

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00413 vom 9. April 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-04-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00413

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00413 du 9 avril 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00413 del 9 aprile 2018

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

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (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. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind.

E. 1.3

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so ist gemäss Art. 87 Abs. 3 und 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat.

E. 1.4

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanschuldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 IVV), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 ATSG eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist (BGE 117 V 198 E. 3a mit Hinweis).

E. 1.5

Ändert sich der Invaliditätsgrad 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 seit Zusprennung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar.

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

E. 1.6

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und zur prozessualen Revision (BGE 133 V 108 E. 5.4).

E. 1.7

Beruht die ursprüngliche rentenzusprechende oder rentenabweisende Verfügung auf einer nicht nachvollziehbaren Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, so ist auch nicht feststellbar, ob sich seither die Arbeitsfähigkeit und der Invaliditätsgrad verändert haben. Es stellt sich die Frage, welche rechtlichen Auswirkungen die festgestellte Mangelhaftigkeit der ursprünglichen Verfügung auf das Revisionsverfahren hat. Das Gericht kann bei festgestellter zweifelloser Unrichtigkeit der ursprünglichen Rentenverfügung (Art. 53 Abs. 2 ATSG) eine auf Art. 17 ATSG gestützte Revisionsverfügung mit dieser substituierten Begründung schützen.

Zwar ist diese Rechtsprechung in erster Linie für Fälle gedacht, in denen sich die Unrichtigkeit der ursprünglichen Verfügung zu Ungunsten des Versicherten (Herabsetzung oder Aufhebung der Rente) auswirkt. Wenn aber infolge Mangelhaftigkeit der ursprünglichen Rentenverfügung erst gar nicht überprüft werden kann, ob sich seither der Invaliditätsgrad erheblich verändert hat, muss es in analoger Anwendung der genannten Rechtsprechung auch möglich sein, die Rentenverfügung zu Gunsten eines Versicherten abzuändern, selbst wenn die Revisionsvoraussetzungen nicht nachzuweisen sind. Hierin liegt keine gerichtliche Verpflichtung der Verwaltung, ihre Verfügung in Wiedererwägung zu ziehen, was rechtsprechungsgemäss unzulässig wäre (vgl. BGE 133 V 50 E. 4.2.1). Vielmehr wird damit lediglich der fehlenden Nachvollziehbarkeit der ursprünglichen Rentenzusprechung Rechnung getragen. Diesen Umstand hat nicht die versicherte Person zu vertreten, ansonsten ihr Anspruch auf revisionsrechtliche (Art. 17 ATSG) Rentenerhöhung dann beeinträchtigt oder gar vereitelt würde, wenn eine gerichtliche Beurteilung, ob die Revisionsvoraussetzungen tatsächlich eingetreten sind, infolge der Mängel des früheren Verwaltungsaktes von vornherein nicht möglich ist.

Kann mangels nachvollziehbarer Arbeitsfähigkeitsbeurteilung zum Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzusprache kein Vergleich mit der beruflichen Leistungsfähigkeit zum Zeitpunkt des Revisionsentscheides gezogen werden, ist darauf abzustellen, wie sich die Arbeitsfähigkeit in diesem Zeitpunkt präsentierte (vgl. zum Ganzen Urteil des

Bundesgerichts 9C_602/2007 vom 11. April 2008 E. 5.1-2). Gleiches muss gelten, wenn mit der ursprünglichen Verfügung keine Rente zu gesprochen, sondern ein entsprechender Anspruch – wie vorliegend – verneint wurde.

E. 1.8

Zur Annahme einer Invalidität aus psychischen Gründen bedarf es in jedem Fall eines medizinischen Substrats, das (fach-)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt. Bestimmen psychische oder soziokulturelle Faktoren das Krankheitsgeschehen mit, dürfen die Beeinträchtigungen nicht einzig von den belastenden invaliditätsfremden Faktoren herrühren, sondern das Beschwerdebild hat davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen. Solche von der soziokulturellen oder psychosozialen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne selbstständige psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann (BGE 141 V 281 E. 4.3.3; 127 V 294 E. 5a; Urteil des Bundesgerichts 9C_543/2018 vom 21. November 2018 E. 2.2).

E. 1.9

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 und 7, Änderung der Rechtsprechung; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere Depressionen).

Das für somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden entwickelte strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C_590/2017 vom 15. Februar 2018 E. 5.1).

E. 1.10

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).

E. 1.11

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 entscheidende Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts U 209/02 vom 10. September 2003 E. 5.2).

