

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00833 vom 29. November 2018**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-11-29, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2017.00833](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00833)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00833 du 29 novembre 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00833 del 29 novembre 2018

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 Bundesgesetz 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.

### **E. 1.3**

Wurde eine Rente

wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu 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).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.

## **E. 2**

Hiergegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom 15. August 2017 Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung vom 11. August 2017 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, sie als voll erwerbstätig zu qualifizieren und ihr eine ganze Rente der Invalidenversicherung auszurichten. In prozessualer Hinsicht beantragte sie, es sei ihr die unentgeltliche Prozessführung zu gewähren (Urk. 1).

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 18. September 2017 (Urk. 6) auf Abweisung der Beschwerde. Mit Verfügung vom 21. September 2017 wurde der Beschwerdeführerin die Beschwerdeantwort zur Kenntnisnahme zugestellt (Urk. 8).

### **E. 2.1**

In der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) vom 20. Juni 2017

hielt die Beschwerdegegnerin fest, aus versicherungsmedizinischer Sicht sei eine Verschlechterung der gesundheitlichen Situation seit der Verfügung vom 17. März 2011 nicht dargestellt. Ferner werde die Beschwerdeführerin seit dem Jahr 2007 von den Sozialen Diensten unterstützt und gehe keiner Erwerbstätigkeit nach. Die verbliebene Restarbeitsfähigkeit habe sie nicht umgesetzt. In den rechtskräftigen Verfügungen aus den Jahren 2009 bzw. 2011 sei die Beschwerdeführerin zu 40 % erwerbstätig und zu 60 % im Haushalt respektive zu 45 % erwerbstätig und zu 55 % im Haushalt tätig qualifiziert worden. Eine wesentliche Änderung sei seit Erlass dieser Verfügungen nicht eingetreten. Ausserdem sei es aufgrund des Alters der Beschwerdeführerin kaum anzunehmen, dass sie bei guter Gesundheit einer 100%igen Erwerbstätigkeit nachgehen würde. Rein finanzielle Aspekte oder die volle Fürsorgeabhängigkeit würden nicht automatisch eine Erwerbstätigkeit im Umfang von 100 % begründen. Es sei an der bisherigen Qualifikation mit 45 % Erwerbsbereich und 55 % Aufgabenbereich festzuhalten, was bei einer Einschränkung im Erwerbsbereich von 52 % und im Haushaltsbereich von 6 % zu einem Invaliditätsgrad von 26 % führe. Entsprechend bestehe kein Anspruch auf eine Invalidenrente.

### **E. 2.2**

Demgegenüber machte die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerde vom 15. August 2017 (Urk. 1) zusammengefasst geltend, angesichts ihrer finanziellen Verhältnisse sowie der nicht mehr bestehenden Betreuungsaufgaben sei davon auszugehen, dass sie im Gesundheitsfall zu 100 % erwerbstätig

wäre. Im Übrigen dürfe die Beschwerdegegnerin bei Sozialhilfebezüglern nur dann von einer Teilerwerbstätigkeit ausgehen, wenn damit ein existenzsicherndes Einkommen erzielt werden könne. Entsprechend sei die Beschwerdeführerin als voll erwerbstätig zu

qualifizieren.

### **E. 2.3**

Die Beschwerdeführerin ist auf die Neuanmeldung der Beschwerdeführerin vom 17. Dezember 2015 (Eingangsdatum, Urk. 7/89) eingetreten. Streitig und zu prüfen ist demnach, ob seit der mit Verfügung vom 17. März 2011 (Urk. 7/81) erfolgten Rentenabweisung bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 11. August 2017 (Urk. 2) eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten ist.

3.

### **E. 3**

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

#### **E. 3.1**

Vergleichsbasis im vorliegenden Neuanmeldeverfahren bildet die Verfügung vom 17. März 2011 (Urk. 7/81), welcher in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen das polydisziplinäre Gutachten des A.\_\_\_\_ vom 14. Dezember 2010 zugrunde lag.

#### **E. 3.2**

Die Beschwerdeführerin wurde am 26. Oktober 2010 im A.\_\_\_\_ internistisch/ allgemeinmedizinisch und psychiatrisch sowie am 2. November 2010 gastroenterologisch untersucht. Die A.\_\_\_\_-Gutachter stellten folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/76/18): - Morbus Crohn, Erstdiagnose 1992 (ICD-10: K50.1) - Status nach Hemikolektomie links 2005 wegen Stenose - rektal-vaginale Fistel - derzeit ohne spezifische Behandlung - Persistierende Diarrhoe multifaktorieller Ätiologie - Differentialdiagnose bei Dg. 5.1.1, Reizdarmkomponente

