigen familiären und finanziellen Situation . Die soziale Integration sei aber gut.

Die Gesamtarbeitsunfähigkeit ergebe sich aus den neurologischen Einschränkungen. In der bisherigen Tätigkeit könne die Beschwerdeführerin 8.5

Stunden pro Tag anwesend sein bei einer um 30 % reduzierten Leistungsfähigkeit aufgrund des erhöhten Pausenbedarfs durch die neuropathischen Schmerzen. Entsprechend bestehe eine 70%ige Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit. Der zeitliche Verlauf der Entwicklung der Arbeitsfähigkeit zeige sich folgendermaßen: Retrospektiv habe seit dem 12.

Februar 2020 eine Arbeitsfähigkeit von 0 % bestanden und ab circa September 2020 (Neurolyse am 20. Juni 2020 mit einer Rekonvaleszenz von circa 8 Wochen) sei wieder von einer 70%igen Arbeitsfähigkeit in bisheriger Tätigkeit auszugehen. Die Beschwerdeführerin sei in der Lage, körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten in gehender, stehender und sitzender Haltung durchzuführen, wobei ein

erhöhter Pausenbedarf bestehe; Nachtschichten und Arbeiten mit stark erhöhtem Zeitdruck seien nicht empfehlenswert. Eine solche der Behinderung optimal angepasste Tätigkeit sei für sie für 8.5 Stunden pro Tag zumutbar, wobei aufgrund des erhöhten Pausenbedarfs die Leistung um 30 % eingeschränkt sei. Der retrospektive Verlauf der Arbeitsfähigkeit sei identisch mit demjenigen in bisheriger Tätigkeit. Die Arbeitsfähigkeit könne durch medizinische Massnahmen nicht mehr relevant verbessert werden. 3.12

Dr. E. \_\_\_ unterzog das polydisziplinäre F. \_\_\_ -Gutachten in seiner RAD-Stellungnahme vom 28. Juni 2022 einer versicherungsmedizinischen Beurteilung (Urk. 9/75 S. 10 f.) und hielt fest, dass dieses unter vollständiger Würdigung der vorhandenen medizinischen Akten nach ausführlicher Anamneseerhebung, genauem Eingehen auf die geschilderten Beschwerden und umfassender Untersuchung erstellt worden sei. Die Gutachter kämen nach ausführlicher fachspezifischer Diskussion in einer interdisziplinären Zusammenfassung zu plausiblen Diagnosen und nachvollziehbaren Schlussfolgerungen hinsichtlich der bestehenden Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin. Auf dieses Gutachten sei daher abzustellen. Daraus ergäbe sich folgende Arbeitsunfähigkeiten sowohl für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als auch für eine angepasste Tätigkeit: vom 12. Februar 2020 bis etwa Ende August 2020 habe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden; seit dem 1. September 2020 bis auf Weiteres sei die Beschwerdeführerin wieder zu 70 % arbeitsfähig. Eine angepasste Tätigkeit sehe eine körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit in abwechselnd gehender, stehender und sitzender Haltung bei erhöhtem Pausenbedarf, ohne Nachtschichten oder stark erhöhten Zeitdruck, vor. 3.13

Im Rahmen des Einwandverfahrens

nahm RAD-Arzt Dr. E. \_\_\_ nochmals Stellung zu den dortigen Vorbringen und die Beschwerdeführerin forderte weitere Arztberichte ein. 3.13.1

RAD-Arzt Dr. E. \_\_\_ wies in seiner Stellungnahme vom 17. November 2022 (Urk. 9/93 S. 2 f.) darauf hin, dass mit dem Einwand keine Arztberichte eingereicht und keine neuen oder bislang unbekanntem medizinischen Tatsachen geltend gemacht worden seien. In der gutachterlichen Konsensbeurteilung werde zwar ausdrücklich darauf hingewiesen, dass prinzipiell ein neuropathisches Schmerzsyndrom durch eine operative Schädigung des R. infrapatellaris des N.

saphenus rechts nachvollzogen werden könne, jedoch aufgrund der im Gutachten näher beschriebenen Diskrepanzen und der Tatsache, dass der Nerv durchtrennt worden sei, nicht das beklagte Ausmass der Schmerzen. Die Auswirkung dieses Schmerzsyndroms auf die Minderung der Arbeitsfähigkeit sei im Zusammenhang mit der seit Jahren bekannten

episodischen Migräne zu betrachten und betrage gesamthaft auf neurologischem Gebiet 30 % für jede Tätigkeit aufgrund des erhöhten Pausenbedarfs. Diese Zusammenfassung der Einschränkungen auf neurologischem Fachgebiet aus medizinischer Sicht sei gut nachvollziehbar, gerade auch im Hinblick auf die erwähnten Diskrepanzen. 3.13. 2

