

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00544 vom 26. März 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-03-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00544

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00544 du 26 mars 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00544 del 26 marzo 2019

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. Tritt die Verwaltung auf die Neuandmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, 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).

E. 1.2

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.3

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 zumutbar 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 arbeits unfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc). 2.

E. 2

Hiergegen erhob X.____ am 16. Mai 2017 Beschwerde und beantragte, die Sache sei - unter Aufhebung der Verfügung vom 30. März 2017 - zur weiteren Ab klärung zurückzuweisen; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen. In prozessualer Hinsicht ersuchte sie um die Gewährung der unentgeltlichen Prozess führung und um Bestellung von Rechtsanwältin lic . iur . Jürg Leimbacher zum unent geltlichen Rechtsvertreter (Urk. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 19. Juni 2017 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6, unter Beilage ihrer Akten, Urk. 7/1-259), was der Beschwerdeführerin am 12.

Juli 2017 mitgeteilt wurde (Urk. 11).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin erwog im angefochtenen Entscheid (Urk. 2), eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes sei nicht ausgewiesen . So begründe der Status nach Schulterluxation keine dauerhafte Verschlechterung und die neu eingereichten psychiatrischen Berichte stellten lediglich eine andere Beurteilung des gleichen Sachverhalts dar.

E. 2.2

Demgegenüber stellte sich die Beschwerdeführerin auf den Standpunkt (Urk. 1), aus den neuen medizinischen Berichten ergebe sich eine Verschlechterung ihres

Gesundheitszustandes. So lägen weiterhin erhebliche Einschränkungen der Schulerter vor, auch wenn 2016 die diskutierte Operation nicht durchgeführt worden sei. Hinsichtlich der psychischen Situation handle es sich nicht um eine andere Beurteilung des gleichen Sachverhaltes, da sie durch den Verkehrsunfall psychisch nachhaltig traumatisiert worden sei.

E. 3

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird - soweit erforderlich - im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 2.1 mit Hinweisen), mithin die mit Gerichtsurteil IV.2014.00258 vom 24. Juni 2015 (Urk. 7/19

E. 3.2

Das hiesige Gericht hielt mit Urteil IV.2014.00258 vom 24. Juni 2015 fest, dass die Beschwerdeführer in aus rheumatologischer Sicht ab Januar 2007 für ihre bisherige Tätigkeit als Reinigungsmitarbeiterin zu 100 % arbeitsunfähig gewesen sei, ihr aber seither - mit Ausnahme der Dauer der Akutbehandlung der offenen Narbe von Februar bis Dezember 2011 - eine behinderungsangepasste

fusssschonende Tätigkeit zu 100 % zumutbar sei (vgl. E. 4 des Urteils). Aus psychiatrischer Sicht bestehe kein Leiden mit Krankheitswert (vgl. E.

E. 4

S. 3-16) beziehungsweise Bundesgerichtsurteil 8C_624/2015 vom 25. Januar 2016 (Urk. 7/210) bestätigte Verfügung der IV-Stelle vom 30. Januar 2014 (Urk. 7/179).

E. 4.1

Die Verfügung vom 30. März 2017 (Urk. 2), mit welcher das Leistungsbegehren erneut abgewiesen wurde, basierte auf folgenden medizinischen Beurteilungen:

E. 4.2

Im Bericht des D.____ vom 23. Februar 2014 (Urk. 7/191 S.1) wurde eine Schmerzexazerbation am linken Fuss bei/mit Status nach Chopardarthrodese am 26. Januar 2007, anamnestischem Status nach wiederholten Arthrodesen am Fuss sowie Status nach rezidivierenden Schmerzexazerbationen diagnostiziert. Aus dem Röntgen des linken Fusses ergäben sich keine frischen ossären Läsionen und keine Schraubendislokation. Vom 23. Februar bis 2. März 2014 sei der Beschwerdeführerin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden.

E. 4.3

Im Bericht der E.____ vom 25. Februar 2014 (Urk.

7/191 S.

2-3) wurden folgende Diagnosen aufgeführt.

