

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00297 vom 13. April 2016**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-04-13, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2015.00297](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00297)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00297 du 13 avril 2016

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00297 del 13 aprile 2016

## **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). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung; IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden 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**

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur so weit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

### **E. 1.3**

Zur Annahme der Invalidität nach Art. 8 ATSG ist – auch bei psychischen Erkrankungen – in jedem Fall ein medizinisches Substrat unabdingbar, das (fach-)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Je stärker psychosoziale und soziokulturelle Faktoren wie beispielsweise Sorge um die Familie oder Zukunftsängste (etwa ein drohender finanzieller Notstand) im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein. Das bedeutet, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belastenden soziokulturellen Faktoren herrühren,

bestehen darf, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat, zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungsständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand. Solche von der soziokulturellen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne verselbständigte psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann. Wo die begutachtende Person dagegen im Wesentlichen nur Befunde erhebt, welche in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in ihnen aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben (BGE 127 V 294 E. 5a; Urteil des Bundesgerichts 8C\_730/2008 vom 23. März 2009 E. 2).

Wenn und soweit psychosoziale und soziokulturelle Faktoren zu einer eigentlichen Beeinträchtigung der psychischen Integrität führen, indem sie einen verselbständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder den Wirkungsgrad seiner – unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden – Folgen verschlimmern, können sie sich mittelbar invaliditätsbegründend auswirken (Urteil des Bundesgerichts 9C\_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.2 mit Hinweisen).

#### **E. 1.4**

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

#### **E. 1.5**

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C\_261/2009 vom 11. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E.

3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C\_438/2009 vom 26. März 2010 E. 1 mit Hinweisen).

#### **E. 1.6**

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). 2.

### **E. 1.7**

und 1.9).

Dr. C.\_\_\_\_ führte zur aktuellen Lebenssituation und zur Tagesstruktur aus, die Patientin sei verheiratet und arbeite seit etwa 2009 nicht mehr. Abgesehen vom Existenzminimum sei der Lohn des Ehemanns wegen der hohen Schulden verpfändet. Seit Jahren belaste diese Situation die Patientin sehr und man sehe keine Lösung in absehbarer Zukunft. Als Hausfrau verbringe sie die meiste Zeit zu Hause und habe oft keine Lust, hinaus zu gehen. Während des Tages liege sie mehrmals und längere Zeit auf dem Sofa, da sie müde und kraftlos sei und sehe dann fern. Das Kochen sei ihr oft wegen der Schmerzen im rechten Arm zu mühsam. Das Geschirr werde vom Ehemann abgewaschen und dieser staubsauge auch. Jede zweite Woche bekomme sie noch Hilfe von der Spitex. Die Patientin gehe in letzter Zeit nur noch hinaus, wenn sie einen Arzttermin habe oder bei einem Grosseinkauf ihren Mann begleite. Abends liege sie immer auf dem Sofa und schaue Fernsehen (Ziff. 1.11).

### **E. 2**

Die Versicherte erhob am 6. März 2015 Beschwerde gegen die Verfügung vom 3. Februar 2015 (Urk. 2) und beantragte, diese sei dahingehend zu ändern, dass ihr ab dem 6. August 2013 mindestens eine halbe Rente der Invalidenversicherung aufgrund eines Invaliditätsgrades von 50 % zuzusprechen sei. Eventuell sei ein polydisziplinäres medizinisches Gutachten anzuordnen. Subeventuell sei ein psychiatrisches Gutachten anzuordnen (Urk. 1 S. 2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 24. April 2015 (Urk. 9) die Abweisung der Beschwerde. Am 5. Mai 2015 (Urk. 12) reichte die Beschwerdeführerin einen medizinischen Bericht (Urk. 13) ein.

