

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00418 vom 30. Oktober 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-10-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00418

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00418 du 30 octobre 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00418 del 30 ottobre 2018

Erwägungen

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. 1.3

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung auf die Neuansmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem

Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

E. 1.4

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kommt Beweiswert zu. Soll jedoch ein Versicherungsfall ausschliesslich gestützt auf versicherungsinterne Beurteilungen entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen: bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 125 V 351 E. b/ee, 122 V 162 E. 1d). 2.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin führte in ihrer Verfügung vom 7. März 2017 (Urk. 2) aus, die Beschwerdeführerin habe sich am 15. Juni 2016 erneut für IV-Leistungen angemeldet. Nachdem aufgrund des nachgereichten Berichts von Dr. B. ___ keine abschliessende medizinische Beurteilung habe abgegeben werden können, sei die Beschwerdeführerin am 6. Dezember 2016 zum RAD-Untersuch eingeladen worden. Gemäss medizinischer Beurteilung bestehe aus psychiatrischer Sicht keine gesundheitliche Einschränkung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Aus somatisch-orthopädischer Sicht sei die bisherige Tätigkeit als Reinigungskraft weiterhin nicht zumutbar. Allerdings bestehe in einer angepassten Tätigkeit seit Juni 2015 eine Arbeitsfähigkeit von 50 %. Gestützt hierauf ermittelte die Beschwerdegegnerin einen Invaliditätsgrad von 49 %. Weiter führte sie aus, seit Dezember 2016 habe sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin wesentlich verbessert. Ab diesem Zeitpunkt sei ihr eine optimal angepasste Tätigkeit zu 80 % zumutbar. Es wurde ein Invaliditätsgrad von 19 % ermittelt. Unter Hinweis darauf, dass das gesetzliche Wartejahr per Juni 2016 abgelaufen sei, der Rentenanspruch jedoch erst nach Ablauf von sechs Monaten nach der Geltendmachung des Leistungsanspruchs entstehe und die Anmeldung der Beschwerdeführerin am 15. Juni 2016 eingegangen sei, verneinte die Beschwerdegegnerin mit Blick auf den ab Dezember 2016 ermittelten Invaliditätsgrad von unter 40 % den Anspruch auf eine Invalidenrente (S. 1 f.).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin machte dagegen mit Beschwerdeschrift vom 9. April 2017 (Urk. 1) im Wesentlichen geltend, es fehle Dr. D. ___ an der fachärztlichen Kompetenz, ihre rheumatischen Beschwerden beurteilen zu können. Die psychiatrische Beurteilung durch Dr. C. ___ stelle sodann eine Momentaufnahme dar und die RAD-Ärztin habe sich zu wenig mit den psychischen Beschwerden befasst. Die Beschwerdegegnerin habe weiter die ab Dezember 2016 geltend gemachte Verbesserung nicht begründet. Neurologische Abklärungen seien schliesslich keine erfolgt, obwohl die Beschwerdeführerin sehr starke Kopfschmerzen und Migräneattacken beklage. Der rechtserhebliche Sachverhalt sei nicht rechtsgenügend abgeklärt worden (S. 2 f.). 3.

Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung der Beschwerdeführerin vom 13. Juni 2016 (Urk. 7/145 ff.) eingetreten und hat ihren Anspruch auf eine Invalidenrente mit Verfügung vom 7. März 2017 (Urk. 2) verneint. Damit erübrigt sich die richterliche Beurteilung der Eintretensfrage (vgl. BGE 109 V 108 E. 2b). In Frage steht, ob sich der Invaliditätsgrad bis zum 7. März 2017 aufgrund eines im Vergleich zu den Verhältnissen im Zeitpunkt des Erlasses der rentenabweisenden Verfügung vom 27. August 2015 (Urk. 7/142) veränderten Gesundheitszustandes in massgeblicher Weise verändert hat beziehungsweise ob die glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich in anspruchsbegründendem Ausmass eingetreten ist.

