

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00927 vom 5. September 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-09-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00927

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00927 du 5 septembre 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00927 del 5 settembre 2019

Erwägungen

E. 1

Die 19

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allge meinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]). Sie kann Folge von Geburts gebrechen, 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 ausgeglichene n Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beein trächtigung 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. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 1.3

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). 1. 4

Die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen die für

die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Art. 59 Abs. 2 bis IVG). Nach Art. 49 Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) beurteilen die RAD die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs. Die geeigneten Prüfmethoden können sie im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz und der allgemeinen fachlichen Weisungen des Bundesamtes frei wählen (Abs. 1). Nicht zwingend erforderlich ist, dass die versicherte Person untersucht wird, sofern es im Wesentlichen um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts geht (Urteil des Bundesgerichts vom 27. Oktober 2015, 9C_309/2015, E. 1 mit Hinweis auf Urteil des Bundesgerichts vom 1. Mai 2015 9C_25/2015 E. 4.1).

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

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

E. 1.5

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 entscheidungsrelevante 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 Beweishebung 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 (B GE 137 V 210 E. 4.4.1.4 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_815/2012 vom 21. Oktober 2013 E. 3.4, publiziert in SVR 1/2014 UV Nr. 2 S. 3) . 2.

2.1

Im angefochtenen Entscheid wurde erwogen,

die Beschwerdeführerin wäre gemäss den Abklärungen an Ort und Stelle ohne gesundheitliche Beeinträchtigung in einem Pensum von 35 % im Haushalt und in einem Pensum von 65 % im Bereich hauswirtschaftliche Betriebsleitung erwerbstätig. Die bisherige Erwerbstätigkeit sei ihr aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr möglich. Eine angepasste Tätigkeit sei ihr zumutbar, wobei ein invaliditätsbedingter Abzug von 25 % gewährt werde, da der Arbeitsweg aufgrund der gesundheitlichen Einschränkungen mehr Zeit in Anspruch nehmen würde. Ein zusätzlich erleidensbedingter Abzug von 25 % sei daher nicht möglich. Der Invaliditätsgrad betrage 31 %, womit kein Rentenanspruch bestehe (Urk. 2). 2.2

Demgegenüber machte die Beschwerdeführerin geltend, dass ihr der Regionale Medizinische Dienst (RAD)

nach einer Aktenbeurteilung eine sitzende Tätigkeit zumute. Dabei habe er nicht berücksichtigt, dass diese nicht uneingeschränkt möglich sei, da sie wegen ihrer entzündlichen Erkrankungen schnell ermüde. Gleichzeitig sei eine Wechselbelastung nicht möglich, weil sie an Gleichgewichtsstörungen mit Fallneigung leide. Die Ermüdungsneigung sei somit bei der sitzenden

Tätigkeit

als zusätzliche Einschränkung des theoretisch möglichen angepassten Leistungsprofils zu berücksichtigen. Die Beschwerdegegnerin habe es trotz Untersuchungsgrundsatz unterlassen, dies genau abzuklären. Zudem habe die Beschwerdegegnerin trotz entsprechender Empfehlung des RAD nicht abgeklärt, ob die Verweistätigkeit im genannten Arbeitsprofil im 54. Lebensjahr auf dem ersten Arbeitsmarkt realistisch umsetzbar und somit zumutbar wäre (Urk. 1 S. 3). Eine solche Verweistätigkeit mit erschwertem Arbeitsweg dürfte nur auf dem sekundären Arbeitsmarkt oder bei einem sehr grossen Entgegenkommen eines Arbeitgebers zu finden sein. Es sei daher von der Unzumutbarkeit der angepassten Tätigkeit auszugehen. Sollte das Gericht eine solche Verweistätigkeit als zumutbar erachten, sei auch für die erhöhte Ermüdungsneigung bzw. dem damit einhergehenden Pausenbedarf eine über die angenommenen 20 – 30 % hinausgehende Leistungseinschränkung anzunehmen. Weiter sei hinsichtlich des fortschreitenden Alters, der längeren Abwesenheit vom Arbeitsmarkt und der anhaltenden Schmerzen ein leidensbedingter Abzug zu gewähren. Dieser sei auf mindestens 15 % festzulegen. Zudem sei es überwiegend wahrscheinlich, dass

sie heute

mindestens

in einem 80% -Pensum a r b e i ten würde, da die Kinder mittler weile voll jährig seien und teilweise sogar im Ausland studieren würden (Urk. 1 S. 4) .

