

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00674 vom 26. Januar 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-01-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00674

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00674 du 26 janvier 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00674 del 26 gennaio 2021

Erwägungen

E. 1

Nach erfolgreicher Absolvierung einer Umschulung zur kaufmännischen Ange stellten im Rahmen beruflicher Eingliederungsmassnahmen (Urk. 13/35) meldete sich die 1962 geborene X.____

a m 16. Mai 2006

unter Hinweis auf eine Sehnenscheidenentzündung im Daumen und Handgelenk rechts bei der Invalidenversicherung erneut zum Leistungsbezug an (Urk. 13/37). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, wies am 22. November 2006 das Leistungsgesuch der Versicherten verfügungsweise ab (Urk. 13/51/4-5). Die da gegen erhobene Beschwerde der Versicherten hiess das Sozialversicherungsgericht mit Urteil vom 28. November 2007 (Prozessnummer IV.2006.01173, Urk. 13/58) in dem Sinne gut, als dass es die Sache an die IV-Stelle zu weiteren medizinischen Abklärungen zurückwies. Mit Verfügung vom 6. Mai 2009 (Urk. 13/70) verneinte die IV-Stelle a bermals einen Leistungsanspruch der Versicherten. Die dagegen erhobene Beschwerde der Versicherten wurde vom hiesigen Gericht mit Urteil vom 2. August 2010 (Prozessnummer IV.2009.00556, Urk. 13/75) abgewiesen. Die Versicherte meldete sich am 31. März 2013

mit Verweis auf einen am 5. August 2012 infolge eines Sturzes mit Rollerblades erlittenen Bruch

des 2. Lendenwirbels abermals bei der Invalidenversicherung an (Urk. 13/78, Urk. 13/82). Mit Verfügung vom 10. September 2013 (Urk. 13/91) wies die IV-Stelle das Leistungsgesuch der Versicherten ab. Am 23. Juni 2018 erfolgte eine weitere Anmeldung der Versicherten bei der Invalidenversicherung (Urk. 13/96). Die IV-Stelle nahm erwerbliche und medizinische Abklärungen vor und teilte der Versicherten am 4. Dezember 2018 mit, dass aktuell keine Eingliederungsmassnahmen möglich seien (Urk. 13/120). Mit Vorbescheid vom 14. Februar 2019 (Urk. 13/127) stellte die IV-Stelle der Versicherten die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht, wogegen letztere am 18. März 2019 Einwand (Urk. 13/130) erhob.

Am 23. Juni 2020 erliess die IV-Stelle einen neuen Vorbescheid, in welchem sie abermals die Abweisung des Leistungsgesuchs in Aussicht stellte (Urk. 13/165) und wogegen die Versicherte am 15. Juli 2020 Einwand (Urk. 13/167) erhob. Mit Verfügung vom 4. September 2020 (Urk.

2) verneinte die IV-Stelle einen Anspruch der Versicherten auf Leistungen der Invalidenversicherung.

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

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 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG).

E. 1.3

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

E. 2

Dagegen erhob die Versicherte am 4. Oktober 2020 respektive 7. November 2020 unter Auflage eines Berichts des Y.____ vom 3. August 2020 (Urk. 3) Beschwerde (Urk. 1, Urk. 9) und beantragte sinngemäss die Aufhebung der Verfügung vom 4. September 2020. Mit Beschwerde beantwortet vom 8. Dezember 2020 (Urk. 12) schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 8.

Dezember 2020 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 14). Am 3. Januar 2021 (Poststempel) reichte die Beschwerdeführerin den Arztbericht des Universitätsspitals Z.____ (Urk. 15) ein. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die leistungsabweisende Verfügung damit, dass die Beschwerdeführerin seit Februar 2018 in der Ausübung der Tätigkeit als Verkäuferin Detailhandel eingeschränkt sei. Ab Mai 2018 sei ihr jedoch die bis herige Tätigkeit im Umfang von 50 % wieder zumutbar. Eine leidens angepasste Tätigkeit (körperlich leichte bis selten mittelschwere Verrichtungen) sei seit Mai 2018 in vollem Umfang möglich.

