

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00172 vom 9. Juni 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-06-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2022.00172

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00172 du 9 juin 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00172 del 9 giugno 2015

Erwägungen

E. 1.1

Am 1. Januar 2022 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV), des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) in Kraft getreten.

In zeitlicher Hinsicht sind vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE

146 V 364 E. 7.1 ; 144 V 210 E. 4.3.1, je mit Hinweisen). Da der Zeitpunkt des Invaliditätseintritts (Art. 28 Abs. 1 und Abs. 1 bis IVG) und jener des Rentenanspruchs nicht unbedingt identisch sind, fällt eine Invalidenrente unter das neue Recht, wenn der Anspruchsbeginn ab dem 1. Januar 2022 liegt, auch wenn die Invalidität vor diesem Zeitpunkt eingetreten ist. Neurechtliche Invalidenrenten sind somit Renten, auf die gemäss Art. 29 Abs. 1 und Abs. 2 IVG der Anspruch ab dem 1. Januar 2022 entsteht (vgl. Rz . 1008 des Kreisschreibens zu den Übergangsbestimmungen zur Einführung des linearen Rentensystems

[K S ÜB WE IV] , gültig ab 1. Januar 2022).

Die angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022. Da der frühest mögliche Rentenanspruch vorliegend bereits vor dem 1. Januar 2022 entstanden ist, sind die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die nachfolgend auch in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.3

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.

E. 1.4

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

3 IVV eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat.

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

117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE

133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hierauf zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (Urteil des Bundesgerichts 9C_351/2020 vom 21. September 2020 E. 3.1, insbesondere mit Hinweis auf

BGE 117 V 198 E. 3a ; 109 V 108 E. 2b).

E. 1.5

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 ; Urteil des Bundesgerichts I 659/04 vom 9. Februar 2005 E. 1.1).

2. 2.1

Die IV-Stelle erwog in der angefochtenen Verfügung, dass von der Beschwerdeführerin zuletzt gestellte Leistungsbegehren sei mit Verfügung vom 28. Januar 2020 abgewiesen worden. Im Rahmen der Neuanschuldung vom 14. April 2020 sei keine wesentliche Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten.

Da der behandelnde Arzt eine 80%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit attestiere, könne die Beschwerdeführerin ein rentenausschliessendes Einkommen erwirtschaften. Daran hätten die eingeholten und durch den Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) geprüften Berichte nichts geändert, zumal die darin gestellten unveränderten Diagnosen bereits im Januar 2020 berücksichtigt worden seien (Urk. 2). 2.2

Demgegenüber brachte die Beschwerdeführerin vor, sie leide an grossen Schmerzen und benötige seit mehr als einem Jahr einen Rollator; dennoch passiere es immer wieder, dass ihr Nervensystem versage und sie hin falle. Angesichts dessen sei sie keinesfalls zu 80 % arbeitsfähig. Das Gutachten, auf welches sich die IV-Stelle stütze, sei zudem bereits zwei Jahre alt und die Muttersprache des Gutachters

sei nicht Deutsch, weshalb die Möglichkeit bestehe, dass er das Gegenteil von dem, was er geschrieben habe, gemeint habe (Urk. 1). 3. 3.1

Die IV-Stelle stützte sich beim Erlass der Verfügung vom

28. Januar 2020 (Urk. 9/133) in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf die folgenden Berichte: 3.2

Dem Austrittsbericht des Spitals

Y.____, Klinik für Rheumatologie, vom 3. September 2018 (Urk. 9/104) sind folgende Diagnosen zu entnehmen: - Multilokuläres Schmerzsyndrom - Aggraviert durch psychosoziale Belastungssituation und psychische Morbiditäten (ICD-10: F45.41) - Differentialdiagnose Fibromyalgie (WPI Score: 13 Punkte und Symptom Severity

Scale Score: 10 Punkte (31.08.2018) - Unklare Schulterschmerzen links am ehesten bei Froren

Shoulder, Differentialdiagnose bei PHS Tendinopathie

- Sonographie Schulter links 31.08.2018: wenig Erguss entlang der langen Bizepssehne, ansonsten keine Auffälligkeiten bei begrenzter ROM aufgrund der Froren

