

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00217 vom 29. März 2021**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-03-29, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2020.00217](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00217)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00217 du 29 mars 2021

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00217 del 29 marzo 2021

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 1.2**

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

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

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

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind.

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

### **E. 1.3**

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanmeldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV]) so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 ATSG eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist (BGE 117 V 198 E. 3a mit Hinweis).

Anlass zur Rentenrevision gemäss Art. 17 ATSG gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zuspriechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar (BGE 141 V 9

E. 2.3, 134 V 131 E. 3). 1. 4

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte kommt nach der Rechtsprechung Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 134 V 231 E. 5.1 mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3b/ ee ). Trotz dieser grundsätzlichen Beweiseignung kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger veranlassten Gutachten unabhängiger Sachverständiger.

Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1; 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7). 2. 2 .1

Die Beschwerdegegerin führte in der rentenabweisenden Verfügung vom 2 . März 2020 (Urk. 2) aus, gemäss der Beurteilung des RAD habe sich der körperliche Gesundheitszustand zu den Vorakten nicht wesentlich verändert respektive verschlechtert. Auch psychiatrisch könne keine Verschlechterung nachvollzogen werden ( S. 1 unten).

## **E. 2**

März 2020 und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihr eine halbe IV-Rente zuzusprechen sowie es sei unter Feststellung, sie habe Anrecht auf eine halbe IV-Rente, der Fall zwecks weiterer Abklärungen zurückzuweisen (S. 1). Daneben reichte sie diverse Berichte ihrer Behandler ein (Urk. 3/1-10).

Am 9 . April 2020 (Urk.

## **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin stellte sich in ihrer Beschwerde vom 31. März 2020 (Urk. 1) hingegen auf den Standpunkt, die Berichte der behandelnden Ärzte bestätigten, dass es bei ihr zu erheblichen Verschlechterungen gekommen sei. Die Berichte der RAD-Ärzte könnten nicht ohne Weiteres akzeptiert werden. Es bestünden grosse Zweifel, dass sie den Fall nicht rechtsgenügend abgeklärt hätten und sogar mit Diagnosen manipuliert hätten, um einen negativen Entscheid zu bewirken. Sie leide an zahlreichen somatischen und psychischen Beschwerden, wie von den behandelnden Ärzten festgestellt worden sei. Es sei deutlich, dass die Beschwerdegegerin den rechtserheblichen Sachverhalt nicht rechtsgenügend und korrekt habe abklären wollen (S. 2- 5 ).

## **E. 2.3**

Umstritten und zu prüfen ist, ob der

Beschwerdeführerin nach der Neuanmeldung vom 15. August 2019 (Urk. 13/187) eine Rente der Invalidenversicherung zusteht.

Dabei im Vordergrund steht die Frage, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin gegenüber dem 7. März 2017 insofern wesentlich verändert hat, als der veränderte Gesundheitszustand geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen respektive überhaupt einen Rentenanspruch zu begründen. Zu prüfen ist dabei insbesondere, ob der Sachverhalt genügend abgeklärt

worden ist und somit ein Entscheid über den Rentenanspruch überhaupt ergehen konnte . 3.  
3.1

Die Beschwerdeführerin und - im Rahmen der gerichtlichen Überprüfung der Verfügung vom 7. März 2017 - auch das hiesige Gericht - stützte sich im Wesentlichen auf die auf eigenen Untersuchungen beruhenden Beurteilungen der RAD-Ärzte Dresden .

Z.\_\_\_\_ und A.\_\_\_\_ (vgl. Verfügung vom 7. März 2017, Urk. 13/173; vgl. auch Urteil vom 30 . Oktober

2018

E. 3.2 f., Urk. 13/182 ) .

Nach der Untersuchung der Beschwerdeführerin durch die RAD-Ärzte Dr. Z.\_\_\_\_ und Dr. A.\_\_\_\_ am 6. Dezember 2016 stellte Dr. Z.\_\_\_\_ am keine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest (Urk. 13/158 S. 5). Bei der aktuellen Untersuchung zeige sich keine depressive Symptomatik. Es könne rückwirkend nicht beurteilt werden, ob früher eine solche vorgelegen habe. Eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4) oder eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) könnten nicht diagnostiziert werden, da die entsprechenden ICD-10-Kriterien nicht erfüllt seien (S. 6).

Dr. A.\_\_\_\_ diagnostizierte mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine schmerzhafte Bewegungseinschränkung der linken Schulter bei akutenanamnestisch bestehender, subacromialer

Impingementsymptomatik , aktuell klinisch nur gering imponierend (Differenzialdiagnose: pseudoradikuläre Symptomatik im Rahmen der degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule [HWS] im Segment C5/6), eine klinisch bestehende Cervicobrachialgie mit sensibler und schmerzhafter Wurzelreizsymptomatik C6 links bei MR-tomographisch nachgewiesener Osteochondrose und Bandscheibenprolaps im Segment C5/6 sowie klinisch den Verdacht auf ein Karpaltunnelsyndrom links (Differenzialdiagnose: radikuläre Symptomatik im Zusammenhang mit den degenerativen Veränderungen der HWS im Segment C5/6; Urk.

