

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01260 vom 3. April 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-04-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.01260

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01260 du 3 avril 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01260 del 3 aprile 2019

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1976, Mutter von zwei Söhnen (geboren 1998 und 2000), war seit Januar 2005 als Betriebsinhaberin eines Kebab-Standes selbständig erwerbstätig. Ab dem 10. Juni 2015 war sie zu 100 % krankgeschrieben (Urk. 7/1-2, Urk. 7/6-7, Urk. 7/10/2-3 und Urk. 7/10/19-20). Am 9. Oktober 2015 unterzog sich die Versicherte einem operativen Eingriff an der rechten Schulter (Urk. 7/10/8).

Am 27. November 2015 meldete sie sich bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 7/6 und Urk. 7/9). Daraufhin tätigte die IV-Stelle erwerbliche sowie medizinische Abklärungen und zog die Akten der Krankentaggeldversicherung bei (Urk. 7/10-11, Urk. 7/15, Urk. 7/18, Urk. 7/20 - 21 und Urk. 7/25).

Mit Schreiben vom 29. Februar 2016 teilte die IV Stelle der Versicherten mit, dass aufgrund ihres Gesundheitszustandes zurzeit keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich seien (Urk. 7/19). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Vorbescheid vom 20. Juli 2017, Urk. 7/45; Einwand vom 8. September 2017, Urk. 7/50) wies die IV-Stelle das Begehren der Versicherten um Ausrichtung einer Invalidenrente mit Verfügung vom 18. Oktober 2017 ab (Urk. 7/53 = Urk. 2).

E. 1.2

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert besteht, welcher die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (vgl. BGE 139 V 547 E. 5, 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach

einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art.

E. 1.3

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

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder her stellen, 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. 1.4

Nach Art. 43 Abs. 1 ATSG prüft die IV-Stelle die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein (Satz 1). Das Gesetz weist dem Durchführungsorgan die Aufgabe zu, den rechtserheblichen Sachverhalt so abzuklären, dass gestützt darauf die Verfügung über die in Frage stehende Leistung ergehen kann (Art. 49 ATSG). Die IV-Stelle hat folglich den anspruchrelevanten (medizinischen und erwerblichen) Sachverhalt mit der erforderlichen Sorgfalt zu untersuchen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_366/2016 vom 11. August 2016 E. 5.3).

E. 1.5

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

E. 1.6

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). 1. 7

Berichten des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) nach Art. 49 Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) kommt ebenfalls Beweiswert zu, sofern sie den von der Rechtsprechung umschriebenen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten genügen (BGE 137 V 210 E. 1.2.1). Selbst eine Aktenbeurteilung 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. Dies gilt grundsätzlich auch in Bezug auf Berichte und Stellungnahmen der RAD (Urteile

des Bundesgerichts 9C_558/2016 vom 4. November 2016 E. 6.1, 9C_335/2015 vom 1. September 2015 E. 3.1 und 9C_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1 mit Hinweisen).

Nach der Rechtsprechung ist es dem Sozialversicherungsgericht nicht verwehrt, einzig oder im Wesentlichen gestützt auf die (versicherungsinterne) Beurteilung des RAD zu entscheiden. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (BGE 142 V 58 E. 5.1) 135 V 465 E. 4.4; 122 V 157 E. 1d; Urteile des Bundesgerichts 9C_335/2015 vom 1. September 2015 E. 3.2 und 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.3).

E. 1.8

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Gemäss ständiger Rechtsprechung ist in der Regel von der Rückweisung – da diese das Verfahren verlängert und verteuert – abzusehen, wenn die Rechtsmittelinstanz den Prozess ohne wesentliche Weiterungen erledigen kann. In erster Linie kommt eine Rückweisung in Frage, wenn der Versicherungsträger auf ein Begehren überhaupt nicht eingetreten ist oder es ohne materielle Prüfung abgelehnt hat, wenn schwierige Ermessensentscheide zu treffen sind, oder wenn der entscheidrelevante Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts U 209/02 vom 10. September 2003 E. 5.2). Bei ungenügenden Abklärungen durch den Versicherungsträger holt die Beschwerdeinstanz im Regelfall ein Gerichtsgutachten ein, wenn sie einen (im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen) medizinischen Sachverhalt überhaupt für gutachtlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist. Die betreffende Beweiserhebung erfolgt alsdann vor der –

anschliessend reformatorisch entscheidenden – Beschwerdeinstanz selber statt über eine Rückweisung an die Verwaltung. Eine Rückweisung an den Versicherungsträger bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist. Ausserdem bleibt es dem kantonalen Gericht (unter dem Aspekt der Verfahrensgarantien) unbenommen, eine Sache zurück zuweisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist (BGE

