

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00722 vom 3. Februar 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-02-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00722

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00722 du 3 février 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00722 del 3 febbraio 2021

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren

1963, verfügt über keine Berufsausbildung. In der Schweiz übte sie von 1981 bis 1997 bei verschiedenen Arbeitgebern unterschiedliche Tätigkeiten aus und war von 1998 bis 2004 im Hausdienst des Alters- und Pflegeheims Y.____

tätig. Von November

2004 bis Juni

2017 lebte die Versicherte in Sri Lanka, wo sie eine eigene Wäscherei betrieb. Zuletzt war sie von Juli bis Dezember 2018 als Reinigerin in einem Privathaushalt tätig (Urk. 7/1; Urk. 7/2; Urk. 7/5). Unter Hinweis auf diverse somatische und psychische Beschwerden meldete sie sich am 11. Januar 2019 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/1-2). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische und erwerbliche Situation ab und verneinte nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 7/22-47) mit Verfügung vom 17. September 2020 einen Leistungsanspruch (Urk. 7/49 = Urk. 2).

E. 1.1

Invaliderität 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

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. 1.3

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 psychosoziale 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 verselbständigte 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).

Somit sind psychosoziale und soziokulturelle Faktoren nur mittelbar invaliditätsbegründend, wenn und soweit sie den Wirkungsgrad der unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden Folgen des Gesundheitsschadens beeinflussen. Zeitigen soziale Belastungen direkt negative funktionelle Folgen, bleiben sie bei der Beurteilung der Gesundheitsbeeinträchtigung ausgeklammert (Urteil des Bundesgerichts 8C_717/2018 vom 22. März 2019 E. 3).

Wenn und soweit psychosoziale und soziokulturelle Faktoren zu einer eigentlichen Beeinträchtigung der psychischen Integrität führen, indem sie einen verselbständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder den Wirkungsgrad seiner – unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden – Folgen verschlimmern, können sie sich mittelbar invaliditätsbegründend auswirken (Urteil des Bundesgerichts 9C_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.2 mit Hinweisen).

E. 1.4

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. 1.5

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, GSVer). 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). 2.

E. 2

Die Versicherte erhob am 15. Oktober 2020 Beschwerde gegen die Verfügung vom 17. September 2020 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben, es sei die medizinische Situation zu prüfen und es seien ihre Leistungen der Invalidenversicherung zuzusprechen

(Urk. 1 S. 1).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 23. November 2020 (Urk.

E. 2.1

Die Beschwerdeführerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, dass eine depressive Episode ausgewiesen werde, welche mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit bewirke. Die somatischen Beschwerden seien ausgeheilt und die Behandlungen abgeschlossen. Es sei daher keine gesundheitliche Beeinträchtigung ausgewiesen, welche eine Einschränkung einer Tätigkeit begründe. Somit bestehe kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung (S. 1).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), sie leide an diversen somatischen Beschwerden, wobei sie sich auch in psychiatrische Behandlung habe begeben müssen. Ihr Gesundheitszustand sei nie über längere Zeit stabil gewesen. Stets seien neue Probleme hinzugekommen, wodurch sich auch ihre psychische Verfassung verschlechtert habe (S. 1 f.). Die Aussagen der Beschwerdeführerin seien viel zu allgemein und passten nicht zum Krankheitsverlauf und den gestellten Diagnosen. Die ausgeheilten Knochenbrüche seien nicht der Grund für die Anmeldung bei der Invalidenversicherung gewesen, sondern es gehe um ihre vielen Krankheiten und Symptome, unter denen sie leide und die ihren Alltag beeinträchtigten. Ihre Depressionen dauerten bereits lange und sie sei deswegen nach wie vor in Behandlung. Bei psychischen Leiden komme es nicht auf die Therapierbarkeit an. Zudem stimme die Annahme der Beschwerdeführerin, die depressive Episode würde keine langdauernde Arbeitsunfähigkeit begründen, nicht mit dem Arztzeugnis der behandelnden Psychiaterin überein. Die langanhaltenden und schweren Depressionen hätten sodann dazu geführt, dass sie dem Alkohol nicht widerstehen könne. Dies habe wiederum zur Folge, dass sie unmöglich einer Erwerbstätigkeit nachgehen könne (S. 2 f.).

