

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00670 vom 26. September 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-09-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00670

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00670 du 26 septembre 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00670 del 26 settembre 2017

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1965, war zuletzt von Juli 2005 bis Januar 2010 als Serviceangestellte tätig (Urk. 11/10 Ziff. 1, Ziff. 2.7; Urk. 11/10/8). Am 22. Februar 2010 meldete sie sich wegen psychischen Problemen bei der Invalidenversicherung an (Urk. 11/3). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, tätigte erwerbliche und medizinische Abklärungen und holte ein psychiatrisches Gutachten (Urk. 11/32) ein. Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 11/41; Urk. 11/44; Urk. 11/50) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 29. April 2014 einen Leistungsanspruch der Versicherten (Urk. 11/51). Am 16. Februar 2017 (Urk. 11/57) machte die Versicherte eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes geltend. Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 11/61; Urk. 11/63; Urk. 11/65) trat die IV-Stelle mit Verfügung vom 19. Mai 2017 auf das neue Leistungsbegehren nicht ein (Urk. 11/67 = Urk. 2).

E. 1.1

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

E. 1.2

Nach Eingang einer Neuanmeldung ist die Verwaltung zunächst zur Prüfung verpflichtet, ob die Vorbringen der versicherten Person überhaupt glaubhaft sind; verneint sie dies, so erledigt sie das Gesuch ohne weitere Abklärungen durch Nichteintreten. Dabei wird sie unter anderem zu berücksichtigen haben, ob die frühere Verfügung nur kurze oder schon längere Zeit zurückliegt, und dementsprechend an die Glaubhaftmachung höhere oder weniger hohe Anforderungen stellen (ZAK 1966 S. 279, vgl. auch BGE 130 V 64 E. 5.2, 72 E).

E. 1.3

Zur Frage des Bedeutungsgehalts des Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV hat das Bundesgericht in BGE 130 V 64 E. 5.2.5 festgehalten, dass die versicherte Person mit dem Revisionsgesuch oder der Neuanmeldung die massgebliche Tatsachenänderung glaubhaft machen muss, ihr mithin ausnahmsweise eine Beweisführungslast zukommt. Tritt die Verwaltung auf das erneute Leistungsbegehren ein, hat sie demgegenüber gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen (Art. 43 ATSG, Art. 57 IVG in Verbindung mit Art. 69 ff. IVV; SVR 2006 IV Nr. 10 S. 39 E. 4.1 [I 457/04]; vgl. auch BGE 117 V 198 E. 3a). 2.

E. 2

Die Versicherte erhob gegen die Verfügung vom 19. Mai 2017 (Urk. 2) am 9. Juni 2017 Beschwerde mit dem Antrag auf Aufhebung des angefochtenen Entscheides und Verpflichtung der Beschwerdegegnerin, auf das Revisionsbegehren einzutreten, weiter Zusprache einer ganzen Invalidenrente, eventuell Veranlassung eines polydisziplinären Gutachtens (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 4. August 2017 (Urk. 10) beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführerin am 18. August 2017 mitgeteilt wurde. Gleichzeitig wurde ihr antragsgemäss (Urk. 1 S. 2) die unentgeltliche Prozessführung bewilligt (Urk. 12). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete den angefochtenen Entscheid (Urk. 2) wie folgt: Es seien mit den neu eingereichten medizinischen Unterlagen keine Veränderungen feststellbar gewesen, beispielsweise seien keine neuen Diagnosen oder Befunde ersichtlich. Die vorhandenen Diagnosen und Symptome seien schon länger im beschriebenen Ausmass bekannt und im psychiatrischen Gutachten von 2013 widerlegt worden. Die somatoforme Schmerzstörung vermöge an sich noch keine Invalidität zu begründen. Es bestehe weiterhin keine Invalidität (S. 1-2). In ihrer Beschwerdeantwort (Urk. 10) führte die Beschwerdegegnerin aus, 2013 sei vom Gutachter eine somatoforme Schmerzstörung sowie eine nicht näher bezeichnete anhaltende wahnhaftige Störung diagnostiziert worden. Gestützt auf die damals geltende Rechtsprechung zu den somatoformen Schmerzstörungen habe keine Invalidität bestanden. In den neuen Berichten werde der Beschwerdeführerin eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Gemäss Beurteilung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) sei gestützt auf diese Unterlagen keine Verschlechterung ausgewiesen, da die genannten Beschwerden und Diagnosen bereits früher bekannt gewesen seien. Der Hausarzt mache keine Angaben zum Verlauf des Gesundheitszustandes, und die Z. ___ begründe die Verschlechterung nicht. Die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens erübrige sich (S. 1-2).