Shoulder - Sonographie Schulter links 04/2018: Gelenkerguss und Bursitis über Musculus supraspinatus - MRI Schulter 10/2016: fettige Degeneration der Rotatorenmanschettentmuskulatur

Goutallier 1 - Status nach sono-gesteuerter Infiltration Bursa mit Triamject 20 mg und Rapidocain 20 mg am 25.04.2018 - Lumbospondylogenes Schmerzsyndrom linksbetont - Persistierende Schmerzen bei Status nach Peronealsehnennaht bei Längsruptur sowie Exploration der Syndesmose OSG links am 26.03.2014 - Status nach offener Reposition und Plattenosteosynthese bei lat. Malleolarfraktur Typ Weber B 12/2012 (Kantonsspital Z.____) - Status nach Osteosynthesenmaterialentfernung 07/2013 - Status nach Hemisymptomatik links, aktenanamnestisch am ehesten im Rahmen einer somatoformen Störung - Karpaltunnelsyndrom links (EM 03/2018) - Druckdolenz über hypertropher Thenarmuskulatur und Tabatiere - MRI Hand rechts 06.04.2018: kein Nachweis einer Handwurzelfraktur, regelrechte Gelenksstellungen, keine Hinweise für entzündliche Veränderungen oder eine Sehnenpathologie. Es zeigen sich lediglich gering gradige

subchondrale zystische Knochenmarksveränderungen an der proximalen Basis des Os Lunatum, welche zusammen mit der grenzwertigen Ulna-Plus Variante im konventionellen Röntgenbild zu einem ulnolunären

Impaktionssyndrom passen könnten - Ultraschall Handgelenk rechts am 30.08.2018: leicht verdickter N. medianus rechts (0.7 cm 2), nach Aufklärung und Einwilligung 20 mg Triamject unter sonographischer Steuerung perineural , fecit Dr. med. A.____ , subjektiv deutliche Besserung - Komplexe Angststörung mit generalisierten Ängsten und spezifischen Phobien - Lift, Keller, Dunkelheit, Auto lenken, Trennungsangst - Gegebenenfalls im Rahmen von depressiver Störung - Thalassemia minor - Hypercholesterinämie - Asthma bronchiale

Die behandelnden Ärzte führten aus, die Beschwerdeführerin sei zur rheumatologischen Komplexbehandlung bei multilokalem Schmerzsyndrom mit einem lumbospondylogenen Schmerzsyndrom bei lumbalen Rückenschmerzen und diffusen Ausstrahlungen in das linke Bein, unklaren Schulterschmerzen, Karpaltunnelsyndrom sowie Fussgelenksschmerzen zugewiesen worden. Anamnestisch habe die Beschwerdeführerin im Jahr 2014 an einer Halbseitenlähmung links gelitten und sei nur mit Hilfe eines Rollstuhls mobil gewesen. Diverse Abklärungen im Universitätsspital B.____ hätten keine pathologischen Befunde ausgewiesen; mit einer Rehabilitation habe eine Remission der Halbseitenlähmung und eine Mobilität ohne Gehhilfe erreicht werden können. Im Rahmen des psychologischen Konsils habe sich eine komplexe Angststörung, möglicherweise im Rahmen einer depressiven Erkrankung, gezeigt, welche unter Antidepressiva weitgehend remittiert zu sein scheine. Es bestehe der Verdacht auf eine dissoziative Bewegungsstörung der linken Extremitäten, die wohl teilremittiert sei. In der Gesamtschau der Befunde sei aufgrund einer psychosozialen Belastungssituation, der Schmerz-Aggravation und den psychischen Morbiditäten von einer Schmerzverarbeitungsstörung, die zur Schmerzaufrechterhaltung beitrage, auszugehen. Im Alltag bestünden leichte Einschränkungen.