E. 2

Die Versicherte erhob am 22. Juni 2020 Beschwerde gegen die Verfügung vom 5. Juni 2020 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufgehoben und es sei ihr eine ganze Rente zuzusprechen, eventuell sei der Fall zwecks weiterer Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (Urk. 1 S. 1).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 3. August 2020 (Urk. 9) die Abweisung der Beschwerde.

Mit Gerichtsverfügung vom 7. August 2020 wurden antragsgemäss (vgl. Urk. 1 S. 1) die unentgeltliche Prozessführung bewilligt, der Beschwerdeführerin die Beschwerdeantwort zugestellt und ihr Gelegenheit zur Replik eingeräumt (Urk. 11). Sie liess sich indes nicht mehr vernehmen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, es sei gemäss den vorliegenden Unterlagen keine Diagnose vorhanden, die sich längerfristig auf die Arbeitsfähigkeit auswirke. Die depressive Diagnose werde widersprüchlich beschrieben. Die Versicherte habe ihre psychische Verfassung während des stationären Aufenthalts im Sanatorium Y.____ verbessern können. Aus diesem Grund bestehe kein Anspruch auf eine Invalidenrente (S. 1).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), Dr. Z.____ vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) habe das Gesuch nur oberflächlich geprüft und habe in seiner Stellungnahme vom Februar 2018 fälschlicherweise festgehalten, dass die rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode, keine rentenrelevante Erkrankung sei. Die Beschwerdegegnerin habe den Fall sicher nicht rechtsgenügend abgeklärt. Dr. Z.____ sei als Facharzt für Chirurgie zudem nicht kompetent, den Bericht der psychiatrischen Klinik Y.____ zu beurteilen. Im betreffenden stationären Aufenthalt vom 19. Oktober bis 15. Dezember 2018 sei von den hierzu kompetenten Ärzten eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode, festgestellt worden (S. 2). Die vermutete Verbesserung ihres Gesundheitszustands habe sich nicht bewahrheitet. Die nachbehandelnden Psychosomatiker des Zentrums A.____ hätten im Bericht vom 5. November 2019 festgestellt, dass sie an einer rezidivierenden depressiven Störung, schwergradig, und an sieben anderen zum Teil schwerwiegenden Diagnosen leide und nicht arbeitsfähig sei. Zudem sei sie gemäss den Ärzten des A.____ unfähig, den Alltag zu bewältigen, sich am Haushalt zu beteiligen und für ihre eigene Hygiene zu sorgen (S. 3). Nachdem auch Dr. B.____ im Bericht vom 8. April 2020 eine Arbeitsunfähigkeit bestätigt habe, hätte die Beschwerdegegnerin mindestens die medizinischen Abklärungen durchführen müssen (S. 3).

E. 2.3

In der Beschwerdeantwort (Urk. 9) verwies die Beschwerdegegnerin zur Begründung der angefochtenen Verfügung im Wesentlichen auf die Stellungnahme des RAD vom 30. Dezember 2019 (S. 2 Ziff. 5; vgl. nachstehend E. 4.5). Dem Vorbringen der Beschwerdeführerin, wonach sie nicht in der Lage sei, für ihre eigene Hygiene zu sorgen

(vgl. vorstehend E. 2.2), widerspreche unter anderem der Arztbericht des A.____ vom 16. September 2019, wo die Beschwerdeführerin als äusserlich gepflegt und altersentsprechend beschrieben werde. Auch die Tatsache, dass sie regelmässig ihren zweijährigen Enkel hüte, spreche gegen eine Unfähigkeit, den Alltag zu bewältigen oder sich am Haushalt zu beteiligen (S. 2 Ziff. 6). Vorliegend sei keine Verschlechterung des Gesundheitszustands ausgewiesen, welche Einschränkungen bewirken würde. Vielmehr werde ein gleichbleibender Gesundheitsschaden mit den identischen Diagnosen, Symptomen und Befunden seit dem Jahre 2007 beschrieben (S. 3 Ziff. 7).

E. 2.4

Zu prüfen ist zunächst, ob die leistungsabweisende Verfügung vom 9. April 2018 (Urk. 10/20) auf einer nachvollziehbaren Arbeitsfähigkeitsbeurteilung beruhe und somit ein Vergleich mit der beruflichen Leistungsfähigkeit im Zeitpunkt des Neuanmeldungsentscheides gezogen werden kann (vgl. vorstehend E. 1.7). Gegebenenfalls ist weiter die strittige Frage zu beantworten, ob ein Revisionsgrund im Sinne einer relevanten Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit dem 9. April 2018 vorliegt. So oder anders ist schliesslich zu prüfen, ob

der medizinische Sachverhalt seitens der Beschwerdegegnerin genügend abgeklärt wurde.

