

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00894 vom 1. Januar 2019**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-01-01, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2017.00894](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00894)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00894 du 1 janvier 2019

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00894 del 1 gennaio 2019

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Die 1979 geborene X.\_\_\_\_\_

ist seit ihrer Einreise in die Schweiz im Jahre 1998 als Hausfrau tätig. Am 29. Januar 2010 meldete sie sich unter Hinweis auf « Muskelprobleme, Depression und Nerven » bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 9/1). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, tätigte erwerbliche Abklärungen und wies das Rentenbegehren mit Verfügung vom 27. Oktober 2010 ab (Urk. 9/22). Die dagegen erhobene Beschwerde wies das hiesige Gericht mit Urteil vom 28. Februar 2011 (Prozess-Nr. IV.2010.01139; Urk. 9/30) ab.

Am 17. November 2010 ersuchte das Departement Soziales, Zusatzleistungen zur AHV/IV, der Stadt Winterthur die IV-Stelle um Bestimmung des Invaliditätsgrades (Urk. 9/23). Mit Verfügung vom 11. Oktober 2011 hielt die IV-Stelle fest, dass kein IV-relevanter Gesundheitsschaden bestehe und kein IV-Grad ermittelt werden könne (Urk. 9/46). Die dagegen erhobene Beschwerde wies das hiesige Gericht mit Urteil vom 28. März 2012 (Prozess-Nr. IV.2011.01171; Urk. 9/50) ab.

Am 13. März 2014 (Urk. 9/51) meldete sich die Versicherte erneut zum Leistungsbezug an. Mit Verfügung vom 15. Oktober 2014 (Urk. 9/72) trat die IV-Stelle auf das Leistungsbegehren nicht ein.

Am 2. Juli 2016 (Urk. 9/76) meldete sich die Versicherte unter Hinweis auf psychische, Haut- und Rheumaprobleme wiederum bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug an. Diese tätigte medizinische und erwerbliche Abklärungen und wies das Leistungsbegehren nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 9/81, Urk. 9/86, Urk. 9/91, Urk. 9/93, Urk. 9/98, Urk. 9/101 und Urk. 9/103) mit Verfügung vom 4. Juli 2017 (Urk. 2) ab.

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichene 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. 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). 2.

## **E. 2**

Dagegen erhob die Versicherte am 4. September 2017 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte sinngemäss, die Verfügung vom 4. Juli 2017 sei zu überprüfen. Zudem sei ihr die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen. Am 6. Oktober 2017 (Urk. 8) beantragte die IV-Stelle, die Beschwerde sei abzuweisen. Am 26. März und 16. April 2018 reichte die Beschwerdeführerin verschiedene Berichte nach (Urk. 12/1-4 und Urk. 14), welche der Beschwerdegegnerin am 28. März und 17. April 2018 zur Kenntnis gebracht wurden (Urk. 13 und Urk. 15). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene leistungsabweisende Verfügung vom 4. Juli 2017 (Urk. 2) damit, dass keine organischen Ursachen der geklagten Beschwerden und keine dauerhafte organische Gesundheitsschädigung ausgewiesen seien. Aus psychiatrischer Sicht hätten sich seit 2014 keine neuen medizinischen Fakten ergeben (S. 1). Es sei von einer gesamthaft unveränderten Situation auszugehen (S. 2).

### **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), alle Tests würden zeigen, dass die rechte Seite ihres Körpers auf der linken Seite schwächer sei und dass sie deswegen ein Ungleichgewicht im Körper habe. Dies sei zusätzlich zu den anderen Krankheiten, die sie habe (S. 1). Sie nehme seit Jahren alle Arten von Medikamenten ein und stehe immer unter Behandlung, ihre Probleme seien chronisch (S. 2). 3.