Der Beschwerdeführerin wurde für die Zeit während des stationären Aufenthaltes eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert und

ab 6. September 2019 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit mit der Möglichkeit regelmässiger Pausen sowie eine vollständige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten leichten Tätigkeit mit wechselnder Belastung (vgl. auch den ärztlichen Bericht zuhanden des Krankentaggeldversicherers AXA Winterthur AG [nachfolgend: AXA] vom 14. September 2018, Urk. 9/106 S. 84 f.) . Dr. med. C.____ , Facharzt für Rheumatologie und Innere Medizin, führte am 29. Januar 2019 mit Verweis auf den Bericht des Spitals Y.____ vom 17. Januar 2019 (Urk. 9/106 S. 78-80) zuhanden der AXA zudem aus, die am 3. September 2018 bescheinigte Arbeitsfähigkeit habe noch immer Bestand, zumal sich keine neuen Fakten oder Erkenntnisse ergäben (Urk. 9/106 S. 77). 3. 3

Der Hausarzt der Beschwerdeführerin, Dr. med. D.____ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, wiederholte in seinem Bericht vom 15. April 2019 (Urk. 9/109) mit Ausnahme der komplexen Angststörung die im Austrittsbericht vom 3. September 2018 (vgl. E. 3.2) aufgeführten Diagnosen. Er attestierte der Beschwerdeführerin eine 80%ige Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit vom 1. April 2019 bis auf weiteres (vgl. aber auch Urk. 9/130, wonach die Beschwerdeführerin ab 1. April 2019 zu 40 % arbeitsfähig sei) . 3. 4

Der Zusammenfassung der ambulanten rheumatologischen Untersuchungen der Beschwerdeführerin im Februar, April, Mai und Juni 2019 im Stadtspital Y.____ vom 27. Juni 2019 (Urk. 9/118) sind die folgenden Diagnosen zu entnehmen: multilokuläres

Schmerzsyndrom, chronische Handgelenksschmerzen rechts, chronische
Schulter Schmerzen links, chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom linksbetont,
chronische Beinschmerzen links, komplexe Angststörung, Asthma bronchiale, Thalassemia
minor sowie Hypercholesterinämie. Die Ärzte hielten zunächst fest, da die chronischen
Beinbeschwerden über die Jahre hinweg beurteilt und therapiert worden seien, sei im
Stadtspital Y.____ keine erneute Diagnostik erfolgt. Hinsichtlich der Handgelenkschmerzen
rechts führten sie aus, das Karpaltunnelsyndrom habe sich neurologisch nicht nachweisen
lassen. Es bestehe eine ausgeprägte chronische Schmerzsituation, die auch aus rheumatolo
gischer Sicht bei stets unauffälliger klinischer Untersuchung, unauffälligem MRI der
rechten Hand im April 2018 und unauffälliger neurologischer Untersuchung im Februar
2019 nicht erklärbar sei. Möglich sei differentialdiagnostisch eine ausgeprägte
somatoforme Schmerzverarbeitungsstörung. Zu den chronischen Schulter Schmerzen hielten
sie fest, es bestehe eine fast vollständige Bewegungseinschränkung aufgrund gefürchteter
Schmerzauslösung mit konsekutivem Neglect der linken Schulter. Eine eindeutige Frozen
Shoulder würde in der jetzigen Abschlussbeurteilung nicht gesehen, da die Schulter passiv
in allen Richtungen frei beweglich sei. Eine mechanische Einschränkung, wie sie bei einer
Frozen

Shoulder mit konsekutiver Kapsulitis vorkomme, bestehe somit nicht. Auch hier sei bei
ansonsten weitgehend unauffälliger Bildgebung und fehlendem Fortschritt unter
physiotherapeutischer Behandlung rheumatologisch keine eindeutige Pathologie fassbar.
Aus rheumatologischer Sicht wurde der Beschwerdeführerin ab 19. Juni 2019 eine 80%ige
Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit mit der Möglichkeit regelmässiger Pausen
bescheinigt, wobei diese Tätigkeit die weitgehende Funktionseinschränkung der rechten
Hand, der linken Schulter sowie des linken Beines beinhalte. 3. 5

Dr. med. E.____ führte in seinem Bericht vom 16. September 2019 (Urk. 9/121) aus, er sehe
die Beschwerdeführerin alle ein bis zwei Monate. Sie berichte über diverse soziale
Probleme und Belastungen, klage sehr häufig über körperliche Beschwerden und
Einschränkungen, kritisiere die behandelnden Ärzte und das Gesundheitssystem der
Schweiz. Sie habe ausziehen müssen, erlebe finanzielle Engpässe und könne sich nicht
beim Sozialamt anmelden, da sie ein Einbürgerungsverfahren durchlaufe. Dr. E.____
diagnostizierte eine leichte bis mittelgradige depressive Episode, derzeit teilremittiert
(ICD-10: F32.0), sowie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen
Faktoren (ICD-10: F45.41), letztere ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Die aktuelle
Tätigkeit als Kioskangestellte sei der Beschwerdeführerin während sechs Stunden täglich
zumutbar, dasselbe gelte für eine leidensangepasste Tätigkeit. Ungeachtet der somatischen
und teilweise psychischen Beschwerden habe die Beschwerdeführerin bislang keine grosse
Mühe gehabt, eine für sie passende Tätigkeit zu finden. 4.