Nachfolgend wird vorab auf die medizinische Aktenlage ab dem Zeitpunkt der Neuanmeldung im Juni 2016 (Urk. 7/145 ff.) eingegangen: 3.1.1

Im Arthro-MRI der linken Schulter vom 21. Januar 2016 (Urk. 7/160 S. 3) wurde folgender Befund festgehalten: «Flache bursaseitige Partialruptur der Supraspinatussehne im posterioren Anteil. Diskrete Bursitis subacromialis/subdeltoidea. Prädisponierend für ein Impingement leicht verschmälerten Subakromialraum, Akromionform Typ II nach Bigliani». 3.1.2

Dem Radiologie-Bericht der E.____ vom 2. März 2016 betreffend die linke Schulter (Urk. 7/160 S. 8) ist folgender Befund zu entnehmen: «ACHD 7 mm. Kritischer Schulterwinkel 34°. Keine Osteophyten glenohumeral. Acromion Typ 2 nach Bigliani. Normales AC-Gelenk. Keine periartikulären Weichteilverkalkungen.» 3.1.3

Mit Bericht vom 4. März 2016 der E.____ (Urk. 7/160 S.

2 f.) wurde ein subacromiales Impingement der linken Schulter mit/bei bursaseitiger Partialruptur der Supraspinatussehne sowie eine seronegative Arthritis, beide Knie und Hände betroffen, aktuell ohne Therapie, diagnostiziert (S. 2). Es zeige sich klinisch eine ausgeprägte subacromiale Reizung bei subacromialem Impingement der linken, dominanten Schulter. Es sei deshalb eine sequenzielle Infiltration mit erneuter klinischer Kontrolle in sechs Wochen geplant (S. 3). Mit Bericht vom 26. April 2016 (Urk. 7/160 S. 4 f.) wurde bei gleicher Diagnosestellung dargelegt, dass nach sequenzieller Infiltration am 10. März 2016 eine deutliche Beschwerdelinderung eingetreten sei. Die bei der letzten Konsultation vorhandene ausgeprägte subacromiale Reizung sei aktuell inapparent. Es werde mit Physiotherapie zur Kräftigung des Schultergürtels begonnen. Man plane keine weiteren Nachkontrollen (S. 5). 3.1.4

In seinem Bericht vom 8. Juli 2016 (Urk. 7/149) diagnostizierte Dr. B.____ ein subakromiales Impingement der linken Schulter (Teilruptur der Supraspinatussehne, Status nach diskreter Bursitis subacromialis/subdeltoidea, hakenförmiges Akromion [Bigliani II]), eine Psoriasis (ED mit neun Jahren, anamnestisch rezidivierende Psoriasis-Arthritis MCP II links), chronische Kniebeschwerden links, eine Migräne sowie eine depressive Verstimmung (S. 1). Er führte aus, bei der Beschwerdeführerin bestehe aktuell ein subacromiales Impingement der linken Schulter bei hakenförmigem Akromion mit Bursitis und Teilruptur der Supraspinatussehne. Die kürzlich eingeleitete Schmerztherapie in der orthopädischen E.____ habe eine Linderung der begleitenden Dysästhesien erzielt. Klinisch bestünden zurzeit eine bessere Beweglichkeit, dennoch aber persistierende Schmerzen. Bezüglich der Gelenke ohne aktuellen Nachweis von Synovialentzündungen an den Händen und Füßen könne von einer günstigen Entwicklung die Rede sein. Dementsprechend bestehe keine Indikation zum Beginn einer Basistherapie. Aus rheumatologischer Sicht wäre eine

angepasste Tätigkeit zu 50 % möglich. Die Schulterbeschwerden stellten eine neue Diagnose im Vergleich zum Gutachten von Dr. A.____ dar und rechtfertigten eine neue Beurteilung der Invalidität (S. 3). 3.1.5

