

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00893 vom 5. Dezember 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-12-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00893

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00893 du 5 décembre 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00893 del 5 dicembre 2017

Erwägungen

E. 1.1

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

E. 1.2

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken.

Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein seelisches Leiden mit Krankheitswert besteht, welches die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG; BGE 139 V 547 E. 5; 131 V 49 E. 1.2; 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5

und 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 grundsätzlich eine lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (vgl. BGE 130 V 396; Urteile des Bundesgerichts 8C_616/2014 vom 25.

Februar 2015 E. 5.3.3.3 und 9C_739/2014 vom 30. November 2015 E. 3.2). Eine fachärztlich 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. Es ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilen, ob und inwiefern der versicherten Person trotz ihres Leidens die Verwertung ihrer Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch

sozial-praktisch zumutbar und für die Gesellschaft tragbar sei (BGE 141 V 281 E. 3.7.3; 136 V 279 E. 3.2.1; BGE 127 V 294 E. 4c; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5 und 8C_731/2015 vom 18. April 2016 E. 4.1).

E. 1.3

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. 1.4

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichtes 9C_261/2009 vom 1. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. 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, Beweismwürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E.

3.2.3; Urteil des Bundesgerichtes 9C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 2.1 mit Hinweisen).

E. 1.5

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 Neuanmeldung 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. 1.6

und Ziff. 1.7). Künftig könnte eine Tätigkeit in angepasstem Profil erwogen werden (S. 3 Ziff. 1.8). Zurzeit sei keine Arbeitsfähigkeit im allgemeinen Arbeitsmarkt zu erwarten (S. 4). 3.5

Dr. med. A.____, Facharzt für Allgemeine Medizin, berichtete am 26. Juni 2013 (Urk. 7/28) und nannte folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 Ziff. 1.1): - rezidivierend depressive und suizidale Episoden, bekannt seit Juni 2012

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er die folgenden (S. 1 Ziff. 1.1): - insulinpflichtiger Diabetes mellitus Typ 2 - Stein-Leventhal-Syndrom (Adipositas, Hirsutismus, Amenorrhoe) - Status nach stenosierender und abszedierender Divertikulitis mit Dickdarmläsion November 2012

Er führte aus, dass die Beschwerdeführerin seitens des Diabetes mellitus und der postoperativen Heilung arbeitsfähig wäre. Offen seien das Ausmass einer Visuseinschränkung und deren Auswirkung auf eine Berufsausübung. Von einer verminderten beruflichen Belastbarkeit sei aus psychischen Gründen auszugehen bei Status nach wiederholten emotionalen Durchbrüchen mit Suizidimpulsen bei wechselnd depressiver Stimmungslage mit Motivationslosigkeit. Zur Beantwortung der Frage, ob die bisherige Tätigkeit aus medizinischer Sicht noch zumutbar sei, werde eine psychiatrisch-psychosoziale Abklärung vorge schlagen (S. 2 Ziff. 1.7). Seit dem 31. Juli 2012 bis auf weiteres bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 2 Ziff. 1.6). 3.6

Dr. med. B.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, und Dr. med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erstatteten ihr interdisziplinäres Gutachten am 29. Januar 2014 (Urk. 7/34, Urk. 7/36) gestützt auf die Akten sowie die Untersuchung der Beschwerdeführerin. Sie nannten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 6): - Omarthrose links - Bewegungseinschränkung des linken Schultergelenks nach Frakturen im Bereich des Humeruskopfes und subkapital - rezidivierendes lumbovertebrales Syndrom - Osteochondrose von LWK 4/5 mit Pseudolisthesis Stadium I

Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie die folgenden (S. 6): - rezidivierende depressive Störung, seit Herbst 2012 grossteils remittiert mit seltenen leichtgradigen Episoden - Diabetes mellitus Typ II, sekundär insulinpflichtig - Adipositas - Nikotinkonsum von zirka 35 pack years - operativ behandelte Sigmadivertikulitis

Sie führten aus, dass beim derzeitigen Ausmass des Übergewichts per se keine optimale Einstellung des Diabetes mellitus vorliegen könne. Es könne derzeit nicht von einer optimierten Stoffwechselsituation und davon ausgegangen werden, dass die Beschwerdeführerin die Insulinpräparate adäquat einsetze. Eine optimierte Behandlung des Diabetes sei dringend indiziert (S.