-

Verdacht auf neuropathisches Schmerzsyndrom bei

-

Status nach Narbenreduktionsplastik sowie OSMF am 12. November 2012 bei

-

Status nach Narbenresektion, Defektdeckung mit freiem

mikrovaskulärem Musculus

gracilis -Lappen von rechts und SHT

vom Oberschenkel rechts, End-zu-Seit-Anastomose Arteria tibialis

anterior, End-zu-End-Anastomose Vena

comitans anterior vom

2. November 2011 bei

-

instabiler Narbe am lateralen Fussrand links

-

Status nach Osteosynthesematerialentfernung und Re-

Arthrodese vom 4. November 2009 mit/bei

-

Anschlussarthrose Os naviculare/Os cuneiforme laterale

und Os cuneiforme

intermedium mit/bei

-

Status nach Chopard-Arthrodese und Naviculocuneiforme -

Arthrodese links am 26. Januar 2007

-

sekundärer Talonaviculararthrose bei Naviculare bipartitum

-

Status nach Unguis

incarnatus links (Sommer 2007)

Eine nachweisbare Nervenläsion besteht nicht, sodass am ehesten von einem neuropathischen Schmerzsyndrom auszugehen sei. Klinisch seien die Hauptschmerzen im

Bereich der Lisfranc -Gelenkslinie auslösbar, wo radiologisch deutliche arthrotische Veränderungen beständen. Die Metatarsalgien II/III seien eher im Hintergrund, weshalb von einer Kürzung der Metatarsale II und III keine deutliche Beschwerdegredienz erwartet werden könne. Die Beschwerdeführerin trage aktuell Konfektionsschuhe. Aufgrund der fortgeschrittenen arthrotischen Veränderungen seien orthopädische Serienschuhe indiziert, welche nun verordnet würden. Des Weiteren sei baldmöglichst eine TMT-I bis III-Infiltration linksseitig durchzuführen, in der Hoffnung, dass dies zumindest die starken Schmerzen der Beschwerdeführerin lindere.

E. 4.4

Im Abschlussbericht des F.____ vom 11. August 2014 (Urk. 7/191/9-11) wurden folgende Schmerzdiagnosen genannt.

-

Gemischt neuropatisch -nozizeptives Schmerzsyndrom am linken Fuss

-

Verdacht auf depressive Verstimmung

Die intravenösen Medikamententestungen mit Remifentanyl, Lidocain, Ketamin und Placebo seien allesamt ohne jegliche analgetische Wirkung geblieben. Somit könne keine Fixanalgesie und sicherlich auch keine Opiattherapie empfohlen werden. Im Vordergrund ständen somit weiterhin schmerzpsychotherapeutische Massnahmen zum Erlernen des Umgangs mit den chronischen Schmerzen im Alltag und zentraler Modulation durch Bewusstseinsübungen.

E. 4.5

Dr. med. G.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, welcher die Beschwerdeführerin seit dem 6. Dezember 2013 behandelt, stellte in seinem Bericht vom 2. Oktober 2014 (Urk. 7/191 S.15-16) zuhanden der behandelnden Hausärztin Dr. med. H.____, Fachärztin für Allgemeinmedizin FMH, folgende Diagnosen:

-

Mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1)

-

Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren

-

Status nach mehreren Fussoperationen bei hochgradiger Degeneration des Talonaviculargelenks links

Nach mehreren Operationen wegen arthrotischen Gelenksveränderungen am linken Fuss habe die Beschwerdeführerin bereits 2010 eine depressive Störung entwickelt. In diesem Rahmen habe die Beschwerdeführerin mehrere Verluste auf mehreren Ebenen (Gesundheit, Arbeit, Beziehung) hinnehmen müssen. Schliesslich habe sie einen starken sozialen Rückzug gemacht und fühle sich seit Jahren in ihrem Leiden alleine. Mehrere psychiatrisch-psychotherapeutische Versuche seien an Missverständnissen gescheitert. Die Beschwerdeführerin fühle sich körperlich krank. Ihre Erwartungen an Operationen seien

leider nicht in Erfüllung gegangen. Die Beschwerdeführerin sei sogar überzeugt, dass die Operationen ihr zusätzliches Leiden verursacht hätten. Im Vordergrund ständen aktuell neben der depressiven Stimmung auch Wut, Verbitterung und Verzweiflung. Die seitens der Schmerzprechstunde am O. __ __ empfohlene antidepressive medikamentöse Optimierung sei vorgenommen worden. Die Gesprächstermine fänden alle Wochen für 50 Minuten statt. Ziel sei es, das chronische Leiden zu lindern.