3. 3.1

Der Verfügung vom 9. April 2018 (Urk. 10/20) lagen folgende Berichte zugrunde: 3.2

Die Ärzte des Instituts C.____ führten im Bericht vom 10. März 2017 (Urk. 10/29/33-34) zur Magnetresonanztomographie (MRI) Ganzwirbelsäule/Iliosakralgelenk (ISG) aus, an der Halswirbelsäule (HWS) zeige sich eine degenerative ossäre neuroforaminale Stenose zwischen dem 5. und dem 6. Halswirbel (C5/6) rechts, an der Brustwirbelsäule (BWS) eine deformierende Intervertebralgelenksarthrose zwischen dem 10. und 11. Brustwirbel (Th10/11) rechts mit im Übrigen nur leichten degenerativen Veränderungen der thorakalen Wirbelsäule und an der Lendenwirbelsäule (LWS) eine deformierende Spondylarthrose zwischen dem 4. und 5. Lendenwirbel (L4/5) rechts mit einer leichten multisegmentalen Spondylarthrose der übrigen LWS. In der Wirbelsäule und im Iliosakralgelenk (ISG) habe sich keine entzündliche Aktivität gezeigt (S. 2).

E. 3

Dr. med. D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und der klinische Psychologe Dr. E.____, A.____, nannten im Bericht vom 17. März 2017 (Urk. 10/7/13-15) folgende Diagnosen (S. 1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2) - Adipositas per magna (E.66.0, Body Mass Index [BMI] = 35) - zervikozephalales Syndrom - thorakovertebrales Syndrom - lumbovertebrales Syndrom

Die Patientin beklage, seit dem Tod der Mutter 2005 unter zunehmenden Depressionen zu leiden. Bei Telefonaten habe sie Angst vor schlechten Neuigkeiten, es gebe ständiges Weinen, Müdigkeit, Rückzug, Antriebslosigkeit, Gedanken kreisen, Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit, Schlafstörungen (Durchschlaf 2-3 Stunden) und Appetitzunahme (89 kg bei 158 cm). Der Alltag sei nicht mehr zu bewältigen, der Ehemann und die Schwester würden helfen. Es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit 2007 (S. 1). Die Beschwerden hingen aus Sicht der Patientin mit dem Tod der Mutter 2007 zusammen. Bisher hätten weder stationäre noch ambulante Behandlungen stattgefunden.

Im Jahr 1979 sei der Umzug von der Türkei in die Schweiz erfolgt, wo sie eine Arbeit in der Produktion aufgenommen habe. 1982 habe sie geheiratet und von 1984-1997 fünf Kinder geboren. Die eheliche Beziehung sei gut, das Ehepaar wohne mit 2 Töchtern in einer Wohnung (S. 2 Mitte). Die Rehabilitationsprognose sei gut (S. 3 oben).

E. 4

Dr. med. F.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Facharzt für Rheumatologie, nannte im Bericht vom 2. Mai 2017 (Urk. 10/7/10-12 = Urk. 10/29/26-28 = Urk. 10/43/22+24-25) folgende, hier verkürzt wiedergegebene Diagnosen (S. 1 f.): - undifferenzierte Kollagenose - chronisches zervikales - und lumbospondylogenes Schmerzsyndrom - chronische Parästhesien und Handschwäche der Hände - Adipositas

Es bestehe ein Dauerschmerz, auch in der Nacht. Sie müsse in der Nacht aufstehen und sich bewegen (S. 2 oben). Es liege eine schmerzbedingte Schlafstörung vor. Das Gewicht sei konstant. Die Grösse der Patientin betrage 147 cm, das Gewicht 88.5 kg (S. 2 Mitte). Es sei eine ambulante problemorientierte Physiotherapie eingeleitet und ein schmerzdistanzierendes Antidepressivum beziehungsweise Fluoxetin eingesetzt worden (S. 3 Ad 2). 3.

E. 4.1

Vom 19. Oktober 2018 bis 15. Dezember 2018 befand sich die Beschwerdeführerin in stationär-psychiatrischer Behandlung im Sanatorium Y.____. Deren Ärzte nannten im Bericht vom 3. Januar 2019 (Urk. 10/27 = Urk. 10/29/19-21 = Urk. 10/43/16-18 = Urk. 3/5) als Fachdiagnose (S. 1) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (F33.2).

