

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00579 vom 29. März 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-03-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00579

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00579 du 29 mars 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00579 del 29 marzo 2018

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). 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

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder 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, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E.

3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C_261/2009 vom 11. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E.

3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 2.1 mit Hinweisen).

E. 1.3

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer

materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und prozessualen Revision (BGE 134 V 131 E. 3 und 133 V 108 E. 5.4 mit Hinweis). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist eine Verfügung verzichtbar, wenn bei einer von Amtes wegen durchgeführten Revision keine leistungsbeeinflussende Änderung der Verhältnisse festgestellt wurde (Art. 74 ter

lit. f der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV) und die bisherige Invalidenrente daher weiter ausgerichtet wird. Wird auf entsprechende Mitteilung hin keine Verfügung verlangt (Art. 74 quater IVV), ist jene in Bezug auf den Vergleichszeitpunkt einer (ordentlichen) rechtskräftigen Verfügung gleichzustellen (Urteile des Bundesgerichts 9C_771/2009 vom 10. September 2010 E. 2.2 und 9C_586/2010 vom 15. Oktober 2010 E. 2.2 mit Hinweisen).

E. 1.4

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. 2

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin .

Die IV-Stelle schloss in ihrer Beschwerdeantwort vom 26. Juni 2017 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 4) , was der Beschwerdeführerin am 27. Juni 2017 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 6). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die Abweisung des Rentenerhöhungsbegehrens damit (Urk. 2 S. 2) , dass die Abklärungen aufgrund des Erhöhungsgehalts vom 15. Oktober 2016 zwar ergeben hätten, dass sich die gesundheitliche Situation verändert habe, sich diese Veränderung jedoch nicht wesentlich auf das Belastbarkeitsprofil auswirke und die neu hinzugekommenen Beschwerden die Arbeitsfähigkeit nicht weiter einschränkten. Gemäss den früheren ärztlichen Berichten und dem Belastungsprofil im Feststellungsblatt vom 4. Oktober 2010 sei von einer Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit von 50 % auszugehen, in den neuen Berichten seien keine neuen Diagnosen aufgeführt und das Belastungsprofil bleibe unverändert. Bei einer Arbeitsfähigkeit von 50 %

bestehe somit weiterhin Anspruch auf die halbe Invalidenrente .

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1 S. 6 f.), Dr. med. Y. ____, Rheumatologie und Innere Medizin, habe im Bericht vom 1. November 2016 ausgeführt, dass sich ihr Gesundheitszustand verschlechtert habe, und zwar seit sieben bis acht Monaten, und dabei auf ihren Bericht vom 30. Juni 2016 verwiesen

. Es sei deshalb unverständlich, wie die Beschwerdegegnerin beziehungsweise ihr RAD zum Schluss komme, die funktionellen Befunde hätten sich im Vergleich mit den Vorbefunden nicht wesentlich verändert respektive das Belastungsprofil sei unverändert geblieben.

Aufgrund der ausgewiesenen Verschlechterung könne der Anspruch nicht mittels eines RAD-Aktenberichts abgelehnt werden, sondern es sei eine Begutachtung in die Wege zu leiten.

Vergleichsbasis seien auch nicht die Berichte aus dem Jahr 2008 bzw. 2009, da die Mitteilungen die ursprüngliche Rentenverfügung bloss bestätigt hätten. Massgebend für den Vergleich sei der Zeitpunkt der leistungszurechnenden Verfügung im März 2004.

E. 3

Als Ausgangspunkt einer anspruchserheblichen Änderung im Revisionsverfahren ist vorab der zeitliche Referenzpunkt zu ermitteln (vgl. E. 1.3).

