

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01333 vom 5. März 2018**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-03-05, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2017.01333](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.01333)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01333 du 5 mars 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01333 del 5 marzo 2018

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetz es 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).

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 (BGE 130 V 396; 141 V 281 E. 2.1). Eine fach ärztlich festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleich bedeutend 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. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektiven Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (vgl. BGE 127 V 294 E. 4c; 139 V 547 E. 5.2; zur Publikation in der amtlichen Sammlung vorgesehene Urteil des Bundesgerichts 8C\_841/2016 vom 30. November 2017 E. 4.2.1).

Gemäss der für somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden entwickelten Rechtsprechung des Bundesgerichts ist die tatsächliche Arbeits- und Leistungsfähigkeit der versicherten Person grundsätzlich in einem strukturierten,

ergebnisoffenen Beweisverfahren anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren zu ermitteln (BGE 141 V 281). Mit zur Publikation in der amtlichen Sammlung vorgesehenem Urteil 8C\_130/2017 vom 30. November 2017 hat das Bundesgericht erkannt, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Leiden einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen seien, wobei es je nach Krankheitsbild allenfalls gewisser Anpassungen hinsichtlich der Wertung einzelner Indikatoren bedürfe. Diese Abklärungen enden laut Bundesgericht stets mit der Rechtsfrage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (E. 7).

### **E. 1.3**

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

### **E. 1.4**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht 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 in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

## **E. 2**

Die Versicherte erhob am 6. Dezember 2017 Beschwerde gegen die Verfügung vom 7. November 2017 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihr eine Invalidenrente nach den gesetzlichen Bestimmungen zuzusprechen. Eventuell sei die Angelegenheit an die Vorinstanz zur Vorname medizinischer Abklärungen (psychiatrische und neuropsychologische Untersuchung) zurückzuweisen. In prozessualer Hinsicht ersuchte sie um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege (Urk. 1 S. 2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 29. Januar 2018 (Urk. 9) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde der Beschwerdeführerin am 12. Februar 2018 zur Kenntnis gebracht (Urk. 11). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete ihre leistungsanspruchsverneinende Verfügung (Urk. 2) damit, die Abklärungen gestützt auf die bei den behandelnden Ärzten eingeholten Berichte hätten ergeben, dass die Beschwerdeführerin in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei. Hingegen würden die vorliegenden Diagnosen keine langandauernde gesundheitliche Einschränkung begründen. Die (angestammte) Tätigkeit als Reinigungsfrau

sei weiterhin zumutbar (S. 1 f. ).

### **E. 2.2**

Demgegenüber machte die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerde (Urk. 1) geltend, schon anlässlich der Erstanmeldung seien ihre kognitiven Beeinträchtigungen nicht erkannt worden. Da es ihr nie gelungen sei, sich im Arbeitsmarkt zu integrieren und sie dadurch nur Tätigkeiten in kleinen Pensen bis maximal 40 % ausgeführt habe, seien ihre kognitiven Beeinträchtigungen nicht offenkundig geworden. Sie sei regelmässig nicht in der Lage, den jährlichen Fragebogen zum Sozialhilfebezug ohne fremde Hilfe auszufüllen beziehungsweise Unterlagen einzureichen. Allgemein sei sie im Umgang mit Behörden überfordert (S. 5 f.). Ferner leide sie an einer komorbiden psychischen Störung, welche schwierig zu behandeln sei und einen invalidisierenden Charakter aufweise (S. 7

f.). Die Beschwerdegegnerin habe sich nur auf die Einschätzung ihres Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD), welche nicht zu überzeugen vermöge, abgestellt und kein Gutachten anfertigen lassen (S. 10 ff.).

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der Invalidenversicherung und in diesem Zusammenhang, ob die Beschwerdegegnerin den Sachverhalt in genügender Weise abgeklärt hat.

### **E. 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 Neuansmeldung 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 vorzu gehen (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. 3.1**

) bei Trägerin einer Vollmutation im FMR1-Gen anhand Akten - Verdacht auf Intelligenzminderung (ICD-10 F79)

Sie führte aus, aktuell werde die Beschwerdeführerin durch das Sozialamt unterstützt und arbeite stundenweise und maximal bis zu einem Pensum von 20 %. Im April 2016 sei aufgrund einer Falschinformation betreffend ihren Sohn eine Panikattacke erfolgt. Diese habe sich mit Herzklopfen, Atembeschwerden, Zittern, Schweissausbrüchen, Todesängsten mehrmals wiederholt und sei im Spital behandelt worden. Seit Anfang Juni 2016 stehe die Beschwerdeführerin in wöchentlichen Abständen bei ihr in Behandlung. Aktuell zeige sich die Beschwerdeführerin bewusstseinsklar und allseits orientiert. Die kognitiv-mnestischen Funktionen (Konzentration, Auffassung, Merkfähigkeit und