137 V 210

E. 4.4.1. 4 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_815/2012 vom 21. Oktober 2013 E.

E. 2

Dagegen erhob die Versicherte am 20. November 2017 Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und ihr ab wann rechtens eine Rente der Invalidenversicherung gestützt auf einen Invaliditätsgrad von mindestens 40 % zuzusprechen. Es sei ein medizinisches Gerichtsgutachten einzuholen. Eventuell sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, verbunden mit der Auflage, ein medizinisches Administrativgutachten im Sinne von Art. 44 ATSG einzuholen. In prozessualer Hinsicht beantragte die Beschwerdeführerin die Durchführung eines zweiten

Schriftenwechsels sowie einer öffentlichen Verhandlung und einer persönlichen Befragung durch das Gericht (Urk. 1 S. 2). Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 12. Januar 2018

auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6, unter Beilage ihrer Akten Urk. 7/1 54) . Mit Verfügung vom 15. Januar 2018 wurde die Beschwerdeantwort der Beschwerdeführerin zugestellt und

ihr zugleich

eröffnet, dass das Gericht die Anordnung eines zweiten Schriftenwechsels nicht als erforderlich erachte (Urk. 8). Mit Eingabe vom 26. Oktober 2018 reichte die Beschwerdeführerin sodann einen weiteren ärztlichen Bericht zu den Akten (Urk. 9-10). Dieser wurde der Beschwerdeführerin am 30. Oktober 2018 zur Kenntnisnahme zugestellt (Urk. 11).

E. 2.1

Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente.

E. 2.2

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene Verfügung damit, dass es der Beschwerdeführerin ab Juni 2015 nicht mehr möglich gewesen sei, ihre Tätigkeit als Betriebsinhaberin eines Kebab Standes auszuüben. Ab April 2016 seien aus medizinischer Sicht angepasste Arbeiten wieder vollumfänglich möglich. Es sei der Beschwerdeführerin, eine Anstellung als Angestellte aufzunehmen, in welcher sie mehr verdienen könne, als in ihrer bisherigen Tätigkeit als selbständig Erwerbende

(Urk. 2).

E. 2.3

Die Beschwerdeführerin machte demgegenüber geltend,

der rechtsrelevante medizinische Sachverhalt sei in invalidenversicherungsrechtlicher Hinsicht ungenügend abgeklärt worden, weshalb gestützt auf die vorliegende medizinische Aktenlage noch nicht definitiv über die invalidenversicherungsrechtlichen Ansprüche der Beschwerdeführerin befunden werden könne. Es müsse zwingend eine polydisziplinäre medizinische Begutachtung (Orthopädie, Rheumatologie, Neurologie und Psychiatrie) der Beschwerdeführerin durchgeführt werden (Urk. 1 S. 5). 3.

3. 1

Aus den medizinischen Akten geht hervor, dass die Beschwerdeführerin seit Frühling 2013 zunehmend unter Nacken-/Schulerschmerzen rechtsbetont litt (Urk. 7/15/6 und Urk. 7/15/14). Sie wurde deswegen hausärztlich von Dr. med.

Y.____, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin, und spezialärztlich zunächst von Dr. med.

Z.____, Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie, und ab September 2014 von Dr. med. A.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, behandelt. Die von Dr. A.____ unter anderem veranlasste Magnetresonanztomographie (MRT) Arthrographie des rechten Schultergelenkes vom 29.

September 2014 ergab eine Tendinose der Supraspinatussehne mit zusätzlich gelenkseitigem, nicht durchgehendem Riss, keine Muskelatrophie, ein Akromion Typ II,

Zeichen einer Bursitits

subacromialis und keine Hinweise auf eine Kapsulitis (Urk. 7/15/16). Nach Steroidinfiltrationen subacromial Schulter rechts sowie weiteren Untersuchungen in der B. ___ am 25.

August 2015 (Urk. 7/15/23-25) wurde die Beschwerdeführerin am 10. Oktober 2015 von Dr. A. ___ operiert (Schulterarthroskopie rechts mit subacromialem

Débridement und Bursektomie, offene Rotatorenmanschetten-Rekonstruktion [Supraspinatussehne] mit transossärer

Refixation am Tuberculum

mayus Schulter rechts und Akromioplastik Schulter rechts [Urk. 7/43/31]). In der Folge trat letztlich trotz intensiver konservativer Therapie keine Schmerzverbesserung ein (Urk. 7/43/16; vgl. auch Urk. 7/15/30-31 und Urk. 7/43/28). Am 15. Juni 2016 wurde deshalb eine MRT der HWS und des Plexus brachialis (Urk. 7/43/9), am 7.

