

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00567 vom 15. November 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-11-15, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00567

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00567 du 15 novembre 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00567 del 15 novembre 2018

Erwägungen

E. 1

) meldete sich die Ver sicherte wegen einer chronischen Depression und einem Weichteilrheumatismus

bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an. Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, wies das Leistungsbegehren nach Einholung des Gutachtens der A.____ vom 27. Oktober

2008 (Urk. 9/24) mit Verfügungen vom 25. und 26. Februar

2009 (Urk. 9/41-42) ab.

E. 1.1

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

E. 1.2

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. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 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. 1.3

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanmeldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV)), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art.

E. 6

(Urk.

E. 9

/ 58) erstattet wurde. Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (vgl. Urk. 9/61, Urk. 9/63 und Urk. 9/ 65) wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren der Versicherten mit Verfügung vom

E. 13

. April 2017 aufzuheben und ihr die gesetzlichen Leistungen zuzusprechen (S. 2).

Am 2. Juni 2017 (Urk. 5) reichte die Beschwerdeführerin einen medizinischen Verlaufsbericht

nach (Urk. 6).

Die Beschwerdegegnerin beantragte am 28. Juni 2017 (Urk. 8) Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführerin am

10. Juli 2017 (Urk. 10) zur Kenntnis gebracht wurde. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 17

ATSG eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist (BGE 117 V 198 E. 3a mit Hinweis). 1. 4

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). 2. 2.1

Die Beschwerdegegnerin führte in der angefochtenen Verfügung vom 13. April 2017 (Urk. 2) aus, gestützt auf das Gutachten des Stadtspitals C.____

sei keine Arbeitsunfähigkeit als Kinderbetreuerin ausgewiesen und bestehe somit kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung (S. 1). 2.2

Die Beschwerdeführerin stellte sich in ihrer Beschwerde vom

E. 19

. Mai 2017 (Urk. 1) auf den Standpunkt, dass das rheumatologische Gutachten von Dr. B.____ mangelhaft sei und nicht darauf abgestellt werden könne, weshalb ein neues verwaltungsexternes Gutachten einzuholen sei (S. 4- 8). Zudem dränge sich gleichzeitig die Einholung eines psychiatrischen Gutachtens auf (S. 9). 2.3

Umstritten ist vorliegend, ob der Beschwerdeführerin nach der Neuanmeldung vom 6. Juni 2016 (Urk. 9/47) allenfalls eine Invalidenrente zusteht und ob das Gutachten von Dr.

B.____ eine rechtsgenügli che Grundlage für die rentenabwei sende Verfügung darstellt .

Vorliegend sind die aktuellen gesundheitlichen Verhältnisse zu vergleichen mit denjenigen, wie sie sich im Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung vom 26. Februar

2009 (Urk. 9/42) gezeigt haben. 3.

Die ursprüngliche rentenabweisende Verfügung vom 26. Februar 2009 (Urk. 9/42) basierte aus medizinischer Sicht gemäss Feststellungsblättern vom 16. Januar

E. 20

09 (Urk. 9 / 30 S. 3 f.) und vom 26. Februar

2009 (Urk. 9 / 40) im Wesentlichen auf dem interdisziplinären Gutachten (internistisch, rheumatologisch, psychiat risch) der A.____

vom 27. Oktober

2008 (Urk. 9 /

E. 24

). Assistenzärztin Dr. D.____ , Oberarzt Dr. E.____ , Facharzt für Innere Medizin, Oberarzt Dr. F.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Oberarzt Dr. G.____ , Fach arzt für Rheumatologie , nannten in ihrer Expertise als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein generalisiertes Schmerzsyndrom (ICD-10 R52.9) und ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) sowie eine gemischte Angst und depressive Störung (ICD-10 F41.2). Sie hielten fest, die Beschwerdeführerin sei in ihrer angestammten Tätig keit als Zeitungszustellerin oder ehemals Verkäuferin ,

im aktuellen Beruf als Familienbetreuerin wie auch in angepasster Tätigkeit zu 80 % arbeitsfähig (vgl. S. 13-15). 4. 4.1

Die leistungsabweisende Verfü gung vom 13. April 2017 (Urk. 2) beruhte im We sentli chen auf nachstehenden medizini schen Berichten. 4.2

Dr. H.____ , Fachärztin für Rheumatologie sowie physikalische Medizin und Rehabilitation , bei welcher sich die Beschwerdeführerin seit 31.