Sie leide zudem an Leberzirrhosen in fortgeschrittenen Stadien mit angegriffener Milz und Nebenniere sowie an zu hohen Blutzuckerwerten. Diese Krankheitsbilder seien von der Beschwerdeführerin weder erfasst noch beurteilt worden, womit ihr Gesundheitszustand nicht umfassend abgeklärt und beurteilt worden sei. Sie bitte um eine Überprüfung unter Mitberücksichtigung ihrer Beschwerden. Sie werde sich weiteren Untersuchungen unterziehen müssen und stelle zusätzliche Berichte zur Verfügung (S. 3 Mitte).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist demnach der Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin und dabei insbesondere, ob die Beschwerdegegnerin den medizinischen Sachverhalt genügend abgeklärt hat. 3.

3.1

Dr. med. Z.____, Fachärztin für Neurologie sowie für Psychiatrie und Psychotherapie, nannte im Bericht vom 5. April 2018 (Urk. 7/11/13-15) als Diagnose ein akutes Karpaltunnelsyndrom links, wobei Sensibilitätsstörungen vom Daumen bis zum Mittelfinger (DI-DIII) persistierten. 3.2

Dr. med. A.____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates sowie für Handchirurgie, Klinik B.____, berichtete am 27. April 2018 (Urk. 7/11/19) über die am Vortag erfolgte Operation. Diese habe eine offene Dekompression des Nervus medianus links im Karpalkanal und eine partielle Synovektomie der Beugesehnen umfasst. 3.3

Die Psychologinnen der Klinik C.____ nannten im Bericht vom 7. Dezember 2018 (Urk. 7/11/22-24) folgende Diagnosen (S. 1): - Anpassungsstörung, längere depressive Reaktion (ICD-10 F43.21) - Probleme in Verbindung mit Arbeitslosigkeit (Z56) - Probleme in Verbindung mit Wohnbedingungen und ökonomischen Verhältnissen (Z59)

Am Berichtsdatum sei die Patientin zum ersten Mal untersucht worden. Die sie berichte, 13 Jahre in Sri Lanka gelebt und in der eigenen Wäscherei gearbeitet zu haben. Vor rund eineinhalb Jahren habe sie zurück in die Schweiz kommen müssen, da ihr Visum nicht verlängert worden sei. Innerhalb weniger Monate habe sie alles organisieren und das Land verlassen müssen. Zurück in der Schweiz sei sie entgegen ihren Hoffnungen vom Bruder und von der Mutter nicht sehr herzlich empfangen worden. Das Verhältnis zum Bruder sei immer schon schwierig gewesen. Sie habe gehofft, schnell eine Arbeit zu finden und in eine eigene Wohnung ziehen zu können. Leider habe sie trotz über 300 Bewerbungen noch nichts gefunden. Seit Januar 2018 lebe sie von der Sozialhilfe, was ihr sehr unangenehm sei. Hinzu kämen aktuell gesundheitliche Probleme, welche sie sehr belasten würden. Sie fühle sich angespannt und unruhig und leide unter Zukunfts- und Existenzängsten. Langsam werde ihr alles zu

viel (S. 1). 3.4

Die Ärzte der Abteilung Pneumologie/ Somnologie des Spitals D.____ nannten im Bericht vom 28. Dezember 2018 (Urk. 7/11/25-29) folgende, hier verkürzt wiedergegebene Diagnosen (S. 1): - sehr schwere obstruktive Schlafapnoe, Erstdiagnose (ED) November 2018 - nicht-organische Insomnie, ED November 2018 - Bruxismus nächtlich seit mindestens 1995 - Restless-Legs-Symptomatik - klinisch Verdacht auf chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)

In der Polysomnographie vom 21. November

2018 habe sich als Hauptbefund eine sehr schwere obstruktive Schlafapnoe ergeben, so dass bereits eine Automatische Positive Airway

Pressure (APAP) – Therapie eingeleitet worden sei. Zusätzlich sei der Schlaf durch eine kortikale Hyperarousability und die nervliche Anspannung der Patientin regelmässig unterbrochen, was die APAP-Therapie leicht behindere (S. 2 oben). Klinisch sei bei erheblichem Zigarettenkonsum von mindestens 35 Zigaretten pro Tag (py) eine COPD

hoch wahrscheinlich. Die Restless - Legs - Symptomatik sei unter Lymphdrainage nun deutlich gebessert (S. 2 Mitte). 3.5

Die Ärzte der interdisziplinären Notfallstation des D.____ nannten im Bericht vom 17. Januar 2019 (Urk. 7/11/32-33) als Diagnose ein e leicht dislozierte, mehrfrag mentäre, proximale Humerusfraktur rechts. Die Patientin berichte, am Vortag bei einem Stolpersturz auf die rechte Schulter gefallen zu sein (S. 1 oben).

