

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00115 vom 8. September 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-09-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00115

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00115 du 8 septembre 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00115 del 8 settembre 2020

Erwägungen

E. 1.1

X.____, geboren 1959 und tätig in der Reinigung in einem 25%-Pensum, meldete sich erstmals am 24. November 2008 (Eingangsdatum) unter Hinweis auf Kopfschmerzen sowie Probleme mit dem Rücken, den Beinen, der Lunge sowie den Nerven bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 8/1). Die IV-Stelle tätigte erwerbliche und medizinische Abklärungen und holte das neurologisch-rheumatologische Gutachten des Z.____ vom 31. Dezember 2009 (Urk. 8/19) sowie das psychiatrische Gutachten von Dr. med. A.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 15. Juli 2010 ein (Urk. 8/28). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Vorbescheid vom 23. September 2010, Urk. 8/31; Einwand vom 25. Oktober 2010, Urk. 8/32; ergänzende Einwandbegründungen vom 29. November 2010 und 16. Juni 2011, Urk. 8/37 und Urk. 8/41) wies die IV-Stelle den Anspruch auf eine Invalidenrente mit Verfügung vom 16. Dezember 2011 ab (Urk. 8/47). Nachdem die Versicherte hiergegen am 30. Januar 2012 Beschwerde bei der IV-Stelle erhoben hatte (weitergeleitet durch die IV-Stelle ans hiesige Gericht am 9. Februar 2012, Urk. 8/49 und Urk. 8/50), hob die IV-Stelle die angefochtene Verfügung wieder erwägungsweise auf (Urk. 8/54), womit das entsprechende Verfahren IV.2012.00189 mit Verfügung vom 19. März 2012 als gegenstandslos abgeschrieben wurde (Urk. 8/56).

Die IV-Stelle tätigte in der Folge eine Haushaltsabklärung (Urk. 8/58) und stellte mit Vorbescheid vom 7. Mai 2012 die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (Urk. 8/62). Nachdem die Versicherte hiergegen erneut Einwand erhoben hatte (Urk. 8/64), verneinte die IV-Stelle am 27. August 2012 einen Anspruch auf eine Invalidenrente (Urk. 8/71).

E. 1.2

Am 9. November 2016 (Eingangsdatum) meldete sich die Versicherte unter Hinweis auf Depressionen sowie Probleme mit den Knien, den Händen und dem Rücken erneut bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug an (Urk. 8/76). Die IV-Stelle tätigte erwerbliche und medizinische Abklärungen. Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Vorbescheid vom 23. März 2017, Urk. 8/89; Einwand vom 15. Juni 2017, Urk. 8/98) wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 2. November 2017 ab (Urk. 8/112).

E. 1.3

Die Versicherte meldete sich am 21. September 2018 (Eingangsdatum) erneut bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug an (Urk. 8/119). Die IV-Stelle tätigte erwerbliche und medizinische Abklärungen und teilte am 29. März 2019 mit, dass keine Eingliederungsmassnahmen möglich seien (Urk. 8/131). Nach durchgeführtem

Vorbescheidverfahren (Vorbescheid vom 19. November 2019, Urk. 8/147; Einwand vom 23. Dezember 2019, Urk. 8/148) verfügte die IV-Stelle am 15. Januar 2020 die Abweisung des Leistungsbegehrens (Urk. 2).

E. 2

Hiergegen erhob die Versicherte am 11. Februar 2020 Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei eine Begutachtung vorzunehmen und über die Qualifikation der Beschwerdeführerin zu entscheiden. In prozessualer Hinsicht ersuchte sie um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung (Urk. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 17. März 2017 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 2).

E. 2.1.1

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.

Ergibt die Prüfung durch die Verwaltung, dass die Vorbringen der versicherten Person nicht glaubhaft sind, so erledigt sie das Gesuch ohne weitere Abklärungen durch Nichteintreten. Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (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. 2.1.2

Ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG ist unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität (vgl. Art. 28a des Bundesgesetzes

über die Invalidenversicherung, IVG) zur Anwendung gelangt (BGE 144 I 21 E. 2.2). Die in einem bestimmten Zeitpunkt massgebende Methode der Invaliditätsbemessung präjudiziert die künftige Rechtsstellung der versicherten Person somit grundsätzlich nicht (vgl. BGE 117 V 198 E. 3b, 113 V 273 E. 1a, 104 V 148; vgl. Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, Rn 27 f. zu Art. 30–31).

E. 2.2

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 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. 2.3

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte kommt nach der Rechtsprechung Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 134 V 231 E. 5.1 mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3b/ee). Trotz dieser grundsätzlichen Beweiseignung kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger veranlassten Gutachten unabhängiger Sachverständiger. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1; 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4 und E.