Die Beschwerdeführerin berichte mit Hilfe von übersetzenden Angehörigen, dass es ihr nun seit über 13 Jahren schlecht gehe. Im Jahr 2005 sei ihre Mutter verstorben. Sie klage über Antriebslosigkeit, Freudlosigkeit, Gedankenkreisen und ständiges Weinen. Sie fühle sich traurig und sei schnell verängstigt. Seit ihr Vater im Jahre 2012 gestorben sei, habe sie nun Angst um ihre Kinder und Grosskinder (S. 1 unten). Eine Alltagsfunktionalität bestehe nicht: Sie sei Analphabetin und getraue sich nicht alleine aus dem Haus. Es müsse allzeit jemand bei ihr sein. Sie könne nicht mehr länger kochen für die Familie, sie habe weder Kolleginnen noch Hobbys. Nur das Hüten des zweijährigen Enkelkinds bereite ihr Freude (S. 2 oben).

Aufgrund der Sprachbarriere sei es der Beschwerdeführerin nicht möglich gewesen, am gesamten Therapieangebot teilzunehmen. Man habe sie als sehr motivierte und dankbare Patientin erlebt, welche eigenen Angaben zufolge wieder mehr Aufgaben im Haushalt wahrnehmen können. Es habe eine deutliche Stimmungsaufhellung beobachtet werden können.

Insbesondere sei sie über die Teufelskreise Schmerzvermeidung/Schonung mit Funktionsverlust und Inaktivität mit Depression aufgeklärt und ermuntert worden, vermehrt wieder Aktivitäten, insbesondere körperlicher Art, aufzunehmen. Wiederholt habe sie tiefe Trauer über ihren Verlauf in den letzten Jahren geäußert, es sei ihr von einem türkischen Arzt geraten worden, sich möglichst wenig zu bewegen. In einem Familiengespräch seien die Angehörigen informiert worden, dass die Beschwerdeführerin im Alltag unbedingt wieder gefordert und gefördert werden sollte (S. 2 Mitte).

Laborchemisch seien erhöhte Blutzuckerwerte und ein erhöhtes HbA1c aufgefallen, weshalb neu die Diagnose eines Diabetes mellitus gestellt worden sei. Die Medikation bei Austritt habe unter anderem Saroten 50mg/Tag umfasst (S. 2 Mitte).

E. 4.2

Die Ärzte des A.____

nannten im Bericht vom 16. September 2019 zur interdisziplinären Schmerzbehandlung (Urk. 10/22/5-13 = Urk. 10/29/7-16 = Urk. 10/43/3-11 = Urk. 3/2) folgende, hier verkürzt wiedergegebenen Diagnosen (S. 1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Syndrome (ICD-10 F33.2; siehe auch Sanatorium Y.____, 3. Januar 2019) - Adipositas per magna (E66.0, BMI = 38.4) - zervikozephalales Syndrom - thorakovertebrales Syndrom - lumbovertebrales Syndrom - undifferenzierte Kollagenose (Dr. K.____, 2. Mai 2017) - chronische Parästhesien und Handschwäche der Hände (Dr. K.____, 2. Mai 2017) - Diabetes mellitus, Typ 2: ohne Komplikationen: nicht als entgleist bezeichnet (Sanatorium Y.____, 3. Januar 2019)

Seit Jahren bestehe eine progrediente depressive Entwicklung mit schwerer depressiver Episode. Das Krankheitsbild werde eindeutig durch die psychischen Beschwerden dominiert. Zur orthopädisch-chirurgischen Untersuchung sei die Beschwerdeführerin in Begleitung des Ehemannes gekommen, gemäss welchem sie nicht in der Lage sei zu lesen oder zu schreiben. Sie könne auch kein Billet lösen etc. (S. 2 oben). Der Tagesablauf gestalte sich wie folgt: Aufstehen zirka um