E. 2.2

Dem hielt die Beschwerdeführerin entgegen (Urk. 1), es sei gestützt auf die aktuellen Arztberichte von einer deutlichen Verschlechterung und Chronifizierung auszugehen und sie sei in allen Lebensbereichen deutlich eingeschränkt. Eine entsprechende Prüfung ihrer Ressourcen anhand des strukturierten Beweisverfahrens sei nicht durchgeführt worden (S. 2 ff.).

E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin im Sinne von Art. 87 Abs. 2 IVV glaubhaft gemacht hat, dass sich ihr gesundheitlicher Zustand erheblich verschlechtert hat, dies verglichen mit dem Zeitpunkt, in welchem der Rentenanspruch letztmals materiell geprüft wurde (BGE 133 V 108), mithin April 2014. Nicht zum Streitgegenstand gehört die Frage, ob die Beschwerdeführerin einen Rentenanspruch hat; auf den diesbezüglichen Antrag (Urk. 1 S. 2 Ziff. 3) ist deshalb nicht einzutreten.

E. 3

IVV Nichteintreten beschlossen hat und die versicherte Person deswegen Beschwerde führt; hingegen unterbleibt eine richterliche Beurteilung der Eintretensfrage, wenn die Verwaltung auf die Neuanmeldung eingetreten ist (BGE 109 V 108 E. 2b).

E. 3.1

Die medizinische Sachlage präsentierte sich vor Erlass der Verfügung vom 29. April 2014 (Urk. 11/51)

wie folgt: Dr. med. A.____, Facharzt für All gemeine Innere Medizin, diagnostizierte mit Bericht vom 6. März 2012 (Urk. 11/11) eine depressive Entwicklung, ein somatoformes Schmerzsyndrom, eine fixierte BWS-Kyphose sowie ein lumboradikuläres Syndrom L4/5 links. Diese Diagnosen hätten Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1). Die Beschwerdeführerin sei seit dem 4. April 2011 anhaltend zu 100 % arbeitsunfähig (Ziff. 1.6).

E. 3.2

Dr. med. B.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte mit Bericht vom 23. April 2012 (Urk. 11/12) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - rezidivierende depressive Störung, mittelgradig bis schwer, ICD-10 F33.2 - generalisierte Angststörung, ICD-10 F41.1 - asthenische Persönlichkeitsstörung, ICD-10 F60.7 In der angestammten Tätigkeit als Serviceangestellte bestehe seit dem 3. Februar 2010 volle Arbeitsunfähigkeit. Eine Arbeit sei zurzeit nicht möglich (Ziff. 1.6 1.7).

E. 3.3

Die Ärztinnen der Z.____ stellten mit Bericht vom 27. Juni 2012 (Urk. 11/14) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - mittelgradige depressive Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F32.10) - generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) Die Beschwerdeführerin sei vom 6. Januar bis 12. April 2012 in teilstationärer Behandlung gewesen (Ziff. 1.2). Es könne aktuell keine Prognose gestellt werden, da die Beschwerdeführerin vor allem aufgrund ihrer wechselnden Orientierungsstörungen und der ausgeprägten Geruchssensibilität bisher eine Behandlung kaum ausgehalten und sich auch keinerlei Besserung eingestellt habe (Ziff. 1.4). Als Servicefachfrau sei sie im Zeitraum der teilstationären Behandlung nicht arbeitsfähig gewesen (Ziff. 1.6). Aktuell sei auch im geschützten Rahmen keine Beschäftigung möglich. Eine Teilnahme im Arbeitstraining während der teilstationären Behandlung sei aufgrund der ausgeprägten Symptomatik nicht zustande gekommen (Ziff. 1.7).