Am 7. September 2016 (Urk. 7/160 S. 6 f.) wurde seitens der E.____ eine Skapuladyskinesie mit funktionellem Impingement (links) mit/bei bursaseitiger Partialruptur der Supraspinatussehne links, sowie eine seronegative Arthritis, beide Knie und Hände betroffen, aktuell ohne Therapie, diagnostiziert (S. 6). Bei der Beschwerdeführerin zeige sich in der aktuellen klinischen Untersuchung ein sehr prominenter Angulus inferior bei Scapuladyskinesie und positivem Scapula-Assistance-Test. Diesbezüglich werde als weiterführende Massnahmen die konservative Therapiefortsetzung der physiotherapeutischen Beübung zur periscapulären Stabilisierung sowie Beübung und Kräftigung der Muskulatur als indiziert erachtet (S. 7). 3.1.6

Nach der Untersuchung der Beschwerdeführerin durch die RAD-Ärzte Dr. C.____ und Dr. D.____ am 6. Dezember 2016 stellte Dr. C.____ am 7. Dezember 2016 keine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/158 S. 5). Bei der aktuellen Untersuchung zeige sich keine depressive Symptomatik. Es könne rückwirkend nicht beurteilt werden, ob früher eine solche vorgelegen habe. Die Berichte der Behandlerin würden noch eingeholt. Eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4) oder eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) könnten nicht diagnostiziert werden, da die entsprechenden ICD-10-Kriterien nicht erfüllt seien (S. 6).

Dr. D.____ diagnostizierte am 7. Dezember 2016 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine schmerzhafteste Bewegungseinschränkung der linken Schulter bei anamnestisch bestehender, subacromialer Impingementsymptomatik, aktuell klinisch nur gering imponierend (Differenzialdiagnose: pseudoradikuläre Symptomatik im Rahmen der degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule [HWS] im Segment C5/6), eine klinisch bestehende Cervicobrachialgie mit sensibler und schmerzhafter Wurzelreizsymptomatik C6 links bei MR-tomographisch nachgewiesener Osteochondrose und Bandscheibenprolaps im Segment C5/6 sowie klinisch den Verdacht auf ein Karpaltunnelsyndrom links (Differenzialdiagnose: radikuläre Symptomatik im Zusammenhang mit den degenerativen Veränderungen der HWS im Segment C5/6; Urk. 7/159 S. 8). Die Arbeitsfähigkeit in der früheren Tätigkeit als Reinigungskraft betrage weiterhin 0 %. In angepasster Tätigkeit habe gemäss rheumatologischem Gutachten von Dr. A.____ eine Arbeitsfähigkeit von 100 % bestanden, retrospektiv zumindest bis zum Auftreten der aktuell im Vordergrund stehenden, linksseitigen Schulterproblematik im Juni 2015. Inzwischen sei nun seit spätestens Juni 2015 noch die mit schmerzhafter Bewegungseinschränkung einhergehende, linksseitige Schulterproblematik dazugekommen, weshalb retrospektiv ab Juni 2015 auch für eine angepasste Tätigkeit die von Dr. B.____ in seinem Bericht angegebene, nur 50%ige Arbeitsfähigkeit akzeptiert werden sollte, zumal sich nach seiner Aussage zum Zeitpunkt seines Berichts die Beweglichkeit der linken Schulter deutlich gebessert habe, allerdings bei gleich gebliebenem Schmerz. Im Hinblick auf den aktuell erhobenen klinischen Befund sei allerdings nach dem derzeitigen Stand, noch ohne Kenntnis der Berichte der E.____, rein aus somatisch-orthopädischer Sicht für eine wirklich optimal angepasste Tätigkeit, ohne Hantieren im kalten Wasser, ohne häufige Arbeiten in Schulterhöhe oder darüber, von einer höheren Arbeitsfähigkeit von etwa 80 % auszugehen, resultierend aus einer ganztägigen Präsenz und einer um etwa 20 % geminderten Leistungsfähigkeit. Belastungsprofil einer

