

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00417 vom 3. November 2014**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-11-03, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2013.00417](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2013.00417)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00417 du 3 novembre 2014

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00417 del 3 novembre 2014

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Die 1962 geborene X.\_\_\_\_ war zuletzt vom 1. Oktober 2007 bis zum 30. September 2009 als Pflegehelferin im Spital Y.\_\_\_\_ tätig (Urk. 9/12, Urk. 9/21). Am 26. Februar 2009 meldete sich die Versicherte wegen Rückenbeschwerden bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 9/2).

Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, tätigte in der Folge erwerbliche und medizinische Abklärungen und liess die Versicherte begutachten (Urk. 9/44). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 6. Dezember 2010 einen Rentenanspruch der Versicherten (Urk. 9/58). Die dagegen erhobene Beschwerde vom 21. Januar 2011 (Urk. 9/68 /3-10) hiess das hiesige Gericht, soweit es darauf eintrat, mit Urteil IV.2011.00050 vom 2. Mai 2012 in dem Sinne gut, als es die angefochtene Verfügung aufhob und feststellte, dass die Versicherte vom 1. September 2009 bis zum 30. April 2010 Anspruch auf eine halbe Invalidenrente habe (Urk. 9/90).

### **E. 1.1**

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs.

### **E. 1.2**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit ( Art.

### **E. 1.3**

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

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

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

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

### **E. 1.4**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den

Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

### **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 Vorak ten (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 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

### **E. 1.6**

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vor instanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde ( § 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer ). Gemäss ständiger Rechtsprechung ist in der Regel von der Rückweisung - da diese das Verfahren verlängert und verteuert - abzusehen, wenn die Rechtsmittelinstanz den Prozess ohne wesentliche Weiterungen erledigen kann. In erster Linie kommt eine Rückweisung in Frage, wenn der Versicherungsträger auf ein Begehren überhaupt nicht eingetreten ist oder es ohne materielle Prüfung abgelehnt hat, wenn schwierige Ermessensentscheide zu treffen sind, oder wenn der entscheidrelevante Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. SVR 1995 ALV Nr. 27 S. 69). 2.

### **E. 2**

Dagegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom 7. Mai 2013 Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihr eine Rente zuzusprechen. In p rozessualer Hinsicht ersuchte sie um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege (Urk. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 14. Juni 2013 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abw eisung der Beschwerde (Urk. 8), was der Beschwerdeführerin am 17. Juni 2013 mitgeteilt wurde (Urk. 10).

### **E. 2.1**

Im angefochtenen Entscheid erwog die Beschwerdegegnerin, die Abklärungen hätten ergeben, dass insgesamt in somatischer Hinsicht keine Verschlechterung in einer den Anspruch in erheblichem Umfang ändernden Weise dargelegt worden sei. Unter Berücksichtigung der neu hinzugekommenen fachärztlich gestellten Diagnose einer Anpassungsstörung sowie in Anwendung der diesbe züglichen Rechtsprechung können sich auch insoweit keine invalidisierenden Einschränkungen ergeben . Es würden weder vom Spital Z.\_\_\_\_ noch von Dr. med. A.\_\_\_\_ neue Diagnosen oder neue Funktionseinschränkungen genannt, welche einer dauerhaften und schweren Erkrankung entspr ä chen und die bisherige Tätigkeit in erheblicher und neuer Art und Weise einzu schränken vermöchten . In Bezug auf den Verdacht einer CPPD Arthropathie hielt die Beschwerdegegnerin fest, ein Verdacht sei keine gesicherte Diagnose. Im Bericht des Spitals Z.\_\_\_\_ , Rheumatologie, werde beschrieben, dass ausser Schmerzen an der rechten Schulter keine Störung der Kraft oder Sensibilität vorhanden sei . Damit bestehe keine Funktionseinschränkung. Die

Sonographie der linken Hand habe keine Tendovaginitiden und keine intr artikuläre Flüssigkeit ergeben. Eine Verschlechterung sei nicht glaubhaft, nicht plausibel und nicht nachvollziehbar dargestellt (Urk. 2).