Januar

2014 in Behandlung befindet, nannte in ihrem Bericht vom 15. Juli

2016 (Urk. 9/ 50) als Diagnose

eine seronegative Polyarthrit is mit Erstdiagnose 2014 (S. 3).

Sie führte aus, der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin verschlechtere sich. Sicher e Angaben über die Arbeitsunfähigkeit seien nicht möglich bei ver minderer Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit aufgrund entzündungsbedingter Schmerzen. Das bisherige Arbeitspensum werde nur unter grösster Anstrengung eingehalten. Die bisherige Tätigkeit als Kinderbetreuerin im Privathaushalt sei soweit ideal, da wechselbelastend. Zusätzliche Aufgaben im Privathaushalt (wie allgemein Putzen, Fensterputzen, Staubsaugen, Tragen von schweren Gegenstän den) könne die Beschwerdeführerin wegen Schmerzexazerbationen nicht mehr durchführen. Daraus resultiere eine deutlich

verminderte Belastbarkeit im ange stammten Beruf (S. 1).

Ferner berichtete Dr. H.____, die Beschwerdeführerin leide unter wechselnden Polyarthritiden und Polysynovitiden. Trotz teilweise massiven Krankheitsschüben sei sie arbeits fähig geblieben und mit grösster Anstrengung ihrer Arbeit nachge gangen. In der Arbeit als Kinderbetreuerin sei sie soweit einsetzbar, dafür könnten die vom Arbeitgeber verlangte n Haushaltsarbeiten schmerzbedingt nicht ausge führt werden.

Als Kinderbetreuerin betrage das Pensum geschätzt 50

% (von einem 100

% -Pensum) . Sie sei zu 50

% belastbar, also sei sie zu

E. 25

% arbeitsfä hig.

Als Haushalthilfe bei einem geschätzten Pensum von 50

% (vo n einem 100

% -Pensum) sei sie zu 0

% belastbar.

Die bisherige Behandlung der Polyarth ritis sei stufenweise mit Basistherapeutika erfolgt. Als einzig wirksame Behand lung habe sich Kortison (Prednison) gezeigt. D ies sei allerdings als Dauertherapie ungeeignet.

Mit de r biologischen Behandlung wart e die Beschwerdeführerin vor erst aus Kostengründen ab (S. 2). 4.3

Gestützt auf die Ergebnisse seiner im Auftrag der Beschwerdegegnerin durcge führten rheumatologischen Expertise vom 17. November 2016 (Urk. 9/58) stellte Dr. B.____ von der Klinik für Rheumatologie des Stadtpitals C.____

fol gende Diagnose (S. 1 5): - Generalisiertes Schmerzsyndrom - Chronische Schulterschmerzen - Wenig beeinflussbare unspezifische Rückenschmerzen anamnestisch seit circa 30 Jahren bei Wirbelsäulenfehlform (Skoliose) - Muskelschmerzen an oberen wie unteren Extremitäten - Schmerzen im rechten Mittelfinger seit mindestens 2008 - Status nach langjährigen Oligo -/Polyarthralgien und Verdacht auf seronegative r heumatoide Arthritis, heute entkräftet inklusive Labor: normale ANA, Rheu mafaktoren, ACPA , Complement C3 und C4 sowie alle Entzünd ungsparmeter

Dr.