Im Sprechstundenbericht vom 15. Februar 2019 (Urk. 7/11/35-36 = Urk. 7/17/7-8) wurde festgehalten, es sei eine zunehmende Konsolidierung vorhanden, wes halb für die nächsten zwei Wochen eine belastungsfreie Mobilisation empfohlen werde (S. 1 unten). 3.6

Die Ärzte der Klinik B.____ Orthopädie (vorstehend E. 3.2) nannten im Bericht vom 4. April 2019 (Urk. 7/11/37) folgende Diagnosen: - symptomatisches Karpaltunnelsyndrom (CTS) rechts, neurologisch bereits 2018 nachgewiesen - Status nach Karpaldachspaltung links im April 2018 (fecit Dr. A.____) - Status nach subkapitaler Humerusfraktur rechts im Januar 2019, in phy siotherapeutischer Behandlung

Die Patientin berichte von einer zunehmenden Medianus-Symptomatik mit Schmerzen und Dyästhesien , nachdem sie sich im Januar bei einem Sturz einen Bruch an der rechten Schulter zugezogen habe. Trotz zunehmender Heilung der Fraktur habe die Symptomatik an der Hand persistiert. Die Patientin wünsche sobald möglich einen operativen Eingriff.

Der Operationsbericht vom 10. April

2019 (Urk. 7/11/41) dokumentiert die er folgte offene Dekompression des Nervus medianus rechts im Karpalkanal.

Dem Bericht zur Sprechstunde vom 11. April 2019 (Urk. 7/11/40) ist zu entneh men, dass die Patientin bereits von einer symptomatischen Verbesserung berich tet habe. Es bestünden noch leichte Dyästhesien im Bereich des Mittelfingers bei guter Beweglichkeit. 3.7

Dr. Z.____ (vorstehend E. 3.1) führte im Bericht vom 23. April

2019 (Urk. 7/11/43-44) aus, die Patientin sei aufgrund von subjektiven kognitiven Einbussen vorstellig geworden, auch sei sie wiederholt (fast) gestürzt, was ihr Sorge bereitet habe. Es bestünden erhebliche soziale Probleme aufgrund einer bestehen den Arbeitslosigkeit seit 2 Jahren. Es liege eine deutliche Adipositas mit einem aktuellen Gewicht von 110 kg bei einer Grösse von 163 cm vor . Die Patientin trinke täglich Wein oder Bier und konsumiere täglich 20 Zigaretten (S. 1).

In der neurologischen Untersuchung habe sich kein fokal-neurologisches Defizit gezeigt (S. 2 oben). Es gebe sicherlich viele Faktoren, die zu einer Sturzneigung führen könnten. Es bestünden offensichtliche Gefässrisikofaktoren (Nikotinkon sum, Adipositas, erhöhter Alkoholkonsum; vgl. Diagnose S. 1) und eine sehr an gespannte soziale Situation, welche den grössten Einfluss auf die gesundheitliche Situation tragen werde. Wichtig werde sein, dass d ie Patientin wieder Fuss fasse im hiesigen Leben , möglicherweise mit einer Teilarbeitsfähigkeit und Anstellung, was ihr eine Tagesstruktur und eine soziale Integration ver schaffen würde. Dies werde wahrscheinlich ausschlaggebend sein für alles andere (S. 2 Mitte). 3.

E. 6

) die Abweisung der Beschwerde. Mit Gerichtsverfügung vom 1. Dezember 2020 (Urk. 8) wurde dies der Beschwerdeführerin mit der Mitteilung zur Kenntnis gebracht, dass über ihren Antrag auf unentgeltliche Prozessführung (Urk. 1 S. 1) zu einem späteren Zeitpunkt entschieden werde. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 8

Dr. med. E.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, führte in ihrem Bericht vom 7. Juni 2019 (Urk. 7/11/1-6) aus, sie habe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert vom 26. April bis 31. Mai 2018 sowie ab 16. Januar 2019 (S. 2 Ziff. 1.3). Die Problematik sei: Die Patientin sei körperlich beeinträchtigt, stellenlos und habe keine Ausbildung. Die Situation im Arbeitsmarkt sei schwierig, dies verursache die psychische Beeinträchtigung. Aber eine Diagnose allein sei kein Grund für eine ganze Arbeitsunfähigkeit. Eine einfache leichte Teilzeitarbeit sollte möglich sein (Ziff. 2.7). 3.9

Dr. med .

