

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00597 vom 17. April 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-04-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00597

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00597 du 17 avril 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00597 del 17 aprile 2013

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). 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 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 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.

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).

E. 1.3

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanschuldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung, 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).

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 Zuschussung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich

gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V

131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

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). 2.

E. 2

Dagegen erhob die Versicherte am 10. September 2020 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei die Vorinstanz zu verpflichten, ihr allenfalls nach weiteren medizinischen Abklärungen die gesetzlichen Leistungen auszurichten. Am 16. Oktober 2020 (Urk.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene rentenabweisende Verfügung vom 7. August 2020 (Urk. 2) damit, dass

der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der letzten Verfügung unverändert sei. Die neu angegebenen Diagnosen und Beschwerden würden nicht zu einer dauerhaften Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit führen. Die neurologischen Beschwerden hätten sich nach Optimierung der Therapie deutlich verbessert. Eine angepasste Tätigkeit sei ihr weiterhin im Umfang von 70 % zumutbar. Beim Vergleich des Validen- mit dem Invalideneinkommen ergebe sich ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 36 %.

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1),

die Beschwerdegegnerin habe ihren abweisenden Entscheid ausschliesslich auf eine regionalärztliche Beurteilung vom 26. März 2020 gestützt. An deren Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit beständen - aus näher dargelegten Gründen - ganz erhebliche Zweifel, weshalb nicht auf sie abgestellt werden könne. Die Annahme eines unveränderten Gesundheitszustandes sei unzutreffend, vielmehr habe sich dieser in neurologischer, psychiatrischer, rheumatologisch-orthopädischer und gastroenterologischer

Hinsicht verschlechtert, auch bezüglich ihres Asthma habe sie vermehrt ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen müssen. Der Arzt des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) habe sich nur mit den neurologischen, nicht aber mit den weiteren Diagnosen und Gesundheitsschäden auseinandergesetzt. Ein Beizug

weiterer Fachärzte wäre notwendig gewesen, könne doch der Neurologe keine fachliche Beurteilung eines lumbospondylogenen Syndroms, einer depressiven Episode oder einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung abgeben (S. 5- 11). Die behandelnden Ärzte hätten aufgezeigt, dass sie in keiner Tätigkeit mehr arbeitsfähig sei. Eine Indikatorenprüfung ergebe, dass sie nicht über ausreichend Ressourcen verfüge, um ihre Arbeitsfähigkeit zu verwerten. Ihr sei deshalb eine ganze Rente zuzusprechen. Eventualiter sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie weitere medizinische Abklärungen tätige (S. 11-13). 3.

Vergleichszeitpunkt für eine für die Neuanschuldung relevante Veränderung des Gesundheitszustands bildet die mit Urteil des hiesigen Gerichts vom 21. November 2017 (Urk. 8/ 101) bestätigte Verfügung vom 22. Februar 2016 (Urk. 8/ 91), mit welcher die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin verneint hat . 4.

Die rentenabweisende Verfügung vom 22. Februar 2016 wurde vom hiesigen Gericht unter anderem gestützt auf folgende Berichte bestätigt: 4 . 1

Dr. med. C.____ , Facharzt für Innere Medizin und Onkologie FMH, Dr. med. D.____ , Facharzt für Orthopädie und Traumatologie FMH, Dr. med. E.____ , Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. F.____ , Facharzt für Neurologie FMH, von der Z.____ stellten in ihrem Gutachten vom 7. Oktober 2013 (Urk. 8/ 35/1-39) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 12): - Mittelgradige bis schwere depressive Episode F32.1 - Bandscheibenhernie links L3/4 mit Irritation und Dorsalverlagerung der Nervenwurzel L3 links - Diskusprotrusion L4/5 mit Nervenwurzelirritation L5 links

Zudem hielten sie folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest (S. 12 f.): - Asthma bronchiale ohne spirometrische Zeichen - Migräne - Status nach Hemithyreoidektomie rechts 2012 - Status nach Hysterektomie 2002

