

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00928 vom 20. Oktober 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-10-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00928

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00928 du 20 octobre 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00928 del 20 ottobre 2016

Erwägungen

E. 1.1

Wurde eine Rente

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

E. 1.2

Nach Eingang einer Neuanmeldung ist die Verwaltung zunächst zur Prüfung verpflichtet, ob die Vorbringen der versicherten Person überhaupt glaubhaft sind; verneint sie dies, so erledigt sie das Gesuch ohne weitere Abklärungen durch Nichteintreten. 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 64 E. 5.2, 72 E.

E. 1.3

Mit Art. 87 Abs. 3 in Verbindung mit Abs. 2 IVV 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 108 E. 2a, 264 E. 3). Hingegen kann diese Eintretensvorschrift nicht dahingehend ausgelegt werden, dass die glaubhaft zu machende Änderung gerade jenes Anspruchselement betreffen muss, welches die Verwaltung der früheren rechtskräftigen Leistungsabweisung zugrunde legte. Vielmehr muss es genügen, wenn die versicherte Person zumindest die Änderung eines Sachverhalts aus dem gesamten für die Rentenberechtigung erheblichen Tatsachenspektrum glaubwürdig dartut. Trifft dies zu, ist die Verwaltung verpflichtet, auf das neue Leistungsbegehren einzutreten und es in tatsächlicher (wie selbstverständlich auch in rechtlicher) Hinsicht allseitig zu prüfen (BGE 117 V 198 E. 3a und E. 4b; vgl. auch BGE 130 V 64 E. 5.2, 72 E.

E. 1.4

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 Neuanmeldung die massgebliche Tatsachendarstellung 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 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). 2.

E. 2

Die Versicherte erhob am 10. September 2015 Beschwerde (Urk. 1) gegen die Verfügung vom 14. August 2015 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihr eine ganze Rente zuzusprechen.

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 1

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung vom 14. August 2015 (Urk. 2) davon aus, dass in den neu eingegangenen Unterlagen insgesamt von einem unveränderten Gesundheitszustand berichtet werde. Bei den erwähnten neuen Diagnosen handle es sich um Verdachtsdiagnosen, welche für den Entscheid nicht berücksichtigt werden könnten, solange diese nicht gesichert seien. Der Beschwerdeführerin seien aufgrund der somatischen Befunde leichte bis mittelschwere Tätigkeiten weiterhin uneingeschränkt zumutbar. Ein relevanter Gesundheitsschaden liege nicht vor (S. 1). Im Einwandverfahren seien bis heute keine Begründung der Einwände oder medizinische Berichte zu den Akten gelegt worden. Aus den bisher zugestellten Sendungen gehe nicht hervor, inwiefern der Vorbescheid Bundesrecht verletzt haben sollte. Bei diesem Sachverhalt sei keine andere Einschätzung möglich (S. 2 Mitte). Auch aufgrund der im Beschwerdeverfahren eingereichten medizinischen Unterlagen ergäben sich keine neuen medizinischen Befunde oder Diagnosen, die auf eine erhebliche Veränderung des Gesundheitszustandes seit dem rechtskräftigen Entscheid vom 23. April 2012 schliessen liessen. Im nachgereichten Bericht der Y. ___ vom 20. August 2015 sei erstmals eine rezidivierende depressive Störung, schwere Episode mit psychotischen Symptomen, aufgeführt worden. Diese habe jedoch im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 14. August 2015 noch nicht ohne wesentlichen Unterbruch drei Monate andauert, so dass eine solche Verschlechterung der Symptomatik im vorliegenden Verfahren unberücksichtigt bleiben müsse (Urk. 10).

E. 2.2

Demgegenüber stellte sich die Beschwerdeführerin auf den Standpunkt (Urk. 1), sie sei schwer krank. Sie sei gemäss den Ärzten des Z. ___ auch nach der Einnahme von 15 Medikamenten pro Tag nicht in der Lage zu arbeiten (S. 2). Die Beschwerden seien sowohl durch die Ärzte des Spitals A. ___ wie auch durch die Ärzte der Y. ___ bestätigt worden. Sie sei nicht arbeitsfähig (S.

3).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist somit, ob seit der anspruchsverneinenden Verfügung vom April 2012 (Urk. 11/37) eine erhebliche Veränderung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin eingetreten ist und ihr infolge dessen ein Anspruch auf eine Rente zusteht. 3. 3.1

Der rechtskräftigen Verfügung vom 23. April 2012 (Urk. 11/37) lagen im Wesentlichen die nachfolgenden medizinischen Berichte zu Grunde. 3.2

Die Ärzte des B.____, Klinik Neurologie, berichteten am 8. Mai 2007 (Urk. 11/13/7 = Urk. 11/18/11) und nannten folgende Diagnosen: - chronische Kopfschmerzen - chronisches Kopfweg vom Spannungstyp - Kopfweg bei Analgetikaüberkonsum - depressive Verstimmung - arterielle Hypertonie