E. 4.6

Im provisorischen Austrittsbericht des D. __ vom 22. September 2015 (Urk. 7/203 S.

13) wurden als Diagnose nach dem Velosturz am 12. September 2015 eine vordere untere Schulterluxation links mit Hill-Sachs-Delle und ansatznahe r

transmurale r Totalruptur der Supraspinatussehne sowie eine Kontusion der Schulter rechts, der Hüfte links und der Hand rechts notiert. Noch gleichentags sei eine geschlossene Schulterreposition durchgeführt worden. Vom 12. September bis 23.

Oktober 2015 sei der Beschwerdeführerin deswegen eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden.

E. 4.7

Im definitiven Austrittsbericht des I. __ vom 6. November 2015 (Urk. 7/207 S.1-6), wo sich die Beschwerdeführerin vom 23. September bis 24. Oktober in stationärer Rehabilitation aufhielt, wurden folgende Diagnosen festgehalten:

-

Vordere untere Schulterluxation links bei Velosturz infolge PKW-Touchierung am 12. September 2015

-

Therapie: geschlossene Schulterreposition am 12. September 2015, Mobilisation und analgetische Therapie

-

Arthro-MRI am 8. Oktober 2015: Transmurale Ruptur der Supraspinatussehne im Ansatzbereich in einer koronaren Ausdehnung von 14 Millimetern und sagittalen Ausdehnung von 20 Millimetern. Keine signifikante Sehnenretraktion. Übrige Sehnen ohne

Nachweis eines Risses. Hill-Sachs-Delle

-

Kontusion Schulter rechts, Hüfte links und Hand rechts

-

Schwere akute Belastungssituation nach Unfall, erhöhtes Risiko für eine

posttraumatische B elastungsstörung

-

Mittelgradige bis schwere depressive Episode unter belastender Situation

-

Gemischt neuropathisch-nozizeptives Schmerzsyndrom am linken Fuss

-

Normochrome, normozytäre Anämie

Trotz komplexem posttraumatischem und chronischem Beschwerde- und Schmerz bild hätten im Verlauf der Rehabilitation langsame Fortschritte erreicht werden können. Sicherlich sei aufgrund der Komplexität aber mit einer längerdauernden, begleitete n Rekonvaleszenz zu rechnen. Die Beschwerdeführerin sei in gutem Allgemeinzustand und verbesserter Mobilität in die gewohnte häusliche Umgebung entlassen worden.

E. 4.8

Im Bericht des D.____ vom 8. April 2016 (Urk.

7/236) zuhanden Dr. H.____ wurde eine transmurale, in Kontinuität erhaltene Supraspinatussehnenruptur und Hill-Sachs-Delle links bei Status nach traumatischer antero-inferior Schulterluxation links (Erstereignis) mit geschlossener Reposition in Analgosedation am 12. September 2015 diagnostiziert. Die am 31. März 2016 durchgeführte Bildgebung zeige eine vollständige, transmurale Ruptur des posterioren Anteils der Supraspinatussehne mit Retraktion einzelner Sehnenfasern. Der Befund sei unverändert zur Voruntersuchung. Bei vorliegend persistierender Schmerzsymptomatik und vorliegender Bildgebung ergebe sich die Indikation zur arthroskopischen Revision und Refixation der abgerissenen Sehnenanteile. Die Beschwerdeführerin sei grobkursorisch über die Operation informiert worden und sie könne sich bei Wunsch einer operativen Versorgung wieder melden.

E. 4.9

Med. pract.

J.____, Fachärztin für orthopädische Chirurgie und Traumatologie und medizinische Gutachterin SIM, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) hielt in ihrer Stellungnahme vom 21. Mai 2016 (Urk. 7/254 S. 2)

fest, dass aufgrund der Ruptur der Supraspinatussehne der linken Schulter medizinisch-theoretisch von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit für 6 Wochen nach der - gemäss Beschwerdeführerin am 2. Mai 2016 durchgeführten (vgl. Einwand vom 9. Mai 2016, Urk. 7/237) - Operation auszugehen sei. Für den Zeitraum ab Anfang November 201

E. 4.10

Dr.

H.____, welche die Beschwerdeführerin seit dem 28.

