

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00550 vom 27. Juni 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-06-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00550

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00550 du 27 juin 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00550 del 27 giugno 2016

Erwägungen

E. 1

Die 1962 geborene X.____ war zuletzt als Reinigungskraft bei der Y.____ GmbH mit einem Pensum von 70 bis 80 %

tätig (Urk. 7/22/166 und Urk. 7/15 S. 4 Ziff. 5.4) . Am 3. Mai 2012 stürzte sie in einem Bus

anlässlich einer Notbremsung und verletzte sich dabei am Kopf, am rechten Ellbogen sowie am rechten Knie

(Urk. 7/18/1) . Die Unfallversicherung (SUVA) erbrachte die gesetzlichen Leistungen (Urk. 7/22/158 und Urk. 7/22/164) und stellte diese mit Verfügung vom 18. April 2013 (Urk. 7/22/20-21) unter Hinweis auf organisch nicht nachweisbare Beschwerden und unter Verneinung der Adäquanz per 30. April 2013 ein. Am

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

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

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

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

E. 3

. September 2013 meldete sich die Versicherte unter Hinweis auf besagten Unfall zum Leistungsbezug an (Urk. 7/15 -16).

Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zog unter anderem die Akten der Unfallversicherung (Urk. 7/22) bei und wies nach

durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 7/30) das Renten begehren mit Verfügung vom 14. April 2015 (Urk. 2) ab. 2.

Dagegen erhob die Versicherte am 15. Mai 2015 unter Auflage von Arztberichten der Universitätsklinik Z.____ vom 10. und 12. März 2015 (Urk. 3/1-2) Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, die Verfügung vom 14. April 2015 sei aufgehoben und es sei die Angelegenheit zur Veranlassung eines externen

polydisziplinären Gutachtens an die Verwaltung zurückzuweisen (S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 4. Juni 2015 (Urk. 6) schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführer in am 16. Juni 2015 mitgeteilt wurde (Urk. 8). Am 28. September und 19. Oktober 2015 (Urk. 10 und Urk. 13) reichte die Beschwerdeführerin Arztberichte der RehaClinic

A.____ vom 18. September und 9. Oktober 2015 (Urk. 11/1 und Urk. 14) sowie der Universitätsklinik Z.____ vom 7. und 17. April sowie vom 29. Mai 2015 (Urk. 11/3 und Urk. 14) ein, was der Beschwerdegegnerin am 6. und 20.

Oktober 2015 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 12 und Urk. 15).

Mit Eingabe vom 10. Juni 201

E. 3.1

SUVA- Kreisarzt Dr. med. B.____ , Facharzt für Chirurgie FMH, führte in seinem Bericht vom 10. Januar 2013 (Urk. 7/22/41-49) aus ,

über die Beobachtungszeit hätten sich die Symptome am Ellbogen verschlimmert. Dabei hätten sich Schmerzen im ganzen Arm entwickelt, inklusive im Handgelenk mit Bewegungseinschränkungen

im Schultergelenk und schmerzbedingter Bewegungseinschränkung in der rechten Schulter und in der Halswirbelsäule n- und Nackenregion mit rechtsbetonten

Triggerschmerzpunkten und verspannter Muskulatur . Die Abklärungen hätten “ weder bildgebend , neurologisch noch orthopädisch traumatische Läsionen ”

zutage gebracht . Auch hätten sich bis anhin “ keine rheumatologischen erklärenden Diagnosen für den Zustand ”

ergeben , wobei diesbezüglich weitergehende Abklärungen in Vorbereitung seien. Eine umfassende Diagnose sei - bis auf die Erwähnung von