Die

Klinik G.\_\_\_\_, wo die Beschwerdeführerin vom 21. November 2022 bis 26. Januar 2023 stationär hospitalisiert war, reichte ihren Bericht am 3. Februar 2023 ein (Urk. 9/86, signiert von Dipl. Arzt K.\_\_\_\_, Leitender Arzt,

Facharzt für Anästhesiologie). Darin wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt:

-

Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD -10: F32.2)

-

Krankheit der Zähne und des Zahnhalteapparates, nicht näher bezeichnet  
( ICD-10: K08.9)

-

Komplexes regionales Schmerzsyndrom der unteren Extremität, Typ I,  
Status nach radikaler Tumoresektion mitsamt der Strecksehne Dig. 2  
( ICD-10: G90.51)

-

Zervikozephalales Syndrom, minimale Bandscheibendegeneration C3/4  
(ICD-10: M53.0)

-

Migräne, nicht näher bezeichnet ( ICD-10: G43.9)

Die Beschwerdeführerin sei seit dem 21. November 2023 bis unbestimmt für jegliche Arbeitstätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig. Aufgrund der aktuell starken Belastung und der Komplexität der psychischen und körperlichen Einschränkungen der Beschwerdeführerin sei eine Prognose schwierig zu machen, dabei sei sicher von einer längeren Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Im psychopathologischen Befund gemäss AMDP bei Aufnahme habe sich die Beschwerdeführerin wach, bewusstseinsklar, zeitlich leichtgradig desorientiert, situativ leichtgradig desorientiert, mit leichtgradigen Auffassungs-, Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen gezeigt. Im Denken sei sie leichtgradig umständlich, mit leicht gradigem Grübeln und leichtgradig vorbeirend gewesen. Sie habe keine Zwänge, keinen Wahn, keine Sinnestäuschungen, keine Ich-Störungen gezeigt. Sie sei mittelgradig deprimiert, schwergradig hoffnungslos, leichtgradig gereizt, mittelgradig innerlich unruhig und mittelgradig klagsam gewesen. Sie habe keine Antriebs- und psychomotorischen Störungen und keine circadianen Besonderheiten, aber einen mittelgradigen sozialen Rückzug gezeigt. Aus psychiatrischer Sicht schränke die Beschwerdeführerin die schwere Depression mit Niedergestimmtheit, eingeschränkter Konzentrations- und Merkfähigkeit sowie innerer Unruhe ein. Das Potenzial für die

Eingliederung könne nicht beurteilt werden, doch sei der Beschwerdeführerin eine längerfristige ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Weiterbehandlung empfohlen. Für die Prognose günstige Faktoren seien die Motivation zu Veränderung und Willenskraft. Prognostisch ungünstig seien die somatischen, chronifizierten Schmerzen, Konzentrationsstörungen, rezidivierende depressive Phasen und rezidivierende Angst- und Panikzustände. Auch im Haushalt - selbst bei kleinsten Verrichtungen - sei die Beschwerdeführerin auf Unterstützung ihrer Familie angewiesen, da sie überfordert sei. Als Ressourcen weise die Beschwerdeführerin ihre persönliche Motivation und die Unterstützung in der Familie sowie in der Ehe auf. 3.13. 3

Das L.\_\_\_\_ führte in seinem Bericht vom 1. Juni 2023 (Urk. 9/90) zuhanden der Beschwerdegegnerin folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf:

-

Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F32.2)

-

Weichteiltumor mit Bezug zu distalen Extensorensehnen (EDL und EDB

2. Zehen rechts) mit/bei:

-

Status nach Fussdistorsion rechts am 20. April 2019

-

Verdacht auf Riesenzelltumor (Diagnose von Beschwerdeführerin in Zweifel gezogen)

-

Radikale Tumorresektion mitsamt der Streckensehnen Dig. 2

-

Plastische Sehnenrekonstruktion mittels autologem ipsilateralem freien Plantaris

-

Temporäre Kirschnerdrahtspickung Dig. 2 bis MT2 rechts am 12. Februar 2020

-

iatrogene Läsion des N. saphenus rechts bei Status nach Entnahme eines autologen freien plantaren Sehnen-Grafts als Ersatz für die Sehne des M. extensor digitorum Dig. II rechts im Rahmen der Exzision eines Sehnencheidenfibroms im Februar 2020