März 2012 hausärztlich behandelt, nannte in ihrem Bericht vom 5. September 2016 (Urk. 7/244) zuhanden der Beschwerdegegnerin folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

1.

Gemischt neuropathisch-nozizeptives Schmerzsyndrom am linken Fuss,
differentialdiagnostisch: Komplexes Regionales Schmerzsyndrom (CRPS)

-

Operation eines Os naviculare bipartitum 2007

-

Sekundäre Talonavicular-Arthrorese

-

OSME und Re-Arthrorese 2009

-

instabile Narbe am lateralen Fussrand mit Narbenresektion und
Defektdeckung 2011

-

OSME 2012

2.

Rezidivierende depressive Episoden (ICD-10: F 33.0)

-

Somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F 45.0)

-

Transmurale Supraspinatusruptur und Hill-Sachs-Läsion der
Schulter links nach Velosturz 2015

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit verbleibe ein Status nach Urachusfistel und operativer Sanierung 2016. Die Beschwerdeführerin sei bis 2010 als Hauswirtschaftshilfe im Spital Y.____ tätig gewesen. Seit 2010 sei sie zu 100 % in diesem Beruf arbeitsunfähig, dies bis zum Velounfall 2015. Zwischenzeitlich habe sie eine leichte ehrenamtliche Tätigkeit im Rahmen eines K.____-Programmes im Alterszentrum

L.____ ausgeübt. Mangelnde psychische Belastbarkeit und unvorhergesehene Situationen führten zu Schmerzexazerbationen und zu Rezidiven der depressiven Episoden. Die Beschwerdeführerin könne aufgrund des Schmerzsyndroms nicht lange stehen und gehen. Es komme dabei immer wieder zu Schmerzexazerbationen im linken Fuss und der linken Schulter, welche auch Ausdruck der psychischen Überforderung seien. Die persönlichen Ressourcen der Beschwerdeführerin zur Krisenbewältigung seien sehr begrenzt. Gemäss der bisherigen Erfahrung sei nur eine sehr langsame Erholung und keine wesentliche Besserung der Belastbarkeit zu erwarten. Eine behinderungsangepasste Tätigkeit wie stundenweise Betreuung von Betagten im K.____-Programm für 2-3 Stunden an 2-3 Tagen pro Woche wäre möglich.

E. 4.11

Dr. G.____ stellte in seinem Bericht vom 14. Dezember 2016 (Urk. 7/248) zuhanden der Beschwerdeführerin folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

-

Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F 33.11), bestehend seit September 2015

-

Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst, ICD-10: F 41.0), bestehend seit September 2015

-

Verdacht auf kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F 61.0)

Die Beschwerdeführerin habe den Unfall traumatisch erlebt. In der Folge habe sich eine depressive Symptomatik sowie eine Panikstörung entwickelt. Im Vordergrund standen neben Angstzuständen eine phobisch-vermeidende Verhaltensweise und Hilflosigkeit. Zwischenzeitlich sei es zu einer Beruhigung gekommen und die Panikattacken seien in den Hintergrund getreten, wobei die depressive Symptomatik bestehen geblieben sei. Die Beschwerdeführerin weise sowohl auf der Symptom- als auch auf der Beziehungsebene starke Einschränkungen auf. Kurz- und mittelfristig sei sie nicht in der Lage, zu arbeiten. Eine längerfristige Prognose sei aktuell schwierig zu stellen. Eine stationäre psychiatrische Behandlung werde diskutiert.

E. 4.12

Med. pract. J.____ führte in ihrer RAD-Stellungnahme vom 20. Dezember 2016 (Urk. 7/254 S. 4) aus, dass die medizinischen Unterlagen keine wesentlichen neuen Befunde enthielten. Insbesondere werde die berichtete Schulteroperation am 2. Mai 2016 in keinem dieser Berichte erwähnt. Bei den Konsultationen in der E.____ sei es um die orthopädietechnische Versorgung des Fusses gegangen, wobei diese Fussproblematik bekannt sei und berücksichtigt worden sei. Psychiatrische Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien im damaligen Gutachten von Dr. C.____ im Juli 2013 ausgeschlossen worden. Die neuen psychiatrischen Berichte stellten eine andere Beurteilung des gleiches Sachverhaltes dar. Zusammenfassend gelte, dass der Beschwerdeführerin aus medizinischer Sicht eine fusschonende Tätigkeit zumutbar sei.