B.____ hielt fest, die klinische Untersuchung ergebe altersentsprechende Nor malbefunde ohne Hinweise auf ein entzündliches Gelenkleiden. Insbesondere f ehnten Gelenkschwellungen oder - überwärmungen . Die Muskulatur sei generell dolent ohne Zeichen einer fokalen Pathologie. Übrige, allenfalls mit entzündli chen Systemerkrankungen einhergehende Manifestationen seitens der Haut, der Augen (Ausschluss einer Sicca -Symptomatik), der Schleimhäute oder system anamnestisch fehlten. Aktenanamnestisch ergäben sich keine Hinweise für das Vorliegen einer entzündlichen Erkrankung. Insbesondere seien die zugänglichen Laborwerte stets im

Normbereich gewesen, und dies habe sich auch bei der Untersuchung bestätigt. Auch eine Skelettszintigraphie im Juni 2015 habe keine Hinweise für das Vorliegen einer entzündlich-rheumatischen Erkrankung ergeben. Die Hand- und Fussröntgenbilder seien, nach Angaben der Beschwerdeführerin, unauffällig ausgefallen. Auch die aktuellen Laborwerte ergäben im Hinblick auf eine entzündlich-rheumatische Erkrankung keinerlei Hinweise dafür (S. 14). Die klinisch-rheumatologische Untersuchung ergebe keine Hinweise auf pathologische Befunde oder Einschränkungen hinsichtlich des Bewegungsapparates. Für übliche Aktivitäten ergäben sich aus rheumatologischer Sicht keine Einschränkungen (S. 15).

Dr.

B.____ führte weiter aus, es handle sich um ein jahrzehntelanges Beschwerdebild mit Schmerzen am ganzen Körper, teilweise schulterzentriert, chronisch am Rücken und am rechten Mittelfinger oder aktuell auch in den Knien, Füßen und Händen, mit Muskelschmerzhaftigkeit, ohne objektiv fassbare Zeichen weder in der klinischen Untersuchung, Laboruntersuchungen oder bildgebenden Verfahren. Aufgrund des langjährigen Verlaufs, selbst mit einer Akzentuierung vor zwei Jahren mit Schmerzbefall an Händen und Füßen, erachte er eine Diagnose aus dem entzündlich-rheumatischen Formenkreis für äusserst unwahrscheinlich. Die ihm zugänglichen Laborwerte und eine Skelettszintigraphie im Juni 2015 stützten diese Annahme. Ein weiterer Hinweis zum Ausschluss einer entzündlich-rheumatischen Erkrankung sei das fehlende Ansprechen auf verschiedene medikamentöse Behandlungen wie Cortison, Hydroxychloroquin, Salazopyrin und Methotrexat. Die Angabe der Beschwerdeführerin, der Handbefall sei notfallmässig an einem Sonntag vor zwei Jahren aufgetreten, sei zu relativieren, weil im Gutachten 2008 bereits Schmerzen im Mittelfinger rechts prominent beschrieben seien, entsprechend der Angabe eines schmerzhaften Mittelfingers (Dig. III) rechts. Inwieweit allenfalls auch eine gewisse Erschöpfung oder Depression hinzukomme, liege nicht im Ermessen seines Fachbereiches. Prozentual namhafte Einschränkungen könnten bezogen auf die rheumatologischen Befunde nicht festgemacht werden. Allenfalls könne eine psychiatrisch-psychologische Beurteilung zu einem anderen Schluss kommen (S. 16 f.).

Ferner stelle Dr. B.____ fest, er könne keine sichere Verschlechterung seit 2008 festmachen und denke, dass der Zustand nicht richtungsweisend verändert sei, die Beschwerdeführerin allerdings in dieser Zeit älter und somit allenfalls etwas weniger leistungsfähig geworden sei (S. 20 f.).