aus orthopädischer Sicht optimal behinderungsangepassten Tätigkeit sei eine körperlich leichte bis sehr leichte Tätigkeit, ohne Hantieren mit beiden Händen in kaltem Wasser oder generell in Kälte, ohne Notwendigkeit des ständigen festen Greifens oder Haltens, ohne besondere Kraftanforderung an beide Hände, ohne Arbeiten über Kopf und nur selten in Schulterhöhe, ohne Zwangshaltung der Wirbelsäule und speziell der HWS (S. 9 f.). 3.1.7

Die behandelnde Psychiaterin Dr. med. F.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte am 31. Dezember 2016 (Urk. 7/161) eine mittel gradige depressive Episode (ICD-10 F 32.10), remittiert (S. 1). Die Arbeitsfähigkeit in angestammter sowie angepasster Tätigkeit beurteilte sie mit 50 % (S. 2 f.). 3.1.8

Nach Eingang der von den RAD-Ärzten Dr. C.____ und Dr. D.____ eingeforderten Arztberichte der E.____ (E. 3.1.3, 3.1.5) und der behandelnden Psychiaterin Dr. F.____ (E. 3.1.7) führten diese am 19. Januar 2017 (Urk. 7/167 S. 7) in ihrer ergänzenden Stellungnahme aus, von orthopädischer Seite würden die Berichte der E.____ keine wesentlichen, neuen, nicht schon bekannten und berücksichtigten medizinischen Tatsachen enthalten, nur vielleicht eine etwas andere Formulierung. Eine Änderung hinsichtlich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ergebe sich daraus nicht. Auch der Bericht der Psychiaterin Dr. F.____ enthalte aus somatisch-orthopädischer Sicht keine medizinischen Befunde/Diagnosen, welche eine Änderung der nach erfolgter bidisziplinärer Untersuchung verfassten RAD-Konsensus-Stellungnahme erforderlich machten. Aus psychiatrischer Sicht könnten die angeblich noch vorhandenen Einschränkungen bei einer remittierten mittelgradigen depressiven Episode nicht nachvollzogen werden. Bei der psychiatrischen RAD-Untersuchung habe keine psychiatrische Symptomatik festgestellt werden können, es könne daher auf die RAD-Stellungnahme vom 7. Dezember 2016 abgestellt werden. 3.2

Die Beschwerdeführerin wurde durch die Dres. D.____ und C.____ orthopädisch sowie psychiatrisch untersucht. Die beiden Fachärzte nahmen eine eingehende Befunderhebung vor und beurteilten den medizinischen Sachverhalt in Kenntnis der geklagten Beschwerden (Urk. 7/158 S. 2 ff., 7/159 S. 1 ff.). 3.2.1

Anlässlich der psychiatrischen Untersuchung durch Dr. C.____ (Urk. 7/158) gab die Beschwerdeführerin an, sie sei von ihrer Hausärztin bei ihrer Psychiaterin angemeldet worden wegen Nervosität und Gereiztheit. Sie gehe regelmässig in die Therapie und nehme auch schon länger ein Antidepressivum ein, worunter sich die Nervosität und Gereiztheit stark gebessert hätten. Weitere psychische Einschränkungen nannte die Beschwerdeführerin nicht (S. 2). Befragt nach den belastenden Faktoren am Arbeitsplatz gab die Beschwerdeführerin weiter an, es bestünden nur schmerzbedingte Einschränkungen, keine psychischen Belastungen (S. 3). In Korrelation zu der im Wesentlichen blanden Befundaufnahme (Es konnten keine Auffälligkeiten hinsichtlich der Persönlichkeitszüge/des Verhaltens, des Bewusstseins/der Orientierung, der Aufmerksamkeit/Konzentration/des Gedächtnisses, des formalen und inhaltlichen Denkens sowie im Zusammenhang mit Ich-Störungen und Wahrnehmungsstörungen/Sinnestäuschungen festgestellt werden. Im Affekt war die Beschwerdeführerin euthym mit kurzen Einbrüchen, Antrieb/Psychomotorik und Sprache waren unauffällig und es bestanden keine Hinweise auf eine Selbst- oder Fremdgefährdung. Die Prüfung der funktionellen Leistungsfähigkeit war schliesslich mit Ausnahme einer leicht- bis mittelgradigen Einschränkung der Durchhaltefähigkeit aufgrund der Schmerzsymptomatik unauffällig, S. 3 ff.) schloss die Psychiaterin, dass keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliege (S. 5). Nicht ersichtlich ist