Somit sei es der Beschwerdeführerin möglich, ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen, weshalb kein Anspruch auf eine Invalidenrente bestehe. In den Einwänden der Beschwerdeführerin sei neu eine Kardiomyopathie genannt worden, wobei die Herzfunktion nur leicht eingeschränkt und die Beschwerdeführerin subjektiv auch bei Belastung beschwerdefrei sei. Die belastungsabhängigen Rückenschmerzen bei degenerativen Veränderungen seien bekannt gewesen, hätten sich im Verlauf unter Physiotherapie gebessert und bestünden gemäss ärztlicher Auskunft auch nicht mehr. Neurologisch zeige sich ein gutes Ergebnis nach der Carotisoperation und klinisch bestehe auch kein Anhalt für neue Ischämien. Die Kraft in der rechten, dominanten Hand habe sich ebenfalls gebessert und eine glaubhafte Verschlechterung des Zustandes der linken Hand sei nicht ausgewiesen. Betreffend Schulter fehlten objektive Befunde, die eine gesundheitliche Einschränkung glaubhaft machten (S. 1 f.).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1, Urk. 9), dass sie seit Juni 2020 konstante Schmerzen in der linken Schulter habe. Gemäss dem MRI von August 2020 seien zwei Sehnen defekt, was sich auf den ganzen Arm auswirke. Im Oktober 2020 sei zusätzlich eine Diskushernie festgestellt worden.

E. 3

Dr. med. E.____, Chefarzt Manuelle Medizin, und Dr. med. F.____, Assistenzarzt Manuelle Medizin, Klinik

C.____, führten in ihrem Bericht vom 3. Oktober 2019 (Urk. 13/152 /4-5) folgende Hauptdiagnosen auf

(S. 1): - chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom - Differenzialdiagnose Osteochondrose L5/S1 als primäre Schmerzursache - anamnestisch lumbale, mittige Rückenschmerzen seit Sturz 2012 mit Deckplattenfraktur LWK 2 - klinisch: Hyperlordose LWS, p.a. Traktionsschmerz auf Höhe LWK5, leicht hypertoner M. quadratus

lumborum rechts - konventionelles Röntgenbild LWS 22.01.2016: linkskonvexe lumbale Skoliose, Höhenminderung LWK 2 und 3 - MRI LWS 22.01.2016: linksbetonte Osteochondrose auf Höhe LWK 5/S1 mit kleiner Diskushernie - Zustand nach Langzeitopioidtherapie mit Targin, seit kurzem Wiederaufnahme der Therapie mit Oxycodon 2.5 mg zweimal täglich - Verdacht auf Osteoporose - DEXA-Messung seitens Patientin nicht erwünscht - Nikotinkonsum

Im Übrigen wiederholten die Ärzte die im Bericht von PD Dr. B.____ genannten Nebendiagnosen und führten aus, dass die Beschwerden und Befunde am ehesten einer Osteochondrose auf Höhe L5/S1 zuzuordnen seien. Letztere dürfte auf einer ungünstigen biomechanischen Belastung bei starker Hyperlordose der LWS fussen. Eine

peridiskale Infiltration komme für die Beschwerdeführerin aktuell nicht in Frage, so dass mittels Heimübungen und Physiotherapie versucht werde, die Belastung auf das Segment L5/S1 zu verringern. Ebenso wenig komme für die Beschwerdeführerin eine DEXA-Messung in Frage. Man sei so verblieben, dass sich die Beschwerdeführerin im Falle einer Schmerzzunahme wieder melde (S. 2).