E. 3.1

Die Akten ergeben hierzu, dass das letzte Rentenrevisionsverfahren mit Mitteilung vom 23. September 2015 abgeschlossen worden war (Urk. 5/55), bevor die Beschwerdeführerin am 15. Oktober 2016 um eine Rentenerhöhung ersuchte (Urk. 5/60). Das damalige Revisionsverfahren leitete die Beschwerdegegnerin durch Zustellung des Revisionsfragebogens am 23. Januar 2015 ein (Urk. 5/45). Im Abklärungsverfahren wurden ein Auszug aus dem Individuellen Konto (IK; Urk. 5/48), ein Bericht des behandelnden Arztes, Dr. med. Z. ____, FMH für Rheumatologie, Physikalische Medizin und Rehabilitation, Manuelle Medizin, Medizinische Kräftigungstherapie, vom 7. Juli 2015 (Urk. 5/49/1-5), ein Bericht der A. ____, vom 23. April 2015 (Urk. 5/49/6), weitere Arztberichte über eine Schmerztherapie mit Infiltrationen im Juli und August 2013 (Urk. 5/49/7-8) und Berichte des B. ____, über ein MRI vom 3. November 2009 sowie ein Bericht über eine Infiltration im Dezember 2009 (Urk. 5/49/9-10) eingeholt. Im Weiteren tätigte die Beschwerdegegnerin Abklärungen in Bezug auf die zuletzt ausgeübte Erwerbstätigkeit (Urk. 5/50), wobei die Beschwerdeführerin mitteilte, dass sie zurzeit arbeitslos sei, die Bar, in der sie gearbeitet habe, im Juni 2015 geschlossen worden sei, sie im Februar 2015 den Fuss gebrochen habe, bis Mitte Mai 2015 ein Taggeld der Unfallversicherung bezogen habe und sich nun beim RAV für eine neue Stelle melde (Urk. 5/51). Im Folgenden zog die Beschwerdegegnerin auch Akten der Unfallversicherung bei (Urk. 5/53). Auf diesen Grundlagen erfolgte die Mitteilung des unveränderten Anspruchs auf die bisherigen Leistungen vom 23. September 2015 (vgl. Feststellungsblatt für den Beschluss; Urk. 5/54).

E. 3.2

Die Beschwerdegegnerin hat damit den rechtserheblichen Sachverhalt im von Amtes wegen angehobenen Rentenrevisionsverfahren eingehend abgeklärt und einer materiellen Prüfung unterzogen. Nachdem die Abklärungen aufgrund der durchgeführten Revision

keine leistungsbeeinflussende Änderung der Verhältnisse ergeben hatten (Art. 74

lit. f IVV) und die bisherige Invalidenrente daher weiter ausgerichtet wurde, war die Beschwerdeführerin auch befugt das Revisionsverfahren mittels Mitteilung abzuschliessen (vgl. E. 1.3 hiavor).

Dabei ist unbestritten, dass nach Eröffnung der Mitteilung vom 23. September 2015 die Beschwerdeführerin keine Verfügung verlangt hat (Art. 74 quater IVV), weshalb sie in Bezug auf den Vergleichszeitpunkt einer (ordentlichen) rechtskräftigen Verfügung gleichzustellen ist (Urteile des Bundesgerichts 9C_771/2009 vom 10. September 2010 E. 2.2 und 9C_586/2010 vom 15. Oktober 2010 E. 2.2 mit Hinweisen; zum Ganzen vgl. E. 1.4 hiervor).

E. 3.3

Der zeitliche Referenzpunkt der anspruchserheblichen Änderung bildet damit die Mitteilung vom 23. September 2015 und die entsprechenden Verhältnisse, wie sie in diesem Zeitpunkt vorgelegen haben.

E. 4

Dem Revisionsentscheid vom 23. September 2015 lagen insbesondere die folgenden Arztberichte zugrunde:

E. 4.1.1

Im Bericht des B.____ vom 3. November 2009 (Urk. 5/49/10) über das am gleichen Tag durchgeführte MRI der LWS (Magnetresonanztomographie der Lendenwirbelsäule) ersah die Ärzte eine leichte Chondrose L2/L3 und L5/S1, eine kleine mediolaterale linksseitige Diskushernie L5/S1 ohne wesentliche Einengung des Spinalkanals oder der Neuroforamina, ohne eine nachweisbare Nervenwurzelkompression und ohne eine abgrenzbare posttraumatische ossäre Läsion.

E. 4.1.2

In einem weiteren Bericht vom 8. Dezember 2009 (Urk. 5/49/9) über die am selben Tag erfolgte computertomografisch gesteuerte periradikuläre Infiltration auf Höhe L5/S1 hielten die Ärzte die problemlose Infiltration fest, wobei sich ausgeprägte Schmerzen während der Behandlung danach rasch gelöst hätten.