### **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin machte demgegenüber im Wesentlichen geltend, auf grund der ärztlichen Berichte sei eine Verschlechterung klar ausgewiesen. Gemäss der Beurteilung des Spitals Z.\_\_\_\_ im Bericht vom 5. Februar 2013 leide sie neu an einer symptomatischen PHS- Calcarea rechts sowie Rhizarthrose links. Im Zusammenhang mit den konventionellen radiologischen Aufnahmen der deutlich entzündlichen Komponente sowie den auch sonografisch nachgewiesenen Verkalkungen stehe wahrscheinlich eine CPPD-Arthropathie ursächlich im Vordergrund. Zudem sei auch eine Finger- und Handgelenkspoliarthrose aufgetreten, was der Diagnoseliste des Arztberichtes entnommen werden könne. Auch die aktivierten Spondylarthrosen

lumbosakral beidseits seien neu aufgetreten. Die Einschränkungen seien von der Beschwerdeführerin nicht abgeklärt worden, womit sie gegen den Untersuchungsgrundsatz verstossen habe

(Urk. 1). 3.

### **E. 2.3**

Die Beschwerdeführerin hielt sich anschliessend vom 27. Juli 2012 bis am 9. August 2012 in der Klinik G.\_\_\_\_ auf. Im Austrittsbericht vom 20. August 2012 wurde ausgeführt, der Einstieg in das integrierte interdisziplinäre Therapieprogramm sei ihr aufgrund der persistierenden Schmerzen zunächst schwer gefallen. Im Verlauf habe sich die komplexe Schmerzsituation nach wie vor schwankend gezeigt, jedoch habe zumindest teilweise eine leichte Verbesserung erzielt werden können. In den Assessments habe sich ein bezüglich Angst grenzwertiger HADS-Test ergeben, eine signifikante Störung oder Depression liege aber nicht vor. Auffallend seien aber die Scores im FABQ gewesen, die auf angstbedingtes Vermeidungsverhalten hinwiesen. Es hätten zwei psychologische Einzeltherapiesitzungen stattgefunden. In den Gesprächen seien die Themen Schmerzbewältigung, Selbstsorge und Aktivierung eigener Ressourcen im Bereich Bewegung im Vordergrund gestanden. Die Beschwerdeführerin kenne Schmerzbewältigungsstrategien und könne diese anwenden. Zudem habe sich ihre Selbstsorge verbessert. Die finanzielle Unterstützung durch die Sozialhilfe belaste die Beschwerdeführerin sehr. Dies sei als relevanter Kontextfaktor zu betrachten. Sie wünsche sich eine baldige Entscheidung der Invalidenversicherung betreffend Rentenleistung. Im Rahmen der Physiotherapie habe sich aufgrund der komplexen Schmerzsituation und der Kürze des Aufenthaltes ein nach wie vor schwankender Verlauf gezeigt und es habe teilweise eine leichte Besserung erzielt werden können. Die Beschwerdeführerin habe zudem ihre allgemeine Leistungsfähigkeit steigern können. Im Bereich Wirbelsäule und Extremitäten sei die Beschwerdeführerin tagesabhängig schmerzbedingt eingeschränkt, subjektiv fortbestehend seien Einschlafgefühle der Hände und Füsse. Die Assessments bei Eintritt und Austritt seien konstant geblieben, es habe jedoch eine leichte Schmerzreduktion von VAS 4 auf VAS 2 erreicht werden können. Am 9. August 2012 habe die Beschwerdeführerin in gutem Allgemeinzustand, bei leicht verbesserter körperlicher Belastbarkeit auf eigenen Wunsch in die gewohnte häusliche Umgebung entlassen werden können. Es wurde eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 27. Juli 2012 bis 9. August 2012 attestiert und die Neubeurteilung

durch den Hausarzt empfohlen (Urk. 9/103 /17-19 ) .

### **E. 2.5**

Dr. med. A.\_\_\_\_ , FMH Allgemeinmedizin ,

fürhte in seinem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 27. September 2012 aus, die Beschwerdeführerin sei momentan 100

% arbeitsunfähig. Zuletzt habe sie als Pflegeassistentin gearbeitet. Diese Tätigkeit werde in Zukunft sicher nicht mehr möglich sein, da sie an chronischen Rückenschmerzen leide. In einer behinderungsangepassten Tätigkeit mit Wechselbelastung sei eine Arbeitsfähigkeit von 50 % zu vermuten, welche bei günstigem Verlauf gesteigert werden könne (Urk. 9/108). 3 .