E. 3.1

Dr. med. A.____, Fachärztin Kardiologie, Angiologie und Innere Medizin, stellte in ihrem Bericht vom 30. August 2019 (Urk. 13/148/7-9) folgende Diagnosen (S. 1): - v entrikuläre und supraventrikuläre Extrasystolie (ED 09/2017, 05/2017) - HF mEF mit/bei Kardiomyopathie unklarer Genese, Ausschluss einer ischämischen Ursache - Ruhe-EKG: AV-Block I° (PQ-Zeit 232 ms), sonst unauffällig, keine Ischämiezeichen, keine Narben, aktuell unverändert - TTE: unverändert mittelgradig global eingeschränkte LV-Funktion (EF biplan 45%, VB 09/2017: 43%), dilatierter LV, kein Nachweis eines relevanten Vitiums, kein H.a. pulm. Hypertonie - pro-BNP 337ng/l (29.08.2019) - Holter (21.09.2017): durchgeh. SR, HF min. 60/min, maxi. 127/min, mittlere HF tags 90/min, nachts 76/min; zahlreiche SVES, mässig viele VES, keine höhergrad. HRST, keine Pausen - CT Herz mit i.v. KM (03.10.2017): stenosefreie

Koronarien . Minime nicht stenosierende

Koronarsklerose des RIVA. Regel rechte Koronar anatomie. Rechtsversorgertyp - LWK 2 Fraktur, traumatisch (2012), bis 05/2017 Targin - Aspirin- und NSAR-Unverträglichkeit - cvRF : fortgesetzt Nikotin (kum. ca. 65py), pos. FA eingeschr. (Onkel ms MI mit 40 J) - Status nach Subarachnoidalblutung mit rupturierter

ACom -Aneurysma (WFNS I, Hunt&Hess I, Fischer

E. 3.2

PD Dr. B.____, Leitender Oberarzt Wirbelsäulen Chirurgie, Orthopädie und Neurochirurgie, Klinik C.____, nannte am 5. September 2019 folgende Diagnosen (Urk. 13/149/1-3 S. 1):

Hauptdiagnosen: - chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit/bei: - leichte linkskonvexe lumbale Skoliose - Status nach Deckplattenfraktur LWK2 bei Rollerbladesturz 2012 - erosive

Osteochondrose mit kleiner Diskushernie L5/S1 - chronische Knieschmerzen links mit Streckhemmung - Verdacht auf Osteoporose - Langzeitopiattherapie (Targin) - Nikotinabusus Nebendiagnosen: - Status nach Subarachnoidalblutung bei rupturierter

Acom -Aneurysma 09.02.2018 mit Coiling - Herzinsuffizienz unklarer Ursache - arterielle Hypertonie - minime kognitive Störung

Der Arzt führte aus, dass sich gemäss dem MRI LWS vom 5. September 2019 im Vergleich zum Vor-MRI vom Januar 2016 keine wesentliche Veränderung zeige. Es lägen eine konsolidierte Deckplattenfraktur LWK 2 mit gut erhaltener Bandscheibe oberhalb sowie eine leichte Diskopathie L5/S1 mit Verminderung des Nucleussignals bei gut erhaltener Bandscheibenhöhe und kleiner dorsomedianer

Protrusion vor. Eine Nervenkompression zeige sich nicht (S. 2).

Es bestünden chronische lumbale Rückenschmerzen, welche im Gesamtkontext einerseits auf die leichten degenerativen Veränderungen und andererseits vor allem funktionell zu deuten seien bei Dekonditionierung, Beckenschiefstand und Bewegungsstörung im linken Bein, vor allem durch das linke Kniegelenk. Es werde diesbezüglich eine erneute Kontrolle empfohlen und die Beschwerde führerin bei Dr. med. D.____ angemeldet mit der Frage, inwieweit die Extension verbessert werden könne. Darüber hinaus werde eine konservative Behandlung der Rückenschmerzen empfohlen und die Beschwerdeführerin werde im Team manuelle Therapie zur Beurteilung und Übernahme der Behandlung angemeldet. Es werde dringend eine Wiederaufnahme der aktuell gestoppten Physiotherapie empfohlen mit dem

Ziel, das Gangbild, die Haltung, Koordination und Kraft der Rumpfmuskulatur zu verbessern. Operative Massnahmen seien nicht indiziert (S. 2).