Vergleichszeitpunkt für eine für die Neuanmeldung relevante Veränderung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin bildet die Verfügung vom 15. Oktober 2014 (Urk. 9/72), mit welcher die Beschwerdegegnerin nach materieller Abklärung und Verneinung einer relevanten Veränderung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 9/70 S. 2) auf die Neuanmeldung vom 13. März 2014 (Urk. 9/51) nicht eingetreten ist. 4.1

Die Beschwerdegegnerin stützte sich im Vergleichszeitpunkt auf folgende Berichte: 4.1.1

Dr. med. Y.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in seinem Bericht vom 12. Mai 2014 (Urk. 9/56) fest, die Beschwerdeführerin stehe seit dem 26. März 2011 in seiner ambulanten psychiatrischen Behandlung aufgrund einer unklaren Schmerzsymptomatik in den Unterarmen, Eisen- und Vitamin - B12 - Mangel sowie einer lang anhaltenden Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung anderer Gefühle mit reaktiver Depression. Sie ertrage keine Antidepressiva und klage über Schlafstörungen und Tagesmüdigkeit. 4.1.2

Dr. med. Z.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Dermatologie und Venerologie, stellte in seinem Bericht vom 13. Mai 2014 (Urk. 9/57) folgende Diagnosen: - dyshidrosiformes Handekzem und Fussekzem, PE 22. November 2013 - Toctino Dezember bis Februar 2014 - bekannte Nickelallergie

Dazu führte er aus, wegen der Hartnäckigkeit des chronischen Ekzems sei die Beschwerdeführerin an die Y.\_\_\_\_ in Zürich überwiesen worden. 4.1.3

Dr. med. B.\_\_\_\_, Innere Medizin FMH, führte in seinem Bericht vom 26. Mai 2014 (Urk. 9/61) folgende Diagnosen/Probleme auf: - Anpassungsstörung mit reaktiv-depressiver Symptomatik - Somatisierungsstörung - Verdacht auf intermittierend phobischen Schwankschwindel bei Angststörung - dyshidrosiformes Handekzem und Fussekzem, bislang therapieresistent

Dazu hielt er fest, die krankheitsbedingten Symptome hätten in den letzten zwei bis drei Jahren an Intensität zugenommen. Das Handekzem habe massiv zugenommen. 4.1.4

Dr. med. C.\_\_\_\_ vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD), Arzt für Allgemeine Medizin FMH, hielt in seiner Stellungnahme vom 15. Juli 2014 (Urk. 9/70/2) fest, die neuen Berichte würden weiterhin die früher schon bekannten Störungen Anpassungsstörung mit reaktiv-depressiver Symptomatik und Somatisierungsstörung aufführen. Die neuen Diagnosen seien Verdacht auf intermittierend phobischen Schwankschwindel bei Angststörung und dyshidrosiformes Handekzem und Fussekzem, bisher therapieresistent. Der Schwankschwindel löse keine relevante Arbeitsunfähigkeit als Hausfrau aus. Das Ekzem sei mit entsprechender lokaler und eventuell systemischer Therapie und entsprechenden Schutzmassnahmen bei der Ausübung der Arbeiten im Haushalt wohl soweit angebar, dass keine relevante Arbeitsunfähigkeit resultiere. Somit beständen keine relevanten Veränderungen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. 4.2

In der angefochtene n Verfügung vom 4. Juli 2017 (Urk. 2) stützte sich die Beschwerdegegnerin

unter anderem auf folgende Berichte: 4.2.1

Der behandelnde Psychiater Dr. Y.\_\_\_\_ führte in seinem Arztzeugnis vom 5. September 2016 (Urk. 9/83/4) aus, die Beschwerdeführerin stehe seit dem 26. März 2011 in seiner ambulanten psychiatrischen Behandlung aufgrund einer mittelgradigen Depression mit

somatischen Beschwerden (Globusgefühl). Seit Juni 2016 werde sie zudem psychopharmakologisch behandelt. Aus psychiatrischer Sicht sei sie zurzeit zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben. 4.2.2