8). Insgesamt seien die von der Beschwerdeführerin geschilderten Beschwerden bezüglich Umfang und Intensität als auf die objektivierbaren somatisch-pathologischen Befunde abstützbar zu beurteilen (S. 9). Die Arbeitsfähigkeit sei, aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt, für mittelschwer- und schwergradig körperlich belastende Arbeiten und für solche, die verbunden seien mit dem repetitiven Armeinsatz links oberhalb der Kopfhöhe, sofern der linke Ellbogen nicht abgestützt werden könne, nicht mehr gegeben. Für die früher zumeist im Reinigungsbereich und als Zimmermädchen ausgeübten beruflichen Tätigkeiten könne, aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt, phasenweise (also zeitlich limitiert), aber nicht immer, eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einem Ausmass von maximal 30 % begründet werden. Für eine angepasste Verweistätigkeit bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 10 f.). Aus psychiatrischer Sicht habe sie nie eine andauernde Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestanden (Urk. 7/34/14-15 S. 2).

Bei der aktuellen psychiatrischen Untersuchung finde sich ein unauffälliger Psychostatus. Die Beschwerdeführerin sei nicht verstimmt, nicht suizidal und sie zeige aktive Interessen. Im Weiteren pflege sie eine regelmässige Tagesgestaltung und helfe ihrer Mutter, welche krank sei. Die depressive Störung sei remittiert (Urk. 7/34/16-28 S. 7). Aus psychiatrischer Sicht habe sie nie eine andauernde Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestanden (S. 9). 3.7

Am 17. März 2014 (Urk. 7/36) ergänzten Dr. B.____ und Dr. C.____, dass in der interdisziplinären Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, die sowohl die somatisch-rheumatologische Komponente als auch die psychosomatisch-psychiatrische Komponente mitberücksichtige, für die früher im Reinigungsbereich und als Zimmermädchen ausgeübten beruflichen Tätigkeiten zu keinem Zeitpunkt eine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründet werden könne. Aufgrund der psychosomatisch-psychiatrischen Aspekte seien von 2007 bis Sommer 2012 phasenweise Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit von ein bis zwei Wochen Dauer denkbar. Aufgrund der somatisch-pathologischen Befunde resultiere anschliessend bis Ende 2012 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Seit Anfang 2013 seien ausschliesslich aufgrund der somatisch-pathologischen Befunde phasenweise (und damit zeitlich limitiert) Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit von maximal 30 % begründbar. Derartige Phasen der eingeschränkten Arbeitsfähigkeit seien seit Januar 2013 kaum für mehr als zwei Monate am Stück denkbar, so dass auch seither zumeist von einer erhaltenen Arbeitsfähigkeit auszugehen sei. Für eine angepasste Verweistätigkeit könne zu keinem Zeitpunkt eine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründet werden. 4. 4.1

Für die Zeit nach der Verfügung vom September 2014 (Urk. 7/44) finden sich in den Akten die folgenden medizinischen Berichte:

4.2

Die Ärzte des Y.____ berichteten am 10. März 2015 (Urk. 7/61/4-6) über den stationären Aufenthalt der Beschwerdeführerin vom 20. Februar bis 5. März 2015. Sie nannten folgende Diagnosen (S. 1): - insulinabhängiger Diabetes mellitus Typ 2 - Delir - im Rahmen metabolischer Entgleisung - Verdacht auf Pyelonephritis rechts - kleiner papillärer Blasentumor mit schmalem Stiel an der Vorderwand links - Bedeutungsstörung

Sie führten aus, dass die Beschwerdeführerin nach der Stabilisation der Stoffwechsellage stets wach, kooperativ und orientiert gewesen sei mit jedoch leichten kognitiven Defiziten und eingeschränkter Urteilsfähigkeit bezüglich der Wichtigkeit der regelmässigen

Insulintherapie. Daher sei bei der KESB ein Antrag auf eine Beistandschaft gestellt worden. Die Beschwerdeführerin lebe in einer schwierigen sozialen Konstellation in symbiotischer Beziehung zu ihrer Mutter. Es sei ein Austritt in die Rehaklinik erfolgt (S. 2). 4.3

