

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00410 vom 2. November 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-11-02, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00410

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00410 du 2 novembre 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00410 del 2 novembre 2018

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

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanmeldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 IVV), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 ATSG eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist (BGE 117 V 198 E. 3a mit Hinweis).

Ändert sich der Invaliditätsgrad 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 seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabebereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich der für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend (« allseitig ») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen). Als Vergleichsbasis für die Beurteilung der Frage, ob bis zum Abschluss des aktuellen Verfahrens eine

anspruchserhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist, dient die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht (BGE 133 V 108).

E. 1.3

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. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert besteht, welcher die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (vgl. BGE 139 V 547 E. 5, 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zu mutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.4

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Be schwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person 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).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

E. 2

) und nun ein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung besteht.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin führte in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) aus, die Beschwerdeführerin könne aufgrund der Betreuung des Sohnes nur sehr unregelmässig Therapietermine wahrnehmen. Die Therapieoptionen seien immer noch nicht ausgeschöpft, obwohl eine kontinuierliche Therapie zur Entlastung weiterhin empfohlen werde. Es bestünden weiterhin einige psychosoziale Belastungsfaktoren, welche invaliditätsfremd seien und nicht berücksichtigt werden könnten (S. 1 f.). Es sei kein Gesundheitsschaden ausgewiesen, der eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit begründen würde. Im Rahmen des Einwandverfahrens seien keine neuen medizinischen Angaben eingereicht worden. Auf die Ressourcenprüfung könne abgestellt werden, eine Therapieresistenz werde klar nicht ausgewiesen. Aus juristischer Sicht liege kein psychisches Leiden vor, welches einen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung generiere. Eine fortgesetzte Krankheitsbehandlung stelle im Übrigen eine jederzeit zumutbare Form allgemeiner Schadenminderung dar (S. 2).

E. 2.2

Dagegen wandte die Beschwerdeführerin ein (Urk. 1), sie stehe aktenkundig in fortgesetzter fachärztlicher Behandlung. Trotz regelmässiger adäquater Therapie sei es zu keiner nachhaltigen Besserung des Gesundheitszustandes gekommen (S. 6 lit. C.2). Der medizinische Sachverhalt sei nicht rechtsgenügend abgeklärt worden, insbesondere sei die Ressourcenprüfung willkürlich erfolgt. Die Beschwerdegegnerin verkenne sowohl den mehrjährigen Krankheitsverlauf als auch die Diagnosestellung (S. 7 Ziff. 3). Die Behauptung, die Therapieoptionen seien nicht ausgeschöpft, beruhe auf einem willkürlich gewählten Teil eines einzigen Satzes in der Anamnese im Bericht von Dr. A.____. Die Schlussfolgerung widerspreche sowohl dem aktenkundigen Krankheitsverlauf als auch den Berichten der langjährig behandelnden Psychiaterin Dr. A.____. Ebenso wenig könne der Beurteilung der Beschwerdegegnerin zu den psychosozialen Belastungsfaktoren gefolgt werden (S. 7 Ziff. 4). Im konkreten Fall sei ein psychisches Leiden mehrfach und unabhängig voneinander fachärztlich diagnostiziert und auch vom RAD bestätigt worden. Das ausgewiesene therapieresistente psychische Leiden von erheblicher Schwere und Dauer begründe einen Anspruch auf mindestens eine Dreiviertelrente. Eine angebliche Verbesserung des Gesundheitszustandes mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit mache die behandelnde Psychiaterin gerade nicht geltend. Hingegen habe Dr. A.____ bestätigt, dass es sich um ein chronifiziertes Krankheitsgeschehen handle, bei welchem eine Behandlungsresistenz bestehe (S. 8). Sie sei auf eine fortgesetzte langfristige fachärztliche Unterstützung angewiesen, trotz intensiver Bemühungen seien ihre Einschränkungen nicht willentlich überwindbar. Angesichts des Krankheitsverlaufes und der erhobenen Befunde sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ein eigenständiger, invalidisierender Gesundheitsschaden ausgewiesen, welcher einen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung begründe (S. 9 f.). In den Akten fehle eine ausführliche und begründete RAD-Stellungnahme zu den im Einwand geltend gemachten medizinischen Befunden. Es werde sodann bestritten, dass es sich bei der durchgeführten Ressourcenprüfung vom 2. Dezember 2016 um ein strukturiertes Beweisverfahren im Sinne einer «ergebnisoffenen symmetrischen Beurteilung des tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens» handle (S. 10 Ziff. 6).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist demnach, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der letzten Anspruchsprüfung im März 2014 verschlechtert hat (vgl. vorstehend E. 1).

