

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00932 vom 16. November 2016**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-11-16, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2015.00932](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00932)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00932 du 16 novembre 2016

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00932 del 16 novembre 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). 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**

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. 1.3**

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 1. 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 Entscheide, 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. 2.1 mit Hinweisen).  
1. 4

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. Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu verewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b). 1. 5

Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung reicht die analoge Anwendbarkeit der in BGE 109 V 262 E. 4a dargelegten Rechtsprechung auf das Neuanschuldungsverfahren nur so weit, als auch hier von Amtes wegen zu prüfen ist, ob seit der ersten Rentenverfügung zwischenzeitlich eine erneute materielle Prüfung des Rentenanspruchs stattgefunden hat. War dies nicht der Fall, so ist auf die Entwicklung der Verhältnisse seit der ersten Ablehnungsverfügung abzustellen; wie im Revisionsverfahren bleiben allfällige, vorangehende Nichteintretensverfügungen aufgrund des fehlenden Abklärungs- und bloss summarischen Begründungsaufwandes der Verwaltung unbeachtlich. Erfolgte dagegen nach einer ersten Leistungsverweigerung eine erneute materielle Prüfung des geltend gemachten Rentenanspruchs und wurde dieser nach rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) abermals rechtskräftig verneint, muss sich die leistungsansprechende Person dieses Ergebnis – vorbehältlich der Rechtsprechung zur Wiedererwägung oder prozessualen Revision (vgl. BGE 127 V 466 E. 2c mit Hinweisen) – bei einer weiteren Neuanschuldung entgegenhalten lassen (BGE 130 V 71 E. 3.2.3). 1. 6

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

#### **E. 1.4**

Die Versicherte meldete sich am 11. Oktober 2013 erneut bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an und ersuchte um Übernahme von therapeutischen Massnahmen zur sozial-beruflichen Rehabilitation im Sinne von Art. 14a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; Urk. 10/156). Am 25. Februar 2014 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass sie ihr Frühinterventionsmassnahmen in Form von Arbeitsvermittlung gewähre (Urk. 10/161). Die IV-Stelle teilte der Versicherten sodann am 6. November 2014 mit, dass die Arbeitsvermittlung abgebrochen werde, da sie sich angesichts ihrer gesundheitlichen Situation nicht in der Lage sehe, die Stellensuche fortzusetzen (Urk. 10/171).

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 10/186) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 21. Juli 2015 einen Rentenanspruch (Urk. 10/194 = Urk.

2).

## **E. 2**

Am 10. Oktober 2015 wurde die Abweisung der Beschwerde (Urk. 9) der Beschwerdeführerin am 27. Oktober 2015 zur Kenntnis gebracht (Urk. 11). Die Versicherte reichte mit Eingabe vom 16. November 2015 (Urk. 12) zwei Arztberichte ein (Urk. 13/1-2). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin vertrat den Standpunkt (Urk. 2), dass sie, nach dem sie mit Verfügung vom 30. September 2013 das Gesuch der Beschwerdeführerin abgewiesen hatte, den Anspruch auf eine Invalidenrente erneut geprüft habe. Gemäss medizinischen Gutachten vom 26. Juni 2013

stehe bei der Beschwerdeführerin weiterhin eine psychische Problematik verstärkt durch psychosoziale Belastungen im Vordergrund. Es bestehe eine 70%ige Arbeitsfähigkeit in der angestammten sowie in einer angepassten Tätigkeit. Eine dauerhafte und massgebliche, eigenständige und von psychosozialen und soziokulturellen Aspekten losgelöste, psychische Verschlechterung könne aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht nachvollzogen werden. Es liege vielmehr eine andere Einschätzung des bereits gewürdigten gesundheitlichen Sachverhalts vor. Neue und bisher nicht bekannte somatische und psychische Aspekte oder Leiden würden nicht vorgebracht (S. 1). Deshalb werde das neue Leistungsbegehren abgewiesen (S. 2 oben).