Die Ärzte der D. ___ berichteten am 9. September 2015 (Urk. 7/61/18-21) über die neuropsychologische Testung der Beschwerdeführerin und führten aus, dass sich ein neurokognitives Profil mit vielen unterdurchschnittlichen Werten bei einem geschätzten durchschnittlichen Intelligenzniveau ergebe. Innerhalb der Norm lägen die Bereiche visuelle kognitive Wahrnehmung, verbale und visuelle Erfassungsspanne, visuelles Arbeitsgedächtnis und Konzentrationsfähigkeit (Genauigkeit). Unterhalb bis deutlich unterhalb der Norm lägen die Bereiche Bearbeitungsgeschwindigkeit, verbales Arbeitsgedächtnis, verbale Lernfähigkeit, visuelle Lernfähigkeit und visuelle Merkfähigkeit, Konzentrationsfähigkeit (Leistung), Daueraufmerksamkeit, Interferenzfestigkeit sowie der gesamte Bereich der Exekutivfunktionen. Im Hinblick auf die Fragestellung ergebe sich tatsächlich ein Bild von kognitiven Defiziten, die über das Mass von kognitiven Beeinträchtigungen, wie sie im Rahmen einer depressiven Störung auftreten könnten, hinausgehen würden. Die Verdachtsdiagnose eines kleinen Hirnschlages könnte durch das MRI vom 3. September 2015 gestützt werden. Diese Verdachtsdiagnose sei momentan die Nahe liegendste, vor allem, weil die Kognition so plötzlich defizitär geworden sei (S.

2

f.). 4.4

Dr. A. ___ berichtete am 2. April 2016 (Urk. 7/61/22-24) unter anderem unter Hinweis auf die neuerliche Hospitalisation im Februar 2016 im Y. ___ (vgl. Urk. 7/61/11-13). Er führte aus, es sei fraglich, ob die auffallende psychosoziale Geschichte und das selbstschädigende Verhalten der Beschwerdeführerin im Rahmen einer intellektuellen Überforderung, einer Persönlichkeitsstörung im Sinne einer Bedeutungsstörung, einer cerebro-vasculären dementiellen Entwicklung oder einer alkoholischen Encephalopathie zu ver stehen sei (S. 1). Auffallend seien gelegentlich läppisch-heitere Reaktionen gegen über dem Arzt und Spitexmitarbeiterinnen auf das Ansprechen ihres zum Teil gesundheitsschädigenden Verhaltens. Eine tägliche Spitexaufsicht sei not wendig abgesehen von der aktuellen Wundpflege zur Unterstützung bei der Insulintherapie, zur Vermeidung von Therapieabbrüchen bei Motivationsver lusten und zur Einschränkung von Fehlernährungsattacken. Depressive Stimmungen begleitet von einem Gefühl der Wertlosigkeit hätten die Beschwer deführerin immer wieder veranlasst, die Medikamente weg zu lassen oder kein Insulin zu spritzen (S. 3). 4.5

Dr. med. E. ___ , Facharzt für Neurologie, berichtete am 1 2. April 2016 (Urk. 7/61/25-27) und nannte folgende Diagnosen (S. 1): - Verdacht auf vaskuläre Demenz - Atrophie - rezidivierende depressive Störung - Diabetes mellitus Typ 2, insulinpflichtig

Er führte aus, dass aufgrund der Bildgebung, des bisherigen Verlaufs, des heuti gen EEG-Befundes ohne Hinweise für eine kortikale Demenz und des klinischen Eindruckes nicht an der im Vorfeld gestellten Diagnose einer wahrscheinlich vaskulären Demenz zu zweifeln sei. Eine weiterführende verhaltensneurologi sche/neuropsychologische Untersuchung mit Einschätzung der Arbeitsfähigkeit sei trotzdem als notwendig zu erachten (S. 2). 4.6

Die Ärzte der D.____ berichteten am 10. Mai 2016 (Urk. 7/61/1-3) über eine deutliche und anhaltende Zustandsverschlechterung seit mindestens Februar 2015 und in diesem Zusammenhang über die Diagnosestellung einer vaskulären Demenz. Sie nannten folgende Diagnosen (S. 1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode - intermittierend schwere Episoden mit Lebensüberdrussgedanken und Status nach Suizidversuch mit Insulin-Intoxikation - massive soziale Isolierung und Selbstversorgungsdefizit - subkortikale vaskuläre Demenz - Differentialdiagnose (DD) Mischdemenz bei Status nach Alkoholabusus

