

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00853 vom 6. November 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-11-06, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2018.00853](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00853)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00853 du 6 novembre 2019

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00853 del 6 novembre 2019

## Erwägungen

### E. 1

X.\_\_\_\_, geboren 1960, reiste im Februar 2005 aus Serbien in die Schweiz ein und war von September 2014 bis Ende Dezember 2017 (letzter effektiver Arbeitstag am 8. April 2017) als Unterhaltsreinigerin bei der Z.\_\_\_\_ GmbH in einem 50%-Pensum angestellt (Urk. 7/11).

Am 9. Oktober 2017 (Eingangsdatum) meldete sich die Versicherte bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Hinweis auf Schmerzen, Schwindel und halbseitiger Schwäche zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (Urk. 7/5). Die IV-Stelle nahm Abklärungen in erwerblicher und medizinischer Hinsicht vor, zog die Akten der Krankentagegeldversicherung bei (Urk. 7/10, Urk. 7/22), holte die Berichte der behandelnden Ärzte (Urk. 7/13, Urk. 7/14) sowie einen Auszug aus dem Individuellen Konto der Versicherten (IK-Auszug; Urk. 7/12) ein und ersuchte die Arbeitgeberin um Auskünfte (Arbeitgeberfragebogen vom 14. November 2017; Urk. 7/11). Mit Mitteilung vom 13. März 2018 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass keine Eingliederungsmassnahmen angezeigt seien (Urk. 7/17). In der Folge veranlasste die IV-Stelle eine aktenbasierte Einschätzung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD). Dr.

A.\_\_\_\_, All gemeine Innere Medizin FMH, nahm am 4. Mai 2018 Stellung (vgl. Feststellungsblatt, Urk. 7/24). Ausgehend vom Fehlen einer langandauernden gesundheitlichen Einschränkung stellte die IV-Stelle mit Vorbescheid vom 7. Mai 2018 die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (Urk. 7/25). Da gegen erhob die Versicherte am 4. Juni 2018 (Urk. 7/28) sowie ergänzend am 29. Juni 2018 (Urk. 7/35) Einwand und legte einen weiteren Arztbericht zu den Akten (Urk. 7/34). Mit Verfügung vom 6. September 2018 verneinte die IV-Stelle wie vorbeschieden einen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung (Urk. 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)). 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**

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 zu mutbar 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 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. 2**

Hiergegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom 1. Oktober 2018 Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihr eine Invalidenrente auszurichten. Ausserdem sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ihrer Abklärungspflicht nachzukommen und ein unabhängiges multifaktorielles Gutachten in Auftrag zu geben ( Urk. 1).

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 6. November 2018 (Urk. 6) auf Abweisung der Beschwerde. Mit Verfügung vom 8. November 2018 wurde der Beschwerdeführerin die Beschwerdeantwort zur Kenntnisnahme zugestellt ( Urk. 8).

#### **E. 2.1**

In der angefochtenen Verfügung vom 6. September 2018 ( Urk. 2) hielt die Beschwerdegegnerin fest, die medizinische Abklärung habe ergeben, dass die Beschwerdeführerin in ihrer bisherigen Tätigkeit ohne Einschränkung arbeitsfähig sei. Es

hätten keine langandauernden gesundheitlichen Einschränkungen bestanden.

## **E. 2.2**

Demgegenüber machte die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerde vom 1. Oktober 2018 (Urk. 1) zusammengefasst geltend, durch die Schwindelattacken und die daraus entstehenden Gleichgewichtsstörungen bestehe ein akutes Sturzrisiko mit Verletzungsgefahr. Das Münchhausen-Syndrom habe ausserdem zur Folge, dass bei ihr plötzlich und unvorhersehbar alarmierende Symptome wie Sehverlust, Bauchschmerzen und linksseitige Schwächen auftreten würden. Sie könne keiner beruflichen Erwerbstätigkeit nachgehen und sei vollkommen arbeitsunfähig. Die Beschwerdegegnerin stütze sich einzig auf die Stellungnahme des RAD, welche jedoch lückenhaft und damit ohne Beweiswert sei. Ferner sei keine Haushaltsabklärung durchgeführt worden, obwohl die Beschwerdeführerin zu 50 % im Haushalt tätig sei. 3.