### **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), dass sie durch mehrere somatische und psychische Leiden eingeschränkt sei. Sie sei durch die rezidivierende Nephrolithiasis mit täglichen Nierenkoliken aufgrund eines

familiären primären Hyperparathyreoidismus limitiert (S. 3 Ziff. 7). Den ärztlichen Feststellungen der behandelnden Psychiaterin folgend sei es seit dem Y.\_\_\_\_ - Gutachten in somatischer Hinsicht zu einer massiven Zustandsverschlechterung gekommen (S. 5 f. Ziff. 13-14). Auch in psychischer Hinsicht liege

der behandelnden Psychiaterin folgend eine erhebliche Zustandsverschlechterung vor. Die psychischen Leiden würden nicht durch psychosoziale Faktoren, sondern primär durch die somatischen Erkrankungen, verbunden mit starken Schmerzen, verursacht

(S. 6 Ziff. 16). Die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren führe zusätzlich zu einer Beeinträchtigung im Alltag, im Sozialleben und bezüglich der Arbeitsfähigkeit (S. 7 Ziff. 17). Schliesslich werde ihr nicht gerecht, wenn man die einzelnen Leiden separat auf ihren Einschränkungsgrad prüfe. Es sei notwendig, eine Gesamtheit liche

und interdisziplinäre Betrachtung aller Erkrankungen vorzunehmen. Bei m

Y.\_\_\_\_ -Gutachten fehle es genau an dieser Anforderung. Bei einer solchen Betrachtungsweise sei keinerlei Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mehr gegeben (S. 7 Ziff. 18).

### **E. 2.3**

Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente, wobei namentlich zu prüfen ist, ob sich ihr Gesundheitszustand seit Erlass der letzten Verfügung vom 30. September 2013 (Urk. 10/155) wesentlich verändert hat (vgl. vorstehend E. 1.3). 3. 3.1

Der mit Verfügung vom 30. September 2013 (Urk. 10/155) erfolgte Verneinung eines Rentenanspruchs lag im Wesentlichen das polydisziplinäre Y.\_\_\_\_ -Gutachten vom 26. Juni 2

### **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).

### **E. 013**

(Urk. 10/141/2-43) zugrunde. Die Ärzte des Y.\_\_\_\_ erstatteten ihr Gutachten gestützt auf die ihnen überlassenen Akten (S. 3 ff. Ziff. 2), die Angaben der Beschwerdeführerin (S. 16 ff. Ziff. 3.1.1) und die am 14. und 15. Mai 2013 durchgeführten allgemeininternistischen (S. 19 Ziff. 3.2), psychiatrischen (S. 20 ff. Ziff. 4.1), orthopädischen (S. 25 ff. Ziff. 4.2), neurologischen (S. 31 ff. Ziff. 4.3) und endokrinologischen (S. 35 ff. Ziff. 4.4) Untersuchungen.

Die Gutachter nannten die folgenden, hier leicht gekürzt angeführten Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 37 Ziff. 5.1): - familiärer primärer Hyperparathyreoidismus - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0) - chronische Kniebeschwerden beidseits - vorwiegend sensible Ulnarisneuropathie rechts

Sie nannten die folgenden, hier leicht gekürzt angeführten Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 37 f. Ziff. 5.2): - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) - Status nach Verletzung des Nervus

medianus 1999 - Migräne mit Aura - chronische Handbeschwerden rechts mehr als links - konstitutionell vermehrte Bandlaxizität - arterielle Hypertonie - Status nach parezentralen Lungenembolien beidseits 27. August 2002 / orale Dauerantikoagulation

Die Gutachter führten unter anderem aus, die Beschwerdeführerin verfüge zwar über eine abgeschlossene Ausbildung zur Maschinenzeichnerin, habe jedoch in der Vergangenheit in verschiedensten Tätigkeiten (Laborbau, Maschinenzeichnerin, Garderobière, Schneiderin, Wäscherin, Büglerin, Löterin, Bürotätigkeiten, Flugzeugreinigung und Fertigung von Herzkathetern) gearbeitet. Eine ange stammte Tätigkeit sei somit kaum zu definieren, sodass sie sich im Folgenden auf die Beschreibung des Tätigkeitsprofils beschränken würden (S. 38 f. Ziff. 6.2).

Aus endokrinologischer Sicht

liege für sämtliche Tätigkeiten eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von maximal 30 % vor. Aus internistischer Sicht liege keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor. Aus orthopädischer Sicht bestehe aufgrund der chronischen Kniebeschwerden beidseits keine zumutbare Arbeitsfähigkeit für kniebelastende Tätigkeiten. Hingegen seien der Beschwerdeführerin sämtliche körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeiten unter Wechselbelastung ohne Notwendigkeit des Gehens auf unebenem und steilem Grund und ohne wiederholte Einnahme kniender und hockender Position uneingeschränkt zumutbar. Aus neurologischer Sicht bestehe sodann aufgrund der Beschwerden im Bereich der rechten Hand für sämtliche Tätigkeiten eine Leistungseinbusse von 20 %. Aus psychiatrischer Sicht ergebe sich schliesslich eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 %. In der internistischen Konsensbesprechung seien die beteiligten Gutachter zum Schluss gekommen, dass bei der Beschwerdeführerin für sämtliche körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeiten ohne vorwiegend manuelle Belastung der rechten Hand, ohne Notwendigkeit des Gehens auf unebenem oder steilem Terrain und ohne auf den Knien zu verrichtenden Anteile, eine 70%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit bestehe. Das Pensum könne vollschichtig umgesetzt werden mit erhöhtem Pausenbedarf von 10

