

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00902 vom 30. September 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-09-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00902

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00902 du 30 septembre 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00902 del 30 settembre 2016

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1955, besuchte in Y.____ die Mittel - punkt schule und absolvierte keine Berufsausbildung. Zuletzt war sie

seit dem 15 . A pril 20 10

saisonal (d.h. jeweils vom

15. April bis zum 15. Oktober)

als Mitarbeiterin Kasse/Kiosk

im Dorfbad

der Stadt Z.____

angestellt , seit 2011 mit einem Pensum von 100 %

(Urk. 7/15 ,

7/23/17, 7/25 und 7/29/2 -

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bun desgesetzes 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 Beur teilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfä higkeit 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. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 1.3

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).

E. 1.4

Die regionalen ärztlichen Dienste (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) beurteilen die RAD die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs. Die geeigneten Prüfmethode können sie 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. Sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest (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).

Die Funktion interner RAD-Berichte besteht darin, aus medizinischer Sicht – gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen sei. Sie würdigen die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht (Urteil des Bundesgerichts 9C_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweisen). 2.

Die Beschwerdegegnerin zog in der angefochtenen Verfügung im Wesentlichen in Betracht, die Beschwerdeführerin sei

ab Juni 2013 erheblich in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt und dann wieder voll arbeitsfähig gewesen. Seit dem 3. März 2014 (Beginn der einjährigen Wartezeit) liege eine durchgehende Arbeitsunfähigkeit vor. Der Gesundheitszustand habe sich

erfreulicherweise kontinuierlich verbessert, so dass der Beschwerdeführerin nach Ablauf des Wartejahres ihre bisherige Tätigkeit als Mitarbeiterin Kasse/Kiosk im Dorfbad wieder zu 50 % zumutbar sei. Eine angepasste, das heisst eine einfache, körperlich sehr leichte und wechselbelastende Tätigkeit, die häufig sitzend zu verrichten sei, sei der Beschwerdeführerin zu 100 % zumutbar.

Dementsprechend führte die Beschwerdegegnerin einen Einkommensvergleich durch und ermittelte einen Invaliditätsgrad von 7 %, der keinen Rentenanspruch zu begründen vermöge. Ferner hielt die Beschwerdegegnerin fest, die im Einwandverfahren neu eingereichten medizinischen Unterlagen enthielten keine Hinweise auf nicht bereits berücksichtigte wesentliche

Einschränkungen (vgl. Urk. 2).

Demgegenüber liess die Beschwerdeführerin geltend machen, die angefochtene Verfügung sei bereits wegen ungenügender Begründung und Verletzung des rechtlichen Gehörs aufzuheben, da sich die Beschwerdegegnerin nur unzureichend zur Einwandsbegründung und zu den neu eingereichten medizinischen Unterlagen geäussert habe. Darüber hinaus sei der Beschwerdegegnerin eine Verletzung ihrer Abklärungspflicht vorzuwerfen, zumal keine neuropsychologische Untersuchung mehr stattgefunden habe. Bei der von der Beschwerdeführerin zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Mitarbeiterin Kasse/Kiosk im Dorfbad, die ihr nunmehr lediglich noch zu 50 % zumutbar sei,

handle es sich zudem bereits um eine behinderungsangepasste Tätigkeit (vgl. Urk. 1 und

E. 4

).

Ihr Aufgabenbereich umfasste unter anderem auch die Mitarbeit in der Küche (inkl. Servieren von Speisen) und das Verrichten von Reinigungsarbeiten (Urk. 3/3 S. 1, 7/23/17 und 7/29/2-4).

Ausserhalb der Freibad saison war die Versicherte in wechselnden kurzen Anstellungsverhältnissen als Reinigungskraft, Beiköchin oder Küchenhilfe erwerbstätig oder sie bezog Arbeitslosenentschädigung (Urk. 7/15, 7/29 /

E. 5

. Oktober 2014 meldete sich die Versicherte bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk.

E. 5.1

In medizinischer Hinsicht lässt sich den Akten entnehmen, dass die Beschwerdeführerin nach dem Hirninfarkt am 5. Juni 2013 im Spital A. _____

magnetresonanztomographisch untersucht wurde. Es wurde eine frische ischämische Läsion rechts cerebellär im AICA Stromgebiet und ein hypoplastisches V4-Segment der Arteria vertebralis rechts festgestellt. Der Abgang der AICA erschien rechts perfundiert, ansonsten handelte es sich um eine altersentsprechende Abbildung des Neurocraniums (

Urk. 7/60/1).