D ie Haushaltsabklärung sei in verschiedener Hinsicht zu kritisieren

(Urk. 1 S. 5). 3. 3.1

In den Berichten der Klinik für Neurologie, C.____ , vom 22. April und vom 28.

Mai 2013 wurden folgende Diagnosen genannt (Urk. 7/1/2 und Urk. 7/8/1): - Gangataxie bei sensomotorischer axonaler Neuropathie unklarer Ätiologie, übe r 1

Jahr progredient mit Einschränkung der Tiefensensibili tät seit Sommer 2011 (DD funikuläre Myelose bei normalen B12-Spiegeln und normaler LP 8/2012, negative Neoplasma-Suche und immunologi schen Parametern, Ausschluss einer Small-Fiber-Polyneuropathie) - In den letzten Monaten Tendenz zur Besserung, keine Progredienz - MRI HWS 01/2012: keine Läsion - MRI BWS 01/2012: V. a. T2-hyperintense myeläre Läsionen (unzu reichende Bildqualität) - MRI BWS 30.01.2013: keine sicheren myelären Läsionen, MRI Schädel 30.01.2013: kleine unspezifische Herde, MRI LWS 30.01.2013: degene rative Veränderungen ohne Einengung des Spinalkanals oder der Ner venwurzeln - ANA, SS-A und SS-B unauffällig, LP o.B., Kälte-Agglutinine, Borrelien-Suchtest, Lues-Screen, Methylmalonsäure , Immunelektro phorese o.B. - St. n . parenteraler Vitamin B12-Substitution - Klinisch links- und distalbetonte Paraparese der Beine mit Arreflexie , hochgradiger Lagesinnstörung, Pallhypästhesie und neuropathischen Schmerzen - Morbus Bechterew - Therapie mit Methotrexat seit ca. 2004 Die Zuweisung der Beschwerdeführerin zur s tationären Neurorehabilitation sei wegen einer progredienten Gangataxie mit Einschränkung der Tiefensensibilität seit dem Sommer 2011 erfolgt . Vo m 4. März bis am 2 8. März 2013 habe e in stationäre r Aufenthalt statt gefunden

(Urk. 7/8/1). 3. 2

Dr. med.

D.____ , Oberarzt an der Klinik für Neurologie, E.____ , stellte in seinem Bericht vom 22. Dezember 2016 folgende Diagnosen (Urk.

7/60/ 6): - V.a. chronisch-progrediente Multiplex-Neuropathie unklarer Zuordnung - MRI HWS 1/12, BWS 1/12, BWS 1/13: keine Läsionen - MRI Schädel 1/13 und 2/15: kleine a.e . unspezifische Marklagerläsio nen mit Progredienz im Verlauf - Motorische Neurographie: N. medianus / N. ulnaris normal; N. peronae us und N. tibialis mit Amplitudenreduktion, N. suralis normal - EMG: M. iliopsoas, M. gastrocnemius, M. tibialis anterior mit pSA - SEPs N. ulnaris : Normalbefund - Labor: Borreliose / Lues negativ, HIV / CMV / EBC / T. whipplei negativ

ANA, ANCA, Anti-CCP, IgA , IgG , IgM , Rheumafaktor, Anti-MAG, Anti-ZNS-A Ks, Gangliosid -AKs unauffällig Bei der Beschwerdeführerin bestehe eine schmerzlose sensomotorische chronisch progrediente Multiplex-Neuropathie mit Zeichen axonaler Degeneration im ENMG. Differenzial diagnostisch käme eine MADSAM in Frage (Urk. 7/60/8). 3.3

Am 1 6. Februar 2017 fügte

Dr. D.____

seinen Diagnosen hinzu, dass aufgrund der Rektum-Biopsie kein Anhalt für Amyloidose bestehe und die Beschwerdeführerin an einer geringen Schrankenstörung, LP 10/16, leide (Urk. 7/60/4).