## **E. 15**

Minuten pro Stunde und leicht reduziertem Rendement. Die Einschränkungen der verschiedenen Fachrichtungen würden sich ergänzen, sich jedoch nicht addieren, da die gleichen Zeitabschnitte zum Einlegen von Pausen zur Erholung genutzt werden könnten. Sämtliche andere, insbesondere körperlich schwere Tätigkeiten könnten der Beschwerdeführerin hingegen nicht zugemutet werden (S. 39 f. Ziff. 6.2).

Die Beschwerdeführerin habe anlässlich der Begutachtung angegeben, sich aufgrund ihrer Beschwerden keine berufliche Tätigkeit vorstellen zu können. Aus gutachterlicher Sicht könne es ihr jedoch zugemutet werden, die notwendige Willensanstrengung aufzubringen, um in einer dem körperlichen Leiden adaptierten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 70 % in die Realität umzusetzen (S. 40 Ziff. 6.5). 3.2

Dr. med. A.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), führte in ihrer Stellungnahme vom 16. Juli 2013 (Urk. 10/146/7) aus, dass aus medizinischer Sicht dem Y.\_\_\_\_-Gutachten gefolgt werden könne. Die medizinischen Massnahmen seien auf die Erhaltung der 70%igen Arbeitsfähigkeit gerichtet, eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit sei nicht zu erwarten. 3.3

Den Invaliditätsgrad ermittelte die Beschwerdegegnerin sodann anhand eines Einkommensvergleiches. Sie ging dabei davon aus, dass der Beschwerdeführerin ihre angestammte Tätigkeit als Bestückerin aufgrund ihrer gesundheitlichen Einschränkungen noch zu 70 % eines 100%-Pensums zumutbar sei. Die angestammte Tätigkeit entspreche somit einer angepassten Tätigkeit. Das Valideneinkommen

ermittelte die Beschwerdegegnerin aufgrund des Jahreseinkommens im 2011 gemäss dem Auszug aus dem individuellen Konto der Beschwerdeführerin. Da die Beschwerdeführerin zu diesem Zeitpunkt in einem 50%-Pensum tätig war, rechnete die Beschwerdegegnerin das Einkommen unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung auf ein 100%-Pensum auf. Das Invalideneinkommen ermittelte sie unter Annahme einer 70%igen Arbeitsfähigkeit gestützt auf das Valideneinkommen. Die Beschwerdegegnerin errechnete so einen ausschliessenden Invaliditätsgrad von 30 % (Urk. 2 S. 1 f., vgl. Urk. 10/146/8). 4. 4.1

Dr. med. B. \_\_\_\_, Facharzt für Kardiologie und für Allgemeine Innere Medizin, nannte in seinem Bericht vom 9. März 2012 (Urk. 10/174/10-12 = Urk. 10/184/10-12) die folgenden, hier leicht gekürzt angeführten Diagnosen (S. 2 oben): - unklare thorakale Beschwerden, wahrscheinlich vegetative Herzbeschwerden, strukturell und funktionell normales Herz - Status nach parazentralen Lungenembolien beidseits am 27. August 2002 - primärer Hyperparathyreoidismus

- chronische Migraine

accompagnée - primäres Raynaud-Syndrom

Es könne von einem unveränderten Befund wie vor sechs Jahren ausgegangen werden, als sich in der Dobutamin-Stressechokardiographie keine Hinweise für eine hämodynamisch relevante Stenose eines grösseren epikardialen Koronargefässes gefunden hätten. Echokardiographisch weise die 54-jährige Beschwerdeführerin weiterhin ein strukturell normales Herz auf, so dass in Anbetracht der unauffällig ausgefallenen Untersuchungsbefunde eine prognostisch günstige Situation bestehe, welche ein expektatives weiteres Vorgehen zulasse (S. 3 oben). 4. 2