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien: - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10: F33.4) - Alkoholabhängigkeit (ICD-10: F10.2) - äthyl-toxische Hepatopathie mit leicht bis mässiggradig erhöhten Leberenzymen - grenzwertig erhöhtes MCV - CDT im Normbereich - Koronare Einasterkrankung (ICD-10: I25.1) - Status nach subakutem anteriorem Myokardinfarkt (6. Juli 2008) - PTCA und Stenting einer mittleren RIVA-Stenose (9. Juli 2008) - 50-70%ige Stenose im proximalen Diagonalast I ohne Therapie (9. Juli 2008) - erhaltene linksventrikuläre Funktion - Kardiovaskuläre Risikofaktoren - positive Familienanamnese - fortgesetzter Nikotinkonsum (50-60 Packyears (ICD-10: F17.1) - arterielle Hypertonie, medikamentös behandelt (ICD-10: I10) - Dyslipidämie, medikamentös behandelt (ICD-10: E78.2) - Rezidivierende gastritische Beschwerden (ICD-10: K29.7) - Dauerbehandlung mit PPI

#### **E. 3.2.1**

Dr. med. C.\_\_\_\_, Innere und Allgemeine Medizin, äusserte, aus interner und anderweitiger somatischer Sicht gebe die Beschwerdeführerin während der Exploration keine Beschwerden an. Insbesondere würden bei der Beschwerdeführerin keine möglicherweise kardial zu deutende Symptome bestehen. Die Risikofaktoren arterielle Hypertonie und Dyslipidämie seien medikamentös adäquat behandelt. Die unspezifischen Spannungszustände wechselnder Lokalisation seien keiner wesentlichen Diagnose zuzuordnen. Insgesamt bestehe aus interner und allgemeinmedizinischer Sicht bei der

Beschwerdeführerin für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/76/19). Die Sistierung des erheblichen Nikotinkonsums sei bei nachge wiesener koronarer Einasterkrankung aber dringend zu empfehlen (Urk. 7/76/21).

### **E. 3.2.2**

Die psychiatrische Exploration wurde durch Dr. med. D.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie, durchgeführt. Dieser hielt fest, die Beschwerdeführerin mache einen mässig gepflegten Eindruck, sei freundlich und kooperativ. Im Rahmen der Untersuchung habe sie vor allem über ihre Magen-Darm-Beschwerden geklagt und über ihre Alkoholabhängigkeit nur vage und ausweichende Angaben gemacht. Immer wieder habe sie sich als Opfer der Umstände dargestellt. So habe sie eine schwierige Kindheit gehabt und dann eine schwierige Beziehung mit ihrem Ehemann. Dr. D.\_\_\_\_ führte weiter aus, die Stimmung der Beschwerdeführerin sei herabgesetzt, aber nicht eigentlich depressiv. Die Psychomotorik sei lebhaft, der affektive Kontakt zu ihm sei eher distanziert geblieben. Die Beschwerdeführerin wirke allseits orientiert und bewusstseinsklar. Die Aufmerksamkeit habe für die Dauer des Gesprächs durchgehend aufrechterhalten werden können. Die Konzentration und Auffassung seien ungestört. Die Beschwerdeführerin habe auch keine Merkfähigkeitsstörungen gezeigt und das Langzeitgedächtnis habe sich klinisch als unauffällig erwiesen. Ihr formaler Gedankengang sei geordnet. Hinweise auf Sinnestäuschungen in Form von Halluzinationen oder illusionären Verkennungen gebe es keine. Misstrauen sei nicht vorhanden. Inhaltliche Denkstörungen in Form von wahnhaften Gedanken, Wahnwahrnehmungen oder einer systematisch wahnhaften Denkstruktur würden sich auch nicht zeigen. Ebenso wenig gebe es Hinweise für Ich-Störungen in Form eines Fremdbewusstseins (Derealisations- oder Depersonalisationsphänomene). Darüber hinaus seien auch keine Hinweise auf eine hypochondrische Erlebnisverarbeitung im engeren Sinne oder phobische Gedankengänge feststellbar gewesen. Zwanghafte Handlungen oder Zwangsgedanken seien nicht eruierbar und paroxysmale Ängste seien nicht erwähnt worden. Ausserdem fänden sich auch keine circadianen Besonderheiten. Ebenso seien keine Hinweise für ausgeprägten sozialen Rückzug, Aggressivität, Suizidalität oder Selbstbeschädigung gefunden worden. Die Realitätsprüfung und die Urteilsbildung seien ungestört. Hinweise für mangelnde Affektsteuerung und fehlende Impulskontrolle sowie eine gestörte Intentionalität oder einen gestörten Antrieb gebe es keine. Der Selbstwert sei hingegen vermindert (Urk. 7/76/13-14).