E. 4

Am 14. April 2020 meldet sich die Versicherte abermals bei der IV-Stelle zum
Leistungsbezug an (Urk. 9/134). Auf Aufforderung der IV-Stelle hin (Urk. 8/136) reichte
die Versicherte einen Arztbericht ein (Urk. 9/138), woraufhin ihr die IV-Stelle mit
Vorbescheid vom 26. Juni 2020 ein Nichteintreten in Aussicht stellte (Urk. 9/145).

Am 10. August 2020 beantragte die Versicherte bei der IV-Stelle Hilfsmittel in Form eines
Rollators (Urk. 9/157), wofür die IV-Stelle am 3. September 2020 Kostengutsprache
erteilte (Urk. 9/167).

Im Anschluss an ihren Einwand

vom 5. Juli 2020 (Urk. 9/147 f.) auf den Vorbescheid vom 26. Juni 2020 (Urk. 9/145) reichte die Versicherte

weitere Arztberichte zu den Akten (Urk. 9/160 , 9/171) .

Die IV-Stelle tätigte sodann ihrerseits medizinische Abklärungen (Urk. 9/176 , 9/182 , 9/198) , gewährte der Versicherten das rechtliche Gehör (Urk. 9/183-186, 9/192 f. , 9/199 f.) und verneinte mit Verfügung vom 7. März 2022 einen Anspruch der Versicherten auf eine Invalidenrente (Urk. 2 [= Urk. 9/202]). 2.

Dagegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom 21. März 2022 Beschwerde und beantragte sinngemäss die Aufhebung der angefochtenen Verfügung sowie die Zusprache einer Invalidenrente. In prozessualer Hinsicht ersuchte sie um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung (Urk. 1). Mit Eingabe vom 19. April 2022 (Poststempel) reichte die Beschwerdeführerin sodann das Formular zur Abklärung der prozessualen Bedürftigkeit samt Beilagen zu den Akten (Urk. 6 und 7/1-2; vgl. auch Urk. 10). Die IV-Stelle schloss mit Beschwerdeantwort vom 13. Mai 2022 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 8), worüber die Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 16. Mai 2022 in Kenntnis gesetzt wurde (Urk. 11). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 4.1

Im Rahmen der Neuanmeldung vom 14. April 2020 lagen die folgenden Berichte auf:

E. 4.2

Der Hausarzt der Beschwerdeführerin, Dr. D.____ , ergänzte im Bericht vom 4. Mai 2020 (Urk. 9/138) die Diagnosen um ein chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom sowie um eine chronische HWS/BWS-Schmerzsymptomatik linksbetont und erklärte, es werde weiterhin eine Arbeitsfähigkeit von 80 % für eine angepasste Tätigkeit mit der Möglichkeit von regelmässigen Pausen attestiert. Er hielt überdies fest, aufgrund der immobilisierenden chronischen Schmerzen sei die Beschwerdeführerin vom 5. Februar 2020 bis 31. Mai 2020 vollständig arbeitsunfähig. 4. 3

Im (provisorischen) Austrittsbericht des Universitätsspitals B.____ vom 29. Juni 2020 (Urk. 9/160 S. 9-16) wurden folgende Diagnosen genannt: - Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) - Fibromyalgisches Schmerzsyndrom - Chronisches lumbovertebrales bis lumbospondylogenes Schmerzsyndrom - Chronisches zerviko -/ thorakovertebrales Schmerzsyndrom - Schulterschmerzen links - Haltungsinsuffizienz, linkskonvexe Skoliose, Beckenhochstand rechts, Schulterhochstand links - Verdacht auf adhäsive Kapsulitis links bei Degeneration der Rotatoren manschettenmuskulatur - Karpaltunnelsyndrom rechts - Beginnende Coxarthrose beidseits - Im Segment L4/5 zirkuläre Bandscheibenprotrusion mit rezessalem Kontakt zu L5 beidseits - Somatisierungsstörung und Schmerzverarbeitungsstörung sowie Analgesieübergebrauch - Verdacht auf undifferenzierte Somatisierungsstörung mit dissoziativen Elementen (Differentialdiagnose: ICD-10: F45.1) - Verdacht auf adhäsive Schulterkapsulitis (Frozen