Weiter berichtete er, dass bei der Beschwerdeführerin die klinischen Kriterien für eine asymmetrische CIDP bzw. MADSAM gemäss EFNS/PNS erfüllt seien. Zusätzlich liege mindestens ein Supportivkriterium vor (v.a. entzündliche Neuropathie im Plexus-MRI). In neuromuskulären Ultraschall fanden sich fokale Vergrösserungen des Nervenquerschnitts des N. medianus axillär, des N. tibialis und N. peroneus in der Kniekehle und der Nervenwurzel C6 im Längsschnitt. Der elektro-physiologische Nachweis von Leitungsblöcken sei aufgrund der Adipositas insbesondere proximal erschwert. Insgesamt sprächen die Befunde aber für

eine MADSAM. Anhalt für eine Infektion oder eine Vaskulitis habe sich laborchemisch nicht gefunden. Die Beschwerdeführerin werde mit einem Zyklus intravenöser Immunglobuline therapiert, diese werde durch eine Physiotherapie

zu Hause begleitet

und im Anschluss sollte eine stationäre Rehabilitation erfolgen (Urk. 7/60/5). 3.4

Am 16. Juni 2017 ergänzte

Dr. D.____

die bestehenden Diagnosen durch die folgenden MR-Neurographien (Urk. 7/60/1): - MR-Neurographie Plexus brachialis: Linksseitiger Plexus brachialis mit Kaliberauftreibungen, Nervenödemen und fraglich flauen Kontrastmittelanreicherungen in nahezu allen Anteilen sowie der aus ihm entspringenden Nerven. Rechtsseitiger Plexus brachialis mit unauffälliger Darstellung - MR-Neurographie Plexus lumbosacralis: Pathologische, alle Faszikel einschliessende Kaliberauftreibungen mit korrelierenden T2-Signalanhebungen des Nervus ischiadicus beidseits, des Nervus genitofemorales (rechts mehr als links) und des Nervus obturatorius rechts

Weiter hielt er fest, dass die Beschwerdeführerin nach 3x1 Woche Immunglobuline zur Verlaufsbeurteilung gekommen sei. Schon in der ersten Therapiewoche habe sie die Beine viel besser bewegen können. Die Kraft und die Beweglichkeit in den Beinen und Armen sei viel besser. Sie sei weniger steif und mit der linken Hand könne sie besser greifen und Gläser öffnen. Beim Treppensteigen sei sie weniger erschöpft. Die Schmerzen in den Füssen hätten jedoch zugenommen und das Gleichgewicht sei noch nicht gut. Längere Distanzen könne sie wegen der Schwäche nicht zurücklegen. Anamnestisch sowie klinisch liege eine klare Besserung der Paresen und des Gleichgewichts infolge der Immunglobulin-Therapie vor. Die Beschwerdeführerin fühle sich noch etwas unsicher und benutze daher den Rollstuhl im Aussenbereich und im Haus einen Rollator. Es sei ausführlich besprochen worden, dass durch eine Physiotherapie eine weitere Besserung erreicht werden könnte. Ziel sei eine kontinuierliche Steigerung der Belastbarkeit (Urk. 7/60/3). 3.5

Dr. med. F.____, Facharzt für Innere Medizin und Ultraschall, G.____, erhob in seinem Bericht vom 1. November 2017 (Eingangsdatum), dass die Beschwerdeführerin an einer

progredienten Problematik, nämlich einer inflammatorischen Neuropathie vom Typ MADSAM leide, und verwies auf den aktuellen Bericht des E.____ vom 14.