F.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, und lic. phil. G.____, eidgenössisch anerkannter Psychotherapeut, nannte in ihrem Bericht vom 31. Juli 2019 (Urk. 7/14) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 4 Ziff. 2.5): - länger dauernde Depression, mittelgradige- schwere Episode (F32.10) - Verdacht auf COPD, chronische Bronchitis - Asthmaanfälle - Schlafapnoesyndrom - Adipositas - Radius Fraktur loco classico

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie (S. 4 Ziff. 2.6): - Depression seit Monaten - COPD seit einigen Jahren - Schlafapnoesyndrom

Die ambulante Behandlung finde seit dem 3. Januar 2019 statt (S. 2 Ziff. 1.1). Die psychotherapeutischen Sitzungen im 10-tägigen Rhythmus nehme die Patientin zuverlässig wahr (S. 2 Ziff. 1.2). Der Verlauf der bisher attestierten Arbeitsunfähigkeit sehe so aus, dass eine Arbeitsunfähigkeit von 70 bis 100 % ab 3. Januar 2019 fortlaufend attestiert werde, bis wann werde von der Hausärztin eingeschätzt. Die Arbeitsunfähigkeit sei für sämtliche Tätigkeiten im primären Arbeitsmarkt attestiert worden (S. 2 Ziff. 1.3).

Gemäss somatischer Anamnese leide die Patientin unter chronischer Bronchitis und Asthma. Aufgrund des Hustens habe sie bereits zum zweiten Mal eine Rippe gebrochen (S. 3 Ziff. 2.2).

Die Bemühungen der Patientin, wieder Fuss zu fassen, seien bisher gescheitert, weswegen Selbstbewusstsein und Selbstwertgefühl erheblich beeinträchtigt seien. Sie leide unter Zukunftsängsten. Im Rahmen der depressiven Entwicklung hätten sich Resignation und Demotivation entwickelt. Des Weiteren manifestierten sich ein deutlicher Interessensverlust, Freudlosigkeit und erhebliche Schlafstörungen mit akzentuierten Durchschlafstörungen (S. 3 Ziff. 2.1). Auf der Hamilton Depressionsskala (HAMD) erreiche die Patientin 23 Punkte, was auf eine relevante depressive Störung hinweise (S. 3 Ziff. 2.4).

Die Patientin sei aktuell gemäss medizinischer Gesamtbeurteilung zu 100 % arbeitsunfähig. Die psychische und die körperliche Beeinträchtigung schränkten sie derart ein, dass eine Tätigkeit in geschützten Arbeitsstrukturen oder allenfalls ein Belastungstraining prüfenswert seien (S. 4 Ziff. 2.7). Die Einschränkungen akzentuierten sich im Bereich der Kontaktfähigkeit zu Dritten, der Selbstbehauptungsfähigkeit und der Durchhaltefähigkeit (S. 5 Ziff. 3.4). Die bisherige Tätigkeit sei im Rahmen von 2 bis 3 Stunden Haushaltarbeit

zumutbar (S. 6 Ziff. 4.1). Eine dem Leiden angepasste Tätigkeit sei in der aktuellen Situation nur stundenweise zumutbar, sprich etwa 2 Stunden pro Halbtag mit ausreichenden Pausen (S. 6 Ziff. 4.2).

3.10

Die Ärzte der Abteilung Chirurgie des D.____ führten im Bericht vom 12. Oktober 2019 (Urk. 7/17/1-6) aus, die letzte Kontrolle habe am 15. Februar 201

E. 9

stattgefunden (S. 2 Ziff. 1.1; vgl. vorstehend E. 3.5). Die weitere Kontrolle ab dem 15. Februar 2019 sei in der hausärztlichen Sprechstunde erfolgt (S. 2 Ziff. 1.3). 3.11

Dr. med. E.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte in seinem Bericht vom 22. Oktober 2019 (Urk. 7/18) einige somatische Diagnosen auf, die er jedoch allesamt als geheilt bezeichnete (S. 2 Ziff. 2.2). Die Arbeitsfähigkeit in bisheriger und angepasster Tätigkeit könne er nicht beurteilen (S. 1 oben). 3.12