Im Bericht der Ärzte des C. \_\_\_\_, Institut für Medizinische Radiologie und Nuklearmedizin, vom 3. Mai 2013 (Urk. 10/184/8-9 = Urk. 13/2 ) wurde ausgeführt, dass gleichentags eine Abdomen-Sonographie durchgeführt worden sei. Grössenmässig seien beide Nieren regelrecht dargestellt ohne Hinweis auf Nierenstauung beidseits. Es sei eine 2 cm messende kortikale Zyste in der Pars intermedia der linken Niere nachgewiesen worden. Es bestehe eine Nephrolithiasis rechts, ein kleines, 7 mm messendes, schallschattengebendes Konkrement am unteren Pol der rechten Niere. Es bestünden keine Hinweise auf eine Nephrolithiasis links. Es bestehe eine subkapsulär gelegene, 3 cm messende Leberzyste im Lebersegment VI, diese sei aufgrund eines schriftlichen Befundes vom Dezember 2003 unverändert. 4.3

Dr. med. D. \_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in ihrem Bericht vom 10. Dezember 2013 (Urk. 10/174/9) aus, dass sie die Beschwerdeführerin von Juni 2011 bis Dezember 2013 ambulant behandelt habe. Sie nannte die folgenden Diagnosen: - depressives Zustandsbild mit Erschöpfung und Schmerzen (rechte Hand) auf dem Boden einer bekannten Verletzung des Nervs und einer kombinierten Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61.0) - Mobbing am letzten Arbeitsplatz, „Burn-out Syndrom“ (ICD-10 Z63.0,

Z73.0)

Die Beschwerdeführerin habe die ganze Behandlungszeit über unter Erschöpfung gelitten, unter wechselnd starken Schmerzen am Handgelenk rechts nach einer Nervenverletzung bei einer Venenpunktion vor Jahren. Zusätzlich habe sie unter phasenweise sehr starken Belastungen gelitten, auch unter Disharmonien mit dem Ex-Ehemann und unter der prekären, wirtschaftlich-finanziell ungewissen Situation durch die Kündigung vom letzten Arbeitsplatz, der erneuten IV-Anmeldung und der Begutachtung. 4. 4

Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Hausarzt der Beschwerdeführerin, führte in seinem Bericht vom 28. August 2014 (Urk. 10/166) aus, dass eine schwere Reduktion des Allgemeinbefindens mit zunehmender gesundheitlicher Verschlechterung vorliege. Ab August 2014 bestehe eine totale Arbeitsunfähigkeit auch für angepasste Tätigkeiten. Die Leistungs- und Belastungsunfähigkeit beziehe sich auch auf soziale Verpflichtungen wie Bewerbungsschreiben. 4. 5

Im Bericht der Ärzte des C.\_\_\_\_, Institut für Medizinische Radiologie und Nuklearmedizin, vom 11. September 2014 (Urk. 10/174/8) wurde ausgeführt, dass gleichentags ein MRI des Schädels der Beschwerdeführerin erstellt worden sei, da sie seit über vier Wochen Gesichtsschmerzen links im Bereich Trigemini habe. Es liege eine Sinusitis maxillaris links mit teils polypoider Schleimhautverdickung vor. 4. 6

Dr. E.\_\_\_\_ nannte in seinem Bericht vom 16. November 2014 (Urk. 10/174/6-7) die folgenden, hier leicht gekürzt angeführten Diagnosen (S. 1 unten): - depressive Entwicklung bei asthenischer Persönlichkeit, Erstdiagnose 2005 - primärer Hyperparathyreoidismus - Status nach parazentralen Lungenembolie beidseits 27. August 2002 - Status nach iatrogenen Medianus-Läsion rechts 16. November 1998 (venöse Blutentnahme) - arterielle Hypertonie Juni 2002 - chronische Migräne  
accompagnée - primäres Raynaud-Syndrom April 1999 F.\_\_\_\_

Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich verschlechtert (S. 1 Mitte).

Die diversen Krankheitsbilder der Beschwerdeführerin seien seit Jahrzehnten bekannt, fachärztlich bestätigt, stark invalidisierend und auch im Alltag und im Berufsleben einschränkend. Trotz guter Motivation und Therapiewilligkeit bestehe eine ungenügende somatische und psychische Belastbarkeit, sowohl im Alltag wie auch im Berufsleben, aber auch beim Versuch einer beruflichen Integration (S. 2 oben). Die Prognose sei schlecht (S. 2 unten). 4. 7