## **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.

### **E. 3.1**

2

Im Rahmen des Einwandverfahrens reichte die Beschwerdeführerin den Arztbericht von Dr. C.\_\_\_\_ vom 23. Juni 2018

(Urk. 7/34) zu den Akten. Dieser diagnostizierte ein

Münchhausen-Syndrom, einen Autoimmun-Prozess unklarer Signifikanz (erhöhte antimitochondriale Antikörper) sowie einen Verdacht auf Helicobacter-positive Gastritis. Mit den Auswirkungen der Münchhausen-Symptomatik (beispielsweise durch den Schwindel verursachte Stürze mit Verletzungsfolgen, Schluckstörungen, Gelenkschmerzen, plötzliche Blindheit) sei keine leistungsgerechte Tätigkeit denkbar. 4.

4.1

Vorab ist festzuhalten (vgl. E. 3.1 und E. 3.2), dass eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit nur relevant sein

kann, wenn sie Folge einer fachärztlich einwandfrei diagnostizierten Gesundheitsbeeinträchtigung ist (vgl. BGE 130 V 396). 4.2

Die zahlreichen medizinischen Abklärungen zeigen, dass für die von der Beschwerdeführerin geklagten unterschiedlichen körperlichen Symptome kein organisches Korrelat gefunden wurde. Sämtliche Fachärzte können die Beschwerden nicht ausreichend somatisch erklären. Die Ärzte des F.\_\_\_\_ sowie des Stadtspitals H.\_\_\_\_

fürten entsprechend eine Somatisierungsstörung (E. 3.5) respektive eine Schmerzverarbeitungsstörung als zumindest Verdachtsdiagnose auf (E. 3.7). Der behandelnde Hausarzt diagnostizierte ein Münchhausen-Syndrom mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (E. 3.12). Damit ist aus somatischer Sicht keine gesundheitliche Einschränkung ausgewiesen. Die Ärzte des F.\_\_\_\_ äusserten auch explizit, dass aus somatischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit bestehe (E. 3.5 in fine).

In Bezug auf die Stellungnahmen der Ärzte der Augenklinik sowie des interdisziplinären Zentrums für Schwindel und neurologische Sehstörungen am F.\_\_\_\_ (E.

### **E. 3.2**

Seit Dezember 2016 war die Beschwerdeführerin bei Dr. C.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin FMH, in Behandlung (Urk. 7/14). Dr. C.\_\_\_\_ überwies die Beschwerdeführerin aufgrund einer zunehmenden Beinschwäche sowie beidseitiger Bein schmerzen, deutlich rechtsbetont, zur angiologischen Abklärung, insbesondere zum Ausschluss einer Thrombose, an Dr. D.\_\_\_\_, innere Medizin FMH, spez. Angiologie. Dr. D.\_\_\_\_ hielt in seinem Arztbericht vom 20. März 2017 (Urk. 7/14/14f.) fest, duplexsonographisch würden keine Anhaltspunkte für eine tiefe Beinvenenthrombose (TVT) oder Phlebitis als Ursache der deutlich rechtsbetonten Beinschmerzen bestehen. Differenzialdiagnostisch komme bei ausgeprägter Druckdolenz am ehesten eine muskulo-tendinöse Ursache in Frage. Rechts bestehe eine mässig gradige

Nebenast varikosis bei einer Parva in Suffizienz Grad II, wobei diese zurzeit nicht zwingend therapiebedürftig

sei. Er empfehle symptomatisch vorzugehen, allenfalls probatorisch mit Magnesium.

### **E. 3.3**

Im April 2017 begab sich die Beschwerdeführerin aufgrund von Sehstörungen verbunden mit Schwindel ins Zentrum E.\_\_\_\_. Die beklagten Beschwerden - so der untersuchende Arzt - seien durch Schwankungen in der Okzipitaldurchblutung

zu erklären, möglicherweise durch Blutdruck- oder Kreislaufschwankungen oder durch eine Störung im Bereich der Halswirbelsäule

(HWS) ausgelöst. Er empfahl weitere Abklärungen diesbezüglich (vgl. Arztbericht vom 25. April 2017, Urk. 7/14/16). Radiologische Befunde zeigten keine frischen traumatischen ossären Läsionen der HWS (vgl. Bericht vom 27. April 2017, Urk. 7/14/17).