aufgrund des Darge legten, inwiefern sich Dr. C.____ zu wenig mit den psychischen Beschwerden befasst haben soll (Urk. 1 S. 3). Zwar stellt ihre Untersuchung eine Momentaufnahme dar (Urk. 1 S. 3). Aber auch Dr. F.____ schloss in ihrem Arztbericht zuhanden der Beschwerdegegnerin vom 31. Dezember 2016 (E. 3.1.7) auf die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.10), remittiert. Der behandelnden Fachärztin kann infolgedessen betreffend die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bei remittierter Depression nicht gefolgt werden (Urk. 1 S. 3; vgl. auch E. 3.1.8).

Hinweise darauf, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin in psychiatrischer Hinsicht bis zum Erlass der Verfügung vom 7. März 2017 in relevanter Weise verändert haben könnte, sind den Akten keine zu entnehmen. Bei den im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichten Berichten, die eine psychiatrische Diagnose enthalten, handelt es sich mehrheitlich nicht um fachärztlich-psychiatrische Berichte (Urk. 12/2, 14). Damit mangelte es den entsprechenden Ärzten an der Fachkompetenz zur Beurteilung eines psychiatrischen Leidens (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Der Bericht des G.____ vom 12. Juni 2018 (Urk. 19) datiert sodann mehr als ein Jahr nach dem mit Verfügungserlass vom 7. März 2017 festgelegten massgeblichen Endzeitpunkt des für die gerichtliche Überprüfung sachverhaltlich relevanten Geschehens (BGE 130 V 445 E. 1.2, 129 V 167 E. 1). Der Bericht kann im vorliegenden Verfahren somit nicht mitberücksichtigt werden. Insgesamt durfte damit auch noch im Verfügungszeitpunkt auf die (definitive) Beurteilung von Dr. C.____ (vom 19. Januar 2017; Urk. 7/167 S. 7) abgestellt werden. 3.2.2

Zur Untersuchung durch Dr. D.____ (Urk. 7/159) ist festzuhalten, dass er als Orthopäde auch zur Beurteilung rheumatologischer Leiden kompetent ist. So bilden Schmerzen am Bewegungsapparat sowohl Gegenstand der Rheumatologie als auch der Orthopädie (Urteil des Bundesgerichts 8C_682/2017 vom 14. Februar 2018 E. 6.2; Urk. 1 S. 2 f.). Auf den Beizug eines Rheumatologen durfte somit ohne Weiteres verzichtet werden. Dr. D.____ konnte anlässlich seiner klinischen Untersuchung (Urk. 7/159 S. 3 ff.) keine Hinweise auf eine aktivierte rheumatologische Erkrankung erkennen. So wurde insbesondere hinsichtlich der geklagten Beschwerden im Bereich der Fingergrundgelenke beider Hände, besonders am Zeigefingergrundgelenk (S. 1), eine geringe Verdickung am Zeigefingergrundgelenk rechts ohne eigentlich ödematöse Schwellung der Gelenkkapsel, ohne Rötung oder Überwärmung, aber mit leichtem Druckschmerz festgestellt. Es bestand keine Gelenkdeviation und alle Griffvarianten waren möglich. Am linken Zeigefingergrundgelenk zeigte sich eine geringe, aber dennoch im Seitenvergleich etwas stärkere Verdickung ohne eigentlich ödematöse Schwellung der Gelenkkapsel; auch hier war keine Rötung oder Überwärmung feststellbar, dafür aber ein leichter bis mässiger Druckschmerz. Es bestand keine Gelenkdeviation und alle Griffvariationen waren möglich (S. 6). Sodann ist festzuhalten, dass auch der behandelnde Rheumatologe der Beschwerdeführerin am 8. Juli 2016 (Urk. 7/149) darauf hingewiesen hatte, dass seitens der Gelenke ohne aktuellen Nachweis von Synovitiden an den Händen und Füßen von einer günstigen Entwicklung die Rede sein könne (S. 3). Auch Dr. A.____ war in ihrem Gutachten vom 16. Mai 2015 (Urk. 7/129) von einer vollständig remittierten Verdachtsdiagnose einer beginnenden seronegativen Arthritis ausgegangen (S. 57). Für den Zeitraum nach der versicherungsinternen Untersuchung bis zum Zeitpunkt des Verfügungserlasses am 7. März 2017 sind den Akten keine Hinweise auf eine rheumatologische Problematik zu entnehmen. Damit durfte auch noch im Zeitpunkt des Verfügungserlasses davon