## **E. 5**

) reichte die Beschwerdeführerin einen weiteren Bericht ihrer Behandler nach (Urk.

### **E. 5.2**

. 3

Was den von der Beschwerdeführerin angeführten (Urk. 1 S. 4 unten ) , undatierten halbseitigen Bericht ihres Arbeitskollegen

(Urk. 13/194/9) über ihren Zustand angeht, enthält dieser keine Hinweise auf weitergehende medizinisch begründete Einschränkungen, als nicht bereits durch die medizinischen Akten bekannt waren . So lässt sich diesem im Wesentlichen entnehmen, dass sich aufgrund der Schmerzen im Rücken, der Schulter und im Nacken «gar nichts verbessert, eher verschlechtert» habe . Aus dem Bericht lassen sich keine neuen Erkenntnisse gewinnen.

#### **E. 5.2.4**

Nach

dem Gesagten bestehen keine Zweifel an der Einschätzung von Dr. A.\_\_\_\_ (E. 4.7). Anhaltspunkte für unberücksichtigte Beeinträchtigungen bestehen nicht. Demnach besteht aus somatischer Sicht kein Anlass für weitergehende Abklärung. Es kann daher auf die Beurteilung von Dr. A.\_\_\_\_

abgestellt werden und es ist somit davon auszugehen, dass betreffend die somatischen Beschwerden bis zum Verfügungserlass am 2. März 2020 keine wesentliche Veränderung vorliegt. 5.3

Was den psychischen Gesundheitszustand angeht, konnte RAD- Ärztin Dr. Z.\_\_\_\_ in ihrer Stellungnahme vom 3. Januar

2020 (E. 4.8) überzeugend darlegen, dass auch aus psychiatrischer Sicht seit der letzten rentenabweisenden Verfügung keine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustands nachvollziehbar ist.

Für ihre Beurteilung lagen Dr. Z.\_\_\_\_ ein Bericht des K.\_\_\_\_ vom 12. Juni 2018 (E. 4.2), welcher auch den psychischen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin zum Gegenstand hatte, und ein auf Rückfrage der Beschwerdeführerin eingeholtes, einfaches Schreiben des K.\_\_\_\_

vom 10. Mai 2019 (E. 4.4) vor. Bei am 15. August 2019 (Urk. 13/187) erfolgter Neuanmeldung ist der Zustand, wie er sich am 12. Juni 2018 präsentierte, für den vorliegend zu beurteilenden Rentenanspruch

im Grunde nicht von Belang. Dem Schreiben vom 10. Mai 2019 lassen sich jedoch keine relevanten

Informationen zur Beurteilung einer gesundheitlichen Verschlechterung entnehmen, fehlt doch eine eigentliche Befunderhebung. Im Wesentlichen wird darin nur festgestellt, dass in den Jahren 2017 und 2018 eine mittelgradige Depression mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert worden sei, was vorher nicht der Fall gewesen sei, weshalb sich die Verschlechterung des Zustands negativ auf die Arbeitsfähigkeit auswirke (E.

4.4). Dr. Z.\_\_\_\_ hat sich daher für die Beurteilung einer Verschlechterung zu Recht inhaltlich mit dem Bericht vom 12. Juni 2018 auseinandergesetzt. Dabei konnte sie plausibel aufzeigen, dass der darin erhobene Befund zum Teil widersprüchlich war. So wurde einerseits ein formal bewegliches Denken andererseits aber eine deutliche Einschränkung der Kognition mit deutlicher Vergesslichkeit festgehalten. Ein aktives Spontanverhalten einer mitteilungsaktiven Beschwerdeführerin bestand bei deutlich depressiv-resignierter Stimmung. Dr. Z.\_\_\_\_ folgte daher zu Recht, dass eine mittelgradige Symptomatik so nicht nachvollzogen werden kann. Zudem wies sie zutreffend darauf hin, dass die behandelnde Ärztin, was die Einschränkungen angeht, im Wesentlichen somatische Einschränkungen beschrieben hat und im Rahmen der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit lediglich von einer «subjektiven» Arbeitsfähigkeit von 50 % sprach (vgl. E. 4.2 und E. 4.8).

