

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00251 vom 30. März 2020**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-03-30, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2019.00251](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00251)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00251 du 30 mars 2020

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00251 del 30 marzo 2020

## **Erwägungen**

### **E. 1**

7. April 2018 ( Urk. 7/136 ) eine n un veränderten Anspruch auf die bisherige Rente in Aussicht. Daran hielt sie nach erhobenem Einwand (vgl. Urk. 7/137, Urk. 7/148, Urk. 7/158)

mit Verfügung vom 2

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetz es über den Allge meinen 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 kom menden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der ge sundheitlichen 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 eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, her abgesetzt oder aufgehoben ( Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebe nem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Auf gabenbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hin sichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hin weisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesent lichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbe acht lich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

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

### E. 1.3

hiervor). 3.3

Der zeitliche Referenzpunkt der anspruchserheblichen Änderung bildet damit die Mitteilung vom 29. November 2016 und die entsprechenden Verhältnisse, wie sie in diesem Zeitpunkt vorgelegen haben. 4.

Dem Revisionsentscheid vom 29. November 2016 lagen die folgenden Arztberichte zugrunde: 4.1

Die Ärzte des Z. \_\_\_ nannten im Bericht vom 14. Dezember 2012 über die Hospitalisation vom 5. bis 13. Dezember 2012 (Urk. 7/103/28-31) die Diagnosen subakutes cervicoradikuläres Schmerz- und sensibles Ausfallsyndrom C6/C7 rechts mit/bei osteodiskaler

Protrusion C3/4 und C5/6 rechts mit foraminärer Kompression der Wurzel C6 rechts. Die Vorstellung auf der medizinischen Notfallstation sei aufgrund von rechtsseitigen Armschmerzen seit einem Monat und progredienten, sensiblen und motorischen Ausfällen im Bereich C6/C7 erfolgt. Die motorische Schwäche sei dabei allerdings als eher schmerzbedingt beurteilt worden, womit keine dringliche Operationsindikation bestanden habe. Es sei eine CT-gesteuerte PRT (Periradikuläre Therapie) auf

C6 rechts durchgeführt worden, was zu einer deutlichen Verbesserung der Beschwerden geführt habe. Die Beschwerdeführerin sei in deutlich gebesserem Allgemeinzustand nach Hause entlassen worden.

4.2

Dr. med. C. \_\_\_, Facharzt für Kardiologie und Innere Medizin FMH, hielt im Bericht vom 28. Januar 2014 (Urk. 7/103/8-9) fest, es ergäben sich keine Hinweise für eine Herzerkrankung. Echokardiographisch zeige sich ein Normalbefund und beim ergometrischen Belastungstest liege die Leistungsfähigkeit mit 110 % des Sollwertes im oberen Durchschnitt. Auch bei maximaler Herzfrequenz seien keine Hinweise für eine Myokardischämie zu finden und während der gesamten Ergometrie seien keine Rhythmusstörungen aufgetreten. Der Blutdruck sei normal und die multiplen Beschwerden der Beschwerdeführerin funktioneller Natur. 4.3

Die behandelnde Psychiaterin Dr. Y. \_\_\_ führte im Verlaufsbericht, eingegangen am 17. Juni 2016 (Urk. 7/98),

aus, die Behandlung erfolge im Rhythmus von ein bis zweimal pro Monat mit letzter Kontrolle vom 14. Juni 2016 (Ziff. 3.1). Als Medikation würden pflanzliche Antidepressiva eingesetzt. Im letzten Jahr hätten sich die körperlichen Beschwerden und damit auch die psychische Symptomatik verschlechtert und es bestünde eine schwere Depression (Ziff. 3.2 f.). Die Beschwerdeführerin könne schmerzbedingt nur ein bis drei Stunden am Stück arbeiten und habe Konzentrationsschwierigkeiten. Bei sechs Stunden Arbeit brauche sie bei vollständiger Erschöpfung drei Tage Erholung (Ziff. 2.1). Sie lebe seit zwei Jahren mit ihrem Ehemann in einem Zimmer und die Wohnverhältnisse seien sehr schlecht. Eine « volle IV » würde finanziellen Stress und Überlebensängste mindern und damit den psychischen Zustand (verbessern).