E. 4.2.1

Dr. med. C.____

Facharzt FMH für Anästhesie und Intensivmedizin, Schmerztherapie hielt im Bericht vom 18. Juli 2013 (Urk. 5/49/8) die Diagnosen Zervikobrachialgie links bei multisegmentalen degenerativen Veränderungen mit Unkarthrosen / Foramina stenosen fest. Die therapieresistenten Schmerzen behandelte er mit einer Infiltration der Facettengelenke und retransneurale auf Höhe C5/6, C6/7. Es wurde ein komplikationsloser Verlauf festgehalten.

E. 4.2.2

Im Bericht vom 8. August 2013 (Urk. 5/49/7) wies Dr. C.____ auf Foramina stenosen, Spondylarthrosen zervikal und zervikoradikulär und therapieresistente Schmerzen auf Höhe C7 linksbetont hin. Die Prozedur (Infiltration auf Höhe C6/7 links) habe die Beschwerdeführerin komplikationslos überstanden und die Neurokontrolle habe weiterhin eine unveränderte Schwäche beim Fingerspreizer links ergeben.

E. 4.3

PD Dr. med. D.____ von der Radiologie der A.____ berichtete am 23. April 2015 (Urk. 5/49/6), es bestehe eine regelrechte Höhe der Wirbelkörper. Das ventrale und dorsale Alignment sei intakt und es zeige sich eine diskrete Protrusion des Discus intervertebralis

L3/4, L4/5 und L5/S1, jedoch ohne Hinweis auf eine Nervenwurzelkompression und ohne Spinalkanalstenose.

E. 4.4.1

Im Arztzeugnis UVG vom 5. Mai 2015 (Urk. 5/53/4) über die Erstbehandlung vom 7. März 2015 im E.____ berichteten die Ärzte, die Beschwerde führerin sei am 6. März 2015 gestolpert und habe seither Schmerzen im DIG I des linken Fusses. Der Röntgenbefund zeige eine mehrfragmentäre Fraktur der Grundphalanx DIG I am rechten Fuss. Es wurde die Ruhigstellung und Stockentlastung verordnet.

E. 4.4.2

Im Bericht vom 13. Juni 2015 (Urk. 5/53/3) wiesen die Ärzte des E.____ auf einen erfreulichen Verlauf ohne sekundäre Dislokation der Fraktur und eine progrediente Konsolidation hin. Es wurde eine Arbeitsunfähigkeit vom 6. März bis 29. April 2015 attestiert.

E. 4.5

Dr. Z.____, welcher die Beschwerdeführerin seit 11. Dezember 2008 behandelte, stellte im Bericht vom 7. Juli 2015 (Urk. 5/49/1-5) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.2): Cervico - radiculäres -Syndrom rechts bei einer DH (Diskushernie) C5/C6 rechts und C6/C7 links, lumbospondylogenes-Syndrom links bei einer DH L5/S1 mit Kompression S1 und Protrusion L4/L5. Unter «Veränderte Befunde/aktueller psychopathologischer Befund/funktionelle Einschränkungen» hielt er fest, seit zwei bis drei Jahren bestehe ein Tinnitus und anamnestisch sei eine PHS (Periarthritis humeroscapularis) rechts bekannt, die im Jahr 2002 im F.____ und seit 11. Dezember 2008 bei ihm behandelt werde. Es bestünden paravertebral der Lendenwirbelsäule (LWS) beidseits «neurologisch Hyperästhesie des ersten-zweiten Finger rechts», sonst sei der Reflexbogen ohne Befund (Ziff. 1.3). Zum zeitlichen Umfang, in dem die bisherige beziehungsweise angepasste Tätigkeit ausgeübt werden könne, schrieb der Arzt, in der Tätigkeit im Service sei maximal eine Tätigkeit von vier bis viereinhalb Stunden täglich möglich und die verminderte Leistungsfähigkeit von 50 % bestehe ungefähr seit dem Jahr 2002 (Ziff. 2.1). Eine angepasste Tätigkeit beschrieb er als leichte Arbeiten bis maximal 10 kg zeitweise stehend, gehend, sitzend bei Tageslicht, wobei eine mittlere Kraft der Hände bestehe und keine Einschränkung für Hören, Sehen, manuelles Geschick und Koordination vorhanden seien (Ziff. 2.2).