Triggerpunkten und Kettenstörungen am rechten Arm, ohne wesentliche degenerative Veränderungen - nicht gestellt, klinisch-medizinisch jedoch zur Kenntnis genommen und bis anhin nicht mit abschliessenden diagnostischen Möglichkeiten eingeordnet worden. Aufgrund des Verlaufs, des Unfallmechanismus, der Symptomausweitung und der Verschlimmerung ohne traumatische Läsionen sei die gesamtstaatliche Situation im Bereich der rechten oberen Extremität mit dem Unfallereignis nicht zu erklären. Spätestens mit der abschliessenden Untersuchung (am 25. Oktober 2012 neurologisch; am 17. Oktober 2012

Magnetresonanztomographie (MRI) der Halswirbelsäule (HWS) ; am 2. November 2012 orthopädisch; am 12. November 2012 MRI des Ellbogens) sei der Status quo sine, bei sehr gross zügiger Interpretation des zeitlichen Verlaufs der Unfallfolgen, erreicht (S. 5- 6).

Unter dem Titel Arbeitsunfähigkeit wies der Kreisarzt darauf hin, dass grundsätzlich die linke obere Extremität und die anderen Körperregionen frei einsetzbar seien und dass “ auf Grund der natürlichen Kausalität ” die unfallbezogene , grosszügig ausgelegte Arbeitsunfähigkeit bis zum 12. November 2012 gerechtfertigt sei. Ob “ allenfalls unfallfremd eine Arbeitsunfähigkeit gerechtfertigt sei ” , müsse durch die behandelnden Ärzte

“ gegenüber der Krankenversicherung verantwortet ” werden. Er erlaube sich indes die Bemerkung, dass für leichte berufliche Tätigkeiten, auch Reinigungsarbeiten, “ sicher keine vollständige Arbeitsunfähigkeit ” bestehe (S. 8).

E. 3.2

Dr. med. C.____ , stellvertretende Oberärztin , und Dr. med. D.____ , Assistenzärztin am Spital E.____ , nannten in ihrem Bericht vom 2. Juli 2013 (Urk. 7/22/7-8) folgende Diagnosen: - Chronisches Cervico-brachiales Schmerzsyndrom rechts mit Fokus auf den Ellbogen und assoziierte Sensorikstörung

Dig III- V und ulnarer Unterarm - myofasiales Beschwerdebild mit somatoformer Überlagerung - Status nach Ellbogenkontusion, Commotio Cerebri am 3.5.2012 - persistierend verminderte und schmerzhafte Beweglichkeit des rechten Ellbogens sowie Parästhesien der ulnaren Finger II-V rechts - diskretes unspezifisches Weichteilödem am Olekranon weniger am Trizepsansatz , kein Knochenödem, keine Pathologie des Nervus

ulnaris , MRI Ellbogen rechts vom 12.11.2012 - Spinalkanal und Neuroforamina nicht eingengt, MRI HWS vom 17.10.2012 - Ausschluss Radikulopathie C7/8 oder Sulcus

ulnaris Syndrom bei unauffälliger MRI HWS und Elektroneuromyographie (ENMG) am 4.10.12 - Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren - psychologische Exploration im 3/2013 - arbeitsmedizinisches Assessment am 6.4.2013 - Adipositas WHO Grad III (BMI 43 kg/m²) - Vitamin-D-Mangel - Benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel im 1/2013 - gebessert nach Repositionsmanövern am 22.-25.1.2013

Die Ärztinnen hielten fest , dass bei der letzten Konsultation im Juni 2013 (vgl. Urk. 7/ 22 /12-13) aufgrund der bereits vorgenommenen diversen Abklärungen von Seiten der Neurologie (vgl. Urk. 7/22/64-67) , Orthopädie (vgl. Urk. 7/22/72 und Urk. 7/22/78) , Rheumatologie