Es springt tatsächlich ins Auge, dass Dr. I.\_\_\_\_ grundsätzlich ein auf die somatischen Leiden zurückzuführendes negatives Leistungsbild zeichnete (Bücken wenig, kein Kauern oder Knien, keine Überkopfarbeiten, keine schweren Arbeiten, eingeschränkte Kopffrotation links – immer mit ganzen Oberkörper drehen) und die Begrenzung der Leistungsfähigkeit

auf 50 % darin sah , dass die Schmerzen – und damit eine somatische Ursache – sich verstärken würden (E. 4.2). Es ist denn auch nicht direkt ersichtlich ,

worin die einzig von ihr beschriebenen möglich psychischen bedingten Einschränkungen (kein Lärm oder grosse Menschen mengen) ihren Ursprung haben sollen, machte sie dazu keine Ausführungen beziehungsweise begründete sie diese nicht. Möglich ist, dass diese Einschränkungen im Zusammenhang mit den an anderer Stelle beschriebenen Konzentrationsstörungen, der erhöhten Ermüdbarkeit und der Reizbarkeit stehen (vgl. Urk. 13/180/12-19 S. 6 Mitte). Die genannten Einschränkungen stehen jedoch im Widerspruch zu der über Jahre hinweg im 50 %-Pensum ausgeführten Tätigkeit als Küchenhilfe bei der Y. \_\_\_ in U. \_\_\_, dürfte es da doch ab und an laut zu - und hergehen und es sich nicht um eine kontaktarme Arbeit handeln (vgl. Urk. 13/194).

Ergänzend ist festzuhalten , dass seit März 2017 keine Intensivierung der medikamentösen und psychotherapeutischen Behandlung ersichtlich ist. Die Beschwerdeführerin nimmt weiterhin Antidepressiva (zuerst: Cymbalta und Trittico , aktuell:

Duloxetin und Trittico ) ein und befindet sich in lockerer psychotherapeutischer Begleitung (vgl. Urk. 13/161/2 und 13/180/12-19 S. 6 oben).

Nach

dem Gesagten lassen sich keine Zweifel an der Einschätzung von Dr. Z. \_\_\_ (E. 4.8) ausmachen. Es ist auf ihre

Beurteilung abzustellen und es ist damit davon auszugehen, dass auch hinsichtlich des psychischen Gesundheitszustandes keine wesentliche Veränderung eingetreten ist . 5 . 4

Zusammenfassend kann auf die Beurteilung en

der RAD-Ärzte Dr. A. \_\_\_ (E. 5.2)

und Dr. Z. \_\_\_ (E. 5.3)

abgestellt werden. Die Vorbringen

der Beschwerdeführer in

und die von ihr im Zuge des vorliegenden Verfahren eingereichten medizinischen Unterlagen vermögen keine Zweifel an der Beurteilung des RAD sowie der Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen durch die Beschwerdeführerin zu erwecken. In Anbetracht der gegebenen Sach- und Rechtslage sind von zusätzlichen medizinischen Abklärungen keine entscheidungswesentlichen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf zu verzichten ist ( antizipierte

Be weiswürdigung; BGE 136

I

229

E.

### **E. 5.3**

). Eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes bis zum Verfügungserlass ist demnach nicht ausgewiesen. Demzufolge ist die Beschwerde abzuweisen . 6.

Was die von der Beschwerdeführerin im vorliegenden Verfahren im Zusammenhang mit dem am 14. März 2020 ereigneten Sturz auf das linke Handgelenk und damit verbundene n Folgebeschwerden respektive - b ehandlungen

eingereichten Berichte (Berichte des V. \_\_\_ und W. \_\_\_ vom 18., 19. und 24. März , 3. April, 15. Mai, 11. Juni und 1. November 2020 sowie von Dr. med. AA. \_\_\_ vom 22. Oktober 2020 und vom K. \_\_\_ vom 31. März 2020 über die psychischen Auswirkungen [ Urk. 3/8, Urk. 6, Urk. 16/ 1-10] ) angeht, betreffen diese einen Sachverhalt, welcher nach dem mit Verfügung s erlass vom 2 . März 2020 festge legten massgeblichen Endzeitpunkt des für die gerichtliche Überprüfung rele vanten Geschehens liegen (BGE 130 V 138 E. 1.2). Diese Berichte sind daher im vorliegenden Verfahren nicht zu berücksichtigen . Allerdings ist eine invaliden versicherungs - rechts relevante zwischenzeitliche Verschlechterung des Gesund heitszustandes aufgrund dieser Berichte – namentlich aufgrund des Berichts von Dr. AA. \_ \_\_ vom 22. Oktober 2020 (Urk. 16/10) - nicht ausgeschlossen. Die Sache ist daher nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils an die Beschwerdegegnerin zu überweisen, damit sie diese als Neuanschuldung entgegen nehme und diese prüfe. Dabei ist anzumerken, dass die Beschwerdeführerin erst mals in ihrer auf den 31. März 2020 datierten Beschwerde (Urk. 1 ; Poststempel vom 1. April 2020 ) auf den Sturz vom 14. März 2020 und die damit einher gehende Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes hinwies (S. 4 Mitte). 7 .