Sie führten aus, dass die Beschwerdeführerin seit September 2013 vor dem Hintergrund einer rezidivierenden depressiven Erkrankung in regelmässiger ambulanter Behandlung in der D.____ sei. Neben multiplen und anhaltenden schweren körperlichen Erkrankungen werde das psychiatrische Zustandsbild auch durch mehrere psychosoziale Faktoren beeinflusst. In den letzten Monaten sei es zu einer deutlichen Verschlechterung des psychischen Zustandes gekommen. Neben der stark schwankenden affektiven Erkrankung mit ausgeprägter Antriebs- und Motivationslosigkeit, Niedergeschlagenheit, Hoffnungs- und Perspektivlosigkeit, Insuffizienzgefühl, Hypersomnie sowie rezidivierenden suizidalen Gedanken habe sich zusätzlich eine auffällige Verschlechterung der kognitiven Fähigkeiten gezeigt. In diesem Zusammenhang sei auch ein zunehmendes Selbstpflege- und Selbstfürsorgedefizit aufgefallen. Die Beschwerde führerin sei jeweils den Wetterverhältnissen entsprechend inadäquat gekleidet erschienen, was sogar zu Stürzen geführt habe. Zudem sei deutlich geworden, dass die Beschwerdeführerin unter anderem in der Haushaltsführung, der Pflege und Betreuung ihrer kranken Mutter zunehmend überfordert und nicht mehr in der Lage sei, ihre administrativen und finanziellen Aufgaben selbständig und adäquat zu erledigen. Ebenso werde durch den Hausarzt Dr. A.____ bestätigt, dass die somatische Behandlung der Beschwerdeführerin insbesondere vor dem Hintergrund eines insulinpflichtigen Diabetes mellitus permanent äusserst unzufriedenstellend und für die Beschwerdeführerin teilweise selbstschädigend verlaufe, da die Beschwerdeführerin trotz täglicher Spitexbetreuung mit diätetischen Vorschriften und entsprechender medikamentöser Therapie überfordert sei und eine deutlich eingeschränkte Urteilsfähigkeit bezüglich der Wichtigkeit der regelmässigen Insulintherapie zeige. Es sei für die Beschwerdeführerin schon mehrmals zu lebensbedrohlichen Situationen gekommen. Infolge dieser schweren Selbstversorgungsdefizite und der Bedenktungsstörung sei bei der KESB eine Beistandschaft beantragt und installiert worden. Aufgrund dieser über das Mass der zu erwartenden kognitiven Defizite im Rahmen einer depressiven Störung hinausgehenden massiven Verschlechterung sei im Verlauf eine ausführliche Diagnostik initiiert worden (S. 2). 4.7

Die Ärzte des F.____ berichteten am 3. Juni 2016 (Urk. 7/65/11-14) über die ambulante verhaltensneurologische/neuropsychologische Untersuchung der Beschwerdeführerin und führten aus, dass sich alters- und bildungsadaptiert formal leichte bis zum Teil mittelschwere kognitive Minderleistungen zeigten. Hinweise auf eine Intelligenzminderung hätten sich nicht gefunden. Auch Hinweise auf eine beginnende neurodegenerative Erkrankung ergäben sich zum jetzigen Zeitpunkt nicht, im Speziellen seien die Kriterien einer vaskulären Demenz zurzeit nicht erfüllt (S. 2). Aufgrund ihres allgemeinen kognitiven Leistungsniveaus im unteren Normbereich sei anzunehmen, dass die Beschwerdeführerin die bestehenden Defizite nicht vollständig zu kompensieren beziehungsweise auszugleichen vermöge. Zwar dürfte eine angepasste Tätigkeit mit

geringen kognitiven Anforderungen grundsätzlich möglich sein, allerdings sei unter Berücksichtigung der Gesamtsituation ein Wiedereinstieg ins Berufsleben deutlich erschwert beziehungsweise nicht realistisch (S. 3). 4.8

Dr. E. ___ berichtete am 9. Oktober 2016 (Urk. 7/65/9-10) und führte aus, der Beschwerdeführerin gehe es im Moment eher schlechter. Sie berichte über Episoden mit unregelmässigen Bewegungen und Zittern oder Zucken der Beine, weniger häufig auch der Arme. Dies würde jede Nacht auftreten, was sie sehr beunruhige. Tagsüber sei sie dann wegen dem gestörten Nachtschlaf sehr müde (S. 1). In der Nachtschlaf-EEG-Ableitung hätten sich insgesamt fünf Episoden mit unregelmässigen Bewegungen beider Beine gezeigt. Es ergäben sich weder elektroenzephalographisch noch videographisch Hinweise für eine zugrunde liegende Epilepsie. Die Episoden seien jeweils aus dem Wachzustand heraus aufgetreten, weswegen eine Parasomnie weniger wahrscheinlich erscheine. Im Vordergrund stehe die Differentialdiagnose einer somatoformen Störung (S. 2). 4.9