Die Ärzte der Klinik für Kardiologie des Universitätsspitals H.____ berichteten am 18. Dezember 2019 über die Hospitalisation der Beschwerdeführerin vom 13. bis 16. Dezember 2019 (Urk. 7/20/2- 5). Sie nannten folgende Diagnosen (S. 1): - koronare Mikrozirkulationsstörung - Diabetes mellitus Typ II, ED Dezember 2019 - sehr schwere obstruktive Schlafapnoe, ED November 2018 - nichtorganische Insomnie, ED November 2018 - Restless-Legs-Symptomatik - Adipositas (13. Dezember 2019 Body Mass Index [BMI] von 43 kg/m²)

Es habe sich um eine elektive Zuweisung zur Koronarangiographie aufgrund einer typischen Angina Pectoris und Dyspnoe gehandelt (S. 1 unten). Der postinterventionelle Verlauf habe sich komplikationslos gestaltet, die Patientin sei beschwerdefrei verblieben und elektrokardiografisch hätten sich unveränderte Befunde ergeben. Die Patientin habe am 16. Dezember 2019 in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden können. Es werde eine Lifestyle-Modifikation mit Gewichtsreduktion, regelmässiger körperlicher Betätigung sowie gesunder Ernährung empfohlen (S. 2 Mitte). 3.13

Dr. med. I.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), führte in seiner Stellungnahme vom 27. Dezember 2019 (Urk. 7/21 S. 4-6) aus, die Ärzte des D.____ hätten am 12. Oktober 2019 (vorstehend E. 3.10) betreffend die Humeruskopffraktur berichtet, die Nachkontrolle sei abgeschlossen. Zur Weiterbehandlung werde an den Hausarzt verwiesen. Gemäss dem Bericht von Dr. E.____ vom 22. Oktober 2019 (vorstehend E. 3.11) würden verschiedene anamnestisch bekannte Krankheiten oder Beschwerden angegeben, welche allesamt als geheilt beurteilt würden.

Im vorhergehenden Bericht der Psychiaterin Dr. F.____ (vorstehend E. 3.9) sei noch auf verschiedene körperliche Erkrankungen hingewiesen worden, welche im genannten Bericht des Hausarztes nicht bestätigt würden. Ebenso seien die genannten Rippenbrüche wegen Hustens nicht bestätigt worden (S. 5 unten).

Allein mit der Diagnose einer depressiven Episode liege mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kein dauerhaft die Arbeitsfähigkeit einschränkender Gesundheitsschaden vor. Gemäss Bericht der Psychiaterin erhalte die Versicherte seit Januar 2018 Sozialhilfe. Aufgrund der im Bericht genannten verschiedenen inzwischen geheilten Beschwerden sei von den attestierten Arbeitsunfähigkeitszeiten gegenüber dem Sozialamt auszugehen.

Damit liege jedoch mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kein dauerhaft die Arbeitsfähigkeit einschränkender Gesundheitsschaden vor (S. 6 oben). 3.14

Die Ärzte des D.____ führten im Bericht vom 13. Februar 2020 (Urk. 7/33 /1-2) aus, initial sei der Eintritt der Patientin zur Hysterektomie bei grossem, unbekannt gewachsenem Uterus myomatosus geplant gewesen. Die Patientin habe weiter eine schwere COPD. Aufgrund der aktuell internistischen instabilen und nicht suffizient eingestellten gesamten Situation vor allem betreffend Diabetes Mellitus sei der Patientin empfohlen worden, den Eingriff zu verschieben (S. 2 oben). 3.15

Dr. med. J.____ , Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und für Gastroenterologie, führte im Bericht vom 2. März 2020 zur gleichentags durchgeführten Konsultation mit Abdomensonographie und Shear Wave Elastographie (Urk. 7/33/3-4) aus, es ergebe sich der Befund einer Leberzirrhose mit jedoch noch grosser, steatotisch erscheinender Leber (S. 2 oben). Eine primäre Lebererkrankung sei noch auszuschliessen. Die Ursache könne sowohl in der Adipositas als auch nutritiv-toxisch gesehen werden. Eine konsequente Noxenkarenz sei anzuraten, eine Gewichtsreduktion unter ärztlicher Aufsicht sei sicherlich förderlich (S. 2 Mitte). 3.16