Juli 2016 eine computertomographisch (CT) gesteuerte periradikuläre Therapie (PRT) C6 rechts (Urk. 7/43/12), am 8. September 2016 eine MRI Arthrographie der Schulter rechts (Urk. 7/43/10) und am 13. September 2016 eine MRT der oberen Thoraxapertur rechts (Urk. 7/43/13) durchgeführt. Anschliessend wurde die Beschwerdeführerin wegen therapieresistenter Nacken-Schultergürtel Schulter-Arm-Schmerzen rechts mit postulierter sekundär postoperativer Capsulitis rechts (vgl. Urk. 7/41/10) an Dr. med.

C. ___ , FMH Rheumatologie und Innere Medizin, überwiesen, von welcher sie ab dem 2. November 2016 untersucht und behandelt wurde (Urk. 7/41/9-13 und Urk. 7/43/4-6). Auf Ersuchen von Dr.

C. ___ (Urk. 7/41/14 -15) nahm Prof. Dr. med.

D. ___ , Facharzt FMH Radiologie, Chefarzt des E. ___ , am 10. Dezember 2016 eine Sekundärbeurteilung der bisher durchgeführten radiologischen Untersuchungen vor. Aufgrund des betreffenden Berichtes vom gleichen Tag (Urk. 7/41/16-17) wurden am 22. Dezember 2016 Röntgenuntersuchungen der HWS durchgeführt (Urk. 7/43/4). Sodann wurde die Beschwerdeführerin auf Zuweisung von Dr. C. ___ am 11.

Januar 2017 von Dr. med. F. ___ , Facharzt FMH für Neurologie, konsiliarisch neurologisch (inklusive elektroneurographisch) untersucht (Bericht von Dr. F. ___ vom 13. Januar 2017, Urk. 7/41/18-23).

E. 3

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 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. 3.2

Hausarzt Y. ___ diagnostizierte in seinem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 12. Februar 2016 (1) ein Nacken-Schulter-Arm-Syndrom rechts, (2)

eine chronische Periarthropathia

humeroscapularis rechts Erstdiagnose (ED) 2013, (3)

persistierende Schulterschmerzen links, (4) einen Verdacht auf kongenitale zystische adenomatoide Malformation der Lunge (CCAN Typ 1) sowie (5) ein zunehmend depressives Zustandsbild (Urk. 7/15/2-3). Die Prognose sei eher schlecht, da auch auf der linken Schulterseite chronische Schmerzen bestünden. Ausserdem bestehe ein erhöhtes Krebsrisiko im Rahmen der Lungenveränderungen und Hautbefunde. Zurzeit befinde sich die Versicherte in intensiver Physiotherapie, um die muskulären Restschmerzen und Ausweitungen der Schmerzen zu verhindern. Der Schultereinsatz/Armeinsatz sei aufgrund der Operation nur beschränkt möglich. Eine Vollbelastung sei zurzeit nicht möglich. Eine Einschätzung bezüglich Belastbarkeit, Verlauf und Prognose lasse sich besser durch den Orthopäden stellen. Die Tätigkeit am Kebabstand sei aus medizinischer Sicht zur Zeit nicht zumutbar. Eine Neubeurteilung sei nach Abschluss der Behandlung nötig. Die Leistungsfähigkeit werde auch in Zukunft eingeschränkt bleiben. Die Operation habe erst kürzlich stattgefunden. Es könne zur Zeit

nicht mit einer Wiederaufnahme der Tätigkeit gerechnet werden (Urk. 7/15/4).

E. 3.3

Am 29. März 2016 hielt Dr. med. G. ___ , beratender Arzt des Kranken taggeldversicherers, zur ihm unterbreiteten Frage, ob die (seit dem 10. Juni 2015) attestierte Arbeitsunfähigkeit noch ausgewiesen sei, fest, dass die Arbeitsunfähigkeit in angestammter Tätigkeit sicherlich bis sechs Monate postoperativ ausgewiesen sei. Zur Frage, ob weitere medizinische Abklärungen notwendig seien, bemerkte er, dass ein aktueller Bericht einzuholen sei (Urk. 7/43/26).