4.7).

E. 2.4

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. Urteil des Bundesgerichts U 209/02 vom 10. September 2003 E. 5.2). 3.

Die aktuelle medizinische Aktenlage stellt sich folgendermassen dar: 3.1

Die Ärzte der Klinik für Rheumatologie des Stadtspitals B.____ (folgend: Rheumatologie B.____) notierten in ihrem Bericht über die ambulante rheumatologische Untersuchung vom 30. November und 14. Dezember 2017 folgende Diagnosen (Urk. 8/118/9): - Periarthropathia

humeroscapularis rechts mit/bei - MR-Arthrographie Schulter rechts am 4.12.2017: Komplette Ruptur der Supraspinatussehne mit Übergreifen auf die Infraspinatussehne, starker Sehnenretraktion und mässiggradiger Muskelatrophie. Kleine Teilruptur am Oberrand der Subscapularissehne. - Mässiggradige hypertrophe AC-Gelenksarthrose - Status nach US-gesteuerter Injektion von 40 mg Kenacort und 5 ml Lidocain in die Bursa subdeltoidea rechts 01/2017, subjektiv Verschlechterung - Arterielle Hypertonie

Sie stelle sich erneut vor bei persistierenden Schulterschmerzen, welche seit August 2017 aggraviert seien. Es liege eine komplette Ruptur der Supraspinatus - mit Übergreifen auf die Infraspinatussehne vor. Die chronischen Schulterbeschwerden rechts manifestierten sich als Impingement -Symptomatik. Daher hätten sie Physiotherapie zur Kräftigung der rechten Schulter verordnet. Eine Stosswellentherapie mache wenig Sinn, da keine Tendinopathie das Beschwerdebild verursache. Eine orthopädische Vorstellung wäre früher angebracht gewesen, was sie ihr nun angeboten hätten, sie jedoch nicht wünsche. Verlaufskontrollen seien nicht geplant. 3.2

Dr. med. C.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, stellte in seinem Bericht vom 21. März 2018 folgende (gekürzt wiedergegebene) Diagnosen: - Ausgedehnte Rotatorenmanschettenruptur rechts - Symptomatisch AC-Gelenksarthrose - Status nach subacromialer Infiltration Januar 2017 ohne Erfolg - Arterielle Hypertonie

Wie bereits zuvor festgestellt, liege eine grosse, chronische Rotatorenmanschettenruptur rechts vor, welche vor allem schmerzbedingt stark störend sei. Die Funktion sei zwar auch eingeschränkt, daran störe sich die Beschwerdeführerin aber deutlich weniger. Als Therapie kämen drei Optionen in Betracht: Eine gleno humerale Kortison-Infiltration, die arthroskopische Rotatorenrefixierung oder die inverse Schulterprothese. Die Beschwerdeführerin habe sich für die Infiltration entschieden. Je nach Erfolg werde das weitere Prozedere angepasst (Urk. 8/118/2 ff.). 3.3

Am 30. August 2018 erfolgte eine ambulante Behandlung im B.____. Die Beschwerdeführerin sei drei Tage zuvor in Mazedonien drei Treppenstufen hinabgestürzt und habe sich dabei die linke Schulter angeschlagen. Eine Erstversorgung sei vor Ort erfolgt, wo bei einer Oberarmfraktur eine Ruhigstellung erfolgt sei. Zudem habe sie bei diesem Sturz eine Luxation des Daumenendglieds rechts erlitten, welcher vor Ort reponiert worden sei. Sie wohne mit ihrem Sohn zusammen und mache wenig im Haushalt. Vor wenigen Wochen sei eine Knie- Total-Prothese (Knie-TP) links eingesetzt worden. Es sei eine Ruhigstellung im Orthogilet erfolgt und eine klinische und radiologische Verlaufskontrolle am 3. September 2018 geplant worden (Urk. 118/7). 3.4

Im von der Beschwerdegegnerin eingeholten Bericht vom 10. Oktober 2018 konstatierte Dr. C.____, dass das belastete Anheben des rechten Armes auch nach der Infiltration nicht möglich sei, da die Kraft fehle. Damit seien alle Überkopf-Arbeiten nicht möglich. Eine dem Leiden angepasste Tätigkeit wäre 4 Stunden täglich zumutbar. Die Beschwerdeführerin sei seit der Infiltration im März 2018 nicht mehr in der Sprechstunde erschienen, er gehe davon aus, dass die Schmerzen unter Kontrolle seien. Dies ändere aber an der Arbeitsfähigkeit nichts, da dem Muskel die Kraft fehle. Er denke nicht, dass eine Wiedereingliederung möglich sei (Urk. 8/122). 3.5