Ausgangsgemäss gehe n die Verfahrenskosten von Fr. 8 00.-- zulasten der unter li egenden Beschwerdeführerin (Art. 69 Abs.

1 bis IVG). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Sache wird nach Eintritt der Rechtskraft an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, überwiesen, damit sie im Sinne von E. 6 verfare. 3 .

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

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 4 .

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X. \_\_\_ - 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, 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 enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind bei zulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons

Zürich Der VorsitzendeDer Gerichtsschreiber GräubMüller

**E. 6**

).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 16. Juni 2020 (Urk. 12) die Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 17. Juni 2020 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 14).

Mit am 9. November 2020

am hiesigen Gericht eingegangener Eingabe (Urk. 15) reichte die Beschwerdeführerin weitere Berichte im Zusammenhang mit dem

Unfall

vom 14. März 2020 ein (Urk. 16/1-

**E. 10**

), welche der IV-Stelle mit Schreiben vom 10. November 2020 (Urk. 17) zur Kenntnis zugestellt wurden. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

**E. 13**

(/167 S. 7) in ihrer ergänzenden Stellungnahme aus, von orthopädischer Seite würden die Berichte der D. \_\_\_ keine wesentlichen, neuen, nicht schon bekannten und berücksichtigten medizinischen Tatsachen enthalten, nur viel leicht eine etwas andere Formulierung. Eine Änderung hinsichtlich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ergebe sich daraus nicht. Auch der Bericht der Psychiaterin Dr. E. \_\_\_ enthalte aus somatisch-orthopädischer Sicht keine medizinischen Befunde/Diagnosen, welche eine Änderung der nach erfolgter interdisziplinärer Untersuchung verfassten RAD-Konsensus-Stellungnahme erforderlich machten. Aus psychiatrischer Sicht könnten die angeblich noch vorhandenen Einschränkungen bei einer remittierten mittelgradigen depressiven Episode nicht nachvollzogen werden. Bei der psychiatrischen RAD-Untersuchung habe keine psychiatrische Symptomatik festgestellt werden können, es könne daher auf die RAD-Stellungnahme vom 8. Dezember 2016 abgestellt werden. 3.2

Das hiesige Gericht erwog hierzu im Urteil vom 30. Oktober 2018 (Urk. 13/182), dass die versicherungsinternen Beurteilungen der Dres. Z. \_\_\_ und A. \_\_\_ beweiskräftig im Sinne der bundesgerichtlichen Rechtsprechung seien. Es schloss daraus, dass die Beschwerdegegnerin somit in ihrer Verfügung vom 7. März 2017 (Urk. 13/173) zu Recht darauf abgestellt und einen Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente verneint habe (E. 3.3).

4. 4.1

Die rentenabweisende Verfügung vom 2.

März 2020 (Urk. 2) nach Neuanschreibung vom 15. August 2019 (Urk. 13/187) beruhte im Wesentlichen auf nachstehenden medizinischen Unterlagen: 4. 2

Dr. med. F. \_\_\_, Facharzt für Chirurgie FMH, Dr. med. G. \_\_\_, Facharzt für orthopädische Chirurgie FMH, Dr. med. H. \_\_\_, Facharzt für Anästhesiologie FMH, Dr. med. I. \_\_\_, Fachärztin für Psychotherapie und Psychiatrie und Dr. phil. J. \_\_\_, Klinischer Psychologe vom K. \_\_\_, stellten in ihrem im Bericht vom 12. Juni

2018 (Urk. 13/ 180 / 12 - 19 ) folgende Diagnose n (S. 1): - rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig mittelgradiger Episode (ICD-10 F33.1) - Zervikalgie und C6 Radikulopathie links (Dr. med. C.\_\_\_\_ 12. Juli 2017) - Psoriasis (Erstdiagnose 1976) - Seronegative Arthritis ( D.\_\_\_\_ 7. September 2016) - Sub akromiales

Impingement linke Schulter (Dr. med. C.\_\_\_\_ 12. Juli 2017) - Migräne mit Aura seit 2007 - Status nach Nasenoperation nach Unfall 2010 - Status nach Sesamoidektomie MCP II links, postoperativ mittelgradiges CRPS ( L.\_\_\_\_ ) - Vitamin D-Mangel