Sie führten aus, dass weiterhin täglich Kopfweg bestehe. Das Kopfweg habe unter Topamax eher zugenommen, ausserdem seien Magenprobleme dazugekommen. Vor einer Woche sei es erneut zu einer Schmerzexazerbation bei Blockierung der rechten Schulter gekommen. Bei subdepressiver Stimmungslage sei zunächst der Effekt von Fluoxetin abzuwarten. 3.3

Die Ärzte des Spitals A.____ berichteten am 7. Juli 2007 (Urk. 11/18/13) und führten aus, dass die Beschwerdeführerin seit einer Woche unter bestehender starker Müdigkeit leide. Ausserdem klage sie über Kopfschmerzen. In Anbetracht der nicht akuten Situation werde die Beschwerdeführerin auf die Vorstellung beim Hausarzt verwiesen. 3.4

Dr. med. C.____, Facharzt für Rheumatologie, berichtete am 26. Oktober 2009 (Urk. 11/12/6-7 = Urk. 11/18/17-18) und nannte folgende Diagnosen: - hoher Verdacht auf Fibromyalgie bei - depressiver Entwicklung - chronisches lumbales Schmerzsyndrom bei Hyperlordose und Spondylolisthesis Grad I L5/S1 bei Spondylolyse - tendenziell Hypermobilität - Hypertonie unter Betablockern

Er führte aus, die Beschwerdeführerin klage über Schmerzen am ganzen Körper. Schmerzmittel würden ihr nicht helfen, egal was sie nehme. Wenn sie länger als eine Viertelstunde laufen müsse, dann würden die Schmerzen lumbal und in den Beinen beginnen. Auch beim Velo fahren bestehe eine Zunahme der Schmerzen. Sie probiere gelegentlich eine halbe Stunde zu gehen oder Velo zu fahren, das gehe aber nicht. Zurzeit habe sie keine Arbeit. Die letzte Arbeitsstelle sei bei der D.____ gewesen. Zurzeit suche sie eine volle Stelle (S.

1). Es bestehe eine freie Beweglichkeit der Hüft-, Knie- und Sprunggelenke. Bei der Palpation finde man Druckdolenz am Schulter- und am Beckengürtel. Hingegen bestünden kaum Druckdolenz an den Ellbogen, Hand-, Knie- und Sprunggelenken. Die Schmerzbeschreibungen der Beschwerdeführerin seien relativ global. Er habe ihr empfohlen, ein Schmerztagebuch zu führen und gleichzeitig die eingenommenen Medikamente zu notieren. Sollten sich aufgrund des Schmerztagebuches die eingenommenen Medikamente als unwirksam erweisen, müsste der Beschwerdeführerin eine strikte Analgetikaabstinenz empfohlen werden. Zur Verbesserung der lumbalen Stabilität könnte man danach auch eine lumbale segmentale Stabilisation in der Physiotherapie verordnen (S. 2).

Dr. C.____ berichtete erneut am 11. November 2009 (Urk. 11/18/22) und führte aus, dem Schmerzprotokoll sei zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin gelegentlich 2 bis 3 Tage kein Dafalgan einnehme. Laut den Angaben der Beschwerdeführerin sei die Schmerzempfindung an den Dafalgan freien Tagen jedoch nicht wesentlich anders. Sie wolle jedoch trotzdem nicht auf die Einnahme von Dafalgan verzichten. Eine Entwöhnung von Dafalgan wäre sinnvoll, da es kaum viel nütze. Er habe ihr empfohlen, Dafalgan vorerst nur noch jeden zweiten Tag einzunehmen, das Schmerzprotokoll weiterzuführen und nach drei bis vier Wochen nochmals vorbeizukommen. 3.5

Die Ärzte des Spitals A.____, Pneumologie, berichteten am 22. Juni 2010 (Urk. 11/18/23-26 = Urk. 11/20/7-11) und nannten folgende Diagnosen: - chronischer Husten, wahrscheinlich als Folge einer möglichen Reflux-Krankheit, einer Reizung im Kehlkopfbereich und einer möglichen hin teren Rhinorrhoe - Adipositas - Fibromyalgie-Syndrom - grenzwertig erhöhte diastolische Blutdruckwerte

Sie führten aus, dass im Anschluss an einen grippalen Infekt im November 2009 ein trockener Husten persistiert habe. Die üblichen Medikamente/Hausmittel seien ohne Effekt geblieben. Das Ganze sei durch Sprechen provoziert worden. Nachts sei der Husten stärker, so dass die Beschwerdeführerin schlecht schlafen könne (S. 1). Die Lungenfunktionsprüfung und die Diffusionsmessung seien unauffällig ausgefallen. Das Thoraxbild habe ein grenzwertig vergrössertes Herz mit kardialer Dekompensation gezeigt. Infiltrate oder interstitielle Veränderungen seien nicht sichtbar gewesen. Aufgrund der Anamnese sei am ehesten von einem Reflux-induzierten Husten auszugehen, allenfalls noch verstärkt durch eine hintere Rhinorrhoe, die ebenfalls im Hals zu einer Reizung führe. Die konsequente Therapie mit hochdosiertem Pantozol, Antirefluxmassnahmen und topischen Nasensteroiden habe jedoch nach 5