### **E. 3.4**

Bei Verdacht auf eine lupoide Hepatitis war die Beschwerdeführerin nach hausärztlicher Zuweisung vom 26. April bis 7. Mai 2017 im Universitätsspital F.\_\_\_\_ hospitalisiert. Mit Ausnahme einer leichten Steatose - so die Ärzte für Gastroenterologie und Hepatologie - finde sich weder sonographisch noch in der Elastographie ein Nachweis einer relevanten Hepatopathie (vgl. Arztbericht vom 27. April 2017, Urk. 7/10/22f.). Aufgrund leicht erhöhter CK- und Myoglobinwerte

äusserten die Ärzte des F.\_\_\_\_

jedoch den Verdacht auf eine Myositis und klärten die Beschwerdeführerin zusätzlich rheumatologisch und neurologisch ab. Laut untersuchenden Ärzten der Rheumatologie

habe eine am 4. Mai 2017 durchgeführte Ganzkörper Magnetresonanztomographie [MRI] (Urk. 7/14/21) eine entzündliche, systemische rheumatologische Grund Erkrankung und insbesondere eine Myositis ausschliessen können. Insgesamt finde sich während der Hospitalisation für die von der Beschwerdeführerin geäusserten Beschwerden kein somatisches Korrelat. Auch seien die klinischen Untersuchungsbefunde bezüglich Kraftüber die Zeit etwas fluktuierend und die generalisierte Kraftminderung der linken Körperseite teilweise auch inkonsistent

gewesen (vgl. Austrittsbericht vom 9. Mai 2017, Urk. 7/14/23-25). Die untersuchenden Ärzte der Neurologie konstatierten, es finde sich keine die Beschwerden erklärende neurologische Ursache. Hinweise auf ein radikuläres Ausfallsyndrom oder auf eine Läsion eines peripheren Nervs gebe es keine. Elektroneurographisch zeige sich als einziger auffälliger Befund eine leicht amplitudengeminderte motorische Reizantwort des Nervus tibialis auf der linken Seite bei ansonsten normwertigen Befunden (vgl. Arztbericht vom 4. Mai 2017, Urk. 7/14/19f.). Rein formal würden die Fibromyalgiekriterien

erfüllt werden. Differenzialdiagnostisch komme auch eine somatoforme Störung in Frage. Die Ärzte des F. \_\_\_ empfahlen die Weiterführung der ambulanten Physiotherapie inklusive aerober Belastung zur Schmerzdistanzierung, allenfalls eine schmerzdistanzierende Medikation im Verlauf. Ausserdem werde eine psychiatrische Begleitung empfohlen

(Urk. 7/14/24 f.).

### **E. 3.5**

Bei fluktuierender Hemisymptomatik auf der linken Seite wurde die Beschwerdeführerin am 1. Mai 2017 erneut durch den Hausarzt ans F. \_\_\_ überwiesen. Die Beschwerdeführerin habe angegeben, bereits bei Austritt vor vier Tagen ein Unsicherheitsgefühl im linken Bein verspürt zu haben. Die gesamte linke Seite fühle sich schwächer an. Grundsätzlich fühle sie sich seit der Cholezystektomie im Dezember 2016 sehr müde und geschwächt. Sie beklage vor allem linksseitige Schmerzen im Bereich der Muskulatur, welche insbesondere auch nachts bestehen würden. Am Morgen zeige sich jeweils ein allgemeines Steifigkeitsgefühl während weniger Minuten sowie eine linksbetonte Cephalgie. Visusstörungen hätte sie jedoch keine (Urk. 7/14/43). Die Ärzte des F. \_\_\_ gaben in ihrem Austrittsbericht vom 18. Mai 2017 (Urk. 7/14/41) an, die Befunde seien in der neurologischen Untersuchung weiterhin inkonsistent gewesen. Spontanbewegungen seien an Extremitäten unbeobachtet oder auch in Gestikulationen symmetrisch durchgeführt worden. Bei der spezifischen Krafttestung sei initial oft kurz eine normale Kraft vorhanden gewesen mit dann plötzlichem Nachlassen. Eine Differenz der Muskeleigenreflexe habe nicht festgestellt werden können und auch der Babinski sei beidseits negativ. Ein am 1. Mai 2017 durchgeführtes MRI des Schädels habe keine Hinweise auf eine Ischämie, intrazerebrale Hämorrhagien oder demyelinisierende Läsionen ergeben (Urk. 7/14/34f.). Aufgrund der in der elektroneurographischen Untersuchung vom 4. Mai 2017 festgestellten leicht amplitudengeminderten motorischen Antwort des

Nervus tibialis auf der linken Seite (vgl.