E. 4.3

Im Bericht vom 5. November 2019 (Urk. 10/22/1-4 = Urk. 10/43/12-15 = Urk. 3/3) führten die Ärzte des A.____ aus, gemäss Patientin sei es ihr beim Austritt aus dem Sanatorium Y.____ im Dezember 2018 nicht besser gegangen (S. 1 unten). Die Schwere der Depression sei inzwischen durch diesen zweimonatigen Aufenthalt gesichert. Der Zustand habe sich poststationär leider nicht verbessert, sondern im Gegenteil weiter verschlechtert. Die Patientin gehe kaum mehr aus dem Hause und sei etwas ruhiger als vor dem stationären Aufenthalt (S. 2 oben). Aufgrund der depressiven Störung und der Schmerzen in den Füßen und im Rücken könne sie den Haushalt nicht mehr bewältigen. Eine genauere und weiterführende Diagnostik zur Abgrenzung anderer Störungsbilder (unter anderem generalisierte Angststörung und posttraumatische Belastungsstörung) sei aufgrund der fehlenden Deutschkenntnisse und des geringen Bildungsgrades kaum möglich. Die depressiven Symptome stächen jedoch auch im Gespräch mit depressiver Mimik und Weinerlichkeit deutlich hervor. Der stationäre Aufenthalt im Sanatorium Y.____ zeige, dass auch eine stationäre Behandlung die depressive Symptomatik reduzieren könne (S. 3 f.).

E. 4.4

Dr. med. B.____, Praxis I.____ (vorstehend E. 3.6), nannte in seinem Bericht vom 11. Dezember 2019 (Urk. 10/29/36-38) folgende, hier verkürzt wiedergegebene, Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1

f.): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (F33.2), Erstdiagnose (ED) 2005 - Panikstörung (F41.0), ED 2017

undifferenzierte Kollagenose - chronisches zerviko - und lumbospondylogenes Schmerzsyndrom - thorakovertebrales Syndrom - chronische Parästhesien und Handschwäche der Hände, ED 2017

Der Gesundheitszustand sei sich verschlechternd. Die Patientin könne täglich maximal 30 Minuten langsam spazieren und maximal zwei Stunden sitzen (S. 2 unten) . In Anbetracht der Gesamtsituation erscheine die Prognose bezüglich der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit, auch in angepassten Tätigkeiten, als schlecht (S. 2

f.).

E. 4.5

Dr. Z.____ (vorstehend E. 3.8) führte in seiner RAD-Stellungnahme vom 30. Dezember 2019 (Urk. 10/30 S. 3) aus, es erschienen in den neuen Arztberichten weiterhin dieselben Diagnosen, welche schon bei seiner letzten Stellungnahme vom 9. Februar 2018 vorgelegen seien. Zwischenzeitlich sei es zu einem stationären Aufenthalt im Sanatorium Y.____ gekommen, wobei auch hier die psychiatrische Diagnose der rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome, wieder erwähnt werde. Jedoch werde im Verlauf eine deutliche Besserung der psychischen Verfassung beschrieben. Auch werde diese im «polydisziplinären Gutachten» des A.____ widersprüchlich beschrieben und in keiner Weise objektivierbar plausibilisiert .

Bei versicherungsmedizinisch gleichgebliebenem Gesundheitszustand werde empfohlen, an der Stellungnahme des RAD vom 9. Februar 2018 festzuhalten.

E. 4.6

Dr. B.____ (vorstehend E. 4.4) führte im Bericht vom 8. April 2020 (Urk. 10/43 /1-2 = Urk. 3/1) aus, es sei zu erwähnen, dass die Patientin massive kognitive Beeinträchtigungen (Störungen der Konzentration, der Aufmerksamkeit und des Gedächtnisses) zeige. Es bleibe unklar, ob diese erst im Rahmen der Depression aufgetreten seien. Eine neuropsychologische Abklärung wäre sinnvoll (S. 2 unten) .

E. 4.7

In ihrer Stellungnahme vom 24. März 2020 zuhanden der Beschwerdeführerin (Urk. 10/47 = Urk. 3/4) führten die Ärzte des A.____ aus, es bleibe völlig unklar, wieso sich eine persistierende schwere Depression nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirken sollte. Bei einer fremdanamnestic bestätigten vollständigen Unfähigkeit, den Alltag zu bewältigen, wirke die Behauptung einer Arbeitsfähigkeit von 100 % sehr befremdlich. Dazu sei die Patientin von der Beschwerdegegnerin nie begutachtet worden .

5.

E. 5

Dr. med. G.____ , Facharzt für Neurologie, nannte im Bericht vom 23. Mai 2017 (Urk. 10/7/8-9 = Urk. 10/29/17-18 = Urk. 10/43/20-21) folgende Diagnose (S. 1): - Schmerzen und Parästhesien beider Arme/Hände rechtsbetont - Zuordnung unklar, kein Nachweis eines Karpaltunnelsyndroms

Es bestünden Nackenschmerzen mit Ausstrahlung in die Arme sowie Parästhesien beider Hände rechtsbetont. Am ehesten handle es sich um muskulo-skelettale beziehungsweise myotendinotische Schmerzen. Ein Karpaltunnelsyndrom lasse sich auf beiden Seiten nicht

nachweisen. Eine radikuläre Symptomatik erscheine eher wenig wahrscheinlich. Im Moment sei ein konservatives Vorgehen mit Weiterführen der Physiotherapie angezeigt (S. 2). 3.