Med. pract. G.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in ihrem Bericht vom 6. März 2015 (Urk. 10/178 = Urk. 10/180) aus, dass sie die Beschwerdeführerin seit August 2014 alle ein bis zwei Wochen psychiatrisch-psychotherapeutisch behandle (Ziff. 1.2, 1.5). Sie nannte die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.31), seit zirka 15 Jahren - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2), rezidivierende depressive Störung mittel- bis schwergradig seit zirka 3,5 Jahren - rezidivierende Nephrolithiasis mit zirka täglichen Nierenkonflikten aufgrund familiärer primärer Hyperparathyreoidismus (Status nach Parathyreoidektomie 1997) - Ulnarisneuropathie rechts bei Status nach Verletzung Nervus

m edianus 1998 - Migräne seit 1966 - arthrotische Veränderungen beider Knie- und Fussgelenke - Sensibilitätsstörung rechts Fuss mit ausstrahlenden Schmerzen - chronische Rückenschmerzen - arterielle Hypertonie - Status nach Lungenembolie 2002 mit Dauerantikoagulation

Seit 2011 sei es der Beschwerdeführerin zunehmend psychisch schlechter gegangen, sie habe mit ihren gesundheitlichen Einschränkungen, insbesondere den häufig auftretenden Nierenkoliken, kaum mehr umgehen können. Besonders belastend sei auch ihre Lebenssituation, so könne sie sich neben den Kosten für Versicherungen, Miete et cetera kaum mehr Nahrungsmittel leisten, so dass sie sich seit einigen Jahren

auch fehlernähre . Sie sei auf Zuwendungen von Familie und Bekannten angewiesen. Sie wolle nicht zum Sozialamt, da sie die formalen Anforderungen an sie nicht mehr erledigen und ertragen könne. Sie verlasse kaum noch das Haus und habe oft Suizidgedanken und Sterbe wünsche . Aus psychiatrischer Sicht sei eine ausgeprägte depressive Reaktion der Beschwerdeführerin auf ihre gesundheitlichen Einschränkungen und Schmerz symptomatik chronifiziert und könne weder psychotherapeutisch noch medika mentös so gebessert werden, dass sie eine verwertbare Leistung auf dem allge meinen Arbeitsmarkt erbringen könnte, zumal ihre allgemeine gesundheitliche Situation in den letzten Jahren nicht mehr signifikant habe verbessert werden können. Eine psychiatrische Behandlung könne der Beschwerdeführerin nur helfen, ihren Alltag gemäss ihren gesundheitlichen Einschränkungen besser zu bewältigen. Aus psychiatrischer Sicht sei eine Vollberentung erf orderlich (Ziff. 1.4).

In der angestammten Tä tigkeit als Maschinenzeichnerin beziehungsweise technische Zeichnerin bestehe seit mindestens drei Jahren e ine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Ziff. 1.6).

Die kognitive Leistungsfähigkeit und psycho physische Anpassungsfähigkeit der Beschwerdeführerin sei so eingeschränkt, dass keine verwertbare Leistung in ihrem Beruf oder insgesamt auf dem allge meinem Arbeitsmarkt erbracht w erden könne (Ziff. 1.7). Die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin für den allgemeinen Arbeitsmarkt sei aufgrund der plau siblen anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin und nach Studium ihrer somatischen Arztbefunde seit mindestens drei Jahren aus psychiatrischer Sicht nicht gegeben, könne ihrerseits jedoch nicht schlüssig beurteilt werden, da die Beschwerdeführerin erst seit August 2014 in ihrer Praxis behandelt werde. Somit sei z umindest seit August 2014 keinerlei Arbeitsfähigkeit aus ihrer Sicht mehr zu erwarten (S. 5 Mitte). Aus psychiatrischer Sicht sei seit mindestens drei Jahren eine Berentung der Beschwerdeführerin erforderlich (Ziff. 1.11). 4. 8

Dr. E.\_\_\_\_ nannte in seinem Bericht vom 2 2. März 2015 (Urk. 10/184/5-7) die gleichen Diagnosen wie in seinem Bericht vom 1 6. November 2014 (S. 1 unten , vorstehend E. 4.2 ). Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich jedoch verschlechtert (S. 1 Mitte). Es bestehe eine asthenische Persönlichkeit mit starker depressiver Entwicklung. Die Beschwerdeführerin lebe in einer eigenen Welt und habe Schwierigkeiten mit den üblichen sozialen Strukturen. Ihr erster Mann sei Alkoholiker gewesen, der zweite ein destabilisierter H.\_\_\_\_ und die dritte Beziehung sei erneut ein randständiger I.\_\_\_\_ und auch durch diesen lasse sie sich unwürdig ausnützen. Ihre Depression mit Arbeitsunfähigkeit führe zu massiver sozialer Desintegration. Die Beschwerdeführerin habe bei allen ihr bekannten Institutionen nur Negatives erlebt. Sie werde als Opfer ihres Schicksals von unserer