Dr. D.\_\_\_\_ konstatierte, nach der Geburt der Tochter (Jahr 1991) habe die Beschwerdeführerin angefangen, zunehmend Alkohol zu konsumieren und eine Abhängigkeit zu entwickeln, aufgrund welcher sie im Jahr 2007 stationär in der E.\_\_\_\_ behandelt worden sei. Immer wieder sei es zu Rückfällen gekommen. So habe sie nach eigenen Angaben auch im ersten Halbjahr 2010 hohe Mengen von Alkohol konsumiert und sich weitgehend von der Umwelt zurückgezogen. Im Zeitpunkt der Begutachtung besuche sie das Ambulatorium der E.\_\_\_\_ und es sei geplant, dass sie eine Arbeit im geschützten Rahmen aufnehmen werde. Dr. D.\_\_\_\_ hielt fest, es handle sich um eine primäre Alkoholabhängigkeit. Die Beschwerdeführerin habe anfangs der Neunzigerjahre nicht an einer schweren psychiatrischen Störung gelitten, zu deren Behandlung sie Alkohol eingesetzt hätte. Sie habe wegen zunehmender beruflicher und persönlicher Schwierigkeiten (Trennung vom Ehemann, Rückzug der Kinder, Schwierigkeiten am Arbeitsplatz) eine Depression entwickelt, infolge derer sie sich vorübergehend in psychologische Behandlung begeben

habe. Im Zeitpunkt der Exploration fänden sich aber keine Hinweise auf eine depressive Störung. Diese sei remittiert. Hinweise für eine Persönlichkeitsstörung seien keine vorhanden. Die Beschwerdeführerin sei früher zwar unsicher und ängstlich gewesen und habe sich nur wenig zugetraut, dennoch sei es ihr gelungen, erfolgreich eine berufliche Ausbildung abzuschliessen und während mehr als zwanzig Jahren erfolgreich als Röntgenassistentin zu arbeiten. Ebenso wenig gebe es Hinweise auf impulsive Persönlichkeitsanteile. Es sei Teil der Alkoholabhängigkeit, dass die Impulskontrolle und die Fähigkeit, zielgerichtet zu handeln, unter dem Einfluss von Alkohol vermindert werde. Aufgrund eines impulsiven Verhaltens unter Alkohol könne aber nicht auf eine impulsive Persönlichkeitsstörung geschlossen werden (Urk. 7/76/14-15).

In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit äusserte Dr. D.\_\_\_\_, die depressive Störung sei remittiert. Hinweise auf kognitive Einschränkungen aufgrund der langjährigen Alkoholabhängigkeit würden keine bestehen. Die Beschwerdeführerin sei im Jahr 2007 neuropsychologisch in der E.\_\_\_\_ abgeklärt worden, Hinweise auf kognitive Einschränkungen hätten aber keine gefunden werden können. Auch bei der vorliegenden psychiatrischen Untersuchung hätten sich keine Hinweise auf kognitive Einschränkungen finden lassen. Die Alkoholabhängigkeit schränke die Arbeitsfähigkeit nicht ein, vorausgesetzt die Beschwerdeführerin verzichte auf den Konsum von Alkohol. Dr. D.\_\_\_\_ fügte an, eine ambulante psychiatrische Behandlung oder eine Behandlung in einer Fachstelle für Alkoholkrankheiten sei sicherlich indiziert. Falls die Beschwerdeführerin zu einem späteren Zeitpunkt die notwendige Motivation zeige, sich beruflich wieder eingliedern zu wollen, könne ihr im Rahmen eines Arbeitstrainings geholfen werden, sich wieder an die Belastungen der Arbeitswelt zu gewöhnen (Urk. 7/76/15).