Dazu führten sie aus, die Beschwerdeführerin sei von 1989 bis 2010 in einer schwierigen Ehe mit ihrem Cousin verheiratet gewesen. Dieser sei gewalttätig, alkoholabhängig und spielsüchtig gewesen und habe ihr bei der Scheidung beträchtliche Schulden hinterlassen. Nach der Trennung seien sie und die Kinder ständige m « Stalking » des Ehemannes ausgesetzt gewesen, inzwischen sei dieser jedoch in sein Heimatland zurückgekehrt. Es sei eine harte Zeit gewesen und im letzten Jahr sei es dann psychisch einfach nicht mehr gegangen. Ihre Depressionen seien zeitweise so stark gewesen, dass man ihr die Kinder habe wegnehmen wollen. Als sie psychiatrisch hospitalisiert werden sollen, habe der Sohn mit Suizid gedroht. So habe man sich auf ambulante Hilfen durch das Jugendamt geeinigt. Der Sohn suche jetzt dreimal pro Woche einen Mittagstisch auf, einmal pro Woche komme eine Fachkraft vom Jugendamt zu seiner Betreuung. Er erhalte wegen eines neu diagnostizierten ADS-Syndroms Ritalin und habe sich jetzt stabilisiert. Insgesamt sei in die Gesamtsituation der Familie etwas Ruhe eingekehrt und so habe sich im Verlauf auch die Depression gebessert (S. 10, S. 20 und S. 33 f.).

Die psychiatrische Beurteilung ergebe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % für die bisherige Tätigkeit und von 30 % für eine wenig belastende Verweistätigkeit ohne Schichtarbeit. Aus orthopädischer Sicht bestehe aufgrund der Bandscheibenvorfälle L3/4 sowie L4/5 ebenfalls eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % für die bisherige Tätigkeit, in einer Verweistätigkeit sei die Arbeitsfähigkeit - seit jeher (vgl. S. 24) - mit Einschränkungen erhalten. Die im MRI vom 14. August 2013 bestätigte Irritation der Nervenwurzeln L3 und

L5 links würden die von der

Beschwerdeführerin angegebenen Kribbelgefühle im linken Bein sowie die klinisch nachgewiesene Fussheberschwäche links und die Rückenschmerzen erklären. Auf Grund der internistischen und neurologischen Untersuchung bestehe keine Verminderung der Arbeitsfähigkeit. Es ergebe sich eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % für die bisherige Tätigkeit und von 30 % für eine den Beschwerden angepasste Tätigkeit, wobei Arbeiten mit besonderer Anforderung an Präzision, Schnelligkeit und Zeitdruck vermieden werden sollten, ebenso Tätigkeiten mit Wechselschicht oder dem selbständigen Führen eines Kraftfahrzeuges. Die Beschwerdeführerin könne zudem nicht längere Zeit stehen oder sitzen (maximal 30 Minuten sitzen oder stehen) oder Gewichte über 7 kg heben oder tragen (S. 11 und S. 13).

Seit dem 10. Februar 2012 werde eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert. Diese setze sich mindestens bis März 2013 fort. Für die bisherige Tätigkeit werde diese Feststellung im gegenwärtigen Gutachten bestätigt. Aus psychischer Sicht habe sich im Verlauf eine Besserung eingestellt. Es sei jedoch weder den Unterlagen noch den Angaben der Beschwerdeführerin zu entnehmen, wann diese eingesetzt habe, insofern werde der Begutachtungszeitpunkt, mithin der 3. Juli 2013, als massgebliches Datum vorgeschlagen (S. 14 f. und S. 37 f.). 4.2