Dr. med. D.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, notierte in seinem von der Beschwerdegegnerin eingeholten Bericht vom 29. Dezember 2018, dass als neue Diagnosen eine Humerusfraktur links vom 30. August 2018 sowie ein Verdacht auf TEP-Lockerung linkes Kniegelenk seit Dezember 2018 vorliege. Es liege keine verwertbare Arbeitsfähigkeit vor und es sei künftig von einer Verschlechterung auszugehen. Es lägen eine schwer eingeschränkte Schulterbeweglichkeit rechts und zunehmende Kniebeschwerden links vor (Urk. 8/125). 3.6

Anlässlich der Verlaufskontrolle im B.____ vom 9. Januar 2019 bezüglich der proximalen Humerusfraktur wurde festgehalten, dass ein komplikationsloser Verlauf vorliege. Bei der

heutigen klinischen Abschlusskontrolle habe sich die Beschwerdeführerin mit deutlich regredienter Beschwerdesymptomatik gezeigt. Die ambulante Nachbehandlung könne beendet werden. Die Physiotherapie soll zweimal wöchentlich fortgeführt werden mit einer klinischen Verlaufskontrolle beim Hausarzt in 4-6 Wochen (Urk. 8/128/9). 3.7

Im von der Beschwerdegegnerin eingeholten Bericht vom 13. März 2019 (Eingangsdatum) der Ärzte der Klinik E.____ konstatierten diese, dass am 11. März 2019 nach fünf Jahren wieder eine Kontrolle durchgeführt worden sei. Die Beschwerdeführerin klagt über neu aufgetretene Schmerzen, welche ohne morphologisches Korrelat im linken Knie seien. In einer dem Leiden angepassten Tätigkeit sei eine Arbeitstätigkeit von 5-7 Stunden täglich zumutbar. Stehen über eine Stunde am Stück sei schlecht. In einer sitzenden/stehenden Tätigkeit ohne Gewichtsbelastung sei die Prognose zur Arbeitsfähigkeit günstig. Als weiteres Vorgehen werde Physiotherapie verordnet (Urk. 8/130).

Am 25. März 2019 teilte die Klinik E.____ der Beschwerdeführerin mit, dass in der Röntgenaufnahme vom 11. März 2019 keine Lockerung der Prothese ersichtlich sei. Bestenfalls zeige sich etwas Belastung der Kniescheibe. Er empfehle zunächst Physiotherapie und Aufnahme eines Eigenstrainings, eine Verordnung sei bereits verschickt worden. Erst bei Persistenz über drei Monate sollte weitere Diagnostik ins Auge gefasst werden (Urk. 8/142/4). 3.8

In dem von der Beschwerdegegnerin eingeholten Bericht vom 27. Juni 2019 hielt Dr. D.____ an den Ausführungen des Berichtes vom Dezember 2018 fest und konstatierte, dass auch mit guter Motivation keine Arbeitsfähigkeit realisierbar sei (Urk. 8/134). 3.9

Dr. med. F.____, Facharzt für Chirurgie des Regionalen Ärztlichen Dienstes, nahm am 12. November 2019 Stellung. Er hielt folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit fest (Urk. 8/146/6 f.): - Chronisches Lumbovertebralsyndrom mit - Anterolisthesis L5/S1 von E mm - Bandscheibenherniation mit Tangierung der Nervenwurzel beidseits seit 2010 - Varusgonarthrose beidseits mit Totalendoprothese links (26.08.2014) - Zunehmende Schulterversteifung rechts (seit 2016)

Als Diagnosen ohne dauerhafte Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit notierte er folgendes: - Zustand nach Carpal-tunnelsyndrom beidseits - Hypertonie - Adipositas - Zustand nach Humerusfraktur links (30.08.2018)

Es liege eine leistungseinschränkende Schultersteife und Schulterschmerzen, Kniegelenksschmerzen rechts sowie lumbale Rückenschmerzen vor. Es bestehe für eine leichte (angepasste) Tätigkeit in Wechselbelastung ohne Heben, Tragen und Transportieren von Lasten über 5 kg, ohne Verharren in Zwangshaltungen eine volle Arbeitsfähigkeit. Versicherungsmedizinisch beurteilt liege keine dauerhafte Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit der letzten Stellungnahme des RAD vom 17. März 2017 vor. 3.10