Gesellschaft und von den zuständigen Behörden alleine gelassen (S. 2 oben). Die Beschwerdeführerin leide weiterhin an der bekannten hormonellen Veränderung des primären Hyperparathyreoidismus. Die Nephrolithiasis führe zu wöchentlichen Steinabgängen mit Nierenkoliken und bekannter Makrohämaturie. Sie sei auf regelmässige Analgesie und Hydratation angewiesen. Bei einem Status nach parazentralen Lungenembolien und einem Status nach tiefer Beinvenenthrombose sei die allgemeine körperliche Belastbarkeit infolge reduzierter Kondition und Reduktion der maximalen Kraft reduziert. Ein Teil der Beschwerden sei am ehesten muskuloskelettal, verursache aber trotzdem einen hohen Leidensdruck. Es sei keine berufliche Tätigkeit machbar und die Prognose sei schlecht (S. 2). 4. 9

Dr.

A.\_\_\_\_, RAD, führte in ihrer Stellungnahme vom 1.

April 2015 (Urk. 10/185/5-6) aus, dass im hausärztlichen Bericht von Dr. E.\_\_\_\_ vom März 2015 und den Beilagen verglichen mit der Y.\_\_\_\_-Begutachtung vom 26. März 2013 keine neuen nicht bereits beurteilten Aspekte dargelegt worden seien. Gemäss psychiatrischem Bericht von med. pract. G.\_\_\_\_

werde rückwirkend eine seit mindestens drei Jahren bestehende 100%ige und dauerhaft fortbestehende Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen, diese Aussage werde dann relativiert und eine Arbeitsunfähigkeit seit Behandlungsaufnahme im August 2014 ausgewiesen (S. 5 Mitte). Die RAD-Ärztin kam zum Schluss, dass weiterhin für eine Einschränkung der bisher beurteilten 70%igen Arbeitsfähigkeit in angepassten leichten bis mittelschweren wechselbelastenden Tätigkeiten gemäss Y.\_\_\_\_-Gutachten vom 26. Juni 2013 eine psychische Problematik getriggert durch psychosoziale Belastungen im Vordergrund stehe.

Eine dauerhafte und massgebliche, eigenständige und von psychosozialen und soziokulturellen Aspekten losgelöste, psychische Verschlechterung könne nicht nachvollzogen werden und müsse als sehr fraglich beurteilt werden. Es liege vielmehr eine andere Einschätzung des bereits gewürdigten gesundheitlichen Sachverhaltes vor, wobei die aktuell und neu seit August 2014 behandelnde Psychiaterin eine Gesamteinschätzung vornehme und dabei somatische, psychische und psychosoziale Aspekte ins Feld führe und sich massgeblich auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin stütze. Neue und bisher nicht bekannte somatische und psychische Aspekte und oder Leiden seien nicht vorgebracht worden

(S. 6 oben). 4. 10

Med. pract.

G.\_\_\_\_

führte in ihrem ergänzenden Bericht vom 9. September 2015 zuhanden des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin (Urk. 3)

aus, dass das Leiden der Beschwerdeführerin aufgrund der deutlichen Häufung von Nierenkoliken und vermehrten Nierensteinbildungen, die sie nahezu täglich über mehrere Stunden schon im Alltag beeinträchtigen würden, allein schon aus medizinischer Sicht zu 100% invalidisierend sei (S. 2 Ziff. 3). Die Beschwerdeführerin sei von vielen, teilweise invalidisierenden und belastenden chronischen Erkrankungen betroffen, die nicht einzeln für sich im Hinblick auf eine Invalidisierung betrachtet werden könnten. Ihre Erkrankungen

würden einem komplexen, invalisierenden Erkrankungsmuster entsprechen, welches gesamtheitlich betrachtet werden müsse, um ihre Invalidität festzulegen. Bei gesamtheitlicher Betrachtung aller Erkrankungen sei keine Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mehr gegeben. Sämtliche möglichen Bereiche seien in irgendeiner Form vom Tätigkeitsprofil her von einer der Erkrankungen beziehungsweise Einschränkungen betroffen. Es sei unumgänglich, die Invalidität der Beschwerdeführerin interdisziplinär im Hinblick auf die Komplexität ihrer Invalidisierungsursachen zu betrachten, um ihre Invalidität abzuschätzen. Dies sei bisher nicht ausreichend berücksichtigt worden (S. 2 f. Ziff. 5). 4. 11