### **E. 2.6**

RAD-Arzt Dr. H.\_\_\_\_ , hielt in seiner Stellungnahme vom 4. Oktober 2012 fest, aufgrund der Defizite im Rahmen des Gesundheitsschadens könne nach vollzogen werden, dass die bisherige Tätigkeit nicht mehr zumutbar sei. Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit für behinderungsangepasste Tätigkeiten (50 % Arbeitsunfähigkeit) könne aus medizinisch-theoretischen Überlegungen nicht ohne weiteres nachvollzogen werden. Er empfehle daher , eine interdisziplinäre rheumatologisch-psychiatrische Begutachtung zu veranlassen (Urk. 9/116 /4 ). 3.

### **E. 2.7**

Im von der Beschwerdeführerin eingereichten Bericht der Klinik für Rheumatologie des Spitals Z.\_\_\_\_ vom 5. Februar 2013 wurde zusätzlich zu den bereits im Bericht vom 2. August 2012 erwähnten Diagnosen die folgende Diagnose genannt: „- Hochgradiger Verdacht auf CPPD- Arthropathie - PHS calcarea rechts mit begleitender Bursitis subacromialis - STT-Arthrose Hände beidseits - Symptomatische Rhizarthrose links mehr als rechts “

Es wurde ausgeführt, die Beschwerdeführerin leide an einer symptomatischen PHS calcarea rechts sowie Rhizarthrose links. In Zusammenschau mit den konventionell radiologischen Aufnahmen der deutlich entzündlichen Komponente sowie den auch sonographisch nachgewiesenen Verkalkungen stehe wahrscheinlich eine CPPD- Arthropathie ebenfalls im Vordergrund. Eine lokale ultrasonographisch gesteuerte Infiltration mit Steroiden lehne die Beschwerdeführerin weiterhin ab (Urk. 9/136). 3.

### **E. 2.8**

Dr. A.\_\_\_\_

hielt in seiner

zuhanden der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin verfassten Stellungnahme vom 21. Februar 2013 fest, die sie leide an chronisch rezidivierenden Schmerzen infolge der verschiedenen rheumatologischen Diagnosen . Seit ca. sechs Monaten seien die ausgedehnten Rückenschmerzen von der Hals- bis zur Lendenwirbelsäule ( Panvertebralsyndrom ) etwas in den Hintergrund getreten, da Schmerzen im Bereich der rechten Schulter (PHS calcarea ) und in beiden Handgelenken und Handwurzelknochen (STT-Arthrose) stärker geworden seien. Sie leide seit ca. einem Jahr dermassen stark, dass sie in ihrem Alltagsleben erheblich eingeschränkt sei und an eine Wiederaufnahme einer

Tätigkeit (100 % Arbeitsunfähigkeit) nicht zu denken sei. Insbesondere die aktuellen Handgelenksbeschwerden seien im Alltag sehr einschränkend (Urk. 9/136 /3-4 ). 3.

### **E. 2.9**

In ihrer Stellungnahme vom 28. Februar 2013 führte RAD-Ärztin Dr. med. I.\_\_\_\_, FMH Arbeitsmedizin und Allgemeinmedizin, aus, es würden weder vom Spital Z.\_\_\_\_ noch von Dr. A.\_\_\_\_ neue Diagnosen oder neue Funktionseinschränkungen, welche einer dauerhaften und schweren Erkrankung entsprechen und die bisherige Tätigkeit in erheblicher und neuer Art und Weise einzuschränken vermöchten, genannt. Ein Verdacht sei keine gesicherte Diagnose. Im Bericht des Spitals Z.\_\_\_\_ werde beschrieben, dass ausser Schmerzen der Schulter rechts keine Störung der Kraft oder Sensibilität vorhanden sei. Damit bestehe keine Funktionseinschränkung. Die Sonographie der linken Hand habe keine Tendovaginitiden und keine intraartikuläre Flüssigkeit ergeben. Zudem sei eine adäquate Therapie der Schmerzen (mit Steroiden) von der Beschwerdeführerin abgelehnt worden, womit die Basisbehandlung und konsekutive Schmerztherapie inadäquat sei. Eine Verschlechterung sei aus arbeitsmedizinischer Sicht nicht glaubhaft, nicht plausibel und nicht nachvollziehbar dargestellt (Urk. 9/141). 4.