Gedächtnis) würden im Gespräch deutlich beeinträchtigt erscheinen. Die Beschwerdeführerin wirke unkonzentriert. Eindeutige Anhaltspunkte für ein psychotisches Erleben habe nicht eruiert werden können. Die Beschwerdeführerin habe stets eine präsen te, anhaltende Angst, welche nicht auf eine bestimmte Sache beschränkt sei, besonders aber bezogen auf ihren Sohn, dass diesem etwas zustossen könnte (Ziff. 1.4).

Aktuell bestehe bei schlechter Prognose seit 3. Juni 2016 sowohl als Reinigungsmitarbeiterin (Ziff. 1.6) als auch in einer Verweistätigkeit eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (Ziff. 1.7).

### **E. 3.2**

Dr. med. A.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte in ihrem Bericht vom 24. Februar 2012 (Urk. 10/15) die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, aktuell leichte Episode (ICD-10 F34.0), und einen Verdacht auf eine Intelligenzminderung (ICD-10 F79) bei Trägerin einer Vollmutation im FMR1-Gen (Ziff. 1.1).

Sie führte aus, die Beschwerdeführerin habe unter Angstzuständen gelitten, als sie zu ihr in Behandlung gekommen sei. Sie zeige keine Anhaltspunkte für formale und inhaltliche Denkstörungen. Ihre Intelligenz sei sehr wahrscheinlich unterdurchschnittlich (eine psychologische Testung in der Muttersprache sei nicht möglich gewesen). Die Prognose sei sehr von der Krankheitsentwicklung ihres (behinderten) Sohnes und ihrer Überforderung im Alltag und als alleinerziehende Mutter abhängig (Ziff. 1.4). Aktuell bestehe mindestens eine Arbeitsunfähigkeit von 50%. Die Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit solle abgeklärt werden (Ziff. 1.6 f.).

### **E. 3.3**

Am 25. Juni 2012 erstatteten Dr. Z.\_\_\_\_ und Fachpsychologe Y.\_\_\_\_

ein psychiatrisches Gutachten (Urk. 10/26). Die Gutachter nannten die folgenden Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 8 oben): - anamnestisch Depression und Angst gemischt, gegenwärtig in Remission (ICD-10 F41.2) - Hinweise auf eine kognitive Störung, Ausmass nicht spezifizierbar (fraglich ICD-10 F79) - Hinweise auf eine akzentuierte Persönlichkeit Die Gutachter führten aus, aufgrund ihrer psychiatrischen und testpsychologischen Abklärungen sei die Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht in ihrer angestammten Tätigkeit als Putzfrau oder als Mitarbeiterin für einfache Hilfsarbeiten zu über 80% arbeitsfähig. Eine allfällige Verminderung der Möglichkeit, eine Arbeit aufnehmen zu können, bestehe in den psychosozialen Belastungen aufgrund des kranken Sohnes. Wegen der Depression und den Ängsten habe wahrscheinlich früher eine gewisse Arbeitsunfähigkeit bestanden. Die depressive Störung und die Ängste hätten sich stark vermindert. Die möglichen kognitiven Beeinträchtigungen, die aufgrund des Verhaltens der Beschwerdeführerin in der Testsituation nicht hätten spezifiziert werden können, würden sie wahrscheinlich nur wenig behindern. Die Beschwerdeführerin sei vor der psychischen Erkrankung voll arbeitsfähig gewesen, allfällige kognitive Beeinträchtigungen hätten schon damals bestanden haben müssen und hätten offenbar die Arbeitsfähigkeit für einfache Hilfsarbeiten nicht tangiert. Im Haushalt bestehe eine vollständige Arbeitsfähigkeit (S. 8 Mitte).

### **E. 3.4**

Die Beschwerdegegnerin stützte sich in medizinischer Hinsicht auf das psychiatrische Gutachten (vorstehende E. 3.3), qualifizierte die Beschwerdeführerin als zu 5 % Erwerbstätige und zu 95 % im Haushalt Tätige und ermittelte einen Invaliditätsgrad von 0 % (Urk. 10/34).