Aus rheumatologischer Sicht seien keine Befunde zu erkennen, welche eine vollumfängliche Arbeit als Kinderbetreuerin verunmöglichten. Aus rheumatologischer Sicht ergebe sich keine Einschränkung für die aktuelle und gleichzeitig angepasste Tätigkeit. Aus streng rheumatologischer Sicht ergäben sich keine Befunde, welche eine Tätigkeit im Rahmen des Haushalts unmöglich machten (S. 21 f.). 5 . 5 . 1

Das rheumatologische Gutachten von Dr. B.____ vom 17. November 2016 (Urk. 9 / 58) beruht auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen, wurde in Kenntnis der und Auseinandersetzung mit den Vorakten erstattet (vgl. S. 2-4, S. 14, S. 16 und S. 20), berücksichtigt die geklagten Beschwerden (vgl. S. 7-9) und setzt sich mit diesen sowie dem Verhalten der Beschwerdeführerin auseinander (vgl. S. 10-14). Der Gutachter hat die medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtend dargelegt und seine Schlussfolge

rungen nachvollziehbar begründet (vgl. S. 13-18) . So zeigte er anhand der erhobenen Befunde auf, dass sich klinisch keine Hinweise auf pathologische Befunde oder Einschränkungen des Bewegungsapparates ergaben und namentlich - aufgrund der aktuellen Laboruntersuchungen - keine Entzündungen festgestellt werden konnten (Urk. 9/58 S. 14-16). Damit entspricht es grundsätzlich den bundesgerichtlichen Vorgaben an ein be weiskräftiges Gutachten (vgl. E. 1.4). 5.2

Die behandelnde Rheumatologin Dr. H.____ attestierte der Beschwerde führerin in ihrem Bericht vom 15. Juli 2016 (E. 4.2) – im Gegensatz zu Dr. B.____ - eine Arbeitsfähigkeit von nur 25 % - also eine Arbeitsunfähigkeit von 75 % (vgl. auch Urk. 9/66/1-3 S. 1). Dazu ist zu bemerken , dass die Beschwerdeführerin gegen über Dr. B.____ am 11.

November

2016 angab ,

effektiv

E. 28

Wochen stunden zu

arbeiten (vgl. Urk. 7/ 58 S. 6) , und

also rund vier Monate nach der durch Dr. H.____ attestierten Arbeitsunfähigkeit immer noch in einem we sentlich höhe ren Arbeits pensum arbeitete, was die Aussage kraft des Berichts von Dr. H.____

in Frage stellt . Es ist zwar richtig, das s Dr. B.____ den Bericht von Dr. H.____

insofern falsch wiedergab, als er festhielt , dass das Cortison keine Wirkung zeigte (vgl. E. 4.2 und E. 4.3) , was aktenkundig falsch ist. Indessen ver wies Dr. H.____ auf einen Krankheitsschub im Dezember

2014, mithin ein einhalb Jahre vor der hier interessierenden Neuanmeldung, und bestätigte eine Bes serung unter Cortison. Dies ändert jedoch nichts an der Beweiskraft der Untersu chung durch Dr. B.____ hinsichtlich der funktionellen Einschränkungen und der damit verbundenen Aussagekraft bezüglich der Arbeitsfähigkeit der Beschwerde führerin. Dr. B.____ führte das fehlende Ansprechen diverser Medika men te für den Ausschluss einer entzündlichen-rheumatischen Erkrankung ledig lich als «weiteren Hinweis» auf. Entscheidend für seine Schlussfolgerung waren

vielmehr die fehlenden Hinweise der Skelettszintigraphie

2015, seine klinische Untersu chung (vgl. Urk. 9/58 S. 10 11) und vor allem der Umstand, dass in der Laborun tersuchung alle Ent zündungsparam e ter negativ ausfielen (vgl. Urk. 9/58 S. 12 und S. 14 f.) . Ins besondere letzte Tatsache rechtfertigte es, auf eine weitere Bildgebung zu verzich ten.

Im Übrigen zeigte Dr. H.____ keine Tatsachen auf, die bei der Begutachtung unerkant oder ungewürdigt geblieben sind und eine abweichende Beurteilung aufdrängen würden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_677/2014 vom 2 9. Okto ber 2014 E. 7.2 mit Hinweisen).

5.3

Die Beschwerdeführerin brachte in verschiedener Hinsicht Kritik vor.