### **E. 3.2.3**

Die Beschwerdeführerin fühle sich aber primär aufgrund ihrer Magen-Darm-Beschwerden nicht in der Lage, in der freien Wirtschaft zu arbeiten. Dr. med. F.\_\_\_\_, Gastroenterologie, stellte im Rahmen seiner gastroenterologischen Untersuchung fest, seit der Hemikolektomie im April 2005 habe sich eine deutliche symptomatische Besserung des Morbus Crohn eingestellt. Es würden nach wie vor Diarrhoen persistieren, wobei nicht ganz klar sei, ob diese alleine dem Morbus Crohn zugeschrieben werden könnten. Die Angaben der Beschwerdeführerin über die Häufigkeit der Diarrhoe würden zudem deutlich schwanken, zwischen sieben- bis fünfzigmal. Die stärkeren Diarrhoen würden in den frühen Morgenstunden auftreten und im Verlauf weniger werden. Nächtliche Diarrhoen würden keine auftreten. Aufgrund der Tatsache, dass bei der letzten Koloskopie vom 30. April 2008 weder endoskopisch noch histologisch entzündliche Veränderungen im Kolon und terminalen Ileum nachweisbar gewesen seien, könne diese Art der Diarrhoe zumindest teilweise durch eine Reizdarmsymptomatik erklärbar sein. Die Diarrhoe sei damit ungenügend geklärt. Ob im Rahmen der Blähungssituation noch eine zusätzliche Laktoseintoleranz vorhanden sei, bleibe offen. Zudem könne eine äthylische Hepatopathie ohne Zeichen der Leberinsuffizienz zur Kenntnis genommen werden. Die Arbeitsfähigkeit sei bei der Beschwerdeführerin aus gastroenterologischer Sicht formal einzig durch die Diarrhoe eingeschränkt. Dr. F.\_\_\_\_ schätzte die Arbeitsfähigkeit trotz wechselnder Angaben in Bezug auf die Diarrhoen auf 80 % ein. Die Beschwerdeführerin müsse ihre Arbeit jedoch jederzeit unterbrechen und eine saubere Toilette aufsuchen können (Urk. 7/76/16-17). Aufgrund der anamnestisch doch hohen Stuhlfrequenz könne in der Annahme eines ein- bis zweimal stündlichen Toilettenganges von einer 20%igen Leistungseinbusse ausgegangen

werden (Urk. 7/76/19). Dr. F.\_\_\_\_ bemerkte hingegen, es bestünden gewisse Zweifel, wie hoch die Stuhlfrequenz der Beschwerdeführerin tatsächlich sei. Zur besseren Beurteilung der Häufigkeit der Diarrhoe, welche letztlich für die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ausschlag gebend sei, sei eine stationäre Beobachtung zu diskutieren (Urk. 7/76/17).

#### **E. 3.2.4**

Die A.\_\_\_\_-Gutachter hielten zusammenfassend fest, aus polydisziplinärer Sicht sei die Beschwerdeführerin für jegliche leichte bis mittelschwere Tätigkeit, bei der eine jederzeitige Toilettenzugänglichkeit gewährleistet sei, spätestens ab Oktober 2010 zu 80 % arbeits- und leistungsfähig (Urk. 7/76/20). Durch medizinische Massnahmen könne eine Verbesserung des Gesundheitszustandes und indirekt der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit erreicht werden (Urk. 7/73/21). 4. 4.1

Im Zusammenhang mit der Neuanschuldung der Beschwerdeführerin vom 17. Dezember 2015 sind die von ihr eingereichten diversen Behandlungsberichte (Urk. 7/86) sowie die Berichte der behandelnden Ärztin Dr. med. O.\_\_\_\_, FMH für Allgemeinmedizin, vom 1. April 2016 samt diversen Beilagen (Urk. 7/101) und des G.\_\_\_\_ vom 20. April 2016 (Urk. 7/102) aktenkundig. 4.2

Am 27. April 2011 wurde die Beschwerdeführerin im Rahmen einer interdisziplinären Sprechstunde am H.\_\_\_\_ untersucht, wo ein erneuter Alkoholorückfall festgestellt wurde. Die behandelnden Ärzte sahen eine ambulante oder stationäre Behandlung des Äthylismus dringend angezeigt (vgl. Arztbericht vom 28. April 2014; Urk. 7/101/12-15). In Ergänzung berichtete der behandelnde Rheumatologe des H.\_\_\_\_, die in der interdisziplinären Sprechstunde geschilderte Schmerzsymptomatik sei im Rahmen der degenerativen Veränderungen im Bereich der Wirbelsäule und der grossen Gelenke zu erklären (vgl. dazu auch Radiologische Befunde vom 3. und 10. Mai 2011; Urk. 7/101/19-20). Ein Zusammenhang mit einer Enteroopathie-assoziierten systemisch entzündlichen Erkrankung bei bekanntem Morbus Crohn liege nicht vor. Die Beschwerdeführerin sei keine HLA-B27 Merkmalsträgerin (vgl. Arztbericht vom 10. Mai 2011; Urk. 7/101/21-24).

Aufgrund einer persistierenden Diarrhoe wurde am 21. März 2013 in der Gastroenterologie Bethanien eine Koloskopie durchgeführt, wobei der untersuchende Arzt ein gut lavagiertes Kolon sowie ein normales terminales Ileum feststellte. Neben diskret verwaachsenen Gefässzeichnungen gebe es keine weiteren Hinweise auf Crohnaktivität. Die Anamnese mit den Durchfällen passe nicht zu den sehr geringen objektivierbaren Befunden. Differentialdiagnostisch komme ein proximaler Dünndarbefall in Frage, wobei sich dieser eher als Schmerz äussern würde. Denkbar sei auch, dass der Alkoholkonsum die Diarrhoe verstärke (vgl. Arztbericht vom 21. März 2013; Urk. 7/101/7).