#### **E. 4**

Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, berichtete mit Verweis auf diverse Spitalberichte (vgl. vorstehend E. 4.2 f.) am 19. Dezember 2016 der Beschwerdegegnerin (Urk. 10/46/1-5). Er nannte als Diagnose eine Panikstörung sowie eine vorbeschriebene rezidivierende depressive Störung

bei Status nach mittelgradiger Episode sowie einen Verdacht auf kognitive Einschränkung (Ziff. 1.1). Eine Arbeitstätigkeit sei

nur mit reduzierter Belastbarkeit und Konzentrationsfähigkeit aufgrund der Panikstörung und der Depression möglich (Ziff. 1.7).

#### **E. 4.1**

Im vorliegenden Revisionsverfahren sind die folgenden medizinischen Berichte aktenkundig:

#### **E. 4.2**

Während des Zeitraumes vom 21. April bis 11. Juli 2016 suchte die Beschwerdeführerin mehrmals wegen Panikattacken ambulant die Notfallklinik des Stadtspitals B.\_\_\_\_ (Urk. 10/46/6-7; Urk. 10/51/17-19) und die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des C.\_\_\_\_ (Urk. 10/46/8-10; Urk. 10/46/14-19; Urk. 10/51/8-13) sowie die Notfallstation des C.\_\_\_\_ (Urk. 10/46/11-12) auf.

#### **E. 4.3**

Aufgrund einer fürsorglichen Unterbringung (FU) wurde die Beschwerdeführerin vom 14. bis 21. Juli 2017 stationär in der D.\_\_\_\_ hospitalisiert. Mit Austrittsbericht vom 17. August 2017 (Urk. 10/51/23-26) diagnostizierten die Ärzte eine generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) und entliessen die Beschwerdeführerin in stabilem Zustand in die ambulante Betreuung der behandelnden Ärztin (S. 1, 3).

#### **E. 4.5**

Die behandelnde Dr. med. F.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte in ihrem Bericht vom 3. Mai 2017 (Urk. 10/51/1-7) die folgenden Diagnosen (Ziff. 1.1): - generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) - Panikstörung, bekannte rezidivierende Panikattacken seit 2009 (ICD-10 F41.0) - spezifische (isolierte) Phobien (Zugfahrten, Tunnelfahrten, Flüge, Lift) - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1; Erstdiagnose 2009) - akzentuierte zwanghafte Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z

#### **E. 4.6**

RAD-Arzt med. pract. G.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, erachtete in seiner Stellungnahme vom 14. Juni 2017 – unter Verweis auf das Gutachten Y.\_\_\_\_ / Z.\_\_\_\_ (vorstehende E.

3.3) - gestützt auf die aktenkundigen Informationen eine Arbeitsfähigkeit von mindestens 80 % in der Tätigkeit als Reinigungsfrau in Privathaushalten als erwiesen. Die neu postulierte Panikstörung sei weder in ihrer Erscheinungsform noch in ihrer Frequenz

geeignet, Einschränkungen im Alltag zu bringen, und weise keinen invalidisierenden Charakter aus (Urk. 10/52/3).

#### **E. 4.7**

Mit Bericht vom 9. September 2017 (Urk. 10/61) führte Dr. F.\_\_\_\_ bei bekannter Diagnose (vgl. vorstehend E. 4.5) aus, die Beschwerdeführerin sei hinsichtlich der angestammten Tätigkeit als Reinigungsfrau in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Diese Einschränkung datiere seit 2009, als sie nach der Geburt ihres Sohnes und Misshandlung durch ihren Ex-Ehemann eine Depression und eine Angst entwickelt habe. Die Arbeit als Reinigungsfrau über die soziale Vermittlung bei Privatkunden sollte als eine angepasste Tätigkeit betrachtet werden. Die Einschränkung betrage mindestens 60 % (Ziff. 3). Zumutbar seien Tätigkeiten ohne Stress, Lärm und Druckausübung. Geschlossene Räume ohne Fenster ertrage sie nicht. Wegen eingeschränkter Durchhaltefähigkeit benötige sie vermehrt Pausen (Ziff. 4).

Um den Leidensdruck der Beschwerdeführerin zu verstehen, müsse diagnostisch von einer komorbiden Störung ausgegangen werden. Es handle sich – entgegen der Ansicht des RAD – nicht nur um eine Panikstörung. Die Beschwerdeführerin leide zusätzlich – und näher ausgeführt – unter einer generalisierten Angststörung, einer phobischen Störung und einer Depression (Ziff. 5). Diese komplexe Störung, welche schwierig zu behandeln sei und einen invalidisierenden Charakter aufweise, zeige einen chronischen Verlauf. Um den psychischen Zustand einigermaßen stabil zu erhalten, benötige die Beschwerdeführerin kontinuierlich eine psychotherapeutische Begleitung. Anhaltspunkte für eine Verdeutlichung, Symptomausweitung oder Aggravation seien nicht beobachtet worden (Ziff. 8).