Dr. I.\_\_\_\_ führte zur Beurteilung aus psychiatrischer Sicht aus, die Beschwerdeführerin sei seit 2010 aufgrund der Schmerzen in der linken Hand zu 50 % arbeitsunfähig. Es habe sich eine depressive Störung seit 2014 aufgrund zunehmender Schmerzen im Nacken- und Schulterbereich entwickelt. Eine körperlich schwere Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin nicht mehr zuzumuten. Des Weiteren bestünden im Rahmen der depressiven Störung Konzentrationsschwierigkeiten, eine erhöhte Ermüdbarkeit und Reizbarkeit. Die Beschwerdeführerin weise aufgrund ihrer Einschränkungen ein verringertes Arbeitstempo auf. Eine Erhöhung des aktuellen Arbeitspensums sei nicht möglich, die Schmerzen würden sich dadurch wieder verstärken. Aus diesem Grund beurteilte sie die Beschwerdeführerin auch in einer anderen leichten, angepassten Tätigkeit als mindestens zu 50 % arbeitsunfähig (S. 6 Mitte) . Zur Arbeitsfähigkeit hielt Dr. I.\_\_\_\_ fest, subjektiv bestehe eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen und in leichten, angepassten Tätigkeiten. Als negatives Leistungsbild gelte : Bücken wenig, kein Kauern oder Knien, keine Überkopparbeiten, keine schweren Arbeiten, eingeschränkte Kopfdrotation links (immer mit ganzem Oberkörper drehen), kein Lärm oder grosse Menschenmengen (S. 6 unten) . 4. 3

Dr. med. M.\_\_\_\_ und Dr. med. N.\_\_\_\_ von der Abteilung für Wirbelsäulen- und Neurochirurgie der

L.\_\_\_\_ stellten in ihrem Bericht vom 8. März 2019 (Urk. 13/ 186/5-6 ) gestützt auf das Röntgenbild der HWS vom 6. März 2019 und ein MRI der HWS vom 31. Januar 2019 als Diagnose eine

Osteochondrose C5/C6 mit beidseitiger Unkarthrose und Bandscheibenprotrusion mit foraminale Enge beidseits sowie eine Spinalkanalstenose auf Höhe C5/C6 . Die klinische Vorstellung korreliere nur partiell mit der vorhandenen Bildgebung.

Das MRI zeige eine Neurokompression der C6-Wurzeln, wobei die ausstrahlenden Schmerzen nicht Digitus I und II betreffen, sondern Digitus III rechts und IV links. Da die restlichen Neuroforamina der HSW frei seien, sähen sie differentialdiagnostisch keine andere offensichtliche Pathologie , die diese ausstrahlenden Schmerzen erklären könnten (S. 2) .

Dr. med. O.\_\_\_\_ und Dr. med. P.\_\_\_\_ von der Abteilung für Neurologie der L.\_\_\_\_

nannten in ihrem Bericht vom 19. März 2019 (Urk. 13/186/10 12) als Diagnose eine chronische Zervikobrachialgie beidseits linksbetont seit mehreren Jahren mit aktuell Verdacht auf eine radikuläre Reizung C6 (S. 1) . Sie hielten dazu fest, klinisch sei kein dermatom - oder myotombezogenes Defizit oder Reizsyndrom feststellbar. Es finde sich kein Hinweis auf eine floride

Radikulopathie . Bezüglich der Spinalkanalstenose sei die Untersuchung normal (S. 3) . Am 23. April 2019 ( Urk. 13/186/7-8) berichteten sie , in der heute ergänzend durch

geführten elektrophysiologischen Untersuchung mit Testung der somatosensibel evozierten Potentiale ( Ulnaris -SEP beidseits) hätten sich keine Auffälligkeiten ergeben und die errechnete NLG

(Nervenleitgeschwindigkeit) für den N. ulnaris

ulnaris beidseits sei unauffällig ausgefallen (S. 2). 4. 4

Dr. med. Q.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und Dr. phil. J.\_\_\_\_ vom K.\_\_\_\_, nannten in ihrem Schreiben vom 10. Mai 2019 (Urk. 13/186/3-4) auf Rückfrage der Beschwerdeführerin als psychiatrische Diagnose eine rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig mittelgradiger Episode (ICD-10 F33.1; S. 1).

Sie führten dazu aus, 2012 und 2015 sowie 2016 seien von den Versicherungsärzten keine Depression und damit keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt worden. 2017 sowie 2018 sei von den Behandlern im Verlauf dann aber eine mittelgradige Depression mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert worden, trotz Medikation. Daher habe sich die Verschlechterung des Zustandes negativ auf die Arbeitsfähigkeit ausgewirkt (S. 2). 4. 5

Dr. med. F.\_\_\_\_

nannte in seinem Bericht vom 10. August 2019 (Urk. 13/186/1-2) folgende Diagnosen (S. 1) : - Cervicobrachiales Syndrom linksbetont (Angabe der Beschwerdeführerin) - Cervicalgie und C6 Radikulopathie links - Diskushernie C5/C6 mit Spinalkanalstenose sowie foraminale Enge C6 beidseits - Psoriasis (Erstdiagnose 1976) - Seronegative Arthritis (D.\_\_\_\_ 7. September 2016) - Subakromiales