Shoulder) links (EM 2016) - Persistierendes Schmerzsyndrom bei Status nach Peronealsehnennaht bei Längsruptur sowie Exploration der Syndesmose OSG links 26.03.2014 - Verdacht auf dissoziative Störungen (Konversionsstörungen) -

Karpaltunnelsyndrom rechtsseitig - Nierenzysten rechts - Zysto-Rectozele Grad II - Thalassämie minor - Migräne ohne Aura seit 12 Jahren, Differentialdiagnose Spannungskopf schmerz - Asthma bronchiale

Die Ärzte führten aus, die somatischen Befunde hätten die demonstrierten Schmerzen nicht befriedigend erklären können. Im Rahmen der psychiatrischen Beurteilung hätten sich vor allem eine maladaptive Kognition (gedankliche Einengung auf das Schmerzerleben, Katastrophisieren von Körperempfindungen und Krankheitsfolgen), geringe Erwartungen an die Selbstwirksamkeit (Passivität, Selbstlimitierung), emotionale Belastungen und die Überzeugung, körperlich nicht mehr belastbar zu sein (Wunsch nach vorzeitiger Berentung, sozialer Rückzug), gezeigt. Die früher beschriebenen Symptome einer Angststörung seien gegenwärtig nicht objektivierbar gewesen. Die Beschwerdeführerin habe sich gegenüber dem Einbezug der psychologischen Faktoren in ihr Krankheitsmodell nur bedingt offen gezeigt. Erschwerend sei hinzugekommen, dass sie für sämtliche Alltagsaktivitäten Unterstützung aus dem Umfeld erhalte, was das stark verminderte Aktivitätslevel und das mangelhafte Selbstmanagement bei reduzierter Selbstwirksamkeit zu unterstützen scheine.

4. 4

Die vorstehend aufgeführten Diagnosen sind auch dem Austrittsbericht der F.____ der RehaZentren G.____ vom 10. August 2020 zu entnehmen (Urk. 9/160 S. 1-8).

Die Ärzte legten dar, nach ausführlicher klinisch-radiologischer Abklärung im Universitätsspital B.____ erkläre das organische Korrelat die ausgeprägte Schmerzsituation nicht vollständig. Die Beschwerdeführerin habe trotz des intensiven Therapieprogrammes und der medizinischen Behandlung kaum eine Verbesserung der Symptomatik und des körperlichen Zustandes erreichen können. Sie habe von der stationären Rehabilitation wenig profitieren können, sei indes am 10. August 2020 in stabilem Allgemeinzustand nach Hause entlassen worden.

4. 5

Im Austrittsbericht der Psychiatrischen Klinik H.____ vom 6. Oktober 2020 (Urk. 9/176 S. 7-11) sind die Diagnosen einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (gemäss Austrittsbericht USZ), ICD-10: F45.41, sowie einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10: F32.1) aufgeführt. Es wurde beschrieben, die bei Eintritt geschilderten psychotischen Symptome hätten nicht objektiviert werden können. Die Beschwerden seien bei der Beschwerdeführerin eher auf der somatischen Ebene anzusiedeln, auch liege eine Hospitalisierungstendenz vor, sodass von einer weiteren stationären psychiatrischen Behandlung abgeraten werde. Es werde empfohlen, den Fokus auf die soziale Integration sowie die Alltagsbewältigung zu legen (vgl. auch den Kurzaustrittsbericht vom 3. September 2020, Urk. 9/171). Vom 19. August 2020 bis 3. September 2020 sei die Beschwerdeführerin vollständig arbeitsunfähig gewesen (Urk. 9/182).