E. 3.4

Der Hausarzt der Beschwerdeführerin, Dr. med. G.____, Allgemeine Innere Medizin FMH, stellte in seinem Bericht vom 25. Februar 2020 (Eingangsdatum; Urk. 13/159) folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 Ziff. 1.2) : - hochgradiger Verdacht auf cerebrovask. Insult (02/20), - a.e. bei UHFli (noch nicht detektiert) - chronisch lumbospondylogenes Schmerzsyndrom (2012) - Deckplattenfraktur LWK2, traumatisch - aktuell Verschlechterung - Akne inversa, ausgeprägt (03/2018)

Dr. G.____ führte aus, dass die Sensibilität und Koordination des linken Arms und der linken Hand deutlich abgenommen hätten. Im Zusammenhang mit der Ausübung der bisherigen Tätigkeit hielt er fest, dass die linke Hand/ der linke Arm aktuell für fein motorische und beschränkt für grob motorische Arbeiten nicht einsetzbar sei. Eine angepasste Tätigkeit sei möglich, sofern die Motorik der Hände/Arme eine geringe Rolle spiele (S. 1 Ziff. 1.3, Ziff. 2.1).

E. 5

Dr. med. H.____, Facharzt Rheumatologie FMH, hielt am 13. März 2020 fest, dass die Rückenschmerzen bei der Beschwerdeführerin nicht mehr im Vordergrund stünden und sie in den letzten zwei Wochen wegen « strokes » mit zunehmender Lähmung des linken Arms im Z.____ gewesen sei. Bei der aktuellen Untersuchung sei vor allem das neurologische Defizit im Vordergrund gestanden und es werde sich zeigen, wie weit es in den nächsten sechs bis zwölf Monaten zu einer Erholung kommen werde (Urk. 13/160). 3.

E. 6

Im Bericht des Y.____ vom 3. August 2020 (Urk. 3) wurde festgehalten, dass sich gemäss MRI der linken Schulter gleichen Datums eine leichte Degeneration im AC-Gelenk mit Knochenmarksödem im Bereich der Gelenkpartner und mit geringem Gelenkserguss zeige. Im Weiteren bestehe ein Gelenkserguss glenohumeral mit Flüssigkeit im Verlauf der langen Bizepssehne, wobei keine wesentliche Degeneration glenohumeral ersichtlich sei. Es bestünden sodann eine artikulare seitige Partialruptur der Supraspinatussehne über mediolateral 1.2 cm sowie eine Ruptur einzelner Fasern der Infraspinatussehne vom Footprint. Die Subscapularissehne sei intakt, ebenso die lange, sich in regelrechter Position befindende Bizepssehne. Die erfassten muskulären Strukturen zeigten einschliesslich keine wesentliche ödematöse Signalalteration und es finde sich etwas Flüssigkeit in der Bursa subacromialis / subdeltoidea. 3.

E. 7

Im Bericht des Z.____, Klinisches Neurozentrum, Klinik für Neurologie, Klinik für Neurochirurgie,

vom 2. Dezember 2020 betreffend interdisziplinäre cerebrovasculäre Sprechstunde (Urk. 15) wurden folgende Diagnosen

aufgeführt (S. 1 f.): - Status nach Carotisendarterektomie am 27.02.2020 bei cerebrovaskulärem ischämischen Insult im rechten Mediastromgebiet am 19.02. 2020 - ätiologisch: Thrombus im ICA-Abgang auf dem Boden einer rechtsseitigen ICA-Stenosierung - anamnestisch: vor drei bis vier Wochen akut aufgetretene Armparese links,

seither keine weiteren neuen Defizite - klinisch: distal betonte Armparese links, NIHSS 3 Punkte - diagnostisch:

- auswärtiges cMRI vom 19.02.2020: teils frische, teils subakute schran kengestörte emboliforme Ischämien rechtshemisphärisch sowie unter Beteiligung der Grenzzone - Dopplersonographie der hirnversorgenden Gefäße (26.02.2020): im rechten Karotis-Bulbus ausgedehnter, überwiegend echoarmer Thrombus in den ICA-Abgang reichend mit geringem Restlumen zum ICA-Abgang - Labor: CRP 8.1 (chronische CRP-Erhöhung bei Akne inversa sei vorbe kannt); Leukozyten 9.95 - therapeutisch: - Beginn Thrombozytenaggregationshemmung mit Plavix (bei Aspirinun verträglichkeit) und Rosuvastatin - Status nach Carotisendarterektomie am 27.02.2020 - Status nach Subarachnoidalblutung bei rupturiertem

Acom -Aneurysma (WFNS I, Hunt&Hess I, Fischer 3, BNI V; EM 07.02.2018, ED 09.02.2018) - anamnestisch: stärkstes Kopfschmerzereignis am 07.02.2018 um 09.00 Uhr.

Holocephale

Cephalgien . - diagnostisch: cCT vom 09.02.2018: diffuse Subarachnoidalblutung mit Ventrikeleinbruch . Rupturiertes Aneurysma der Arteria

communicans

anterior . Beginnende Liquorabflussstörung . Keine Herniation . - therapeutisch: 09.02.2018: DSA mit Coiling des ACom Aneurysma, Thrombusabgang in MCA-M1 rechts, anschließend erfolgreiche Thrombolyse mittels Integrilin - Komplikationen: - Hydrozephalus

malresorptivus (ED 12.02.2018)

- zentrales Salzverlustsyndrom - Extrasystolie (ED 05/2017) - Holter-EKG 09/2017: mehrheitlich SVE, AV Block Grad I° - Echo 09/2017 : mittelgradig eingeschränkte EF (42 %), a . e . postentzündlich - Herz-CT 10/2017: leichte Koronarsklerose, nicht stenosierend , keine Ischämie - Herzinsuffizienz unklarer Ätiologie, Extrasystolie

- KHK mittels Koro -CT 10/2017 ausgeschlossen - Holter-EKG 09/2017: mehrheitlich SVE, AV Block Grad I° - Echo 09/2017 mittelgradig eingeschränkte EF (42 %), a.e . postentzündlich - Echo 02/2018: schwer dilatierte Ventrikel, diffuse Hypokinesie , LVEF 35-40 % - Pro-BNP 02/2018: 1428 ng /l - Verdacht auf ambulant erworbene Pneumonie links basal mit parapneumonischem Erguss , Augmentin 11.02.2018 bis 20.02.2018 - Hidradenitis

suppurativa (Hurley-Stadium II-III) - anamnestisch: Status nach Operation axillär und Status nach antibiotischer Therapie - diverse Ath erome am Hinterkopf anamnestisch seit Jahren (Neben diagnose im CT) - mehrfach Nachweis von Staph . aureus in Inguinalabstrichen , Augmentin sensibel (02/2018) - aktuell (02/2018): Beginn Therapie mit Clindamycin 300 mg 1-0-1 und Rifampicin 300 mg 1-0-1 für 10 Wochen - chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom beidseitig - Deckplattenfraktur LWK2 nach Sturz (Rollerblade s) 2012 - Osteochondrose und kleine Diskushernie L5/S1, MRI 02/2016 - Verdacht auf allergische Reaktion auf Adalat mit Gesichtsrötung (02.03 .2020)

Die Z.____ -Ärzte führten aus, dass sich anamnestisch und klinisch keine Hinweise für zwischenzeitliche Schlaganfall-verdächtige Ereignisse ergeben hätten. Residuell besteht noch ein sensomotorisches Defizit im Arm links, bei zusätzlichen orthopädischen

Problemen mit Sehnenrissen der linken Schulter und Diskus hernien. Die neuroangiologische Untersuchung habe bei Status nach Carotisen dar te rektomie weiterhin ein gutes Resultat mit der rechten ICA regelrecht perfundiert ohne Hinweise auf eine Re-Stenose gezeigt (S. 2) .