-

ausgeprägte neuropathische Schmerzen im Narbenbereich nach

distal ausstrahlend

-

CRPA nach Budapest-Kriterien (gemäss B.\_\_\_\_ vom 26. August 2020

negativ, gemäss Rehaklinik D.\_\_\_\_ vom 4. März 2021 aber positiv)

-

Migräne (1 Mal pro Woche über 3 Tage)

Folgender psychopathologische Befund wurde festgehalten: 42-jährige Patientin, äusserlich gepflegt, mit dem Ehemann erscheinend, Kontaktaufnahme freundlich, altersentsprechend, bewusstseinsklar und allseits orientiert (zeitlich, örtlich, situativ, zur eigenen Person), aufmerksam aber nicht konzentriert, in der emotionalen Kontaktaufnahme abwartend, sachlich, aktiv im Spontanverhalten, Vigilanz: wach, Antrieb und Psychomotorik herabgesetzt, Stimmung deutlich depressiv-resigniert, im Gesprächsverlauf verbal mitteilungsaktiv, affektiv unkontrolliert, Gefühl der inneren Leere, schildert ihr Symptomerleben und Verhalten in Zusammenhang mit der Tumorerkrankung. Kognitiv in Aufmerksamkeit, Konzentration, Merkfähigkeit und Gedächtnis deutlich eingeschränkt (Merkfähigkeit vorhanden, Kurz- und Langzeitgedächtnis eingeschränkt), Denken formal beweglich, inhaltlich problemzentriert. Inhaltliches Denken ungestört. Schwingungsfähigkeit reduziert. Keine Anhaltspunkte für psychotische Erlebnisweisen oder weitergehende Wahrnehmungsstörungen. Anamnestisch keine Suizidgedanken/-wünsche, keine SV, keine konkreten Ausführungspläne, aktuell keine akute Suizidalität.

Die Beschwerdeführerin sei in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit in der Textilproduktion seit dem 2. April 2019 bis heute zu 100 % arbeitsunfähig. Ein 5-monatiger Arbeitsversuch sei gescheitert, die Reisefähigkeit sei nicht mehr gegeben und die Beschwerdeführerin sei auf Begleitung angewiesen. Es beständen Reizbarkeit, Aggressionen, Schlafstörungen (Durchschlaf von einer Stunde), Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit, Müdigkeit, Gedankenkreisen, Rückzug, Antriebsminderung, Lust- und Interesselosigkeit, aber keine Appetitveränderung. Aufgrund der schweren Depression bestehe eine Funktionseinschränkung. Eine dem Leiden angepasste Tätigkeit sei weniger als zwei Stunden pro Tag zumutbar und auch der Haushalt sei nur zu circa 20 % machbar; der Ehemann und die Tochter würden helfen. Die Prognose sei schlecht. Die Beschwerdeführerin sei seit dem 2. April 2019 zu 100 % arbeitsunfähig. Ihr Zustand habe sich nach der stationären und tagesklinischen Behandlung leicht gebessert, danach sei aber wieder der Status idem wie zuvor eingetreten. Sie sei alleine nicht reisefähig, habe alle 2-3 Tage Migräne, kein Durchhaltevermögen, könne nicht lange Sitzen oder Gehen und auch im Haushalt sei sie zu 80 % eingeschränkt. 3.14 3.14.1

RAD-Arzt Dr. E.\_\_\_\_

fasste in seiner Stellungnahme vom 12. Juli 2023 die gemäss Aktenlage bestehenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zusammen (Urk. 9/93 S. 4 f.) und hielt in seiner versicherungsmedizinischen Beurteilung fest, dass sich aus somatisch-versicherungsmedizinischer Sicht seit der massgeblichen polydisziplinären Begutachtung durch die F.\_\_\_\_ im Frühjahr 2022 nichts verändert habe. Vollkommen neu sei aber die in den psychiatrischen Berichten angegebene psychische Gesundheitsstörung „schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome - ICD-10: F32.2“, wobei es

schon auffällig sei, dass im psychiatrischen F.\_\_\_\_ -Teilgutachten expressis verbis festgestellt worden sei, dass keine psychiatrische Diagnose vorliege. Dementsprechend sei auch die Aussage, dass schon seit April 2019 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe, höchstens als anamnestiche Angabe der Beschwerdeführerin zu werten. Diesbezüglich sei eine ergänzende RAD-interne, fachspezifisch-psychiatrische Evaluation einzuholen. 3.14.2