E. 4.4

). Auch dem Austrittsbericht des Universitätsspitals B.____ ist keine Verschlechterung zu entnehmen, vielmehr konnten die somatischen Befunde die demonstrierten Schmerzen nicht befriedigend erklären (vgl. E. 4.3). Bereits im Jahr 2019 liess sich das Karpaltunnelsyndrom neurologisch nicht nachweisen, auch war die Schmerzsituation aus rheumatologischer Sicht bei unauffälliger klinischer Untersuchung, unauffälligem MRI sowie unauffälliger neurologischer Untersuchung nicht erklärbar, was ebenso für die

Schulterbeschwerden gilt, zumal eine weitgehend unauffällige Bildgebung bestand und Fortschritte unter physiotherapeutischer Behandlung ausblieben, weshalb rheumatologisch keine eindeutige Pathologie fassbar war (vgl. E. 3.4).

Dies wurde überdies bereits im September 2018 festgestellt (vgl. E. 3.2).

Bestätigt wird diese Einschätzung auch durch den behandelnden Psychiater der Beschwerdeführerin, Dr. E.____. Er hielt im September 2019 nicht nur fest, die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren habe keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin (vgl. E. 3.5), sondern führte darüber hinaus im November 2020 aus, es sei eine verdeutlichende Tendenz der Beschwerden zu beobachten (vgl. E. 4. 6) und ergänzte im September 2021, teilweise sei eine Aggravation der Beschwerden zu beobachten (vgl. E. 4. 6) . Darüber hinaus wies er auf zahlreiche psychosoziale Faktoren hin, was auch von den Ärzten am Universitätsspital B.____ bestätigt wurde, welche eine maladaptive Kognition, geringe Erwartungen an die Selbstwirksamkeit, emotionale Belastungen sowie eine Überzeugung, körperlich nicht mehr belastbar zu sein, anführten und das stark verminderte Aktivitätslevel und das mangelnde Selbstmanagement bei reduzierter Selbstwirksamkeit der Unterstützung durch das Umfeld zu schreiben (vgl. E. 4. 3). Schliesslich merkten auch die Ärzte an der Psychiatrischen Klinik H.____ an, die psychotischen Symptome hätten nicht objektiviert werden können, es liege eine Hospitalisierungstendenz vor, weshalb empfohlen werde, den Fokus auf die Alltagsbewältigung zu legen (vgl. E. 4. 5).

Auch mit Blick auf die von Dr. E.____ diagnostizierte leichte bis mittelgradige depressive Episode (vgl. E. 3.5) ist eine wesentliche Verschlechterung zu verneinen, hielt dieser doch sowohl im November 2020 als auch am 8. September 2021 an der Diagnose und der attestierten 80 %igen Arbeitsfähigkeit fest und beschrieb überdies gar eine Verbesserung des Gesundheitszustandes (vgl. E. 4. 6). 5.2.2

Weiter läuft der Einwand der Beschwerdeführerin, sie benötige einen Rollator und falle dennoch immer wieder hin, weil ihr Nervensystem versage, ins Leere, zumal

Dr. E.____ am 8. September 2021 explizit ausführte, der Rollator wirke angesichts der gesamten körperlichen Situation und der Vorgeschichte etwas demonstrativ und nicht angemessen (vgl. E. 4. 6),

und weder

im Bericht der F.____

noch in demjenigen des Universitätsspitals B.____

entsprechende

motorische Ausfälle oder Stürze beschrieben wurden (vgl. E. 4.4 und E. 4. 3) . 5.2.3

Ebenso wenig verfährt der Einwand, das Gutachten, auf welches sich die IV-Stelle stütze, sei zwei Jahre alt und die

Muttersprache des Gutachters sei nicht Deutsch. So befindet sich in den Akten weder ein Gutachten noch ist ersichtlich, inwiefern – sofern sich der Einwand auf die RAD-Stellungnahmen beziehen sollte – den RAD-Ärzten

I.____, J.____ oder K.____ die deutsche Sprache Schwierigkeiten bereiten sollte. 5.2.4

Schliesslich vermag die Beschwerdeführerin insbesondere angesichts der Ausführungen von Dr. E.____ und den Ärzten des Universitätsspitals B.____ (vgl. E. 5.2. 1) auch aus der durch ihren Hausarzt Dr. D.____ bescheinigten

E. 4.6

Dr. E.____ stellte in seinem Bericht vom 4. November 2020 (Urk. 9/176 S. 1-6) dieselben Diagnosen wie im Bericht vom 16. September 2019 (vgl. E. 3.6). Er legte dar, eine verdeutlichende Tendenz der Beschwerden sei zu beobachten, histrionische Persönlichkeitszüge seien erkennbar. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit wie derholte er seine im Bericht vom 16. September 2019 gemachten Ausführungen.

