

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00986 vom 25. April 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-04-25, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00986

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00986 du 25 avril 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00986 del 25 aprile 2016

Erwägungen

E. 1.1

Nach vorangegangener Verweigerung einer Rente der Invalidenversicherung wird eine neue Anmeldung zum Leistungsbezug nur geprüft, wenn glaubhaft gemacht worden ist, dass sich der Grad der Invalidität des Versicherten in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV). Damit soll verhindert werden, dass sich die Verwaltung nach vorangegangener rechtskräftiger Leistungsverweigerung immer wieder mit gleich lautenden und nicht näher begründeten, das heisst keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Gesuchen befassen muss (BGE 109 V 114 E. 2a, 109 V 264 E. 3). Die Verwaltung entscheidet somit zunächst nur, ob die Vorbringen der versicherten Person überhaupt glaubhaft sind; verneint sie dies, so kann sie das Gesuch ohne weitere Abklärungen durch Nichteintreten erledigen. Dabei wird sie unter anderem zu berücksichtigen haben, ob die frühere Verfügung nur kurze oder schon längere Zeit zurückliegt, und dementsprechend an die Glaubhaftmachung höhere oder weniger hohe Anforderungen stellen (ZAK 1966 S. 279, vgl. auch BGE 130 V 67 ff. E. 5.2, 130 V 72 E. 2.2 mit Hinweisen). Da der Verwaltung insofern ein gewisser Beurteilungsspielraum zusteht, der grundsätzlich zu respektieren ist, überprüft das Gericht die Eintretensfrage nur dann, wenn das Eintreten streitig ist, das heisst wenn die Verwaltung gestützt auf Art. 87 Abs. 3 IVV Nichteintreten beschlossen hat und die versicherte Person deswegen Beschwerde führt; hingegen unterbleibt eine richterliche Beurteilung der Eintretensfrage, wenn die Verwaltung auf die Neuanmeldung eingetreten ist (BGE 109 V 114 E. 2b).

E. 1.2

Die versicherte Person muss die massgebliche Tatsachenänderung mit der Neuanmeldung glaubhaft machen. Der Untersuchungsgrundsatz, wonach der Versicherungsträger von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen hat (BGE 125 V 195 E. 2, 122 V 158 E. 1a, je mit Hinweisen), spielt insoweit nicht. Wird in der Neuanmeldung kein Eintretenstatbestand glaubhaft gemacht, sondern bloss auf ergänzende Beweismittel, insbesondere Arztberichte, hingewiesen, die noch beigebracht würden oder von der Verwaltung beizuziehen seien, ist der versicherten Person eine angemessene Frist zur Einreichung der Beweismittel anzusetzen. Diese Massnahme setzt voraus, dass die ergänzenden Beweisvorkehren geeignet sind, den entsprechenden Beweis zu erbringen. Sie ist mit der Androhung zu verbinden, dass ansonsten gegebenenfalls auf Nichteintreten zu erkennen sei (BGE 130 V 68 E. 5.2.5).

E. 1.3

), sodass lediglich von einer vorübergehenden Verschlechterung des Gesundheitszustandes auszugehen ist. 5.1.1

Sowohl dem Gutachten von Dr. Z.____ (vgl. die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin bei der Begutachtung; Urk. 9/71/5-7 und Urk. 9/76) als auch der Diagnoseliste von Dr. A.____ im Bericht vom 17. Juli 2013 (E. 4.2.1) lässt sich entnehmen, dass die Beschwerdeführerin eine chronische Müdigkeit mit erhöhtem Schlafbedürfnis, chronische Kopf- und Rückenschmerzen sowie rezidivierende grippale Infekte bereits vor der Begutachtung durch Dr. Z.____

beklagt hatte .

Die Beschwerdegegnerin

kam im Einspracheentscheid vom 5. November 2008 zum Schluss, eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei einzig aus rheumatologischer Sicht ausgewiesen; der Beschwerdeführerin sei nur noch eine leichte körperliche Tätigkeit im Wechsel von Stehen und Sitzen in einem beheizten Raum ohne Bücken und Heben von Lasten vollschichtig zumutbar (Urk. 9/89/3). Eine Zunahme der bereits bekannten Beschwerden lässt sich im

Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 21. August 2014 nicht feststellen.