Mit Gerichtsverfügung vom 6. Mai 2015 (Urk. 14) wurden antragsgemäss (vgl. Urk. 1 S. 2) die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung bewilligt, der Beschwerdeführerin die Beschwerdeantwort (Urk. 9) und der Beschwerdegegnerin die Eingaben der Beschwerdeführerin vom 5. Mai 2015 (Urk. 12-13) zur Kenntnis zugestellt. Am 27. Juli 2015 (Urk. 16) reichte die Beschwerdeführerin einen weiteren medizinischen Bericht (Urk. 17) ein, welcher der Beschwerdegegnerin am 28. Juli 2015 zur Kenntnisnahme zugestellt wurde (Urk. 18). Weiter reichte die Beschwerdeführerin am 22. Februar 2016 (Urk. 19) medizinische Berichte (Urk. 20/1-2) ein, welche der Beschwerdegegnerin am 23. Februar 2016 zur Kenntnis gebracht wurden (Urk. 21). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete ihre Verfügung ( Urk. 2) damit, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der letzten Verfügung vom 18. Oktober 2012 nicht verschlechtert habe. In einer angepassten Tätigkeit sei diese weiterhin zu 100 % arbeitsfähig und könne damit ein rentenausschliessendes Einkommen erzielen. In Bezug auf die psychische Situation überwögen psychosoziale Faktoren, die nicht als invalidenversicherungsrelevant gälten. Auch aus somatischer Sicht sei keine Änderung eingetreten (S. 2). Sollte das depressive Geschehen zudem seit 2009 bestehen, würde es sich lediglich um eine andere Beurteilung desselben Sachverhaltes handeln. Bezüglich einer posttraumatischen Belastungsstörung ergäben die Akten keine Hinweise auf ein auslösendes Trauma, weshalb die Diagnose nicht nachvollziehbar sei ( Urk. 9 S.

1 f.).

### **E. 2.2**

Dagegen machte die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerde ( Urk. 1) geltend, es sei unzutreffend, dass alle Ärzte übereinstimmend berichtet hätten, dass sich ihr Gesundheitszustand seit 18. Oktober 2012 nicht verändert habe. Gemäss ihrem Hausarzt liege keine Verbesserung sondern eher eine Verschlechterung vor,

und sie sei weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig (S. 20 Ziff. 33).

Dem Austrittsbericht der Y.\_\_\_\_ vom 13. Dezember 2012 sei neu die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung zu entnehmen (S. 21 Ziff.

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist ob seit Oktober 2012 eine revisionsrelevante Veränderung eingetreten ist.

### **E. 3**

4). Sie befinde sich zurzeit seit dem 19. Januar 2015 in der Z.\_\_\_\_ in Behandlung (S. 21 Ziff. 35). Die Beschwerdegegnerin habe den medizinischen Sachverhalt ungenügend abgeklärt (S. 21 Ziff. 36).

### **E. 3.1**

Im Urteil vom 3. Juni 2014 ( Urk. 10/95) wurde hinsichtlich der somatischen Beschwerden festgehalten, dass gestützt auf die Ausführungen der Ärzte der A.\_\_\_\_ vom 19. Februar 2010, welche eine Halswirbelsäulen ( HWS ) - Distorsion, eine Schulterkontusion rechts sowie ein panvertebrales Schmerzsyndrom und ein Schulterschmerzsyndrom rechts bei retraktilem

Kapsulitis und lumbale degenerative Läsionen sowie eine Adipositas diagnostizierten, und gestützt auf die Einschätzung der Ärzte der Rheumaklinik des B.\_\_\_\_

vom 30. Juni 2011, wo

ein generalisiertes Schmerzsyndrom, ein chronisches zerviko- und thorakospondylogenes sowie lumbospondylogenes Syndrom nebst einer Adipositas und einer depressiven Erkrankung diagnostiziert wurde, davon auszugehen sei, dass die Beschwerdeführerin aus rheumatologischer Sicht ab Februar 2010 für eine angepasste berufliche Tätigkeit vollständig arbeitsfähig sei (vgl. E. 3.4, E. 3.10, E. 4.2 und E. 4.4).