Im Verlaufsbericht vom 8. September 2021 (Urk. 9/198) notierte Dr. E.____ , der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich seit dem 4. November 2020 verbessert. Die Beschwerdeführerin erscheine mit einem Rollator, was angesichts der gesamten körperlichen Situation und der Vorgeschichte etwas demonstrativ und nicht angemessen wirke. Sie klagte über Ungerechtigkeiten seitens der Behandler und Behörden, sämtliche somatischen Behandlungen seien erfolglos. Eine Verdeutlichungstendenz, teils eine Aggravation der Beschwerden, sei zu beobachten, auch seien histrionische Persönlichkeitszüge erkennbar. Er wiederholte abermals seine ursprünglich getätigten Ausführungen hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit, bei einer um 25 % verminderten Leistungsfähigkeit. Zudem hielt er fest, für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sollte vorwiegend die somatischen Erkrankungen und Beschwerden berücksichtigt werden. 5 . 5 .1

Vorliegend strittig und zu prüfen ist die Frage, ob eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin eingetreten ist (vgl. E. 1.5). Die IV-Stelle verneinte eine solche und stütze sich bei ihrem Entscheid im Wesentlichen auf die Stellungnahme von RAD-Arzt Dr. med. I.____ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie, vom 11. Januar 2022 (Urk. 9/201 S. 8). Dieser hielt mit Verweis auf die RAD-Stellungnahmen vom 20. und 26. November 2019 fest, im Rahmen der Neuanmeldung seien keine neuen, unberücksichtigt gebliebenen medizinischen Fakten respektive Tatsachen vorgebracht worden, vielmehr seien sämtliche Diagnosen bereits in den erwähnten Stellungnahmen berücksichtigt worden , weshalb eine Ergänzung dieser Stellungnahmen nicht erforderlich sei .

RAD-Arzt med. pract . J.____ , Facharzt für Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie, hatte in seiner Stellungnahme vom 20. November 2019 (Urk. 9/123 S. 4-6) aus geführt , gemäss den Akten bestehe aus somatisch-rheumatologischer Sicht nach kurzer Arbeitsunfähigkeit eine vollständige Arbeitsfähigkeit. Aus psychiatrischer Sicht liege aufgrund einer teilremittierten depressiven Störung eine Leistungseinschränkung von 25 % vor. Entsprechend sei die Beschwerdeführerin in einer angepassten Tätigkeit zu 75 % arbeitsfähig , möglich sei zudem eine Verbesserung des Gesundheitszustandes aus psychiatrischer Sicht . Die aus somatischer Sicht 100%ige Arbeitsfähigkeit bestätigte RAD-Ärztin med. pract . K.____ , Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, in ihrer Stellungnahme vom 26. November 2019 (Urk. 9/123 S. 6) und hielt fest, die Schulterschmerzen seien als unklar bezeichnet worden, eine eindeutige Pathologie habe weder sonographisch noch per MRI gefunden werden können, das Karpaltunnelsyndrom sei einer konservativen Therapie gut zugänglich und die lumbalen Schmerzen seien als diffus und ohne sensomotorische Ausfälle beschrieben worden . Die

funktionell leichten Einschränkungen im Alltag seien vor allem auf das geklagte Schmerzsyndrom zurückzuführen. Hausarzt Dr. D.____ beschreibe überdies im Wesentlichen dieselben Befunde, beurteile allerdings die Arbeitsfähigkeit anders, was auf die besondere Vertrauensstellung zwischen Arzt und Patient zurückzuführen sei.

Entsprechend verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 7. März 2022 (Urk. 2) bei einer 80%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit einen Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente . 5 .2 5.2.1

Was die Beschwerdeführerin hiergegen vorbrachte, vermag die vorgenannte Einschätzung nicht in Frage zu stellen. Die von ihr pauschal umschriebenen grossen Schmerzen vermögen für sich allein keine relevante Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes zu begründen .