Im Zusammenhang mit der Neuroangiologie vom 2. Dezember 2020 hielten die Ärzte fest, dass es der Beschwerdeführerin gemäss eigenen Angaben aktuell schlecht gehe. Das Hauptproblem seien die Schmerzen und die Unterbeweglichkeit des linken Arms aufgrund eines zweifachen Sehnenrisses in der linken Schulter. Des Weiteren bestünden mehrere Diskushernien. Unter dem Titel Modifizierte NIH Stroke

Scale wurde ein Gesamtergebnis von 2/42 aufgeführt , wobei betreffend die Motorik des linken Arms (1/4) und Sensibilität (1/2) je von keiner wesentlichen Funktionseinschränkung trotz Symptome (kann gewohnte Aufgaben und Aktivitäten verrichten) ausgegangen wurde (S. 4). 4. 4.1

Gemäss den im Zusammenhang mit der IV -Anmeldung vom 23. Juni 2018 (Urk. 13/96) relevanten Arztberichten bestanden bei der Beschwerdeführerin kardio logische Beschwerden, Beschwerden im Zusammenhang mit den Schlaganfällen vom Februar 2018/2020 sowie Beschwerden am Rücken, am linken Knie und an der linken Schulter (vgl. E. 3).

4.2

Laut Bericht der behandelnden Kardiologin vom 30. August 2019 (vgl. E. 3.1) war die Beschwerdeführerin in kardialer Hinsicht vollständig kompensiert und im Rahmen ihrer Leistungsanforderungen beschwerdefrei. Die Ärzte der Klinik C.____ gingen im September/Okttober 2019 von einer konsolidierten Deckplattenfraktur LWK 2 mit guter Erhaltener Bandscheibe sowie einer leichten

Diskopathie L5/S1 mit kleiner dorsomedianer

Protrusion respektive von entsprechenden leichten degenerativen Veränderungen aus . Das Vorliegen einer Neurokompression wurde verneint, ebenso eine wesentliche Veränderung aufgrund eines Vergleichs

der MRI-Bildgebung vom Januar 2016 und vom September 2019 (vgl. E. 3.2). Im März 2020 standen die Rückenschmerzen gemäss den Angaben des behandelnden Rheumatologen nicht mehr im Vordergrund (vgl. E. 3.5) . Im Zusammenhang mit den Schlaganfällen wiesen die Z.____ -Ärzte am 2. Dezember 2020 auf ein noch bestehendes sensomotorisches Defizit im linken Arm hin , wobei gemäss der gleichentags durchgeführten neuroangiologischen Untersuchung

auf der NIH Stroke

Scale ein äusserst tiefes Gesamt-Ergebnis von 2/42 resultierte (vgl. E. 3.7) . Betreffend die Motorik des linken Arms ergab sich ein Resultat von 1/4 respektive betreffend die Sensibilität ein solches von 1/2, wobei «1» keiner wesentlichen Funktionseinschränkung trotz Symptomen (kann alle gewohnten Aufgaben und Aktivitäten verrichten) entspricht. Betreffend die übrigen 11 geprüften Punkte ergab sich je ein Resultat von «0», was keinen Symptomen entspricht (Urk. 15 S. 4) . Im Bericht der Ergotherapeutin vom 9. Juli

2020 (Urk. 13/166/1) wird über Fortschritte betreffend die linke Hand berichtet und im Übrigen darauf hingewiesen, dass aktuell die Behandlung der massiven

Schmerzproblematik in der linken Schulter im Vordergrund stehe.