#### 4.1

Aus dem Bericht des Spitals Z.\_\_\_\_ vom 2. August 2012 geht hervor, dass bei der Beschwerdeführerin deutlich aktive degenerative Veränderungen, insbesondere eine hochaktive Spondylarthrose

lumbosakral beidseits, vorliegen. Es wurde

weiter festgehalten, dass sich erneut keine synovitischen Veränderungen gezeigt hätten. In Zusammenschau mit den Vorbefunden sowie den im Februar 2012 im F.\_\_\_\_ durchgeführten serologischen Untersuchungen bestehe nach wie vor kein Hinweis auf eine chronisch entzündliche Erkrankung, insbesondere sei nicht von einer rheumatoiden Arthritis oder einer Spondyloarthritis auszugehen (Urk. 9/103/ 11) . Im Rahmen der Hospitalisation

sei es zu einer Stabilisierung und Regredienz der Beschwerden gekommen (Urk. 9/103/ 12). Aus dem Austrittsbericht der Klinik G.\_\_\_\_

vom 20. August 2012 ergibt sich sodann, dass es während des Aufenthaltes zu einer leichten Schmerzreduktion gekommen

ist und die Beschwerdeführerin in gutem Allgemeinzustand bei leicht verbesserter körperlicher Belastbarkeit hat

entlassen werden können (Urk. 9/103/ 19).

Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit wurde dem Hausarzt überlassen. Dieser hielt in seinem Bericht vom 27. September 2012 fest, in einer behinderungsangepassten Tätigkeit mit Wechselbelastung sei eine Arbeitsfähigkeit von 50 % zu vermuten, welche bei günstigem Verlauf gesteigert werden könne (Urk. 9/108 ), ohne dies näher zu begründen . RAD-Arzt Dr. H.\_\_\_\_ empfahl in seiner Stellungnahme vom 4. Oktober 2012 eine rheumatologisch-psychiatrische Begutachtung, da die vom Hausarzt vorgenommene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit mit 50 % für behinderungsangepasste Tätigkeiten aus medizinisch-theoretischer Sicht nicht ohne weiteres nachvollzogen werden könne (Urk. 9/116/ 4). Der Rechtsdienst der Beschwerdeführerin kam

in der betreffenden Stellungnahme vom 9./12. Oktober 2012

zum Schluss, dass aus der Sicht eines medizinischen Laien in somatischer Hinsicht keine erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes dargelegt werde. Von einer weiteren somatischen Begutachtung sei abgesehen. Zudem könne festgehalten werden, dass unter Berücksichtigung der neu hinzugekommenen fachärztlich gestellten Diagnose der Anpassungsstörung sowie in Anwendung der geltenden Rechtsprechung bezüglich dieser Diagnose sich keine eventuell invalidisierenden Einschränkungen ergeben könnten, weshalb auch von einer psychiatrischen Begutachtung abgesehen sei (Urk. 9/116/6). RAD-Ärztin Dr. I. \_\_\_\_, welcher diese Stellungnahme von der Beschwerdegegnerin zur Beurteilung vorgelegt wurde, bemerkte dazu lediglich, es sei somit auf die Begutachtung zu verzichten (Urk. 9/116/6).

Am 5. Februar 2013 wurde

jedoch anlässlich einer ambulanten Kontrolle im Spital Z. \_\_\_\_

- neu - die Verdachtsdiagnose einer CPPD-Arthropathie gestellt (Urk. 9/136 S. 2). Hausarzt Dr. A. \_\_\_\_ gab am 21. Februar 2013 an, die Rückenbeschwerden

seien seit circa sechs Monaten in den Hintergrund getreten, da die Schmerzen im Bereich der rechten Schulter und in beiden Handgelenken und Handwurzelknochen stärker geworden seien. Die Beschwerdeführerin leide seit circa einem Jahr derart stark, dass an eine Wiederaufnahme einer Tätigkeit nicht zu denken sei. Er empfahl den Beizug einer Stellungnahme des behandelnden Rheumatologen des Spitals Z. \_\_\_\_ (Urk. 9/136/3). RAD-Ärztin Dr. I. \_\_\_\_ hielt daraufhin in ihrer Stellungnahme vom 28. Februar 2013 fest, es würden weder vom Spital Z. \_\_\_\_ noch von Dr. A. \_\_\_\_ neue Diagnosen oder neue Funktionseinschränkungen, welche einer dauerhaften und schweren Erkrankung entsprächen und die bisherige Tätigkeit in erheblicher und neuer Art und Weise einzuschränken vermöchten, genannt. Eine Verschlechterung sei aus arbeitsmedizinischer Sicht nicht glaubhaft, nicht plausibel und nicht nachvollziehbar dargestellt (Urk. 9/141).