### **E. 3.2**

In psychiatrischer Hinsicht wurde im Urteil vom 3. Juni 2014 den psychischen Beeinträchtigungen kein invalidisierender Charakter zugesprochen, da die Beschwerdeführerin aufgrund der zuletzt im Jahre 2011 diagnostizierten depressiven Episode seit Mai 2011 nicht mehr in Behandlung gewesen war. Aus diesem Umstand wurde darauf geschlossen, dass sie ihr psychisches Leiden selber offenbar nicht als besonders schwer erlebe, andernfalls sie sich einer konsequenten Depressionsbehandlung unterzogen hätte. Zudem wurde auf verchiedentlich erwähnte psychosoziale Belastungsfaktoren hingewiesen, welche dem Krankheitswert der psychischen Gesundheitsschädigung entgegenstünden und auf die Rechtsprechung, dass leichte bis höchstens mittelschwere Störungen aus dem depressiven Formenkreis als therapierbar gelten. Ebenso wurde dem im Juni 2011 diagnostizierten generalisierten Schmerzsyndrom unter Berücksichtigung der zu diesem Zeitpunkt noch geltenden Überwindbarkeitsrechtsprechung eine invalidisierende Wirkung abgesprochen (vgl. Urk. 10/95 E 4.5-6).

#### **E. 4.1**

Zum Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung im Februar 2015 (Urk. 2) präsentierte sich die relevante medizinische Aktenlage wie folgt :

Dr. med. C.\_\_\_\_

nannte in seinem Bericht vom 14. Februar 2014 (Urk. 10/92) als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, ICD-10 F33.1, bestehend seit 2009. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ICD-10 F45.4 (Ziff. 1.1). Dr. C.\_\_\_\_ führte aus, die Beschwerdeführerin sei seit dem 6. Juni 2013 bei ihm in Behandlung und die letzte Kontrolle habe am 28. Februar 2014 stattgefunden (Ziff. 1.2). In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Produktionsmitarbeiterin bestehe aufgrund der depressiven Stimmungslage, des verminderten Antriebes und der körperlichen Einschränkungen sowie der Schlafbeschwerden, der Konzentrationsstörungen und der Vergesslichkeit seit dem 7. August 2009 bis etwa ein Jahr eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Ziff. 1.6-7). Wegen der depressiven Symptomatik bestehe aktuell aus psychiatrischer Sicht eine Verminderung der Leistungsfähigkeit von 50%. Eine behinderungsangepasste Tätigkeit sei in zwei bis vier Monaten bis zu 4 Stunden am Tag, entsprechend einem Pensum von 50%, möglich (Ziff.

#### **E. 4.2**

Dr. med. D.\_\_\_\_, Oberarzt, Klinik für Gynäkologie, B.\_\_\_\_, stellte in seinem Bericht vom 1. Oktober 2014 (Urk. 10/98) folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - Periarthropathia

humeroscapularis rechts - chronisches panvertebrales spondylogenes Syndrom

Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er einen Status nach Borderline Tumor rechts, Erstdiagnose im Januar 2011, und einen Status nach Teratom Ovar links, Erstdiagnose März 2014 (Ziff. 1.1).

Dr. D.\_\_\_\_ führte aus, die Beschwerdeführerin komme alle drei Monate zur regelmässigen Nachsorge (Ziff. 1.2). Aus gynäkologischer Sicht bestünden keine Gründe für eine Arbeitsunfähigkeit. Die Patientin sei lediglich in einer regulären Nachsorge (Ziff. 1.11).