Im Bericht des Spitals F.____ vom 27. November 2008 über die gleichentags erstellte Ganzkörperskelettszintigrafie wurde von einem deutlich aktiven Facetten gelenk L5/S1 rechts mit deutlicher Sklerosereaktion berichtet, was für sich alleine betrachtet keine Rückschlüsse auf die Gesundheitssituation zulässt (Urk. 9/108). Ein anderer ärztlicher Bericht, welcher auf eine Verschlechterung der Wirbelsäulenproblematik seit der Rentenabweisung hindeuten würde , ist

nicht vorhanden. Auch die folgenden Unterlagen deuten auf keine Verschlechterung , vielmehr auf eine Verbesserung hin: In der Neuanmeldung vom 25. Februar 2013 gab die Beschwerdeführerin als gesundheitliche Beeinträchtigung unter anderem Rückenbeschwerden mit teilweise bestehenden Schmerzen in den Hüften an. Diese habe sie zurzeit aber relativ gut im Griff (Urk. 9/96/5). Dr. med. G.____ , Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in seinem Schreiben vom 27. Juni 2014 aus, die Rückenbeschwerden seien seit 2011 zwar nicht verschwunden, aber in den Hintergrund getreten (Urk. 9/125/2). Nach der am 2. Dezember 2013 vorgenommenen Parathyreoidektomie berichtete Dr. A.____

am 14. Februar 2014 sodann von einer Verbesserung der Kopfschmerzen. Neue Beschwerden seien nicht hinzugetreten. Eine erhebliche Müdigkeit bei erhöhtem Schlafbedürfnis bestehe nach wie vor (E. 4.2.3).

5.1.2

Dass Dr. A.____ der Beschwerdeführerin im Bericht vom 14. Februar 2014 eine 70%ige Arbeitsunfähigkeit attestierte, hängt nicht zuletzt damit zusammen, dass sie bei der Beschwerdeführerin eine psychische Labilität und fehlende Belastbarkeit ortete (E. 4.2.3). Eine psychiatrische Diagnose, welche eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit rechtfertigen würde, stellte sie jedoch nicht. Dr. G.____

stellte der Beschwerdeführerin am 25. Februar 2013 ein ärztliches Zeugnis aus und attestierte ihr eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 1. Februar bis 31. März 2013. Er begründete seine Einschätzung allerdings nicht (Urk. 9/95). Auf die Anfrage der IV-Stelle vom 28. Mai 2013 gab Dr. G.____ telefonisch zur Auskunft, er betreue die Beschwerdeführerin seit Jahren. Für ihn sei aus psychiatrischer Sicht nie klar gewesen, woher die Beschwerden stammen. Er könne nun aber keine anderen Angaben machen, da Dr. A.____ die führende Behandlerin sei und diverse Abklärungen liefen (Urk. 9/109). Im von ihm selbst verfassten Einwand vom 27. Juni 2014 (Urk. 9/125) attestierte Dr. G.____ der Beschwerdeführerin keine Arbeitsunfähigkeit (mehr). Eine depressive Symptomatik, welche bereits zum Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. Z.____ remitiert war (E. 4.1.1), wurde in den im Neuanmeldungsverfahren aufgelegten Berichten also nicht mehr diagnostiziert. Damit fehlt es

an einer eigenständigen fachpsychiatrischen Diagnose sowie einer aus psychiatrischer Sicht nachvollziehbaren Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Dr. G.____ äusserte sich in seinem Schreiben vom 27. Juni 2014 im Übrigen nur zu den aus seiner Sicht bestehenden Nachwirkungen des Hyperparathyreoidismus (Urk. 9/125). 5.1.3

Beim bei der Beschwerdeführerin diagnostizierten primären Hyperparathyreoidismus handelte es sich um eine behandelbare Erkrankung. Es konnte eine Parathyreoidektomie vorgenommen und damit die Ursache für die durch den Hyperparathyreoidismus verursachten erhöhten Calciumwerte (Urk. 9/119/2) und die möglicherweise damit einhergehenden Beschwerden beseitigt werden. Postoperativ empfahl Dr. E.____ lediglich eine langjährige Einnahme eines Calcium- und eventuell eines Multivitaminpräparats, da der durch den Hyperparathyreoidismus bedingte Anteil der Osteoporose reversibel sei.