Dem kann aufgrund der nachfolgenden Erwägungen nicht gefolgt werden. 4.2.4.2.1

Wie eingangs dargelegt (vgl. E. 1.1), kommt zwar der Untersuchungsgrundsatz im Rahmen von Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV nicht zum Tragen. Die versicherte Person ist somit beweisführungsbelastet, was den Eintretenstatbestand angeht. Indessen verdrängt diese Last den Untersuchungsgrundsatz nur soweit, wie der Zweck der Eintretensvoraussetzung es erfordert: Verhindert werden soll, dass sich die Verwaltung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, das heisst keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss. Die herabgesetzte Beweisanforderung des Glaubhaftmachens ist dieser Zielsetzung entsprechend zu handhaben. Somit muss es genügen, dass für den geltend gemachten rechtserheblichen Sachumstand wenigstens gewisse Anhaltspunkte bestehen, auch wenn durchaus noch mit der Möglichkeit zu rechnen ist, bei eingehender Abklärung werde sich die behauptete Sachverhaltsänderung nicht erstellen lassen (Urteil des Bundesgerichtes 9C\_838/2011 vom 28. Februar 2010 E. 3.3 mit Hinweisen). 4.2.2

Wie der Rechtsdienst der Beschwerdegegnerin zu Recht bemerkte, liegen keine Anhaltspunkte dafür vor, dass bei der Beschwerdeführerin – neu – ein psychisches Leiden mit Krankheitswert bestehen könnte. Solches wurde denn von ihr auch nicht geltend gemacht. 4.2.3

Während Dr. B.\_\_\_\_ in seinem Gutachten vom 4. Juni 2010 ausdrücklich darauf hingewiesen hatte, dass die aus differenzialdiagnostischen Überlegungen durchgeführten Röntgenaufnahmen keinen Hinweis auf eine Kristallablagerungserkrankung dokumentiert hätten (Urk. 9/44/11), wurde im Bericht des Spitals Z.\_\_\_\_ vom 5. Februar 2013 der hochgradige Verdacht auf eine Kalziumpyrophosphat- Dihydrat (CPPD)-(Kristall-) Arthropathie erhoben. Auf Grund der am 5. Februar 2013 durchgeführten Sonographie wurde sodann erst mals auf eine deutlich entzündliche Komponente hingewiesen (Urk. 9/136/1-2). Damit ist eine anspruchserhebliche Änderung des somatischen Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin zwar nicht ausgewiesen. Aufgrund der im genannten Bericht gemachten Feststellungen besteht aber ein hinreichender Anhaltspunkt dafür, dass sich der somatische Gesundheitszustand in einem substantiellen, nicht von vornherein leistungsunerheblichen Mass verändert haben könnte.

Entgegen der von RAD-Ärztin Dr. I.\_\_\_\_ offenbar vertretenen Auffassung war unter diesen Umständen auf die Neuanschuldung einzutreten - soweit das mit dem Einholen eines Arztberichts nicht sowieso bereits geschehen war (E. 3.2.5) - und wäre sie verpflichtet gewesen, hinsichtlich des somatischen Gesundheitszustandes von Amtes wegen vertiefte Abklärungen ( Beizug eines Arztberichtes des behandelnden Rheumatologen des Spitals Z.\_\_\_\_ , eventuell persönliche Untersuchung durch den RAD oder Beizug eines externen Gutach ters) vorzunehmen. Indem die Beschwerdegegnerin stattdessen ohne weiteres die Abweisung des Leistungsbegehrens verfügte, hat sie den Untersuchungsgrundsatz verletzt. Dass die Beschwerdeführerin offenbar eine adäquate Therapie der Schmerzen (mit Steroiden) ablehnt, ändert daran nichts. Wohl gilt im Gebiet der Invalidenversicherung ganz allgemein der Grundsatz "(Selbst-)