#### **E. 4.3**

Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte in seinem Bericht vom 6. Oktober 2014 ( Urk. 10/100) aus, die Diagnosen hätten sich seit dem letzten Bericht nicht verändert ( Ziff. 1.1). Die letzte Kontrolle habe am 24. September 2014 stattgefunden ( Ziff. 1.2). Die Beschwerdeführerin leide beim morgendlichen Aufstehen mindestens 30 Minuten an starken Schmerzen und müsse manchmal weinen. Dann liege sie eventuell ein bis zwei Stunden. Im Haushalt müsse immer der Mann helfen. Sie könne nicht bügeln. Bei einer Hose tue schon der rechte Arm weh und beim Spazieren sei sie immer sofort müde. Schon beim Schneiden einer Karotte sei sie sofort müde. Sie wirke traurig und antriebslos und die Prognose sei schwierig ( Ziff. 1.4)

In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit bestehe bis auf weiteres eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % ( Ziff. 1.6). Es bestünden vor allem körperliche Einschränkungen, die sich massiv auf die Psyche auswirkten. Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar ( Ziff. 1.7) . Es sei leider insgesamt keine Besserung , sondern eher eine Verschlechterung eingetreten , und nach wie vor bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % ( Ziff. 1.11).

#### **E. 4.4**

Dr. C.\_\_\_\_

nannte in seinem Bericht vom 7. November 2014 ( Urk. 10/102) die gleichen Diagnosen wie in seinem Bericht vom 14. Februar 2014 (vgl. vorstehend E. 4.1) und

führte aus, die letzte Kontrolle sei am 27. Oktober 2014 erfolgt ( Ziff. 1.2 ).

In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Produktionsmitarbeiterin bestehe seit dem 7. August 2009 bis etwa ein Jahr eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ( Ziff. 1.6).

Aus psychiatrischer Sicht bestehe wegen der depressiven Symptomatik aktuell eine Verminderung der Leistungsfähigkeit von 50 % . Eine behinderungsangepasste Tätigkeit sei bis zu vier Stunden am Tag möglich ( Ziff. 1.7). Es fände eine medikamentöse Behandlung , eine Psychotherapie und physiotherapeutische Massnahmen statt. Diese Massnahmen könnten die Arbeitsfähigkeit erhöhen ( Ziff. 1.8). Die Arbeitsaufnahme sei aus psychiatrischer Sicht ab sofort zu 50 % möglich ( Ziff. 1.9).

Die Beschwerdeführerin habe berichtet , dass sie sich wegen der zunehmenden körperlichen Einschränkungen und Schmerzen immer mehr zu Hause isolieren müssen. Wegen der Schmerzen sei der Schlaf gestört und sie erlebe fast jede Nacht Durchschlafstörungen. Die häufigen Alpträume belasteten sie zusätzlich . Am folgenden Tag sei sie dann immer müde und lustlos und liege die meiste Zeit auf dem Sofa. Ihre Stimmung sei oft schlecht und sie habe keine Lebensfreude mehr. Sie sei in letzter Zeit vergesslich geworden und erlebe Konzentrationsstörungen , so zum Beispiel beim Lesen oder Kochen.

Im März 2014 habe eine Ovariectomie links durchgeführt werden müssen. Wegen des anfänglichen Krebsrisikos hätten die Untersuchungen und die Operation die Patientin erheblich belastet . Seit Beginn der Behandlung habe sich der finanzielle Engpass der Familie nicht geändert und der Lohn des Ehemannes sei weiterhin verpfändet und es bestünden weiterhin hohe Schulden. Seit fünf Jahren hätten sie keine Ferien mehr machen können. Die Situation belastete die Patientin psychisch sehr .

Dr. C.\_\_\_\_ führte aus, die Patientin habe im bisherigen Verlauf keine sichtbare Besserung der depressiven Symptomatik gezeigt. Sie berichte weiterhin über körperliche

Beschwerden. Aufgrund der noch vorhandenen Belastungsfaktoren (unter anderem finanzieller Engpass, hohe Schulden, körperliche Einschränkungen) sehe man für die nahe Zukunft keine positive Prognose ( Ziff. 1.4).