Die D. \_\_\_ des E. \_\_\_ stellte in ihrem Bericht vom 9. Januar 2017 (9/96) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 f.): - rezidivierende Schwellungen Unterarm/Hand rechts - Differentialdiagnose Thoracic -Outlet-Syndrom rechts - Klinik - fehlender Puls bei Armelevation rechts, Kribbelparästhesien Hand bei Elevation - Bildgebung: - Rx Thorax 11/2016: Kein Nachweis von Halsrippen, Herz- und Mediastinalsilhouette schlank, Lungenzirkulation kompensiert, keine Infiltrate, kein Pleuraerguss, konventionell-radiologisch keine Anhaltspunkte für mediastinale oder intrapulmonale Raumforderungen - sonographisch wiederholt keine Tenosynovitis / Synovitis nachweisbar - cervico- und lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechtsbetont - Klinik - Myelogenose paravertebrale Muskulatur am cervicothorakalen Übergang und Schultergürtelbereich rechtsbetont, rezidivierende Schwellung Hand/Unterarm rechts - Bildgebung: - MRI HWS 11/2016: Regelrechte Darstellung der HWS ohne wesentliche degenerative Veränderungen, keine Anhaltspunkte für eine Kompression nervaler Strukturen - Rx Becken 11/2016: ISO sowie Hüftgelenke beidseits regelrecht, keine degenerativen oder entzündlichen Veränderungen, IUD in situ - Rx LWS 11/2016: Ventrals sowie dorsales Alignment erhalten, keine höhengeminderten Wirbelkörper, keine degenerativen oder entzündlichen Veränderungen - Therapie: - multimodale rheumatologische Komplexbehandlung (93.38.02) 2. bis 17. November 2016

Dazu hielten die behandelnden Ärzte fest, in der Verlaufskontrolle bestehe der Verdacht auf ein Thoracic -Outlet-Syndrom, es seien noch angiologische Abklärungen ausstehend, eine Prognose sei zurzeit nicht möglich. Das Ressourcenprofil für berufliche Tätigkeiten könne nicht beantwortet werden, ebenso wenig die Frage der Verminderung der Leistungsfähigkeit. Die Beschwerdeführerin sei nicht arbeitstätig (S. 2 f.). 4.2.3

Die Y. \_\_\_ des E. \_\_\_

führte in ihrem Bericht vom 19. Januar 2017 (Urk. 9/95/15-16) folgende Diagnosen auf (S. 1 f.): - 1. Verdacht auf Psoriasis pustulosa

palmoplantaris (L40.300) - Differentialdiagnose: dyshidrosiformes Hand- und Fußekzem - PE vom 17. März 2014 Fuß links (extern): mit Ekzem vereinbar - Toctino 12/2013-02/2014 - Mykologie Schuppen Hände und Füße vom 18. August 2014: negative - Atopie - Screening negativ (wenig positiv auf eine Hausstaubmilbenart, klinisch keine Symptome) - Epikutantestung 08/2014: Nickel und Formaldehyd (klinisch nicht relevant) - HECSI-Score: - 18. August 2014: 26 - 15. September 2014: 6 - Bade-PUVA 17. September 2014 - 1. Juli 2015, nur noch Füße seit 17. Juni 2015, Stopp 07/2015, Wiederbeginn Füße 7. Oktober 2015 - Start mit Neotigason 10mg am 18. März 2015, Steigerung auf 10/20mg alternierend am 17. Juni 2015, aufgrund Nebenwirkungen aktuell wieder 10mg pro Tag, Stopp 8. August 2016 - Probiopsie Fußgewölbe links 24. Oktober 2016 (unter topischen Steroiden): deutliche Spongiose, deutlich ausgeprägtes Stratum granulosum, ein zentraler intrakornealer Abszess sichtbar, sehr schütteres oberflächliches lymphohistiozytäres Infiltrat - Abgrenzung Psoriasis-Ekzem histologisch schwierig - 2. Verdacht auf milde peripher betonte Spondylarthropathie mit/bei - Poly-Arthralgien (Finger, Hand-, Ellbogen-, Knie- und Zehengelenke) am ehesten im Rahmen einer mechanischen Überlastung, Differentialdiagnose im Rahmen Diagnose 2 - keine humorale

Entzündungsaktivität - Autoimmun-Antikörper negativ (ANA, RF, Anti-CCP) - Bildgebung extern Rx Hände/Füsse/Knie: unauffällig, Sonographie: Synovitis im Bereich der OSG beidseits und MTP-Gelenke II und III beidseits - MTX 10mg/Woche sc seit 8. August 2016 - ongoing, ab 30. August 2016 25mg/Woche - 3. Status nach Panaritium Zeigefinger links - Betadine Bäder - Fucidin Creme - 4. Nickelallergie - ECT im 09/2001 (KS Winterthur) - 5. Cervico- und lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechtsbetont - mehrheitlich mechanisches Beschwerdebild des Rückens

Dazu hielten die behandelnden Ärzte fest, die Hautveränderungen an den Händen und Füßen seien nach Angaben der Beschwerdeführerin etwa persistent, die Lichttherapie werde gut vertragen (S. 1). 4.2.4