E. 5

Bei Erlass des im vorliegenden Verfahren angefochtenen Revisionsentscheids (Urk. 2) lagen die folgenden medizinischen Berichte vor:

E. 5.1

Dr. med. G.____, Allgemeinmedizin FMH, hielt im Bericht vom 21. Juni 2016 (Urk. 5/6

E. 5.2

Dr. Y.____ stellte nach konsularischer Zuweisung durch Dr. G.____ im Bericht vom 30. Juni 2016 (Urk. 5/62/7-9) aufgrund der am gleichen Tag durchgeführten Sprechstunde die folgenden Diagnosen: 1. Chronisches lumbospondylogenes Syndrom rechts bei - Dysfunktion der LWS Rotation nach rechts, S-förmige Skoliose thorakolumbal, nach links konvex, angedeuteter Lendenwulst rechts, Beckentiefstand rechts, thorakolumbal

Flachrücken, Myogelosen

paravertebral lumbal rechts, Ursprung Glutealmuskulatur rechts, Triggerpunkt Spina iliaca posterior

superior rechts mit Ausstrahlung in ventralen Oberschenkel, Myogelose M. piriformis links mehr als rechts, ausgeprägte Myogelose M. iliopsoas rechts und insuffiziente Abdominalmuskulatur

- MRI LWS und Becken 27. November 2015: leichtgradige Chondrospondylosis

intervertebralis L4/S1, mässiggradig kaudal zunehmende Spondylarthrose, Tendinose

Hamstrings rechts, Glutealsehnen im Ansatzbereich Trochanter major links mit Zeichen einer Bursitis peritrochanterica 2. Chronisch rezidivierender Herpes Simplex Typ 2 mit rezidivierenden neuropathischen Schmerzen ins linke Bein begleitet von Herpes Effloreszenzen, aktuell asymptomatisch 3. Nephrolithiasis rechts, Doppelnieren rechts, Erstdiagnose 2015 Bei der 57-jährigen bestehe ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom rechts seit knapp acht Monaten. Es bestehe eine ungenügende LWS Stabilisation, sodass eine Exazerbation ausgelöst werden könne. Die beklagten Schmerzen auf der rechten Seite könnten klar provoziert werden und es bestünde Myogelosen paravertebral tief lumbal rechts mit Schmerzausstrahlung in den ventralen Oberschenkel bei MR-tomografisch ausgeschlossener Nervenkompression im November 2015. Ursächlich für die Beschwerden sei eine Dysfunktion der LWS, welche vor allem bei Rotation nach rechts zum Vorschein komme. Ungünstig für die ganze Konstellation sei die linkskonvexe thorakolumbale Skoliose, der thorakolumbale Flachrücken, der Beckentiefstand rechts, ein konsekutiv rechts seitiger Lendenwulst und eine insuffiziente Stabilisation der LWS und eine insuffiziente Abdominalmuskulatur. MR-tomografisch zeigten sich keine erheblichen Veränderungen, einzig etwas degenerative Veränderung aber sicher keine Neurokompression (S. 1). Zum jetzigen Leiden gebe die Beschwerdeführerin an, sie habe bereits seit dem 24. Lebensjahr links lumbal Schmerzen, die erträglich gewesen seien. Es sei immer schlimmer geworden, wenn sie Herpes bekommen habe, mit Schmerzausstrahlung ins linke Bein. Der Beginn der Schmerzen links gluteal mit Ausstrahlung ins linke Bein beginne jeweils zwei bis drei Tage bevor die Herpes effloreszenz erscheine und sobald die Herpesbläschen da seien, nehme der Schmerz langsam wieder ab. Seit 7-8 Monaten leide sie aber an einer Exazerbation von rechtseitigen Schmerzen im Bereich der rechten Flankenregion mit Ausstrahlung in die Leiste. An schlimmen Tagen wechsele sie jede Stunde die körperliche Tätigkeit (sitzen, laufen, liegen) und Gartenarbeit sei am besten (S. 3).