E. 3.4

Prof. Dr. D. ___ führte in der für Dr. C. ___ verfassten « Sekundärbeurteilung von auswärtigen radiologischen Untersuchungen » vom 10. Dezember 2016 (vgl. E. 3.1) aus, bei der Durchsicht aller Untersuchungen erkenne er auch keine morphologische Ursache, welche das therapieresistente rechtsseitige Schulter-Arm-Syndrom erklären könnte. Die MR-Arthrographie vom 13. September 2016 zeige einen postoperativ regelrechten Befund. Mindestens bildgebend sei davon auszugehen, dass die Schmerzen kaum durch eine strukturelle Läsion im Schultergelenk erklärbar seien. Die MR-Untersuchungen der HWS vom 29. September 2014 und vom 15. Juni 2017

(richtig: 2016, vgl. Urk. 7/43/9) zeigten keine Hinweise für eine Diskopathie oder anderweitige degenerative Veränderungen der HWS, welche diese Schmerzen erklären könnten. Somit bleibe die Frage, ob es Hinweise gebe, dass ein Thoracic Outlet Syndrom (TOS) Ursache der Beschwerden sei. Leider könne diese Frage aufgrund der bisherigen

Unter suchungen nicht konklusiv beantwortet werden. Mindestens auf den koronaren Schichten der MR- Untersuchung vom 2 0. September 2016 habe man das Gefühl, dass entweder prominente Processus (Proc .)

Transversi von C7 oder ev entuell

s ogar Halsrippen beidseits vorliegen könnten, was ein TOS begünstigen könne. Leider lägen auch keine Aufnahmen mit Elevation der Arme vor, welche ebenfalls Grundlage für eine Beurteilung bei Verdacht auf TOS seien. Er würde deshalb empfehlen, ein konventionelles Röntgenbild der oberen Thoraxapertur oder ev en tuell e in CT mit Frage nach Halsrippen zu machen. Zusätzlich wäre eine MR Darstellung der oberen Thoraxapertur beidseits mit Neutralstellung und Elevation der Arme mit Angiographie hilfreich (Urk. 7/41/16).

E. 3.5

Dr. F.____ diagnostizierte in seinem Bericht an Dr. C.____ vom 1 3. Januar 2017 ein chronifiziertes Schmerzsyndrom im dorsalen hochthorakalen Schulter gürtel-, Schulter- und Armbereich rechts bei/mit - überwiegend muskuloskelettalen / myofaszialen Ursprungs, mit diffu sen/multi fokalen pseudoradikulären Ausstrahlungen und sensiblen Begleit phänomenen - radiologisch fehlendem Nachweis einer kompressiven und nicht-kompressi ven Pathologie der neuralen Strukturen im HWS-, oberen Brus t wirbelsäulen (BWS)- und Plexusbereich - Status nach mehrfachen Therapieverfahren und Interventionen im Schul ter-/Armbereich - anhaltender Schmerzmitteleinnahme (Tramadol) - therapierefraktärem Verlauf mit sekundärer Fixation und systematischer Fehlhaltung/Fehlbelastung bzw. mittelschwerer funktioneller Einschränkung des rechten Arms bei dringendem Verdacht auf eine erhebliche funktionell-somatoforme Überlagerung

Basierend auf den erhobenen klinischen Befunden sei das vorliegende Beschwer debild am ehesten überwiegend muskuloskelettalen / myofaszialen Ursprungs, durch eine systematische schmerzassoziierte Fehlhaltung/Fehlbe lastung und durch eine erhebliche funktionell-somatoforme Überlagerung inklusive einer psycho dynamisch ungünstigen, depressiven Entwicklung als aggravierende Kom ponenten aufrechterhalten. Die angegebenen Sensibilitäts störungen, welche recht variablen Ausmasses seien und phänomenologisch diskrepante Elemente auf wiesen, seien schwer klassifizierbar, am ehesten allerdings bei sonst fehlenden segmental-motorischen Ausfällen und Reflexasymmetrien als funktionelle pseudo radikuläre Epiphänomene im gleichen Kontext wie die Schmerzen einzu stufen. Ein eletroneurographisch dokumentier tes Carpalunnelsyndrom liege als Substrat der Beschwerden nicht vor, eine intermittierende Reizung könne aber nicht ausgeschlossen werden. Aus neurolo gischer Sicht sehe er keine Indikation zu weiteren Abklärungen, wobei bildge berisch die betroffenen Regionen bereits abgedeckt worden seien (Urk. 7/41/18 20).

E. 3.6

Dr. C.____ diagnostizierte in ihrem Bericht an Dr. A.____ vom 3./20. Januar 2017 (1) ein t herapierefraktäres Schulter-Arm-S chmerzsyndrom rechts

seit 3 Jahren, ab Mai 2013 , Differentialdiagnose: sekundäres chronifiziertes

myofasiales Schmerzsyndrom nach ursprünglich Ruptur der Supraspinatus sehne , (2) eine lange unsubstituierte Vitamin D3 Insuffizienz , (3) eine reaktiv depressive Verstimmung und Medikamentenmalcompliance , (4) eine congenitale , zystische, adenoide

Malformation der Lunge CT-Thorax 07. Oktober 2013 und Bronchoskopie B.____ ,
Abklärungen Dr. H.____ und Pneumologie B.____ , konservativ, Nikotin fortgesetzt 1p/d, ca
25 py , (5) eine

Keratosis

palmo-plantaris

papulosa (angeborene Verhornungsstörung), ED Dr. I.____ , Dermatologe 2015 , (6) einen
Verdacht auf Kalk rechte r Schilddrüsenlappen, TSH normal (Nebenbefund im MRI , (7)
eine Brustaugmentationsplastik beidseits und kosmetische Nasenoperation 19. April 2013
(Türkei) sowie (8) eine

Bandlaxität (Urk. 7/41/9).