E. 3.4

Dr. med. C.____, Oberarzt, Z.____, nannte mit Bericht vom 14. März 2013 (Urk. 11/31) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - Verdacht auf Erkrankung aus dem psychotischen Formenkreis (ICD-10 nicht codierbar) - fremdanamnestisch: - mittelgradige depressive Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F32.10) - generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) Die Patientin sei aktuell zu 100 % arbeitsunfähig in jeglicher Tätigkeit, auch im geschützten Rahmen. Die Prognose sei ungünstig (S. 1). Zum ärztlichen Befund hielt Dr. C.____ fest, es handle sich um eine verhüllte Frau, die sich ihre Kleider vor dem Gesicht halte, weil „die Gerüche“ sie störten. Sie habe kaum gesprochen, habe gleich wieder gehen wollen, sie habe keine Kraft. Es gelinge nur wenig Gespräch. Die Patientin habe ihn als Arzt aus Zürich verkannt, sei aber ansonsten einigermaßen orientiert gewesen (Ziff. 1.4). Als Serviceangestellte sei sie mindestens seit dem 16. November 2012 vollständig arbeitsunfähig (Ziff. 1.6). Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar und in einer angepassten Tätigkeit bestehe keine Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.7). Sämtliche

psychische Funktionen seien schwer eingeschränkt (Urk. 11/31/5).

E. 3.5

Dr. med. D.____ und Dr. med. E.____, Facharzt und Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierten in ihrem am 23. Mai 2013 nach Berücksichtigung der Akten, Erhebung der Anamnese und Durchführung einer eigenen Untersuchung zuhanden der Beschwerdeführerin erstatteten Gutachten (Urk. 11/32) eine somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), differentialdiagnostisch eine nicht näher bezeichnete, anhaltende wahnhaftige Störung (ICD-10 F22.9; S. 15). Zum Befund wurde festgehalten (S. 11): Die Beschwerdeführerin sei alleine, pünktlich und knapp ausreichend gepflegt zum Gespräch erschienen. Sie sei zu Zeit, Ort und Situation nicht orientiert gewesen. Zur eigenen Person habe sie ausser den eigenen Namen und dem Herkunftsland nicht viel angeben können. Aufmerksamkeit, Konzentration und Auffassungsgabe seien schwer eingeschränkt gewesen. Das Langzeitgedächtnis sei beeinträchtigt und schwer überprüfbar gewesen. Ihre Angaben, dass sie „nicht wisse“, hätten über weite Strecken nicht einfühlbar gewirkt. Die Aggravations- und Verdeutlichungstendenzen der körperlichen Beschwerden hätten die Kommunikation erschwert. Die Angaben zu Gefühlen und Wahrnehmungen seien schwer fassbar gewesen. Inhaltlich sei sie auf Schmerzen und „nicht wissen“ und „nicht können“ eingeengt gewesen. Sie habe sich ängstlich klagend und auffällig hilfsbedürftig gezeigt. Gleichzeitig habe sie Misstrauen und Ablehnung signalisiert. Die Kooperation sei derart eingeschränkt gewesen, dass auch nach der über zweistündigen Untersuchungszeit unklar geblieben sei, ob sie tatsächlich mit der Situation überfordert gewesen sei oder bewusst unklare und schwer nachvollziehbare Angaben über ihre Biographie und ihren Zustand gemacht habe. Die Intelligenz sei vermutlich im unteren Normbereich. Ein affektiver Rapport habe nicht hergestellt werden können. Dr. D.____ und Dr. E.____ diskutierten und verwarfen sodann die Differentialdiagnosen einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.2), einer nicht näher bezeichneten, anhaltenden wahnhaften Störung (ICD 10 F22.9) sowie einer generalisierten Angststörung und einer asthenischen Persönlichkeitsstörung, wie sie von Dr. B.____ festgestellt wurden (S. 18 f.). In Anbetracht der erhobenen Befunde lasse sich resümieren, dass keine wesentlichen Hauptfähigkeitsstörungen und ebenso keine deutliche Psychopathologie vorlägen. Die Explorandin zeige aber eine Aggravation ihrer Symptome, weil sie sich subjektiv schwer eingeschränkt erlebe. Somit rechtfertige sich abschliessend die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung, da sie das Konzept der Störung migrationspezifischer und soziokultureller Einflussfaktoren umfassen der beschreibe (S. 19 f.).

Medizinisch-theoretisch sollte eine Teilarbeitsfähigkeit zumindest in einer Nischentätigkeit vorhanden sein. Auf dem ersten Arbeitsmarkt sei die Beschwerdeführerin wegen ihres auffälligen Verhaltens nicht vermittelbar. Die Krankheit müsse als Ausdruck einer schwierigen psychosozialen Situation bei einer wenig integrationswilligen Frau gesehen werden. Eine nähere Einschätzung eines zumutbaren Arbeitspensums sei schwierig, weshalb eine spezialisierte Abklärung zu empfehlen sei (S. 19 unten f.).