E. 5.3.1

Am 3. Oktober 2016 berichtete Dr. G.____ (Urk. 5/56), über die seit 2014 dauernde Behandlung und teilte mit, neu werde die Beschwerdeführerin seit 2016 auch von Dr. Y.____ betreut. Es bestehe ein therapierefraktäres komplexes Rückenproblem mit chronischen Schmerzen und dieses sei begleitet von einem rezidivierenden Herpes Zoster mit ebenfalls chronischem Schmerzsyndrom. Angeblich bestehe eine 50 % Rente. Diese sollte nach oben angepasst werden, wobei aktuell seit dem 23. November 2015 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert werde, was einer IV-Rente von 100 % entsprechen würde.

E. 5.3.2

Im undatierten Formularbericht (Urk. 5/66/1-4 Ziff. 1.2; Eingang bei der Beschwerdeführerin am 8. Dezember 2016 [vgl. Aktenverzeichnis]) hielt Dr. G.____ unter Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein seit Jahren bestehendes schweres chronifiziertes progredientes LSS (lumbospondylogenes Schmerzsyndrom) und CSS (zervikospondylogenes Syndrom) bei LWS- Fehlf orm / Skoliose und Spon (dyl) arthrose sowie einen seit Jahren bestehenden chronisch rezidivierenden Herpes mit neuropathischen Schmerzen fest. Neu bestünden auch wieder mehr Nackenprobleme (CSS). Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin zeige sich stationär bis verschlechternd. Zunehmend seien die Rückenbeschwerden trotz Medikation und Physiotherapie (Ziff. 1.1 und 1.3). Die gegenwärtige Behandlung bestehe in regelmässigen Kontrollen (Medikamente / Physiotherapie) mit einer Frequenz von ca. einmal monatlich (Ziff. 3.1). Die Prognose sei schlecht und mit einer weiteren Progression müsse gerechnet werden (Ziff. 3.3).

E. 5.4

RAD-Arzt Dr. med. H.____, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie, hielt in der Aktenbeurteilung vom 30. Dezember 2016 (Urk. 5/67/2-3) fest, als Diagnose mit dauerhafter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestehe ein chronisches cervicolumbospondylogenes Syndrom bei Dysfunktion der LWS. Ohne dauerhafte Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei ein chronisch rezidivierender Herpes simplex mit neuropathischen Schmerzen im linken Bein, welcher aktuell asymptomatisch sei, sowie eine Nephrolithiasis rechts . In Bezug auf die Einschränkungen in der bisherigen Tätigkeit als Geschäftsführerin hätten sich die Befunde seit dem 23. September 2015 nicht wesentlich verändert und das Belastungsprofil bleibe unverändert reduziert. In bisheriger und angepasster Tätigkeit bestehe weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 50 %.

E. 6

/6-8 S. 2) an Dr. Y.____ fest, Überweisungsgrund sei die rheumatologische Aufarbeitung der Problematik, insbesondere der Flankenschmerzen rechts . Die Beschwerdeführerin sei seit Monaten nicht fähig zu arbeiten, weswegen die laufende IV von 50 % sicher angehoben werden müsse. Bezüglich Flankenschmerzen seien ein Sono MRI und auch Labor gemacht worden, die keine grobe Pathologie gezeigt hätten. Ein entzündliches Rheuma falle weitgehend weg und Hinweise für einen Tumor ebenfalls.

E. 6.1

Aufgrund des Rentenerhöhungsgesuchs vom 15. Oktober 2016 (vgl. Urk. 5/60) hatte die Beschwerdeführerin nach dem hiervor Gesagten (E. 3.3) die Erheblichkeit einer erwerblichen oder gesundheitlichen Veränderung seit 23. September 2015 im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 20. April 2017 (Urk. 2) zu prüfen.

E. 6.2

Dr. G.____ berichtete in diesem Zusammenhang über ein seit Jahren bestehendes schweres chronifiziertes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom und zervikospondylogenes Syndrom bei Fehlf orm der Lendenwirbelsäule

sowie

seit Jahren bestehende neuropathische Schmerzen aufgrund eines chronisch rezidivierenden Herpes . Sodann schilderte er eine stationäre bis sich verschlechternde Situation (E. 5.3.2). Bezüglich der Flankenschmerzen konnte er aufgrund der Labor- und bildgebenden

Befunde keine grobe Pathologie feststellen (E. 5.1).