Wochen zu keiner Veränderung des Hustens geführt, so dass nun natürlich an der Refluxtheorie zu zweifeln sei. Auffällig in der Anamnese sei, dass der Husten ausgelöst werde durch längeres Sprechen und abends durch ein plötzlich auftretenden Kratzen im Bereich des Halses rechts, so dass noch an ein Problem im Bereich des Larynx zu denken sei. Die Beschwerdeführerin werde deshalb zur ORL-fachärztlichen Abklärung angemeldet. 3.6

Dr. med. E.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, berichtete am 23. November 2011 (Urk. 11/18/1-10) und nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Fibromyalgiesyndrom, bestehend seit 2008 - chronisches lumbales Schmerzsyndrom bei Hyperlordose und Spondylolisthesis Grad I L5/S1 bei Spondylolyse, bestehend seit 2000 - chronisches Zervikozephalosyndrom, bestehend seit 2001

Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte er rezidivierende depressive Episoden, eine arterielle Hypertonie, eine Osteopenie, einen Senkpreisschmerz, eine Migräne sowie dyspeptische Beschwerden (S. 1). Er führte aus, dass die Beschwerdeführerin in den letzten Jahren zunehmend Beschwerden seitens des Bewegungsapparates beklage. Bei Belastung seien die Schmerzen zunehmend. In den letzten Monaten habe die Beschwerdeführerin als Zimmermädchen gearbeitet, was die lumbalen und zervikalen Schmerzen zur Exazerbation gebracht habe (S. 2 oben).

Die Beschwerdeführerin sei vom 19.

August bis zum 18. September 2011 als Zimmermädchen zu 100% arbeitsunfähig, und ab dem 20. September 2011 zu 50% arbeitsunfähig. Aufgrund der Beschwerden am Bewegungsapparat bestehe eine verminderte Belastbarkeit. Repetitive Arbeiten in vorgebeugter Haltung, Rotationen und das Heben von Gewichten von mehr als 10 kg seien zu vermeiden (S. 2). Leichte, nicht repetitive Arbeiten mit Wechselbelastung seien der Beschwerdeführerin ab sofort ganztags zumutbar (S. 3). 3.7

Die Ärzte des Spitals A.____ berichteten am 1. Dezember 2011 (Urk. 11/20/5) und führten aus, dass von pulmonaler Seite her in erster Linie ein chronischer Husten bestehe, welcher zu weiterführenden Abklärungen geführt habe. Aufgrund des Hustens alleine sei kein

Grund ersichtlich, wieso die Beschwerdeführerin nicht arbeiten sollte. Eine ORL-fachärztliche Untersuchung habe ausserdem den Verdacht auf eine Stimmbanddysfunktion ergeben. Eine entsprechende Therapie sei erfolgt, die Beschwerdeführerin habe davon aber leider nicht profitieren können. Lungenfunktionell bestehe keine Einschränkung. 3.8

Pract. med. F.____, Fachärztin für Orthopädie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD) der Beschwerdeführerin, nahm am 8. Februar 2012 Stellung (Urk. 11/25/3-4) und führte aus, dass nach Auskunft des Hausarztes mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit die Diagnosen eines Fibromyalgiesyndroms, eines chronischen lumbalen Schmerzsyndroms bei Spondylolisthese Grad I sowie eines chronischen Zervikozephalosyndroms vorlägen. Bezüglich des Zervikozephalosyndroms und des lumbalen Schmerzsyndroms belege der Bericht von Dr. C.____ eine geringe Bewegungseinschränkung. Nervenwurzelreizungen oder Ausfälle seien nicht gefunden worden. Für die Halswirbelsäule werde eine leichte Bewegungseinschränkung beschrieben, weitere Befunde fehlten. Im Röntgenbefund werde ein Gleitwirbel (Spondylolisthese) Grad I beschrieben, ein Befund, der in der Regel keine dauerhaften Beschwerden verursache. Dem Bericht des Hausarztes seien keine Befunde über Funktionsminderungen der Hals- oder Lendenwirbelsäule zu entnehmen. Es würden lediglich Schmerzen berichtet. Die letzte klinische Untersuchung habe im Jahre 2007 stattgefunden mit der Diagnose Spannungskopfschmerzen. Es finde sich somit kein Hinweis auf einen dauerhaften Gesundheitsschaden der Hals- oder Lendenwirbelsäule. Ein dauerhafter Gesundheitsschaden sei nicht belegt.