Dr. M.\_\_\_\_

vom RAD verwies in seiner ergänzenden psychiatrischen Stellungnahme vom 25. August 2023 (Urk. 9/93 S. 6 f.) auf die Konsensbeurteilung im polydisziplinären F.\_\_\_\_ -Gutachten unter Kapitel 4.2, wonach das hohe Mass der Funktionseinschränkung nicht habe nachvollzogen werden können und laut Testmanual vom zielgerichteten Vortäuschen einer nicht vorhandenen Symptomatik und somit von einer nicht authentischen Beschwerdenschilderung auszugehen gewesen sei. Auch aus dem psychiatrischen Teilgutachten auf S. 71 habe sich aus dem TOMM (Untersuchung für Malingering) ein Ergebnis ergeben, dass für das zielgerichtete Vortäuschen einer nicht vorhandenen Symptomatik spreche. Da der psychopathologische Befund unauffällig gewesen sei, sei auch keine psychiatrische Diagnose gestellt worden.

Das Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin sei mit Vorbescheid vom 25. August 2022 abgewiesen worden. Knapp drei Monate später und nach erhobenem Einwand sei die Beschwerdeführerin vom 21. November 2022 bis 26.

Januar 2023 in der Klinik G.\_\_\_\_ hospitalisiert gewesen. Im entsprechenden Arztbericht vom 14. Februar 2023 werde nun eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F32.2) diagnostiziert. Die Diagnose sei nicht nachvollziehbar. Im psychopathologischen Befund (Ziff. 2.4) fänden sich nicht einmal genügend Symptome, welche das Vorliegen einer leichten depressiven Episode nach ICD-10: F32.0 rechtfertigen würden. Ausserdem stütze sich der Befund hauptsächlich auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin und es erfolge keine Auseinandersetzung mit Malingering. Der den Bericht unterschreibende Arzt M. K.\_\_\_\_ verfüge gemäss

MedReg über einen Facharztstitel in Anästhesiologie, womit der Bericht fachfremd und nicht verwertbar sei. Auch im Arztbericht des L.\_\_\_\_ vom 1. Juni 2023 werde dieselbe Diagnose gestellt ohne verwertbar zu sein, da auch hierbei der unterschreibende Arzt Dr. M. N.\_\_\_\_

gemäss

MedReg über keinen Facharztstitel verfüge, aber als Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie unterschreibe. Zusammenfassend hielt der RAD-Psychiater fest, dass aus psychiatrischer Sicht gestützt auf das polydisziplinäre F.\_\_\_\_ -Gutachten vom 1. Juni 2022 keine psychiatrische Diagnose vorliege. Die neu diagnostizierte schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F32.2) werde fachfremd und nicht fachärztlich diagnostiziert, sei psychopathologisch nicht nachvollziehbar und beruhe auf den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin. Dabei sei zu erwähnen, dass die Beschwerdeführerin im Rahmen der Begutachtung zielgerichtet nicht vorhandene Symptome vorgetäuscht habe. Es sei somit zumindest teilweise von Simulation auszugehen. 3.15

Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens ging

ein weiterer Bericht von Dr. H.\_\_\_\_ vom 5. Dezember 2023 ein (Urk. 8 ) ein, wobei zu berücksichtigen ist, dass für die richterliche Beurteilung eines Falles grundsätzlich die tatsächlichen Verhältnisse zur Zeit des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens massgebend sind. Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, sind jedoch insoweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Entscheiderlasses zu beeinflussen (BGE 121 V 362 E. 1b; 99 V 98).