Ein psychisches Leiden mit Krankheitswert sei vorhanden. Retrospektiv könne medizinisch-theoretisch davon ausgegangen werden, dass die Explorandin aus psychiatrischer Sicht seit der Berentung zumindest in einem Teilpensum in einer angepassten Tätigkeit arbeitsfähig gewesen wäre. Genauer lasse sich dies aber nicht einschätzen. Eine psychische Störung sei in Form von Wahrnehmungsstörungen, Gefühl von Ohnmacht und Hilflosigkeit, kognitiven Einschränkungen sicher vorhanden. Aufgrund

der verschiedenen diskutierten Inkongruenzen könne aber nicht eingeschätzt werden, ob diese tatsächlich schwerwiegend seien. Eine chronische körperliche Begleiterkrankung sei laut Aktenanamnese vorhanden; die Beschwerdeführerin leide unter chronischen Schmerzen. Ihre Angaben dazu seien aber eher vage und wenig greifbar gewesen. Ein ausgewiesener sozialer Rückzug scheine vorhanden, allerdings lebe die Beschwerdeführerin mit einem Mitbewohner zusammen und sei daher nicht völlig alleine. Der verfestigte, therapeutisch nicht mehr angehbare innerseelische Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn) sei eindeutig vorhanden. Seit Beginn der Krankschreibung sei die Explorandin nicht mehr in ihre angestammte Tätigkeit zu integrieren. Die Gründe hierfür (Geruchsbelästigung im Café) seien nicht ganz plausibel und nachvollziehbar, da sie ja die Geruchsbelästigung anscheinend auch im übrigen Lebensumfeld verspüre. Es lägen unbefriedigende Behandlungsergebnisse trotz konsequenter Rehabilitationsmassnahmen und Therapien vor. Die bisherigen Therapieversuche hätten eher eine Überforderung der Explorandin dargestellt. Die tagesklinische Behandlung sei nicht nachhaltig und nicht sehr erfolgreich gewesen (S. 24 f.).

E. 3.6

Dr. A. ___ hielt mit Bericht vom 21. Dezember 2013 (Urk. 11/38) fest, er habe die Patientin wegen des Rückenleidens seit Anfang 2012 lediglich viermal gesehen. Dabei sei die Arbeitsfähigkeit eigentlich kein Thema gewesen. Nach seiner Einschätzung bestehe aber eine mindestens 50%ige Arbeitsunfähigkeit wegen des Rückenleidens, wobei diese Beschwerden wegen der gleichzeitig bestehenden Depression schwer einzuschätzen seien. Die Arbeitsfähigkeit gelte sowohl für eine Tätigkeit als Serviceangestellte als auch für andere leicht körperbetonte Arbeiten. Die hauptsächliche Arbeitsunfähigkeit resultiere seines Erachtens aus der psychischen Erkrankung (Urk. 11/38/5).

E. 3.7

Gestützt auf diese Aktenlage und nach Prüfung der damals anwendbaren Foerster-Kriterien (vgl. Urk. 11/40/5) verneinte die Beschwerdegegnerin einen invalidisierenden Gesundheitsschaden.

E. 4.1

Zur Glaubhaftmachung einer Verschlechterung reichte die Beschwerdeführerin folgende Berichte ein. Dr. med. F. ___, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, stellte mit Bericht vom 18. Juli 2016 (Urk. 11/58/1-5 = Urk. 3/4) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1): - mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) - generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.40) - Schizophrenie (ICD-10 F20.9) Dr. F. ___ hielt fest, die Beschwerdeführerin leide unter diffusen Schmerzen in der ganzen Wirbelsäule und im gesamten Abdomen, welche in den morphologischen Befunden kein Korrelat hätten. Er könne nicht beurteilen, wie sich das Schmerzsyndrom seit der letzten Abklärung im November 2012 entwickelt habe. Es bestehe eine ausgeprägte Angststörung. Die Beschwerdeführerin sei in sämtlichen Lebensbereichen eingeschränkt, habe sich sozial vollständig zurückgezogen, verlasse die Wohnung praktisch nicht allein. Sie könne keinerlei Haushaltarbeiten übernehmen, die Medikamente müssten ihr abgegeben werden. Sie bedürfe regelmässiger Betreuung und könne nicht alleine leben (S. 2). Sie sei in der angestammten Tätigkeit vollständig arbeitsunfähig (S. 3 unten). Auch eine behinderungsangepasste Tätigkeit sei nicht zumutbar (S. 4

oben).