Vom 24. Juni bis zum 27. Juli 2013 hielt sich die Beschwerdeführerin zur Rehabilitation in der B.____ auf (Urk. 7/60/6). Bei ihrem Austritt waren die rechtsseitigen Kopfschmerzen leicht gebessert und das Gangbild sicher. Es bestand

noch eine leichte Dysarthropnie

(Sprechstörung). Über dies waren leichte kognitive Defizite (reduzierte Belastbarkeit, Defizite in Teilbereichen der Exekutivfunktionen wie Interferenzanfälligkeit, Kategorisierungsfähigkeit, theoretische Handlungsplanung, vorausschauendes Denken und Problemlösen, Fehlerkontrolle und Monitoring), Defizite in der geteilten Aufmerksamkeit und eine reduzierte konzentrierte Belastbarkeit vorhanden (Urk. 7/60/6). Bis Ende Juli 2013 wurde

der Versicherten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Da aufgrund der erwähnten Defizite, insbesondere der reduzierten Belastbarkeit, am Arbeitsplatz

bei erhöhten Anforderungen, steigender kognitiver Belastung, hoher Ablenkung oder unter Stress mit Unaufmerksamkeit und/oder einer schnelleren Überforderung gerechnet wurde, wurde aus neuropsychologischer Sicht eine stufenweise Wiederaufnahme der bisherigen Tätigkeit mit einem deutlich reduzierten Anfangspensum und einem guten Pausenmanagement empfohlen (Urk. 7/60/7).

Am 29. August 2013 führte

Dr. med. D.____, Facharzt FMH für Neurologie, eine neurologische Untersuchung durch (Urk. 7/60/2). Neben leichten residuellen Beschwerden, vorwiegend einer Hypästhesie und einer

leichten

distalen

rechtsseitigen

Hemiparese, er hob er vordergründige rechtsseitige Kopfschmerzen, teils

mit stechenden Exazerbationen mit leichter Übelkeit. Aufgrund des Verlaufs und der klinischen Befunde imponierten ihm diese

als posttraumatische Kopfschmerzform. Zusätzlich er hob er bewegungsabhängige Schwindelsensationen ohne klinisch vestibulär fassbare Auffälligkeiten. Es

stellte klinisch Zeichen einer eventuell zusätzlichen zervikozephalen Komponente fest. Darüber hinaus vermerkte er die tägliche Schmerzmittelinnahme und Schlafschwierigkeiten (Urk. 7/60/3). 5.2

Aufgrund der nach dem Sturz vom 11. August 2013 geäußerten Beschwerden wurden am 22. August 2013 MRI-Aufnahmen des linken Knies erstellt. Diese führten zur Beurteilung, es hätten sich ein Gelenkerguss, ein periartikuläres Ödem und eine Bakerzyste gebildet, wobei die Letztgenannte wahrscheinlich zur Unterschenkelmuskulatur hin rupturiert

sei. Es gebe eine ausgedehnte Knochenkontusion medial an der Patella, eher zum Unterpol, und möglicherweise spinennetzförmige Frakturen gleichenorts, jedoch keine Fragmentverschiebung und keine Gelenkstufe. Überdies wurden eine vorbestehende massive Chondropathie

patellae Grad IV und eine deutliche Chondropathie Grad II I auch in der Trochlea sowie eine minimalere Knorpelreduktion im gewichttragenden Anteil des medialen Femurkondylus festgestellt. Es liege eine ausgedehnte Typ II-Degeneration im medialen Meniskus vor, vor allem in der hinteren Übergangzone. Es gebe keinen Beweis für eine Rissbildung, eine Kreuzband- oder Seitenbandläsion (Urk. 7/23/24).

Am 26. Oktober 2013 wurde offenbar auch eine Sonographie der linken Schulter durchgeführt, mit der eine Rotatorenmanschettenruptur ausgeschlossen werden konnte. Es zeigten sich lediglich degenerative Veränderungen im Bereich der Supraspinatussehne. Aufgrund des erhöhten Leidensdrucks und des positiven Impingements wurde eine Infiltration vorgenommen, die bereits kurze Zeit später zur Beschwerdefreiheit führte, welche jedoch bloss eine Woche anhält (vgl. Urk. 3/6 S. 8). 5.3

Die am 9. Januar 2014 durchgeführte Knochenszintigrafie zeigte an beiden Händen eine aktivierte Arthrose DIP/DIG II/II I (vgl. Urk. 7/23/10). 5.4

Am 27. März 2014 wurde ein Mehrschicht-CT des Thorax erstellt, bei dem sich kein Hinweis auf ein Rezidiv des Morbus Boeck fand. Es wurden lediglich leicht gradig narbige Veränderungen apikal im Bereich der Pleurakuppen schwielen und lateral/ latero-dorsal im Oberlappen, diskreter in der Lingula und im Unterlappen links, und als Nebenbefund eine leichtgradige Lebersteatose

erhoben (Urk. 7/60/29). 5.5

Dr. C.____

überwies die Beschwerdeführerin wegen der seit September 2013 geklagten symmetrischen

Myalgien und Arthralgien

an Armen, Händen, Oberschenkeln und Füßen und wegen

Rücken-, Nacken- und okzipitalbetonten

Kopfschmerzen zur stationären Behandlung ins E.____, die vom 1. bis zum 17. April 2014 dauerte (Urk. 7/23/7 und 7/23/11).