Bis die Calcium-Speicher wieder einigermaßen gefüllt seien, komme es oft zu grösseren Schwankungen der Parathormon-Werte (Urk. 9/119/8). Die Beschwerdeführerin wurde in der Folge jedoch keinem Endokrinologen überwiesen (Urk. 9/121), was impliziert, dass die Ärzte von keiner weiteren Behandlungsbedürftigkeit ausgingen. Im Zusammenhang mit dem neu diagnostizierten Hyperparathyreoidismus ist somit von keinem langdauernden Gesundheitsschaden auszugehen. Aus dem Umstand, dass sich gemäss Dr. A.____ in den Blutuntersuchungen retrospektiv seit 2011 erhöhte Calciumwerte fanden (E. 4.2.1), lässt sich ebenfalls

nichts ableiten.

Eine langjährige Erkrankung mit Begleitbeschwerden stellt nicht bloss deshalb einen langdauernden Gesundheitsschaden im versicherungsrechtlichen Sinne dar, weil sie von den behandelnden Ärzten nicht rechtzeitig erkannt wurde. Dadurch ändert sich an der Behandelbarkeit – im vorliegenden Fall – jedenfalls nichts. Dr. G.____ führte in seinem Schreiben vom 27. Juni 2014 (Urk. 9/125) zusammengefasst aus, es sei seit der Parathyreoidektomie zu einer langsamen, aber stetigen Abnahme der über Jahre bestehenden Symptomatik gekommen. Der bisherige postoperative Verlauf (circa sechs Monate) lasse die Vermutung zu, dass zwischen der Symptomatik und dem operativ behandelten Hyperparathyreoidismus ein kausaler Zusammenhang bestehe. Trotz des an sich erfreulichen Verlaufs nach operativer Sanierung sei mit einer Erholungszeit zu rechnen, die sich – seines Erachtens – noch über viele Monate hinziehen dürfte. Hierbei handelt es sich um eine fachfremde und damit nicht massgebende ärztliche Beurteilung. Dass die bereits seit Jahren bestehende psychiatrische Behandlung nun mit der

Parathyreoidektomie obsolet würde, brachte Dr. G.____

jedenfalls nicht zum Ausdruck. In diesem Zusammenhang ist auf den Bericht von Dr.

G.____ vom 9. Juli 2007 (Urk. 9/60/1-2) hinzuweisen, welchem sich entnehmen lässt, dass er damals einen Verdacht auf eine Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) mit therapieresistenten Rückenschmerzen, ausgeprägter Müdigkeit mit anfallsweise auftretenden Erschöpfungszuständen sowie gehäuft auftretenden interkurrenten Krankheiten fest gehalten hatte. Er brachte die

Somatisierungsstörung in Zusammenhang mit einer traumatisch erlebten frühkindlichen Entwicklung (Beziehungsdefizite/-abbrüche, Entwurzelung infolge gehäufter Wohnortwechsel, Gewalterlebnisse in der familiären Umgebung) und einer möglichen familiären Krankheitsbelastung und diagnostizierte zudem episodisch auftretende leichte bis mittelgradige depressive Verstimmungen (ICD-10 F32.0). Damit lassen sich die im Zeitpunkt des Einspracheentscheids vom 5. November 2008 festgestellten Beschwerden

nicht einfach durch den erst später diagnostizierten Hyperparathyreoidismus (bei erhöhten Calciumwerten ab 2011) erklären, worauf die Beschwerdeführerin auch mit Blick auf den von ihr gestellten Revisionsantrag (E. 3) hinzuweisen ist. 5.2

Nach dem Gesagten ist seit dem ablehnenden Einspracheentscheid vom 5. November 2008 – abgesehen von einer vorübergehenden Verschlechterung mit 100%iger Arbeitsunfähigkeit (vgl. Urk. 9/122/3 f.) – keine relevante Veränderung des Gesundheitszustandes ausgewiesen. Es besteht kein weiterer Abklärungsbedarf, und eine Neu Beurteilung des Rentenanspruchs erübrigt sich (vgl. E. 1.1). 6.

Die Beschwerde ist abzuweisen, soweit auf sie einzutreten ist. 7.

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 600.-- festzulegen und ausgangsgemäss von der Beschwerdeführerin zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit auf sie eingetreten wird. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Yolanda Schweri - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - 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, 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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin HurstMuraro

E. 1.4

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.

E. 1.5

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Be schwerdefall 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 arbeits unfähig 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. 1.6

Die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Art. 59 Abs. 2 bis IVG). Nach Art. 49 IVV beurteilen die RAD die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs. Die geeigneten Prüfmethode können sie im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz und der allgemeinen fachlichen Weisungen des Bundesamtes frei wählen (Abs. 1). Die RAD können Versicherte bei Bedarf selber ärztlich untersuchen. Sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest (Abs. 2; Urteil des Bundesgerichts 9C_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweis auf BGE 135 V 254 E. 3.5).