Die Arbeitsunfähigkeit betrage mindestens 80 % (S. 5). 4.4

Die Ärzte des Z.\_\_\_\_

hielten

aufgrund der

ambulanten Untersuchung vom 21. Juni 2016 ( Urk. 7/101/2-3) folgende Diagnosen fest: 1. Rezidivierend auftretende Unterschenkelschwellung rechts, - differentialdiagnostisch am ehesten bei rupturierter

Bakerzyste - normale Ruhedurchblutung 2.

Chronisch venöse Insuffizienz im Stadium I nach Widmer rechts -

Besenreiser- und retikuläre Varikosis 3. Hüftdysplasie rechts Die Beschwerdeführerin berichte, dass es in den letzten Jahren immer wieder zu Beinschmerzen im Bereich der rechten Wade jeweils verbunden mit einer Schwellung gekommen sei. Bereits seit Kindesalter bestünden Hüftschmerzen unter Belastung nach einer Gehstrecke von 15 Minuten, dies im Rahmen einer Hüftgelenkdysplasie (S. 1). Unter Beurteilung und Proceedere hielten die Ärzte fest, die intermittierende Schwellung der rechten unteren Extremität, verbunden mit Knieschmerzen und teilweise belastungsabhängigen Wadenschmerzen rechts, könnten differentialdiagnostisch am ehesten als rezidivierend auftretende

Bakerzystenrupturen rechts interpretiert werden. Es empfehle sich hier, bei einer nächsten Episode, eine Zuweisung zur Sonographie. Für eine Kompressionstherapie bestehe gegenwärtig keine zwingende Indikation. 4.5

Die Beschwerdeführerin ging unverändert von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit aus und bestätigte den Anspruch auf eine halbe Rente (Urk. 7/108/5). 5.

Bei Erlass des im vorliegenden Verfahren angefochtenen Revisionsentscheids ( Urk. 2) lagen die folgenden medizinischen Berichte vor: 5.1

Im Bericht vom 14. August 2017 hielt der zwecks Einholung einer Zweitmeinung konsultierte Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, fest (Urk. 7/121), die Beschwerdeführerin sei vor dreiviertel Jahren in der E.\_\_\_\_

am linken Fuss operiert worden. Damals sei eine Infiltration der Mortonneurome II/III und III/IV mit Kenacort

und gleichzeitig eine korrigierende Scarf-Osteotomie und Akin-Osteotomie bei Hallux valgus durchgeführt worden. Der anschliessende Verlauf, insbesondere auch nach der durchgeführten Osteosynthesematerialentfernung

mit begleitender Arthrolyse und medialer Sesamoidektomie

habe sich sehr «harzig»

gezeigt. Bei Zunahme der Beschwerden stelle sich die Beschwerdeführerin nun für eine Zweitmeinung betreffend einen

erneuten Eingriff vor. Aufgrund des MRT-Befundes mit schon deutlich fortgeschrittener Arthrose werde, wie bereits vom vorberatenden Facharzt, empfohlen, eine Arthrodeese im

Grosszehengrundgelenk sowie die Revision der Intermetatarsalräume

durchzuführen. Die Beschwerdeführerin möchte sich einen nochmaligen Eingriff verständlicherweise noch überlegen. Alternative konservative Massnahmen wie eine Einlagenversorgung oder eine Depotsteroidinfiltration möchte sie nicht mehr durchführen, da sie darauf jeweils schlecht angesprochen habe. Somit verbleibe noch die Option einer Drittbeurteilung, beispielsweise durch ein fusschirurgisches Zentrum wie in der F.\_\_\_\_.