Dort wurden neu ein Fibromyalgie-Syndrom ohne Hinweise auf eine relevante psychische Komorbidität, eine Pansinusitis mit Spiegelbildung im Sinus maxillaris rechts und im Sinus sphenoidalis links bei viralem Infekt der oberen Atemwege

und ein Vitamin D-Mangel diagnostiziert (Urk. 7/23/7). Überdies wurde eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 1. bis zum 25. April 2014 bescheinigt (Urk. 7/14/4 und 7/23/8). Das am 15. April 2014 erstellte CT des Neurocraniums und des Gesichtsschädels zeigte eine leichte frontal betonte Atrophie und ansonsten altersentsprechende normale Befunde, ferner die Pansinusitis mit Spiegelbildung im Sinus maxillaris rechts und im Sinus sphenoidalis links (Urk. 7/23/5 f.), die mit abschwellenden Mitteln behandelt wurde. Es wurde vermerkt, dass die Versicherte während der Hospitalisation Schnupfen, Ohrenschmerzen und Husten mit leicht ansteigenden Entzündungsparametern entwickelt habe. Die behandelnden Ärzte gingen von einem viralen Infekt der oberen Atemwege aus, der sicher teilweise die aktuell geklagten Kopfschmerzen erkläre. Hinweise auf eine systemische entzündlich-rheumatische Erkrankung wurden keine gefunden (Urk. 7/23/8). 5.6

Beide Knie wurde n am 28. Juli 2014 im GZO Spital F.____

computertomographisch untersucht (Urk. 7/23/22 und 7/23/23) . Am linken Knie wurde n

eine retropatellär im Bereich des Apex und mit Übergreifen auf die mediale Gelenkfazette betonte Arthrose und eine Chondropathie Grad I bis III im medialen femorotibialen Kompartiment festgestellt. Überdies zeigte sich eine Schwellung und mögliche zentrale Degeneration im Hinterhorn des medialen Meniskus ohne eindeutigen Riss. Es wurden keine ligamentäre Läsion, kein signifikanter Erguss, aber eine grosse Baker-Zyste erhoben. Entzündliche Veränderungen waren nicht vorhanden (Urk. 7/23/22). Die Untersuchung des rechten Knies ergab eine mögliche zentrale Schwellung, differentialdiagnostisch eine Degeneration im Hinterhorn des medialen Meniskus ohne Nachweis einer eindeutigen Rissstruktur zur Ober- oder Unterfläche. Es wurde vor allem eine retropatelläre Arthrose mit grossflächigem Knorpeldefekt des Apex, übergreifend auf die mediale Gelenkfazette der oberen Patellarhälfte ,

festgestellt . Eine ligamentäre Läsion, ein Gelenkserguss, eine signifikante popliteale Zyste oder eine entzündliche Veränderung waren nicht zu sehen (Urk.

7/23/23). 5.7

Dr. C.____ hielt in seinen Bericht en vom

4. und

5. November 2014 (Urk. 6/16 - 18) die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest:

1.

Tachykardie mit Leistungsminderung

-

Procainamid besser

2.

Verdacht auf Fibromyalgie-Syndrom (ED 04/2014)

-

04/2014: Widespread-Pain

index 15, Symptom- Severity -index 8

3.

Gonalgie beidseits -

MRI Knie links 23.8.2013 : Gelenkserguss, Bakerzyste , ausgedehnte Knochenkontusion an der Patella, massive Chondropathie

patellae Grad IV, Chondropathia Grad III -

MRI Knie rechts 20.1.2010: chronische Chondropathie

patellae 4.

Restbeschwerdesymptomatik Handgelenk links nach konservativ versorgter distaler Radiusfraktur am 16.1.2012 -

Kompressionsbedingte Irritation des Ramus

superficialis

nervi

radialis

-

Aktiviertheit

Pisotriquetrarthrose links -

Dorsales radiokarpales Impingement bei knöcherner Abspaltung der distalen Radiusgelenkfläche

5.

Polyarthrose der Hände und Handgelenke beidseits

6.

Vitamin-D-Mangel (ED 04 /2014)

7.