September 2017. Es sei der Beschwerdeführerin nicht zumutbar, in ihrer bisherigen Tätigkeit als Hauswirtschaftsleiterin zu arbeiten. Sie habe nach dem Grosswerden ihrer Kinder wieder als Hauswirtschaftsleiterin arbeiten wollen, habe diesen Plan wegen ihrer progredienten Erkrankung leider nicht verwirklichen können. Die Prognose sei leider nicht günstig, weswegen ein Wiedereinstieg nicht möglich sei.

Zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit äusserte er sich nicht (Urk. 7/76/3-5).
3. 6

Im Bericht der Klinik für Neurologie des E.____ vom 14.

September 2017 wurden die vor genannten Diagnosen wiederholt. Es wurde festgehalten, dass die Beschwerdeführerin deutlich mehr Kraft habe,

das Gleichgewicht jedoch noch nicht ideal

sei

(Urk. 7/76/6). 3. 7

Am 13. November 2017 nahm PD Dr. med. univ. H.____, Facharzt für Neurologie, für den RAD Stellung (Urk. 7/88/2-3). In Zusammenfassung der vorliegenden Befunde bestehe mit dem Verdacht auf eine inflammatorische Neuropathie (DD asymmetrische CIDP/MASDAM; ES 2011) ein namhafter Gesundheitsschaden. Die Beschwerdeführerin leide an einer deutlichen Gangunsicherheit und einer Gehbeeinträchtigung. Für die oberen Extremitäten und den Hirnnervenbereich seien zuletzt keine klinischen Manifestationen beschrieben worden. Die bisherige Tätigkeit als Hauswirtschaftsleiterin könne die Beschwerdeführerin nachvollziehbar nicht mehr ausüben. Es liege eine 100% -ige Arbeitsunfähigkeit vor. Retrospektiv könne diese ab spätestens Anfang 2017 angenommen werden. In angepasster Tätigkeit (sitzend, körperlich leicht, keine gesteigerten Anforderungen an die Feinmotorik der Finger und Hände, rollstuhlgängiger Arbeitsplatz) könne medizinisch-theoretisch von einer Restarbeitsfähigkeit ausgegangen werden. Bei deutlich erschwerten Arbeitswegen sei diesbezüglich ein Abzug von 20% bis 30% anzunehmen. Ob ihr ein 70-80% -Pensum im genannten Arbeitsprofil im 54. Lebensjahr zumutbar und auf dem 1. Arbeitsmarkt realistisch umsetzbar sei, werde dem Kundenbetreuer zur Beurteilung empfohlen. Eine realen tangierende Besserung des Gesundheitszustands sei nicht zu erwarten. 4. 4.1

Unstrittig ist, dass bei der Beschwerdeführerin – laut den Angaben der behandelnden Ärzte sowie der Stellungnahme des RAD – in somatischer Hinsicht eine Neuropathie besteht, aufgrund welcher die Beschwerdeführerin an einer deutlichen Gangunsicherheit und Gehbeeinträchtigung leidet. Strittig und zu prüfen ist hingegen, ob und in welchem Umfang sich diese s Leiden –

in einer angepassten Tätigkeit – auf ihre Arbeitsfähigkeit auswirkt. Dies kann anhand der im Recht liegenden Akten nicht beurteilt werden. 4.2

Die Ärzte der neurologischen Klinik der C.____ und des E.____

äusserten sich

nicht zur Arbeitsfähigkeit (E. 3.1-3.3 und E. 3.5) . Im Schreiben des E.____ vom 16. August 2017 wurde die Beschwerdegegnerin darauf hingewiesen, dass die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit jederzeit im Rahmen eines Gutachtens angefragt werden könne (Urk. 7/61).

Einzig der Hausarzt Dr.