Aufgrund der radiologischen Zweitbeurteilung von Prof. Dr. D.____ (vgl.

E. 3.4) seien Röntgenuntersuchungen der HWS durchgeführt worden, welche keine Hals
rippen und normale Befunde gezeigt hätten. Die Option einer noch maligen, diesmal
funktionellen MRI, inkl. Angiographie mit erhobenen Armen im MRI , sei ihrerseits
zurückgestellt worden (dies käme eher für eine Begutachtung in Frage). Die Vitamin D 3
Insuffizienz erkläre das Schmerz syndrom isoliert rechts nicht (Urk. 7/41/12). Das
neurologische, umfassende Konsil am 11. Januar 2017 mit fundiertem
Procedere-Vorschlag von Dr. F.____ habe ebenfalls keine fassbare, somatisch korrigierbare
Ursache ergeben. Die von Dr. F.____ empfohlene multimodale Schmerztherapie, bei auch
somatoformer Komponente, erfordere eine entsprechende Einrichtung. Die Versicherte und
ihr Ehemann möchten nicht stationär, sondern lieber ambulant am J.____ behandelt werden.
Zusammenfassend sei keine Ursache ausstrahlend vom Hals, eine intakte, revidierte
Schultersituation mit postoperativer MRI Überprüfung, keine Kapselschrumpfung, keine
neurogene Komponente cervicoradikulär , retrograd peripher (CTS), Armplexuspathologie
oder durch thoracic outlet syndrom (TOS) erhärtbar . Es bestehe eine normale
Thoraxapertur auch im MRI. Klinisch liege kein Sudeck respektive reflexdystrophisches
Syndrom vor . Es bestehe ein

lokalisiertes myofasziales Syndrom, welches konventioneller Physiotherapie nicht
zugänglich sei . Zu berücksichtigen sei, dass die ungelöste Rechtsfrage - es gehe um die
Einzahlungen in die Säule 3b seit der Arbeitsunfähigkeit - einen ungünstigen Faktor
darstelle (die Versicherung sei aber im Sommer 2017 zur Auszahlung fällig nach Zehn-
jahresablauf). Die vom Anwalt der Versicherten gewünschte Bestätigung einer
vollständigen Erwerbsunfähigkeit (vgl.

Urk. 7/41/24 25) könne sie selbstverständlich nicht ausstellen. Dies wäre zudem eine
Begutachtungsfrage. Die Versicherte könne zwar schmerzbedingt momentan weiter den
rechten Arm nicht aktiv belasten, es sei aber keine strukturelle Läsion fassbar, die
Versicherte könne und mache durchaus auch leichtere Verrichtungen und sei körperlich
selbständig und in gutem Allgemein zustand. Eine Arbeitsunfähigkeit sei von ihr vom
November 2016 bis 31. Januar 2017

ausgestellt worden für die Zeit der Abklärung inklusive leider frustrierenden
Behandlungsansätzen . Eine weitere Arbeitsunfähigkeitsbeurteilung sollte mit Einbezug
eines psychiatrischen Kollegen wegen der möglichen somatoformen Komponente erfolgen.
Eine breite Abklärung bestehe (Urk. 7/41/13; vgl. Bericht von Dr. C.____ an den Kranken-
taggeldversicherer vom 6. Februar 2017, Urk. 7/43/3-6).

E. 3.7

Dr. A.____ diagnostizierte in seinem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 23. März 2017 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (1) eine Frozen

shoulder rechts, (2) chronische Nacken-Schulter-Arm- Schmerzen rechts, (3) einen Status nach Rotatorenmanschetten -Rekonstruktion rechts 9. Oktober 2015 , sowie (4) eine reaktiv depressive Verstimmung. Die Beschwerdeführerin sei in der ange stammten Tätigkeit seit Juni 2015 zu 100 % arbeitsunfähig . Einschränkend seien Schmerzen sowie eine eingeschränkte Armfunktion rechts. Die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin für wechselbelastende Tätigkeiten belaufe sich auf 25 %. Es sei noch kein Endzustand erreicht (Urk. 7/40).