E. 3.1

Die behandelnde Psychiaterin Dr. A.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte in ihrem zu Händen der Taggeldversicherung erstatteten Bericht vom 8. November 2012 (Urk. 7/40/16-18) Angst und panikartige Zustände (ICD-10 F41.0) sowie eine somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.3; Ziff. 1). Es bestehe keine Depression (Ziff. 2). Die Beschwerdeführerin werde psychiatrisch-psychotherapeutisch sowie psychopharmakologisch behandelt, die Sitzungen fänden einmal alle zwei Wochen statt (Ziff. 4). Sie könne rasch Empfehlungen aufnehmen und versuche diese umzusetzen, erste Fortschritte hätten bereits erzielt werden können (Ziff. 5). Vermutlich könne das Pensum in ein paar Monaten gesteigert werden, eventuell sollte die Beschwerdeführerin dieses aber etwas reduzieren, solange der Sohn klein sei (Ziff. 7). Seit dem 11. September 2012 sei die Beschwerdeführerin zu 50 % arbeitsunfähig (Ziff. 8).

E. 3.2

Dr. B.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erstattete am 19. April 2013 eine psychiatrische Beurteilung zu Händen der Krankentaggeldversicherung (Urk. 7/44/5-14). Ab Mitte 2012 habe sich im Zusammenhang mit beruflichen und familiären Belastungsfaktoren, insbesondere aber somatischen Erkrankungen eine Erschöpfungssymptomatik entwickelt. Durch die Belastungen und das konsekutiv erhöhte Anspannungsniveau sei eine ängstlich-vegetative Symptomatik einschliesslich Panikattacken noch bis März 2013 hinzugekommen, welche die Beschwerdeführerin zusätzlich verunsichert hätten (S. 7 f.). Ungünstig sei auch gewesen, dass die Beschwerdeführerin ihren Selbstwert offenbar immer durch Arbeit und Leistung stabilisiert habe und deshalb, durch die mit der Erschöpfung einhergehenden Einschränkungen, rasch in Schuld- und Ineffizienzgefühle geraten sei, die wiederum eine depressive Stimmungslage gefördert hätten. Ungünstig sei auch die Zuspitzung von Verantwortung auf die Beschwerdeführerin, da sie sowohl den grössten Teil des Familieneinkommens beitragen müsse, wie auch für Haushalt, Kochen und Kind zuständig sei. Hier habe sie jetzt erfolgreich Anpassungen erreichen können. Günstig sei auch die bewältigungsorientierte Haltung mit Pilates, Spaziergängen und psychiatrischer Therapie. Es sei schwierig, dieses Mischbild von Angst, Depression und Erschöpfung im Rahmen der ICD-10 einzuordnen. Eine Panikstörung im engeren Sinn liege seit März 2013 nicht mehr vor beziehungsweise müsse als weitgehend remittiert eingeordnet werden. Die verbleibenden ängstlich-vegetativen Symptome, insbesondere das Herzrasen, erfüllten die Kriterien einer Panikattacke nicht mehr. Die Kriterien einer leichten Depression seien hingegen erfüllt. Die verbleibende Erschöpfungssymptomatik könne man unter Z73.0 fassen (S. 8 oben).