Im Bericht vom 28. Juli 2020 (Urk. 7/40) führte Dr. J.____ zur medizinischen Situation bezüglich der Leber aus, es bestehe die Diagnose einer Leberzirrhose Child A, bisher ohne Symptome (S. 2 Ziff. 2.2). Durch diese bestehe derzeit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Ziff. 2.5). Für die Beurteilung des Falles seien die Diagnosen ausserhalb ihres Fachgebiets, gegebenenfalls auch die psychiatrischen Diagnosen, wichtig (S. 5 Ziff. 5). 3.17

Dr. med. K.____ , D.____ , nannte

im Bericht vom 4. August

2020 (Urk. 7/41/3-8) keine pneumologischen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 2.5). Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 2.6) nannte sie ein schweres obstruktives Schlafapnoe-Syndrom (OSAS). Die Behandlung finde gegenwärtig alle 6 Monate statt (Ziff. 1.2). Unter Maskentherapie (vgl. Ziff. 2.2) sei die Patientin in Bezug auf die Schlafapnoe gut eingestellt, betreffend die Insomnie jedoch noch nicht, mit persistierenden Ein- und Durchschlafstörungen. Entsprechend sei die Tagesmüdigkeit noch vorhanden. Wie stark dies im Alltag beeinträchtige, sei mit den gegebenen Untersuchungen nicht beurteilbar (Ziff. 3.4). An der Fahreignung gebe es aus pneumologischer Sicht keine Zweifel (Ziff. 3.6). Wie viele Stunden pro Tag die bisherige oder eine dem Leiden angepasste Tätigkeit zumutbar sei, sei aus pneumologischer Sicht nicht beurteilbar (Ziff. 4.1-2). Im Haushalt sei die Beschwerdeführerin aus pneumologischer Sicht wenig eingeschränkt (Ziff. 4.5). 4. 4.1

In somatischer Hinsicht wurde die spezialärztliche Behandlung der im Januar 2019 erlittenen Humerusfraktur bereits am 15. Februar

2019 abgeschlossen (E. 3.5, E. 3.10). Der Hausarzt Dr. E.____ , in dessen Sprechstunde ab diesem Datum die weitere Kontrolle verlegt worden war, erwähnte die Humerusfraktur am 22. Oktober 2019 (E. 3.11) denn auch nicht mehr weiter. Die Beschwerdeführerin selber gab entsprechend an, die ausgeheilten Knochenbrüche seien nicht der Grund für die Anmeldung bei der Invalidenversicherung gewesen (E. 2.2). Damit dürfte sie auch die potentiellen Rippenbrüche gemeint haben, deren objektives Vorliegen mit dem RAD-Arzt

I.____ (E. 3.13) allerdings ohnehin durch keinen Arztbericht bestätigt wurde .

Eine Leberzirrhose liegt gemäss Berichten von Dr. J.____ vom März und Juli 2020 zwar vor, dies allerdings im leichtesten Stadium (Child A) und bisher ohne Symptome. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit verursache sie entsprechend nicht (E. 3.15-16). Unbelegt ist demgegenüber das Vorbringen der Beschwerdeführerin, wonach sie an Leberzirrhosen in fortgeschrittenem Stadium mit angegriffener Milz und Nebenniere leide (E. 2.2).

In pneumologischer Hinsicht nannte Dr. K.____ im August 2020 keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Unter Maskentherapie sei die Beschwerdeführerin in Bezug auf die Schlafapnoe gut eingestellt. Aufgrund der persistierenden Ein- und Durchschlafstörungen sei die Tagesmüdigkeit noch vorhanden (E. 3.17). Zwar konnte oder wollte Dr. K.____ nicht beurteilen, wie beeinträchtigend die Tagesmüdigkeit sei. Bei weiterlaufender Therapie bezeichnete sie die Insomnie indes als «noch nicht» gut eingestellt, was auf ein gutes Therapiepotential schliessen lässt. Eine allfällige COPD, welche in anderen Berichten als Verdachtsdiagnose (E. 3.4, E. 3.9) formuliert oder als fachfremde Diagnose (E. 3.9, E. 3.14) genannt worden war, wird sodann durch den pneumologischen Bericht von Dr. K.____ nicht bestätigt. Angesichts dessen, dass die Fahrtauglichkeit als zweifellos gegeben erachtete und keine Diagnosen nannte, die Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hätten, erscheint es als unwahrscheinlich, dass die Arbeitsfähigkeit in pneumologischer Hinsicht nachhaltig eingeschränkt wäre.