Ischämischer Hirninfarkt im hinteren Stromgebiet rechts am 2.6.2013 -

Neurologie initial: Stamm- und Extremitätenataxie rechts, deutliche Dysarthrie, leichte Hemiparese rechts,

aetiologisch am ehesten mikroangiopathisch -

cvRf: arterielle Hypertonie, Nikotin (ca. 20 J.), positive Familienanamnese, Dyslipidämie

8.

Anamnestisch Status nach Sarkoidose ca. 1980

-

anamnestisch histologisch gesichert mit Lungenbiopsie links

-

rezidivfrei nach einjähriger Steroidtherapie

E. 7

/ 53). Dagegen liess die Versicherte Einwände erheben (Urk. 7/56, 7/59 und 7/61) und zahlreiche weitere medizinische Unterlagen einreichen (vgl. Urk. 7/60). Mit Verfügung vom 27. August 2015 verneinte die IV-Stelle einen Rentenanspruch (Urk. 2 = 7/ 67). 2.

Gegen die Verfügung vom 27. August 2015 liess die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Thomas Laube, mit Eingabe vom 7. September 2015 (Urk. 1) Beschwerde erheben mit dem Antrag, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihr nach Durchführung der notwendigen Abklärungen ab März 2015, ausgehend von einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 %, eine Invalidenrente auszurichten; unter Kosten- und

Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin. Ferner wurde um Anordnung eines zweiten Schriftenwechsels ersucht (Urk. 1 S. 2). Die IV-Stelle schloss am 14. Oktober 2015 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6). Die Replik wurde am 23. Oktober 2015 erstattet (Urk. 9). Die Beschwerdegegnerin verzichtete am 6. November 2015 auf das Einreichen einer Duplik (Urk. 11). Davon wurde der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 9. November 2015 Kenntnis gegeben (Urk. 12).

Auf die Ausführungen der Parteien in den Rechtsschriften und die im Beschwerdeverfahren neu eingereichten Unterlagen (Urk. 3/3 und 3/6) wird, soweit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen. Das Gericht

zieht in Erwägung: 1.

E. 7.1

Es bleibt zu prüfen, ob sich der Rentenanspruch, soweit noch strittig, mit den weiteren vorhandenen medizinischen Unterlagen beurteilen lässt.

E. 7.2

Keiner der erwähnten Berichte der diversen behandelnden Ärzte enthält eine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit. Dr. I. ___ äusserte sich aus rein orthopädisch-handchirurgischer Sicht bloss zur Arbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit, was zur Ermittlung des massgeblichen

medizinischen Sachverhalts nicht genügt. Zwar nahm Dr. C. ___ eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit aus polydisziplinärer Sicht vor.

Es mangelte ihm als Allgemeinmediziner indessen an der dafür erforderlichen Fachkompetenz. Auf seine Einschätzung kann daher ebenfalls nicht abgestellt werden, ohne dass näher geprüft werden müsste, inwiefern sie überhaupt auf aktuell erhobenen Befunden beruht und in Kenntnis der gesamten medizinischen Aktenlage abgegeben wurde.

E. 7.3

Mit Bezug auf die Gutachten von Dr. G. ___ vom 15. Dezember 2014 (Urk. 7/60/15-28) und vom 4. August 2015 (Urk. 3/6) ist zu bemerken, dass Dr. G. ___ als Fachärztin für Allgemeinmedizin ebenfalls nicht über die erforderliche Fachkompetenz zur Beurteilung der hier zur Diskussion stehenden polydisziplinären medizinischen Problematik verfügt. Zu den im Raum stehenden psychiatrischen Diagnosen hat sie sich denn auch – insoweit korrekt – nicht geäussert. Auch die von

Dr. C. ___ erwähnten Restbeschwerden nach der konservativ versorgten distalen Radiusfraktur hat Dr. G. ___ nicht erörtert. Eine umfassende Beurteilung, auf welche abgestellt werden könnte, liegt damit ebenfalls nicht vor.

E. 7.4

Zusammenfassend ergibt sich somit, dass sich der massgebende medizinische Sachverhalt mit den vorhandenen Unterlagen nicht beurteilen lässt, vielmehr drängen sich zusätzliche medizinische Abklärungen zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin, insbesondere in angepasster Tätigkeit, aus polydisziplinärer Sicht auf. Da die erforderlichen Weiterungen sowohl in psychischer als auch in physischer Hinsicht einen zum Teil bisher gänzlich ungeklärten Sachverhalt betreffen, wird die Beschwerdegegnerin sie vorzunehmen haben (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Der angefochtene Entscheid ist somit bezüglich des noch

strittigen Rentenanspruchs ab April 2015 aufzuheben und die Sache ist zur Durchführung der notwendigen Abklärungen und zu neuer Entscheidung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (§ 26 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ; GSVGer). In diesem Sinne ist die Beschwerde

teilweise gutzuheissen. 8.