E. 5.1

RAD-Arzt Dr. Z.____ befand am 9. Februar 2018, das Rentenbegehren basiere überwiegend auf alters- und

physiognomiebedingten Erscheinungen, die jedoch keinesfalls dauerhafte Auswirkungen auf eine Arbeitsfähigkeit hätten (vorstehend E. 3.8). In somatischer Hinsicht erscheint diese Einschätzung als plausibel, nach dem am 10. März 2017 ein MRI der ganzen Wirbelsäule einschliesslich des Ilio sakralgelenks der damals bereits 57-jährigen Beschwerdeführerin durchgeführt und die entsprechenden Befunde detailliert aufgelistet worden waren (vorstehend E. 3.2). Die dort festgestellten Arthrosen und eine Stenose betrafen

lediglich einzelne Wirbel bei im Übrigen nur leichten degenerativen Veränderungen ohne entzündliche Aktivität. Damit übereinstimmend gaben auch die Ärzte des A.____ im September 2019 an, das Krankheitsbild werde eindeutig durch die psychischen Beschwerden dominiert (vorstehend E. 4.2).

Zu deren Beurteilung erscheint Dr. Z.____ als Facharzt für Chirurgie nicht

besonders kompetent, worauf die Beschwerdeführerin zurecht hinwies (vorstehend E. 2.2). Dass die von den Behandlern diagnostizierte schwere Depression nicht einfach als alters- und physiognomiebedingte Erscheinung qualifiziert werden kann, hätte jedoch auch ihm auffallen müssen. Seine materielle Beurteilung der psychischen Verfassung der Beschwerdeführerin beschränkte sich auf die Aussage, die in den Arztberichten angeführten medizinischen Fakten seien nicht nachvollziehbar und es könne auf diese nicht abgestellt werden.

E. 5.2

Diese Einschätzung begründete Dr. Z.____ nicht weiter. Zutreffend ist hingegen, dass sich aus den Berichten der Behandler gewisse Widersprüche ergeben. So ist die Beschwerdeführerin etwa gemäss Dr. D.____ 158 cm (vorstehend E. 3.3), gemäss Dr. F.____ hingegen bloss 147 cm (vorstehend E. 3.4) gross. Im genannten Bericht von Dr. D.____ vom März 2017 wird sodann als Todesdatum der Mutter einmal das Jahr 2005 und einmal das Jahr 2007 angegeben. Bei einer attestierten Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit 2007 hätte – insbesondere angesichts der Diagnose einer schweren Depression – auch interessiert, in welcher Intensität die damalige Behandlung stattfand und wie der Behandler zum Schluss gelangte, die Beschwerdeführerin sei bereits seit rund 10 Jahren arbeitsunfähig gewesen, bevor im März 2017 die ambulante Behandlung aufgenommen wurde. Diese Erklärungen blieb der behandelnde Psychiater schuldig, weshalb dessen Beurteilung, welche von den weiteren behandelnden Medizinern mehr oder weniger unverändert übernommen wurde, nicht genügend schlüssig

war, als dass darauf unbeachtet abgestellt werden können (vgl. vorstehend E. 1.10). Insoweit kann Dr. Z.____ also zugestimmt werden.

Abschliessend empfahl er angesichts der anamnестischen Unfähigkeit, den Haushalt zu bewältigen, «gegebenenfalls» eine Haushaltsabklärung. Zu einer solchen sah sich die Beschwerdeführerin indes nicht veranlasst (vgl. Urk. 10/16 S. 4). Sie verfügte die

Abweisung des Leistungsbegehrens, ohne den vorliegenden Anhaltspunkten für invalidenversicherungsrechtlich relevante psychische Gesundheitschäden weiter nachzugehen.

E. 5.3

Ob dieses Vorgehen der Beschwerdegegnerin zum damaligen Zeitpunkt vertretbar war, kann offenbleiben. Ergebnis dieses Vorgehens ist jedenfalls, dass in psychischer Hinsicht keine zuverlässige Diagnosestellung und keine nachvollziehbare Arbeitsfähigkeitsbeurteilung zum Zeitpunkt der leistungsabweisenden Verfügung vom 9. April 2018 vorliegen.