E. 4.13

Mit ärztlichem Zeugnis vom 3. Februar 2017, das von der Beschwerdeführerin eingeholt worden war, bestätigte Dr. H.____ der Beschwerdeführerin, dass sie regelmässig hausärztlich betreut werde. Durch einen

Unfall im September 2015 habe sie eine Verletzung der linken Schulter erlitten. Dadurch sei der Bewegungsumfang der Schulter bis heute vermindert, was sie bei der Bewältigung des Alltages einschränke (Urk. 3).

E. 5

erlittene Schulterluxation wurde noch gleichentags repositioniert (vgl. E. 4.6). Bezüglich der Supraspinatussehnen-Ruptur verhält es sich dagegen so, dass gemäss Bericht des D.____ vom 8. April 2016 angesichts der persistierenden Schmerzsymptomatik eine

Indikation zur arthroskopischen Revision und Refixation der abgerissenen Sehnenanteile bestehe (vgl. E. 4.8). Entgegen den ursprünglichen Ausführungen der Beschwerdeführerin in ihrem Einwand vom 12. Mai 2016 (Urk. 7/237) wurde eine solche Operation bisher aber nicht durchgeführt (vgl. auch Urk. 1 S. 4). Bereits dieser Umstand lässt darauf schliessen, dass der Leidensdruck der Beschwerdeführerin im Zusammenhang mit den geklagten Schulterbeschwerden links nicht ausgeprägt ist. Zudem wurde seitens des D.____ lediglich bis 23. Oktober 2015 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert (E. 4.6). Eine - invalidenversicherungsrechtlich relevante - längerdauernde Arbeitsunfähigkeit wurde nicht attestiert, wobei bereits die Entlassung aus dem I.____ am 24. Oktober 2015 bei verbesserter (Schulter-) Mobilität erfolgte (vgl. E. 4.7). Anzumerken ist, dass Dr. H.____

in ihrem Bericht vom

5. September

2016 ausführte , dass die auftretenden Schmerzaxazerbationen

auch Ausdruck psychischer Überforderung seien (vgl. E. 4.10), weshalb auch diesbezüglich weiterhin - und unverändert zur letzten maligen Rentenprüfung - von einer Schmerzstörung auszugehen ist.

E. 5.1

Es ist strittig und zu prüfen, ob zur Ermittlung des medizinischen Sachverhalts auf die Stellungnahmen des RAD vom 27. Juni und vom 20. Dezember 2016 (Urk. 7/254 S. 2 und S. 4) abgestellt werden kann. Bei den Ausführungen der RAD-Ärztin med. pract . J.____ handelt es sich um eine reine Aktenbeurteilung, da sie die Beschwerdeführerin nach der Neuanmeldung nicht persönlich untersuchte.

E. 5.2

Eine Aktenbeurteilung ohne eigene Untersuchung kann beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt. Dies gilt grundsätzlich auch in Bezug auf Berichte und Stellungnahmen der RAD (vgl. das Urteil des Bundesgerichts 9C_335/2015 vom 1. September 2015 E. 3.1 mit Hinweis).

E. 5.3

Der Sachverhalt hat sich seit der Verfügung vom 30. Januar 2014 insofern verändert, als die Beschwerdeführerin nun laut den behandelnden Ärzten zusätzlich zu den chronischen Beschwerden am linken Fuss an Schulterschmerzen links bei einer Supraspinatussehnen-Ruptur leidet (vgl. E. 4.6-10). Dass der Zustand des linken Fusses im Wesentlichen unverändert ist, ergibt sich aus den

neuen Berichten, insbesondere aus dem Umstand, dass in der E.____

hauptsächlich die orthopädietechnische Versorgung des Fusses

angegangen wurde , und ist auch vor dem Hintergrund der unveränderten bildgebenden Befunde

schlüssig (vgl. E. 4.2-3) . Ausserdem wurde eine verschlechterte Fuss -Symptomatik denn auch nicht geltend gemacht (vgl. E. 4 und Urk. 1).