Hausarzt Dr. B.\_\_\_\_

stellte in seinem Bericht vom 23. Januar 2017 (Urk. 9/95/1-3) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

(S. 1): - Anpassungsstörung mit reaktiv-depressiver Symptomatik, Somatisierungsstörung, Schlafstörungen seit 2001 - Angststörung mit intermittierend phobischem Schwankschwindel, intermittierenden Erstickungsgefühlen seit mindestens 5 Jahren - cervico- und lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechtsbetont - Verdacht auf milde peripher betonte Spondylarthropathie Differentialdiagnose bei Psoriasis - Verdacht auf Psoriasis pustulosa

palmoplantaris Differentialdiagnose chronisches Hand- und Fuss ekzem

Zudem führte er folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf (S. 1): - Nickelallergie - Status nach funikulärer

Myelose bei Vitamin - B12-Mangel 2000 - Nephrolithiasis

Dazu hielt er fest, seit dem letzten Bericht von 2010 sei es zu einer deutlichen Zunahme der rheumatologischen Beschwerden mit cervico- und lumbospondylogem Schmerzsyndrom und neu einem Verdacht auf eine milde peripher betonte Spondylarthropathie bei Psoriasis und einer mehrheitlich therapieresistenten Psoriasis Differentialdiagnose chronisches Fuss/Handekzem gekommen. Neu träten zudem eine vermehrte Angstsymptomatik und rezidivierende Erstickungsgefühle auf (S. 1). Ihre bisherige Arbeit sei Hausfrau, in der Schweiz habe sie bislang keine berufliche Tätigkeit gehabt. Für mittelschwere/schwere körperliche Tätigkeiten sei sie nicht arbeitsfähig, krankheitsbedingt müssten wiederholt Pausen eingeschaltet werden. Der Ehemann unterstütze sie. Die geschätzte diesbezügliche Arbeitsfähigkeit betrage 60%, auf längere Sicht sei die Prognose nicht klar. Aufgrund der bisher nicht stattgehabten Berufsausübung, der fehlenden Ausbildung und Deutschkenntnisse und der fehlenden Integration erscheine eine Berufsausübung wenig realistisch. Für eine körperlich nicht belastende angepasste Tätigkeit würden die Voraussetzungen fehlen, für eine in ihrer sozialen Situation mögliche Tätigkeit beispielsweise als Putzfrau bestehe zurzeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 2). Es bestehe eine eingeschränkte Belastbarkeit durch Krankheit und Dekonditionierung, die nicht gesicherte Asylsituation der Familie sei ein Faktor, der die Krankheit aufrechterhalte (S. 3). 4.2.5

Die Fachärztin für orthopädische Chirurgie und Traumatologie F.\_\_\_\_ vom RAD bezog sich in ihrer Stellungnahme vom 2. Februar 2017 (Urk. 9/104/3-4) auf den Bericht der D.\_\_\_\_ des E.\_\_\_\_ vom 23. November 2016 (Urk. 9/92/4-10) und denjenigen des Hausarztes Dr.

B.\_\_\_\_ vom 23. Januar 2017 (E. 4.2.4 hievord) und ergänzte, ein aktueller Bericht des Psychiaters liege nicht vor, im letzten Bericht habe Dr. Y.\_\_\_\_ am 12. Mai 2014 die Diagnose einer Anpassungsstörung gestellt. Zusammenfassend beständen keine organischen Ursachen der geklagten Beschwerden, es seien keine dauerhaften organischen Gesundheitsschäden ausgewiesen. Psychiatrisch gebe es keine neuen medizinischen Fakten seit 2014. Eine Veränderung des Gesundheitszustandes sei nicht ausgewiesen, an der RAD-Stellungnahme vom 15. Juli 2014 (E. 4.1.4 hievord) werde festgehalten. 4.2.6

Am 12. Mai 2017 führte RAD-Ärztin F.\_\_\_\_ aus (Urk. 9/104/5), gemäss Bericht der D.\_\_\_\_ des E.\_\_\_\_ vom 9. Januar 2017 (E. 4.2.2 hievord) besteht der Verdacht auf ein Thoracic-Outlet-Syndrom. Eine primär operative Therapie sei wahrscheinlich nicht geplant. Bei weichteilbedingten Outlet-Symptomen sei die Therapie in der Regel konservativ mit Physiotherapie und Vermeidung von Überkopfarbeiten. Auch wenn sich die Verdachtsdiagnose bestätigen würde, sei somit überwiegend wahrscheinlich weiterhin von einer gesamthaft unveränderten Situation auszugehen. 4.2.7