Vor Beginn der aktuellen Krankheitsperiode habe die Beschwerdeführerin den Coiffeursalons gemanagt, den Sohn und den Haushalt betreut und habe mit ihrer Erwerbsarbeit den Hauptteil des Familieneinkommens bestritten. Diese Doppelbelastung sei aus seiner Sicht eine Überforderung gewesen, die sie langfristig nicht habe durchhalten können. Insofern könne das prämorbid Pensum auch nicht der Massstab für die Arbeitsfähigkeit sein. Aktuell realisiere die Beschwerdeführerin 50 % externe Tätigkeit im Salon, dazu aber rund 30 % Familienarbeit. Ohne Familie könnte sie aktuell 80 % im Coiffeursalons arbeiten. Da sie inzwischen wichtige Weichenstellungen veranlasst habe, sich die Colitis gebessert habe und sie selber davon ausgehe, dass es ab jetzt besser werde, könne man annehmen, dass ab 1. Juni 2013 ein Pensum von 90 % zumutbar sei, ab 1. Juli

2013 ein solches von 100 % (S. 8 unten). Dieses zumutbare Pensum gelte auch für eine leichte, andersartige berufliche Tätigkeit (S. 10 Ziff. 2 und 3). Indiziert sei die Fortführung der ambulant-psychiatrischen Therapie. Im Sinne eines rascheren Heilungsverlaufs und als Rückfallprophylaxe wäre die Etablierung eines Antidepressivums indiziert und zumutbar. Hilfreich wäre auch die Instruktion von Entspannungstechniken und weitere Edukation bezüglich Entstehung und Sinn von Angstsymptomen (S. 9 oben).

E. 3.3

In einem undatierten Bericht (Urk. 7/51), bei der Beschwerdeführerin eingegangen am 24. September 2013 (vgl. Urk. 7/54/3), nannte Dr. A.____ folgende Diagnosen (S. 1): - Status nach Angst und Panikstörung, teils depressive Störung gemischt (ICD-10 F41.2 und F41.0) - Status nach somatoformer autonomer Funktionsstörung (ICD-10 F45.3) - Colitis Ulcerosa und Tachikardien im Zusammenhang mit somatischen Medikamenten - ausgeprägte Erschöpfungssituation nach grippalen Infekten

Nach einer ersten ambulanten Therapie in den Jahren 2007 bis 2010 habe die Beschwerdeführerin im Juli 2013 die Therapie wiederaufgenommen. In den Wochen davor sei ein grosser Erschöpfungszustand eingetreten, die Beschwerden habe sich nicht mehr erholen können. Sie sei durch die familiäre Situation belastet und leide an einer Angstsymptomatik mit Panikattacken, Schlafstörungen, körperlicher Symptomatik wie Schwindel, Herzrasen und Befürchtungen, an einer somatischen Erkrankung zu leiden. Es bestünden Gedankenkreisen, sozialer Rückzug, rasche Erschöpfbarkeit und wiederholt grippale Infekte bis zur Lungenentzündung. Sie sei psychomotorisch oft sehr angespannt und unruhig gewesen, oft in Tränen ausgebrochen und rasch verunsichert. Seit Mai 2013 halte eine kontinuierliche Besserung des Zustandes an. Sie könne sich besser von den Ansprüchen ihrer Schwester abgrenzen, lasse gleichzeitig die Zusammenhänge zu und sehe somit, worin ihre Ängste gründeten. Seit dem Jahre 2013 habe sie vorsorglich die Arbeit reduziert, so dass sie weniger in Stress gerate. Die Beschwerdeführerin stehe in psychiatrisch-psychotherapeutischer sowie psychopharmakologischer Behandlung und besuche eine psychoanalytisch-verhaltenstherapeutische Gesprächstherapie. Die Termine seien nach wie vor sehr unregelmässig, einerseits bedingt durch die Betreuung des Sohnes, andererseits durch eigene somatische Erkrankungen. Als Coiffeuse sei die Beschwerdeführerin vom 11. September 2012 bis 31. Mai 2013 zu 60 % arbeitsunfähig gewesen (S. 2). Die bisherige Tätigkeit als Coiffeuse sei aus medizinischer Sicht weiterhin zumutbar, es sei eine Arbeitsfähigkeit von 60 % zu erwarten, wobei die Leistungsfähigkeit vermutlich leicht reduziert sei. Bei gutem Fortschreiten der Genesung sei mit einer vollen Leistungsfähigkeit zu rechnen. Die Psychotherapie sei regelmässig weiterzuführen zur Entlastung und Bearbeitung konflikthafter Themen und Verhaltensweisen (S. 3).