Dr. A. ___ berichtete am 3. Dezember 2016 (Urk. 7/63/6-9) und führte aus, das aus der beschriebenen Psychopathologie resultierende inadäquate Verhalten der Beschwerdeführerin sei nicht mit einer Erwerbstätigkeit vereinbar. Ein Arbeitsversuch in einer geschützten Werkstatt könnte allenfalls hilfreich sein (S. 4 Ziff. 1.7 und Ziff. 1.9). 4.10

Die Ärzte der D. ___ berichteten am 12. Dezember 2016 (Urk. 7/65/1-8) und führten aus, es sei ein stark schwankendes psychisches Zustandsbild mit zunehmend starker Verwahrlosungstendenz und Selbstfürsorgedefiziten zu beobachten (S. 3 Ziff. 1.4). Aufgrund für die Beschwerdeführerin unüberwindbarer psychischer Erkrankungen sei diese am 1. Arbeitsmarkt aus psychiatrischer Sicht zu 100 % arbeitsunfähig. Eine berufliche Wiedereingliederung sei aufgrund der organisch-psychiatrischen Erkrankung auch zu keinem späteren Zeitpunkt möglich. Den noch wäre eine Verbesserung der Tagesstruktur und sozialen Anbindung im Sinne einer Beschäftigung im geschützten Rahmen sehr wünschenswert (S. 4 Ziff. 1.4).

4.11

Med. pract. G. ___, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD) der Beschwerdegegnerin, nahm am 16. Dezember 2016 Stellung (Urk. 7/73/5) und führte aus, es könnten keine Gesundheitsschäden geltend gemacht werden, welche die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit gegenüber der Verfügung von September 2014 ändern könnten. Die in den Berichten aufgeführten Gründe für eine Arbeitsunfähigkeit würden nicht auf einem Gesundheitsschaden beruhen. 4.12

Die Ärzte des Y. ___ berichteten am 18. Januar 2017 (Urk. 7/84) über den stationären Aufenthalt der Beschwerdeführerin vom 7. bis 19. Januar 2017 und führten aus, dass aktuell eine diabetische Ketoazidose nach Absetzen der Therapie in suizidaler Absicht bestehe (S. 1). Aus medizinischer Sicht scheine eine mittelfristige Institutionalisierung wünschenswert, was durch den Langzeitzucker und ein daraus ableitbares Selbstversorgungsdefizit unterstrichen werde. Eine adäquate Selbstmedikation scheine auf fragilem Grund zu stehen und müsse zum jetzigen Zeitpunkt durch die Spitex gewährleistet werden (S. 2). 4.13

Die Ärzte der D. ___ berichteten am 6. April 2017 (Urk. 7/83) und nannten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode - bei stark fluktuierendem Zustandsbild und

wiederholt schwer depressive Episoden mit akuter Suizidalität mit Insulin-Intoxikation beziehungsweise Insulin Malcompliance (letzter Suizidversuch Januar 2017) - Status nach mehrerer intensivmedizinischer Notfallbehandlungen im Waidspital unter anderem bei massivem Selbstfürsorgedefizit - Massive soziale Isolierung und Selbstversorgungsdefizit - dependente Persönlichkeit mit teilweise sehr auffälligen sozialen und infantilen Verhaltensweisen bei über Jahre bestehender, ausgeprägt symbiotischer Beziehung zur neurologisch und psychiatrisch erkrankten Mutter, ausgeprägtes Selbstwertdefizit, Selbstpflege- und Selbstfürsorgedefizit - anhaltende leichte bis mittelschwere kognitive Minderleistungen

Sie führten aus, dass die Beschwerdeführerin auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu 100 % arbeitsunfähig sei. Seit Behandlungsbeginn sei eine zunehmende Verschlechterung des allgemeinen Funktionsniveaus der Beschwerdeführerin zu beobachten. Im Rahmen der klinischen psychiatrischen Befunderhebung sei es schwer, die somatisch bedingten kognitiven Defizite von den möglicherweise strukturell bedingten auseinanderzuhalten. Dennoch zeigten sich ausgeprägte funktionelle Defizite im Alltag, welche durchaus als für die Beschwerdeführerin nicht überwindbare Gesundheitsschädigung zu bewerten seien und eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bedingen würden (S. 3). 4.14