4.2

Nicht näher einging der RAD-Arzt Dr. I.____ auf die weiteren somatischen Diagnosen koronare Mikrozirkulationsstörung, Diabetes mellitus Typ II (Erstdiagnose im Dezember 2019), Restless-Legs-Symptomatik und Adipositas, welche im Bericht der Kardiologen des H.____ vom 18. Dezember 2019 (E. 3.12) aufgeführt wurden. In kardiologischer Hinsicht konnte die Beschwerdeführerin indes beschwerdefrei und in gutem Allgemeinzustand aus der viertägigen Hospitalisation mit Koronarangiographie entlassen werden und es ergaben sich seither offenbar keine kardiologischen Komplikationen mehr.

Rechtsprechungsgemäss bewirkt eine Adipositas grundsätzlich keine zu Rentenleistungen berechtigende Invalidität

(vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_663/2017 vom 12. Dezember 2017 E. 3.2). Es ist weder aus den im Recht liegenden Arztberichten oder aus der Erwerbsbiografie der Beschwerdeführerin ersichtlich noch wird es von ihr dargetan, inwiefern die Adipositas vorliegend selber die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen oder entsprechende gesundheitliche Schäden verursachen und damit im Sinne der genannten Rechtsprechung ausnahmsweise einen Rentenanspruch begründen würde.

Dass ein Diabetes mellitus Typ 2 in der Regel medikamentös gut einstellbar ist und für sich allein noch keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bewirkt, darf als gerichtsnotorisch bezeichnet werden (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 9C_661/2019 vom 26. Mai 2020 E. 3.2 sowie Urteil des hiesigen Gerichts vom 22. Dezember 2020, Verfahrens-Nr. IV.2019.00466, E. 6.2.3 und E. 6.3.2). Gegen teilige Anhaltspunkte oder insbesondere diabetische Folgeerscheinungen sind vorliegend keine ersichtlich. Weitere Abklärungen in somatischer Hinsicht vermögen somit weder diese Diagnose noch diejenige der ebenfalls gut behandelbaren Restless-Legs-Symptomatik (vgl. E. 3.4) zu

rechtfertigen. 4.3

In somatischer Hinsicht ergibt sich nach dem Gesagten keine relevante dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Diesbezüglich wurde der Sachverhalt durch die Beschwerdeführerin genügend abgeklärt. 4.4

In psychischer Hinsicht diagnostizierten die Psychologinnen in der Klinik C.____ im Dezember

2018 (E. 3.3) eine Anpassungsstörung, längere depressive Reaktion (F43.21). Die ambulante Behandlung wurde danach von Dr. F.____

und lic. phil. G.____

weitergeführt. Als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie Ende Juli 2019 (E. 3.9) eine länger dauernde Depression, mittelgradige-schwere Episode (F32.10). Die gewählte ICD-Codierung entspricht dabei allerdings einer mittelgradigen Episode. Es ist dies nicht die einzige Unstimmigkeit in ihrem Bericht. So erschliesst sich nicht, weshalb sie eine «Depression seit Monaten» auch bei den Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufführte. Ihre Einschätzung, eine dem Leiden angepasste Tätigkeit sei etwa 2 Stunden pro Halbtage zumutbar, widerspricht sodann ihrer «medizinischen Gesamtbeurteilung», wonach die Beschwerdeführerin zu 100% arbeitsunfähig sei. Zur Frage, bis zu welchem Zeitpunkt die 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert werde, wurde sodann auf die Hausärztin verwiesen. Auch diese lieferte indes im Juni 2019 (E. 3.8) keine nachvollziehbare Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ab, indem sie einerseits angab, sie habe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ab 16. Januar

2019 attestiert, und andererseits festhielt, eine einfache leichte Teilzeitarbeit sollte möglich sein.