Impingement linke Schulter (Teilruptur Supraspinatussehne) - Status nach diskreter Bursitis - Migräne seit 2007 - Vitamin D-Mangel - rezidivierende depressive Störung gegenwärtig mittelgradige Depression

Dr. F.\_\_\_\_ hielt dazu fest, in einer der Behinderung angepassten Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht 50 % arbeitsfähig. In den letzten 12 Monaten sei der Verlauf wechselhaft gewesen. Es sei jedoch nicht zu einer richtungsweisenden Verschlechterung gekommen. Die Beschwerdeführerin arbeite nun schon seit Jahren mit 50 % in der Küche. Sie könne diese Arbeit gut bewältigen, sei jedoch damit am Limit (S. 2). 4. 6

Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie FMH, welcher die Beschwerdeführerin seit März 2016 behandelt, nannte in seinem Bericht vom 29. Oktober 2019 (Urk. 13/196/1-5)

folgende Diagnosen mit Auswirkung auf Arbeitsfähigkeit (Ziff. 2.5) : - Zervikalgie und C6 Radikulopathie

( links seit 2017 ) - Subakromiales

Impingement linke Schulter (seit 2016) - Periarthropathia

humeroscapularis rechts ( PHS; seit Anfang 2019)

Zudem nannte Dr. C.\_\_\_\_ folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf Arbeitsfähigkeit (Ziff. 2.6): - Migräne seit Jahren - Mitralklappenprolaps bei normaler Klappenfunktion (März 2018) - Psoriasis (Erstdiagnose mit 9 Jahren)

Dr. C.\_\_\_\_ führte aus, in den letzten Monaten sei es auch zu rechtsseitigen Schmerzen gekommen. Klinisch zeigten sich bei aktiven und passiven Bewegungen (Abduktion, Elevation und Innenrotation) 1/3 Einschränkungen beidseits mit endständigen Schmerzen. Bei der resistivisometrischen Prüfung zeige sich eine leichte Kraftminderung beidseits (S. 3 Ziff. 2.2 in fine ). Angesichts der Beschwerden seien bei der aktuellen Tätigkeit 4.5 Stunden pro Tag zumutbar. Diese Tätigkeit könne unter den aktuellen Bedingungen als angepasst betrachtet werden. Eine Steigerung über 50 % sei nicht möglich (S. 5 Ziff. 4.1-2 ; vgl. auch den Bericht vom 13. November 2018, Urk. 13/183/6-8 ) . 4. 7

RAD-Arzt Dr. A.\_\_\_\_ hielt in seiner aktengestützten Stellungnahme vom

## **E. 18**

November 20

## **E. 19**

. November 2019 (Urk. 3/10) fest, die Beschwerdeführerin sei durch ihren Hausarzt zur Beurteilung einer Schwellung der dorsalen Hand zugewiesen worden. Sie berichte schon seit mehreren Jahren über Beschwerden und wünsche nun eine Entfernung . In der Sonographie habe sich der Verdacht auf ein Carpal

boss am CMC 3 der linken Hand bestätigt. Die Beschwerdeführerin sei hierdurch gestört und wünsche die operative Entfernung. Der ambulant durchgeführte Eingriff erfolge am 21. Januar 2020 (vgl. Operationsbericht vom 21. Januar 2020 [Urk. 3/7]).

Prof. Dr. R.\_\_\_\_ und Dr. med. T.\_\_\_\_ hielten im Verlaufsbericht vom 11 . Februar 2020 (Urk. 3/6) fest, es zeige sich ein regelrechter Verlauf zwei Wochen postoperativ mit reizloser Wunde. Ab nun erfolge eine Ergotherapie zur Narbenmobilisierung. Das Tragen der Schiene sei für zwei weitere Wochen geplant. 4. 9 .3

Im Beschwerdeverfahren reichte die Beschwerdeführerin ein Schreiben von Dr. C.\_\_\_\_ vom 25. März 2020 (Urk. 3/2) ein. Darin hielt dieser fest, er könne sich mit dem negativen Entscheid der IV-Stelle nicht einverstanden erklären. Die von ihm eingereichten Bericht e müssten vom RAD nicht genau gelesen worden sein.

Einerseits klage die Beschwerdeführerin über neue, rechtsseitige Schulter schmerzen. Zudem bestünden weiterhin starke cervicale Beschwerden, welche von den Spezialisten häufiger in den letzten zwei Jahren und unmissverständlich als Ausdruck radikulärer Kompressionen interpretier t würden (S. 1). Der neu aus geprägte Reizzustand der Endplatten C5 und C6, wie er im MRI der D.\_\_\_\_ vom 31. Januar 2019 festgestellt worden sei, sei Ausdruck einer degenerativen Entwicklung der Wirbelkörper in Richtung Osteochondrose (erheb liche Degeneration der Deck- und Bodenplatten der Wirbelkörper). Es sei Zeit einzusehen, dass die Nacken- und Armbeschwerden nicht funktionell bedingt seien, sondern Ausdruck einer medizinisch nachgewiesenen realen und ungünsti gen degenerativen Entwicklung in der HWS mit konsekutiven Nervenwurzel-Kompressionen und signifikanter Auswirkung auf die alltägliche Arbeitsfähigkeit. Die Interpretation der gelieferten Berichte und Dokumente durch die IV-Ärzte sei falsch (S. 2 ). 5.

