

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00188 vom 3. August 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-08-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00188

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00188 du 3 août 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00188 del 3 agosto 2019

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetz es über den Allge meinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG) . Sie kann Folge von Geburts gebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetz es 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 ausgegliche nen 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 betäti gen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder her stellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindes tens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 1.3

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei aus geglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Bezie hung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht in valid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). 1. 4

Die rückwirkend ergangene Verfügung über eine befristete oder im Sinne einer Reduktion abgestufte Invalidenrente umfasst einerseits die Zusprechung der Leistung und andererseits deren Aufhebung oder Herabsetzung (BGE 125 V 413 E. 2d; Urteil des Bundesgerichts 8C_780/2007 vom 27. August 2008 E. 2.3; vgl.

Meyer/ Reichmuth , Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, Rn 11 zu Art. 30–31). Rechtsprechungsgemäss bildet eine solche Verfügung insgesamt den Anfechtungs- und Streitgegenstand und unterliegt integral der gerichtlichen Prüfung, selbst wenn nur einzelne Punkte davon bestritten sind (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.2, 125 V 413 E. 2d; vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_440/2017 vom 25. Juni 2018 E. 5.1 [in BGE 144 V 153 nicht publiziert] und 9C_50/2011 vom 25. Mai 2011 E. 2.1).

Spricht die Verwaltung der versicherten Person eine abgestufte oder befristete Rente zu und wird beschwerdeweise einzig die Abstufung oder die Befristung der Leistungen angefochten, hat dies nicht eine Einschränkung des Gegenstandes des Rechtsmittelverfahrens in dem Sinne zur Folge, dass die unbestritten gebliebenen Bezugszeiten von der Beurteilung ausgeklammert blieben. Die gerichtliche Prüfung hat vielmehr den Rentenanspruch für den gesamten verfügbaren Zeitraum und damit sowohl die Zusprechung als auch die Abstufung oder Aufhebung der Rente zu erfassen (BGE 131 V 164 E. 2.2, 125 V 413 E. 2d; Urteile des Bundesgerichts 8C_765/2007 vom 11. Juli 2008 E. 2 und I 526/06 vom 31. Oktober 2006 E. 2.3 mit Hinweisen). Dabei ist in anfechtungs- und streitgegenständlicher Hinsicht irrelevant, ob eine rückwirkende Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Invalidenrente in einer oder in mehreren Verfügungen gleichen Datums eröffnet wird (BGE 131 V 164 Regeste; Urteil des Bundesgerichts 8C_489/2009 vom 23. Oktober 2009 E. 4.1 mit Hinweis).

E. 1.5

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene Verfügung vom 7. Februar 2019 (Urk. 2) damit, dass die Beschwerdeführerin aufgrund ihrer Beschwerden in der linken Schulter ab September 2014 für alle Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig gewesen sei. Ab Oktober 2015 habe sie deshalb Anspruch auf eine ganze Rente gehabt. Nachdem sich ihr Gesundheitszustand ab September 2016 verbessert habe und sie seither in der angestammten Tätigkeit zu 75 % arbeitsfähig sei, seien die Rentenleistungen bis zum 31. Dezember 2016 zu befristen (S. 3-4). Seit November 2016 habe sich keine wesentliche und dauerhaft relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes ereignet. Auch bei Durchführung eines Einkommensvergleichs gestützt auf eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ergebe sich ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad (S. 4-5). Trotz ihres Alters falle die Beschwerdeführerin nicht in die Kategorie der besonders geschützten Personen, da es sich vorliegend nicht um eine Rentenaufhebung, sondern um die erstmalige Zusprechung einer befristeten Rente handle. Der subjektive Eingliederungswille sei zudem bislang nicht ersichtlich gewesen, weshalb auf die Aufnahme von Wiedereingliederungsmassnahmen verzichtet werde (S. 5). 2.2

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), auf das eingeholte Gutachten könne - aus näher dargelegten Gründen - nicht abgestellt werden. Eine Verbesserung des Gesundheitszustandes seit September 2016 vermöge es

nicht zu belegen. In ihrer angestammten Tätigkeit sei sie nicht mehr arbeitsfähig, auch die Arbeitsfähigkeitseinschätzung in einer angepassten Tätigkeit sei nicht zutreffend.

Ihre Knie- und Handgelenksbeschwerden seien zudem nicht berücksichtigt worden, weshalb sich weitere Abklärungen in Form eines polydisziplinären Gerichtsgutachtens aufdrängen würden (S. 7- 8). Bei guter Gesundheit wäre sie zu 100 % erwerbstätig, was bei korrekter Berechnung des Validen- und des Invalideneinkommens einen Invaliditätsgrad von mindestens 42 % und folglich Anspruch auf eine unbefristete Invalidenrente ergebe. Eine Befristung des Rentenanspruchs per 31. Dezember 2016 erweise sich bereits aus diesem Grund als inkorrekt (S. 8-10). Sie habe überdies während des Rentenbezugs das Schwellenalter von 55 Jahren zurückgelegt und deshalb Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen. Die befristete Rente dürfe nicht eingestellt werden, bevor solche durchgeführt worden seien. Sie sei denn auch zweifellos gewillt, an diesen mitzuarbeiten. Eventualiter sei die Sache deshalb an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie die sich als unerlässlich herausstellenden Eingliederungsmassnahmen an die Hand nehme (S. 10- 12). 3.