E. 4.2

Dr. med. G.____, Oberärztin, Z.____, stellte mit Bericht vom 5. September 2016 (Urk. 11/58/6-10 = Urk. 11/56 = Urk. 3/3) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1): - Verdacht auf kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61.9) - generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) mit vereinzelt Panikattacken (ICD-10 F41.0) - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) - chronifizierte mittelgradige bis schwere depressive Episode mit Verdacht auf pseudodemenzielle Entwicklung mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F32.3) - differentialdiagnostisch nicht näher bezeichnete anhaltende wahnhaftige Störung (ICD-10 F22.9) Der psychische Zustand der Beschwerdeführerin habe sich seit 2012 deutlich verschlechtert und chronifiziert. Sie leide unter diffusen Halluzinationen (olfaktorisch, optisch, Geschmack, akustisch sowie taktil) und sei zeitlich und örtlich desorientiert. Aufgrund der chronischen Schmerzen leide sie unter Schlafstörungen. Ohne die Unterstützung ihres Mitbewohners wäre sie nicht in der Lage, alleine zu leben und ihren Alltag zu bestreiten (S. 1). Trotz vieler Schmerzmittel sei keine Besserung eingetreten. Es sei ihr aufgrund der ausgeprägten Regression, der Ängste und pseudodementiellen Entwicklung nicht möglich, an gruppentherapeutischen Sitzungen teilzunehmen oder von psychotherapeutischen Massnahmen im engeren Sinn zu profitieren. Selbstreflexion oder -introspektion seien ihr nicht möglich. Sie zeige in ausgeprägtem Mass Anhedonie, Abflachung von Modulationsfähigkeit und Schwingungsfähigkeit und gedrückte Stimmung. Es bestünden ferner ausgeprägte mnestiche Einschränkungen, die oft mit Orientierungsschwierigkeiten einhergingen und Lernprozesse fast unmöglich machten. Dies sei im Sinne einer schweren depressiven Störung als pseudodementielle Symptomatik und die anhaltenden diffusen Halluzinationen seien als psychotisches Syndrom zu werten. Die depressive Symptomatik habe sich verstärkt und sei bislang der medikamentösen und psychotherapeutischen Intervention nicht zugänglich gewesen (S. 2). Die Beschwerdeführerin leide sehr stark unter einer Angststörung mit ausgeprägter Einschränkung der Alltagsbewältigung durch Vermeidung und Verhaltensveränderungen. Sie sei in allen Lebensbereichen auf Hilfe und Unterstützung angewiesen, verlasse ihre Wohnung kaum alleine, nur für die Therapietermine sowie die Physiotherapie, da beide in der Nähe ihres Wohnortes seien. Ansonsten werde sie von ihrem Wohnpartner begleitet und betreut. Sie sei trotz anamnestisch guter Deutschkenntnisse kaum in der Lage, Auskünfte zu geben und zu kommunizieren. Sie sei nicht in der Lage, alleine einzukaufen, zu kochen oder den Haushalt zu führen und sei zur Planung, Strukturierung oder Flexibilität nicht fähig. Auch leide sie unter sehr starken kognitiven Defiziten, die neurologisch in Bildgebung ohne auffälligen Befund geblieben seien. Sie könne sich nicht alleine um ihre Belange kümmern (S. 2 unten). Die Patientin komme etwa alle vierzehn Tage zu ihren Kontrollterminen und zur supportiven Behandlung. Die Kommunikation sei aufgrund der starken kommunikativen Einschränkungen und mnestiche Defiziten deutlich erschwert (S. 2 unten). Dauerthema seien ihre Schmerzen und Körpermissempfindungen. Informationen über ihren Alltag seien nur von ihrem Mitbewohner erhältlich. Ziel sei derzeit die psychiatrische Anbindung und der Erhalt des therapeutischen Vertrauens (S. 3 oben). Es sei der Beschwerdeführerin aktuell unmöglich, ihre persönlichen Ressourcen zu nutzen. Einziger beobachtbarer Behandlungserfolg in den letzten Jahren sei, dass die optischen, sehr angstauslösenden Halluzinationen etwas in den Hintergrund geraten seien durch die Medikation mit Quetiapin. Die Beschwerdeführerin könne das Büro betreten, ohne dass sie vor den