E. 8

ATSG) sind.

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

E. 8.1

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis 1'000.-- festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- festzusetzen. Ausgangsmass sind die Verfahrenskosten der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

E. 8.2

Überdies hat die vertretene Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Prozessentschädigung . Diese wird ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ; GSVGer). Vorliegend erscheint ein Betrag von Fr. 2'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne teilweise gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 27. August 2015 betreffend den Rentenanspruch ab 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 ab April 2015 neu verfüge. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen. 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 Prozessentschädigung von Fr. 2'000.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Thomas Laube -
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für
Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der
Rechtskraft) 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still:

vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 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, zuzu stellen.

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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Grünig Gohl Zschokke

E. 9

Anamnestisch Migräne

E. 10

Anamnestisch Status nach Maserninfektion als Kind

-

residuelle Amaurose rechts (Hell-/Dunkel-Unterscheidung intakt)

E. 11

Anamnestisch Status nach Lymphdrüsentuberkulose abdominal als Kleinkind .

Dr. C.____ vertrat die Auffassung, es bestehe sicher eine Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit, in welchem Ausmass, könne er nicht beurteilen . Dazu sei eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit nötig (Urk. 7/16/7 und 7/16/8). Aktuell stünden bei den Beschwerden die bewegungs abhängigen Schmerzen im Handgelenk und in den Händen im Vordergrund. Nicht zu vernachlässigen seien die bewegungsabhängigen Schmerzen in beiden Knien. Dazu kämen die schnelle Ermüdbarkeit und die mangelnde Konzentrationsfähigkeit. Überdies bestehe eine generalisierte Schmerzsymptomatik, vor allem in den oberen Extremitäten und der Wirbelsäule entlang (Urk. 7/18/1). 5 . 8

Dr. med. G.____ , Fachärztin FMH für Allgemeinmedizin , untersuchte die Beschwerdeführerin am 15. Dezember 2014 im Auftrag von deren Pensionskasse und erstattete am 16. Dezember 2014 ein Gutachten (Urk. 7/60/15 -28). Darin stellte sie die folgenden Diagnosen : - Symptomatische Fingerpolyarthrose mit aktuell im Vordergrund stehender

Heberden -Arthrose Dig II und III beidseits: Geplante operative Sanierung am 20.01.2015: Stellungskorrigierende Endgelenksarthrodese rechts und Mukoidzystenentfernung - Fibromyalgie-Syndrom (ED 04/2014) - Status nach akutem ischämischen Hirninfarkt im hinteren Stromgebiet rechts am 02.06.2013: Dysarthrie , Ataxie des rechten Armes proximal betont Kardiovaskuläre Risikofaktoren: Hypertonie, Nikotinabusus , Dyslipidämie - Beginnende Gonarthrose / retropatelläre Arthrose beidseits.

Dr. G.____ vertrat die Ansicht, dass sie frühestens im August 2015 zur Arbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit Stellung nehmen könne, wenn die Rehabilitation nach der für den 20. Januar 2015 geplanten handchirurgischen Operation abgeschlossen sei (Urk. 7/60/26). 5 . 9

Wegen des Verdachts auf eine depressive Reaktion überwies Dr. C.____ die Beschwerdeführerin zur Untersuchung ans Psychiatriezentrum F.____ der H.____ AG, welche am 25. November 2014 stattfand. Es wurden organische affektive Störungen (ICD-10: F 06.3) und eine leichte kognitive Störung (ICD-10: F06.7) diagnostiziert (Urk. 7/60/30). Überdies wurden eine neuropsychologische Testung und eine Therapie beim Ambulatorium organisiert (Urk. 7/60/31).

Die Beschwerdeführerin erschien

darauf lediglich zwei bis drei Mal im Psychiatriezentrum

F.____, weshalb das von der IV-Stelle angeforderte Arztzeugnis nicht

erstellt werden konnte (Urk. 7/63). Auch die empfohlene Testung fand nie statt (Urk. 7/64). 5.10

Am 20. Januar 2015 nahm Dr. med. I.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Handchirurgie, den geplanten operativen Eingriff an der rechten Hand vor. Er führte eine stellungskorrigierende DIP-Arthrodese

Dig II und II I

und eine

Synovektomie und Osteophytenabtragung an den Endgelenken

Dig II und III durch (Urk. 7/60/32).