E. 3.4 in fine, Urk. 7/14/19f.) sei ergänzend ein MRI der LWS durchgeführt worden, im Rahmen dessen keinerlei Neurokompressionen (insbesondere auch nicht in der Nervenwurzel S1) oder sonstige Hinweise für Einengungen der Foramina

intervertebralia

hätten festgestellt werden können (Urk. 7/14/29f.). Zusammenfassend sei bei fehlendem somatischen Korrelat von einer Somatisierungsstörung (differenzialdiagnostisch von einer Konversionsstörung) auszuweichen. Im Rahmen eines psychiatrischen Konsiliums - unter Beisein einer entfernten Verwandten der Beschwerdeführerin - sei ebenfalls der Verdacht auf eine Somatisierungsstörung geäußert worden. Eine Depression liege nicht

vor. Die Ärzte des F.\_\_\_\_ empfahlen der Beschwerdeführerin eine Psychotherapie. Aus somatischer Sicht bestehe kein Grund für eine Krankenschreibung. Während der Dauer der medizinischen Abklärungen (26. April bis 19. Mai 2017) habe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden, danach liege aus somatischer Sicht keine weitere Arbeitsunfähigkeit vor.

### **E. 3.6**

Zur weiteren neurologischen Abklärung überwies Hausarzt Dr. C.\_\_\_\_

die Beschwerdeführerin an Dr. G.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, der in seinem Arztbericht vom 14. Juni 2017 (Urk. 7/14/45f.) konstatierte, die sensomotorische

Hemisymptomatik auf der linken Seite lasse sich organ-neurologisch nicht ausreichend erklären. Man würde in erster Linie eine Asymmetrie der Extremitätenreflexe erwarten, was nicht der Fall sei. Auch die tiefen sensiblen Qualitäten seien intakt, so dass der Verdacht einer funktionellen Störung bestehe. Ob ein Lupus erythematosus vorhanden sei, könne er jedoch nicht beurteilen. Hinweise für eine durch den Lupus bedingte ZNS-Mitbeteiligung gebe es jedenfalls keine. Zu erwarten wären epileptische Anfälle, eine Psychose oder auch cerebro-vaskuläre Störungen. Gegen Letzteres spreche der vollständig normale neuroangiologische Befund.

### **E. 3.7**

Im November 2017 begab sich die Beschwerdeführerin in die ambulante Schmerzsprechstunde im Stadtspital H.\_\_\_\_. Bei der Beschwerdeführerin bestehe - so die untersuchende Ärztin in ihrem Arztbericht vom 14. November 2017 (Urk. 7/13/3f.) - eine chronifizierte Schmerzkrankung mit psychischen und somatischen Faktoren. Im Vordergrund stehe eine Schmerzverarbeitungstörung

mit Verdacht auf Somatisierungsstörung, wobei das eingeschränkte Sprachverständnis und der kulturelle Hintergrund (Konzeptschwierigkeiten) zur Chronifizierung beitragen würden. Weitere Abklärungen seien nicht zu empfehlen, auch um die Symptomfixierung zu durchbrechen. Sie empfahl eine multimodal ausgerichtete Schmerzbehandlung mit intensiver Schmerz edukation, Bewegungstherapie und eine begleitende Psychotherapie bei einer serbisch sprechenden Therapeutin. Laut untersuchender Ärztin seien die bisher empfohlenen Therapien (Physiotherapie, schmerzdistanzierende Medikamente, Schmerzmittel) nicht umgesetzt beziehungsweise wegen Nebenwirkungen abgesetzt worden. Mittlerweile wolle die Beschwerdeführerin die Unterstützung jedoch annehmen.

### **E. 3.8**

Seit November 2017 war die Beschwerdeführerin bei Dr. I.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, in psychiatrischer Behandlung. Auf telefonische Anfrage hin gab die Psychiaterin an, die Beschwerdeführerin habe primär körperliche Beschwerden und Schwierigkeiten damit, von gewissen Ärzten als Simulantin abgestempelt zu werden. Psychisch seien keine Einschränkungen vorhanden (vgl. Telefonnotiz vom 22. März 2018, Urk. 7/19).