und Psychologie ohne Objektivierbarkeit des pathologischen Befundes bei Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung eine Analgesie mit Lyrica 75 mg initiiert worden sei. Die Analgesie habe jedoch gemäss Angaben der Beschwerdeführerin zu keiner Besserung geführt. Die Beschwerden im rechten Ellbogen seien persistent , im Vergleich zum Unfallzeitpunkt verstärkt und bestünden sowohl in Ruhestellung als auch bei Belastung. Ebenso persistierten Parästhesien der Finger II-V und eine Weichteilschwellung am distalen Oberarm dorsalseits . Insgesamt habe keiner der Therapieansätze eine Linderung gebracht. Die Ärztinnen wiesen weiter darauf hin , dass die Beschwerden aus unfallchirurgischer Sicht mit dem initialen Trauma

respektive der Ellbogen kontusion vom 3. Mai 2012 nicht erklärbar seien. Betreffend Arbeitsfähigkeit ver wiesen sie auf die Evaluation durch den Hausarzt.

E. 3.3

In ihrem Bericht vom 22. November 2013 (Urk. 7/23) führt e Dr. med. F.____ , Ober ärztin Neurologie an der G.____ Klinik, folgende Diagnosen auf (S. 1):

Hauptdiagnosen : - Zervikobrachiales Schmerzsyndrom rechts mit/bei - Status nach Unfall 3.5.2012 mit leichtgradiger Commotio, HWS-Distorsion und Schulter- Ellbogen schmerzen rechts - klinisch: keine fokalneurologischen Defizite, hohe myofasziale Komponente - HWS- MRI 10/2012: unauffällig - Schädel/HWS- Computertomographie (CT) und CT-Thorax 05/2012: unauffällig - Ellbogen -MRI

E. 3.4

Der Hausarzt der Beschwerdeführerin, Dr. med. H.____ , Innere Medizin FMH, ging in seinem Bericht vom 1. April 2014 (Urk. 7/26 / 1-4) von folgenden Diagnosen

aus (S. 1 Ziff. 1.1) :

Mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - Status nach Unfall 3.5.12 - Commotio - HWS-Beschleunigungstrauma - persistierende Schulter- und Ellbogen schmerzen rechts bei Status nach Radiusköpfchen-Fraktur - persistierende Hypästhesie Ulnarisgebiet rechte Hand

Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - Status nach Unfall 17.6.13 (Sturz in Küche am Arbeitsplatz: Restaurant) - Verletzungen der linken oberen Extremität, aktuell beschwerdefrei - arterielle Hypertonie

Dr. H.____ ging von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit seit dem 3. Mai 2012 aus (S. 2 Ziff. 1.6). 3. 5

RAD-Arzt Dr. med. I.____ , FMH Orthopädische Chirurgie, hielt in seiner Stellungnahme vom 5. Juli 2014 (Urk. 7/29 S. 3-4) fest, dass gemäss dem Bericht des SUVA- Kreisarztes die gesundheitliche Situation der Beschwerdeführerin aufgrund des Unfallmechanismus beziehungsweise der Symptomausweitung nicht zu erklären sei. Dennoch habe der Kreisarzt eine als grosszügig bezeichnete Arbeitsunfähigkeit “ bis zum 12. November 2013 ” als gerechtfertigt erachtet , eine “ vollständige ” Arbeitsunfähigkeit für leichte berufliche Tätigkeiten (inklusive Reinigungsarbeiten) indessen verneint. Gestützt darauf

sei vom 3. Mai 2012 bis zum 12. November 2013 von einer unfallkausal bestätigten Arbeitsunfähigkeit in der angestammten wie auch in einer angepassten Tätigkeit auszugehen . Rechtsgenügende beziehungsweise sichere Hinweise für eine unfallfremde dauerhafte Arbeitsunfähigkeit seien den Akten nicht zu entnehmen. Als Belastungsprofil nannte der RAD-Arzt körperlich leichte wechselnde Tätigkeiten .