E. 5.4

Die beim Velounfall am 12. September 201

E. 5.5

Dr. G.____ diagnostizierte bei der Beschwerdeführerin eine rezidivierende depressive Störung sowie eine Panikstörung, welche seit dem für sie traumatischen Velounfall im September 2015 bestanden (vgl. E. 4.11). Indem er aber auch ausführte, dass die Panikattacken zwischenzeitlich in den Hintergrund getreten seien, stellte er diesbezüglich eine Besserung fest, weshalb die Angststörung vorliegend nicht mehr relevant ist.

Hinsichtlich der rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, ist darauf hinzuweisen, dass bereits Dr. C.____ eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom diagnostizierte, wobei er diese als auf das Schmerzgeschehen und auf psychosoziale Faktoren reaktiv interpretierte. Nicht wesentlich anders verhält es sich mit der Beurteilung von Dr. G.____, der den Velounfall als Auslöser für die depressive Störung sowie die mittlerweile in den Hintergrund getretene Angststörung anführte. Mithin ist eine relevante Verschlechterung der depressiven Störung durch den Bericht von Dr. G.____ nicht dargetan, zumal trotz attestierter vollständiger Arbeitsunfähigkeit bis anhin auch noch keine stationäre Behandlung erfolgte.

Die gestellte Verdachtsdiagnose einer Persönlichkeitsstörung stellt keinen invalidisierenden Gesundheitsschaden dar.

E. 5.6

Zusammengefasst ist nach dem Ausgeführten eine anspruchrelevante gesundheitliche Verschlechterung im hier massgebenden Beurteilungszeitraum nicht erstellt und von weiteren Abklärungen ist in antizipierter Beweiswürdigung (vgl. BGE 124 V 90 E. 4b, 122 V 157 E. 1d und 136 I 229 E. 5.3) kein anderes Ergebnis zu erwarten.

Damit erweist sich die angefochtene Verfügung der Beschwerdegegnerin als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

E. 6.1

Nach Gesetz und Praxis sind in der Regel die Voraussetzungen für die Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung und Verbeiständung erfüllt, wenn der Prozess nicht aussichtslos, die Partei bedürftig und die anwaltliche Verbeiständung notwendig oder doch geboten ist (BGE 103 V 46, 100 V 61, 98 V 115).

E. 6.2

Die Beschwerdeführerin in bezieht Sozialhilfe (Urk.

E. 6.3

Die Gerichtskosten, die nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert zu bemessen sind (Art. 69 Abs. 1 bis IVG), sind auf Fr. 600.-- anzusetzen und der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen, jedoch zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

E. 6.4

Rechtsanwalt Leimbacher ist in Anbetracht der zu berücksichtigenden Akten und der zu behandelnden Rechtsfragen bei einem gerichtsblichen Stundensatz von Fr. 220.-- als unentgeltlicher Rechtsvertreter ermessensweise mit einer Prozessentschädigung in der

Höhe von Fr. 1'200.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse zu entschädigen.

E. 6.5

Die Beschwerdeführerin ist darauf hinzuweisen, dass sie zur Nachzahlung der Gerichtskosten und der Kosten für die unentgeltliche Rechtspflege verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist (§ 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Das Gericht beschliesst: In Bewilligung des Gesuchs vom 16. Mai 2017 wird der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Prozessführung gewährt und Rechtsanwalt lic. iur. Jürg Leimbacher als unentgeltlicher Rechtsvertreter für das vorliegende Verfahren bestellt; und erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen.

Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Jürg Leimbacher, Bülach, wird mit Fr. 1'200.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse entschädigt.

Die Beschwerdeführerin wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Jürg Leimbacher - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 5.

Gegen diese Entscheidung 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
Hurst-Geiger

E. 10

). Mit Blick darauf ist sie im vorliegenden Verfahren bezogen auf den massgebenden Zeitpunkt als prozessual bedürftig zu qualifizieren. Da auch die weiteren Anspruchsvoraussetzungen (fehlende Aussichtslosigkeit und sachliche Notwendigkeit der Rechtsverbeiständung) erfüllt sind, ist der Beschwerdeführerin in Bewilligung ihres Gesuchs vom 16. Mai 2017 (Urk. 1) die unentgeltliche Prozessführung zu gewähren und es ist ihr Rechtsanwalt lic. iur. Jürg Leimbacher, Bülach, als unentgeltlicher Rechtsvertreter

für das vorliegende Verfahren zu bestellen

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