Die Ärzte der D.____ berichteten erneut am 29. August 2017 (Urk. 3/4) und führten aus, dass in sämtlichen Berichten seit 2016 auf die rezidivierende depressive Erkrankung mit stark schwankenden Krankheitsphasen hingewiesen worden sei. Ergänzend seien sozialpsychiatrische Defizite im Rahmen der Grunderkrankung ausführlich beschrieben worden. Es sei zudem auf anhaltende kognitive Defizite hingewiesen worden, welche sowohl in bildgebenden Verfahren als auch in mehreren neuropsychologischen Untersuchungen beschrieben worden seien. Der Verdacht auf eine progrediente neurologische Erkrankung im Sinne einer Demenz habe im Verlauf ausgeschlossen werden können. Dennoch bestünden klinisch weiterhin die zum Teil deutlichen kognitiven Minderleistungen. Es könne von einer somatisch mitbedingten und anhaltenden depressiven Entwicklung ausgegangen werden (S. 1). Die Kombination aus schweren chronischen somatischen und psychiatrischen Erkrankungen ergäbe aus psychiatrischer Sicht einen erheblichen Gesundheitsschaden, der für die Beschwerdeführerin nicht überwindbar sei. Die Beschwerdeführerin sei, wie auch der RAD festgestellt habe, am allgemeinen Arbeitsmarkt nicht vermittelbar. Die Beschwerdeführerin sei aufgrund ihres Gesundheitsschadens dauerhaft zu 100 % erwerbsunfähig (S. 2). 5. 5.1

Strittig und zu prüfen ist, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin im relevanten Zeitraum (vgl. E. 2.3 hiervor) verschlechtert und sich daraus eine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten beziehungsweise einer angepassten Tätigkeit ergeben hat. 5.2

Im Vergleich zu den der Verfügung vom 4. September 2014 (Urk. 7/44) zugrunde liegenden Berichten, wo im Wesentlichen eine Omarthrose sowie ein rezidivierendes lumbovertebrales Syndrom als mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sowie eine rezidivierende depressive Störung, seit Herbst 2012 grossteils remittiert mit seltenen leichtgradigen Episoden, als ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert worden war, gingen insbesondere die Ärzte der D.____ gegenwärtig von einer mittelschweren Episode bei stark fluktuierendem Zustandsbild und wiederholt schwer depressiven Episoden mit akuter Suizidalität aus (vgl. vorstehend E. 4.6, E. 4.13). Aufgrund des Absetzens der Diabetes-Therapie in suizidaler Absicht war die Beschwerdeführerin im

Zeitraum vom 17. bis 24. Februar 2016 (Urk. 7/61/11 13) wie auch vom 7. bis 19. Januar 2017 sodann hospitalisiert (vgl. E. 4.12). Der Hausarzt Dr. A. ___ bestätigte, dass die depressiven Stimmungen die Beschwerdeführerin immer wieder veranlassen würden, ihre Medikamente beziehungsweise das Insulin wegzulassen (vgl. vorstehend E. 4.4). Die Ärzte der D. ___ berichteten im Mai 2016 über eine deutliche und anhaltende Zustandsverschlechterung seit mindestens Februar 2015 und führten aus, dass sich neben der stark schwankenden affektiven Erkrankung zusätzlich eine auffällige Verschlechterung der kognitiven Fähigkeiten gezeigt habe, welche mit zunehmenden Selbstpflege- und Selbstfürsorgedefiziten einhergehe. Die Beschwerdeführerin sei trotz täglicher Betreuung durch die Spitex überfordert mit der medikamentösen Therapie und es zeige sich eine deutlich eingeschränkte Urteilsfähigkeit bezüglich der Wichtigkeit der regelmässigen Insulintherapie (vgl. E. 4.6). Den Arztberichten ist weiter eine volle Arbeitsunfähigkeit zu entnehmen (vgl. E. 4.9-4.10, E. 4.13 4.14). Eine Verschlechterung erscheint deshalb als wahrscheinlich, zumal aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht nicht die Diagnosen und deren Anzahl entscheidend sind, sondern die Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf die Arbeitsfähigkeit (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 mit Hinweis auf BGE 127 V 294; Urteil des Bundesgerichts 9C_526/2014 vom 3. Dezember 2014 E. 5.1).