Medizinisch-theoretisch könne angenommen werden, dass bei Spondylolisthese der Lendenwirbelsäule körperlich schwere und schwerste Arbeiten mit besonderer Hebe- und Tragebeanspruchung und besonderer Beanspruchung für Arbeiten in Zwangshaltungen vermieden werden sollten. Körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten seien medizinisch-theoretisch bei den vorliegenden Diagnosen weiterhin vollschichtig zumutbar. Dies entspreche dem Belastungsprofil des Arbeitgeberfragebogens. Es bestehe somit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit sowohl für die angestammte wie auch für angepasste Tätigkeiten.

4. 4.1

Für die Zeit nach der rechtskräftigen Verfügung vom April 2012 finden sich in den Akten die folgenden medizinischen Berichte: 4.2

Die Ärzte des Spitals A.____ berichteten am 4. Februar 2013 (Urk. 11/58/16) und nannten folgende Diagnosen: - Polyarthralgien (Rücken, beide Füsse, rechte Hand); Kopfschmerzen - Hypertonie, behandelt - Schwindelepisoden

Sie führten aus, dass die Beschwerdeführerin neben Schmerzen auch Schwindel beklage und die Symptome bergauf stärker seien.

Am 8. Juli 2013 berichteten sie erneut (Urk. 11/58/12-13) und nannten als Diagnosen fluktuierende Kribbelparästhesien des linken Unterarmes mit Schwerpunkt Dig. II, ein chronisches Schmerzsyndrom sowie chronische Spannungskopfschmerzen. Sie führten aus, dass die neu aufgetretenen Parästhesien seit März bestehen würden. Begonnen habe es mit Schmerzen in der Schulter, am oberen Thorax und am linken Oberarm. Manchmal strahle es bis in die Hand aus. Im Verlauf gebe es eine spontane Rückbildung der Schmerzen, aber intermittierend bestünden Parästhesien in der linken Unterarmregion. Mittlerweile sei der

2. Finger fast dauernd leicht eingeschlafen. Es bestehe eine gewisse Angst vor einer koronaren Herzkrankheit. Die Beschwerdeführerin arbeite zu 100 % in den Gastronomiebetrieben der G.____. Die Arbeit sei anstrengend und sie habe bereits Angst vor dem Zürich-Fest wegen des Arbeitszuwachses. Zurzeit werde keine Physiotherapie durchgeführt. Gemäss Angaben der Beschwerdeführerin bestehe eine ängstliche, depressive Störung (S.

1). Die Ursache der Parästhesien des linken Unterarms nach Vorboten von Schulterschmerzen sei unklar. Am besten würden die Befunde zu einem leichten residuellen sensiblen radikulären Ausfallsyndrom C6 oder C7 passen. In Anbetracht der spontanen Besserung (insbesondere der Schmerzen) sei zurzeit mit einer weitergehenden Diagnostik Zurückhaltung geboten. Im EMG habe ein Karpaltunnelsyndrom ausgeschlossen werden können. Hinweise für eine C6

oder C7-Radikulopathie hätten sich nicht gefunden, was eine solche jedoch nicht ausschliesse. 4.3

Mit Zeugnis vom 25. Februar 2014 (Urk. 11/50/3) attestierte Dr. E.____ der Beschwerdeführerin eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % ab dem 7. Oktober bis 1.

Dezember 2013, eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % ab dem 2. Dezember bis und mit 30. Dezember 2013 sowie eine Arbeitsunfähigkeit von wiederum 50 % ab dem 31. Dezember 2013 bis und mit 31. März 2014. 4.4

Dr. med. H.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete am 6. März 2014 (Urk. 11/50/2) und führte aus, dass er die Beschwerdeführerin vom 26. Februar bis 17. April 2013 ambulant psychiatrisch betreut habe. Es hätten damals insgesamt acht Konsultationen stattgefunden. Im März 2014 sei sie zu zwei weiteren Kontrollen bei ihm gewesen. 4.5

Dr. E.____ berichtete am 12. März 2014 (Urk. 11/50/1) und führte aus, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin in den letzten Monaten verschlechtert habe. Sie leide vermehrt unter Angst- und Panikattacken. Es könnte auch eine dissoziative Störung vorliegen. Sie habe sich daher erneut in psychiatrische Behandlung begeben. 4.6

Die Ärzte der Y.____, Ambulatorium I.____, berichteten am 13. Mai 2014 (Urk. 11/53) und nannten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0), bestehend seit zirka 10 Jahren - Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst; ICD-10 F41.0), bestehend seit zirka 15 Jahren - Verdacht auf eine leichte kognitive Störung, Differentialdiagnose: organisch (im Rahmen von ICD-10 F33.0) - Verdacht auf Persönlichkeitsakzentuierung - Verdacht auf Konversionsstörung, am ehesten dissoziative Amnesie - Morbus Basedow - arterielle Hypertonie - Fibromyalgie - lumbospondylogenes Syndrom