Mit Urteil vom 24. Juli 2017 (Prozess-Nr. IV.2017.00620) hob das hiesige Gericht die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 27. April 2017 aufgrund einer Verletzung des rechtlichen Gehörs der Beschwerdeführerin auf (Urk. 7/98). Die im Urteil monierten fehlenden relevanten Gesetzesbestimmungen sind in der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 7. Februar 2019 (Urk. 2) nach wie vor nicht aufgeführt. Auf eine erneute Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin wird jedoch aus prozessökonomischen Gründen verzichtet. 4. 4.1

Dr. med. C.____, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, hielt in ihrer während des Erstanmeldeverfahrens zu Händen der Krankentaggeldversicherung der Beschwerdeführerin erstellten medizinischen Beurteilung vom 25. September 2013 (Urk. 7/33/4-14) folgende Diagnosen auf orthopädischem Fachgebiet fest (S. 7-8): - deutlich gebesserte Funktionen der rechten Schulter nach der Diagnose einer Kapsulitis

adhaesiva. Status nach Arthroskopie am 5. Dezember 2012 mit zirkumferentieller

Kapsulotomie. Noch verminderte Belastbarkeit der rechten oberen Extremität bei schmerzhaften Funktionseinschränkungen und verminderter grober Kraft. Feinmotorik ohne Einschränkungen. - Rechtshändigkeit - Fehlstatik der Wirbelsäule, Haltungsinsuffizienz - kein nervenwurzelbezogenes neurologisches Defizit - schlanker Habitus

Dazu führte sie aus, die orthopädische Krankengeschichte der Beschwerdeführerin sei bis Dezember 2011 weitgehend unauffällig. Es hätten sich dann Beschwerden der rechten Schulter angebahnt mit überwiegend nächtlichen Schmerzen. Nach Monaten sei eine Abklärung mit der Diagnose einer Kapsulitis erfolgt. Die Diagnose der retraktilen

Kapsulitis finde in einer aktuellen MRI-Untersuchung vom 23. August 2012 ihr Korrelat. Ansonsten würden sich altersentsprechende Befunde der Wirbelsäule wie auch der grossen/kleinen Gelenke der oberen/unteren Extremitäten zeigen. Im Dezember 2012 sei eine Operation erfolgt. Seither seien die Funktionen gebessert und auch die Schmerzen rückläufig. Physiotherapie werde regelmässig fortgeführt. Aktuell habe die Beschwerdeführerin eine Verordnung für Ergotherapie erhalten und sei angemeldet worden. In wenigen

Wochen werde der Übergang in medizinische Trainingstherapie möglich sein. Die Diagnose der rechten Schulter begründe ausschliesslich qualitative Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit aber keine quantitativen. Die bisherige Tätigkeit als Reinigungskraft in einer Grossküche werde sie auf Dauer nicht mehr verrichten können. Bezogen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt ergebe sich ab sofort eine Arbeitsfähigkeit zu 100 % für körperlich leichte Tätigkeiten, die keine grobmotorische Beanspruchung des rechten Armes erfordern würden und auch keine Tätigkeiten über Kopf. Zu denken sei an leichte Montagearbeiten, Tätigkeiten in der visuellen Kontrolle oder Maschinenbedienung (S. 8-9). 4. 2

Dr. A.____ vom RAD führte nach seiner nach der Neuanmeldung erfolgten orthopädisch-rheumatologischen Untersuchung vom 19. Mai 2015 (Bericht vom 1. Juni 2015, Urk. 7/47) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf (S. 6): - schmerzhafte Bewegungs- und Belastungseinschränkung der Schultergelenke mit/bei - akuter Frozen

Shoulder links und Rest-Status nach Frozen

Shoulder rechts 2012 - Bewegungs- und Belastungseinschränkung der rechten Hand mit/bei - Reststatus nach Fraktur und Pseudoarthrose Handgelenk rechts 1994, Revision und Dekompression des Nervus

medianus 2004 sowie Diskusresektion und Synovektomie rechtes Handgelenk 2006

Dazu hielt er fest, bei der Beschwerdeführerin sei ein somatischer Gesundheitsschaden ausgewiesen, der die Arbeitsfähigkeit seit September 2014 beeinträchtige. In ihrer bisherigen Tätigkeit als Mitarbeiterin in der Gastronomie bestehe seit dann eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Aufgrund der weiterhin bestehenden medizinischen Behandlungsnotwendigkeit sei derzeit auch in einer angepassten Tätigkeit von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Erfahrungsgemäss dauere der erheblich funktionsbeeinträchtigende Verlauf einer Schultersteife zirka ein Jahr. Deshalb sei der weitere Verlauf noch abzuwarten. Im Herbst 2015 sollte eine Abschlussbeurteilung zur Arbeitsfähigkeit in angestammter und angepasster Tätigkeit möglich sein (S. 6). 4. 3