5.2

Im Bericht des Z.\_\_\_\_ über die Sprechstunde vom 22. August 2017 (Urk. 7/124) führte der zuständige Arzt aus, die Beschwerdeführerin stelle sich für eine Zweitmeinung vor. Im Mai 2016 (richtig 16. November 2016 [Urk. 3/5]) sei bei Hallux

valgus und Arthrose des Grosszehengrundgelenkes eine korrigierende Scarf-Akin-Osteotomie durchgeführt worden. Im Anschluss sei die Beschwerdeführerin nicht komplett beschwerdefrei geworden, so dass im April 2017 eine OSME (Osteosynthese-Materialentfernung) und ein Débridement des Gelenkes durchgeführt worden seien. Seitdem persistierten die Beschwerden. Es bestehe eine fortgeschrittene Arthrose des Grosszehengrundgelenkes in leichter Fehlstellung und sofern die Beschwerdeführerin eine Beschwerdefreiheit erreichen möchte, bestehe die Indikation zu einer korrigierenden Grosszehengrundgelenks-Arthrodese. Im gleichen Eingriff könnte man eine Exstirpation der Morton-Neurome Dig. II/III und Dig. III/IV durchführen. Anschliessend sei eine Ruhigstellung im Darco-Schuh mit Unterarmgehstützen unter Vollbelastung für 6 Wochen nötig. 5.3

Die zuständigen Ärzte der Fusschirurgie der F.\_\_\_\_ hielten aufgrund einer Konsultation vom 31. Januar 2018 (Urk. 7/132/7-9) fest, die Beschwerdeführerin sei im November 2016 mittels Scarf/Akin-Osteotomie operativ versorgt worden. Die Infiltration der Morton-Neuralgie habe laut der Beschwerdeführerin keine anhaltende Befundverbesserung gebracht. Seither bestünden rezidivierende Vorfusschmerzen insbesondere in Schuhen und es sei wiederholt eine orale Schmerztherapie notwendig geworden und ansonsten keine weitere Therapie begonnen worden. Bildgebend (Röntgen Fuss links vom 31. Januar 2018) zeige sich ein Status nach Scarf-/Akin-Osteotomie mit Osteosynthesematerialentfernung bei vollständig konsolidierter Osteotomie. Es zeigten sich Zysten im Bereich des distalen Metatarsale 1-Köpfchens und ein Status nach Entfernung des medialen Sesambeines. Wesentliche fortgeschrittene Arthrosezeichen im Bereich des MTP1-Gelenkes seien noch nicht sichtbar und ansonsten zeige sich ein unauffälliger Röntgenbefund. Aufgrund der Schmerzproblematik im MTP-1-Gelenk liege eine vermehrte Belastung des medialen und lateralen Fussrandes links vor. Im Bereich des Grosszehengrundgelenkes bestehe gleichzeitig eine deutliche Bewegungseinschränkung. Als Therapiemöglichkeiten bestünden auf der konservativen Seite die Verwendung von Einlagen, eine analgetische Therapie sowie Physiotherapie inkl. Spiraldynamik zur Gangbildoptimierung und Wiedererlernung aller Bewegungsgrade. Sollte es hierbei keine Besserung geben, bestehe die Möglichkeit einer Infiltration des MTP1-Gelenkes. Operativ bestehe die Möglichkeit einer Arthrodese des Grundzehengelenkes mit Stellungskorrektur. Die Beschwerdeführerin wolle bei bisher noch nicht begonnener konservativer Therapie vorerst mit Physiotherapie und mit Spiraldynamik beginnen. 5.4