In seinem Bericht vom 13. März 2015 führte er nebst dem Status nach DIP-Arthrodese

Dig II und III an der rechten Hand eine symptomatische Fingerpolyarthrose mit aktuell im Vordergrund stehender Heberden-Arthrose Dig II und II I beidseits, rechts mehr als links, als Diagnosen auf (Urk. 7/40/6). Sechs Wochen postoperativ stellte er ein schönes Operationsergebnis bei konsolidierten Arthrosen fest. Aktuell bestehe noch eine Überempfindlichkeit im Bereich der Pulpa, die sich im weiteren Verlauf geben werde. Er denke, dass die Arbeitsfähigkeit an der Schwimmbadkasse für zumindest 50% wieder gewährleistet sein sollte. Betreffend die linke Hand könne sich die Versicherte im Herbst jederzeit melden (Urk. 7/40/6).

Die Arbeitsunfähigkeit vom 21. Oktober 2014 bis zum 19. Januar 2015 habe 50% betragen. Vom 20. Januar bis zum 8. Februar 2015 habe eine Arbeitsunfähigkeit von 100% bestanden und vom 9. Februar bis zum 22. März 2015 eine Arbeitsunfähigkeit von 80%. Danach sei bis zum 31. Mai 2015 von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen (vgl. Urk.

7/49/2-4). 5.11

In einem weiteren Bericht vom 16. März 2015 vermerkte Dr. C.____ darauf neu den Status nach DIP-Arthrodese

Dig II und III (Urk. 7/37/1). Den Gesundheitszustand beurteilte er als in etwa stationär (Urk. 7/37/1).

Die Arthrose an den Fingern sollte postoperativ leicht besser werden (Urk.7/37/2). Zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit empfahl Dr. C.____ erneut die Durchführung einer Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (Urk. 7/37/2).

Am 24. März 2015 attestierte Dr. C.____ der Beschwerdeführerin vom 23. März bis zum 31. Mai 2015 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 7/49/1). 5 .1 2

In einer Stellungnahme vom 11. Mai 2015 erachtete Dr. med. J.____, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin und zertifizierter Gutachter SIM, vom RAD die von Dr. C.____ bescheinigte Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als nachvollziehbar. In einer optimal leidensangepassten Erwerbstätigkeit mit entsprechendem Belastungsprofil bestünde indessen keine Arbeitsunfähigkeit. Zur Begründung verwies er auf seine letzte Stellungnahme vom 13. Januar 2015 (Urk. 7/52/5). Darin

hatte er dem Zustand nach Hirninfarkt vom Juni 2013, der rhythmogenen Herzkrankung, der beidseitigen Gonarthrose und der Polyarthrose an beiden Händen eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu gemessen. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei der Verdacht auf Fibromyalgie. Die Einschränkungen bestünden in einer schnellen Ermüdbarkeit bei leichten neurologischen und kardialen Einschränkungen und in deutlichen bewegungsabhängigen Einschränkungen an den Extremitäten. Eine einfache, körperlich sehr leichte und wechselbelastende Tätigkeit, die häufig sitzend zu verrichten sei, sei zu 100 % zumutbar (Urk. 7/52/3). 5 .1 3

Wegen seit sechs Wochen geklagter Übelkeit und breiigem Stuhlgang liess sich die Beschwerdeführerin am 22. Juni 2015 im Spital F.____ untersuchen. Es wurden eine

Oesophagogastroduodenoskopie durchgeführt und eine Antrumgastropathie und eine erosive

Refluxösophagitis Grad I nach Savary-Miller bei axialer Hiatushernie diagnostiziert. Überdies wurde der Verdacht auf eine Infektion mit Helicobacter

plyori geäussert und vorgeschlagen, den histologischen Befund abzuwarten (Urk. 7/60/37). Die gleichentags durchgeführte Kolonoskopie ergab drei kleine Polypen im Kolon descendens, wobei auch hier das Abwarten auf die Resultate der Histologie empfohlen wurde. Eine Ernährungsintoleranz, eine Laktoseintoleranz, gegebenenfalls auch eine Fruktoseintoleranz, wurden als möglich erachtet (Urk. 7/60/37). 5 .1 4

Am 21. Juli 2015 vertrat Dr. med. K.____, Facharzt FMH für Arbeitsmedizin, vom RAD die Auffassung, die im Einwandverfahren neu ein gereichten medizinischen Unterlagen, darunter diejenigen betreffend die Folgen des Hirninfarktes und den Bericht des Psychiatriezentrums F.____ vom 25. November 2014 (vgl. Urk. 7/60),

enthielten keine neuen medizinischen Tatsachen, die Dr. J.____

hätte berücksichtigen müssen oder die etwas an dessen Einschätzung zu ändern vermöchten. Der Bericht des Psychiatriezentrums F.____

vom 25. November 2014 enthalte keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit. Offenbar finde auch keine regelmässige fachärztliche Behandlung statt, so dass nicht davon auszugehen sei, es lägen neue medizinische Tatsachen vor, die zu berücksichtigen seien (Urk. 7/65/3). 5 .1 5