E. 3.4

Dr. C.____, Praktische Ärztin, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), führte am 6. Januar 2014 aus, ausgehend von den Diagnosen einer teilremittierten Panikstörung, einer leichten Depression und einer Erschöpfungssymptomatik werde aus medizinischer Sicht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 % seit 3. September 2012 bis zur Begutachtung angenommen. Unter Berücksichtigung der psychosozialen Faktoren könne ab der Begutachtung ohne zusätzliche Haushaltarbeit bis 31. Mai 2013 eine 80%ige Arbeitsfähigkeit im Coiffeursalons, ab 1. Juni 2013 eine 90%ige Arbeitsfähigkeit und ab 1. Juli 2013 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit als zumutbar angenommen werden. Aus

versicherungsmedizinischer Sicht liege mit den genannten Diagnosen unter Regulierung der psychosozialen Faktoren und Durchführung einer adäquaten fachpsychiatrischen Behandlung kein dauerhaft die Arbeitsfähigkeit einschränkender Gesundheitsschaden vor (Urk. 7/54 S. 5).

E. 3.5

Ausgehend von der Beurteilung durch den RAD, wonach kein dauerhaft die Arbeitsfähigkeit einschränkender Gesundheitsschaden ausgewiesen sei, verneinte die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 19. März 2014 einen Rentenantrag der Beschwerdeführerin (Urk. 7/57).

E. 4.1

Nach einer Kontrolle am 25. August 2015 (Urk. 7/61/1-4 Ziff. 1.2) hielt Dr. A. ___ in einem undatierten Bericht bei unveränderten Diagnosen fest, der Zustand habe sich insgesamt verschlechtert, so dass anhaltend eine Arbeitsunfähigkeit von 60 % bestehe (Ziff. 1.1). Die Beschwerdeführerin könne sich nicht mehr erholen, sei durch die familiäre Situation belastet. Sie werde von der Schwester und deren Familie sehr beansprucht, könne sich jedoch nicht abgrenzen. Die Termine würden bedingt durch die Betreuung des Sohnes sowie eigenen somatischen Erkrankungen nach wie vor sehr unregelmässig stattfinden. Ein drohender Wohnortwechsel habe die Beschwerdeführerin erneut in starke Anspannung gebracht und verhindert werden müssen. Seit der letzten Anmeldung im Jahre 2013 habe sich der Zustand nicht gebessert. Die Beschwerdeführerin habe seit 2013 die Arbeit reduzieren müssen, um einer weiteren Verschlechterung vorzubeugen (Ziff. 1.4). Sie brauche eine weiterführende kontinuierliche Therapie, die Symptomreduktion sei noch von kurzer Dauer. Trotzdem habe sie vieles in ihrem Leben geändert, insbesondere die Arbeitsbelastung dauerhaft zeitlich und von der Leistung her reduziert. Es laste viel Verantwortung auf ihr, da ihr Lebenspartner in vielen organisatorischen Dingen selbst überfordert sei und ihre Schwester sich seit dem Tod des Vaters auf sie stütze und oft ihre Hilfe in Anspruch nehme (Ziff. 1.5). Seit dem 11. September 2012 bestehe in der bisherigen Tätigkeit als Coiffeuse eine Arbeitsunfähigkeit von 60 %. Die Leistungsfähigkeit sei dabei deutlich reduziert, bei gutem Fortschreiten der Stabilisierung unter reduzierter Arbeitstätigkeit werde eine verbesserte Leistungsfähigkeit erhofft. Es könne eine Arbeitsfähigkeit von 60 % erwartet werden (Ziff. 1.7).

E. 4.2

Nach Zuweisung durch Dr. A. ___ zur Abklärung und weiteren Therapieempfehlung nannte Dr. D. ___, Oberarzt, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Spital E. ___, in seinem Bericht vom 30. Mai 2015 folgende Diagnosen (Urk. 7/61/5-7 S. 1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode - generalisierte Angststörung - Colitis ulcerosa