Darin wurden folgende Diagnosen gestellt:

-

Bekanntermassen komplizierter Verlauf mit Entwicklung eines CRPS Typ II der rechten unteren Extremität bei iatrogener Verletzung des N. saphenus mit

-

Rekonstruktionsversuch des N. saphenus rechts mit Nervengraft im Juni 2020

-

Entstehung im Rahmen der Sehnenrekonstruktion der Extensorensehne Dig. II rechts vom Februar 2020 mit Plantarissehnen -Entnahme und versehentlicher Einnahm des N.

saphenus im Rahmen Subkutannaht

-

Reaktive Depression

-

Arterielle Hypertonie

Anamnestisch berichtet e Dr. H.\_\_\_\_ von einer weiterhin hochproblematischen Situation. Die Beschwerdeführerin leide weiterhin an einer massiven Schmerz überempfindlichkeit im Bereich der Unterschenkelinnenseite rechts, welche kaum den Druck einer Socke oder einer geschlossenen Hose vertrage. Mittlerweile sei sie im O.\_\_\_\_

schmerztherapeutisch angebunden, wo im Januar 2024 noch einmal weitere Testungen und ein Infiltrationsversuch geplant seien. Die Beschwerdeführerin sei aktuell arbeitsunfähig und aufgrund der Schmerzsi tuation und der sekundären reaktiven Depression im regulären Arbeitsmarkt nicht vermittelbar. Zum polydisziplinären F.\_\_\_\_ -Gutachten Stellung nehmend verwies er hinsichtlich der angezweifelten Medikamenten-Compliance und dem Leidens druck mangels Nachweises des Pregabalins innerhalb des Medikamentenspiegel-Referenzbereiches auf den Umstand, dass die Beschwerdeführerin zu jenem Zeitpunkt das Pregabalin aufgrund von Nebenwirkungen abgesetzt gehabt habe. Ferner seien die Gutachter zum absurden Schluss gekommen, dass „die Versicherte nach Neurolyse des N. saphenus keine Besserung der neurologischen Symptomatik angab“, da

dies falsch sei; es sei ja eben keine Neurolyse oder Nervenverlagerung intraossär erfolgt, sondern ein Rekonstruktionsversuch, welcher mitverantwortlich sei für die von der Beschwerdeführerin festzustellende Restschmerzsymptomatik in dem Sinn, dass der Nerv teilweise noch funktioniere und Fehlinformationen auf cerebraler Ebene verursache. Zudem erscheint die gutachterliche Beurteilung, dass neurologisch kein CRPS vorliege, völlig konträr zu sämtlichen anderen Einschätzungen von therapeutisch involvierten Ärzten. Auch in der orthopädisch-traumatologischen Untersuchung seien die Kriterien eines CRPS ausgeschlossen worden, wobei die Gutachter fälschlich die Budapest-Kriterien angewendet hätten, was aber bei einem CRPS Typ II (Kausalgie durch direkte Nervenverletzung) nicht zulässig sei. Das Gutachten sei daher von ungenügender Qualität. 4.

#### 4.1

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 Sachurteilsvo raus setzung, wenn und insoweit keine Verfügung beziehungsweise kein Einspracheentscheid ergangen ist (BGE 144 I 11 E. 4.3, 131 V 164 E. 2.1, 125 V 413 E. 1a). 4.2

In der angefochtenen Verfügung vom 7. November 2023 (Urk. 2) wurde aus schliesslich über den Rentenanspruch verfügt, was sich ohne Weiteres aus dem Betreff und dem einleitenden Satz ergibt. Soweit die Beschwerdeführerin in der Beschwerde berufliche Massnahmen beantragt (Urk. 1 S. 14 f.), ist demnach mangels eines entsprechenden Anfechtungsgegenstands auf die Beschwerde nicht einzutreten. 5.

#### 5.1

Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte (sog. Administrativgutachten) ist Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4, 135 V 465 E. 4.4; Urteil des Bundesgerichts 8C\_77/2021 vom 20. April 2021 E. 3 m.w.H.). 5.2

Die Beschwerdegegnerin stützte sich in ihrer ablehnenden Verfügung vom 7. November 2023 (Urk. 2) auf das eingeholte polydisziplinäre F.\_\_\_\_-Gutachten vom 1. Juni 2022 sowie die zeitlich letzten versicherungsmedizinischen Stellungnahmen ihrer RAD-Ärzte Dr. E.\_\_\_\_ (aus medizinischer Sicht) und Dr. M.\_\_\_\_ (aus psychiatrischer Sicht, vgl. E. 3.14) zu den im Einwandverfahren eingegangenen weiteren Berichten (vgl. E. 3.13). 5.3

Das F.\_\_\_\_-Gutachten ist für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt auch die geklagten Beschwerden, ist in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden, leuchtet in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation ein und die Schlussfolgerungen wurden durch die Experten begründet. Es kommt ihm daher voller Beweiswert zu. Gestützt auf dieses Gutachten ist mit dem neuropathischen Schmerzsyndrom am rechten Unterschenkel durch eine operative Nervenschädigung ein somatischer Gesundheitsschaden, welcher sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt, ausgewiesen. Ferner hält RAD-Arzt Dr. E.\_\_\_\_ in seiner