E. 3.8

Dr. C.____ teilte der Beschwerdegegnerin am 29. Mai 2017 mit, sie könne den Fragebogen nicht sinnvoll ausfüllen, da für sie die somatische Grundlage inexistent, nicht fassbar sei und die Situation mit juristischen Problemen (Versicherungsfrage) überschattet sei. Die Versicherte, um die sie sich sehr zeitaufwendig bemüht habe, habe zum Schluss erklärt , ihre 16- und 18 - jährigen Kinder würden ein psychisches Trauma erleiden, wenn die Mutter stationär ins Schmerzprogramm nach K.____ (mit der 24h-Verlaufskontrolle) gehen würde , und habe wieder annulliert . Mit erneutem Zeitgewinn von externer Krankschreibung (Urk. 7/41/6-7). 3.

E. 7

Abs. 2 ATSG).

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. 9

RAD-Arzt Dr. med. L.____ , Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, stellte in seiner Stellungnahme vom 4. Juli 2017 folgende Diagnose mit dauerhafter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/44/4): - Nicht mehr verifizierbare therapieresistente (therapieresistente) Schmerzen und Bewegungseinschränkung der rechten Schulter/des rechten Arms bei Status nach Rotatorenmanschettenruptur und Rekonstruktion (9. Oktober 2015, subtotale Supraspinatussehnenruptur) In Bezug auf die bisherige Tätigkeit als Betriebsinhaberin Kebab-Stand bestünden Einschränkungen für schwere Tätigkeit sowie Überkopftätigkeit. Das Belastungsprofil lautet wie folgt :

« Körperlich leichte Tätigkeit, ohne Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, ohne die rechte Schulter belastende Zwangshaltungen und Tätigkeiten (längeres Arbeiten in weiter Armvorhalte, häufige Überkopfarbeit, repetitive Rotationsbewegungen), keine kraftvollen Zug- oder Stossbelastungen. »

Falls die Anforderungen höher seien, als das Belastungsprofil zulasse, bestehe für die bisherige Tätigkeit als Betriebsinhaberin Kebab-Stand in selbständiger Erwerbstätigkeit eine

100%ige Arbeitsunfähigkeit seit dem 1. Juni 2015 auf Dauer. Falls die Anforderungen nicht höher seien, als das Belastungsprofil zulasse, bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 1. Juni 2015 bis längstens 31. Januar 2017 (Dr. C.____, 06.02.2017). In einer angepassten Tätigkeit gemäss Belastungsprofil bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 1. Juni 2015 bis 9. April 2016 (analog Dr. G.____). Eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes sei nicht zu erwarten. Die degenerativen Veränderungen würden im Laufe des Lebens zunehmen. Es sei nicht davon auszugehen, dass weitere medizinische Massnahmen zu einer relevanten Änderung der Arbeitsunfähigkeit führen würden. Bei Status nach Rotatorenmanschettenruptur und –rekonstruktion (9. Oktober 2015, subtotale Supraspinatussehnenruptur) würden weiterhin therapieresistente Schmerzen und Bewegungseinschränkung der rechten Schulter/des rechten Arms vorliegen, die durch die zahlreichen, weitestgehend normalen klinischen und apparativen Untersuchungsbefunde nicht zu erklären seien. Die fortgesetzten Arbeitsunfähigkeitszeugnisse von Dr. A.____ seien wohl der speziellen Arzt-Patienten-Beziehung zuzuschreiben; objektivierbare Einschränkungen liessen sich schon lange nicht mehr erheben. Es sei Dr. C.____ zu folgen, dass soziale Gründe, insbesondere das Rentenbegehren, die Arbeitstätigkeit verhinderten. Dies sei keine medizinische, sondern eine versicherungsjuristische Angelegenheit (Urk. 7/44/4-5). 4. 4.1

Ein allfälliger Rentenanspruch der Beschwerdeführerin konnte gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG (vgl. E. 1.3) und Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens im Juni 2016 (aktienkundige Arbeitsunfähigkeit seit Juni 2015, Anmeldung zum Leistungsbezug im November 2015; vgl. Sachverhalt Ziffer 1) entstehen. 4.2

4.2.1

Die Beschwerdegegnerin stützt ihre Auffassung, wonach die Beschwerdeführerin seit April 2016 – und damit auch im Zeitpunkt des möglichen Rentenbeginns – in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig (gewesen) sei, auf die Stellungnahme von RAD-Arzt Dr. L.____ vom 4. Juli 2017 (vgl. E. 3.9; Urk. 2 und Urk. 6). 4.2.2

RAD- Art. Dr. L.____, welcher als Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie über die notwendige fachliche Qualifikation verfügt, um die Arbeitsfähigkeit bezüglich der aktienkundigen somatischen Problematik zu beurteilen, stellte darin in Übereinstimmung mit den Vorakten (vgl. E. 3.4-6 und E. 3.8) fest, dass bei Status nach Rotatorenmanschettenruptur und -

rekonstruktion - therapieresistente Schmerzen und Bewegungseinschränkungen der rechten Schulter und des rechten Armes bestünden, welche durch die zahlreichen weitestgehend normalen klinischen und apparativen Untersuchungsbefunde nicht zu erklären seien.