Sie führten aus, dass sie die Beschwerdeführerin seit dem 18. März 2014 ambulant behandelten (S. 1 Ziff. 1.2). Die Beschwerdeführerin sei ihnen durch den Hausarzt Dr. E.____ zur ambulanten psychiatrischen Behandlung im Rahmen einer depressiven Symptomatik und zunehmenden Konzentrations- sowie Gedächtnisstörungen unklarer Genese zugewiesen worden. Die bisherigen durchgeführten psychologischen Testungen hätten auf ein kognitives Syndrom hingewiesen, jedoch sei eine organische Ursache bis jetzt nicht nachgewiesen worden. Die angebotene Medikation habe die depressive Symptomatik leicht lindern können (S. 2 Ziff. 1.4).

Aktuell sei eine Prognose erschwert. Es h ä nge davon ab, ob die Beschwerdeführerin sich durch eine ambulante Institution regelmässig behandeln lassen könne, ob sie von den ambulanten therapeutischen Massnahmen profitieren könne und ob die kognitive Problematik organisch bedingt sei oder nicht. Deswegen sei eine weitere neuropsychologische Abklärung wichtig, die aber aufgrund der Sprachbarriere nicht in ihrer Institution möglich sei (S. 2 unten) . Durch den Hausarzt sei eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit vom 18. März 2015 (richtig wohl 2014) bis dato bescheinigt worden (S.

3 Ziff. 1.6) . Die bisherige Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin im Rahmen von 50 % zumutbar. Es bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit im Rahmen des kognitiven und des depressiven Syndroms (S. 3 f. Ziff. 1.7) . Es könne mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit zu 60 % ab Reduktion der depressiven und kognitiven Symptomatik gerechnet werden (S. 4 Ziff. 1.9). 4.7

Dr. E.____ berichtete am 21. Juli 2014 (Urk. 11/58/6-11), nannte die bereits bekannten Diagnosen und führte aus, dass seit dem 31. Dezember 2013 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe (S. 2 Ziff. 1.6) . Es bestünden eine Konzentrations - und Gedächtnisstörung, eine Schlaf- sowie Affektstörung, welche sich durch vermindertes Rendement auswirkten (S. 2 Ziff. 1.7). Es könne mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit im Rahmen von 50 % ab Greifen der therapeutischen Massnahmen gerechnet werden (S. 3 Ziff. 1.9). 4.8

Die Ärzte des Spitals A.____ berichteten am 10. April 2015 (Urk. 3/1) über die Sprechstunden vom 26. März und 9. April 2015. Sie nannten folgende Diagnosen: - Asthma bronchiale, neu diagnostiziert - Adipositas - Fibromyalgie-Syndrom - behandelte Hyperthyreose - arterielle Hypertonie

Sie führten aus, dass zwischenzeitlich eine Schilddrüsenüberfunktion festgestellt worden sei. Die Beschwerdeführerin leide an einem trockenen Husten ohne Auswurf. Seit 2 Monaten sei zudem eine Dyspnoe dazugekommen, sowie ein thorakales Engegefühl . Abends habe sie gelegentlich geschwollene Beine. Eine pfeifende Atmung bestehe nicht (S. 1). Lungenfunktionell habe sich eine obstruktive Ventilationsstörung mittelschweren bis schweren Grades mit erhaltener Reversibilität auf Ventolin gezeigt , passend zu einem möglichen Asthma bronchiale . Der Beschwerdeführerin sei deshalb eine Basistherapie mit Symbicort verschrieben worden. Hierunter habe sich die Situation innerhalb von 14

Tagen dahingehend verbessert, dass sich die Spirometrie vollständig normalisiert habe (S. 2). 4.9

Die Ärzte der Y.____ berichteten am 24. Juli 2015 (Urk. 3/2) über die Hospitalisation der Beschwerdeführerin vom 13. bis 24. Juli 2015 und nannten folgende Diagnosen: - Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst; ICD-10 F41.0) - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) - Verdacht auf Konversionsstörung, am ehesten dissoziative Amnesie - Morbus Basedow - arterielle Hypertonie - Fibromyalgie - lumbospondylogenes Syndrom

Sie führten aus, dass die Beschwerdeführerin freiwillig eingetreten sei wegen einer Exazerbation der rezidivierenden depressiven Störung. Im Verlauf habe sich die Beschwerdeführerin schwingungsfähiger gezeigt. Es sei der Eindruck einer leidenden Frau mit verhärteter depressiver Symptomatik entstanden. Die Beschwerdeführerin habe von diversen Therapien profitieren können (S. 1). Am 24. Juli 2015 sei der Übertritt in die

Klinik J.____ erfolgt. 4.10

Die Ärzte der Y.____, Zentrum J.____, berichteten am 20. August 2015 (Urk. 3/3) über die Hospitalisation der Beschwerdeführerin vom 24. bis 26. Juli 2015 und nannten folgende Diagnosen: - rezidivierende depressive Störung, schwere Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F33.3) - generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1)