ausgegangen werden, dass die Beschwerdeführerin aus rheumatologischer Sicht nicht in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt war.

Dr. D.____ führte sodann eine orientierende neurologische Untersuchung durch (Urk. 7/159 S. 7) und bezog damit auch die an den beiden oberen Extremitäten geklagten Gefühlsstörungen (S. 1) in seine Beurteilung mit ein. Anlässlich der klinischen Untersuchung konnte er keine Sensibilitätsstörungen an den Beinen sowie am rechten Arm feststellen, wohl aber am linken Arm eine leichte Minderung der Berührungssensibilität im Dermatome C 6. Zusätzlich stellte er links ein positives Hoffmann-Tinel-Zeichen als Hinweis auf eine mögliche Kompression des Nervus medianus im Karpaltunnel (sog. Karpaltunnelsyndrom) fest (S. 7). Er berücksichtigte die Einschränkungen in angemessener Weise ,

indem er unter den Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sowohl hinsichtlich der Problematik an der linken Schulter als auch der linken oberen Extremität differenzialdiagnostisch auf eine (pseudo-)radikuläre Symptomatik im Rahmen der degenerativen Veränderungen im Segment C5/6 schloss, und auch eine Cervicobrachialgie mit sensibler und schmerzhafter Wurzelreizsymptomatik C6 links bei MR-tomographisch nachgewiesener Osteochondrose und Bandscheibenprolaps im Segment C5/6 diagnostizierte (S. 8). Auch im Profil einer angepassten Tätigkeit trug er der Beschwerdeproblematik an der HWS Rechnung. Dieses beschrieb er wie folgt : « Körperlich leicht bis sehr leicht, ohne Hantieren mit beiden Händen in kaltem Wasser oder generell in Kälte, ohne Notwendigkeit des ständigen festen Greifens und Halten s , ohne besondere Kraftanforderung an beide Hände, ohne Arbeiten über Kopf und nur selten in Schulterhöhe, ohne Zwangshaltung der Wirbelsäule und spezielle HWS» (S. 10).

Dr. D.____ lagen zwar anlässlich seiner Untersuchung die Berichte der E.____ ab März 2016 hinsichtlich der linksseitigen Schulterproblematik (E. 3.1.3, 3.1.5) nicht vor. Diese wurden jedoch nach der versicherungsinternen Untersuchung nachgereicht und durch den RAD-Facharzt anschliessend dahin gehend gewürdigt, dass sie keine wesentlichen neuen, nicht schon bekannten und berücksichtigen medizinischen Tatsachen enthalten würden und sich daraus keine Änderung hinsichtlich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ergebe (E. 3.1.8).