Im Querschnittsbild zeige sich bei der Beschwerdeführerin ein vornehmlich ängstlich-depressives Syndrom mittelgradiger Ausprägung mit somatischen Symptomen, welches bei bereits in der Vorgeschichte aufgetretenen depressiven Episoden im Sinne einer rezidivierenden depressiven Störung eingeordnet werden könne und sicherlich zur ausgeprägten Einschränkung der Leistungsfähigkeit beitrage. Daneben könnten die auch eigenständig vorherrschenden Ängste und Befürchtungen, die nicht auf bestimmte Umgebungsbedingungen beschränkt seien und mit vegetativen Symptomen einhergehen würden, im Sinne einer generalisierten Angststörung gewertet werden. Darüber hinaus

würden die bestehenden Beschwerden mit rezidivierenden Infekten bei manifesten organischen Befunden die diagnostischen Kriterien für das Vorliegen einer somatoformen autonomen Funktionsstörung nicht erfüllen, sodass diese Diagnose im Rahmen der stattgefundenen Abklärung nicht bestätigt werden könne (S. 1). Konkrete Angaben zur Arbeitsfähigkeit machte Dr. D.____ keine.

E. 4.3

Mit Schreiben vom 10. Februar 2016 (Urk. 7/72/5) wies Dr. A.____ darauf hin, die Beschwerdeführerin sei seit dem letzten Bericht aus dem Jahre 2015 in regelmässiger psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung (sowohl inhaltlich psychodynamisch wie vorwiegend kognitiv-verhaltenstherapeutischer Ansatz) mit Fokus auf die Stabilisierung sowie Besserung der Leistungsfähigkeit. Nach konsiliarischer Konsultation am Spital E.____ sei bestätigt worden, dass die Beschwerdeführerin nicht in der Lage sei, ihr Arbeitspensum von 80 % zu erfüllen und sie längerfristig eingeschränkt sei. Tatsächlich könne die Beschwerdeführerin nur halb tags arbeiten und dies nicht täglich. Wiederholt habe sich gezeigt, dass sie da runter dekompenziere, somatisch erkrankte oder psychisch destabilisiere. Unmittelbar an die Konsultation am Spital E.____ habe die Beschwerdeführerin an einer Progressiven Muskelentspannungs (PMR)-Gruppe teilgenommen und praktiziere regelmässig dort gelernte Entspannungsübungen, um Ängsten, Anspannungen und innerer Ruhe Einhalt zu gewähren. Trotzdem sei nun über Jahre keine Verbesserung der Symptomatik eingetreten. Forderungen nach entsprechender Therapie, Medikation sowie Entspannungstraining sei sie bereits seit mehr als einem Jahr nachgekommen.

E. 4.4

In ihrem Bericht vom 7. November 2016 (Urk. 7/75) führte Dr. A.____ bei unveränderten Diagnosen (Ziff. 1.2) aus, der Gesundheitszustand habe sich leicht verbessert (Ziff. 1.1). Es bestehe weiterhin eine rasche Erschöpfbarkeit, Angst- und Panikzustände mit somatoformen Symptomen bei Anstrengung, diese seien rasch auslösbar. Die Beschwerdeführerin mache sich nach dessen Krise Sorgen um ihren Partner (Ziff. 1.3). Sie könne unverändert halbtags ihrer Arbeit als Coiffeuse nachgehen, dies sei jedoch nicht täglich möglich, sondern bis zu einer Arbeitsunfähigkeit von zirka 60 % (Ziff. 2.1). Auf diesem Niveau sei eine Stabilisierung realistisch (Ziff. 3.3). Seit dem letzten Bericht vom Februar 2016 finde ungefähr alle zwei bis drei Wochen eine Therapiesitzung statt (Ziff. 3.1). Neben der derzeitigen Arbeit und dem Pensum habe die Beschwerdeführerin keine Ressourcen, um an einem Wiedereingliederungsprogramm teilzunehmen (Ziff. 4.2).

E. 4.5

Im Verlaufsbericht vom 24. März 2017 (Urk. 7/97 = Urk. 3/3) nannte Dr. A.____ folgende Diagnosen (S. 1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leicht bis mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.01) - Angst und Panik gemischt (ICD-10 F41.1, früher F41.2/41.0) - somatoforme autonome Funktionsstörung (ICD-10 F45.37) mehrere Organe betreffend

Eine Stabilisierung sei insofern eingetreten, als dass die Beschwerdeführerin die Belastungen auf ein kontrollierbares Niveau habe reduzieren müssen und sich nun auf einem chronifizierten Zustand und Niveau befinde. Dies, um die Restarbeitsfähigkeit von 40 % konstant beibehalten zu können. Diagnostisch müsse von einem chronifizierten Zustand gesprochen werden, wonach bei Mehrbelastung die seit langem bestehenden