#### **E. 4.8**

RAD-Arzt med. pract. G.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E. 4.6) führte in seiner Stellungnahme vom 16. Oktober 2017 aus, anhand der neuen Berichte seien wiederholte, aber sehr kurze Vorstellungen auf dem Notfall aufgrund von Palpitationen/Angstattacken erkennbar, aber es liege keine tiefgreifende psychische Störung vor, die eine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit rechtfertige. Darüber hinaus sei keine leitliniengerechte medikamentöse Behandlung der Angstattacken respektive Anpassung der Therapie erkennbar. Die Angstattacken seien daher als relativ seltene Ereignisse vor dem Hintergrund einer suboptimalen Therapie zu werten, wobei die Prognose als günstig anzusehen sei, sodass sich kein Gesundheitsschaden ergebe (Urk. 10/66/2). 5. 5.1

Die Beschwerdegegnerin verneinte das Vorliegen eines invalidisierenden Gesundheitsschadens unter Hinweis darauf, dass die Therapieoptionen noch nicht ausgeschöpft seien. Gestützt auf die Einschätzung des RAD-Arztes med. pract. G.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E. 4.6, E. 4.8) ging die Beschwerdegegnerin von einer Arbeitsfähigkeit von 80 % in angepasster Tätigkeit aus. 5.2

Dieser Einschätzung der Beschwerdegegnerin kann nicht gefolgt werden. So genügen in Anbetracht des von der behandelnden Psychiaterin Dr. F.\_\_\_\_

detailiert dargelegten Krankheitsbildes (vgl. vorstehend E. 4.5 und E. 4.7) die sehr kurz gehaltene Aktenbeurteilungen des RAD-Arztes med. pract. G.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E. 4.6 und E. 4.8)

nicht, der medizinischen Situation der Beschwerdeführerin gerecht zu werden.

Im Rahmen der Neuanmeldung (vgl. vorstehend E. 1.3) , auf welche die Be schwerde gegnerin eingetreten ist , wurde n von den behandelnden Ärzten wieder um eine depressive Störung sowie neu eine Panik - beziehungsweise Angst störung als Diagnosen genannt (vorstehende E. 4.3 und E. 4.5) . Ohne nähere Begründung gelangte RAD-Arzt med. pract . G.\_\_\_\_

jedoch zum Ergebnis, dass die neu postulierte Panikstörung in Bezug auf einen invalidisierenden Charakter weder in ihrer Erscheinungsform noch in ihrer Frequenz nachvollziehbar sei (vgl. vorstehend E. 4.6) . In Anbetracht dieser neuen Diagnosen kann nicht aus geschlossen werden, dass sich das psychiatrische Beschwerdebild verschlechtert haben könnte. Die behandelnde Dr. F.\_\_\_\_ wies in diesem Zusammenhang auf ein Vorkommnis mit dem Sohn im April 2016 hin (vorstehende E. 4.5; vgl. dazu auch Urk. 10/51/24), welches eine umgehende und in der Folge weitere Not fallbehandlungen im Spital nach sich zog (vorstehende E. 4.2). Dies wie auch den Umstand, dass die Beschwerdeführerin seither in wöchentlicher psycho therapeutischer Behandlung steht, liess RAD Arzt med. pract . G.\_\_\_\_ unbe rücksichtigt. Seine Einschätzung, die Arbeitsfähigkeit sei gestützt auf das im Jahr 2012 eingeholte Gutachten zu beurteilen, erweist sich daher nicht als nachvollziehbar. Zudem schloss er im Widerspruch zur behandelnden Dr. F.\_\_\_\_ in Bezug auf die Panik- und Angststörung eine tiefgreifende psychische Störung aus, obwohl er die Beschwerdeführerin selbst nicht untersucht hat und als Neurologe auch nicht in der Lage ist, das psychische Leiden fachgerecht zu beurteilen. Dem RAD-Arzt kann daher nicht gefolgt werden, weshalb eine psychiatrische Begutachtung angezeigt erscheint.