#### **E. 4.5**

Die Ärzte der

Z.\_\_\_\_ stellten in ihrem Aus tritts bericht vom 27. März 2015 ( Urk. 13) folgende Diagnosen (S. 1): - mittelgradige depressive Episode, ICD-10 F32.1 - Adipositas, BMI = 37 kg/m<sup>2</sup> - essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet, ohne Angabe einer hypertensiven Krise - Status nach Bandscheibenvorfall Höhe L5 im Januar 2009 - Kompression von Nervenwurzeln und Nervenplexus bei Bandscheibenschäden im/seit Januar 2009, teilweise mit Lähmungserscheinungen im Bereich des rechten Beins - Rückenschmerzen im gesamten rechten Rückenbereich - Aggravation durch Autounfall am 7. August 2009 - Differenzialdiagnose: anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ICD-10 F45.40 - Läsionen der Rotatorenmanschette rechts seit August 2009, Gelenkschmerz Schulterregion - Aggravation durch Autounfall am 7. August 2009 - Differenzialdiagnose: anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ICD-10 F45.40 - bösartige Neubildung des rechten Ovars (Teratokarzinom) - konsekutive Ovariectomie rechts im Januar 2011 - gutartige Neubildung des linken Ovars (reifes Teratom) - konsekutive Ovariectomie links im März 2014 - allergische Rhinopathie durch Hausstaubmilbenkot - Kalkaneussporn rechts - nicht näher bezeichnete unerwünschte Nebenwirkungen eines Arzneimittels oder einer Droge (Röntgenkontrastmittel, Kaliumhypochlorit-Lösung und Kortison)

Die Ärzte der Z.\_\_\_\_ führten aus, die Beschwerdeführerin sei erstmals vom 19. Januar bis 24. März 2015 stationär in der Klinik hospitalisiert gewesen (S.

1).

Sie sei freiwillig auf Zuweisung ihrer ambulant behandelnden Psychiaterin in die Klinik eingetreten. Die Zuweisung sei vor dem Hintergrund einer schweren depressiven Störung ohne psychotische Symptome erfolgt (S. 2 Mitte).

Zum Verlauf führten die Ärzte aus, die Beschwerdeführerin habe sich auf der Angst- und Depressions-Station schnell eingelebt und vor allem Anschluss zu türkischsprachigen Mitpatientinnen gefunden. Ein immer wiederkehrendes Thema während des Aufenthaltes seien die Befürchtungen der Beschwerdeführerin gewesen, dass sie von ihrem Mann für eine jüngere und vor allem zueigungsfähige Frau verlassen werden könnte. Die Patientin sei diesbezüglich von ihren Schwiegereltern offenbar massiv unter Druck gesetzt. Auch die Angst vor einem weiteren Malignom sei immer wieder aufgetaucht. Zudem habe sie auch immer wieder über ihre Schulter- und Rückenschmerzen geklagt, allerdings während der gesamten Hospitalisation sehr wenig bis gar keine Motivation gezeigt, in Form von körperlicher Ertüchtigung etwas aktiv gegen ihre nicht zuletzt durch eine mangelhafte Muskulatur bedingten Leiden zu tun. Sie sei vor jedem Wochenende angehalten worden, zuhause mindestens einmal nach draussen zu gehen, was sie allerdings bis zum Austritt nie geschafft habe. Ein zentrales Anliegen der Patientin sei auch ein erneutes IV-Gutachten aufgrund ihrer Schmerzen und der hohen Verschuldung gewesen, was seitens der Klinik auch erstellt worden sei (S. 6 Mitte).

Der Sozialdienst der F.\_\_\_\_ habe sich der massiven Verschuldung der Familie angenommen, jedoch sei das Ehepaar bis zuletzt immer wieder der Auffassung gewesen,

dass die Schuldenberatungsstelle ihre Schulden begleichen würde und habe von dieser Überzeugung nicht abgebracht werden können, was zu stetig neuen Enttäuschungen geführt habe. Ebenfalls habe der Sozialdienst eine psychiatrische Spitex für die Patientin organisiert, jedoch habe es der Familie nicht einleuchtet, dass diese nicht wie zuvor die somatische Spitex den Haushalt führen werde. Am Wochenende vor dem geplanten Austritt sei die Beschwerdeführerin offenbar zuhause im Begriff gewesen, in suizidaler Absicht mehrere Tabletten zu schlucken und habe dabei von ihrem Ehemann gerade noch gehindert werden können, weshalb der Aufenthalt nochmals verlängert worden sei. Am 24. März 2015 sei die Beschwerdeführerin bei fehlenden Aspekten einer akuten Selbstbeziehungsweise Fremdgefährdung von ihrem Mann auf der Station abgeholt worden und ausgetreten (S. 6 unten).