Krankheiten exazerbierten. Bei deutlich reduziertem Arbeitspensum sei die Beschwerdeführerin relativ stabil auf chronisch tiefem Niveau in Bezug auf Leistung und Belastbarkeit. Bei der konsiliarischen Konsultation im Spital E.____ sei bestätigt worden, dass die Beschwerdeführerin nicht in der Lage sei, ein Arbeitspensum von 80 % zu erfüllen und sie längerfristig eingeschränkt sei. Leider habe sich die Situation nicht verbessert, stattdessen habe sie sich weiter chronifiziert und die Leistungsfähigkeit sei in einer fragilen Balance auf tiefem Niveau geblieben. Tatsächlich könne sie nur halbtags arbeiten und dies nicht täglich (S. 1). In der Vergangenheit sei wiederholt eine Leistungssteigerung versucht worden, die Folge seien rezidivierende Erkrankungen psychosomatischer Art wie schwerere Infekte und Wiederauftreten von Angst und Panik sowie erhöhter Erschöpfung, damit einhergehende Dekompensation mit vermehrt auftretenden depressiven Symptomen gewesen (S. 1 f.). Über die Jahre sei leider weder eine Besserung der Symptomatik noch eine mögliche Arbeitssteigerung eingetreten. Der Beschwerdeführerin sei es nicht möglich, einem normalen Arbeitsalltag nachzukommen. Aufgrund des komplexen Beschwerdebildes und des Krankheitsverlaufes könne ein chronisch stabiler Zustand nur mit einem deutlich reduzierten Arbeitspensum erzielt werden, welches Pausen erlaube und nicht mehr als drei bis vier Stunden am Tag mit freien Intervallen zur Erholung beitrage. Es sei eindeutig, dass die Beschwerdeführerin an einer invalidisierenden psychischen Krankheit leide, die ihr ein höheres Arbeitspensum als 40 % nicht erlaube (S. 2).

E. 5

.3).

Die angefochtene Verfügung vom 6. März 2017 erweist sich damit als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

E. 5.1

Gestützt auf die bei der damaligen Rentenprüfung vorliegenden Arztberichte ging die Beschwerdegegnerin im März 2014 von einer teilremittierten Panikstörung, einer leichten Depression sowie einer Erschöpfungssymptomatik aus (Urk. 7/54 S. 5).

Ein Vergleich mit den seit der Neuanmeldung im Oktober 2015 eingegangenen medizinischen Berichten zeigt, dass sich die Diagnosen seither nicht wesentlich verändert haben. Die behandelnde Psychiaterin Dr. A.____ diagnostizierte im August 2015 sowie November 2016 unverändert einen Status nach Angst und Panikstörung, teils depressive Störung gemischt, sowie einen Status nach somatoformer autonomer Funktionsstörung (vgl. E. 4.1, E. 4.4, E. 3.3). Im Verlaufsbericht vom März 2017 nannte sie sodann eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leicht- bis mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom, Angst und Panik gemischt sowie eine somatoforme autonome Funktionsstörung (E. 4.5). Insgesamt leidet die Beschwerdeführerin damit nach wie vor unter einer depressiven Störung, wobei der Ausprägungsgrad schwankend ist, sowie Angst und Panik. Bezüglich der von Dr. A.____ diagnostizierten somatoformen autonomen Funktionsstörung ist auf den Bericht des Spital E.____ vom 30. Mai 2015 hinzuweisen, wonach die diagnostischen Kriterien für eine solche bei rezidivierenden Infekten mit manifesten organischen Befunden nicht bestätigt werden konnte (vgl. vorstehend E. 4.2).