Nach dem Gesagten sind g estützt auf die Berichte der behandelnden Ärzte bezüglich der kardiologischen Beschwerden, der Rücken- und Kniebeschwerden sowie der im Zusammenhang mit den Schlaganfällen stehenden Beschwerden keine objektiven Befunde ersichtlich, welche in rechtsgenügender Weise eine invalidenversicherungsrelevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu begründen vermögen. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdeführerin in ihren Eingaben vom 4. Oktober und 7. November 2020 (Urk. 1, Urk. 9) die eben genannten Beschwerden mit keinem Wort erwähnt, sondern einzig auf die seit Juni 2020 bestehenden Schmerzen an der linken Schulter und

die im Oktober 2020 zusätzlich festgestellte Diskushernie hinwies. 4.3

Im Bericht des Y.____

(vgl. E. 3.6) wurden aufgrund des MRI der linken Schulter vom 3. August 2020 unter anderem eine artikularseitige Partialruptur der Supraspinatussehne sowie eine Ruptur einzelner weniger Fasern der Infraspinatussehne diagnostiziert. Die Z.____ -Ärzte wiesen am 2. Dezember 2020 im Zusammenhang mit dem sensomotorischen Defizit im linken Arm auf zusätzliche orthopädische Probleme mit Sehnenrissen der linken Schulter und Diskushernien hin (vgl. E. 3.7).

Die Beschwerden an der linken Schulter bestanden

gemäss den Angaben der Beschwerdeführerin seit Juni 2020 und die Diagnose betreffend die

Supraspinatus- / Infraspinatussehne

wurde erstmals im August 2020 – und damit noch vor Erlass der angefochtenen Verfügung - aktenkundig ausgewiesen. Im entsprechenden Bericht des Y.____ fehlen jegliche Angaben zu allfälligen mit den Rupturen zusammenhängenden Funktionseinschränkungen der linken Schulter. Die fachfremden Z.____ -Ärzte

wiesen ohne weitere Begründung auf Sehnenrisse an der linken Schulter hin, wobei unklar ist, inwieweit dies der Befund

im Rahmen des erhobenen Neurostatus und der Beurteilung der Defizite

am linken Arm bereits berücksichtigt worden war. In der aktuellsten Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes der Beschwerdegegnerin vom 11. Juni 2020 (Urk. 13/164/9-10) waren die Schulterbeschwerden noch kein Thema. Auch in der angefochtenen Verfügung vom 4. September 2020 (Urk. 2) fand keine Auseinandersetzung damit statt beziehungsweise es wurde auf das Fehlen objektiver Befunde hingewiesen. Vor diesem Hintergrund sind

betreffend die Beschwerden an der linken Schulter zusätzliche medizinische Abklärungen notwendig.

Demgegenüber drängen sich bezüglich der von der Beschwerdeführerin am 7. November 2020 erwähnten Diskushernie (Urk. 9)

keine zusätzlichen medizinischen Abklärungen auf. Es liegt diesbezüglich einzig die Angabe der Beschwerdeführerin vor und es fehlt ein entsprechender fachärztlicher Befund.

Im Weiteren ist darauf hinzuweisen, dass im Bericht der Klinik C.____ vom 3. Oktober 2019 (v gl. E. 3. 3) unter Hinweis auf das MRI LWS vom Januar 2016 bereits eine kleine Diskushern ie auf der Hö he LKW5/S1 erwähnt wurde. 4.4

Nach dem Gesagten ist die Verfügung vom 4. September 2020 aufzuheben und die Sache zu r

D urchführung weiterer medizinischer Abklärungen betreffend die Beschwerde n an der linken Schulter an die Beschwerde gegnerin zurückzuweisen. 5.

Die Kosten des Verfahrens gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 600.-- festzusetzen und entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der unter liegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Di e Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 4. September 2020 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird , damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägun gen, über den Anspruch de r Beschwerdeführerin auf Leistungen der Inva liden versiche rung

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.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.____ - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage einer Kopie von Urk. 15 - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

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 beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin GräubSchleiffer Marais

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