Die Beurteilung durch med. pract. G. ___ (vgl. E. 4.11), wonach keine Gesundheitsschäden geltend gemacht würden, welche die Beurteilung von September 2014 ändern könnten, ist nach dem Gesagten nicht nachvollziehbar. Ausserdem ist die Beschwerdegegnerin vorliegend

auf die Neuanschuldung eingetreten, weshalb sie das Gesuch materiell rechtsgenügend abzuklären hat, selbst wenn sich dann herausstellen sollte, dass keine invalidisierende Beeinträchtigung besteht. Diese Abklärung wurde nicht genügend vorgenommen. Zudem sind die Ausführungen der Beschwerdegegnerin, wonach sie zwar eine Unterbringung der Beschwerdeführerin aufgrund der vorliegenden Fremd- und Selbstgefährdung oder Verwahrlosungstendenz befürworte, die Beschwerdeführerin hingegen einem Arbeitgeber zugemutet werden könne (vgl. Urk. 7/87 S. 4), weder nachvollziehbar noch überzeugend. 5.3

Eine Abklärung ist auch deshalb notwendig, weil die vorliegenden medizinischen Akten keine abschliessende Beurteilung des Invaliditätsgrades der Beschwerdeführerin erlauben:

Die Austrittsberichte des Y. ___ (vgl. E. 4.2 und E. 4.12) enthalten ihrer Natur entsprechend keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in der angestammten oder einer angepassten Tätigkeit. Den Berichten von Dr. E. ___ (vgl. E. 4.5 und E. 4.8) ist ebenfalls keine Einschätzung zur Arbeitsfähigkeit zu entnehmen. Vielmehr machte er darauf aufmerksam, dass eine Untersuchung mit Einschätzung der Arbeitsfähigkeit als notwendig zu erachten sei. Die Berichte von Dr. A. ___ (vgl. E. 4.4 und E. 4.9) enthalten sodann weder eine näher begründete Einschätzung der Arbeitsfähigkeit noch Angaben zu funktionellen Einschränkungen, sondern lediglich die pauschale Aussage, wonach das aus der beschriebenen Psychopathologie resultierende inadäquate Verhalten der Beschwerdeführerin mit einer Erwerbstätigkeit nicht vereinbar sei. Damit fehlt es an der Grundlage für einen Entscheid. 5.4

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes

über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Gemäss ständiger Rechtsprechung ist in der Regel von der Rückweisung - da diese das Verfahren verlängert und verteuert - abzusehen, wenn die Rechtsmittelinstanz den Prozess ohne wesentliche Weiterungen erledigen kann. In erster Linie kommt eine Rückweisung in Frage, wenn der Versicherungsträger auf ein Begehren überhaupt nicht eingetreten ist oder es ohne materielle Prüfung abgelehnt hat, wenn schwierige Ermessensentscheidungen zu treffen sind, oder wenn der entscheidungsrelevante Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. SVR 1995 ALV Nr. 27 S.

69).

Bei ungenügenden Abklärungen durch den Versicherungsträger holt die Beschwerdeinstanz im Regelfall ein Gerichtsgutachten ein, wenn sie einen (im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen) medizinischen Sachverhalt überhaupt für gutachtlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist. Die betreffende Beweis erhebung erfolgt alsdann vor der - anschliessend reformatorisch entscheidenden - Beschwerdeinstanz selber statt über eine Rückweisung an die Verwaltung. Eine Rückweisung an den Versicherungsträger bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist. Ausserdem bleibt es dem kantonalen Gericht (unter dem Aspekt der Verfahrensgarantien) unbenommen, eine Sache zurück zu weisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist (BGE 137 V 210

E. 4.4.1. 4 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_815/2012 vom 21. Oktober 2013 E. 3.4, publiziert in SVR 1/2014 UV Nr. 2 S. 3) . 5.5

Es ist angezeigt, dem Eventualantrag der Beschwerdeführerin entsprechend die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin und ihre Arbeitsfähigkeit sowie damit zusammenhängend die Frage, ob sich seit Erlass der leistungsverneinenden Verfügung vom 4. September 2014 eine anspruchrelevante Veränderung ergeben hat, rechtsgenügend abklären und hernach über ihren Leistungsanspruch erneut entscheiden. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen. 6.

E. 2

Die Versicherte erhob am 1. September 2017 Beschwerde (Urk. 1) gegen die Verfügung vom 30. Juni 2017 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und auf das Leistungsbegehren sei einzutreten (S. 2 Ziff. 1). Ihr sei eine ganze Rente der Invalidenversicherung zu gewähren (S. 2 Ziff. 2). Eventuell seien weitere Abklärungen vorzunehmen (S. 2 Ziff. 3).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 9. Oktober 2017 (Urk. 6) die Abweisung der Beschwerde.