Dr. med. G.____, Facharzt für Chirurgie FMH, Dr. med. H.____, Facharzt für orthopädische Chirurgie FMH, Dr. med. I.____, Facharzt für Anästhesiologie FMH, Dr. med. J.____, Facharzt für Physikalische Therapie/Rheumatologie FMH, med. pract. K.____, Facharzt für Psychiatrie FMH, und Dr. phil. L.____, Klinischer Psychologe, vom Zentrum M.____ hielten in ihrem Bericht vom 23. April 2014 (Urk. 8/ 61) fest, die Beschwerden hätten in den letzten sechs Monaten zugenommen, die Beschwerdeführerin sei in jeglicher Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig. 4.3 4.3.1

Dr. A.____ hielt in seinem orthopädischen Teilgutachten vom 12. August 2015 (Urk. 8/ 82) ein mildes lumbospondylogenes Syndrom fest; die Beschwerdeführerin sei für sämtliche Tätigkeiten, die nicht eine dauernd vornübergebeugte Haltung und kein repetitives Heben von Gewichten von 15 kg körperfern erfordern würden, zu 100 % arbeitsfähig, somit auch in ihrer angestammten Tätigkeit als Flugzeugreinigerin. Eine Radikulopathie lasse sich nicht nachweisen, ebenso wenig eine gröbere Degeneration. Wie die kreisärztliche Untersuchung vom 8. April 2013 durch Dr. med. N.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie FMH, von der Suva gezeigt habe, habe bereits damals eine normal funktionsfähige Lendenwirbelsäule bestanden (S. 8 f.). 4.3.2

Dr. B.____ führte in seinem psychiatrischen Teilgutachten vom 17. Juli 2015 (Urk. 8/ 84) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf (S. 18): - Leichte depressive Episode (ICD-10 F33.0) - Anhaltend somatoforme Schmerzstörung bei psychosozialer Belastung (ICD-10 F45.4) - Differentialdiagnose Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion nach Trennung und Scheidung vom Ehemann (ICD-10 F43.21)

Dazu hielt er fest, die Beschwerdeführerin sehe ihre Psychologin einmal in zwei bis drei Wochen. Sie stehe um 6:45 Uhr auf, wenn sie Termine habe. Pausieren könne sie nicht, sie müsse aufstehen, auch wegen dem Sohn, insbesondere müsse sie kontrollieren, ob er sein Ritalin einnehme. Frühstück nehme sie keines ein. Ein paar Mal treffe sie ihre Kollegin, diese komme meist zu ihr, manchmal gehe sie auch mit ihr spazieren. Zum Teil lege sie sich

auch etwas hin, um den Schlaf nachzuholen. Am Mittwoch koche sie am Mittag mit dem Sohn, montags und dienstags sei dieser am Mittagstisch. Am Nachmittag gehe sie nach draussen. Sie schaue fern und nehme Therapien wahr. Am Abend müsse der Sohn Aufgaben machen, eventuell spiele sie etwas mit ihm. Zu Bett gehe sie zwischen 22:00 und 23:00 Uhr. Bei der Beschwerdeführerin seien Schlafstörungen schmerzbe dingt vorhanden. Augenfällig seien eine stark be sorgte Grundhaltung und eine gewisse Betonung der körperlichen Schmerzen im Sinne einer Verdeutlichungs tendenz gewesen (S. 11 f. und S. 14).

Diagnostisch komme nebst einer leichtgradigen depressiven Episode auch eine prolongierte Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion infrage. Zwar kenne die Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) eine zeitliche Limitierung von zwei Jahren. Das im angloamerikanischen Sprachgebrauch ver wendete Klassifikationssystem DSM-IV respektive DSM-5 kenne jedoch eine chronische respektive persistierende Form der Anpassungsstörung. Hier sei keine Begrenzung von zwei Jahren genannt. Aufgrund der präsentierten Schmerzsymp tome, für welche im orthopädischen Teilgutachten keine entspre chenden morpho logischen Korrelate gefunden worden seien, müsse zusätzlich eine anhal tende somatoforme Schmerzstörung mit berücksichtigt werden. Es bestünden soziale Probleme (finanzielle Probleme, Schwierigkeiten als alleiner ziehende Mutter, ADHS-Erkrankung des Sohnes), welche die Schmerzproblema tik beein flussen und unterhalten würden. Eine schwere depressive Episode könne nicht mehr diagnos ti ziert werden, hier scheine es zu einer Remission ge kommen zu sein. Insbe sondere falle auf, dass keine adäquate antidepressive Medikation bestehe. Der