Hinweise darauf, dass in somatischer Hinsicht bis zum Erlass der bestrittenen Verfügung vom 7. März 2017 (Urk. 2) wesentliche Veränderungen eingetreten sind, bestehen keine. Im Zusammenhang mit den nach Verfügungserlass erstatteten Berichten, die im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereicht wurden (Urk. 12/1-4, 14, 16/1, 19) ist vorab festzuhalten, dass diese nach dem vorliegend massgeblichen Endzeitpunkt für die Ermittlung des sachverhätlich relevanten Geschehens (vgl. oben E. 3.2.1 am Ende) datieren und daher grundsätzlich nicht mehr zu berücksichtigen sind. Im Übrigen zeigen sich darin nur minim progrediente Verhältnisse hinsichtlich der degenerativen Beschwerdeproblematik an der HWS. Sodann geht es in den Berichten im Wesentlichen um die weitere Behandlung der diesbezüglich bereits seit Jahren geklagten und diagnostisch nicht sicher zuordenbaren Beschwerden. Neue Erkenntnisse sind den Berichten nicht zu entnehmen, die seitens der H.____ empfohlene neurologische Abklärung scheint die Beschwerdeführerin nicht durchgeführt zu haben (Urk. 12/1-4, 14). Dem Bericht des I.____ vom 20. Dezember 2017 (Urk. 16/1) ist weiter zu entnehmen, dass sich die Beschwerdeführerin bei Schwindel notfallmässig selbst zugewiesen hatte. Es wurde infolge unauffälliger Befunderhebung auf einen unklaren Schwindel geschlossen und die

Beschwerdeführerin wieder nach Hause entlassen. Dem Bericht des G.____ vom 12. Juni 2018 (Urk. 19) sind schliesslich keine Aspekte zu entnehmen, denen Dr. D.____ in seiner Beurteilung nicht Rechnung getragen hat. So berücksichtigte er die Schulterproblematik, die Psoriasis mit Psoriasis-Arthritis, die Migräne und die HWS-Problematik (Urk. 7/159 S. 8). Hinsichtlich Nacken-, Schulter- und Armproblematik links sprachen die Ärzte des G.____ selbst von einer seit Jahren bestehenden Problematik (Urk. 19 S. 2). Allfällige in diesem Zusammenhang nach Erlass der Verfügung vom 7. März 2017 eingetretene Verschlechterungen können – wie bereits dargelegt – im vorliegenden Verfahren nicht berücksichtigt werden. 3.3

Insgesamt ist damit festzuhalten, dass die versicherungsinternen Beurteilungen der Dres. C.____ und D.____ beweismässig im Sinne der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (E. 1.4) sind. Die Beschwerdegegnerin stellte somit in ihrer Verfügung vom 7. März 2017 (Urk. 2) zu Recht darauf ab und verneinte einen Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente. Was die Beschwerdeführerin aus dem der Beschwerdeschrift beigelegten Urteil des Bundesgerichts 8C_650/2016 vom 9. März 2017 (Urk. 3/5) zu ihren Gunsten ableiten möchte, ist nicht ersichtlich. Die Beschwerde ist unter Verzicht auf die Durchführung weiterer Abklärungen abzuweisen. 4.

Die Kosten des Verfahrens (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) sind auf Fr. 800.-- festzulegen und ausgangsgemäss der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Milosav Milovanovic - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4. 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 Nünlist

E. 2.3

Am 11. Juli 2017 (Urk. 9 f.), 25. September 2017 (Urk. 11 f.), 27. Oktober 2017 (Urk. 13 f.), 31. März 2018 (Urk. 15 f.) sowie 27. Juni 2018 (Urk. 18 f.) reichte die Beschwerdeführerin weitere medizinische Berichte ein. Diese wurden der Beschwerdegegnerin am 3. April 2018 (Urk. 17) und 2. Juli 2018 (Urk. 20) zur Kenntnisnahme zugestellt. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 8

ATSG) sind.

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

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