Im Beschwerdeverfahren reichte der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin ein Gutachten von Dr. G.____ vom 4. August 2015 (Urk. 3/6) ein, das unter anderem auf einer Untersuchung vom 3. August 2015 beruht (Urk. 3/6 S. 2). Demnach habe die Explorandin berichtet, sie habe körperlich viele Baustellen und sei wirklich angeschlagen. Überall tue

es weh. Am schlimmsten sei die linke Hand, welche noch nicht operiert worden sei. Die rechte operierte Hand sei nun schmerzfrei. Sie habe jedoch noch ein Taubheitsgefühl in den Fingerkuppen II und III, weshalb sie mit der rechten Hand fast nichts anfassen könne. Die Operation der linken Hand sei geplant, jedoch erst, wenn das Taubheitsgefühl rechts weggegangen sei, was ungefähr ein Jahr dauern werde, wie ihr der Operateur erklärt habe (Urk. 3/6 S. 5).

Dr. G.____ führte als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit die symptomatische Fingerpolyarthrose mit stehender Heberden-Arthrose Dig II und III beidseits mit Status nach operativer Sanierung rechts (DIP-Arthrodese

Dig II und III rechts) am 20. Januar 2015 und geplanter operativer Sanierung im Bereich Dig II und III links auf (Urk. 3/6 S. 7).

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien die folgenden Diagnosen (Urk. 3/6 S. 7) : - Fibromyalgie-Syndrom (ED 04/2014) - Status nach akutem ischämischen Hirninfarkt im hinteren Stromgebiet rechts am 2. Juni 2013 -

zu Beginn Dysarthrie, Ataxie des rechten Armes proximal betont, im Verlauf vollständig regredient -

leichte residuelle neurokognitive Defizite - kardiovaskuläre Risikofaktoren: Hypertonie, Nikotinabusus, Dyslipidämie - Beginnende Gonarthrose / retropatelläre Arthrose beidseits - Schultergelenkschmerzen links bei leichten degenerativen Veränderungen der Supraspinatussehne - Diarrhoe unklarer Aetiologie, Gastritis.

Dr. G.____ zog in Betracht, bei der neuropsychologischen Abklärung 2013 habe sich die neurologische Symptomatik bis auf leichte residuelle neurokognitive Defizite vollständig regredient gezeigt. Leichte neurokognitive Defizite wirkten sich erfahrungsgemäss nicht leistungsbeeinträchtigend aus und es sei im Langzeitverlauf eher mit einer Verbesserung zu rechnen. Im Frühling habe die Versicherte eine zunehmende Schmerzproblematik im Bereich der Weichteile und der Gelenke entwickelt. Eine Abklärung im E.____ habe die Diagnose eines Fibromyalgiesyndroms ergeben. Die Schulterschmerzen links bei leichten degenerativen Veränderungen der Supraspinatussehne links und die beidseitigen Knieschmerzen bei beginnender Gonarthrose zeigen sich unverändert. Die Fingerpolyarthrose mit Heberdenarthrose, vor allem Dig II und III beidseits, sei am 20. Januar 2015 im Bereich der rechten Hand operativ saniert worden. Postoperativ bestehe noch ein Taubheitsgefühl der Fingerkuppe Dig II und III rechts mit Flexionsdefizit Dig II und III. Der

selbe Eingriff sei auch links geplant, wobei der genaue Zeitpunkt noch nicht feststehe. Aufgrund der Handproblematik ergebe sich eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit von 50 % (Urk. 3/6 S. 10). In einer behinderungsangepassten, körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit sei die Versicherte zu 100 % arbeitsfähig (Urk. 3/6 S. 11). 6. 6.1

Es ist strittig und zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht auf die Aktenbeurteilung ihres RAD abgestellt hat oder ob sie weitere medizinische Abklärungen hätte tätigen müssen (vgl. Urk. 1, 2 und 9). 6.2

Die Aktenbeurteilung des RAD ohne eigene Untersuchung kann beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die

direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. das Urteil des Bundesgerichts 9C_335/2015 vom 1. September 2015 E. 3.1 mit Hinweis). 6.3

Der RAD-Arzt Dr. J.____ berücksichtigte bei seiner Beurteilung

unter anderem

eine rhythmogene Herzerkrankung und kardiale Einschränkungen (vgl. Urk. 7/52/3 und 7/52/5). Auf diesbezüglich erhobene objektive Befunde konnte er sich – soweit aus den Akten ersichtlich – nicht stützen. Lediglich