Stellungnahme vom 12. Juli 2023 zum zeitlichen Verlauf schlüssig fest, dass dieser Gesundheitsschaden aus somatisch-versicherungsmedizinischer Sicht seit der polydisziplinären F.\_\_\_\_ -Begutachtung im Frühjahr 2022 unverändert geblieben sei. Eine Verschlechterung ist auch nicht dem Bericht von Dr. H.\_\_\_\_ vom 5.

Dezember 2023 (Urk. 8) zu entnehmen, wenn er unter Beurteilung und Procedere schreibt, die Arbeitsunfähigkeit werde von ihm «noch einmal verlängert». Soweit Dr. H.\_\_\_\_ die Beweiskraft des F.\_\_\_\_ -Gutachtens in Zweifel zieht, kann ihm nicht gefolgt werden. Wenn der Medikamentenspiegel des verschriebenen Medikaments Pregabalin unterhalb des Referenzbereichs lag, ist nicht einzusehen, weshalb die Beschwerdeführerin, sollte sie das Medikament tatsächlich aufgrund der Nebenwirkungen abgesetzt haben, aufgrund des Leidens drucks sich nicht umgehend um ein Ersatzmedikament bemüht hätte. Im Übrigen war der Medikamentenspiegel nur eines mehrerer von den Gutachtern festgestellten Indizien für fragliche Konsistenz der Beschwerdeangaben. Soweit Dr. H.\_\_\_\_ die Aussagen des neurologischen sowie des psychiatrischen Teilgutachtens in Zweifel zieht, äussert er sich fachfremd. Insbesondere vermag er mit seiner Rüge, es habe keine Nerventrennung stattgefunden, sondern ein Rekonstruktionsversuch, welcher verantwortlich für die Restschmerzsymptomatik in dem Sinn sei, dass der Nerv teilweise noch funktioniere und Fehlinformationen auf cerebraler Ebene verursache, nichts an der überzeugenden Schlussfolgerung auf neurologischem Fachgebiet zu ändern. Denn es ist keineswegs so, dass die begutachtende Neurologin mit ihrer Feststellung betreffend ausbleibender Besserung weiterhin bestehende Beinschmerzen im Zusammenhang mit der Nervenschädigung ausschloss. Sie anerkannte diese vielmehr diagnostisch und funktionell explizit und berücksichtigte diese Beschwerden in Form einer Restsymptomatik beim Belastungsprofil hinsichtlich der dadurch eingeschränkten Leistungsfähigkeit. Schliesslich vermag er auch nicht damit durchzudringen, dass entgegen der polydisziplinären Begutachtung ein CRPS II vorliegt. Die Gutachter diagnostizierten konsensual anstelle eines CRPS ein näher umschriebenes neuropathisches Schmerzsyndrom, weshalb nicht davon auszugehen ist, dass ihnen wesentliche Aspekte des Gesundheitsschadens und dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit entgangen sind. 5.4

Nachdem sich die Beschwerdeführerin im Nachgang zum Erlass des Vorbescheids vom 25. August 2022, womit die Verneinung eines Rentenanspruchs angekündigt worden war (Urk. 9/76), vom 21. November 2022 bis 26. Januar 2023 wegen einer depressiven Symptomatik einhergehend mit persistierenden Schmerzen in der Klinik G.\_\_\_\_ in stationärer Hospitalisation befunden hatte, wurde in deren Bericht vom 3. Februar 2023 eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome nach ICD-10: F32.2 festgehalten (vgl. E. 3.13.2). Nach Auffassung von RAD-Psychiater Dr. M.\_\_\_\_ ist die Diagnose im entsprechenden Bericht nicht nachvollziehbar, da im psychopathologischen Befund, der sich hauptsächlich auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin stütze, sich nicht einmal genügend Symptome fänden, die die Diagnose einer leichten depressiven Episode rechtfertigen würden. Überdies erfolge keine Auseinandersetzung mit Malingering und äussere sich der den Arztbericht unterzeichnende Facharzt für Anästhesie fachfremd (E. 3 .