5 .1

Vorweg zu bemerken ist, dass für die Verschlechterung des Gesundheits zustandes im invalidenversicherungsrechtlichen Sinne nicht die Art der Beschwerden und diesbezügliche Veränderung des medizinischen Sachverhaltes, sondern einzig die damit einhergehenden

funktionellen Einschränkungen entscheidend sind. So kann gestützt auf andere Diagnosen bzw. Leiden aber mit entsprechend gleicher Funktionseinschränkung nicht auf eine wesentliche Veränderung im invalidenversicherungsrechtlichen Sinne geschlossen werden. Zu prüfen ist daher, ob eine gesundheitliche Veränderung vorliegt, die eine weitergehende funktionelle Einschränkung als anlässlich der vorangehenden Rentenverneinung festgestellt worden war (vgl. E. 3), begründet, und die somit geeignet wäre, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen.

Als Grundlage für ihre Verfügung vom 2. März 20

## **E. 20**

(Urk. 2) dienten der Beschwerdegegnerin gemäss den versicherungsinternen Feststellungsblättern vom 9. Januar und 2. März

2020 (Urk. 13 / 200, Urk. 13 / 207) im Wesentlichen die Unterlagen des K.\_\_\_\_ (E. 4.2 und E. 4.4),

der L.\_\_\_\_ (E. 4.3), von Dr. F.\_\_\_\_ (E. 4.5), von Dr. C.\_\_\_\_ (E. 4.6) sowie die amtengestützten Stellungnahmen

der RAD-Ärzte Dr. A.\_\_\_\_

und Dr. Z.\_\_\_\_

(E. 4.7 und 4.8). Die Beschwerdegegnerin schloss aus den ihr vorliegenden Unterlagen, dass sich weder der körperliche noch der psychische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin wesentlich verschlechtert habe (E. 2.1). 5.2.5.2.1

Aus somatischer Sicht konnte RAD-Arzt Dr. A.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 18. November 2019 (E. 4.7) gestützt auf alle ihm vorliegenden medizinischen Unterlagen nachvollziehbar darlegen, dass sich aus somatisch-orthopädischer Sicht überwiegend wahrscheinlich der Gesundheitszustand und damit auch die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin

seit der RAD-Beurteilung

im Dezember 2016 respektive Januar 2017 (E. 3.1) nicht wesentlich verändert hat, sodass weiterhin eine ganztägige Präsenz mit einer Leistungsminderung von 20% zumutbar ist. Insbesondere konnte Dr. A.\_\_\_\_ plausibel aufzeigen, dass es sich bei den abweichenden Beurteilungen der Arbeitsfähigkeit seitens Dr. F.\_\_\_\_s (E. 4.5)

und Dr. C.\_\_\_\_s

(E. 4.6) um andere Einschätzungen desselben Sachverhaltes handelt. Diese Schlussfolgerung wurde schlüssig begründet.

Dr. A.\_\_\_\_ zeigte überzeugend auf, dass sich betreffend die im Vordergrund stehende linksseitige HWS-Schulter-Arm-Symptomatik (subacromiale

Impingement symptomatik, Cervicobrachialgie mit sensibler Wurzelreiz symptomatik C6 bei Osteochondrose und Bandscheibenprolaps C5/C6, Verdacht auf Karpaltunnelsyndrom links [vgl. E. 3.1]) nichts Wesentliches verändert hat. Die anderweitige Einschätzung von Dr. C.\_\_\_\_ vermag daran keinen Zweifel zu erwecken. Einerseits geht Dr. C.\_\_\_\_ selbst von einer - invalidenversicherungsrechtlich entscheidenden (vgl. E. 5.1 vorstehend) - gleichgebliebenen Arbeitsfähigkeit aus. Wenngleich die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit

im Ausmass von derjenigen von Dr. A.\_\_\_\_ im Sinne einer anderweitigen Beurteilung desselben Sachverhaltes abweicht, sah Dr. C.\_\_\_\_ dies

im Jahr 2016 (E. 3.1)

wie auch aktuell (E. 4.6)

unverändert bei 50 % liegen. Andererseits sah Dr. C.\_\_\_\_, wie sich seinem Schreiben vom 25. März 2020 (E. 4.9.3) entnehmen lässt, eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes hinsichtlich der HWS-Schulter-Arm-Symptomatik im Umstand radikulärer Kompressionen bei den Wirbeln C5/C6 begründet, wobei er sich dabei auf ein MRI der D.\_\_\_\_ vom 31. Januar 2019 stützte. Die nachfolgenden Abklärungen der L.\_\_\_\_

vom März und April 2019 legen jedoch einen anderen Schluss nahe. So konnten die Fachärzte der L.\_\_\_\_ gestützt zusätzlich auf ein HWS- Röntgenbild vom 6. März 2016 sowie elektrophysiologische Untersuchungen keine offensichtliche Pathologie für die ausstrahlenden Schmerzen finden.