Dr. G.____ beschrieb damit im Wesentlichen die bereits seit Jahren bestehende Problematik und keine rechtserhebliche Veränderung des Gesundheitszustandes seit September 2015.

E. 6.3

Dr. Y.____, welche die Beschwerdeführerin nach Überweisung durch Dr. G.____ am 30. Juni 2016 sah, wies zwar auf ein seit knapp acht Monaten bestehendes chronisches lumbospondylogenes Syndrom rechts hin

(vgl. Urk. 5/62/7). Eine medizinische Begründung zum zeitlichen Verlauf und zu einer allfälligen Verschlechterung der gesundheitlichen Situation lieferte sie indes nicht. Dies ist insoweit auch nicht erstaunlich, als Dr. Y.____ die Beschwerdeführerin nach Lage der Akten ausser anlässlich der Sprechstunde vom 30. Juni 2016 zu keinem früheren Zeitpunkt untersucht hatte, so dass naheliegend ist, dass sie lediglich die subjektiven Eigenangaben der Beschwerdeführerin schildern konnte. Diese hatte berichtet, dass sie seit 7-8 Monaten an einer Exacerbation von rechteitigen Schmerzen leide (vgl. Urk. 5/62/9). Die Angabe eines seit acht Monaten bestehenden chronischen lumbospondylogenen Syndroms ist indes klar aktenwidrig und stimmt nicht mit den früheren Berichten überein. Gemäss diesen war die Diagnose eines chronifizierten lumbospondylogenen Schmerzsyndroms bereits seit Jahren durch den behandelnden Dr. G.____ und davor auch durch Dr. Z.____ festgehalten worden (E. 4.5). Eine Verschlechterung der gesundheitlichen Symptomatik lässt sich daraus folglich nicht herleiten.

E. 6.4

Bei den vorhandenen Akten und mit Blick darauf, dass in Bezug auf eine gesundheitliche Veränderung seit rechtskräftiger Leistungsbeurteilung vom 23. September 2015 und dem Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 20. April 2017 ein relativ kurzer Zeitraum zu beurteilen war, legte der RAD-Arzt Dr.

H.____ in seiner Aktenbeurteilung vom 30. Dezember 2016 nachvollziehbar dar, dass sich die Befundlage

seit dem 23. September 2015 nicht wesentlich verändert hat und damit von einem unveränderten Belastungsprofil auszugehen ist (vgl. E. 5.4 und Urk. 5/79/2). Das Vorbringen der Beschwerdeführerin, gemäss den Arztberichten sei eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes klar ausgewiesen (Urk. 2 Ziff. 19 f.), ist demgegenüber nicht weiter begründet, da keine abweichenden (objektivierbaren) Befunde genannt wurden. Die neu thematisierte Herpes-Erkrankung äussert sich bei Schüben nur während weniger Tage (E. 5.2).

Dies vermag keine auch nur geringen Zweifel (vgl. BGE 139 V 225 E. 5.2 zum Beweiswert von Berichten versicherungsinterner Arztpersonen) an der Beurteilung von Dr. H.____ zu wecken.

In erwerblicher Hinsicht ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin bereits im Zeitpunkt der Rentenrevision vom 23. September 2015 arbeitslos war, nachdem sie die zuletzt ausgeübte Erwerbstätigkeit als Geschäftsführerin im Gastgewerbe verloren hatte, weil die Bar im Juni 2015 geschlossen worden war (Urk. 5/51). Anhaltspunkte, die im massgebenden Zeitraum auf eine Änderung der erwerblichen Situation schliessen lassen — etwa eine erneute Erwerbsaufnahme — sind nicht aktenkundig und werden auch nicht geltend

gemacht.

Angesichts der klaren Aktenlage sind auch von weiteren Beweismassnahmen (etwa der Einholung eines Gutachtens) keine neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 V 90 E. 4b). Zusammenfassend bleibt es mangels einer Änderung der erwerblichen oder gesundheitlichen Verhältnisse beim früher festgesetzten Invaliditätsgrad, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

E. 7

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 800.-- festzulegen und ausgangsgemäss von der Beschwerdeführerin zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Christos Antoniadis - 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
GräubNef

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