Dr. med. D.____, FMH orthopädische Chirurgie und Traumatologie, stellte in seinem Bericht vom 29. August 2016 (Urk. 7/95/29-30) folgende Diagnosen (S. 1): - Status nach arthroskopischer

Bizepsstenotomie und zirkumferenzieller

Kapsulotomie sowie subacromialer Dekompression und Mobilisation in Narbense, Schulter links vom 30. August 2015 bei - klinisch retraktile

Kapsulitis Schulter links im entzündlichen Stadium mit bereits deutlich eingeschränkter Beweglichkeit - akute Myogelosen paravertebral- zervikal und Musculus

Trapezius rechts - Status nach arthroskopischer, zirkumferenzieller

Kapsulotomie mit Bizeps longustendotomie und subacromialer Dekompression Schulter rechts vom 5. Dezember 2012 bei - Frozen

Shoulder rechts im narbigen Stadium mit - assoziierten Myogelosen im Bereich des Musculus

Seratus

anterior und Latissimus

dorsi sowie Musculus

Subscapularis rechts mit

ausgeprägtem myofaszialem Schmerzsyndrom und eingeschränkter glenohumeraler IR

Dazu führte er aus, bezüglich des Verdachts auf ein Carpal-Tunnelsyndrom links sei die Beschwerdeführerin zur neurologischen Untersuchung gewesen. Es habe sich neurologisch keine Kompression des Nervus

medianus gezeigt. Sie klagt immer noch über residuelle

periscapuläre Schmerzen bei Bewegungen der linken und rechten Schulter. Insgesamt sei der Bewegungsumfang der Schultern so, dass sie die Bewegungen zur Körperhygiene gut ausführen könne. Die Beweglichkeit über Scapulaebene bleibe links noch eingeschränkt. Es sei weiterhin eine Physiotherapie empfehlenswert für die folgenden drei Monate mit intensiver Lockerung der parascapulären Muskulatur. Es beständen insbesondere auch Myogelosen paravertebral zervikal und thorakal. Diese sollten gelockert werden. Eine Verlaufskontrolle sei Ende November vorgesehen. 4. 4

Dr. med. E.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und Dr. med. F.____, FMH
Physikalische Medizin und Rehabilitation, von der B.____,

führten in ihrem Gutachten vom 7. Oktober und 3. November 2016 (Urk. 7/68 und
Urk. 7/70) folgende rheumatologisch-orthopädische Diagnosen mit Auswirkung auf die
Arbeitsfähigkeit auf (Urk. 7/70/12): - Bewegungs- und belastungsabhängige
Schulterrestschmerzen links bei/mit - Statistisch

arthroskopischer

Bizepsstenotomie und zirkumferentieller

Kapsulotomie, subacromialer Dekompression und Mobilisation in Narkose Schulter links
am 13. Oktober 2015 bei - klinisch retraktile

Kapsulitis Schulter links mit eingeschränkter Beweglichkeit - Bewegungs- und
belastungsabhängige Schulterrestschmerzen rechts bei - Statistisch

arthroskopischer

zirkumferentieller

Kapsulotomie mit Bizepslongus-Tenodese und subacromialer Dekompression Schulter
rechts vom 5. Dezember 2012 bei - Frozen

Shoulder rechts im narbigen Stadium mit - assoziierten Tonuserhöhungen im Musculus

Trapezius

descendens, Musculi Rhomboidei

Zudem hielten sie folgende rheumatologisch-orthopädische und psychiatrische Diagnosen
ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest (Urk. 7/70/12-13): - neurologisch klinisch
leiser Verdacht auf sensibles Carpal-Tunnelsyndrom (CTS) links - mit unauffälligen
elektrophysiologischen Untersuchungsergebnissen - ohne Hinweise für eine zervikale
Radikulopathie - klinisch aktuell nicht aktiv (Phalen-Test negativ) - Anpassungsstörung mit

Sorgen, Anspannungen, Stimmungseinbrüchen und Zukunftsängsten - s chädlicher Niko
tingebrauch

Weiter stellten sie folgende rheumatologisch-orthopädische Nebendiagnosen aus den Akten
(Urk. 7/70/12): - Status nach Exzision Hamulus -Fragment rechts nach Fraktur und Pseudo
arthrose 1994 mit - Status nach Revision und Dekompression Nervus

medianus 2004 - Diskusresektion und partielle Synovektomie rechts Handgelenk 2006

Dazu führten sie aus, das arbeitsbezogene relevante Problem besteh e in einer
schmerzbedingt verminderten Belastungstoleranz der Schultern und der rechten Hand. Dies
zeig e sich vor allem beim Hantieren von Lasten, Arbeiten über Schul terhöhe und der
Handkraft (rechts). Die Leistungsbereitschaft der Beschwerde führerin sei nicht zuverlässig.
Die Konsistenz bei den Tests sei

schlecht gewesen und d ie Beobachtungen würden auf eine deutliche Selbstlimitierung
hinweisen . Die d emonstrierte Belastbarkeit liege allgemein im Bereich einer leichten
Arbeit. Infolge erheblicher Symptomausweitung, Selbst l imitierung und Inkonsistenz seien
die Resultate der Belastbarkeitstests für die Beurteilung nicht verwertbar. Es sei davon
auszuge h en, dass sie bei gutem Effort mehr leisten könnte, als was sie bei den
Leistungstests gezeigt habe . Aufgrund ihres ausgeprägten Schmerz- und Schonverhaltens
während der Testungen könn t en die Ergebnisse der Evaluation der funktionellen
Leistungsfähigkeit (EFL) zur Beurteilung nicht abschliessend verwendet werden. Die
Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erfolg e daher aus medi zinisch-theoretischer Sicht (Urk.
7/70/1 3).