Schlangen auf dem Fussbo den flüchten müsse. Auch sie selbst sage, dass die Schlangen weg seien. Diverse medikamentöse Behandlungsversuche seien bislang ohne nennenswerten Erfolg geblieben. Einschneidende Veränderungen, vor allem hinsichtlich Wiedererlangung einer Teilarbeitsfähigkeit, sehe man bei dieser schwer kranken Patientin nicht (S. 3 Mitte). Zur Frage der Behandlungsresistenz hielt Dr. G.____ fest, es sei im Verlauf trotz teilstationärer, medikamentöser und aktuell ambulanter Behandlung kaum zu einer Veränderung des schwer regressiven Zustandsbildes gekommen. Zu einem stationären Aufenthalt sei die Beschwerdeführerin bislang nicht bereit gewesen und eine Indikation für einen ärztlichen Freiheitsentzug bestehe nicht. Allerdings sei auch von einem stationären Aufenthalt keine schnelle Veränderung zu erhoffen (S. 3 unten). Die Beschwerdeführerin sei seit mindestens 2012 in jeder Tätigkeit vollständig arbeitsunfähig. Dies gelte auch für den geschützten Bereich (S. 4).

E. 5.1

Die leistungsverneinende Verfügung vom 29. April 2014 erging gestützt auf das Gutachten von Dr. D.____ und Dr. E.____ (vorstehend E. 3.5). Darin wurden eine somatoforme Schmerzstörung, differentialdiagnostisch eine nicht näher bezeichnete, anhaltende wahnhaftige Störung diagnostiziert. Die Gutachterin und der Gutachter hielten nach Diskussion anderer Diagnosen fest, es rechtfertige sich abschliessend die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung, weil sie „das Konzept der Störung migrationsspezifischer und soziokultureller Einflussfaktoren umfassender beschreibe“. Dies ist angesichts des Umstands, dass soziokulturelle Einflussfaktoren bei der Beurteilung des Gesundheitszustandes einer versicherten Person grundsätzlich unberücksichtigt bleiben müssen, fragwürdig, auch wenn präzisierend festgehalten wurde, dass die Krankheit der Beschwerdeführerin als Ausdruck einer schwierigen psychosozialen Situation bei einer wenig integrationswilligen Frau gesehen werden müsse. Was mit wenig Integrationswillen gemeint war, erscheint jedoch unklar, insbesondere angesichts des Umstandes, dass die Beschwerdeführerin während gut fünf Jahren problemlos eine regelmässige Arbeit verrichten konnte. Dass die Fachärztin und der Facharzt kein zumutbares Arbeitspensum festlegen konnten und eine spezialisierte Abklärung empfahlen, zeigt die Schwierigkeit beim Beurteilen der Auswirkungen des nach gutachterlicher Ansicht klar vorhandenen psychischen Leidens mit Krankheitswert, liess aber schlussendlich die zu beurteilende Frage nach der Restarbeitsfähigkeit aus medizinischer Sicht offen. Auch blieb der Umstand, dass die Gutachterin und der Gutachter fälschlicherweise von einer bereits erfolgten Berentung der Beschwerdeführerin ausgingen (vgl. S. 24 des Gutachtens), nach Lage der Akten unberücksichtigt. Dass die Beschwerdegegnerin bei dieser Sachlage und der genannten Diagnose die Invalidität der Beschwerdeführerin anhand der damals geltenden Förster-Kriterien beurteilten und verneinten, ist zwar nachvollziehbar, aber angesichts der doch vorhandenen Mängel des Gutachtens nicht vollends überzeugend.

E. 5.2

Der Beweiswert des früheren Gutachtens ist jedoch vorliegend nicht Prozess thema, und die Beschwerdeführerin hätte gegen die frühere leistungsverneinende Verfügung Beschwerde erheben können. Auch stellt die geänderte Rechtsprechung zu den somatoformen Schmerzstörungen für sich allein keinen Neuanmeldungs- bzw. Revisionsgrund dar (BGE 141 V 585

E. 5) , weshalb die Frage, ob eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin gestützt auf das Gutachten D.____/E.____ nach heutigen Kriterien gleich ausfallen würde, offen bleiben muss . Ein Vergleich mit einer früheren medizinischen Sachlage, wie er bei einer Neuanschuldung vorzunehmen ist, ist jedoch nur möglich, wenn die frühere Sachlage rechtsgenügend abgeklärt und nachvollziehbar beurteilt wurde. Dies ist vorliegend zumindest fraglich. Eine frühere Beurteilung, die möglicherweise gestützt auf ungenügende Grundlagen erging und dennoch einen Leistungsanspruch verneinte, darf nicht dazu führen, dass der versicherten Person die Glaubhaftmachung einer Verschlechterung übermässig erschwert wird.