### **E. 3.9**

und E. 3.10) und deren Einschätzung betreffend die anamnestisch fest gehaltene Amaurosis fugax sowie Schwindelsymptomatik ist anzumerken, dass eine blosser Verdachtsdiagnose oder gar Prognosen nur eine mögliche Gesundheitsstörung implizieren, aber

versicherungsmedizinisch keine rechts genügende Grundlage bilden, um mögliche Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu beurteilen. 4.3

Das vom Hausarzt festgehaltene Münchhausen-Syndrom ist eine fachfremd gestellte Diagnose. Im Übrigen wird das Münchhausen-Syndrom gemäss Internationaler Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10, Kapitel V [F]) unter der Diagnose artifizielle Störung (absichtliches Erzeugen oder Vortäuschen von körperlichen oder psychischen Symptomen oder Behinderungen), F68.1, geführt (vgl. Dilling / Mombour / Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, Kapitel V [F], 10. überarbeitete Auflage, 2015, S. 305). Vorausgesetzt wird demnach das Fehlen einer gesicherten körperlichen oder psychischen Störung, Krankheit oder Behinderung. Damit scheint diese Diagnose – sollte sie zutreffen – keine Grundlage eines die Arbeitsfähigkeit einschränken den, invalidisierenden Gesundheits Schadens zu sein, was indes fachärztlich zu bescheinigen ist. 4.4

#### 4.4. 1

In Bezug auf die Telefonnotiz der Beschwerdegegnerin vom 22. März 2018 (vorstehend E. 3.8) gilt es zu beachten, dass eine formlos eingeholte und in einer Aktennotiz festgehaltene mündliche oder telefonische Auskunft nach der Rechtsprechung nur insoweit ein zulässiges und taugliches Beweismittel darstellt, als damit blosser Nebenpunkte, namentlich Indizien oder Hilfstatsachen, festgestellt werden. Dagegen kommt grundsätzlich nur die Form einer schriftlichen Anfrage und Auskunft in Betracht, wenn Auskünfte zu wesentlichen Punkten des rechts erheblichen Sachverhaltes einzuholen sind (BGE 117 V 285 E. 4c mit Hinweis). Hält ein Mitarbeiter eines Versicherers den Inhalt eines Telefongesprächs schriftlich fest und bestätigt die befragte Person mit ihrer Unterschrift ausdrücklich, dass die Wiedergabe des Gesprächs korrekt ist, ist diesem Schriftstück unter Umständen Beweiswert zuzuerkennen (Urteil des Bundesgerichts U 11/07 vom 27. Februar 2008 mit Hinweis). Ein solcher ist auch mit Blick auf Art. 43 Abs. 1 ATSG gegeben (Urteil des Bundesgerichts I 661/05 vom 23. Juli 2007 E. 6.2.2). 4.4. 2

RAD-Arzt Dr. A.\_\_\_\_

stellte in seiner Einschätzung vom 4. Mai 2018 (vgl. Feststellungsblatt, Urk. 7/24 S. 5; E. 3.11) massgeblich auf die Telefonnotiz vom 22. März 2018 (E. 3.8) hin. Die Beschwerdegegnerin wiederum stützte sich bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 6. September 2018 (Urk. 2) vorwiegend auf die Einschätzung des RAD. Da die Auskunft zum psychischen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin von Dr. I.\_\_\_\_ vom 22. März 2018

wesentliche Punkte des rechts erheblichen Sachverhaltes beschränkt, aber von dieser nicht unterschrieben bestätigt wurde, kann auf die Aktennotiz vom 22. März 2018 vorliegend nicht abgestellt werden. Ein psychiatrischer Arztbericht fehlt in den Akten.

#### 4.4.3

Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus, da es Sache des Sozialversicherungsgerichts (oder der verfügenden Verwaltungsstelle) ist, für die Zusammentragung des Beweismaterials besorgt zu sein (BGE 115 V 111 E. 3d/ bb; Maurer, Sozialversicherungsrecht, Bd. I, 2. unveränderte Aufl., Bern 1983, S. 438 Ziff. 7a). Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der

Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte (BGE 115 V 133 E. 8a). Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 E. 3b). 4.4.4