Sie führten aus, dass der Eintritt freiwillig auf Zuweisung von der Y.____ zur weiterführenden Behandlung erfolgt sei. Die Beschwerdeführerin sei seit über 2 Jahren depressiv und habe einen verminderten Antrieb und Energie sowie neurokognitive Defizite, insbesondere betreffend Konzentration, Rechnen und Gedächtnisfunktionen. In der Y.____ habe sich ihr Zustand gebessert, die Symptome wären jedoch nicht remittiert. Unter diesen Umständen sei die Verlegung zu ihnen zur weiterführenden Behandlung erfolgt (S. 1). Die Beschwerdeführerin sei in der Aufmerksamkeit und im Gedächtnis leicht gestört. Das Auffassungsvermögen sei vorhanden. Sie sei im Affekt deprimiert und hoffnungslos, mit Verarmungsgefühlen. Im Antrieb sei sie leicht antriebs arm (S. 2). Aufgrund des Ausprägungsgrades und Charakter der neurokognitiven Defizite sei der Verdacht auf einen dementiellen Prozess entstanden. Eine weiterführende Diagnose diesbezüglich sei nicht erfolgt. Bezüglich ihres Aufenthaltes habe sich die Beschwerdeführerin ambivalent gezeigt, letztendlich habe sie um ihre Entlassung gebeten. Bei fehlenden Hinweisen auf eine akute oder latente Gefährdung sei der Austritt erfolgt (S. 3). 4.11

Die Ärzte de s

Z.____ berichteten am 7.

September 2015 (Urk. 3/4) und nannten folgende Diagnosen: - sonstige Schizophrenie – coenästhetische Schizophrenie (ICD-10 F20.8); Differentialdiagnose Konversionsstörung, dissoziative Amnesie - Panikstörung, episodisch paroxysmale Angst (ICD-10 F41.0) - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) - Verdacht auf kognitive Funktionseinschränkung - Fibromyalgie - chronisches lumbospondylogenes Syndrom - Morbus Basedow - Asthma bronchiale - arterielle Hypertonie

Sie führten aus, dass die Beschwerdeführerin seit zwei Jahren unter einer Exazerbation von affektiven Beschwerden in Form von Ängsten, Schreckhaftigkeit, Angstanfällen insbesondere nachts, Ambivalenz, innerer Leere, gedrückter Stimmung, Energielosigkeit begleitet von kognitiven Einschränkungen, leide (S.

1). Die Medikation werde optimiert und es hätten bisher 2- bis 4 wöchentliche Sitzungen stattgefunden. Im Juli 2015 habe ein stationärer Aufenthalt in der Y.____ stattgefunden, wobei die Beschwerdeführerin nach 2 Wochen auf eigene Initiative ausgetreten sei. Sie leide derzeit an kognitiven Einschränkungen und deutlich reduzierter geistiger Flexibilität. Die Beschwerdeführerin sei derzeit für die angestammte Tätigkeit als auch für eine angepasste Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig (S. 3) . 5. 5.1

Zu prüfen ist, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der rechtskräftigen Verfügung vom 23. April 2012 bis zum Zeitpunkt der Verfügung vom 14. August 2015, welcher rechtsprechungs gemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis bildet (BGE 130 V 68 E. 5.2.3, BGE 121 V 366 E. 1b mit Hinweis, vgl. auch BGE 129 V 4 E. 1.2), in einem rentenbegründenden Ausmass verschlechtert hat. 5.2

Die Rentenabweisung im Jahr 2012 erfolgte im Wesentlichen gestützt auf die Berichte der behandelnden Ärzte (vgl. vorstehend E. 3.2-3.7) sowie auf die Stellungnahme des RAD (vgl. vorstehend E. 3.8). Damals wurden

ein Fibromyalgiesyndrom mit depressiver Entwicklung, ein chronisches lumbales Schmerzsyndrom bei Spondylolisthesis Grad I, ein chronisches Zervikozephalosyndrom, chronische Kopfschmerzen sowie eine arterielle Hypertonie diagnostiziert. Gestützt darauf wurde eine 100%ige Arbeitsfähigkeit sowohl aus somatischer Sicht wie auch aus psychiatrischer Sicht als zumutbar erachtet. Einzig körperlich schwere und schwerste Arbeiten mit besonderer Hebe- und Tragebeanspruchung und besonderer Beanspruchung für Arbeiten in Zwangshaltungen sollten vermieden werden. 5.3

Die Beurteilungen, welche der Verfügung vom April 2012 zugrunde lagen, und die neueren, im massgebenden Zeitpunkt des Verfügungserlasses im August 2015 vorliegenden Beurteilungen unterscheiden sich hinsichtlich der gestellten Diagnosen darin, dass neu eine rezidivierende depressive Störung, bestehend seit zirka 10 Jahren, eine Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst; ICD-10 F41.0), bestehend seit zirka 15 Jahren, ein Verdacht auf eine leichte kognitive Störung, Differentialdiagnose: organisch (im Rahmen von ICD-10 F33.0), ein Verdacht auf Persönlichkeitsakzentuierung, ein Verdacht auf eine Konversionsstörung, am ehesten dissoziative Amnesie sowie Polyarthralgien genannt wurden.