Der dieser zugrundeliegende Sachverhalt taugt somit nicht als Vergleichsbasis und es ist daher kein Vergleich mit der beruflichen Leistungsfähigkeit zum Zeitpunkt des Neuanmeldungsentscheidens möglich. Folglich entfällt die Frage nach dem Vorliegen eines Revisionsgrundes und es ist einzig darauf abzustellen, wie sich die Arbeitsfähigkeit im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung präsentierte (vgl. vorstehend E. 1.7). 6.

E. 6

Dr. med. H.____, Praxis I.____, nannte im Bericht vom 10. Juli 2017 (Urk. 10/7/6-7) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 Ziff. A.1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome - Schmerzen und Parästhesien beider Arme/Hände rechtsbetont - undifferenzierte Kollagenose - chronisches cerviko- und lumbospondylogenes Schmerzsyndrom

Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie (Ziff. A.2): - Adipositas per

magna (E66.0, BMI = 35) - Diabetes mellitus (DM) Typ II, HbA1c 6.3

Bei der Patientin bestünden neben den erwähnten Diagnosen zusätzliche Faktoren wie schlechte bis fehlende Deutschkenntnisse und keine Schulbildung (Analphabetin), so dass sie sogar im Alltag auf die Unterstützung der Familienangehörigen, vor allem des Ehemannes, angewiesen sei. Die therapeutischen Bemühungen bestünden in der Begleitung und Unterstützung der Patientin im Alltag und bei der Schmerzverarbeitung. Die Prognose bezüglich der vollen Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hänge auch von der Gesamtsituation (Bildungsstatus, Berufsausbildung, Kenntnisse der deutschen Sprache, Eigenaktivität und chronifiziertes Leiden) ab (S. 2 lit. D). 3.

E. 6.1

Eine rezidivierende depressive Störung wurde nicht nur von den ambulanten psychiatrischen Behandlern diagnostiziert, sondern auch von den Ärzten des Sanatoriums Y.____ (vorstehend E. 4.1). Dort verbrachte die Beschwerdeführende am Ende des Jahres 2018 fast zwei Monate in stationär-psychiatrischer Behandlung, was für sich gesehen bereits ein ernstzunehmendes Indiz für eine relevante psychische Störung ist. Die Beschwerdeführerin habe über Antriebslosigkeit, Freudlosigkeit, Gedankenkreisen und ständiges Weinen geklagt. Wie gesichert dabei die Diagnose einer schweren Episode ist, erscheint allerdings als fraglich, nachdem während des Klinikaufenthalts offenbar eine deutliche Stimmungsaufhellung erfolgte, aus dem Bericht jedoch nicht hervorgeht, ob und inwieweit sich diese auf die Diagnose auswirkte.

Auch eine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit wurde von den Ärzten des Sanatoriums Y.____ keine abge geben. Ihr Bericht ist somit zwar für die streitigen Belange nicht umfassend (vorstehend E. 1.10), jedoch sorgfältig erstellt, schlüssig und nachvollziehbar.

E. 6.2

Er bestätigt die Berichte der ambulanten Behandler insbesondere dahingehend, dass keine Alltagsfunktionalität bestehe. Es müsse allzeit jemand bei der Be schwerdeführerin sein, sie könne nicht mehr kochen und habe weder Kolleginnen noch Hobbys. Ein starker sozialer Rückzug wurde denn auch von den Ärzten des A.____ im September 2019 beschrieben, ebenso wie ein von grosser Passivität geprägter Tagesablauf (vorstehend E. 4.2). Dies sind nebst dem erfolgten zwei monatigen stationären Klinikaufenthalt und der berichteten Medikation mit Psychopharmaka beachtenswerte Indizien, welche in Richtung einer relevanten psychischen Störung weisen, auch wenn zugleich durchaus namhafte Hinweise auf psycho soziale oder soziokulturelle Faktoren vorliegen, welche das Geschehen mitbestimmen. So hatte Dr. H.____

bereits im Juli 2017 (vorstehend E. 3.6) fest gehalten, es beständen nebst den medizinischen Diagnosen zusätzliche Faktoren wie schlechte bis fehlende Deutschkenntnisse und keine Schulbildung (Analpha betin) sowie fehlende Eigenaktivität, welche Unterstützung im Alltag erforderlich machten und von welchen die Prognose bezüglich Arbeitsfähigkeit ebenfalls abhängt. Ihr Praxiskollege Dr. B.____ ergänzte im April 2020 (vorstehend E. 4.6) sodann , es sei unklar, ob die massiven kognitiven Beeinträchtigungen erst im Rahmen der Depression aufgetreten seien, und empfahl entsprechend eine neuro psychologische Abklärung.