So bemängelte sie, dass der Bericht von Dr. H.____ vom 30. März 2017 (Urk. 9/66/1-3) nicht einmal dem regionalen ärztlichen Dienst (RAD) vorgelegt worden sei, was einer Verletzung des rechtlichen Gehörs gleichkomme (vgl. Urk. 1 S. 7

Ziff. 15). Dazu ist zu bemerken, dass es sich bei diesem Bericht nicht um einen eigentlichen medizinischen Bericht, sondern um eine Kritik am Gutachten Dr. B.____ s handelt. Zudem besteht kein (im Sinne des Anspruchs auf rechtliches Gehör) unbedingter gesetzlicher Anspruch darauf, dass fachärztliche Berichte und Gutachten, deren Relevanz nicht von vornherein verneint werden kann, dem RAD zur Stellungnahme unterbreitet werden (Urteil des Bundesgerichts 9C_417/2016 vom 13. September 2016 E. 2).

Entgegen der Kritik der Beschwerdeführerin, dass sich Dr. B.____ nicht über ihre Einschränkungen in der Haushaltsführung geäußert haben soll (vgl. Urk. 1 S. 7 Ziff. 16), führte dieser

durchaus aus, dass keine Befunde vorlägen, welche Tätigkeiten im Haushalt unmöglich machten (vgl. E. 4.3).

Weiter brachte sie vor, dass eine Standardindikatorenprüfung

hätte vorgenommen worden müssen (vgl. Urk. 1 S. 7 Ziff. 17). Diesbezüglich ist zu bemerken, dass es sich beim von Dr. B.____ diagnostizierten generalisierten Schmerzsyndrom nicht um eine psychiatrisch fachärztlich

diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung und somit ein psychosomatisches Leiden handelt, welches nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung einer Standardindikatorenprüfung zu unterziehen wäre, sondern um einen Schmerz, welcher körperlich begründbar ist. In der Medizin äussert sich diese Unterscheidung in F- respektive R-Diagnosen, wobei somatoforme Schmerzstörungen mit F45 diagnostiziert werden (vgl. F45 Schmerzstörungen in Dilling / Mambour /Schmidt, Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V [F]: Klinisch diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 224 ff.). Dr. B.____ diagnostizierte aber ein generalisiertes Schmerzsyndrom, was medizinisch als R52.9 im ICD-10-System diagnostiziert wird, wie dies auch bereits durch die A.____ -Gutachter 2008 diagnostiziert worden war (vgl. E. 3).

Demgemäss drängt sich auch keine psychiatrische Begutachtung auf (vgl. Urk. 1

S. 8 Ziff. 20). Anhaltspunkte, dass eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund psychischer Leiden vorliegen könnten, liegen keine vor. Dr.

B.____ führte

– entgegen der Behauptung der Beschwerdeführerin, dieser würde eine psychiatrische Begutachtung empfehlen – aus, dass allenfalls eine psychiatrisch-psychologische Beurteilung zur Arbeitsfähigkeit zu einem anderen Schluss kommen könnte (vgl. E. 4.3) und eine solche erwogen werden könnte, er jedoch diesbezüglich keinen Einfluss erwartete (vgl. Urk. 9/58 S. 18). Dr. B.____ empfahl lediglich eine zusätzlich stützende psychiatrisch-psychologische Gesprächstherapie, welche allenfalls eine Besserung des Gesundheitszustands erreichen könnte (vgl. Urk. 9/58 S. 22). Ebenso wenig brachte die Beschwerdeführerin selbst einen

medizinischen Bericht ein – beispielsweise einer allfällig behandelnden Psychiaterin – welche den Verdacht nahelegen würde, dass sie aufgrund psychischer Leiden in ihrer

Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sein könnte. Die Beschwerdegegnerin hat zu Recht auf eine psychiatrische Begutachtung verzichtet, da vorliegend keine fundierten Verdachtsmomente ersichtlich sind, die Beschwerdeführerin könnte aufgrund ihres psychischen Gesundheitszustandes in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sein.