Die Funktion interner RAD-Berichte besteht darin, aus medizinischer Sicht – gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen sei. Sie würdigen die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht (Urteil des Bundesgerichts 9C_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweisen). 2.

E. 2

Dagegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom 22. September 2014 Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und die

Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihre ablehnende Verfügung vom 9. Februar 2006 respektive den Einspracheentscheid vom 5. November 2008 in Revision zu ziehen und ihre Leistungspflicht (Rentenleistungen, berufliche Massnahmen) neu zu prüfen. Eventuell sei der Beschwerdeführerin ab Februar 2013 eine Invalidenrente zuzusprechen (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 8. Dezember 2014 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 8), was der Beschwerdeführerin am 10. Dezember 2014 angezeigt wurde (Urk. 10). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Im angefochtenen Entscheid vom 21. August 2014 hielt die Beschwerdegegnerin fest, der Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 14. April 2014 sei zu entnehmen, dass keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorlägen. Die dargestellten Einschränkungen würden keinen lang dauernden Gesundheitsschaden begründen, der die Arbeitsfähigkeit in erheblichem Masse einzuschränken vermöge (Urk. 2).

E. 2.2

Demgegenüber machte die Beschwerdeführerin im Wesentlichen geltend, im Zeitpunkt der ersten Leistungsablehnung (Einspracheentscheid vom 5. November 2008) sei noch nicht bekannt gewesen, dass sie zum einen unter einer Sklerotisierung des Facettengelenks L5/S1 und zum anderen an einer Stoffwechselstörung (Hyperparathyreoidismus mit Nebenschilddrüsen-Adenom) leide. Die Annahme, es lägen keine objektivierbaren somatischen Befunde und keine Erklärung für die ausgeprägte Müdigkeit, Hypersomnie und generell verminderte Belastbarkeit vor, habe sich in der Zwischenzeit als unrichtig erwiesen. Statt eine Revision zu prüfen oder den Anspruch ab der Neuanmeldung von Februar 2013 fundierter abzuklären, werde ohne weiteres auf die unrichtigen früheren RAD-Beurteilungen verwiesen. Sie (die Beschwerdeführerin) verspüre seit der Operation vom Dezember 2013 allmählich eine Verbesserung ihres Gesundheitszustandes, habe den Leistungsumfang ihrer Erwerbstätigkeit, derzeit 30 % in selbständiger Tätigkeit, jedoch noch nicht steigern können (Urk. 1). 3. 3.1

Die Beschwerdeführerin beantragte nicht bloss die Aufhebung der Verfügung vom 21. August 2014, sondern zusätzlich auch die wiedererwägungsweise Aufhebung beziehungsweise Revision des Einspracheentscheids vom 5. November 2008 (Urk. 1 S. 2). 3.2

Gemäss einem allgemeinen Grundsatz des Sozialversicherungsrechts kann die Verwaltung auf formell rechtskräftige Verfügungen oder Einspracheentscheide, die nicht Gegenstand materieller richterlicher Beurteilung gebildet haben, zu rückkommen, wenn sie zweifellos unrichtig sind und wenn ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (Art. 53 Abs. 2 ATSG; BGE 133 V 50 E. 4.1).

Eine Wiedererwägung liegt im pflichtgemässen Ermessen der Verwaltung; das Gericht kann diese allerdings nicht dazu verhalten (vgl. Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage, Zürich/Basel/Genf 2014, Rz. 75 zu Art. 30-31 IVG), da kein Anspruch auf Wiedererwägung besteht (Ueli Kieser, a.a.O., Art. 53 N 61). Auf den Antrag auf Wiedererwägung der Verfügung vom 9. Februar

2006 beziehungsweise des Einspracheentscheids vom 5. November 2008 ist somit nicht einzutreten. 3.3

Nach Art. 53 Abs. 1 ATSG müssen formell rechtskräftige Verfügungen und Einspracheentscheide in Revision gezogen werden, wenn die versicherte Person oder der Versicherungsträger nach deren Erlass erhebliche neue Tatsachen entdeckt oder Beweismittel auffindet, deren Beibringung zuvor nicht möglich war. Erheblich sind dabei nur Tatsachen, die zur Zeit der Erstbeurteilung bereits bestanden, jedoch unverschuldeterweise unbekannt waren oder unbewiesen blieben (BGE 108 V 167 E. 2b; ZAK 1989 S. 159 E. 5a).