Ansonsten liegt eine im Vergleich zu den früheren Berichten präzisere formulierte Beurteilung des im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhaltes vor. Von Bedeutung war und ist demnach ein seit Jahren bestehendes chronisches Schmerzsyndrom mit einer depressiven Entwicklung. Dabei ist entscheidend, wie sich die diagnostizierten Leiden auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auswirken.

5.4

In den Berichten der Ärzte der Y.____ von Juli und August 2015 wurde die rezidivierende Störung erstmals als mittelgradig beziehungsweise schwer ausgeprägt charakterisiert (vorstehend E. 4.9-10). Möglicherweise zeichnete sich somit in diesem Zeitpunkt ein verschlechterter Gesundheitszustand ab. Da eine solche allfällige Verschlechterung der Symptomatik jedoch im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 14. August 2015 jedenfalls noch nicht ohne wesentlichen Unterbruch drei Monate andauert hat, muss sie im vorliegenden Verfahren unberücksichtigt bleiben.

Nicht auszuschliessen ist bei dieser Sachlage, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit Verfügungserlass verschlechtert hat. Die Sache ist deshalb nach Eintritt der Rechtskraft an die Beschwerdegegnerin zu überweisen, damit sie dies prüfe. 5.5

Es ist unbestritten und aufgrund der Akten ausgewiesen, dass die Beschwerdeführerin trotz der bestehenden Spondylolisthese der Lendenwirbelsäule in ihrer angestammten Tätigkeit in den vor 2012 ergangenen Beurteilungen als zu 100 % arbeitsfähig beurteilt wurde (vgl. vorstehend E. 3.8). Der medizinische Sachverhalt wurde als dahingehend geklärt und erstellt betrachtet, dass die Beschwerdeführerin aufgrund der Spondylolisthese der Lendenwirbelsäule körperlich schwere und schwerste Arbeiten mit besonderer Hebe- und Tragebeanspruchung und besonderer Beanspruchung für Arbeiten in Zwangshaltungen vermeiden sollte, ihr körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten bei den vorliegenden Diagnosen jedoch weiterhin vollschichtig zumutbar seien.

Im Jahre 2014 attestierte Dr. E.____ der Beschwerdeführerin eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % ab dem 7. Oktober bis 1. Dezember 2013, eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % ab dem 2. Dezember bis 30.

Dezember 2013 und wiederum eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % ab dem 31. Dezember 2013 bis 31. März 2014 (vgl. vorstehend E. 4.3). Die Ärzte der Y.____ verwiesen in ihrer Beurteilung im Mai 2014 auf die Beurteilung des Hausarztes Dr. E.____, welcher eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt habe, und führten sodann aus, dass mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit zu 60 % ab Reduktion der depressiven und kognitiven Symptomatik gerechnet werden könne (vgl. vorstehend E. 4.6). 5.

E. 6

Nach der Würdigung der Akten ist mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit eine im Verfügungszeitpunkt seit drei Monaten anhaltende Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin nicht ausgewiesen. Im Vergleich zur Beurteilung im Jahre 2012 bestehen zwar geringgradig andere gesundheitliche Beschwerden, es werden jedoch keine wesentlichen neuen funktionellen Einschränkungen aufgeführt.

So machten die Ärzte des Spitals A.____ ausdrücklich darauf aufmerksam, dass die Beschwerdeführerin zu 100 % in den Gastronomiebetrieben der G.____ arbeite und erwähnten in keinem ihrer Berichte eine entsprechende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (vgl. vorstehend E. 4.2).

Die Ärzte der Y.____ zeigten anlässlich der Diagnosestellung im Mai 2014 auf, dass die Beschwerdeführerin bereits seit zirka 10 Jahren an einer rezidivierenden depressiven Störung leidet und auch die Panikstörung bereits mehr als 15

Jahre besteht. Sie zeigten somit in nachvollziehbarer Weise auf, dass es diesbezüglich in den letzten Jahren nicht zu einer Verschlechterung der psychischen Symptomatik gekommen ist, zumal bis kurz vor Verfügungserlass von einer leichten depressiven Episode auszugehen sei (vgl. vorstehend E. 4.6).