Eingliederung vor Rente" und hat die versicherte Person deshalb von sich aus das ihr Zumutbare zur Verbesserung der Erwerbsfähigkeit beizutragen, in erster Linie durch Ausschöpfung sämtlicher zumutbarer medizinischer Behandlungs- und weiterer therapeutischer Möglichkeiten. Kommt sie dieser Schadenminderungs pflicht nicht in genügender Weise nach, kann dies aber nur unter den Voraussetzungen von Art. 21 Abs. 4 ATSG (Durchführung eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens ) zur ganzen oder teilweisen, vorübergehenden oder dauernden Ablehnung der Rente führen (vgl. BGE 127 V 298 E. 4.b.cc, mit Hinweisen). 4.3

Es ergibt sich somit, dass die Beschwerdegegnerin den somatischen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin sowie dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nicht genügend abgeklärt hat. Die angefochtene Verfügung ist daher aufzuheben und die Sache zur weiteren Abklärung im Sinne der vorstehenden Erwägungen (Ziff. 4.2.3) sowie zur neuen Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen. 5 .

Bei diesem Ausgang des Verfahrens ist das Gesuch der Beschwerdeführerin vom 7. Mai 2013 um unentgeltliche Rechtspflege (Urk. 1 S. 2) gegenstandslos geworden. 6. 6.1

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. 6.2

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57 E. 2.2), weshalb die Gerichtskosten der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen sind. 6.3

Nach

§ 34 Abs. 1 GSVGer hat die obsiegende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer). Vorliegend erscheint die von der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin mit Schreiben vom 20. Oktober 2014 (Urk. 12) geltend gemachte Prozessentschädigung von Fr. 1'716.10 (inkl. Mehrwertsteuer und Barauslagen) als angemessen. Das Gericht erkennt:

- 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 2. April 2013 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin neu verfüge. 2.

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

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 1'716.10 (inkl. Barauslagen und MwSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Lotti Sigg Bonazzi - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage einer Kopie von Urk. 12 - 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, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich  
Der Vorsitzende  
Die Gerichtsschreiberin  
Hurst Leicht

### **E. 3**

der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern,

ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts ( ATSG ) vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

Zur Frage des Bedeutungsgehalts des Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV hat das Bundesgericht in BGE 130 V 64 E. 5.2.5 festgehalten, dass die versicherte Person mit dem Revisionsgesuch oder der Neuanschuldung die massgebliche Tatsachenänderung glaubhaft machen muss, ihr mithin ausnahmsweise eine Beweisführungslast zukommt. Tritt die Verwaltung auf das erneute Leistungsbegehren ein, hat sie demgegenüber gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen (Art. 43 ATSG, Art. 57 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [ IVG ] in Verbindung mit Art.

69 ff. IVV; SVR 2006 IV Nr. 10 S. 39 E. 4.1 [I 457/04 ]; vgl. auch BGE 117 V 198 E. 3a ).

### **E. 3.1**

Das hiesige Gericht hat im Urteil IV.2011.00050 vom 2. Mai 2012 ( Urk. 9/90 ) die – rentenabweisende - Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 6. Dezember 2010 aufgehoben und festgestellt, dass die Beschwerdeführerin (nur, aber immerhin) vom 1. September 2009 bis 30. April 2010 Anspruch auf eine halbe Invalidenrente hat.

Auf die Neuanschuldung der Beschwerdeführerin vom 14. Mai 2012 ( Urk. 9/89 ) ist die Beschwerdegegnerin formell und – zumindest anfänglich – auch materiell eingetreten , wobei sie allerdings letztlich dafür hielt, eine rechtserhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes sei nicht glaubhaft gemacht ( Urk. 2; vgl. E. 4.2.3 ) . Demnach ist zu prüfen , ob die Beschwerdegegnerin eine anspruchsbegründende Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu Recht verneint hat. Vergleichsbasis zu den mit der angefochtenen Verfügung vom 2. April 2013 beurteilten Verhältnissen bildet der Sachverhalt, auf dessen Grundlage das rechtskräftige Urteil des hiesigen Gerichts vom 2. Mai 2012 erging .