Im November 2013 wurde die Beschwerdeführerin eigeninitiativ auf der interdisziplinären Notfallstation vorgestellt, wo eine psychische Störung und eine Verhaltensstörung durch Alkohol (Abhängigkeitssyndrom) sowie eine bekannte rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10: F33.0) festgestellt wurden. Die Beschwerdeführerin habe angegeben, dass sie sich Unterstützung bei der Fortsetzung ihrer bereits begonnenen Alkoholentzugsbehandlung wünsche, woraufhin ihr verschiedene Kontakte mitgegeben worden seien (vgl. Arztbericht vom 6. November 2013; Urk. 7/101/9-11). Am 9. April 2014 trat die Beschwerdeführerin dann freiwillig zur Behandlung einer depressiven Episode sowie zur Durchführung eines qualifizierten Alkoholentzugs ins Sanatorium Q.\_\_\_\_ ein. Die behandelnden Ärzte konstatierten, im psychopathologischen Befund erscheine die

Beschwerdeführerin wach, in allen Qualitäten voll orientiert sowie angemessen im Kontaktverhalten. Konzentration und Merkfähigkeit seien eingeschränkt, die Sprache leicht verwaschen. Im Denken sei sie formalgedanklich geordnet aber verlangsam, subjektiv grübelnd, ohne Anhalt für akute inhaltliche Denkstörungen, Störungen des Ich-Erlebens oder der Wahrnehmung. Die Stimmungslage wirke leicht gedrückt bei normaler affektiver Schwingungsfähigkeit. Ängste, Phobien, Zwänge seien keine vorhanden und Beeinträchtigungen von Antrieb und Psychomotorik seien ebenfalls nicht eruierbar. Psychovegetativ bestehe eine Störung der Vitalgefühle. Schmerzempfindungen

habe sie keine. Hinweise auf akute Fremd- oder Selbstgefährdung würden keine vorliegen. Die behandelnden Ärzte führten weiter aus, die Beschwerdeführerin habe sich gut in das Stationssetting eingefügt und regelmässig an den angebotenen Therapien teil genommen. Am 29. April 2014 sei sie dann vorzeitig aus der Therapie ausgetreten. Um eine langfristige Abstinenz zu sichern sei eine psychiatrisch-psychotherapeutische Nachbehandlung im ambulanten, teilstationären oder stationären Setting jedoch zu empfehlen (vgl. Austrittsbericht vom 29. April 2014, Urk. 7/101/25-31). 4.3

Auf Zuweisung des Hausarztes war die Beschwerdeführerin aufgrund einer Verschlechterung des Allgemeinzustandes mit chronischer Diarrhoe und bei regelmässigem Alkoholkonsum sowie neu aufgetretenem Hautausschlag (pustulös, vor allem im Gesicht) und schlechtem psychischem Zustand vom 11. bis 17. Juni 2015 im H.\_\_\_\_ hospitalisiert (vgl. Austrittsbericht vom 17. Juni 2015; Urk. 7/86/4-15). Die Beschwerdeführerin berichtete, das Medikament Cipralex eigenständig abgesetzt zu haben, da es keine günstige Wirkung mehr gehabt habe. Das Haus verlasse sie nur noch selten, unter anderem auch wegen einer weiterhin bestehenden entero vaginalen Fistel. Ausserdem bestehe ein intermittierendes Zittern am ganzen Körper. Die behandelnden Ärzte stellten folgende Diagnosen: - Schädlicher Gebrauch von Alkohol - mit Refluxösophagitis, chronischer Gastritis (Gastro Juni 2015) und Diarrhoe - mit depressiven Syndrom - mit makrozytärer Anämie - mit Thrombopenie - mit Verdacht auf Leberzirrhose - Verdacht auf äthylische Leberzirrhose, Erstdiagnose 2010 - Rektusdiastase - Koronare Herzkrankheit - EF 59 % (Echo Juni 2015) - Status nach subakutem Myokardinfarkt mit PTCA/ Stenting (BMS) der RIVA Juli 2008 - Morbus Crohn, Erstdiagnose ca. 1991 - Status nach partieller Colectomie April 2005 - entero vaginale Fistel, Erstdiagnose 2010 - Mit chronischem asymptomatischem Harnwegsinfekt - Vitamin-D-Mangel, Erstdiagnose Juni 2015 - Unklare Bläschen im Gesicht, an Décolleté und Beinen, Erstdiagnose Mai 2015 - Differentialdiagnose Lichen strophulus - Quantiferontest 15. Juni 2015: ausstehend - Verdacht auf Intertrigo inguinal beidseits, Differentialdiagnose Ekzem - Mykologie vom 15. Juni 2015: ausstehend - Migräne ohne Aura - Hypothyreose