Dr. E.\_\_\_\_ führte in seinem Bericht vom 4. November 2015 (Urk. 13/1 ) aus, dass es je nach Aktivität der Urolithiasis zu mehrfachen stündlichen Koliken über mehrere Tage oder Wochen komme . Im besten Fall sei die Beschwerdeführerin eine Woche beschwerdefrei, was aber eine Seltenheit sei. Er habe eigens aufgenommene Fotografien von kontrollierten und gesiebten „Monatsdosen“ bei gelegt, auf welchen 30 -100 Steine pro Monat ersichtlich seien (S. 1 unten). Die Prognose sei unverändert schlecht. Die letzten Jahrzehnte hätten bewiesen, dass die Beschwerdeführerin an einer ernsthaften inoperablen Krankheit leide. Trotz regelmässiger Wasserzufuhr habe sie diverse typische und lebensbedrohliche Komplikationen erlebt: parazentrale Lungenembolien, Unterschenkel-Thrombosen, Ruptur der ableitenden Harnwege (S. 2 Mitte). 5. 5.1

Der rechtskräftigen Leistungsablehnung vom 30. September 2013 (Urk. 10/155) lag im Wesentlichen das polydisziplinäre Y.\_\_\_\_ -Gutachten vom Juni 2013 zugrunde, in welchem ein familiärer primärer Hyperparathyreoidismus , eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode, chronische Kniebeschwerden beidseits sowie eine vorwiegend sensible Ulnarisneuropathie rechts mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert wurden. Zudem wurde eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung , ein Status nach Verletzung des Nervus

medianus , eine Migräne mit Aura , chronische Handbeschwerden rechts mehr als links , eine konstitutionell vermehrte Bandlaxizität , eine arterielle Hypertonie sowie ein Status nach parazentralen Lungenembolien ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert. Die Gutachter attestierten der Beschwerdeführerin sodann eine 70%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit für sämtliche körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeiten ohne vorwiegend manuelle Belastung der rechten Hand, ohne Notwendigkeit des Gehens auf unebenem oder steilem Terrain und ohne auf den Knien zu verrichtenden Anteile (vorstehend E. 3.1).

Beim Erlass der angefochtenen Verfügung lagen einerseits die Berichte von Dr.

E.\_\_\_\_ vom August 2014, November 2014 und März 2015 (vorstehend E. 4.4, 4.6 und 4.8)

sowie die Berichte von Dr. B.\_\_\_\_ vom März 2012 (vorstehend E. 4.1) , von Dr. D.\_\_\_\_ vom Dezember 2013 (vorstehend E. 4.3) , der Ärzte des C.\_\_\_\_ vom September 2014 und Mai 2015 ( vorstehend E. 4.2 und 4.5 ) vor . Dr. E.\_\_\_\_ diagnostizierte im März 2015 eine depressive Entwicklung bei asthenischer Persönlichkeit, einen primären

Hyperparathyreoidismus , einen Status nach parazentralen Lungenembolie beidseits, einen Status nach iatrogener Medianus -Läsion rechts, eine arterielle Hypertonie, eine chronische Migräne

accompagnée sowie ein primäres Raynaud-Syndrom, ohne jedoch die Auswirkungen der einzelnen Diagnosen auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin näher auszuführen. Er attestierte der Beschwerdeführerin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (vorstehend E. 4. 8 ). Andererseits lag der Bericht von med. pract . G.\_\_\_\_ vom März 2015 vor, in welchem sie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome, eine rezidivierende Nephrolithiasis mit zirka täglichen Nierenkonflikten aufgrund familiärem primärem Hyperparathyreoidismus , eine Ulnarisneuropathie rechts bei Status nach Verletzung des

Nervus

medianus , eine Migräne, arthrotische Veränderungen beider Knie- und Fussgelenke, eine Sensibilitätsstörung des rechten Fußes mit ausstrahlenden Schmerzen, chronische Rückenschmerzen, eine arterielle Hypertonie und einen Status nach einer Lungenembolie mit Dauerantikoagulation mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte. Sie attestierte der Beschwerdeführerin eine seit mindestens drei Jahren bestehende 100 %ige Arbeitsunfähigkeit, relativierte diese dann jedoch dahingehend, dass diese zumindest seit Behandlungsbeginn im August 2014 bestehende (vorstehend E. 4. 7 ) . 5.2