E. 3.6

Im Bericht vom 17. April 2015 (Urk. 11/2 S. 3-4) ging Dr. med. J.____ , Spitalfachärztin an der Universitätsklinik Z.____ , von folgenden Diagnosen aus : - Chronisches cervikospondylogenes Schmerzsyndrom rechts - Nacken-, Schulter-, Ellbogen schmerzen, anamnestisch rezidivierende Schwellung Handrücken rechts - Status nach Ellbogen kontusion 3.5.12 - Bildgebung: - MRI Hand rechts 9.4.15: keine aktiv- oder chronisch-entzündliche Veränderungen - MRI HWS 26.3.15: atlantodentalarthrose ,

multisegmental beginnende Diskusdegenerationen ohne Nachweis einer Nervenwurzelkompression, keine entzündlichen Veränderungen - Röntgen HWS ap / seitl . 4.3.15: kleine Anulus

fibrosus -Verkalkung Höhe C4/5, C5/6, keine entzündlichen Veränderungen - Röntgen Schulterstatus und Ultraschall Schulter rechts 4.3.15: Enthesiophyt am Ansatz des coracoacromialen Ligamentes, kleine Stufenbildung Tub. Majus möglicherweise alte verheilte Avulsionsfraktur , Verdacht auf hochgradige Partialruptur Supraspinatussehne , Tendinopathie der Subscapularissehne - Röntgen Ellbogen ap / seitl . rechts 4.3.15: kleiner Olecranon-Sporn - Röntgen Hände dp

bds . 4.3.15: keine entzündliche / erosive Veränderungen - MRI Ellbogen rechts 8.7.13: regredientes , nur noch diskret ausgeprägtes Ödem am Ansatz der Trizepssehne

Olecranon , kein Hinweis auf Pathologie des N. ulnaris - Neurologie 4.10.12: keine Radikulopathie C7, C8 oder Sulcus

ulnaris -Syn drom - Fehlstatik des Achsenskelettes, muskuläre Dysbalance - Status nach Sturz 3.5.12 mit Ellbogenkontusion, Commotio cerebri - Adipositas per magna - BMI 43 kg/m² - Arterielle Hypertonie - 25-OH-Vitamin- D-Mangel - unter Substitution mit ViDe3-Tropfen seit 11.3.15

Die Ärztin führte aus, die Beschwerdeführerin klagt über im Vordergrund stehende Schulterschmerzen rechts mit Ausstrahlung nach cervical , in den Oberarm sowie gelegentlich in den

Ellbogen sowie in die Hand rechts . Im MRI der Hand hätten sich keine aktiv- oder chronisch-entzündlichen Veränderungen gezeigt, ebenso wenig best ü nden Anhaltspunkte für eine monoklonale

Gammopathie . In therapeutischer Hinsicht sei eine diagnostische subacromiale Infiltration mit Lokalanästhesie in vier Wochen angemeldet . 4. 4.1

Die Beschwerdegegnerin stütze sich bei ihrer leistungsabweisenden Verfügung

vom 14. April 2015 auf die Stellungnahme ihres RAD -Arztes vom 5. Juli 2014 (Urk. 7/29 S. 3-4) , welcher

sei nerseits auf den Bericht des SUVA- Kreisarztes Dr. B.____ vom 10. Januar 2013 (Urk. 7/22/41-49) abstelle

(Urk. 2) und keine eigene Untersuchung durchführte . 4.2

Die RAD stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Art. 59 Abs. 2 bis IVG). Nach Art. 49 der

Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV)

können sie die geeigneten Prüfmethoden im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz und der allgemeinen fachlichen Weisungen des Bundesamtes frei wählen (Abs. 1). Die RAD können Versicherte bei Bedarf selber ärztlich untersuchen (Abs. 2; Urteil des

Bundesgerichts 9C_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweis auf BGE 135 V 254 E. 3.5).

Praxisgemäss kommt einer reinen Aktenbeurteilung des RAD im Vergleich zu einer auf allseitigen Untersuchungen beruhenden Expertise, welche auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und die Schlussfolgerungen widerspruchsfrei begründet, nicht der gleiche Beweiswert zu (Urteil des Bundesgerichts 8C_971/2012 vom 11. Juni 2013 E. 3.4).

Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist mit jenem einer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxisgemässen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1) genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (BGE 137 V 210 E. 1.2.1). Allerdings kann auf das Ergebnis von sicherungsinterner ärztlicher Abklärungen – zu denen die RAD-Berichte gehören – nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (Urteil des Bundesgerichts 8C_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4.2 mit Hinweisen auf BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7). 4.3

4.3.1

RAD-Arzt Dr. I. ___ ging

für die Zeit vom 3. Mai 2012 bis zum 12. November 2013 von einer als unfallkausal bestätigten

100%igen Arbeitsunfähigkeit in zuletzt ausgeübter und in angepasster Tätigkeit aus (vgl. E. 3.5 hiervor) . Der vom RAD-Arzt postulierte Zeitpunkt für den Beginn der Arbeitsunfähigkeit entspricht dabei dem Unfalldatum. Nicht ohne Weiteres nachvollziehbar ist hingegen zunächst das Datum für das Ende der

Arbeitsunfähigkeit (12. November 2013). Dieses stimmt insbesondere nicht mit der Einschätzung des Kreisarztes überein, welcher von einer unfallkausalen Arbeitsunfähigkeit bis zum 12. November 2012 ausging und dabei auf die abschliessende Untersuchung (MRI des Ellbogens am 12. November 2012) abstellte (Urk. 7/22/41-49 S. 6). Nachdem der RAD-Arzt in seiner Stellungnahme indessen ausdrücklich auf den vom Kreisarzt genannten Zeitpunkt des Erreichens des status quo sine “ als grosszügig bezeichnet ausgelegte AUF bis zum 12.11.13 ” verwies (Urk. 7/29 S. 3 unten), erscheint es naheliegend, dass das Datum vom 12. November 2013 auf einem Versehen beruhte beziehungsweise der RAD-Arzt in Anlehnung an den kreisärztlichen Bericht von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit bis zum 12. November 2012 ausgehen wollte.

Ab jenem Datum

attestierte

der RAD-Arzt wie erwähnt

eine volle

Arbeitsfähigkeit (Belastungsprofil: körperlich leichte wechselbelastende Tätigkeiten) , wobei er festhielt, den Akten seien keine rechtsgenügenden beziehungsweise sichere Hinweise für eine allfällige auf unfallfremde Ursachen beruhende dauerhafte

Arbeitsunfähigkeit zu entnehmen . Eine Begründung für diese Schlussfolgerung gab der RAD-Arzt , der die Beschwerdeführerin im Übrigen nie selber untersucht hatte,

indessen nicht ab . 4.3.2

Was die Bemerkung des SUVA- Kreisarztes Dr. B.____

betreffend die unfall fremde

Arbeitsunfähigkeit

angeht (Urk. 7/22/41-49 S. 8) , ergibt sich Folgendes : Als Kreisarzt des Unfallversicherers, dessen Leistungspflicht unter anderem an das Vorliegen eines Kausalzusammenhangs zwischen dem versicherten Unfall und der eingetretenen Gesundheitsschädigung an knüpft

(vgl. BGE 129 V 177 E. 3) ,

bestand die Hauptaufgabe von Dr. B.____ in der Einschätzung der durch den Unfall herbeigeführten Arbeitsunfähigkeit (zur im Unterschied zur Unfallversicherung im Wesentlichen finalen Natur der Invalidenversicherung vgl. BGE 120 V 95 E. 4c und Meyer/Reichmuth , Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Aufl. 2014, Rz 51 zu Art. 4. IVG) . Entsprechend wies

der Kreisarzt Dr. B.____

darauf hin , dass die Frage nach der unfallfremden Arbeitsunfähigkeit durch die behandelnden Ärzte zu beantworten sei. Dr. B.____ beschränkte sich sodann auf die nicht näher begründete Bemerkung, es bestehe für leichte Tätigkeiten sicher keine vollständige unfall fremde Arbeitsunfähigkeit. Selbst wenn allein auf die Einschätzung des Kreisarztes abgestellt werden könnte, wäre daraus nicht automatisch auf eine 100%ige Arbeitsfähigkeit zu schliessen . Der