Zuständig für die Prüfung der Revisionsvoraussetzungen sowie zum (allfälligen) neuen Entscheid in der Sache ist diejenige Instanz, deren Entscheid im Revisionsverfahren zu überprüfen ist (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Auflage 2015, Art. 53 N 36). Obwohl Art. 53 Abs. 1 ATSG keine Revisionsfristen anordnet, ist davon auszugehen, dass eine relative 90-tägige Frist und eine absolute zehnjährige Frist gemäss den in Art. 67 Abs. 1 und Abs. 2 des Bundesgesetzes über das Verwaltungsverfahren (VwVG) gelten (Ueli Kieser, a.a.O., Art. 53 N 38). Die Beschwerdeführerin stellte bei der zuständigen Instanz, der Beschwerdegegnerin, keinen Antrag auf Revision. Auf den beim hiesigen Gericht gestellten Revisionsantrag ist deshalb nicht einzutreten. Davon abgesehen ist nicht ersichtlich, inwiefern die Voraussetzungen für eine Revision erfüllt sein sollten. Die Diagnose eines primären Hyperparathyreoidismus wurde erstmals im Juli 2013 gestellt (Urk. 9/119/1-5), womit ab dem Zeitpunkt der Kenntnisnahme der Diagnose bis zum Revisionsantrag im September 2014 (Urk. 1) deutlich mehr als 90 Tage verstrichen sind.

4.1

Mit rechtskräftigem Einspracheentscheid vom 5. November

2008 wurde ein Rentenanspruch der Beschwerdeführerin verneint (Urk. 9/89). Dabei stützte sich die Beschwerdegegnerin auf das psychiatrische Gutachten von Dr. Z.____ (Urk. 9/71)

sowie die Beurteilung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 9. Mai 2008 (Urk. 9/87/5). 4.1.1

Dr. Z.____

führte in seinem Gutachten vom 22. März 2008 die Diagnosen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) sowie einer anamnestic rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F32.4) auf. Als weitere Diagnosen erwähnte er eine idiopathische Hypersomnie, einen episodischen Kopfschmerz vom Spannungstyp sowie eine monoklonale

Gammopathie Typ IgA Kappa (Urk. 9/71/11). Er attestierte der Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit (Urk. 9/71/19). 4.1.2

Der RAD erachtete das Gutachten von Dr. Z.____ in seiner Stellungnahme vom

9. Mai 2008 als beweiskräftig und schloss sich dessen Schlussfolgerungen an. In somatischer Hinsicht bezog er sich auf die frühere Stellungnahme vom 22. Oktober 2006. Demnach sei die bisherige Tätigkeit am Check-in-Schalter nicht mehr möglich. Eine leichte körperliche Tätigkeit im Wechsel von Stehen und Sitzen in einem beheizten Raum ohne Bücken und Heben von Lasten sei vollschichtig zumutbar (Urk. 9/87/5). 4.2 4.2.1

Prof. Dr. med. A.____, Fachärztin FMH für Innere Medizin, welche in ihrem Bericht vom 17. Juli 2013 festgehalten hatte, retrospektiv fanden sich in den Blutuntersuchungen seit 2011 erhöhte Calciumwerte (Urk. 9/119/2), stellte in ihrem Bericht vom 21. August 2013 die folgenden Diagnosen (Urk. 9/115) : - Primärer Hyperparathyreoidismus

- DXA-Messung 03.05.13: beginnende Osteopenie (T-Score lumbal -0.7, femoral -0.9) - Schilddrüsen-Szintigraphie und Schilddrüsen-Sonographie: Hinweis auf Nebenschilddrüsenadenom links - Verdacht auf zyklisches Erbrechen - Chronische Müdigkeit mit erhöhtem Schlafbedürfnis - Beginn 1992/93 - Status nach Abklärung im Schlaflabor B.____ 2006: keine Erklärung für Müdigkeit - Status nach Abklärung Neurologie B.____ inkl. Lumbalpunktion 2006: Nachweis von oligoklonalen Banden nur im Liquor - Status nach Abklärung Hämatologie B.____ 2007: monoklonale

Gammopathie Typ IgA Kappa DD MGUS, leicht erhöhter IL-2-Rezeptor - Status nach Abklärung Infektiologie