Dr. C.____

hatte zwar eine Tachykardie mit Leistungsminderung und eine bekannte Mitral klappeninsuffizienz erwähnt , jedoch keine entsprechenden eigenständigen Befunde erhoben (vgl. Urk. 7/16/6, 7/16/7 und 7/18/1 - 2). Der Bericht zur kardiologischen Untersuchung durch Dr. L.____ vom 7. August 2014, auf welchen bei der Anmeldung zum Leistungsbezug ausdrücklich verwiesen wurde (vgl. Urk. 7/2/1 und 7/3/5), wurde nicht beigezogen. Insofern beruht die Stellungnahme von Dr. J.____ bereits auf einer unvollständigen Aktenlage.

Aus den vorhandenen medizinischen Unterlagen ergeben sich überdies diverse Anhaltspunkte dafür, dass die Beschwerdeführerin seit ihrem Hirninfarkt an leichten kognitiven Defiziten leidet (Urk. 7/16/6-7, 7/18/1-2, 7/60/6 und 7/60/30-31). Solchenmass Dr. J.____ ebenfalls – ohne entsprechende aktuelle Befunde – eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu (Urk. 7/52/3 und 7/52/5). Es mangelt daher auch in diesem Punkt an einer ordnungsgemässen Aktenbeurteilung , welche auf einem medizinisch abgeklärten Sachverhalt beruht .

Darüber hinaus äusserte sich

Dr. J.____

weder zu den geklagten Schulter gelenk beschwerden (vgl. Urk. 7/3/5, 7/23/10 und 7/23/17) noch zur Restsymptomatik nach der konservativ behandelten Handgelenksfraktur , welche r

Dr. C.____ ebenfalls Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zugemessen hatte (vgl. Urk. 7/16/6 und 7/18/2) . Von Seiten der Beschwerdeführerin wurde daher zu Recht gerügt, Dr. J.____ habe nicht alle ihre Beschwerden, Befunde und Diagnosen berücksichtigt (Urk. 1 S. 7). Mit Bezug auf die Problematik der linken Schulter fällt sodann auf, dass im Gutachten von Dr. G.____ vom 16. Dezember 2014, das im Ein wandverfahren neu eingereicht wurde (vgl. Ur k.

7/60/15 -28), eine am 26. Oktober 2013 durchgeführte Sonographie der linken Schulter erwähnt wurde (Urk. 7/60/17; vgl. auch Urk. 7/60/22) . Bis heute

wurde kein

Untersuchungsbericht über die damals erhobenen Befunde beigezogen . Auch insofern basierte die Beurteilung des RAD nicht auf einer vollständigen Aktenlage und hinreichend abgeklärten medizinischen Verhältnissen . Es kann folglich nicht darauf abgestellt werden. 6.4

Mit Bezug auf die Beurteilung des RAD-Arztes Dr. K.____ ist festzuhalten, dass es diesem offenbar an einer fachärztlichen Ausbildung als Psychiater man gelt. Mit dem im Einwandverfahren eingereichten Bericht des Psychiatriezentrums

F.____ vom 25. November 2014 (vgl. Urk. 7/60 /30-31) lagen ihm psychiatrische Diagnosen vor, über die er sich nicht ohne eine zusätzliche fach ärztliche Klärung hätte hinwegsetzen dürfen. Daran vermag entgegen der von Dr. K.____ vertretenen Auffassung auch nichts zu ändern, dass sich der Bericht des Psychiatriezentrums F.____ vom 25. November 2014 , in welchem die Diagnosen einer organischen affektiven Störung (ICD-10: F06.3) und einer leichten kognitiven Störung (ICD-10: F06.7) gestellt wurden (Urk. 7/60/1) ,

nicht zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin äusserte (Urk. 7/65/3). Es bestehen daher erhebliche Zweifel an der Einschätzung von Dr. K.____ . Dies muss umso mehr gelten, als auch in somatischer Hinsicht diverse Beschwerden zur Diskussion standen , deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, insbesondere in einer angepassten Tätigkeit, noch nie fachärztlich beurteilt worden waren . Bereits aus rein somatischer Sicht lag eine medizinische Problemlage mit einem interdisziplinären Charakter vor, weswegen die Einholung einer (polydisziplinären) Expertise angezeigt gewesen wäre . Unter diesen Umständen vermag die Aktenbeurteilung durch Dr. K.____ , einen Arbeitsmediziner, nicht zu genügen, so dass darauf ebenfalls nicht abgestellt werden kann. 7.

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