Im Vergleich zur Befundung im Gutachten vom 2 5. September 2013 von Dr. C.____ finde
sich in Bezug auf die linke Schulter klar ein verschlechterter Zustand. In Bezug auf die
rechte Schulter sei rein von der klinischen Befundung her eine Bewegungsverbesserung
eingetreten. Mit dem vor über 20 Jahren operierten Handgelenk habe sie jahrelang arbeiten
können. Weshalb dadurch bedingt - bei unverändertem Zustand - nun eine
Arbeitsfähigkeitseinschränkung hätte eintreten sollen, sei medizinisch plausibel nicht
nachvollziehbar (Urk. 7/70/11).

Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit im Personalrestaurant habe sie in einem ungefähr 70

% - Pensum durchgeführt. Ihre drei wesentlichen Aufgabenbereiche seien Tätigkeiten im
Office, in der Küche und an der Kasse gewesen . Die ausführliche Arbeitsanamnese habe
ergeben , dass die zu behändigenden Gewichte maximal 5-10 kg betragen hätten. Sie habe
dabei die Arme häu f ig einsetzen müssen , jedoch kaum je über Bauch- oder Brusthöhe.
Bleche, die sie (theoretisch) in einen Ofen auf oder etwas über Schulterhöhe hätte
einschieben müssen, seien von den Mit arbeitern gehoben worden, da die
Beschwerdeführerin sie jeweils um Unter stützung angegangen sei . Schneidetätigkeiten
habe sie mit ihr früher organisier ten ergonomischen Messern

durchführen können , die ein beschwerdeangepasstes Arbeiten mit der rechten Hand erlaubt
hätten . Insgesamt habe die Erfragung der Arbeitsanforderung keine Hinweise für eine
erhöhte Anforderung von schulter belastenden Tätigkeiten über Brust- oder Schulterhöhe
und schon gar keine Ü ber kopftätigkeiten ergeben . Die aktuelle Anamnese, die aktuell
rheumatologisch-orthopädisch klinisch gute Schulterbeweglichkeit beidseits (bei etwas
inkonsisten ten aktiven und passiven Beweglichkeitsbefunden) und die beschriebe nen
radiologischen Befunde würden in keiner Weise erklären , weshalb sie die bisherige

Tätigkeit aus funktioneller Sicht nicht mehr durchführen können sollte. Anderweitige, funktionsbehindernde Bewegungsapparatsbeschwerden (ausser die der rechten Hand, die ja mit entsprechenden ergonomischen Arbeitshilfen bereits früher erfolgreich versorgt worden seien gemäss Anamnese), lägen nicht vor. Die Beschwerdeführerin habe aus rheumatologisch-orthopädischer Sicht ein ausgeprägtes Schmerzverhalten gezeigt, das als dysfunktionales Schmerzverhalten zu interpretieren sei (Urk. 7/70/14).

Die Beschwerdeführerin sei in ihrer angestammten Tätigkeit zumindest im bisherigen Arbeitspensum von 70 % als vollumfänglich arbeitsfähig zu erachten aus rein rheumatologisch-orthopädischer Sicht. Hätte sie diese Tätigkeit in einem Umfang von 100 % durchgeführt, hätte diese Arbeit unter Einbezug der beklagten mittelmässig bis etwas im oberen Schmerzbereich liegenden Beschwerden mit vermehrten Pausen von 2 Stunden über einen 8-Stunden-Tag verteilt (zusätzlich zu einer Pause pro Halbtage am Morgen und Nachmittag und einer Mittagspause von mindestens 30 Minuten) ebenfalls durchgeführt werden können. Die Pausen hätten sich zur Reduktion von sich über die Dauer einer ununterbrochenen Arbeitstätigkeit kumulierenden Schmerzreizen begründet. Aus psychiatrischer Sicht bestehe keine Arbeitsunfähigkeit und habe auch nie über längere Zeit eine solche bestanden. Aus interdisziplinärer Sicht bestehe damit eine volle Arbeitsfähigkeit für das bisherige 70 % -Pensum und eine 75%ige Arbeitsfähigkeit für ein (theoretisches) 100%-Pensum. Auch für eine anderweitige, leichte bis knapp mittelschwere Tätigkeit, ohne hochrepetitive Aussen- und Innenrotationsbewegungen in den Schultergelenken, ohne Arbeitstätigkeiten auf Schulterhöhe oder über Schulterhöhe sei die Beschwerdeführerin mit vermehrten Pausen von 2

Stunden über einen 8-Stunden-Tag verteilt (zusätzlich zu einer Pause pro Halbtage am Morgen und Nachmittag und einer Mittagspause von mindestens 30