Vor gut achterin sei beizupflichten, dass die geschilder ten Symptome von Schatten sehen und imaginierten Gesichtern kaum als psy chotische Symp tome im Rahmen einer schweren depressiven Episode interpre tiert werden könn ten (S. 20-22).

Aufgrund der noch vorhandenen depressiven Symptome könne eine maximal 30%ige Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten festgehalten werden. Dabei seien die möglichen Einschränkungen aufgrund der somatoformen Schmerz störung mitberücksichtigt. Es sei zu einer Verbesserung der Symptomatik ge kom men, doch sei schwierig einzuschätzen, wann diese stattgefunden habe. Plausibel scheine eine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit bis Mitte 2014.

Im

weiteren Verlauf des Jahres 2014 sei eine progrediente Steige rung der Arbeits fähigkeit und Verbesserung des psychischen Gesamtzustandes anzunehmen (S. 22-25). 4 .4

Dr. med. O.____, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und Dr. phil. L.____, Klinischer Psychologe, vom Zentrum P.____ führten in ihrem Bericht vom 26. September 2016 (Urk. 8/98) zu Händen der Beschwer de führerin aus, diese leide nach wie vor an einer schweren depressiven Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F32.3) und sei seit Februar 2012 zu 100 % arbeitsunfähig (S. 2 f.). In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit hielten sie fest: « Sub jektiv ist die Pat. 100% arbeitsunfähig auch für angepasste Tätigkeiten. Positives Leistungsbild: Haushaltung mit Hilfe einer Kollegin und verlangsamt, kurze Strecken Autofahren, spazieren mit Pausen; Negatives Leistungsbild: Keine längeren Tätigkeiten, kein Stress, kein Publikumsverkehr, keine schwere ren Arbei ten. Objektivere Beurteilung der Arbeitsfähigkeit: Die Pat. ist aufgrund der Diagnosen auch

für angepasste Tätigkeiten 100% arbeitsunfähig g» (S. 4). 4.5

Gestützt auf diese Berichte ging das hiesige Gericht im Urteil vom 21. November 2017 (Urk. 8/101) von einer aufgrund der somatischen Beschwerden seit Februar 2012 bestehenden 100%igen Arbeitsunfähigkeit in der ange stammten Tätigkeit sowie einer aus psychischen Gründen in jeglicher Tätigkeit 30%igen Arbeitsunfähigkeit aus. In einer der Beschwerden an angepassten Tätigkeit mit maximal 30

Minuten stehen oder sitzen und ohne Gewichte über 7 kg heben oder tragen, erachtete es die Beschwerdeführerin als zu 70 % arbeitsfähig (E. 4-6). 5.

Der vorliegenden Neuanmeldung liegen unter anderem nachstehende Beurteilungen zugrunde: 5.1

Dr. med. Q.____, Facharzt FMH für Neurologie, hielt in seinem Schreiben vom 19. Juli 2019 (Urk. 8/117) fest, aufgrund der progredienten kognitiven Defizite sowie Spasmen in den Extremitäten mit wiederholten Sturzereignissen sei eine umfassende Diagnostik initiiert worden. In diesem Rahmen sei eine ernstzunehmende Gehirnentzündung (NMDA-Enzephalitis) gesichert worden. Es sei davon auszugehen, dass die aktuellen Defizite irreversibel bleiben würden. Gegenstand der vorliegenden Therapie sei das Aufhalten und Stabilisieren dieser Erkrankung. Eine berufliche Tätigkeit für das kommende Jahr werde krankheitsbedingt nicht möglich sein. Nach einem Jahr könne die Arbeitsfähigkeit der Therapieansprechen einbeziehend neu beurteilt werden. 5.2