In den hausärztlichen Berichten von

Dr. E.\_\_\_\_ und den weiteren Berichten sind

verglichen mit der Y.\_\_\_\_ -Begutachtung vom Juni 2013

keine neuen nicht bereits beurteilten Aspekte dargelegt worden . Auch die die Beschwerdeführerin seit August 2014 behandelnde Psychiaterin med. pract . G.\_\_\_\_ diagnostizierte in etwa die gleichen Leiden wie im Y.\_\_\_\_ -Gutachten, war jedoch im Gegensatz zu den Y.\_\_\_\_ -Gutachten der Ansicht, dass alle Diagnosen einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten. So war sie der Meinung , dass für den allgemeinen Arbeitsmarkt aufgrund der plausiblen anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin und nach Studium ihrer somatischen Arztbefunde keine Arbeitsfähigkeit bestehe. Die Psychiaterin nahm dabei eine Gesamteinschätzung vor und führte somatische, psychische und psychosoziale Aspekte auf (vorstehend E. 4. 7), womit sie ihr Fachgebiet verliess.

Der RAD-Ärztin folgend ergibt sich aus den Berichten von Dr. E.\_\_\_\_ und med. pract . G.\_\_\_\_ , dass seit der Y.\_\_\_\_ -Begutachtung im Juni 2013 weiterhin eine psychische Problematik ausgelöst durch psychosoziale Belastungen im Vordergrund steht. Eine dauerhafte und massgebliche, eigenständige und von psychosozialen und soziokulturellen Aspekten losgelöste, Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands konnte nicht nachgewiesen werden ( vorstehend E. 4. 9 ). Bei der Beurteilung durch die behandelnde Psychiaterin handelt es sich vielmehr um eine revisionsrechtlich unbeachtliche andere Einschätzung des bereits gewürdigten gesundheitlichen Sachverhaltes, wobei sie sich massgeblich auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin stützte. Ihre Einschätzung , wonach die Beschwerdeführerin zu beruhen sei, bestätigt exemplarisch die Erfahrungstatsache, dass behandelnde Arztpersonen im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.5 mit Hinweisen) . Es wurden keine neuen und bisher nicht bekannte somatische und psychische Aspekte und oder Leiden vorgebracht , weshalb keine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin vor liegt . 5.3

Daran ändert auch der nach Verfügungserlass eingereichte Bericht von med. pract. G.\_\_\_\_ vom September 2015 nichts. Die behandelnde Psychiaterin bemängelte, dass die Invalidität der Beschwerdeführerin bisher nicht ausreichend interdisziplinär betrachtet worden sei (vorstehend E. 4. 10). Im Rahmen der Y.\_\_\_\_-Begutachtung im Juni 2013 fand eine allgemeininternistische, psychiatrische, orthopädische, neurologische und endokrinologische Untersuchung wie auch Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in jeder einzelnen Fachrichtung statt. In der internistischen Konsensbesprechung kamen die Gutachter sodann zum Schluss, dass eine 70%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit für sämtliche körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeiten ohne vorwiegend manuelle Belastung der rechten Hand, ohne Notwendigkeit des Gehens auf unebenem oder steilem Terrain und ohne auf den Knien zu verrichtenden Anteile bestehe. Die Einschränkungen der verschiedenen Fachrichtungen würden sich ergänzen, sich jedoch nicht addieren (vorstehend E. 3.1). Somit fand entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (vorstehend E. 2.2) und der behandelnden Psychiaterin eine gesamtheitliche und interdisziplinäre Betrachtung aller Erkrankungen statt. 5.4

Auch der nach Verfügungserlass eingereichte Bericht von Dr. E.\_\_\_\_ vom November 2015 (vorstehend E. 4. 11) vermag daran nichts zu ändern. Denn dieser Bericht des Hausarztes legt keine neuen nicht bereits beurteilten Aspekte dar, die nicht bereits berücksichtigt worden wären. 5.5

Aus den obigen Ausführungen folgt, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der Begutachtung im Juni 2013 nicht wesentlich verändert hat. Der Beschwerdeführerin ist daher weiterhin eine 70%ige Arbeitsfähigkeit für sämtliche körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeiten ohne vorwiegend manuelle Belastung der rechten Hand, ohne Notwendigkeit des Gehens auf unebenem oder steilem Terrain und ohne auf den Knien zu verrichtenden Anteile zumutbar (vgl. vorstehend E. 3.1). Die Beschwerdegegnerin hat den Anspruch auf eine Rente somit zu Recht verneint.

Dementsprechend ist die angefochtene Verfügung zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen. 6.

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert fest zulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzu erlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Fürsprecher Frank Goecke -  
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage einer Kopie von  
Urk. 12 und Urk. 13/1-2 - 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 1. Juli bis und mit 1. 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 Peter-Schwarzenberger

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