Die Ärzte konstatierten, angesichts der Befunde sei von einer äthylischen höher gradigen Leberfibrose /-zirrhose auszugehen. Passend zum Alkoholkonsum finde sich eine makrozytäre Anämie sowie ein erhöhter Wert von AST. Es seien der Beschwerdeführerin die Zusammenhänge des chronischen Alkoholkonsums mit der Leberproblematik erklärt worden und dabei auf die Wichtigkeit einer absoluten Abstinenz vor allem auch hinsichtlich Mortalität hingewiesen worden. 4.4

Dr. I.\_\_\_\_ nannte in ihrem Arztbericht vom 1. April 2016 (Urk. 7/101) zu Händen der Beschwerdegegnerin folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Depression, rezidivierende depressive Störung - Alkoholabhängigkeitssyndrom mit psychischen und Verhaltensstörungen - Chronisches Erschöpfungssyndrom

(Differentialdiagnose: Chronic Fatigue Syndrom) - Morbus Crohn, Status nach Hemikolektomie links, persistierende Colitis und Proktitis koloskopisch 2013 - Chronische Schmerzen, chronisches zervikospondylogenes Schmerz syndrom, chronisches thorakovertebrales Schmerzsyndrom, chronisches lumbo spondylogenes Schmerzsyndrom

Keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hätten die koronare Herzkrankheit, Status nach Myokardinfarkt sowie die arterielle Hypertonie.

Dr. I. \_\_\_ führte aus, der Allgemeinzustand habe sich in den letzten Jahren zunehmend verschlechtert. So weise die Beschwerdeführerin eine eingeschränkte Konzentrations- und Merkfähigkeit auf und wirke im Denken verlangsamte sowie grübelnd. Die Stimmungslage sei insgesamt gedrückt. Zudem würden depressive Episoden, Erschöpfung und Schmerzzustände hinzukommen, sodass die Beschwerdeführerin auf die Unterstützung der psychiatrischen Spitex (2 x pro Woche) sowie psychologische Gespräche (alle 2 bis 4 Wochen) angewiesen sei. Aufgrund der raschen Erschöpfung mit Konzentrationsstörungen, der Angstattacken, Schlafstörungen, Durchfallerepisoden, Magen- und Kopfschmerzen sowie der Schmerzen im Bewegungsapparat (Rücken, Schulter) könne die Beschwerdeführerin keiner regelmässigen Arbeit nachgehen. Zur Stützung der Tagesstruktur sei die Mithilfe am Mittagstisch im bisherigen Umfang (2 bis 3 x pro Woche) hin gegen durchaus zumutbar. 4.5

Seit dem 14. August 2015 war die Beschwerdeführerin in regelmässiger Psychotherapie im G. \_\_\_ (vgl. Arztbericht vom 20. April 2016; Urk. 7/102). In diesem Rahmen – so die behandelnden Ärzte - habe die Beschwerdeführerin über verschiedene traumatische Erlebnisse in ihrer Kindheit berichtet, die man therapeutisch noch nicht habe aufarbeiten können. Es wurden die Diagnosen einer Anpassungsstörung (ICD-10: F43.2), einer Dysthymia (ICD-10: F34.1) sowie einer Alkoholabhängigkeit (ICD-10: F10.23) gestellt und der Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) und auf eine myalgische

Enzephalomyelitis / Chronic Fatigue Syndrom (ICD-10: G93.3)

geäussert. Hinsichtlich des Alkoholabusus führten die Ärzte aus, man habe das Bedürfnis nach Alkohol durch Selincro weitgehend abbauen können, ohne medikamentöse Unterstützung und supportiver Psychotherapie müsse jedoch aufgrund der sehr labilen Gesamtsituation mit einem Rückfall gerechnet werden. Die dauernde somatische Belastung, die seit langem bestehende chronifizierte depressive Verstimmung sowie die aktuell latent vorhandene Alkoholabhängigkeit würden dazu führen, dass die Beschwerdeführerin wahrscheinlich längerfristig auf medizinische, psychiatrische und psychotherapeutische Unterstützung angewiesen sei. Die behandelnden Ärzte konstatierten weiter, in beruflicher Hinsicht einschränkend seien insbesondere die Antriebslosigkeit, das geringe Selbstbewusstsein, das lähmende geistige und körperliche Gefühl chronischer Erschöpfung, die Kopf-, Gelenk- und Muskelschmerzen, die Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Schlafstörungen sowie die Angst und Scham, in Bezug auf die Alkoholsucht blossgestellt zu werden, und damit verbunden der Rückzug aus sozialen Beziehungen. Die Mehrfachbelastung sich gegenseitig verstärkender komorbider Störungen verunmögliche jegliche berufliche Tätigkeit, weshalb die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsunfähig sei. 4.6