Im Austrittsbericht der Klinik Innere Medizin des Spitals R.____ vom 30. September 2019 (Urk. 8/140 /1-7), wo die Beschwerdeführerin vom 18. bis 27. September 2019 hospitalisiert war, wurden folgende Diagnosen festgehalten (S. 1): - Episoden von Myocloni und Crampi bei erhaltenem Bewusstsein - DD neuroexzitatorisch im Rahmen der latenten Hyperthyreose, DD medikamentös bei Polypharmazie - NMDA-Rezeptor-Antikörper Seropositivität

unklarer Ätiologie - klinisch kernspintomografisch, liquor-laborchemisch und elektroenzephalografisch im Verlauf keine Hinweise für Enzephalitis - klinisch und laborchemisch keine Hinweise für Sjögren-Syndrom - unauffällige weitgehende Tumorsuche - latente Hyperthyreose - leichte Xerostomie und Konjunktivitis sicca - DD am ehesten Medikamenten-assoziiert (Deanxit, Fluoxetin) - SS-A/ Ro (ANA): negativ - SS-B/La (ANA): negativ - Asthma bronchiale - DD COPD, DD Langerhans-Zell-Histiozytose - zentralbulbäre

Noduli und multiple zystoide Strukturen beidseits (CT-Thorax 19. September 2019) - Risikofaktor: Nikotinkonsum (20py) - chronische Migräne

Dazu wurde ausgeführt, bei erhaltenem Bewusstsein, den konkomitierenden Schmerzen und elektroenzephalographisch wiederholt fehlenden Hinweisen auf eine erhöhte zerebrale Erregbarkeit sei nicht von einem epileptischen Geschehen auszugehen. Bei einer allgemeinen Müdigkeit und Konzentrationsschwäche (bei fehlendem fokalen neurologischen Defizit) sei ein Grossteil der Präparate abgesetzt worden. Der Beschwerdeführerin sei es rasch besser gegangen und es hätten Hinweise auf eine kognitive Einschränkung gefehlt. Darüber hinaus habe sich eine deutliche Regredienz der Frequenz der erwähnten Episoden gezeigt, weshalb differentialdiagnostisch auch von einer unerwünschten Wirkung der medikamentösen Therapie ausgegangen werden könne. Laborchemisch habe ein stark supprimiertes TSH bei normwertigem Schilddrüsenhormon nachgewiesen werden können.

Angesichts negativer Schilddrüsen-Antikörper seien die Befunde als latente Hyperthyreose zu interpretieren gewesen. Es habe keine Hinweise auf eine fokale Autonomie gegeben, sodass von einer Eltroxin-Überdosierung ausgegangen worden sei. Klinisch, kernspintomografisch, liquor-laborchemisch und elektroenzephalografisch

hätten sich aktuell und auch in Zusammenschau der im Wesentlichen unauffälligen Vorbefunde über einen Verlauf von einem halben Jahr keine Hinweise für eine Enzephalitis ergeben. Es müsse deshalb eine NMDA-Rezeptor-Antikörper

Seropositivität konstatiert werden. Für ein dies erklärendes Sjögren-Syndrom hätten sich klinisch keine Hinweise ergeben, wobei die Versicherung für eine rheumatologische Beurteilung noch angemeldet werde (S. 1-2). CT-graphisch habe sich ein pulmonaler Emphysemaspekt mit multifokalen Lungendefekten gezeigt. Differenzialdiagnostisch seien eine COPD angesichts eines langjährigen Zigarettenkonsums sowie aufgrund nachgewiesener Noduli eine Langerhans-Zell-Histiozytose in Frage gekommen. Die Beschwerdeführerin habe am 27. September 2019 in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden können (S. 2). 5.3