Dem Urteil vom 2. Mai 2012 lag in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen das Gutachten vom 4. Juni 2010 zugrunde, worin Dr. med. B.\_\_\_\_ , FMH Innere Medizin und Rheumaerkrankungen, als Diagnosen ohne langandauernde Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (1) ein chronisches Schmerzsyndrom im Bereich Rücken und periphere Gelenke nicht ausreichend somatisch abstützbar, Polyarthralgien , (2) ein chronisches cervico - und lumbospindellogenes Syndrom, kein radikuläres Reiz- oder Ausfallssyndrom, anamnestisch Radikulopathie C5 und C6 rechts, (3) eine diffuse idiopathische skeletale

Hyperostose im status

nascendi , (4) eine Adipositas mit Body-Mass-Index von 32.2 kg/m<sup>2</sup>, (5) ein metabolisches Syndrom (gestörte Gluconeogenese , Hyperurikämie , Hyperlipidämie , arterielle Hypertonie), (6) eine gestörte Gluconeogenese , (7) anamnestisch ein

Reizmagen-Syndrom sowie (8) am 7. April 2006 eine Arthrodesse MTP-Gelenk I rechts festhielt ( Urk. 9/44/10) . Die Arbeitsfähigkeit sei aus rein somatischer Sicht für die von der Beschwerdeführerin früher als Pflegeassistentin ausgeübten beruflichen Tätigkeiten im Zeitraum von September 2008 bis – bei grosszügiger Auslegung – August 2009 vollständig eingeschränkt gewesen.

Seit Anfang September 2009 könne er keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für die von der Beschwerdeführerin in bisher ausgeübten beruflichen Tätigkeiten mehr begründen

( Urk. 9/44/17) . Das Gericht erwog, dass die Beurteilung von Dr. B.\_\_\_\_ , wonach die Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht von September 2008 bis August 2009 für die bisherige Tätigkeit als Pflegeassistentin vollständig eingeschränkt war, überzeugend erscheine. Indessen sei gestützt auf die Beurteilungen von Dr. C.\_\_\_\_ und Dr. D.\_\_\_\_ ab September 2009 von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit und gestützt auf die Einschätzung von Dr. E.\_\_\_\_

ab Januar 2010 von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in wechselbelastender leichter Tätigkeit auszugehen. Ab Begutachtungszeitpunkt ( 1. Juni 2010) sei gemäss Dr. B.\_\_\_\_ eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in angestammter wie auch angepasster Tätigkeit auszuweisen (Urteil S. 11).

Den von der Beschwerdeführerin nachträglich eingereichten Berichten

könnten keine Anhaltspunkte dafür entnommen werden, dass die Arbeitsfähigkeit ab März 2010 während neun Monaten bis zur Einreichung der Beschwerde (21. Januar 2011) eingeschränkt gewesen sei, weshalb die Einschätzung von Dr. B.\_\_\_\_ ihre Gültigkeit behalte ( Urk. 9/90/10-12 ).

### **E. 3.2**

.2

Die Beschwerdeführerin war vom 10. Juli 2012 bis zum 27. Juli 2012 im Spital Z.\_\_\_\_ hospitalisiert. Im von ihr eingereichten

Bericht der Klinik für Rheumatologie des Spitals Z.\_\_\_\_ vom 2. August 2012 wurden die folgenden Diagnosen festgehalten: „1.

Exacerbation (lumbal) eines chronisch rezidivierenden panvertebralen

Schmerzsyndroms mit / bei - Diskusprotrusion C4/5 und C5/6 mit foraminärer Einengung rechts mehr als links, leichter Osteochondrose C5/6, Spondylose ohne Nervenkompression (MRT HWS 28.04.2010) - Diskusprotrusionen L1 bis S1, L2/3 mit geringer Beeinträchtigung der Nervenwurzel L3 rechts, spondylarthrosebedingt etwas Engung L5/S1 beidseits (MRI LWS 28.04.2010) - WS-Fehl(schon-)haltung , muskulärer

Dysbalance , lumbalem panvertebralem muskulärem Hartspann - aktivierten Spondylarthrosen

lumbosakral beidseits ( Skelettszintigraphie 12.07.2012) 2. Finger- und Handgelenks-Polyarthrose - Aktuell aktivierte Radiokarpalarthrose links (Skelettszintigraphie 12.07.2012) 3. PHS calcarea rechts - Rx Schulter rechts (07/12) 4. Anpassungsstörung - DD Schmerzverarbeitungsstörung 5. Osteopenie mit Vitamin D3-Mangel 6. Arterielle Hypertonie 7. Erhöhte Transaminasen - DD schmerzmittelinduziert, NAFLD bei Adipositas .“