## **E. 5**

) zudem aus, dass die Beschwerdeführerin während des gesamten Klinikaufenthaltes keinerlei Motivation gezeigt habe, sich körperlich zu ertüchtigen und aktiv etwas gegen die nicht zuletzt durch die mangelhafte Muskulatur bedingten Leiden zu unternehmen.

### **E. 5.1**

In somatischer Hinsicht lässt sich kein seit der letztmaligen Prüfung des Rentenanspruches veränderter Gesundheitszustand entnehmen.

In Bezug auf den Hausarzt Dr. E.\_\_\_\_

ist zu beachten, dass er einerseits in seinem Bericht vom Oktober 2014 (vgl. vorstehend E. 4.3) keine neuen Diagnosen nannte und andererseits,

dass Berichte behandelnder Ärzte aufgrund der auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen sind. Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie den behandelnden Spezialarzt (Urteil des Bundesgerichts I 655/05 vom 20. März 2006 E).

### **E. 5.2**

Zu prüfen ist im Folgenden, ob in psychiatrischer Hinsicht eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten ist und ob daraus invalidenversicherungsrechtlich relevante Auswirkungen resultieren.

In psychischer Hinsicht nannte Dr. C.\_\_\_\_ im Februar und im November 2014 (vorstehend E. 4.1 und E. 4.4) als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine seit 2009 bestehende rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), und leitete daraus eine generelle Arbeitsunfähigkeit von 50 % ab.

Aus dem Umstand, dass er die rezidivierende depressive Störung bereits seit 2009 als bestehend erachtete, kann nicht darauf geschlossen werden, dass es sich bei seiner Einschätzung lediglich um eine andere Beurteilung eines gleich gebliebenen Sachverhaltes handelt, sind doch die Ausprägungsformen einer rezidivierenden depressiven Störung unterschiedlich. Bei seiner Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ist jedoch zu beachten, dass Dr. C.\_\_\_\_, wie im Übrigen auch die Ärzte der Z.\_\_\_\_, welche im März 2015 eine mittelgradige depressive Episode

( ICD-10 F32.1 ) diagnostizierten (vgl. vorstehend E. 4.6), von einer erheblichen psychosozialen Belastungssituation berichtete. Eine klare Abgrenzung der psychosozialen

Belastungsfaktoren zum krankheitswerten Leiden fand weder durch Dr. C.\_\_\_\_  
noch durch die Ärzte der Z.\_\_\_\_ statt.

Zudem ist auf die Rechtsprechung des Bundesgerichts zu verweisen, wonach leichte bis höchstens mittelschwere Störungen aus dem depressiven Formenkreis grundsätzlich als therapierbar gelten (Urteil des Bundesgerichts 9C\_696/2012 vom 19. Juni 2013 E. 4.3.2.1).

Im Übrigen hat sich auch die von den Ärzten der Y.\_\_\_\_

im Dezember 2012 gestellte Verdachtsdiagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung (vgl. Urk. 10/103/3) nicht bestätigt. Insgesamt ist damit eine relevante Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin nicht ausgewiesen.

### **E. 5.3**

An diesem Ergebnis ändern auch die nachträglich eingereichten Berichte betreffend den erneuten stationären Aufenthalt

vom 5. Mai bis 18. Juni 2015 in der Z.\_\_\_\_

(vgl. Urk. 17) und den vom 17. August bis 9. Oktober 2015 dauernden tagesklinischen Aufenthalt im G.\_\_\_\_ (vgl. Urk. 20/1) nichts, zumal diese hauptsächlich den Zeitraum nach der angefochtenen Verfügung vom 3. Februar 2015 betreffen. Zudem fand der erneute Aufenthalt in der Z.\_\_\_\_ infolge einer vorübergehenden Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes im Rahmen der bekannten psychosozialen Belastungssituation statt, und die Beschwerdeführerin wurde in stabilisiertem psychopathologischen Zustand entlassen (vgl. Urk. 17 S. 2 und S. 5).