Psychosoziale Belastungsfaktoren sind oder waren klarerweise vorhanden, nach dem die Beschwerdeführerin mehr oder weniger unverrichteter Dinge aus Sri Lanka abreisen musste, und zurück in der Schweiz weder bei ihrer Familie noch auf dem Arbeitsmarkt willkommen war (vgl. E. 3.3). So hielt Dr. Z.____, welche nicht nur über den Facharztstitel in Neurologie, sondern auch über denjenigen in Psychiatrie und Psychotherapie verfügt, im April 2019 fest, die sehr angespannte soziale Situation habe den grössten Einfluss auf die gesundheitliche Situation, es

sei wichtig, dass die Beschwerdeführerin wieder Fuss fassen im hiesigen Leben (E. 3.7). Dieser Bericht liegt wie derjenige der behandelnden Psychiaterin Dr. F.____

und lic. phil. G.____

vom Juli 2019 indes mittlerweile bereits einige Zeit zurück,

weshalb unklar ist, inwiefern die erwähnten psychosozialen Faktoren und terdessens

noch vorhanden sind und welche Rolle sie gegebenenfalls spielen. Eine klare Abgrenzung dieser Faktoren von der diagnostizierten affektiven Störung wurde zu keiner Zeit vorgenommen, weshalb nicht restlos geklärt ist, ob und inwiefern effektiv eine psychische Störung im Sinne eines verselbständigten Gesundheitsschadens vorliegt. Anzumerken bleibt allerdings, dass schwierige und belastende Umstände oft mit verselbständigten psychischen Störungen einhergehen und deren Vorliegen somit alleine noch nicht in Frage zu stellen vermögen. Vielmehr können sie sich mittelbar invaliditätsbegünstigend

auswirken, indem sie einen verselbständigten Gesundheitsschaden aufrecht erhalten (vgl. vorstehend E. 1.3). 4.5

RAD-Arzt Dr. I.____, ebenfalls Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und somit grundsätzlich zur Beurteilung qualifiziert, zweifelte die Diagnose einer Depression nicht an. Wie er indes zum Schluss gelangte, es liege bei dieser Diagnose mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kein dauerhaft die Arbeitsfähigkeit einschränkender Gesundheitsschaden vor, liess er vollkommen im Dunkeln. Den noch stützte sich die Beschwerdegegnerin auf seine Einschätzung ab, ohne etwa im Einwandverfahren einen aktuellen Bericht der Psychiaterin einzuholen, geschweige denn das höchst richterlich vorgeschriebene strukturierte Beweisverfahren durchzuführen (vorstehend E. 1.4).

Es kann jedoch nur dort von einem strukturierten Beweisverfahren abgesehen werden, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist. Es bleibt dann entbehrlich, wenn im Rahmen beweismässiger fachärztlicher Berichte eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann (BGE 143 V 409 E. 4.5.3).

Wie oben dargelegt, verneint der RAD-Arzt I.____ als qualifizierter Facharzt zwar eine Arbeitsunfähigkeit, begründet dies aber gar nicht. Seiner Einschätzung kann daher kein Beweiswert zukommen (vgl. vorstehend E. 1.2), womit es bereits an der ersten Voraussetzung fehlt, um ausnahmsweise von einem strukturierten Beweisverfahren absehen zu können. Auch an der zweiten Voraussetzung dürfte es mangeln, da die entgegenstehende fachärztliche Einschätzung durch die behandelnde

Psychiaterin Dr. F.____

und lic. phil. G.____

zwar Unstimmigkeiten aufweist (vgl. E. 4.4), ihr jedoch deswegen wohl noch nicht jeglicher Beweiswert abgesprochen werden kann. 4.6

Zusammenfassend kann gestützt auf die medizinischen Berichte nicht ausgeschlossen werden, dass eine von psychosozialen Belastungsfaktoren zu unterscheidende verselbständigte psychische Störung mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vorliegt.

Mangels schlüssiger aktueller fachärztlicher psychiatrischer Beurteilung, welche Auskunft über die Diagnosen, die konkreten Einschränkungen und die daraus resultierende Arbeitsfähigkeit in angestammter und allenfalls angepasster Tätigkeit geben würde, und angesichts der Unmöglichkeit, bei der derzeitigen Aktenlage die erforderliche Indikatorenprüfung (vgl. vorstehend E. 1.4) vornehmen zu können, lässt sich der medizinische Sachverhalt nicht erstellen. 4.7

Damit fehlt es an der Grundlage für einen Entscheid. Die Sache ist daher an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese eine psychiatrische Begutachtung veranlasse, hernach eine neue Beurteilung vornehme und über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin neu verfüge. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen.

5.

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 600.-- festzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

Unter diesen Umständen erweist sich das Gesuch der Beschwerdeführerin um unentgeltliche Prozessführung

(Urk. 1 S. 1) als gegenstandslos. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 17. September 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. 600.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

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

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

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

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

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

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