## **E. 6**

und 20

### **E. 6.1**

Da der Prozess nicht aussichtslos und eine anwaltliche Vertretung geboten war und die Beschwerdeführerin bedürftig ist, ist ihr in Gutheissung des Gesuchs vom 5. Dezember 2023 die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung zu bewilligen (Art. 29 Abs. 3 BV; BGE 135 I 1 E. 7.1; Urteil des Bundesgerichts 9C\_686/2020 vom 11. Januar 2021 E. 1).

### **E. 6.2**

Die Gerichtskosten sind unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung aber einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. Die Beschwerdeführerin ist auf § 16 Abs. 4 GSVGer hinzuweisen, wonach sie zur Nachzahlung verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist.

### **E. 6.3**

Der unentgeltliche Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Jonas Steiner, Aarau, ist ermessensweise mit Fr. 2'100.-- (inkl. Barauslagen und MWST) aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Die Beschwerdeführerin ist auf § 16 Abs. 4 GSVGer hinzuweisen. Das Gericht beschliesst: In Bewilligung des Gesuchs vom 5. Dezember 2023 wird der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Prozessführung gewährt und es wird ihr Rechtsanwalt Jonas Steiner, Aarau, als unentgeltlicher Rechtsvertreter für das vorliegende Verfahren bestellt, und erkennt sodann: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt, jedoch zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Die Beschwerdeführerin wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Jonas Steiner, Aarau, wird mit Fr. 2'100.-- (inkl. Barauslagen und MWST) aus der Gerichtskasse entschädigt. Die Beschwerdeführerin wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Jonas Steiner -  
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für  
Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 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, zuzu stellen.

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 Der VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin  
HurstGeiger

### **E. 09**

) arbeitet e

ohne abgeschlossene Berufsausbildung seit 2008 bei der Y.\_\_\_\_

AG als Weberin bei einem

### **E. 10**

0%-Pensum.

A m 13. Juli 2020 (Eingangsdatum) meldete sie sich wegen Schmerzen am Bein bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 9/11). In der Folge tätigte die IV-Stelle medizinische und erwerbliche Abklärungen und zog insbesondere die Akten der Mutuel Versicherungen AG-Krankentaggeldversicherung (Urk. 9/14) und der SUVA (Urk. 9/26) bei. Nach dem durchgeführten Standortgespräch (Urk. 9/18) teilte sie X.\_\_\_\_

mit Schreiben vom 28.

August 2020 mit, dass zurzeit aufgrund ihres Gesundheitszustandes keine Eingliederungsmassnahmen möglich seien (Urk. 9/20). In der Folge holte die IV-Stelle mehrere Arztberichte der behandelnden Ärzte, der Klinik Z.\_\_\_\_

in A.\_\_\_\_

(Urk. 9/29, Urk. 9/32, Urk. 9/38, Urk. 9/42 und Urk. 9/44), des Schmerzambulatoriums des B.\_\_\_\_ Spitals (Urk. 9/30) und von Dr. med. C.\_\_\_\_, Leitender Arzt Neurologische Rehabilitation im D.\_\_\_\_

(Urk. 9/43 und Urk. 9/45) ein. G estützt auf die versicherungsmedizinische Beurteilung von Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, vom regionalen ärztlichen Dienst (RAD) vom 9. Januar 2022 (vgl. Feststellungsblatt für den Beschluss vom 25. August 2022, Urk. 9/75 S. 8 f.) liess die IV-Stelle die Versicherte polydisziplinär (allgemein-internistisch, neurologisch, orthopädisch-traumatologisch und psychiatrisch) durch die F.\_\_\_\_

begutachten (vgl. polydisziplinäres F.\_\_\_\_-Gutachten vom 1. Juni 2022, Urk. 9/70). Nachdem RAD-Arzt Dr. E.\_\_\_\_ zum polydisziplinären F.\_\_\_\_-Gutachten Stellung genommen hatte (Urk. 9/75 S. 10 f.), kündigte die IV-Stelle der als vollberufstätig qualifizierten Versicherten mit Vorbescheid vom 25. August 2022 die Abweisung ihres Leistungsbegehrens an (Urk. 9/76). Dagegen erhob X.\_\_\_\_ am 3. Oktober 2022 Einwand (Urk. 9/83) und begab sich vom 21. November 2022 bis 26. Januar 2023

in stationäre Behandlung in die

Klinik G.\_\_\_\_

Zug (Urk. 9/86 und Urk. 9/88). Im Weiteren holte die IV-Stelle dort und beim L.\_\_\_\_ (L.\_\_\_\_) den Bericht vom 1. Juni 2023 ein (Urk. 9/90). Dazu nahm RAD-Arzt Dr. E.\_\_\_\_ am 12. Juli 2023 Stellung und holte eine RAD-interne fachspezifisch-psychiatrische Evaluation bei Dr. med. (F) C.