E. 6.3

Mithin er mangelt und bedarf es somit vorliegend nicht nur einer schlüssigen fachärztlichen Feststellung eines medizinischen Substrats sowie dessen objek tiv en Auswirkung en auf die Arbeitsfähigkeit, sondern auch d ess en klare n psy chiatrische n Unterscheidung und Abgrenzung von belastenden invaliditäts frem den Faktoren (vorstehend E. 1.8). Sollte sich ein medizinisches Substrat schlüssig feststellen lassen, so ist anschliessend ein strukturierte s Beweisverfahren durch zuführen (vorstehend E. 1.9) . Erst in diesem Rahmen ist etwa zu beurteilen, wie sich das von der Beschwerdeführerin angegebene Hüten ihres Enkels konkret gestaltet und inwiefern dies b ei der Einschätzung ihrer Arbeitsfähigkeit zu berücksichtigen ist.

Ein strukturiertes Beweisverfahren erlaubt die Aktenlage derzeit nicht. Es fehlt hierfür an einer umfas senden gutachterlichen Beurtei lung des Gesundheits zu stands der Versicherten, welche über die Befunde, Diagnosen und die Arbeits fähigkeit Auskunft gibt und die das ganze Leistungsprofil mit sowohl negativen als auch positiven Anteilen beinhaltet und so verfasst ist, dass die attestierte Arbeitsunfähigkeit gleichsam aus dem Saldo aller wesentlichen Belastungen und Ressourcen abgeleitet wurde (vgl. BGE 141 V 281 E. 3.4.2.1). 6 .4

Der medizinische Sachverhalt kann nach dem Gesagten nicht erstellt werden.

Damit fehlt es an der Grundlage für einen Entscheid. Die Sache ist daher an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese eine psychiatrische Exper tise über den Gesundheitszustand der Versicherten und de ss en Verlauf seit ihrer Neuanmeldung vom 9. September 2019 (Urk. 10/23) einhole und über ihren Leis tungsanspruch neu verfüge.

In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen . 7.

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 700.-- festzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen . Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die Verfügung vom 5. Juni 2020 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700 .-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. 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 Boller

E. 7

Im Bericht vom 23. Januar 2018 (Urk. 10 /15) führte n Dr. med. J.____ , Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie, und der Psychologe Dr. E.____ , A.____ , aus, die ambulante Behandlung erfolge seit dem 17. März 201 7. Vorher sei keine Behandlung erfolgt (Formularteil Ziff. 1.2). Es liege ein deutlich chronifiziertes Zustandsbild vor. Die Patientin gehe nirgendwo alleine aus dem Hause und könne den Haushalt wegen Schmerzen kaum machen. Es lägen Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit, keine Belastbarkeit und kein Durchhaltevermögen vor, die Patientin könne so keine gerichtete Tätigkeit ausführen (Berichtsteil S. 2 Ziff. 1.7). 3.

E. 8

Uhr, Medikamente, Frühstück, sitzen, laufen in der Wohnung, spazieren 2-3 Mal in der Woche maximal 30 Minuten, Fernsehen, Tochter oder Ehemann kocht Mittagessen, gelegentlich einkaufen, Bettruhe zirka 22 Uhr, Einschlafen mindestens 1-2 Stunden, Durchschlaf 2-3 Stunden (S. 2 Mitte).

Der Ehemann berichte, die Beschwerdeführerin habe früher mehr Freude und Energie gehabt, habe regelmässig gekocht und den Haushalt gemacht, was sie heute nicht mehr tue.

Sie habe keine Kolleginnen mehr, da sie sich sozial zu rücke. In der Stimmung sei sie im Gegensatz zu früher oft gereizt, nervös und reizbar. Sie habe Schlafstörungen und stehe 2-3 Mal in der Nacht auf (S. 3 oben).

Es finde eine regelmässige psychiatrische Behandlung alle 4 Wochen und eine antidepressive Behandlung mit Saroten und Quietapin statt. Erlernt würden motivationsfördernde Strategien zur Steigerung der körperlichen und sozialen Aktivität sowie ein verbesserter Umgang mit Schmerzen (S. 7 Mitte).

Aus psychiatrischer Sicht bestehe subjektiv eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % , auch für angepasste Tätigkeiten . Insgesamt bestehe sowohl aus somatischer wie auch psychiatrischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (S. 8 unten). Es sei keine Besserung der depressiven Symptome nach dem stationären Aufenthalt erfolgt, ein Rehabilitationspotenzial sei nicht ersichtlich (S. 9 unten).

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