Minuten) als arbeitsfähig zu erachten (Urk. 7/70/14). 4.5

Dr. D.____ hielt in seinem Bericht vom 28. November 2016 (Urk. 7/109/16-17) fest, die Schulterbeweglichkeit sei beidseits so gut, dass eigentlich sämtliche Alltagsaktivitäten gut ausgeführt werden könnten. Die von der Beschwerdeführerin angebrachten Beschwerden seien vor allem Myogelosen im Bereich der Pectoralmuskulatur und periscapulär rechts stärker betont als links. Diese Myogelosen könnten sich teilweise auch durch Dysästhesien mit Ausstrahlung bis in beide Hände manifestieren. Grundsätzlich könne dieses Problem aber gut kontrolliert werden durch eine regelmässige Physiotherapie. Er empfehle keine weiteren chirurgischen Massnahmen. Beidseits bestehe kein neurologischer Hinweis auf ein relevantes Carpaltunnelsyndrom. Die Physiotherapie sei langfristig fortzusetzen zum Erhalt der derzeitigen Schulterbeweglichkeit. Ansonsten könne die Behandlung bei ihm abgeschlossen werden. 4.6

Dr. med. G.____, Chirurgie FMH, führte in seinem Bericht vom 11. September 2017 (Urk. 7/109/22-23) aus, die Beschwerdeführerin habe nach einer Operation eines lateralen Unguis incarnatus an der Grosszehe rechts vor ungefähr 20 Jahren schmerzhafte Residuen mit störender Restnagelbildung. Die Indikation für eine nochmalige operative Revision sei gegeben. Daneben habe sie seit über einem Jahr parapatelläre mediale und laterale Knieschmerzen beim Gehen und akzentuiert beim Treppaufsteigen. Es handle sich dabei um ein femoropatelläres Schmerzsyndrom bei nachgewiesener Chondropathia

patellae , wobei keine relevante Knieinnenläsion vorliege. Diesbezüglich müsse im Moment sicher primär weiter konservativ vorgegangen werden. Er habe ihr eine Kur mit Condrosulf für ein halbes Jahr verschrieben. Sollten die Beschwerden mittel- oder längerfristig persistieren oder exacerbieren , werde eine neue Standortbestimmung mittels eines aktuellen MRIs empfohlen. Grundsätzlich sei die Prognose jedoch wohl gut. 4. 7

Der behandelnde Hausarzt Dr. med. H.____ , FMH Allgemeinmedizin, hielt in seinem Bericht zu Händen der Beschwerdeführerin vom 15. Mai 2017 (Urk. 7/95/27-28) fest, sie habe multiple Probleme des Bewegungsapparates. Er kenne sie seit dem Jahre 1997. Im Vordergrund stünden die Schulterprobleme beidseits, rechts mehr als links. Sie berichte, dass sie den Haushalt kaum mehr bewältigen könne. Die Schmerzen seien belastungsabhängig. Schwerere Arbeiten im Haushalt (beispielsweise Wäsche, schwere Pfannen, Staubsaugen) könne sie nicht mehr machen. Sie könne ein Brot oder ein anderes leichtes Lebensmittel einkaufen und nach Hause bringen. Alle schwereren Einkäufe und Verrichtungen im Haushalt würden durch den Ehemann und Sohn ausgeführt. An eine Arbeits tätigkeit lasse sich gar nicht denken. Durch die beidseitige Schulterproblematik bestehe auf absehbare Zeit keine verwertbare Arbeitsfähigkeit. Chirurgisch seien die Möglichkeiten der Behandlung ausgeschöpft. 4.

E. 3

0. April 2013 in einem 60 - 80 % -Pensum als Aushilfe Restaurant/Kantine bei der Y.____ sowie von 2005 bis Juni 2012 in einem 10 % Pensum als Büroreinigungskraft bei der Z.____ tätig. Am 5. November 2012 meldete sie sich unter Hinweis auf eine retraktile

Kapsulitis an der rechten Schulter bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/7 und Urk. 7/20). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV Stelle, tätigte medizinische und erwerbliche Abklärungen und wies das Rentenbegehren nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 7/39) mit Verfügung vom 3. September 2014 (Urk. 7/40) ab.

Am 9. April 2015 meldete sich die Versicherte unter Hinweis auf eine retraktile

Kapsulitis an der rechten und linken Schulter erneut bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug an (Urk. 7/42). Die IV-Stelle tätigte wiederum medizinische Abklärungen und liess die Versicherte durch Dr. med. A.____ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie FMH des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) , orthopädisch-rheumatologisch untersuchen (Bericht vom 1. Juni 2015; Urk. 7/47) und bei der B.____

bidisziplinär (rheumatologisch -psychiatrisch) begutachten (Expertise vom 7. Oktober und 3. November 2016; Urk. 7/68 und Urk. 7/70). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 7/74) sprach sie der Versicherten mit Verfügung vom 27. April 2017 (Urk. 7/88) eine vom 1. Oktober 2015 bis 31. Dezember 2016 befristete ganze Rente der Invalidenversicherung zu.

E. 6

) beantragte die IV-Stelle, die Beschwerde sei abzuweisen, was der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 15. April 2019 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk.