Die Beschwerdeführerin sei durch den Hausarzt wegen Exacerbation (lumbal) eines chronisch rezidivierenden panvertebralen Schmerzsyndroms zugewiesen worden. Bei Eintritt habe sie berichtet, seit zwei Jahren rezidivierend Rücken schmerzen mit gelegentlicher Ausstrahlung in die Beine zu verspüren. Diese hätten vor drei Wochen akut exacerbiert, seither habe sich die Situation trotz ausdosiertem Voltaren und Mydocalm nicht beruhigt. Sie habe in den letzten Jahren verschiedenste Ärzte wegen ihrer wechselnden Schmerzen am Bewegungsapparat konsultiert. Letztmalig habe im Frühjahr 2012 in der Rheumaklinik der Klinik F.\_\_\_\_ eine Abklärung stattgefunden, wo sich keine neuen Aspekte ergeben hätten. In Ergänzung zu den ambulant vorgenommenen Untersuchungen sei im Spital Z.\_\_\_\_ eine Skelettszintigraphie durchgeführt worden. Diese zeige deutlich aktive degenerative Veränderungen, insbesondere eine hochaktive Spondylarthrose

lumbosakral beidseits, dies als gutes Korrelat für die von der Patientin beschriebenen lumbosakralen Beschwerden. Es hätten sich erneut keine synovitischen Veränderungen gezeigt. In Zusammenschau mit den Vorbefunden sowie den im Februar 2012 im F.\_\_\_\_ durchgeführten serologischen Untersuchungen bestehe nach wie vor kein Hinweis auf eine chronisch entzündliche Erkrankung, insbesondere sei nicht von einer rheumatoiden Arthritis oder einer Spondyloarthropathie auszugehen. Der Beschwerdeführerin sei eine Infiltration der aktivierten Facettengelenke angeboten und empfohlen worden, sie habe diese jedoch dezidiert abgelehnt. Es sei ein Physiotherapie-Programm etabliert worden. Zudem sei die Analgesie auf Mefenacid gewechselt worden. Darunter sei es zu einer Stabilisierung und Regredienz der Beschwerden gekommen.

Bereits kurz vor der Hospitalisation sei durch die Vertretung des Hausarztes eine aktivierte Radiocarpalarthrose links diagnostiziert worden, diese habe sich in der Skelettszintigrafie bestätigt. Unter topischer NSAR-Therapie, oralen Analgetika sowie konsequentem Tragen einer Handgelenksmanschette habe sich eine deutliche Regredienz der Beschwerden gezeigt.

Die Beschwerdeführerin habe seit längerem über bestehende Schmerzen in der rechten Schulter sowie Exacerbation derselben um den Hospitalisationstermin geklagt. Klinisch hätten sich eine deutliche Impingementsymptomatik sowie eine subacromiale Reizung gezeigt. Konventionell radiologisch habe sich eine Kalkformation in der Supraspinatussehne gezeigt, was sich ultrasonografisch bestätigt habe. Eine lokale Infiltration der Schulter sei von der Beschwerdeführerin abgelehnt worden.

Im Rahmen der aktuellen Hospitalisation sei eine psychiatrische Beurteilung durchgeführt worden. Dabei sei eine erhebliche Schmerzverarbeitungsproblematik erkannt worden. Aufgrund diverser Medikamentenunverträglichkeiten sowie fehlender klarer depressiver Komponente sei von einer schmerzmodulierenden Psychopharmakotherapie eher abgeraten worden.

Laborchemisch hätten sich leicht erhöhte Transaminasen ergeben. Differenzialdiagnostisch kämen sowohl eine Induktion durch langzeitigen Schmerzmittelkonsum sowie eine habitusbedingte Fettlebererkrankung in Frage. Es sei einmalig eine Verlaufskontrolle durchgeführt worden, wo sich eine leichte Besserung gezeigt habe (Urk. 9/103 / 11 f. ). 3.

### **E. 3.2.1**

Hinsichtlich des seitherigen Verlaufes der gesundheitlichen Situation der Beschwerdeführerin ist im Wesentlichen Folgendes aktenkundig:

#### **E. 3.2.4**

RAD-Arzt Dr. med. H.\_\_\_\_, praktischer Arzt, hielt in seiner Stellungnahme vom 5. September 2012 unter dem Titel versicherungsmedizinische Beurteilung fest, eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes sei ausgewiesen. Vom Hausarzt sei ein Arztbericht mit Angaben zur Arbeitsfähigkeit in bisheriger und in optimal angepasster Tätigkeit anzufordern (Urk. 9/116/3) . 3 .

#### **E. 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).

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