### **E. 5.4**

Aufgrund des Gesagten ist daher festzuhalten, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der mit Urteil des hiesigen Gerichts vom 3. Juni 2014 (Urk. 10/95) bestätigten Verfügung vom 18. Oktober 2012 (Urk. 10/77) weder in somatischer noch in psychiatrischer Hinsicht in invalidenversicherungsrechtlich relevanter Weise verändert respektive verschlechtert hat. Es ist nach wie vor davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer in eine behinderungsangepasste Tätigkeit im Umfang von 100 % zumutbar ist. Mangels anderer weitiger Vorbringen oder Anhaltspunkte in den Akten bleibt es demnach auch bei dem mit Urteil vom 3. Juni 2014

festgehaltenen

rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 17 % (Urk. 10/95 E. 4.8).

Die Verfügung vom 3. Februar 2015 (Urk. 2) erweist sich demnach als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

### **E. 6**

.1

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführer in aufzuerlegen, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse

zu nehmen.

### **E. 6.2**

Nach § 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ( GSVGer ) bemisst sich die Höhe der gerichtlich festzusetzenden Entschädigung nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens, jedoch ohne Rücksicht auf den Streitwert. Gemäss §

### **E. 6.3**

Der von Rechtsanwalt Abdullah Karakök mit Eingabe vom 7. April 2016 ( Urk. 22 ) geltend gemachte Aufwand von 23.49 Stunden ( Urk. 23/2 ) ist der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses nicht angemessen.

Insbesondere gab die Beschwerdeschrift in grossen Teilen den gesamten medizinischen Sachverhalt , wie er sich bereits zum Zeitpunkt des rechtskräftigen Urteils vom 3. Juni 2014 ( Urk. 6/95 ) präsentiert hatte (vgl. Urk. 1 S. 3- 13) und welcher darin gewürdigt wurde , wieder, was als unnötiger Aufwand erachtet wird. Namentlich erscheint auch ein Instruktionsaufwand von rund 4 Stunden als überhöht , und die Abklärungen im Zusammenhang mit dem rund ein halbes Jahr nach Verfügungserlass erfolgten Aufenthalt der Beschwerdeführerin im G.\_\_\_\_

sind vorliegend nicht zu entschädigen .

Angesichts der zu studierenden Anzahl Aktenstücke der Beschwerdegegnerin, des notwendigen Aufwandes im Zusammenhang mit der Rechtschrift, den Aufwendungen im Zusammenhang mit dem Gesuch um unentgeltliche Rechtsverteisterung sowie der in ähnlichen Fällen zugesprochenen Beträgen ist die Entschädigung von Rechtsanwalt Abdullah

Karakök

bei Anwendung des gerichtlichen Stundenansatzes von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) auf Fr. 3'500.--

festzusetzen. 6.4

Die Beschwerdeführerin ist auf § 16 Abs. 4 GSVGer hinzuweisen, wonach sie zur Nachzahlung der Auslagen für die Vertretung verpflichtet werden kann, sobald sie dazu in der Lage ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt , zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Abdullah Karakök, Zürich, wird mit Fr. 3'500.-- (inkl. Barauslagen und MWSt ) aus der Gerichtskasse entschädigt. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Abdullah Karakök -  
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für

Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 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 1. Juli bis und mit dem 5. August sowie vom 1. 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  
Mosimann  
Schucan

## **E. 8**

in Verbindung mit § 7 Abs. 1 der seit 1. Juli 2011 in Kraft stehenden Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht ( GebV SVGer ) wird - auch im Rahmen der unentgeltlichen Rechtsvertretung - namentlich für unnötigen Aufwand kein Ersatz gewährt.

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