Angesichts dessen, dass die untersuchenden Ärzte - zwar fachfremd - eine Somatisierungsstörung respektive eine Schmerzverarbeitungsstörung diagnostiziert haben, liegen Anhaltspunkte für eine psychische Einschränkung vor. So lange weitere Sachverhaltsabklärungen möglich sind, darf im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes ( Art. 61 lit . c. ATSG) die Folge der Beweislosigkeit für einen invalidenversicherungsrechtlich relevanten Gesundheitsschaden nicht greifen (vgl. BGE 138 V 218 E. 6 S. 221; 117 V 261 E. 3b S. 264 mit Hinweis). Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, insbesondere 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 ). Da die medizinische Aktenlage in psychiatrischer Hinsicht unvollständig und zur Klärung des allenfalls in validisierenden Gesundheitsschadens weitere (schriftliche) medizinische Angaben notwendig sind, ist die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Gestützt auf diese Abklärungen wird sie in Berücksichtigung des gesundheitlichen Verlaufs erneut über die Sache zu entscheiden haben .

Die Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen. 5. 5.1

Das vorliegende Verfahren geht um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen, es ist daher kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind dabei nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69

Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 600.-- anzusetzen. Ausgangsgemäss sind sie der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 5.2

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57 E. 2.2), weshalb die vertretene Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Parteientschädigung hat.

Wird eine Entschädigung beansprucht, reicht die Partei dem Gericht vor dem Entscheid eine detaillierte Zusammenstellung über ihren Zeitaufwand und ihre Barauslagen ein. Im Unterlassungsfall setzt das Gericht die Entschädigung nach Ermessen fest ( §

### **E. 3.10**

Aufgrund eines rezidivierenden Schwindels wurde die Beschwerdeführerin im interdisziplinären Zentrum für Schwindel und neurologische Sehstörungen am F.\_\_\_\_ untersucht. Die untersuchenden Ärzte führten aus, im Rahmen der Lagerungsproben hätten sich keine Anhaltspunkte für das Vorliegen eines benignen paroxysmalen Lagerungsschwindels (BPLS) ergeben. Hinweise für eine peripher-ves tibuläre Unterfunktion gebe es ebenfalls keine. Gestützt auf die Anamnese mit diffusem Schwankschwindel , einer früheren Kopfschmerz-Episode und normaler vestibulärer Untersuchung bestehe im Sinne

einer Arbeitshypothese am ehesten der Verdacht auf eine vestibuläre Migräne. Differenzialdiagnostisch sei aufgrund der diffusen Schwindelan gaben in allen Manövern von einem somatoformen Schwindel auszu gehen. Die Ärzte empfahlen der Beschwerde führerin, auf einen regelmässigen Lebensrhythmus zu achten (was sie bereits tue), mit genügend Schlaf, genügend Flüssigkeitszufuhr und Verzicht auf Kaffee (vgl. Arztberichte vom 27. März 2018 [ Urk. 3/1] und vom 25. Mai 2018 [ Urk. 3/3]).

### **E. 3.11**

RAD-Arzt Dr. A.\_\_\_\_ nahm am 4. Mai 2018 eine aktenbasierte Einschätzung vor ( Urk. 7/24/5) und hielt fest, organische Befunde, die eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu begründen vermögen, würden nicht vorliegen. Auch psy chiatrisch gebe es keine Einschränkungen. Das Fibromyalgie-Syndrom , Differen zial diagnose somatoforme Schmerzstörung , sei IV-fremd und löse keine IV-relevante längerfristige Arbeitsunfähigkeit aus. Da kein invalidisierender Gesund heitsschaden ausgewiesen sei, könne auf eine Haushaltsabklärung verzichtet wer den.

### **E. 7**

Abs. 2 ATSG).

### **E. 8**

in Verbindung mit §

### **E. 9**

der Verordnung über die Gebüh ren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialve rsicherungsgericht; GebV SVGer ) .

Der Rechtsvertreter hat keine Kosten note ein gereicht. Seine Ent schädi gung ist daher nach Art. 61 lit . g ATSG in Verbindung mit § 34 Abs. 1 des Ge setzes über das Sozialversicherungsgericht ( GSVGer ) ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache sowie der Schwierig keit des Pro zesses von Amtes wegen auf Fr. 1'500.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwert steuer) festzusetzen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die Verfügung vom 6. September 2018 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird, da mit diese nach Abklärungen im Sinne der Erwägungen über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin neu verfüge . 2.

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

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessent schädigung von Fr. 1'500 .-- (inkl. Barauslagen und MWSt ) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Y.\_\_\_\_ - 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 Bundesge

setzes 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  
Hurst-Stadler

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