E. 5.2

Gemäss den Angaben der behandelnden Psychiaterin Dr. A.____ wird die Beschwerdeführerin psychiatrisch-psychotherapeutisch wie auch psychopharmakologisch

behandelt. Dabei fällt jedoch auf, dass die Beschwerdeführerin die Termine nach der Wiederaufnahme der Therapie im Jahre 2013 gemäss den Ausführungen von Dr. A.____ nur sehr unregelmässig (E. 4.1) beziehungsweise seit Februar 2016 alle zwei bis drei Wochen wahrnimmt (E. 4.4). Dies, obschon die Beschwerdeführerin gemäss ihren eigenen Angaben im Rahmen der psychiatrischen Beurteilung durch Dr. B.____ im April 2013 die Betreuung des Sohnes so geregelt hat, dass sie montags und freitags einen freien Tag hat (vgl. Urk. 7/44 S. 3 f.), und damit eine Erhöhung der Therapiefrequenz durchaus möglich gewesen wäre. Dies lässt insbesondere mit Blick auf das Ausmass der geklagten Beschwerden Rückschlüsse auf den Leidensdruck zu. Auch eine stationäre Behandlung wurde bislang nicht in Erwägung gezogen. Insgesamt kann somit nicht davon ausgegangen werden, dass die Beschwerdeführerin bereits alle Therapie Möglichkeiten optimal ausgeschöpft hat.

E. 5.3

Auch wenn sich die Diagnosen seit der letzten Rentenprüfung im März 2014 nicht wesentlich verändert haben, schliesst dies einen Revisionsgrund nicht grundsätzlich aus, denn massgeblich sind die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. In validenversicherungsrechtlich erheblich ist einzig, ob und in welchem Mass eine Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit - und zwar unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie - ausgewiesen ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_449/2010 vom 30. November 2010 E. 3.1 mit weiteren Hinweisen).

Diesbezüglich fällt auf, dass die behandelnde Psychiaterin Dr. A.____ in ihrem ersten Bericht vom 8. November 2012 eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % attestiert hatte (E. 3.5), seit dem bei der Beschwerdegegnerin am 24. September 2013 ein gegangener Bericht - und damit bereits vor der letzten Rentenprüfung im März 2014 - jedoch konstant von einer solchen von 60 % ausgegangen war (vgl. E. 3.7, E. 4.1, E. 4.4, E. 4.5). Nach einer Kontrolle am 25. August 2015 hielt Dr. A.____ denn auch ausdrücklich fest, seit dem 11. September 2012 bestehe in der bisherigen Tätigkeit als Coiffeuse eine Arbeitsunfähigkeit von 60 % (E. 4.1). Am 7. November 2016 führte sie weiter aus, die Beschwerdeführerin könne unverändert halbtags ihrer Arbeit nachgehen, dies sei jedoch nicht täglich möglich, sondern bis zu einer Arbeitsunfähigkeit von 60 % (E. 4.4).

Diesbezüglich kann der Einschätzung der behandelnden Psychiaterin jedoch nicht gefolgt werden. So ist nicht nachvollziehbar, weshalb Dr. A.____ trotz bestehen den Optimierungsmöglichkeiten (Therapiefrequenz, Medikation, stationärer Aufenthalt) und ohne eine Abgrenzung von den erheblichen psychosozialen Faktoren vorzunehmen, eine durchgehende und verhältnismässig hohe Arbeitsunfähigkeit attestierte. Nicht gefolgt werden kann ihr zudem auch hinsichtlich ihrer Aussage, es sei am Spital E.____ bestätigt worden, dass die Beschwerdeführerin ein Pensum von 80 % nicht erfüllen könne, sind dem entsprechenden Bericht (Urk. 7/61/5) doch gar keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit zu entnehmen. Neben diesen inhaltlichen Bedenken ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass nicht nur alle meinpraktizierende Hausärzte, sondern auch behandelnde Spezialärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. BGE 125 V 353 E. 3b/cc mit Hinweisen).

Eine anspruchsrelevante Verschlechterung ist somit nicht überwiegend wahrscheinlich.

E. 5.4

Zusammenfassend ist somit davon auszugehen, dass es seit der letzten Rentenprüfung im März 2014 weder zu einer wesentlichen Veränderung der gestellten Diagnosen noch einer

wesentlichen Veränderung der Arbeitsfähigkeit gekommen ist. Ein Revisionsgrund ist somit zu verneinen. Fehlt es daran, so ist eine Prüfung der Standardindikatoren (vgl. BGE 141 V 281) nicht vorzunehmen; eine geänderte Rechtsprechung stellt für sich allein keinen Revisionsgrund dar (141 V 585

E.

E. 6

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. 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 zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - lic. iur. O.____ - 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, zuzu stellen.

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

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