Im Bericht vom 23. Dezember 2019 nimmt Dr. D.____ Stellung zum ablehnenden Vorbescheid und führt aus, dass es seit 2017 ganz eindeutig zu einer Verschlechterung gekommen sei mit zunehmender invalidisierender Gangstörung und Gebrauch einer Gehhilfe auf Grund der fortschreitenden Gonarthrose rechts und der Kniebeschwerden links bei TEP. Die schmerzhafteste Schultersteife rechts und das chronisch lumbale spondylogene Syndrom behinderten sie zunehmend auch in der Haushaltsführung. All dies werde seitens der Beschwerdegegnerin ignoriert, eine Abklärung sei nicht erfolgt. Die gesundheitlichen

Einschränkungen seien derart offensichtlich, dass kein Arbeitgeber sie einstellen könne und werde. Es sei keine verwertbare Arbeitsfähigkeit mehr gegeben oder zukünftig zu erwarten (Urk. 8/148). 4.

4.1

4.1.1

Dr. C.____ konstatierte in seinem Bericht, dass das belastete Anheben des rechten Armes auch nach der Infiltration nicht möglich sei, da die Kraft fehle. Damit seien alle Überkopf-Arbeiten nicht möglich. Eine dem Leiden angepasste Tätigkeit wäre 4 Stunden täglich zumutbar. Auch wenn die Schmerzen unter Kontrolle seien, so fehle die Kraft im Muskel, so dass dies nichts an der Arbeitsfähigkeit ändere (E. 3.4; Urk. 8/122).

Aus diesem Bericht wird nicht klar, ob die Einschränkung der Beschwerdeführerin lediglich durch muskuläre Dekondition oder aufgrund der Rotatorenmanschettenruptur bedingt ist. Eine nur muskuläre Dekondition

ist bei der Beurteilung der Invalidität, welche definitionsgemäss auf Dauer beruht (Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit; Art. 8 ATSG), ausser Acht zu lassen, da sie mit einer zumutbaren Willensanstrengung in kurzer Zeit verbessert werden kann. Entsprechend kann nicht auf die Berichte von Dr. C.____ abgestellt werden (vgl. E. 3.4 und E. 3.2). 4.1.2

Die Ärzte des B.____ äusserten sich zu keinem Zeitpunkt zu allfälligen funktionellen Einschränkungen - sei es in Bezug auf die Rotatorenmanschettenruptur

rechts oder in Bezug auf die Humerusfraktur

links vom August 2018 (vgl. E. 3.1, E. 3.3, E. 3.6). 4.1.3

Die Ärzte der Klinik E.____

konstatierten in ihrem Bericht vom 13. März 2019 (Eingangsdatum) zwar, dass der Beschwerdeführerin eine angepasste Tätigkeit während 5-7 Stunden zumutbar und Stehen über eine Stunde am Stück schlecht sei - warum allerdings auch eine angepasste Tätigkeit nur 5-7 Stunden zumutbar sei, geht aus dem Bericht nicht hervor. In den weiteren Berichten der Klinik E.____ wird keine Stellung genommen zur Arbeitsfähigkeit oder den funktionellen Einschränkungen, womit diese keine hinreichende Grundlage zur Beurteilung des Gesundheitszustandes darstellen (vgl. E. 3.8). 4.1.4

Dr. D.____ attestiert der Beschwerdeführerin eine durchgehende volle Arbeitsunfähigkeit, konstatierte in seinem Bericht vom 29. Dezember 2018 allerdings gleichzeitig, dass leichte Arbeiten im Haushalt ohne Belastung der rechten Schulter und der Kniegelenke möglich seien. Sie könne allerdings kaum etwas tragen, nicht staubsaugen, keine Pfannen heben und keinen Wäschekorb tragen (Urk. 8/125/5). Diese Einschätzung wiederholte er in seinen weiteren Berichten jeweils (Urk. 8/134; Urk. 8/144-145; Urk. 8/148). Die attestierte Arbeitsunfähigkeit ist aufgrund der von ihm angeführten Befunde (Gehstörung, bei Gonarthrose und Kniebeschwerden, schmerzhafte Schultersteife rechts und chronisch lumbales syndylogenes Syndrom, vgl. Urk. 8/148) insbesondere in quantitativer Hinsicht nicht nachvollziehbar, da eine Begünstigung unterbleibt, warum ihr eine somatisch angepasste Tätigkeit zumindest in einem allenfalls reduzierten Pensum nicht zumutbar sein soll .

4.1.5

Dr. F.____ des RAD konstatierte nach dem Aktenstudium, dass eine leichte (angepasste) Tätigkeit in Wechselbelastung ohne Heben, Tragen und Transportieren von Lasten über 5 kg, ohne Verharren in Zwangshaltungen, vollumfänglich zumutbar sei. Es lägen eine leistungseinschränkende Schultersteife und Schulterschmerzen vor, ebenso Kniegelenksschmerzen rechts und lumbale Rückenschmerzen (E. 3.9; Urk. 8/146).