Hinweis , dass sicher keine vollständige Arbeitsunfähigkeit für leichte berufliche Tätigkeiten vorliege , erlaubt nicht ohne Weiteres den Umkehrschluss, dass die Beschwerdeführerin voll arbeitsfähig ist. 4.3.3

Abgesehen vom RAD-Arzt und dem Kreisarzt äusserten sich einzig die Ärztinnen des Spitals

E.____ sowie der Hausarzt Dr. H.____ zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin. Während die Ärztinnen des Spitals E.____

in ihrem Bericht vom 2. Juli 2013 für die Zeit von rund einem Monat (vom 4. Juni bis zum 2. Juli 2013)

eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestierten (Urk. 7/22/12-13 S. 2) , ging Dr. H.____

am 1. April 2014 von einer vollen Arbeitsunfähigkeit seit dem 3. Mai 2012 aus , wobei er diesen Umfang nicht näher begründete und überdies darauf hinwies, dass er die Beschwerdeführerin erst seit August 2013 behandle (Urk. 7/26 Ziff. 1.2 und Ziff. 1.6) . Der RAD-Arzt postulierte

eine 100%ige Arbeitsfähigkeit ab dem 13. November 2013 respektive 2012

(vgl. E. 4.3.1 hier vor) . Eine für die Belange der Invalidenversicherung schlüssige Arbeitsfähigkeitseinschätzung liegt nicht vor.

4. 3. 4

Hinzu kommt, dass – nebst dem durchgehend diagnostizierten Schmerzsyndrom (vgl. E. 3.2, 3.3 und 3.6 hier vor. Zum Ersatz des bisherigen Regel/Ausnahme-Modells durch einen strukturierten normativen Prüfungsraster vgl. BGE 141 V 281, insbesondere E. 3.6) – die im Frühjahr 2015 von der zuständigen Ärztin der Universitätsklinik Z.____ noch als Verdachtsdiagnose geäussert (E. 3.6 hier vor) transmurale Ruptur der Supraspinatussehne samt einer ausgeprägten Tendinopathie der Supra- und Infraspinatussehne sowie Bursitits subacromialis nun MR-tomographisch nachgewiesen wurde (nachgereichter Bericht der Uni versitätsklinik Z.____ vom 20. Mai 2016, Urk. 1 7. Zur Berücksichtigung von nach Abschluss des Verwaltungsverfahren datierenden Arztberichten vgl. BGE 121 V 362 E. 1b in fine).

Liegt eine Problemlage mit interdisziplinärem Charakter vor, ist eine polydisziplinäre Expertise einzuholen (vgl. etwa Bundesgerichtsurteil 9C_505/2015 vom 12. Oktober 2015 E. 2.1.2), zu welchem Zweck die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist. 5 .

5 .1

Die Kosten des Verfahrens gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 6 00.-- festzusetzen und entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 5 .2

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57). Die obsiegende vertretene Beschwerdeführerin hat Anspruch auf den vom Gericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses, dem Zeitaufwand und den Barauslagen festzusetzenden Ersatz der Parteikosten (§ 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Entsprechend steht ihr eine Prozessentschädigung von Fr. 1 '100.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 14. April 2015 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600 .-- werden der Beschwerdegegnerin

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

Die Beschwerdegegnerin wird

verpflichtet, der Beschwerdeführerin

eine Prozessentschädigung von Fr. 1 '100 .-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Thomas Locher -
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle , unter Beilage von Kopien der Urk.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 8

ATSG) sind.

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

Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte 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. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht 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 Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). 2.