Mit Eingabe vom 2. Juni

2017 (Urk. 5) reichte die Beschwerdeführerin einen Bericht Dr. I.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Nephrologie, vom Spital J.____

vom 24.

Mai 2017 (Urk. 6) ein. Die darin gestellten Diagnosen einer chronischen Niereninsuffizienz, einer leichten CRP Erhöhung unklarer Signifikanz (differentialdiagnostisch: viraler Infekt), einer Leberzyste linker Leberplatten, einer undifferenzierten seronegativen Polyarthritis mit negativer Rheumaserologie und einem depressiven Zustandsbild gehen auf eine Sonographie vom 10. Mai 2017 sowie Besprechungen vom 10. und 16. Mai 2017 zurück. Damit betrifft der Bericht einen Sachverhalt, welcher zeitlich nach dem Verfügungszeitpunkt liegt, und ist dementsprechend zur Beurteilung des vorliegenden Leistungsanspruches, über welchen die Beschwerdegegnerin am 13. April 2017 (Urk. 2) verfügte, unbeachtlich (BGE 131 V 242 E. 2.1, 121 V 362 E. 1b), da sich keine Rückschlüsse auf den relevanten Zeitraum ergeben. Zu bemerken bleibt sodann, dass dem Bericht nicht entnommen werden kann, die Arbeitsfähigkeit nehme aufgrund der neu gestellten Diagnosen ab. Da Dr.

I.____

in ihrem Bericht zur nephrologischen Abklärung ausführt, dass sie keine Erkrankung aus dem infektiologischen Formenkreis oder gar eine bösartige Manifestation finden können, und sie sich nicht zur Arbeitsfähigkeit äusserte, vermag ihr Bericht keinen Zweifel in dem Sinn an Dr.

B.____s Gutachten zu erwecken, dass zum Verfügungszeitpunkt aufgrund weiterer Beschwerden eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorgelegen hätte. 5.4

Nach dem Gesagten kann auf das Gutachten von Dr. B.____ abgestellt werden. Er

legte einleuchtend dar, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der ursprünglichen rentenabweisenden Verfügung vom 26. Februar

2009

nicht richtungsweisend verändert hat

und die Beschwerdeführerin aus rheumatologischer Sicht in ihrer Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt ist

(vgl. E. 4.3). Damit steht fest, dass weder aus somatischer noch aus psychiatrischer Sicht eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist (vgl. E. 1.3). In der Folge ist die Beschwerde abzuweisen.

Selbst wenn man

vom für die Beschwerdeführerin günstigsten Fall ausgehen und ihr bei einer immer noch effektiv erbrachten Arbeitsleistung von total 28 Wochenstunden (vgl. Urk. 9/58 S. 6) bei einem Soll von 42 Wochenstunden

bei einem 100 %-Pensum (vgl. Tabelle T 03.02.03.01.04.01 des Bundesamtes für Statistik über die betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche Ziffer S Erbringung von sonstigen Dienstleistungen; vgl. auch Musterarbeitsvertrag für die Kinderbetreuung des vpod

ssp – Gewerkschaft im Service public) eine krankheitsbedingte Reduktion der Leistungsfähigkeit von 14 Wochenstunden und damit eine prozentuale Reduktion der Arbeitsfähigkeit von 33,3 % in der Tätigkeit als Kinderbetreuerin zugestehen würde, resultierte mit der vorliegend anzuwendenden Methode des Prozentvergleichs (vgl. Urteil des Bundesgericht 8C_367/2018 vom 25. September

2018 E. 5.3.3)

immer noch ein renten aus schliessender Invaliditätsgrad von 33,3 % (vgl. E. 1.2) . 6 .

Da es vorliegend um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Sie sind auf Fr. 800.-- festzusetzen und ausgangsgemäss der 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: - Rechtsanwalt Patrick Lerch - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert

E. 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 Der Gerichtsschreiber GräubMüller

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