Weiter hielt RAD-Ärztin F.\_\_\_\_ am 29. Juni 2017 in Bezug auf den Bericht der Ergotherapeutin aus dem G.\_\_\_\_ über die Handtherapie vom 16. März bis 4. Mai 2017 (Urk. 9/102) fest (Urk. 9/106/2), dieserweise keine neuen Sachverhalte aus. Die rezidivierende Schwellung der Hand sei bekannt und im Bericht der D.\_\_\_\_ des E.\_\_\_\_ vom 23. November 2016 (Urk. 9/92/4-10) diskutiert worden. 4.2.8

Dr. med. H.\_\_\_\_, Fachärztin FMH Rheumatologie und Innere Medizin, stellte in ihrem Bericht vom 3. Juli 2017 (Urk. 9/108) folgende Diagnosen (S. 1): - chronifizierte Ganzkörperschmerz - Symptomatik seit 19 Jahren, rechts halbseitig betont, rechte obere Extremität - zum aktuellen Zeitpunkt für mich keine fassbaren entzündlichen Veränderungen - bestehende universitäre multimodale Schmerztherapie - mögliche, leichte PHS rechts bei sonographisch geringer Bursareizung über der SSC, Rundrückenfehlhaltung (begünstigt subacromiale Enge), intakte Rotatorenmanschette und BIZ (re

sa 40mg Triamcort am 4. Juli 2017 probatorisch) - schwierig klassifizierbares Ekzem Hände und Füsse seit 19 Jahren, Therapie E.\_\_\_\_ Dermatologie - anamnestic Anpassungsstörung, Somatisierungsstörung, Schlafstörung seit 2001, intermittierend Angst, Schwindel, Erstickungsgefühle - Unverträglichkeit diverser Psychopharmaka, psychiatrische Begleitung bestehend - anamnestic Reflux Hinweis (geplante Gastroskopie im Juli 2017)

Dazu führte sie aus, eine entzündliche fassbare Veränderung, welche eine kontrollpflichtige Basistherapie erfordern würde, könne aktuell nicht festgestellt werden. Die Einschränkung sei für sie nicht somatisch rheumatologisch, sondern psychosozial bedingt. Bei einer Begutachtung müsste zur optimalen Objektivierung ein MRI der rechten Hand an einem erprobten muskuloskelettalen

Rx-Zentrum erwogen werden und eine aktualisierte neurologische Kontrolle wegen des unklaren Kleinfingertremors mit Zuckungen rechts. Zentral sei die weitere psychiatrische und soziale Begleitung und Frage des weiteren Unterhaltes der Familie. Sie gehe davon aus, dass es vor allem um einen Entlastungs-Wunsch gehe im Hinblick auf Fragen der IV bei von der Beschwerdeführerin eingelegtem Rekurs (S. 5). 5. 5.1

Die Beschwerdegegnerin stütze sich bei ihrer leistungsabweisenden Verfügung vom 4. Juli 2017 (Urk. 2) auf die Stellungnahmen ihrer RAD-Ärztin F.\_\_\_\_ vom 2. Februar, 12. Mai

und 29. Juni 2017 (E. 4. 2. 5- 4.2. 7 hievor ). 5.2

Die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Art. 59 Abs. 2 bis IVG). Nach Art. 49 IVV beurteilen die RAD die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs. Die geeigneten Prüfmethode können sie im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz und der allgemeinen fachlichen Weisungen des Bundesamtes frei wählen (Abs. 1). Die RAD können Versicherte bei Bedarf selber ärztlich untersuchen. Sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest (Abs. 2; Urteil des Bundesgerichts 9C\_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweis auf BGE 135 V 254 E. 3.5).

Die Funktion interner RAD-Berichte besteht darin, aus medizinischer Sicht – gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen sei. Sie würdigen die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht (Urteil des Bundesgerichts 9C\_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweisen).

Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxismässigen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten ( BGE 134 V 231 E. 5.1) genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt ( BGE 137 V 210 E. 1.2.1). Allerdings kann auf das Ergebnis versicherungsinterner ärztlicher Abklärungen – zu denen die RAD-Berichte gehören – nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4.2 mit Hinweisen auf BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7).