Die Beschwerdegegnerin veranlasste eine Haushaltsabklärung, welche am 10. Januar 2017 durchgeführt wurde (vgl. Urk. 7/112). Die Beschwerdeführerin berichtete, zwischen 2014

und Dezember 2016 sei sie durch die Psychiatriespitex 2 x pro Woche für 1.5 Stunden betreut worden, seither noch einmal wöchentlich. Die Reduktion sei erfolgt, weil die Krankenkasse die zweimalige Unterstützung pro Woche nicht mehr habe zahlen wollen.

In Bezug auf die berufliche Situation ohne Gesundheitsschaden habe die Beschwerdeführerin angegeben, bei guter Gesundheit würde sie vermutlich einem 50%-Pensum nachgehen, wie sie es auch früher als MTRA gemacht habe. Aller dings würde sie nicht mehr als MTRA arbeiten wollen, da der Beruf zu stressig sei. Wahrscheinlicher sei eine Tätigkeit in einer Gärtnerei oder mit Kindern. Ent sprechend ihrem effektiv ausgeübten Pensum als MTRA von 45 % qualifizierte die Abklärungsperson sie als zu 45 % erwerbstätig und zu 55 % im Haushalt tätig. Eingeschränkt sei die Beschwerdeführerin insbesondere in der Haushaltsführung und Wohnungspflege. Da werde sie von der Psychiatriespitex psychiatrisch be glei tet sowie in der Tages- und Wochenplanung und Strukturierung unterstützt. Punktuell würden ausserdem kleine Hilfestellungen im Haushalt erledigt werden. Der Invaliditätsgrad im Haushaltsbereich betrage total 3.25 %. 5. 5.1

In medizinischer Hinsicht ist in Würdigung der vorhandenen Arztberichte davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin neben der Alkoholabhängigkeit und dem Morbus Crohn auch an einer rezidivierenden depressiven Störung, einem Chronic Fatigue Syndrom sowie an einer koronaren Herzkrankheit leidet (vgl. vorstehend E. 4). Die aufgeführten Diagnosen waren bereits im Rahmen der Exploration im A.\_\_\_\_ bekannt (vgl. vorstehend E. 3.2) und wurden im Zu sam men hang mit der rentenabweisenden Verfügung vom 17. März 2011 (Urk. 7/81) ge würdigt. Aus versicherungsmedizinischer Sicht ist entsprechend eine Verschlech te rung der gesundheitlichen Situation seit dem letzten Entscheid nicht dargestellt. Auch in der Ausprägung der einzelnen Beschwerden ist keine Verschlechterung nachgewiesen. So besteht hinsichtlich dem Morbus Crohn nach wie vor nur eine geringe Aktivität und in Bezug auf die depressive Symptomatik ist diese mehr oder weniger beständig nur leicht ausgeprägt resp. wird als Dysthymia bezeich net. Die Erschöpfung prägte bereits im Jahr 2011 und auch vorher das Beschwer debild (vgl. Bericht von lic . phil. J.\_\_\_\_ vom 25. Februar 2008 [Urk. 7/35], Arztbericht der E.\_\_\_\_ vom 13. März 2008 [Urk. 7/37], Arztbericht der K.\_\_\_\_ vom 22. Mai 2008 [Urk. 7/38]). Es ist dementsprechend von einer seit der A.\_\_\_\_-Begutachtung unveränderten Restar beits fähigkeit auszugehen (vgl. vorstehend E. 3.2.4). 5.2

#### 5.2.1

Jede Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Inva lidi tätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen, gibt Anlass zu einer Rentenrevision (vgl. vorstehend E. 1.3). Somit stellt auch eine Änderung der Quali fikation (Statusfrage, Veränderung der Tätigkeitsanteile) einen Revisions grund dar (Urteil des Bundesgerichts vom 15. Mai 2013 9C\_915/2012 E. 2) und es hat - grundsätzlich unabhängig davon, ob es zusätzlich auch zu einer Verän derung des Gesundheitszustandes gekommen ist - eine umfassende Neuüber prü fung des Rentenanspruchs zu erfolgen (vgl. BGE 141 V 9 E. 2.3).