Klinisch konnten sie kein dermatom- oder myotombezogenes Defizit oder Reizsyndrom feststellen, Hinweis auf florde

Radikulopathien fanden sie keine und die Untersuchung der Spinalkanalstenose war normal. Zudem zeigte die elektrophysiologische Untersuchung keine Auffälligkeiten und die errechnete Nervenleitgeschwindigkeit für den Nervus

ulnaris war beidseits unauffällig (E. 4.3). All diese Umstände sprechen gegen eine zusätzliche radikuläre Kompression mit Auswirkung auf die funktionelle Leistungsfähigkeit

und stützen die Einschätzung von Dr. A.\_\_\_\_, wonach sich die gesundheitlichen Verhältnisse bezüglich der

linksseitigen HWS-Schulter-Arm-Symptomatik nicht wesentlich verändert haben. Dr. A.\_\_\_\_ waren denn so wohl die Beurteilungen von Dr. C.\_\_\_\_ als auch die Berichte der L.\_\_\_\_ bekannt und sie wurden von ihm berücksichtigt. Wenngleich Dr. F.\_\_\_\_ sich im Gegensatz von Dr. A.\_\_\_\_ für eine 50%ige Arbeitsfähigkeit – im Sinne einer anderen Beurteilung des gleichen Sachverhaltes – aussprach, sah er in Übereinstimmung mit Dr. A.\_\_\_\_ auch keine richtungsweisende Verschlechterung als gegeben an (E. 4.5).

Was die neu beschriebene Problematik der rechten Schulter (PHS) angeht, konnte Dr. A.\_\_\_\_ plausibel aufzeigen, dass sich diese nicht zusätzlich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt. So ist es denn auch nachvollziehbar, dass allfällige damit einhergehende funktionelle Einschränkungen im bereits anlässlich Beurteilung im Dezember 2016 formulierten Belastungsprofil (nur körperlich leichte bis sehr leichte Tätigkeiten, ohne Arbeiten über Kopf und nur selten in der Schulterhöhe

ohne Notwendigkeit des ständigen festen Greifens oder Haltens, ohne besondere Kraftanforderung an beide Hände; E. 3.1) aufgehen. Dr. C.\_\_\_\_ stellte sich auf den Standpunkt, dass die Beschwerden der rechten Schulter unweigerlich zu einer Verschlechterung führten, zeigte aber auch nicht auf, welche zusätzlichen über das von Dr. A.\_\_\_\_ formulierte Belastungsprofil hinausgehende funktionelle Einschränkungen diese Beschwerden mit sich bringen

(E. 4.6 und E. 4.9.3). Hinzu

kommt, dass sich das PHS nach am 4. September 2019 erfolgter Infiltration beserte (Urk. 13/196/1-5 S. 2 Mitte) .

Daneben zeigte Dr. A.\_\_\_\_ nachvollziehbar auf, dass die Migräne keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hat (E. 4.7). Dies deckt sich mit der Ansicht von Dr. C.\_\_\_\_

(E. 4.6) . Eine Veränderung ist zudem bei der seit dem Jahr 2007 bestehenden Migräne nicht ausgewiesen. Gleiches gilt für die Psoriasis und die seronegative Arthritis (vgl. E. 4.5-4.7). 5.2.2

Das im Nachgang zur RAD-Beurteilung durch Dr. A.\_\_\_\_ von den Fachärzten der D.\_\_\_\_ diagnostizierte Carpal

boss am CMC 3 der linken Hand, welches bereits seit Jahren bestand, war, wie von den Ärzten festgehalten, nur störend, zeitigte jedoch keine von Dr. A.\_\_\_\_ in seiner Beurteilung unberücksichtigte funktionelle Einschränkung. Auch die operative Entfernung ging problemlos von statten. So zeigte sich zwei Wochen nach der Operation ein regelrechter Verlauf mit reizloser Wunde und es war nur ein zweiwöchiges Tragen einer Schiene geplant (E. 4.9. 2) .

Es handelt sich dabei nur um eine vorübergehende, nicht invalidenversicherungsrechtlich-relevante Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit während der kurzen Rekonvaleszenz .

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