F.____ hielt fest, dass die Beschwerdeführerin in ihrer bisherigen Tätigkeit als Hauswirtschaftsleiterin voll arbeitsunfähig sei (E. 3.4) . Er machte jedoch keine Angaben zu einer angepassten Tätigkeit , da er diese wohl als unzumutbar erachtet e . Die Beschwerdegegnerin holte in der Folge einzig eine interne Beurteilung des RAD ein (E. 3.6) . Ohne die Beschwerdeführerin zu untersuchen, kam der

RAD-Arzt

zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin

in angepasster Tätigkeit (sitzend, körperlich leicht, keine gesteigerten Anforderungen an die Feinmotorik der Finger und Hände , r ollstuhlgängiger Arbeitsplatz) infolge

eines Abzugs von 20 % - 30 % für einen erschwerten Arbeitsweg in einem 70-80%-Pensum arbeiten könnte . Er führte jedoch nicht aus,

inwiefern der Beschwerdeführerin optimal angepasste – insbesondere in sitzender Position bzw. im R ollstuhl

sitzend zu verrichtende Arbeitstätigkeiten – aufgrund einer allfällig erhöhten Ermüdungsneigung zumutbar wären. Diesbezüglich fehlt es ebenfalls

an einer fachärztlichen Beurteilung .

Vorliegend geht es somit nicht um die Beurteilung eines bereits klar feststehenden medizinischen Sachverhalts , womit die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rücken würde .

Vielmehr hinterlassen die bis lang vorhandenen medizinischen Akten eine ungesicherte Beweislage . Insgesamt kann demnach nicht gesagt werden, dass keinerlei Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der RAD-Stellungnahme bestehen . Zudem ist das Vorgehen der Beschwerdegegnerin mit Blick auf den im Verwaltungsverfahren der Invalidenversicherung geltenden Untersuchungsgrundsatz, wonach die Behörde gehalten ist, den rechtserheblichen Sachverhalt abzuklären (Art. 43 ATSG, BGE 130 I 180 E. 3.2), nicht statt haft. 5.

Aus dem Gesagten ergibt sich, dass hinsichtlich der gegebenen Aktenlage das Vorliegen eines Rentenanspruchs der Beschwerdeführerin weder verneint noch bejaht werden kann. Die angefochtene Verfügung ist daher aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie den medizinischen Sachverhalt rechtsgenügend abkläre und gestützt darauf neu über den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin verfüge. 6.

E. 6

3 geborene X.____ , Mutter

dreier

Töchter (Jahrgang 1989,

1992 und 1996), absolvierte die Ausbildung zur Hauswirtschaftlichen Betriebsleiterin. Sie arbeitete vom 1. Mai 1985 bis am 30. April 1987 in einem 80%-Pensum als Hauswirtschaftliche Betriebsleiterin im Z.____ der Stadt A.____ und vom 1. Juni 1987 bis am 30. Juni 1989 in einem 65.5% -Pensum als Hauspflegerin im B.____ in Zürich. Seit dem 1. Juli 1989 war sie Hausfrau (Urk. 7/48 -49). Am 27. November 2013 (Eingangsdatum) beantragte die Versicherte unter Hinweis auf ihre Neuropathie sowie auf den Morbus Bechterew bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, den Bezug eines Rollhockers für die Küche (Urk.

E. 6.1

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1bis IVG) und auf Fr. 600.-- anzusetzen.

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 Kosten der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen sind.

E. 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). Somit erweist sich eine Parteientschädigung von Fr. 1'000.-- (inkl. Barauslage und Mehrwertsteuer) als angemessen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 24. September 2018 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 Beschwerdeführer in 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 Prozessentschädigung von Fr. 1'000.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Dr. iur. 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 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, Schwei zerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Be weis mit tel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthal ten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunde n sind beizu legen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin HurstWantz

E. 7

/1-3). Mit Verfügung vom 11. Februar 2014 verneinte die IV-Stelle wie vorbeschieden die Kostengutsprache für einen Rollhocker (Urk. 7/12). Nachdem ihr die IV-Stelle diverse Kostengutsprachen für verschiedene Hilfsmittel gewährt hatte (Urk. 7/ 14, Urk. 7/17, Urk. 7/26 , Urk. 7/30 , Urk. 7/35), meldete sie sich a m 18.

Juli 2017 (Eingangsdatum)

zum Rentenbezug a n (Urk.

7/ 4

E. 8

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Vier telsrente , 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.