E. 6.1

Zusammenfassend ist ausgewiesen, dass die Beschwerdeführerin aufgrund ihrer Schulterbeschwerden ab September 2014 in jeglicher Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig war (vgl. dazu auch E. 4.2 hievore) und sich ihr Gesundheitszustand in der Folge wieder verbessert hat. Eine anschliessend erneut aufgetretene invalidenversicherungsrechtlich relevante Verschlechterung bis im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung ist hingegen nicht ersichtlich. Es ist somit spätestens seit der Begutachtung im September 2016 von einer 70%igen Arbeitsfähigkeit in der angestammten und im 70 % -Pensum ausgeübten Tätigkeit und damit ab dann von einem Invaliditätsgrad von höchstens 30 % auszugehen. Wie bereits dargelegt, kann folglich

offen bleiben, ob die Beschwerdeführerin in ihrer 10%igen Nebenberufstätigkeit arbeitsfähig ist, ebenso, ob sie bei guter Gesundheit zu 80 oder zu 100 % erwerbstätig wäre. Denn so oder anders ergibt sich höchstens eine 30%ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit und demnach ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 30 % . Auch auf die Ausführungen der Beschwerdeführerin in Bezug auf die Vergleichseinkommen in einer angepassten Tätigkeit (Urk. 1 S. 8-10) ist deshalb nicht weiter einzugehen.

Die Zusprache einer befristeten ganzen Rente von Oktober 2015 (6 Monate nach der Neuanmeldung, Art. 28 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG) bis Dezember 2016 (Zeitpunkt Verbesserung plus 3 Monate, Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV) erweist sich nach dem Gesagten als rechts.

E. 6.2

Zu beachten ist allerdings Folgendes: Das Bundesgericht geht in ständiger Rechtsprechung vom Regelfall aus, dass eine medizinisch attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit grundsätzlich auf dem Weg der Selbsteingliederung verwertbar ist. Praktisch bedeutet dies, dass aus einer medizinisch attestierten Verbesserung der Arbeitsfähigkeit unmittelbar auf eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit geschlossen und damit ein entsprechender Einkommensvergleich (mit dem Ergebnis eines tieferen Invaliditätsgrades) vorgenommen werden kann. In ganz besonderen Ausnahmefällen hat die Rechtsprechung dennoch nach langjährigem Rentenbezug trotz medizinisch (wieder) ausgewiesener Leistungsfähigkeit vorderhand weiterhin eine Rente zugesprochen, bis mit Hilfe von medizinisch-rehabilitativen und/oder beruflich-erwerblichen Massnahmen das theoretische Leistungspotential ausgeschöpft werden kann. Es können im Einzelfall Erfordernisse des Arbeitsmarktes der Anrechnung einer medizinisch vorhandenen Leistungsfähigkeit und medizinisch möglichen Leistungsentfaltung entgegenstehen, wenn aus den Akten einwandfrei hervorgeht, dass

die Verwertung eines bestimmten Leistungspotentials ohne vorgängige Durchführung befähigender Massnahmen allein vermittle Eigenanstrengung der versicherten Person nicht möglich ist (Urteil des Bundesgerichts 9C_163/2009 vom 10. September 2010 E. 4.2.2).

Diese Rechtsprechung hat das Bundesgericht im Urteil 9C_228/2010 vom 26. April 2011 dahingehend präzisiert, dass die Revisions- oder Wiedererwägungsweise Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente bei versicherten Personen, die das 55. Altersjahr zurückgelegt oder die Rente seit mehr als 15 Jahren bezogen haben (zur Frage des massgebenden Zeitpunkts BGE 141 V 5 E. 4.2.1; zur Eingliederung in Grenzfällen E. 4.2.2), nur zulässig ist, wenn die Verwaltung zuvor die Notwendigkeit von

Eingliederungsmassnahmen geprüft hat (E. 3.3). Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass diese Personen aufgrund ihres fortgeschrittenen Alters oder der langen Renten dauer und der daraus folgenden langjährigen Arbeitsabstinenz in der Regel nicht selber in der Lage sind, sich dem Arbeitsmarkt zu stellen und sich dort selbständig wieder einzugliedern. Die Übernahme der beiden Abgrenzungskriterien bedeutet jedoch nicht, dass die Betroffenen einen Besitzstandsanspruch geltend machen können. Es wird ihnen lediglich, aber immerhin zu gestanden, dass die Selbsteingliederung nicht mehr zumutbar ist (vgl. vorerwähntes Urteil 9C_228/2010 E. 3.5).

Die Rechtsprechung, wonach es bei der wiedererwägungs- oder revisionsweisen Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente bei zurückgelegtem 55. Altersjahr oder mehr als 15 Jahre dauerndem Rentenbezug grundsätzlich Eingliederungsmassnahmen durchzuführen gilt, findet auch dann Anwendung, wenn - wie vorliegend - zeitgleich mit der Rentenzusprache über deren Befristung und/oder Abstufung befunden wird (vgl. zur Publikation vorgesehene Urteil des Bundesgerichts 8C_494/2018 vom 6. Juni 2019 E. 5).