Rechtsprechungsgemäss gelten leichte bis höchstens mittelschwere psychische Störungen aus dem depressiven Formenkreis nicht als invalidisierend, da diese grundsätzlich therapeutisch angebar sind (vgl. Habermeyer / Venzlaff, Affektive Störungen, in: Psychiatrische Begutachtung, 5. Aufl. 2009, S. 193; SVR 2012 IV Nr. 18 = 9C_418/2010 E. 5.3.4; Urteil des Bundesgerichts 9C_736/2011 vom 7. Februar 2012 E. 4.2.2.1).

Die von den Ärzten der Y.____ erwähnte 50%ige Arbeitsunfähigkeit kann vor diesem Hintergrund nicht nachvollzogen werden, zumal sie ihre Einschätzung weder näher begründeten noch ausführliche Angaben zu allfälligen funktionellen Einschränkungen machten. Aus den Akten geht sodann hervor, dass die Beschwerdeführerin erst ab März 2014 wieder eine psychotherapeutische Behandlung in Anspruch nahm, womit im Berichtszeitpunkt lediglich wenige Konsultationen in der Y.____ sowie zwei Kontrollen bei Dr. H.____ (vgl. vorstehend E. 4.4) stattgefunden hatten. Die Ärzte der Y.____ nannten in ihrem Bericht neben den Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung sowie einer Panikstörung einen Verdacht auf eine leichte kognitive Störung, Differentialdiagnose: organisch (im Rahmen von ICD-10 F33.0), einen Verdacht auf eine Persönlichkeitsakzentuierung sowie einen Verdacht auf eine Konversionsstörung, am ehesten dissoziative Amnesie, auf.

Die von den Ärzten der Y.____

attestierten Arbeitsunfähigkeit von 50 % vermag auch im Hinblick auf die weiteren Diagnosen, welche bloss Verdachtsdiagnosen sind, nicht zu überzeugen. Vor dem Hintergrund des bloss geäusserten Verdachts sowie der Konsultationshäufigkeit der Beschwerdeführerin erscheint die attestierte Arbeitsunfähigkeit ohne nähere Begründung nicht nachvollziehbar. Des Weiteren bleibt anzufügen, dass die Persönlichkeitsakzentuierung in der Kategorie "Probleme verbunden mit Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung" aufgeführt ist und damit zu den Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten führen (ICD-10 Z.00-/99) gehört, denen je doch kein versicherungsmedizinischer Krankheitswert zukommt (vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C_663/2010 vom 15. November 2010 E. 5.2.4). Die Z-Kategorisierung ist für Fälle vorgesehen, in denen Sachverhalte als „Diagnosen“ oder „Probleme“ angegeben sind, die nicht als Krankheit, Verletzung oder äussere Ursache unter den Kategorien ICD-10 A00-Y89 klassifizierbar sind. Dies, wenn irgendwelche Umstände oder Probleme vorliegen, die den Gesundheitszustand einer Person beeinflussen, an sich aber keine bestehende Krankheit oder Schädigung sind (ICD-10 Band 1 Version 1.3, Gesamtausgabe Österreich-Schweiz-Deutschland, Kapitel XXI, S. 1239).

Auch auf die nicht weiter begründete Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch den Hausarzt Dr. E.____ (vorstehend E. 4.3, E. 4.5, E. 4.7) kann nicht abgestellt werden.

Dr. E.____ legte in seinen Berichten und dem Arbeitsunfähigkeitszeugnis weder Befunde dar noch gab er eine nachvollziehbar begründete und durch entsprechende Befunde untermauerte medizinisch-theoretische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ab. Die von Dr. E.____ genannte Arbeitsunfähigkeit kann vor diesem Hintergrund nicht nachvollzogen werden, zumal er seine Einschätzung weder näher begründete noch ausführliche Angaben zu den funktionellen Einschränkungen machte. Dr. E.____ stützte sich bei seinen Ausführungen zudem auch auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin, welche für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht massgebend sind. 5.

E. 7

Zusammenfassend ist nach dem Gesagten festzuhalten, dass nach der Würdigung der medizinischen Akten mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit sowohl in Bezug auf die Diagnosen wie auch in Bezug auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht von einer objektiven, anspruchserheblichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin, sondern nach wie vor von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten ohne schwere und schwerste Arbeiten mit besonderer Hebe- und Tragebeanspruchung und besonderer Beanspruchung für Arbeiten in Zwangshaltungen auszugehen ist.

Die Beschwerdegegnerin hat somit den Anspruch auf eine Invalidenrente der Beschwerdeführerin zu Recht verneint, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist. 6.

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sind ermessensweise auf Fr. 700.-- festzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdeführerin aufzuerlegen, infolge bewilligter unentgeltlicher Prozessführung aber einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen, dies unter Hinweis auf § 16 Abs. 4 GSVGer. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

Die Sache wird nach Eintritt der Rechtskraft an die Beschwerdegegnerin zur Prüfung allfällig relevanter Veränderungen überwiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- 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.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Milosav Milovanovic - 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 Vorsitzende
Die Gerichtsschreiberin
Mosimann
Schüpbach

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