Eine solche ist angesichts des Umstandes, dass sämtliche Diagnosen bereits im Zeitpunkt der rentenverneinenden Verfügung vom 28. Januar 2020 vorlagen und diesbezüglich von den Ärzten keine Verschlechterung festgehalten

wurde , zu verneinen .

So

konnte in der F.____ zwar trotz intensiver Therapie und Behandlung keine Verbesserung des Zustandes erreicht werden, allerdings wurde die Beschwerdeführerin in stabilem Allgemeinzustand nach Hause entlassen (vgl. E.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art.

E. 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. 10

0%igen Arbeitsunfähigkeit für die Zeit vom 5. Februar 2020 bis 31. Mai 2020 nichts zu ihren Gunsten abzuleiten, zumal

Dr. D.____ am 4. Mai 2020 noch für die Zeit vom 22. Oktober 2019 bis 4. Februar 2020 zunächst eine 80%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit attestiert hatte und – bei gleichbleibenden Diagnosen – ab 5. Februar 2020 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestierte (vgl. E. 4.2) , was angesichts der weitgehend unauffälligen radiologischen Befunde, der gut vertragenen Infiltration und der damit einhergehenden höchstens vorübergehenden kurzzeitigen Verschlechterung des Gesundheitszustandes nicht nachvollziehbar ist (vgl. Urk. 9/138 S. 5 f.) . In diesem Zusammenhang ist in Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten überdies auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass

diese mit unter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5; 125 V 351 E. 3b/cc). 5.3

Nach dem Gesagten ist mit dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die Beschwerdeführerin in einer angepassten Tätigkeit mit der Möglichkeit von regelmässigen Pausen zu 80 % arbeitsfähig ist. 6.

Zu prüfen bleibt, wie sich die 80%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit in erwerblicher Hinsicht auswirkt.

Auf der Grundlage einer 80%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit erübrigt sich ein ordentlicher Einkommensvergleich, zumal sowohl das Validen- als auch das Invalideneinkommen der Beschwerdeführerin – angesichts ihrer fehlenden beruflichen Ausbildung (Urk. 9/93), ihren bisherigen ausgeübten Tätigkeiten beispielsweise als Hilfsköchin oder als Verkäuferin in einem Pizza Take-Away-Geschäft (Urk. 9/106 S. 71 und S. 95, vgl. auch Urk. 9/140) sowie der dadurch bedingten Qualifikation für eine Hilfstätigkeit – gestützt auf derselben Bemessungsgrundlage zu bestimmen ist (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_463/2012 vom 3. August 2012 E. 4.2 sowie 8C_148/2017 vom 19. Juni 2017 E. 4 unter Hinweis auf Urteil 9C_675/2016 vom 18. April 2017 E. 3.2.1).

Der Invaliditätsgrad liegt demnach bei rentenausschliessenden 20 % (vgl. E. 1.3), zumal weder Gründe für einen Abzug vom Invaliden-Tabellenlohn (BGE 126 V 75) ersichtlich sind noch solche von der Beschwerdeführerin geltend gemacht werden. Folglich ist die angefochtene Verfügung vom 7. März 2022 (Urk. 2) nicht zu beanstanden, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist. 7. 7.1

Die Beschwerdeführerin beantragte die Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung (Urk. 1).

Gemäss § 16 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) wird einer Partei, der die nötigen Mittel fehlen und deren Begehren nicht aussichtslos erscheint, in kostenpflichtigen Verfahren auf Gesuch die Bezahlung von Verfahrenskosten erlassen.

Die Bedürftigkeit der Beschwerdeführerin ist ausgewiesen, da sie von der öffentlichen Sozialhilfe unterstützt wird (Urk. 10). Weil der Prozess zudem nicht als gänzlich aussichtslos einzustufen ist, sind die Voraussetzungen zur Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung erfüllt. 7.2

Die Verfahrenskosten sind auf Fr. 600.-- festzusetzen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ausgangsgemäss der Beschwerdeführerin aufzuerlegen, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. 7.3

Die Beschwerdeführerin wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen, wonach sie zur Nachzahlung der ihr erlassenen Gerichtskosten verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist. Das Gericht beschliesst: In Bewilligung des Gesuches vom 21. März 2022 wird der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Prozessführung gewährt, und erkennt sodann: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4

GSVGer hingewiesen. 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, zuzu stellen.

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 VogelBöhme

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