In seinem Verlaufsbereicht vom 6. Dezember 2019

(Urk. 8/138/1) stellte

Dr. Q._____

folgende Diagnosen: - NMDA-Enzephalitis - komplex-fokale Anfälle - Migräne-Kopfschmerz

Dazu führte er aus, am 1. Oktober 2019 habe die Beschwerdeführerin angegeben, dass ihr Gegenstände dauernd aus der Hand fallen würden. Am 2. Oktober 2019 ergänzte er, unter Kortison habe sich eine deutliche Rückbildung der dystonen Spasmen gezeigt. Am 6. November 2019 hielt er fest, sie habe über eine Wiederrückbildung der Migränekopfschmerzen geklagt. Zudem habe sie über eine nächtlich betonte Kribbelmissempfindung der Hände berichtet. 5.4

Dr. med. S._____, Facharzt FMH Radiologie, von der T._____ beurteilte das Röntgen der Lendenwirbelsäule und das MRI der Lendenwirbelsäule und Iliosakralgelenke vom 29. August 2018 wie folgt: (Urk. 8/138/12): Rechtskonvexe thorakolumbale Skoliose mit Cobb-Winkel 22°, deutliche Chondrose beziehungsweise erosive

Osteochondrose L3-4 und L4-5, breitbasige

Diskusprotrusionen

in beiden letztgenannten Segmenten, im Segment L4-5 mit grenzwertiger biconvexer Enge, Affektion der Wurzeln L5 möglich, aktivierte Spondylarthrose L4-5 rechts, unauffällige Iliosakralgelenke. 5.5

RAD-Arzt PD. Dr. med. univ. U._____, FA Neurologie, führte in seiner Stellungnahme vom 26. März 2020 (Urk. 8/147/5-7) zusammenfassend aus, bei nachgewiesener NMDA-Rezeptor-Antikörper Seropositivität sei die im Mai 2019 initial diagnostizierte Enzephalitis durch die umfangreichen Untersuchungen und anlässlich einer Hospitalisation

am Spital R._____ im September 2019 nicht bestätigt worden. Der Neurostatus sei unauffällig gewesen, Hinweise auf ein epileptisches Geschehen hätten sich nicht konkretisiert. Die klinischen Beschwerden von intermittierend auftretenden

Muskelzuckungen und -krämpfen seien einer latenten Hyperthyreose und einer Polypharmazie kausal attribuiert worden. Nach Optimierung des Therapieregimes inklusive deutlicher Substanzenreduktion hätten sich die Beschwerden deutlich gebessert, Hinweise auf kognitive Einschränkungen hätten sich keine mehr ergeben. Eine dauerhafte Verschlechterung des Gesundheitszustandes sei nicht ausgewiesen. Insgesamt ergebe sich daher ein Bild, das den Ergebnissen der vorgängigen Begutachtungen entspreche. Mit den Diagnosen mildes lumbospondylogenes Syndrom, leichte depressive Episode und anhaltende somatoforme Schmerzstörung bei psychosozialer Belastung bestehe weiterhin eine 70%ige Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten. 5.6

Die behandelnden Fachpersonen des Zentrums M.____ hielten in ihrem Verlaufsbericht zur interdisziplinären Schmerzbehandlung vom 5. August 2020 (Urk. 8/160/23-33) 11 vorbestehende - so etwa seit 2010 eine rezidivierende depressive Störung schweren Grades - und 17 ab dem 21. Februar 2019 neu aufgetretene Diagnosen (S. 1-3 und S. 9) sowie eine seit dem 10. Februar 2012 bestehende 100%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 4) fest. 6.1

Die Beschwerdegegnerin stütze sich bei der renten abweisenden Verfügung vom 7. August 2020 auf die Stellungnahme ihres RAD- Arztes Dr. U.____ vom 26. März 2020 (E. 5.5

hievore). 6.2

Die 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 Prüfmethoden 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 Hinweis).

Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxisgemässen 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 versicherung interner 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). 6.3

Der behandelnde Dr. Q. ___ stellte nach umfassenden Abklärungen die Diagnose einer ernstzunehmenden Gehirnentzündung (NMDA-Enzephalitis; E. 5.1 hier vor). Das Vorliegen einer solchen

wurde vom Spital R. ___ nach einer Hospitalisation der Beschwerdeführerin hingegen verneint. NMDA-Rezeptor-Antikörper stellten jedoch auch die Ärzte des Spitals R. ___ fest, deren Ätiologie war ihnen aber unklar. Zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin äusserten sie sich nicht (E. 5.2 hier vor). In Kenntnis der Abklärungen des Spitals R. ___ hielt Dr. Q. ___ an

seiner Diagnose fest und wies darauf hin, dass der Beschwerdeführerin weiterhin dauernd Gegenstände aus der Hand fallen und ihre Migränekopfschmerzen wieder zugenommen haben (E. 5.3 hier vor, vgl. auch Urk. 8/128). Soweit RAD-Arzt Dr. U. ___ aus diesen Berichten schliesst, eine dauerhafte Verschlechterung des Gesundheitszustandes sei nicht ausgewiesen, kann ihm nicht ohne Weiteres gefolgt werden, setzte er sich doch mit dem nach der Hospitalisation ergangenen Bericht des Dr. Q. ___ mit keinem Wort auseinander. Dass im Vergleichszeitpunkt keine neurologische Problematik vorlag, ist unbestritten und ausgewiesen. Nach dem der behandelnde Dr. Q. ___ nach umfassenden Abklärungen eine NMDA-Enzephalitis diagnostizierte und im Spital R. ___ nach ebenso umfassenden Abklärungen das Vorliegen einer solchen verneint wurde, hätte Dr. U. ___ eingehender und nachvollziehbarer begründen müssen, weshalb die Ansicht der einen Fachärzte mehr überzeugt, als diejenige eines anderen Facharztes. Ebenso hätte von ihm dargelegt werden müssen, weshalb die neurologischen Beschwerden die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin nicht beeinträchtigen, nachdem Dr. Q. ___ von einer dadurch verursachten 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausging und sich die Fachärzte des Spitals R. ___ diesbezüglich nicht äusserten.

Dr. U. ___ ging zudem fachfremd und ohne Begründung unverändert von einer leichten depressiven Episode aus. Nachdem die behandelnden Fachpersonen unter anderem die Diagnose einer schweren depressiven Störung gestellt hatten, wäre aber eine eingehendere Auseinandersetzung mit deren Einschätzung

durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie erforderlich gewesen. Hinzu kommt, dass gemäss der nunmehr geltenden Rechtsprechung auch leichten oder mit teils schweren depressiven Störungen nicht mehr von vorn herein eine invalidisierende Wirkung abgesprochen werden kann. Vielmehr ist anhand von auf den funktionellen Schweregrad

be zogenen Standardindikatoren das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen ergebnisoffen und symmetrisch zu beurteilen. Die vorhandenen medizinischen Beurteilungen erweisen sich dazu als zu wenig aussagekräftig. Ohne eine überzeugende Begründung der angeblich gleichbleibenden Arbeitsfähigkeit beziehungsweise ohne schlüssige Auseinandersetzung mit den Berichten der behandelnden Fachpersonen kann ein unveränderter Zustand aus psychiatrischer Sicht jedenfalls nicht ohne Weiteres nachvollzogen werden.