Mit Gerichtsverfügung vom 8. November 2017 wurde antragsgemäss (vgl. Urk. 1 S. 2 Ziff. 4) die unentgeltliche Prozessführung bewilligt und der Beschwerdeführerin die Beschwerdeantwort zugestellt (Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung vom 30. Juni 2017 (Urk. 2) davon aus, dass aus ärztlicher Sicht keine neuen, unberücksichtigten medizinischen Fakten hervorgebracht worden seien (S. 1). Die beschriebenen Defizite ergäben aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht keine länger andauernde oder bleibende Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin. Bei der vorliegenden Fremd- oder Selbstgefährdung oder Verwahrlosungstendenz und aktenanamnestisch bekannter Malcompliance bezüglich der antidiabetischen Behandlung sollte unter Einbezug der Beiständin und Schutzbehörde eine Unterbringung/Betreuung in Erwägung gezogen werden (S. 2).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin machte demgegenüber geltend (Urk. 1), dass sich ihr Gesundheitszustand sehr wohl in rentenrelevanter Art und Weise verschlechtert habe. Dies zeige sich bereits bei Betrachtung der psychiatrischen Diagnosen. Während im Zeitpunkt der ersten Anmeldung die rezidivierende depressive Störung als mehrheitlich remittiert mit teilweisen leichtgradigen Episoden bestanden habe, sei zum aktuellen Zeitpunkt eine schwere depressive Episode mit mehreren Suizidversuchen bestehend. Es sei nicht nachvollziehbar, weshalb die Beschwerdegegnerin von einem gleichbleibenden Gesundheitszustand ausgehe (S. 5 f.).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist somit, ob seit der anspruchsverneinenden Verfügung vom September 2014 (Urk. 7/44) eine erhebliche Veränderung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin eingetreten ist und ihr infolgedessen ein Anspruch auf eine Rente zusteht. 3. 3.1

Der Verfügung vom 4. September 2014 (Urk. 7/44) lagen im Wesentlichen die nachfolgenden medizinischen Berichte zu Grunde. 3.2

Die Ärzte des Y.____, Chirurgie, berichteten am 14. November 2012 (Urk. 7/7/1-3) und führten aus, die Beschwerdeführerin sei bis auf weiteres voll arbeitsunfähig (S. 1). Es bestehe eine depressive und intermittierend suizidale Entwicklung (S. 2). 3.3

Die Ärzte des Y.____, Chirurgie, berichteten mit Austrittsbericht vom 14. November 2012 (Urk. 7/7/6-9) über die Hospitalisation der Beschwerdeführerin vom 27. August 2012 bis 14. November 2012 und nannten folgende Diagnosen (S. 1): - Dickdarmileus bei stenosierender und abszedierender Sigmadivertikulitis - Malnutrition - normochrome, normozytäre Anämie - insulinabhängiger Diabetes mellitus Typ 2 - depressive und intermittierend suizidale Entwicklung - Stein-Leventhal-Syndrom - passagere QTc-Verlängerung - Status nach autoimmuner Pankreatitis Oktober 2007

Sie führten aus, es werde empfohlen, die antidepressive sowie die antipsychotische Therapie weiterzuführen (S. 4). 3.4

Dr. med. Z.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, berichtete am 28. Dezember 2012 (Urk. 7/11/7-10) und nannte als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit rezidivierend depressive und suizidale Episoden (ICD-10 F32.3). Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er die Folgenden (S. 1 Ziff. 1.1): - Stein-Leventhal-Syndrom - Diabetes mellitus, insulinpflichtig - Sigmadivertikulose mit rezidivierender Divertikulitis, stenosierende und abszedierende Divertikulitis mit Dickdarmileus November 2012

Er führte aus, dass die Beschwerdeführerin als Verkaufsangestellte seit dem 31. Juli 2012 zu 100 % arbeitsunfähig sei. Es bestehe eine verminderte psychische und körperliche Belastbarkeit (S. 2 Ziff.

E. 6

des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 6.1

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 8 00.-- anzusetzen. Ausgangsgemäss sind sie der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

E. 6.2

Rechtsprechungsgemäss entfällt der Anspruch auf eine Parteientschädigung, wenn die Vertretung durch eine Institution der öffentlichen Sozialhilfe übernommen wird (Urteil des Bundesgerichts 9C_30/2014 vom 6. Mai 2014 E. 3.2 mit Hinweis auf BGE 126 V 11 E. 5). Damit hat die durch die Sozialen Dienste ihrer Wohngemeinde vertretene Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Prozessentschädigung. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 30. Juni 2017 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 8 00.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Der Beschwerdeführerin wird keine Prozessentschädigung zugesprochen. 4.

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) 5.

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 Beweismitel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen,

soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin MosimannSchüpbach

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.