E. 6.3

.3

Vor diesem Hintergrund ist die Beschwerdeführerin dem ihr obliegenden Eingliederungsauftrag bislang nicht nachgekommen. Dar aus ergibt sich, dass die Renteneinstellung so lange nicht gerechtfertigt ist, als die Wiedereingliederung nicht aktiv gefördert wurde oder die Beschwerdeführerin in sich nach durchgeführtem Mahn- und Bedenkzeitverfahren geweigert hat, an den angedachten Eingliederungsmassnahmen teilzunehmen. Angesichts der mangelnden Fähigkeit zur Selbsteingliederung ist dabei weiterhin von der bisherigen Erwerbsunfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt auszugehen.

E. 6.4

Dies führt im Ergebnis zur Gutheissung der Beschwerde mit der Feststellung, dass die Beschwerdeführerin in

auch nach dem 31. Dezember 2016 einstweilen weiterhin Anspruch auf die bisherige ganze Rente hat. 7.

7.1

Die Kosten des Verfahrens gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 1'000.-- festzusetzen und entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. 7.2

Der Beschwerdeführerin steht eine Prozessentschädigung zu, welche vom Gericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses, dem Zeitaufwand und den Barauslagen festgesetzt wird (§ 34 Abs. 1 und 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Entsprechend ist ihr eine Prozessentschädigung von Fr. 2'200.-- (inkl.

Barauslagen und MWSt) auszurichten. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 7. Februar 2019 mit der Feststellung aufgehoben, dass die Beschwerdeführerin ab 1. Oktober 2015 und einstweilen weiterhin Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessent-schädigung von Fr. 2'200.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Tania Teixeira - 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 Bundes ge 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, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthal ten; 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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin GräubLanzicher

E. 8

Dr. A.____ vom RAD führte in seiner Stellungnahme vom 18. Juli 2018 (Urk. 7/115/4) unter anderem aus , seit November 2016 habe sich keine dauerhafte und für die Arbeitsfähigkeit relevante Verschlechterung des Gesundheits zustan des ereignet. Die Chondrophia

patellae habe eine gute Prognose und es sei dies bezüglich eher von einem kurativmedizinisch als einem dauerhaften invaliden versicherungsrechtlich relevanten Gesundheitsschaden auszugehen. 5. 5.1

Das bi disziplinäre Gutachten des B.____

vom 7. Oktober und 3. November 2016 (E. 4.4 hievor) beruht auf den erforderlichen rheumatologisch-orthopädisch und psy chiatrischen Unter suchungen, ist für die streitigen Belange umfassend und wurde in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den fallrelevanten Vorakten erstellt. Die Gutach ter legten die medizinischen Zusammenhänge einleuchtend dar, beurteilten die medizinische Situation überzeugend und setzten sich mit den geklagten Beschwerden und dem Verhalten der Beschwerdeführerin auseinander.

Sie zeig ten auf, dass

die Anpassungsstörung nicht zu einer Einschränkung der Arbeits fähigkeit führ t und die Beschwerdeführerin sich auch subjektiv nicht wegen der psychischen Beschwerden, sondern wegen der Schmerzen und der verminderten Kraft i n den Armen arbeitsunfähig fühlt . Die Gutachter hielten fest, dass sich der Zustand der linken Schulter verschlechtert, derjenige der rechten Schulter hinge gen verbessert ha t und legten dar, dass die

Beschwerdeführerin bei der EFL zahl reiche Inkonsistenzen, verdeutlichend wirkende Bewegungsausführungen und eine deutliche Selbstlimitierung gezeigt hat, weshalb sie die Arbeitsfähigkeit aus medizinisch-theoretischer Sicht beurteilen mussten. Dabei gelangten sie zum aus führlich begründeten Schluss, dass die Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit bezogen auf ein 70 % -Pensum voll und bezogen auf ein 100 % Pensum zu 75 % arbeitsfähig ist und dass in einer angepassten leicht bis knapp mittelschweren Tätigkeit ohne hochrepetitive Aussen- und Innenrotationsbewegungen in den Schultergelenken, ohne Arbeitstätigkeiten auf oder über Schulterhöhe, eine Arbeitsunfähigkeit von 25 % besteht. Das Gutachten entspricht damit den rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage (vgl. E. 1.5 hievor). 5.2

Soweit die Beschwerdeführerin dagegen einwandte (Urk. 1 S. 6-7), es erscheine widersprüchlich, dass lediglich bei den Belastbarkeitstests, nicht aber anlässlich der psychiatrischen Beurteilung ein inkonsistentes Verhalten ersichtlich gewesen sei, kann daraus nichts zu ihren Gunsten abgeleitet werden. So kann es durchaus sein, dass sie gegenüber Dr. E.____ keine Verdeutlichungstendenzen zeigte, fühlt sie sich doch auch nicht psychisch krank, sondern wegen der Schmerzen und der verminderten Kraft in den Armen arbeitsunfähig. Dass die behandelnden Ärzte kein inkonsistentes Verhalten beschrieben, sagt diesbezüglich ebenfalls nichts aus, ist doch nicht davon auszugehen, dass diese mit ihr Belastungstests durchführten. Ebenso wenig ist von Belang, dass die begutachtende Dr. C.____ keine Selbstlimitierung festhielt und von einer vollen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit ausging, denn diese untersuchte die Beschwerdeführerin über drei Jahre vor der Begutachtung durch die B.____. S either hat sich die Beschwerdeproblematik sowohl in der linken als auch in der rechten Schulter verändert. Im Übrigen wies die Beschwerdeführerin anlässlich der