Dasselbe gilt für die ebenfalls fachfremde Einschätzung von Dr. U.____ bezüglich des seiner Ansicht nach weiterhin bestehenden milden lumbospondylogenen Syndroms. Im Röntgen und MRI der Lendenwirbelsäule vom 29. August 2018 wurde eine deutliche Chondrose, eine aktivierte Spondylarthrose L4-5 rechts sowie breitbasige

Diskusprotrusionen L3-4 und L4-5, dabei im Segment L4-5 mit grenzwertiger bircessaler Enge und möglicher Affektion der Wurzeln L5, fest gehalten. Ob bei solchen Befunden von einem milden lumbospondylogenen Syndrom ausgegangen werden kann, ist von einer orthopädischen Fachperson zu beurteilen. Hinzu kommt, dass sich die Beschwerdeführerin im April 2020 eine Sakrumfraktur zugezogen zu haben scheint (vgl. Urk. 8/160/24-25), womit zumindest zusätzliche Ausführungen erforderlich gewesen wären, um weiterhin nachvollziehbar von einer

(aus somatischer Sicht) vollen Arbeitsfähigkeit in einer Tätigkeit mit jeweils maximal 30 Minuten stehen oder sitzen ausgehen zu können. 6. 4

Zwar können RAD-Stellungnahmen nicht einfach immer dann in Frage gestellt werden, wenn die behandelnden Ärzte eine abweichende Meinung zur Arbeitsunfähigkeit äussern (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 9C_668/2015 vom 17. Februar 2016 E. 3). Jedoch ist auf einen RAD-Bericht nicht abzustellen, wenn - wie hier - auch nur geringe Zweifel an dessen Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (vgl. E. 6.2 hievore). 6. 5

Auch gestützt auf die Berichte der behandelnden Fachpersonen ist es aber nicht möglich, die invalidisierende Wirkung der geltend gemachten Beschwerden zu beurteilen. So ist etwa

die gemäss dem Zentrum M.____ seit 2010 unveränderte rezidivierende depressive Störung schweren Grades sowie die

seit dem 10. Februar 2012 unveränderte 100%ige Arbeitsunfähigkeit (E. 5.6 hievore) mit Blick auf die gemäss Urteil des hiesigen Gerichts vom 21. November 2017 (Urk. 8/101) im Laufe des Jahres 2014 verbesserten depressiven Beschwerden sowie die ab Februar 2012 bestehende 70%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit nicht nachvollziehbar. Eine aktuelle Arbeitsfähigkeitseinschätzung seitens Dr. Q.____, welcher eine diesbezügliche Verbesserung je nach Therapieansprechen nicht ausschloss (E. 5.1 hievore), liegt zudem nicht vor. Inwiefern sich die Rückenbeschwerden in einer angepassten Tätigkeit auswirken, wurde ebenfalls nicht in einem schlüssigen Arztbericht festgehalten. Auch die Beschwerdeführerin erachtete denn ergänzende Abklärungen zumindest eventuelter als erforderlich (Urk. 1 S.

E. 7

) beantragte die IV-Stelle, die Beschwerde sei abzuweisen, was der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 19. Oktober 2020 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk.

E. 7.1

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. 8 00.-- festzusetzen und entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

E. 7.2

Der Beschwerdeführerin steht eine Prozessentschädigung zu, welche vom Gericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses, dem Zeitaufwand und den Barauslagen festgesetzt wird (§ 34 Abs. 1 und 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Entsprechend ist ihr eine Prozessentschädigung von Fr. 2'200.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) auszurichten. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 7. August 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. 8 00.-- 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. 2'200.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Kaspar Gehring - 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 Die Gerichtsschreiberin Gräub Lanzicher

E. 9

). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 13

). 6. 6

Nach dem Gesagten kann aufgrund der Akten nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit festgelegt werden, in welchem Umfang die Beschwerdeführerin arbeitsfähig ist. Angesichts des Verzichts der Beschwerdeführerin 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 anschließender neuer Entscheidung über die Leistungsansprüche der Beschwerdeführerin an die Beschwerdeführerin zurückzuweisen. 7.

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