Dr. F.____ nahm allerdings keine Stellung zu den insbesondere in zeitlicher Hinsicht abweichenden Beurteilungen der Arbeitsfähigkeit der behandelnden Ärzte und hielt ohne weitere Begründung fest, dass keine dauerhafte Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit der letzten Stellungnahme des RAD vom 17. März 2017 vorliege. Aufgrund der vorliegenden Facharztberichte, insbesondere der Einschätzungen der Ärzte der Klinik E.____ sowie Dr. C.____, bestehen allerdings Hinweise darauf, dass die Beschwerdeführerin seit November 2017 vermehrt nicht nur qualitativ sondern auch quantitativ in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sein könnte.

Damit bestehen geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Einschätzung von Dr. F.____. 4.1.6

Entsprechend fehlt es an einer genügenden aktuellen medizinischen Aktenlage zur Beurteilung des Leistungsanspruches (vgl. E. 2.4). 4.2

Die Beschwerdeführerin brachte darüber hinaus vor, dass sie bei der Erstanmeldung als zu 29 % erwerbstätig und zu 71 % im Haushalt tätig qualifiziert worden sei. Zu diesem Zeitpunkt habe ihr Mann noch eine ganze Invalidenrente bezogen. Mittlerweile sei diese zuerst halbiert und danach ganz aufgehoben worden, so dass sich die Familie zum Bezug von wirtschaftlicher Sozialhilfe bei der Stadt Zürich anmelden müssen. Entsprechend sei davon auszugehen, dass sie im Gesundheitsfalle ihr Pensum erhöht hätte.

Damit bestehen Anhaltspunkte dafür, dass die Beschwerdeführerin allenfalls ein höheres Arbeitspensum angestrebt hätte. Da eine Statusänderung ebenfalls einen Revisionsgrund darstellt - hätte die IV-Stelle auch diesbezüglich noch weitere Abklärungen treffen müssen. 4.3

Damit bleibt zusammenfassend festzuhalten, dass der Gesundheitszustand bzw. die funktionellen Einschränkungen aufgrund der vorliegenden Aktenlage nicht abschliessend beurteilt werden können. Hinzu kommt, dass auch Hinweise vorliegen, dass die Beschwerdeführerin allenfalls ihr Pensum erhöht hätte, so dass auch diesbezüglich Fragen offen bleiben. Die Sache ist demnach an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (E. 2.4), damit sie den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin in geeigneter Form abklärt und den Hinweisen zur Statusänderung nachgeht. Hernach hat die Beschwerdegegnerin neu über einen allfälligen Leistungsanspruch zu entscheiden. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen. 5.

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. 800.-- anzusetzen. Ausgangsgemäss sind sie der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

Das Gesuch um unentgeltliche Prozessführung vom 11. Februar 2020 (Urk. 1) erweist sich damit als gegenstandslos. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 15. Januar 2020 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. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

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

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

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

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

E. 7

unter Beilage ihrer Akten, Urk. 8/1-159), worüber die Beschwerdeführerin am 23. März 2020 in Kenntnis gesetzt wurde (Urk. 9). 3.

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

Die Beschwerdegegnerin hielt in der angefochtenen Verfügung dafür, dass im Rahmen des neuen Gesuchs keine wesentlichen Veränderungen der beruflichen oder medizinischen Situation hätten festgestellt werden können. Veränderte Befunde mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit lägen keine vor. Der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) gehe nicht von einer höheren Arbeitsunfähigkeit im Vergleich zum Jahr 2017 aus. Es bestehe weiterhin eine volle Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit (Urk. 2).

Die Beschwerdeführerin brachte demgegenüber im Wesentlichen vor, dass bereits die RAD-Einschätzung im Jahr 2016 nicht nachvollziehbar gewesen sei und aktuell ebenfalls klar dokumentierte Veränderungen und zusätzliche Diagnosen vorlägen, welche zu weiteren Abklärungen hätten führen müssen. Hinzu komme, dass sie im Rahmen der ersten Anmeldung zu 29 % erwerbstätig und 71 % tätig im Haushalt qualifiziert worden sei. Seit die Invalidenrente des Ehemannes zuerst halbiert und dann aufgehoben worden sei, beziehe die Familie Sozialhilfe, da der Ehemann aus gesundheitlichen Gründen arbeitsunfähig sei. Entsprechend hätte sie im Gesundheitsfall ihr Pensum auf 100 %

erhöht (Urk. 1). 2.

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