2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene leistungsabweisende Verfügung vom 14. April 2015 (Urk. 2) damit, dass die Beschwerdeführerin bereits seit November 2013 in ihrer angestammten Tätigkeit wieder voll arbeitsfähig sei. Da die IV-Anmeldung am 3. September 2013 eingegangen sei und Leistungen somit frühestens ab dem 1. Februar 2014 zugesprochen werden könnten, stehe

der Beschwerdeführerin kein Rentenanspruch zu . 2.2

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt, seit dem Unfall best ü nden therapieresistente heftige Schmerzen im Bereich d er rechten Nackenseite, der Nac kenschultergürtelmuskulatur, des rechten Ellbogens und der rechten Hand. Des Weiteren lägen Hinweise auf ein funktionelles Thoracic Outlet Syndrom sowie auf eine psychische respektive psychosomatische Überla gerung vor. Die Beschwerdegegnerin habe keine eigenen medizinischen Abklä rungen vorgenommen, sondern einzig auf den kreisärztlichen Bericht des Unfallversicherers vom 9. Januar 2013 und die Stellungnahme ihres Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 5. Juli 2014 abgestellt. E s lägen keine be grün deten fachärztlichen Stellungnahmen vor, welche den Schluss zuliessen, sie sei ab November 2013 (oder 2012) wieder voll arbeitsfähig.

Die Beschwerdegegnerin habe demzufolge ihre Pflicht, den Sachverhalt von Amtes wegen abzuklären, in schwerwiegender Weise verletzt, indem sie bei lückenhafter und nicht aussa gekräftigter Aktenlage entschieden habe, ohne ein polydisziplinäres Gutachten einzuholen (Urk. 1 S. 4-6). 3.

E. 11

/2012 : leichtes Weichteilödem am Olecranon , ansonsten normal - Ellbogen -MRI
07/2013: regredientes , nur noch diskret ausgeprägtes Ödem am Ansatz der Trizepssehne -
EMG : hochnormale N. ulnaris -Neurographie und N. medianus-Neurographie - Arterielle Hypertonie

Nebendiagnosen : - Status nach Schulter-Armsyndrom links mit/bei - Status nach Sturz
03/2006 - Status nach benignem paroxysmalem Lagerungsschwindel 1/2013 - Adipositas (BMI 43)

Die Ärztin hielt fest, die Beschwerdeführerin leide gemäss eigenen Angaben ständig unter Schmerzen im Bereich der rechten Nackenseite, der Nackenschultergürtelmuskulatur , des Ellbogens und der Hand. Die Finger seien fast immer taub und als Rechtshänderin sei es für sie sehr schwierig, zu schreiben, zu kochen und zu bügeln. Sie empfinde keine Kraft im rechten Arm und verspüre ein generalisiertes Schweregefühl. Weder die Einnahme diverser Medikamente noch Physiotherapie hätten eine Besserung gebracht. Sie sei zudem auch durch Kopfschmerzen beeinträchtigt und meine, eine Depression zu haben, da sie oft weinen müsse und sich unter vielen Leuten gestört fühle (S. 1 f.). Dr. F. ___ wies darauf hin, dass keine sicheren Hinweise für eine Schädigung im Sinne einer Myelopathie, Radikulopathie oder peripheren Nervenstörung bestünden; auch habe keine manifeste orthopädische Störung der rechten Schulter oder des Ellbogen gelenks nachgewiesen werden können. Ebenso bleibe die Ursache der Fühlstörung in den Fingern unklar. Differentialdiagnostisch könnte bei schwerer Fehllhaltung und verkürzten Scalenii auch ein funktionelles Thoracic Outlet Syndrom vorliegen. In therapeutischer Hinsicht müsse multimodal an die Situation herangegangen werden, wobei allenfalls ein stationärer Aufenthalt in einer Spezialklinik, bei welcher rheumatologische wie auch psychosomatische Beschwerden angegangen würden, indiziert sei (S. 3).

E. 16

und Urk.

E. 17

- Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich
Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Gräub-Schleiffer Marais

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