Sollte sich im Rahmen der ergänzenden psychiatrischen Erhebung in psychia trischer Hinsicht eine Verschlechterung ergeben, wäre der Leistungsanspruch umfassend neu abzuklären. Unter diesen Umständen kann wohl auf eine neu rologische Begutachtung nicht verzichtet werden, um die auf einem Gendefekt gründende Verdachtsdiagnose einer Intelligenzminderung in die Beurteilung miteinzubeziehen. Die anfangs erwähnten kognitiven Einschränkungen der Beschwerdeführerin wurden fachärztlich noch nicht abgeklärt, da sich die Beschwerdegegnerin auf das frühere psychiatrische Gutachten aus dem Jahr 2012 stützte, in welchem die Gutachter die möglichen kognitiven Beeinträch tigungen als nicht spezifizierbar ausgewiesen h atten (vgl. vorstehend E. 3.3-4 ) , obwohl im Neuanmeldungsverfahren erneut ein entsprechender Verdacht geäusse rt wurde (vgl. vorstehend E. 4. 5 ).

Im Übrigen hat das Bundesgericht am 30. November 2017 seine Praxis zur Beurteilung des Anspruchs auf eine Invalidenrente bei psychischen Leid en geän dert (vgl. vorstehend E. 1.2). Die für somatoforme Schmerzstörungen ent wickelte Rechtsprechung, wonach in einem strukturierten Beweisverfahren anha nd von Indikatoren die tatsächliche Arbeits- und Leistungsfähigkeit der betroffenen Person zu ermitteln ist, findet künftig auf sämtliche psychischen Erkrankungen Anwendung. Für leichte bis mittelschwere Depressionen im Spe ziellen bedeutet dies, dass es Aufgabe der medizinischen Sachverständigen ist, nachvollziehbar aufzuzeigen, weshalb trotz lediglich mittelschwerer Depression und an sich guter Therapierbarkeit der Störung eine Leistungseinschränkung resultiert. Auf der anderen Seite kann nicht ohne strukturiertes Beweisverfahren geschlossen werden, dass eine mittelschwere Störung aus dem depressiven Form kreis in der Regel therapierbar sei und zu keiner Einschränkung der Arbeitsf ähigkeit führe (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_841/2016 und 8C\_130/2017 vom 30. November 2017 sowie Medienmitteilung des

Bundesgerichts vom 14. Dezember 2017). 5.3

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. Urteil des Bundesgerichts U 209/02 vom 10. September 2003 E. 5.2). 5.4

Damit liegt lediglich eine ausführliche Beurteilung der behandelnden Ärztin Dr. F.\_\_\_\_ vor, deren Ausführungen aber, da ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung zumindest als hausarztähnlich bezeichnet werden muss, mit einer gewissen Zurückhaltung zu würdigen sind (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/cc).

Die Einschätzung des RAD-Arztes med. pract. G.\_\_\_\_ erweist sich auch vor dem Hintergrund der geänderten Rechtsprechung in Bezug auf die ausschlaggebenden Standardindikatoren (vgl. vorstehend E. 1.2) als ungenügend,

weshalb es an verlässlichen medizinischen Grundlagen zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführer in psychiatrischer Hinsicht fehlt. Zur Beurteilung ihrer invalidenversicherungsrechtlichen Ansprüche bedarf es daher zusätzlicher medizinischer Grundlagen im Sinne eines psychiatrischen Gutachtens, gegebenenfalls unter Beizug eines neurologischen Sachverständigen, welches sich zu den offenen Fragen unter Berücksichtigung der Anforderungen gemäss den bundesgerichtlichen Urteilen vom 30. November 2017 (8C\_841/2016, 8C\_130/2017) äussert.

Die angefochtene Verfügung vom 7. November 201

## **E. 7**

(Urk. 2) ist folglich aufzuheben und die Sache zur Vornahme weiterer Abklärungen im Sinne der Erwägungen und zu erneuter Entscheidung über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. 6. 6.1

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 700.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 6.2

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57 E. 2.2), weshalb die vertretene Beschwerdeführer in Anspruch auf eine Prozessentschädigung hat. Diese ist unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses und beim massgebenden

Stundenansatz von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) auf Fr. 2'300.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzulegen. 6.3

Entsprechend erweist sich das Gesuch der Beschwerdeführerin um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege (Urk. 1 S. 2) als gegenstandslos. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 7. November 2017 aufgehoben und die Sache an diese zurückgewiesen wird, damit sie nach Durchführung der erforderlichen Abklärungen im Sinne der Erwägungen neu über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2'300.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Urs P. Keller - 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 Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat ( Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Der Gerichtsschreiber Mosimann Brühwiler

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