B.____ 2011: keine Erklärung für Müdigkeit - Chronische lumbale Rückenschmerzen - Beginn 07/2003 - Nov-Dez 2003 Rehabilitation C.____ - Szintigraphie KSW 2008: Sklerose Facettengelenk L5/S1 rechts mit Hot spot - Status nach diversen Infiltrationen - Chronische Kopfschmerzen - am ehesten vom Spannungstyp - seit 1993, über Jahre fast täglich - MR I Schädel 2004, Klinik D.____ : unauffällig - Rezidivierende grippale Infekte - Beginn 1992/1993 Dr. A.____ hielt fest, es sei ein Nebenschilddrüsen (NSD)-Adenom lokalisiert worden und mit der Beschwerdeführerin würden in den nächsten Tagen die Operationsmöglichkeiten evaluiert. Bezüglich des Verdachts auf

zyklisches Erbrechen habe die Therapie mit Amitriptylin nicht wesentlich geholfen. Die deutlich reduzierte Belastbarkeit bestehe weiterhin. In dieser Situation werde empfohlen, das Ergebnis der fachärztlich-chirurgischen Untersuchung abzuwarten. Sollte das NSD-Adenom entfernt werden, sei der Erholungsverlauf abzuwarten. Anschliessend könne zur Arbeitsfähigkeit besser Stellung genommen werden. Zurzeit scheine die Beschwerdeführerin höchstens zu 20-30 % arbeitsfähig, dies sowohl mit reduzierter täglicher Präsenzzeit als auch verminderter Belastbarkeit während der Präsenzzeit (Urk. 9/115). 4.2.2

Dr. med. E.____, Facharzt FMH für Chirurgie, nahm am 2. Dezember 2013 eine Parathyreoidektomie links vor und hielt in seinem Bericht vom 7. Dezember 2013 fest, er empfehle eine langjährige Calciumgabe eventuell in Kombination mit einem Multivitaminpräparat, da der durch den Hyperparathyreoidismus bedingte Anteil der Osteoporose reversibel sei.

Viele der geklagten diffusen Beschwerden seien gut mit der Hyperkalzämie bei Hyperparathyreoidismus vereinbar (Urk. 9/119/6 ff.).

4.2.3

Im Bericht vom 14. Februar 2014 führte Dr. A.____ aus, die Entfernung des NSD-Adenoms habe sich auf das Befinden der Beschwerdeführerin positiv ausgewirkt. Sie habe etwas zugenommen, weniger Bauchschmerzen oder andere gastrointestinale Beschwerden; auch das Kopfweh habe sich gebessert. Weiterhin bestehe eine erhebliche Müdigkeit bei einem erhöhten Schlafbedürfnis. Es seien keine neuen Beschwerden aufgetreten. Ihre jetzige Tätigkeit als selbständige Geburtshelferin sei für sie optimal leidensangepasst. Dennoch sei sie – auch wegen ihrer psychischen Labilität und fehlenden Belastbarkeit –

vorerst weiterhin zu 70 % arbeitsunfähig. Es bleibe abzuwarten, ob und wie sich das allgemeine Befinden der Beschwerdeführerin weiter verbessern werde (Urk. 9/118) . 4 . 2. 4

Der RAD hielt in seiner Stellungnahme vom 14. April 2014 fest, es liege ein unauffälliger postoperativer Verlauf vor. Die linksseitige Parathyreoidektomie führe zu einer vorübergehenden postoperativen vollständigen Arbeitsunfähigkeit. Im Übrigen bleibe es bei der bisherigen Einschätzung des RAD vom 9. Mai 2008 , wonach die Beschwerdeführerin in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei (Urk. 9/122/3 f.). 5 .

5 .1

Bei einem Vergleich der Befunde im Gutachten von Dr. Z.____ und

in den im Neuanmeldungsverfahren aufgelegten Berichten ergibt sich keine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes seit dem rechtskräftigen Einspracheentscheid vom 5. November 2008. Im Vordergrund stehen nach wie vor eine chronische Müdigkeit sowie chronische Rücken- und Kopfschmerzen. Nach einer Verschlechterung infolge des im Jahr 2013 neu diagnostizierten primären Hyperparathyreoidismus (bei erhöhten Calciumwerten seit 2011) verbesserte sich der Gesundheitszustand nach der Parathyreoidektomie wieder (vgl. E. 5 .

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

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.