Im Weiteren bemerkte RAD-Arzt Dr. L.____ zu Recht, dass die von Dr. A.____ vorgenommene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit (vgl. E. 3.7) mangels (nachvollziehbarer) Begründung nicht zu überzeugen vermag.

Die von RAD-Arzt Dr. L.____ selbst vorgenommene Einschätzung erweist sich in dem – namentlich mit Blick auf den möglichen Rentenbeginn ab Juni 2016 eben falls als nicht schlüssig. So stellte er einerseits fest, in angestammter Tätigkeit bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit dem 1. Juni 2015 auf Dauer, falls die Anforderungen höher seien, als es das Belastungsprofil zulasse, resp. bis längstens 31. Januar 2017, falls die

Anforderungen nicht höher seien, mithin die angestammte Tätigkeit dem Belastungsprofil entspricht. Andererseits soll die Beschwerdeführerin in einer (angepassten) Tätigkeit gemäss Belastungsprofil lediglich bis 9. April 2016 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen sein, was wider sprüchlich erscheint. Dr. G. ____, auf welchen sich RAD-Arzt Dr. L. ____ bezüglich dieser Einschätzung berief, hatte sich dabei nur zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in angestammter Tätigkeit und auch dazu nicht abschliessend geäussert (vgl. E. 3.3). Dass sich – wie Dr. L. ____ im Weiteren fest stellte – objektivierbare Einschränkungen «schon lange» nicht mehr hätten erhe ben lassen, vermag ebenfalls nicht zu erklären, weshalb in angepasster Tätigkeit bis am 9. April 2016 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (und danach eine 100%ige Arbeitsfähigkeit) bestanden haben soll. Dr. C. ____ gab in ihren Berichten sodann lediglich an, dass die Situation mit juristischen Problemen überschattet sei (Urk. 7/41/6) resp. die ungelöste Rentenfrage ein ungünstiger Faktor sei (Urk. 7/41/13). Dass nach Auffassung von Dr. C. ____ aus somati scher Sicht (bereits) seit April 2016 keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit bestand, lässt sich aus den besagten Angaben nicht ableiten. Auch sonst findet sich in den Vorakten keine ärztliche Einschätzung, welche die dahingehende Beurteilung von RAD-Arzt Dr. L. ____ bestätigen würde. 4.2.3

Hinzu kommt, dass sich in den Akten konkrete Anhaltspunkte für das Vorliegen einer das Beschwerdebild massgeblich beeinflussenden psychischen Problematik finden. So wies Hausarzt Y. ____ bereits in seinem Bericht an die Beschwerde gegnerin vom 12. Februar 2016 auf ein – die Arbeitsfähigkeit beeinflussendes – zunehmend depressives Zustandsbild hin. Auch Dr. C. ____ führte in ihren Berichten vom 1. Dezember 2016 (Urk. 7/41/14), vom 3./20. Januar und vom 2. Februar 2017 (vgl. E. 3.6) als Diagnose eine depressive Verstimmung an. Laut Dr. F. ____ wird das Beschwerdebild unter anderem durch eine erhebliche funktionell-somatoforme Überlagerung inklusive psychodynamisch ungünstiger depressiver Entwicklung als aggravierende Komponenten aufrechterhalten (vgl. E. 3.5). Dementsprechend wies auch Dr. C. ____ in ihren Berichten darauf hin, dass die Arbeitsfähigkeit bei möglicher somatoformer Störung von einem Kollegen der Psychiatrie mitbeurteilt werden sollte (vgl. E. 3.6). Soweit RAD-Arzt Dr. L. ____ aus den erwähnten weiteren Bemerkungen von Dr. C. ____ (vgl. E. 4.2.3) auf ein Rentenbegehren resp. auf eine Simulation schloss, ist zu bemerken, dass die Feststellung einer solchen grundsätzlich Sache eines psychiatrischen Facharztes ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_737/2018 vom 15. Februar 2019 E. 5.2 mit Hinweis).