#### 5.2.2

Die Beschwerdeführerin erklärte im Rahmen der Haushaltsabklärung, bei guter Gesundheit würde sie in etwa einem Pensum von 50 % nachgehen, so wie sie es auch früher als MTRA gemacht habe (vgl. Haushaltsabklärung vom 26. Januar 2017; Urk. 7/112 Ziff. 2.5). In der Beschwerde vom 15. August 2017 gab sie dann an, bei guter Gesundheit würde sie

vollzeitlich arbeiten, habe sie doch bei der Befragung im Rahmen der Haushaltsabklärung klar zum Ausdruck gebracht, dass sie nicht wisse, wieviel man heute verdiene, und damit klargestellt, dass sie «nur» 50 % erwerbstätig wäre, wenn dies aus finanzieller Sicht auch möglich wäre (Urk.

1 S. 5). Aus den Arbeitgeberberichten geht hervor, dass die Beschwerdeführerin von August 1993 bis Ende 2006 zu durchschnittlich 30 % und ab Januar 2007 in einem rund 40%-Pensum als MTRA gearbeitet hatte (vgl. Arbeitgeberfragebogen vom 11. Januar 2006 [Urk. 7/15] sowie vom 15. Oktober 2007 [Urk. 7/25]). Die Beschwerdegegnerin folgte der Beurteilung der Abklärungsperson, welche die Beschwerdeführerin zu 45 % als erwerbstätig und 55 % im Haushaltsbereich tätig qualifizierte (vgl. vorstehend E. 4.6).

Angesichts dessen, dass die Beschwerdeführerin bis zur Geburt ihres ersten Kindes (im Jahr 1988) vollzeitlich erwerbstätig war und auch nach der Geburt ihrer beiden Kinder stets in einem bis zu 50%-Pensum gearbeitet hatte (vgl. Urk. 7/76 S. 10, Urk. 7/112 S. 3), ist es durchaus glaubhaft, dass sie im Gesundheitsfall ihre Erwerbstätigkeit so ausgedehnt hätte, dass sie sich ihren Lebensunterhalt selber finanzieren könnte. Relevante Veränderungen in den tatsächlichen Verhältnissen gegenüber dem Jahr 2011 sind allerdings keine ersichtlich. So lebte die Beschwerdeführerin bereits im Jahr 2003 von ihrem Ehemann getrennt, ist seit Ende 2007 geschieden, ohne Unterhaltsanspruch, und hatte keine Betreuungspflichten mehr (vgl. Urk. 7/88). Aus den Akten ergeben sich keine Hinweise darauf, dass die Beschwerdeführerin vor dem Jahr 2011 einen Aufgabenbereich hatte, der nun weggefallen wäre. Der beschwerdeweise vorgebrachte Hinweis auf die schlechte finanzielle Situation genügt nicht, denn die Beschwerdeführerin war bereits im Jahr 2009 von der Sozialhilfe abhängig (Urk. 7/67). Hinsichtlich der für die Statusfrage massgeblichen Indizien (vgl. BGE 144 I 28 E. 2.3, 141 V 15 E. 3.1, 137 V 334 E. 3.2, 125 V 146 E. 2c, 117 V 194 E. 3b) sind im Vergleich zum Zeitpunkt der rechtskräftigen Verfügung vom 17. März 2011 keinerlei Änderungen ersichtlich. Eine von Grund auf neue Beurteilung des hypothetischen Umfangs der Erwerbstätigkeit im Gesundheitsfalle verbietet sich daher. 5.3

In Anbetracht dessen, dass sich gegenüber dem Zeitpunkt der letztmaligen rein verneinenden Verfügung im März 2011 weder in gesundheitlicher Hinsicht noch im Erwerbs- oder Aufgabenbereich etwas verändert hat, ist es nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin einen Anspruch auf eine Invalidenrente verneinte.

Die Beschwerde ist somit abzuweisen. 6.

## **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

### **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).

Als bedürftig gilt eine Person, wenn sie ohne Beeinträchtigung des für sie und ihre Familie nötigen Lebensunterhalts nicht in der Lage ist, die Prozesskosten zu bestreiten (Urteil des Bundesgerichts 9C\_617/2009 vom 15. Januar 2010 E. 6.2.1 mit Hinweisen).

Die Beschwerdeführerin ersuchte mit Beschwerde vom 15. August 2017 um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung ( Urk. 1 S. 2). Die Voraussetzungen zur Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung gemäss § 16 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ( GSVGer ) sind erfüllt (vgl.

Urk. 9, Urk. 10/1-7 ), weshalb dem Gesuch stattzugeben ist.

### **E. 6.2**

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind unabhängig vom Streitwert festzulegen ( Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 700.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen, dies unter Hinweis auf § 16 Abs. 4 GSVGer , wonach eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, zur Nachzahlung verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist. Das Gericht beschliesst: In Bewilligung des Gesuchs vom 15. August 2017 wird der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Prozessführung gewährt; und erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- 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.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Stadt Zürich Soziale Dienste - 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 Hurst Stadler

### **E. 8**

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente , bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente ( Art. 28 Abs. 2 IVG).

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