E. 5.3

Aktuell konnte Dr. F.____ nicht beurteilen, wie sich das Schmerzsyndrom seit der letzten Beurteilung entwickelt habe (vgl. vorstehend E. 4.1), weshalb auf seinen Bericht nicht entscheidungswesentlich abgestellt werden kann. Neu wurde jedoch gemäss der Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. G.____, zusätzlich zu den bereits festgestellten Diagnosen eine chronifizierte mittelgradige bis schwere Episode mit Verdacht auf eine pseudodemenzielle Entwicklung mit psychotischen Symptomen diagnostiziert. Die depressive Symptomatik habe sich verstärkt und sei der medikamentösen und psychotherapeutischen Intervention nicht zugänglich gewesen. Einziger beobachtbarer Behandlungserfolg sei in den letzten Jahren die Reduktion der optischen, sehr angstauslösenden Halluzinationen gewesen. Die Beschwerdeführerin sei in allen Lebensbereichen auf Hilfe und Unterstützung angewiesen, verlasse die Wohnung kaum alleine, nur für die Therapietermine, da diese in der Nähe ihres Wohnortes lägen. Ansonsten werde sie von ihrem Wohnpartner begleitet und betreut. Sie könne sich nicht alleine um ihre Belange kümmern. Es sei trotz teilstationärer, ambulanter und medikamentöser Therapie kaum zu einer Veränderung des schwer regressiven Zustandsbildes gekommen, und es sei auch von einem stationären Aufenthalt keine schnelle Veränderung zu erhoffen (vorstehend E. 4.2).

E. 5.4

Mit dem Beweismass des Glaubhaftmachens im Sinne des Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV sind herabgesetzte Anforderungen an den Beweis verbunden: Die Tatsachenänderung muss nicht nach dem im Sozialversicherungsrecht sonst üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 126 V 353 E.

5b) erstellt sein. Es genügt, dass für das Vorhandensein des geltend gemachten rechtserheblichen Sachumstandes wenigstens gewisse Anhaltspunkte bestehen, auch wenn durchaus noch mit der Möglichkeit zu rechnen ist, bei eingehender Abklärung werde sich die behauptete Änderung nicht erstellen lassen (BGE 130 V 64 E. 5.2, 130 V 71 E. 2.2 mit Hinweisen). Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Anspruch auf eine (höhere) Invalidenrente sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (Urteil des Bundesgerichts 8C_844/2012 vom 5. Juni 2013 E. 2.3 mit Hinweisen auf 8C_1009/2010 vom 7. April 2011 E. 2.2 und 9C_838/2011 vom 28. Februar 2012 E. 3.3.2). Weiter kann die Eintretensvorschrift des Glaubhaftmachens nicht dahingehend ausgelegt werden, dass die glaubhaft zu machende Änderung gerade jenes Anspruchselement betreffen muss, welches die Verwaltung der früheren rechtskräftigen Leistungsabweisung zugrunde legte. Vielmehr muss es genügen, wenn die versicherte Person zumindest die Änderung eines Sachverhalts aus dem gesamten

für die Rentenberechtigung erheblichen Tatsachenspektrum glaubwürdig dargetan (BGE 117 V 198 E. 3a und E. 4b; vgl. auch BGE 130 V 64 E.

5.2, 72 E. 2.2 mit Hinweisen).

Diese Voraussetzungen sind vorliegend unter Berücksichtigung des vorstehend Gesagten (E. 5.2) erfüllt; es bestehend gewisse Anhaltspunkte für eine Verschlechterung und eine genaue medizinische Abklärung ist angezeigt. Die Beschwerdegegnerin ist somit zu Unrecht auf die Neuanmeldung nicht eingetreten. Die Beschwerde ist daher gutzuheissen und die Sache zur materiellen Beurteilung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

E. 6

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis

des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG) und auf Fr. 700.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 19. Mai 201

E. 7

aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie auf das Leistungsbegehren der Beschwerdeführer in eintrete und dieses materiell prüfe. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Departement Soziales der Stadt Winterthur - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

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

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