Mit Blick auf die besagten ärztlichen Angaben wäre zur zuverlässigen Prüfung des Rentenanspruchs der Beschwerdeführerin eine psychiatrische Abklärung erforderlich gewesen. Dass sich die Beschwerdeführerin – wie die Beschwerde gegnerin zur Begründung ihres gegenteiligen Standpunktes geltend machte (Urk. 2) – keiner psychiatrischen Behandlung unterzog, ändert daran nichts. Dies gilt umso mehr, als das Bundesgericht mit BGE 143 V 418 sowie BGE 143 V 409 seine Rechtsprechung geändert und festgestellt hat, dass die Therapierbarkeit psychischer Leiden allein keine abschliessende evidente Aussage über das Gesamtmass der

Beeinträchtigung und deren Relevanz im iv-rechtlichen Kontext zu liefern vermöge. 4.2.4

Nach dem Gesagten hätte die Beschwerdegegnerin zur Prüfung des Rentenanspruchs der Beschwerdeführerin in medizinischer Hinsicht nicht einfach auf die (ohne vorgängige Untersuchung der Beschwerdeführerin) vorgenommene Einschätzung von RAD-Arzt Dr. L. ____ abstellen dürfen. 4.3

Zu erwähnen bleibt, dass die Angabe der Beschwerdegegnerin, wonach die Beschwerdeführerin bezüglich ihres Einkommens ab 2013 keine Beweismittel ein gereicht habe (Urk. 2), aktenwidrig ist (vgl. Urk. 7/21/1-13 [Buchhaltungen der Jahre 2013 bis 2015] und Urk. 7/25 [Buchhaltungen der Jahre 2011 bis 2012]). Die Beschwerdegegnerin hätte auch sonst zur Ermittlung des Valideneinkommens nicht einfach auf den von ihr beigezogenen – für die Jahre ab 2013 keine Einträge enthaltenden – Auszug aus dem Individuellen Konto der Beschwerdeführerin (Urk. 7/11) abstellen dürfen, sondern nach Art. 43 Abs. 2 ATSG vorgehen müssen. 4.4

Es ergibt sich somit, dass die angefochtene Verfügung in wesentlichen Punkten auf einer nicht schlüssigen resp. unvollständigen Beweisgrundlage beruht. Die Verfügung ist daher aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie den medizinischen Sachverhalt ergänzend abkläre. Die Beschwerdegegnerin wird Verlaufsberichte der behandelnden Ärzte beizuziehen (vgl. den vom Beschwerdeführer anlässlich des Beschwerdeverfahrens eingereichten Bericht von Dr. med. M.____, Facharzt für Rheumatologie und Physikalische Medizin in der N.____, vom 24. Oktober 2018, aus welchem hervorgeht, dass seit der angefochtenen Verfügung weitere Abklärungen hinsichtlich einer allfälligen somatischen Schmerzursache getätigt wurden [Urk. 10]) und hernach ein Gutachten (zumindest in psychiatrischer und neurologischer, allenfalls in weiterer als notwendig erachteter Hinsicht) einzuholen haben, das sich umfassend zum somatischen und psychischen Gesundheitszustand sowie dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin seit Juni 2015 äussert. Im Rahmen der von der Beschwerdegegnerin zu veranlassen

den psychiatrischen Abklärung werden die bundesgerichtlichen Vorgaben zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Beeinträchtigungen (BGE 141 V 281, BGE 143 V 409 und BGE 143 V 418) zu berücksichtigen sein. Je nach dem wird sie ausserdem ergänzende Abklärungen in erwerblicher Hinsicht vorzunehmen haben (vgl. E. 4.3). Danach hat die Beschwerdegegnerin über den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin neu zu verfügen.

In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen.

5.

Da dem materiellen Rechtsbegehren der Beschwerdeführer in im Sinne des Eventualantrages entsprochen wird, kann von der beantragten Durchführung einer öffentlichen Verhandlung mitsamt einer persönlichen Befragung der Beschwerdeführerin (Urk. 1 und Urk. 9) abgesehen werden (BGE 136 I 279 E. 1 mit Hinweis auf BGE 122 V 47 E. 3b/ff). 6.6.1

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV Leistungen 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. 600.-- festzusetzen. Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen der beschwerdeführenden Partei (BGE 137 V 57 E. 2.1 mit Hinweisen). Entsprechend sind die Kosten der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzulegen. 6.2

Überdies hat die obsiegende Beschwerdeführer in Anspruch auf den Ersatz der Parteikosten (§ 34 Abs. 1 GSVGer in Verbindung mit Art. 61 lit. g ATSG). Die Höhe der gerichtlich festzusetzenden Entschädigung wird ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer). Vorliegend er scheint eine Prozessentschädigung von Fr. 1'700.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) als angemessen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 18. Oktober 2017 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 auferlegt.

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Dr. Massimo Aliotta, eine Prozessentschädigung von Fr. 1'700.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Massimo Aliotta - 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 dem 5. 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 Der Gerichtsschreiber HurstKübler

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