M.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Master in Public Health, zertifizierter RAD-Arzt, zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, Fähigkeitsausweis Vertrauensarzt SGV, vom 25. August 2023 ein (vgl. Feststellungsblatt für den Einwand vom 7. November 2023, Urk. 9/93 S. 4 ff.). Mit Verfügung vom 7. November 2023 verneinte die IV - Stelle wie vorbeschrieben einen Rentenanspruch (Urk. 2). 2.

Hiergegen erhob X.\_\_\_\_ am 5. Dezember 2023 Beschwerde und beantragte, es sei ihr unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 7. November 2023 eine Invalidenrente zuzusprechen; eventuell sei die Sache zu weiteren Abklärungen hinsichtlich ihres psychischen Gesundheitszustandes an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. In prozessualer Hinsicht ersuchte die Beschwerdeführerin um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung und um Bestellung von Rechtsanwalt MLaw J onas Steiner

als unentgeltlichen Rechtsvertreter (Urk. 1). Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort 25. Januar 2024 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7, unter Beilage ihrer Akten, Urk. 8 9/1-69). Mit Eingabe vom 29. Januar 2024 reichte die Beschwerdeführerin das einverlangte und ausgefüllte Formular zur Abklärung der prozessualen Bedürftigkeit samt Belegen ein (Urk. 11-13/1-5). Die Beschwerdeantwort wurde der Beschwerdeführerin am 30. Januar 2024

zugestellt (Urk. 14). 3.

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird - soweit erforderlich - im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 14**

. 2). Diese Kritik ist nicht von der Hand zu weisen. Hinzu kommt, dass dieser Bericht keine Verschlechterung seit der Begutachtung festhält, sondern unter «Vorgeschichte und Entwicklung» und «Aktuelle medizinische Situation» einen seit 2019 gleich bleibenden Zustand beschreibt. Dieser Bericht ist daher weder geeignet, die Beweiskraft des F.\_\_\_\_-Gutachtens in Zweifel zu ziehen, noch eine seitherige Verschlechterung des Gesundheitszustandes auch nur glaubhaft zu machen. Dasselbe gilt für den Bericht des L.\_\_\_\_ vom 1. Juni 2023 (Urk. 9/90), der ebenfalls keinen gravierenden psychopathologischen Befund festhält und ebenfalls keine Verschlechterung seit dem Zeitpunkt der Begutachtung dokumentiert. 5.5.

Demnach ist in medizinischer Sicht auf das F.\_\_\_\_-Gutachten vom 1. Juni 2022 abzustellen und ist bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 7.

November 2023 von keiner Verschlechterung auszugehen. Demgemäss ist der Beschwerdeführerin die bisherige – und worauf der vorgenommene Einkommensvergleich basiert (Urk. 9/74), leidensangepasste - Tätigkeit ab September 2020 in einem vollen Pensum zumutbar, bei einer Einschränkung der Leistung um 30 % aufgrund der neuropathischen Schmerzen (Urk. 70/9). Daran vermag auch der Einwand der Beschwerdeführerin, wonach - entgegen der Konsensbeurteilung - zur neurologischen Einschränkung um 30 % die Einschränkung durch Migräneattacken wenigstens zu einem gewissen Grad zu addieren sei (Urk. 1 S. 10), nichts zu ändern, schreibt doch Dr. med. P.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, bereits in ihrem neurologischen Teilgutachten, dass die Auswirkung der bekannten episodischen Migräne auf die Arbeitsfähigkeit in der Minderung der Arbeitsfähigkeit durch die neuropathischen Schmerzen enthalten sei (Urk. 9/70/32). 5.6

Entgegen den Vorbringen der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 12) ist bei einer vollschichtigen Arbeitsfähigkeit mit reduzierter Leistungsfähigkeit kein Leidens abzug unter dem Aspekt des Beschäftigungsgrades angebracht (Entscheid des Bundesgerichts 9C\_283/2020 vom 17. August 2020 E. 7.2.2.). 5.7

Diese Erwägungen führen zur Abweisung der Beschwerde. 6.

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