Aus dem Grundsatz der Waffengleichheit folgt das Recht der versicherten Person, mittels eigener Beweismittel die Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen in Zweifel zu ziehen. Diese von der versicherten Person eingereichten Beweismittel stammen regelmässig von behandelnden Ärzten oder von anderen medizinischen Fachpersonen, die in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person stehen. Aufgrund der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, wird im Streitfall eine direkte Leistungszusprache einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärzte aber kaum je in Frage kommen (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.5). 5.3

RAD-Ärztin F.\_\_\_\_ ging in Bezug auf die psychischen Beschwerden von einer Anpassungsstörung aus und hielt dazu fest, die psychischen Beschwerden hätten sich seit 2014 nicht geändert. Nachdem jedoch der behandelnde Psychiater Dr. Y.\_\_\_\_ am 12. Mai 2014 (E. 4.1.1 hievor ) von einer Anpassungsstörung berichtete, im vorliegenden Neuanmeldungsverfahren hingegen eine mittelgradige Depression diagnostizierte (Bericht

vom 5. September 2016, E. 4.2.1 hievor ), kann dem nicht gefolgt werden. Zwar kann auch die Diagnose einer mittelgradigen Depression anhand des Berichtes des behandelnden Psychiaters nicht nachvollzogen werden, nachdem darin weder Anamnese noch Psychostatus wiedergegeben wurden, Angaben zur bislang durchgeführten Behandlung fehlen und die Verschlechterung des Zustandes seit 2014 nicht begründet wurde. Aus den fehlenden Angaben kann jedoch nicht ohne Weiteres geschlossen werden, dass die Beschwerdeführerin an keiner psychischen Beeinträchtigung leidet beziehungsweise sich diese seit dem Vergleichszeitpunkt nicht verändert hat. Denn die Beschwerdegegnerin hat es unterlassen, bei Dr. Y. \_\_\_ einen ausführlichen Bericht einzuholen, aus welchem die fehlenden Angaben ersichtlich wären. Der behandelnde Psychiater wurde im gesamten Verfahren nie aufgefordert, einen Formularbericht zu erstellen, obwohl die Beschwerdeführerin bei ihm seit dem 26. März 2011 in einer ambulanten psychiatrischen und psychopharmakologischen Behandlung steht und nach seinen Angaben aus psychischen Gründen erheblich in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist. Die Beschwerdeführerin wies zudem bereits im Vorbescheidverfahren darauf hin, dass kein fachärztlicher psychiatrischer Bericht vorliege ( Urk. 9/98/2), die Beschwerdegegnerin hat dennoch keinen solchen eingeholt. Der entscheidungsrelevante

medizinische Sachverhalt erweist sich in dieser Hinsicht als nicht ausreichend untersucht und es sind ergänzende medizinische Abklärungen indiziert. Dies insbesondere auch, da gemäss der nunmehr geltenden Rechtsprechung auch bei leichten oder mittelschweren depressiven Störungen eine invalidisierende Wirkung nicht ohne Weiteres ausgeschlossen ist und anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen ermittelt und symptommetrisch zu beurteilen ist. Die vorhandenen medizinischen Beurteilungen erweisen sich dazu als zu wenig aussagekräftig.

Nach dem Gesagten kann aufgrund der Akten nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit festgelegt werden, ob und in welchem Umfang die Beschwerdeführerin arbeitsunfähig ist. So fehlt namentlich eine differenzierte und rechtsgenügende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht. Angesichts des Verzichts der Beschwerdegegnerin auf eine externe Begutachtung im Rahmen des Verwaltungsverfahrens rechtfertigt sich eine gerichtliche Begutachtung nicht. Der angefochtene Entscheid ist deshalb aufzuheben und die Sache zur Abklärung und anschliessend einem neuen Entscheid über die Leistungsansprüche der Beschwerdeführerin an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen . 6.

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57). Die Kosten des Verfahrens gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 700.-- festzusetzen und entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

Das Gesuch um unentgeltliche Prozessführung erweist sich damit als gegenstandslos. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 4. Juli 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. 700.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.\_\_\_\_ - 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  
Gräub  
Lanzicher

#### **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

#### **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.