EFL

eine Belastbarkeit für leichte Tätigkeiten auf - wovon sie selber ebenfalls ausgeht (Urk. 1 S. 7). Einer solchen entspricht aber ihre angestammte Tätigkeit als Betriebsmitarbeiterin (Abwasch, Kalte Küche, Schöpfen, Kasse), bei welcher sie lediglich manchmal Lasten von 0-10

kg zu Heben oder Tragen hatte und diese stets mit einem kleinen Wagen transportieren konnte. Ein Heben oder Tragen von schwereren Lasten war nie erforderlich (Urk. 7/20/5). So ist denn auch ohne weiteres nachvollziehbar, dass die Gutachter sie in ihrer angestammten Tätigkeit im 70 % -Pensum als voll arbeitsfähig erachteten.

Zwar wandte die Beschwerdeführerin zu Recht ein (Urk. 1 S. 6), dass die Gutachter ihre Nebenerwerbstätigkeit als Büroreinigungskraft bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit nicht berücksichtigt hatten. Mit Blick auf das Zumutbarkeitsprofil dürfte für sie die Ausübung dieser Tätigkeit tatsächlich nicht mehr möglich sein. Nachdem eine allfällige 10%ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit jedoch nichts am Vorliegen

eines rentenausschliessenden Invaliditätsgrades (vgl. dazu E. 5.3 hernach) ändert, kann dies letztlich offenbleiben. Entsprechend vermag das Nichtberücksichtigen der Nebenerwerbstätigkeit die Beweiskraft des Gutachtens auch nicht in Frage zu stellen.

Weiter kritisierte die Beschwerdeführerin, ihre Kniebeschwerden seien von den Gutachtern nicht berücksichtigt worden (Urk. 1 S. 8). Gemäss Dr. G.____

waren die von ihr beklagten Kniebeschwerden bereits im Zeitpunkt der Begutachtung vorhanden (E. 4.6 hievor), eine diesbezügliche Verschlechterung bis im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung ist seinem Bericht nicht zu entnehmen. Dr. F.____

hatte die Knie der Beschwerdeführerin untersucht und eine freie Beweglichkeit beidseits, eine Druckdolenz und bei einem unauffälligen linken Knie beim rechten Knie kein klar positives Meniskuszeichen fest gehalten (Urk. 7/70/9). Als die Arbeitsfähigkeit beeinflussend hatte sie diese Beschwerden jedoch offenbar nicht erachtet. Auch von Dr. G.____ wurde keine Arbeits unfähigkeit bescheinigt, vielmehr verneinte er das Vorliegen einer relevanten Knie binnenläsion , erachtete die Prognose als gut und empfahl weiterhin ein konser vatives Vorgehen. Nachvollziehbar stufte RAD-Arzt Dr. A.____ die diesbe züglichen Beschwerden daraufhin nicht als dauerhaften invalidenver sicherungs rechtlich relevanten Gesundheitsschaden ein (E. 4.8 hievor). Auch in Bezug auf die Kniebeschwerden ist demnach von einer vollen Beweiskraft des Gutachtens auszugehen.

Die beidseitigen Handgelenksbeschwerden (vgl. dazu Urk. 1 S. 8) wurden von den Gutachtern berücksichtigt , aber als ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ange sehen. Dass sich diesbezüglich bis zum Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Verschlechterung ergeben hätte, ist nicht ersichtlich. So hat denn Dr. D.____

auch seine Behandlung der Beschwerdeführerin abgeschlossen und für das weitere Vorgehen einzig eine Physiotherapie empfohlen (E. 4.5 hievor).

Soweit schliesslich Dr. H.____ ausführte, die Beschwerdeführerin sei in jeglicher Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig (E. 4.7 hievor), ist dazu festzuhalten, dass dies von ihm nicht schlüssig begründet wurde. Ebenso wenig ist

aus seinem Bericht ersichtlich, dass ihm die Vorakten bekannt waren. Jedenfalls setzte er sich mit diesen und insbesondere mit dem Gutachten der B.____ und den darin aufgeführten Diagnosen und Arbeits fähigkeitseinschätzungen nicht auseinander. Auch s ein Bericht vermag an der Beweiskraft des Gutachtens demnach nichts zu ändern .

Von weiteren medizini schen Abklärungen - insbesondere dem von der Beschwerdeführerin beantragten polydisziplinären Gutachten (Urk. 1 S. 2) - sind keine zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf in antizipierter Beweiswürdigung (vgl. BGE 122 V 157 E. 1d mit Hinweisen) zu verzichten ist.

Auf die Ausführungen der Beschwerdeführerin in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit (Urk. 1 S. 7-8) ist aufgrund der in einem renten ausschliessenden Ausmass bestehenden Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit

nicht weiter einzugehen. 6.

E. 11

).