Unter Bezugnahme auf ein MR des linken Fusses des G.\_\_\_\_ vom 10. August 2017 (vgl. auch Urk. 3/6) führten die Ärzte der F.\_\_\_\_

im Bericht vom 1. Februar 2018 aus ( Urk. 7/132/8 ), im MR zeigt es sich arthrotische Veränderungen, differentialdiagnostisch eine beginnende Nekrose im Bereich des Grosszehengrundgelenkes, die zu der

von der Beschwerdeführerin beschriebenen Klinik gut korrespondiere. Diesbezüglich ergebe sich keine Änderung der am 31. Januar 2018 begonnenen Therapie mit initialer Spiraldynamik, ohne Besserung mit Beginn einer konservativen Therapie mit Einlagen und Infiltration bis hin zur Arthrodese. Die Beschwerdeführerin sei darüber

informiert worden und mit einer Kontrolle in zwei Monaten einverstanden und ansonsten würden sie sie bei akuter Befundverschlechterung früher sehen. 5.5

Dr. med. H.\_\_\_\_, praktische Ärztin vom I.\_\_\_\_, führte im Bericht vom 16. Februar 2018 ( Urk. 7/132/5-6 ) aus, das Fuss-Problem sei einer aktiv-funktionellen Therapie zugänglich. Zusätzlich zum Aufbau des Vorfuss-Quergewölbes werde ein Beinachsentraining durchgeführt, um die Knie- und Hüftproblematik zu verbessern. In der Spinalmouse Messung zeige sich eine geringe Beweglichkeit der BWS und eine vermehrte Kyphose der oberen BWS, hier werde die Mobilisierung der BWS empfohlen um das Nackenproblem zu verbessern. 5.6

Die behandelnde Psychiaterin Dr. Y.\_\_\_\_

führte im Schreiben vom 14. März 2018 ( Urk. 7/132/1 ) aus, sie bestätige, dass sich aus psychiatrischer Sicht der Zustand der Beschwerdeführerin entscheidend verschlechtert habe. Als Diagnose bestehe eine schwere Depression seit Juni 2017. Die Beschwerdeführerin habe sich zwei Hallux-Operationen unterziehen müssen und ihr Leiden habe sich verschlimmert. Im Moment wäge sie keine dritte Operation. Durch verschiedene Umstände sei sie zu sehr traumatisiert. Aus psychiatrischer Sicht sei als weitere Massnahme nur noch ein Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik zu sehen, was aber nichts an der bestehenden 100%igen Invalidität ändern würde. Sie bestätige, dass die Beschwerdeführerin zu 100% arbeitsunfähig sei, einerseits wegen der schweren Depression, andererseits wegen der zunehmenden Schmerzen und misslungenen Operationen und es sei ihr im Moment keine weitere Operation zuzumuten. 5.7

Die Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie

J.\_\_\_\_ vom regionalen ärztlichen Dienst (RAD) der Beschwerdeführerin führte in ihrer Aktenbeurteilung vom 10. April 2018 aus ( Urk. 7/135/4 ), die von Dr. Y.\_\_\_\_

genannte Diagnosen seien bekannt und bezüglich der schweren Depression seit Juni 2017 bestehend. Sie nenne weder Symptome noch eine ICD-Codierung und es fehlten Angaben zur Therapie, zur Prognose und zum Verlauf. Neu bestehe ein anhaltender Schmerzzustand am

Vorfuss bei Scarf- und Akin-Osteotomie 2016. Eine Revisionsoperation oder eine konservative Therapie mit Einlagen und Injektionen sei von der Beschwerdeführerin nicht gewünscht. Es finde sich ein Bericht über eine Behandlung im I.\_\_\_\_ vom 16. Februar 2018, der die bei Spreizfüssen typischen Druckschmerzen im Vorfuss dokumentiere. Diesen Befund dokumentiere auch die F.\_\_\_\_ am 31. Januar 2018. Im MRI sei eine Arthrose, differentialdiagnostisch beginnende Osteonekrose gefunden und eine Kontrolle nach Spiraldynamik geplant worden. Als Fazit bestünden neu Vorfuss-Schmerzen, wobei die Therapie-Optionen nicht ausgeschöpft seien und die Fuss-Schmerzen nicht geeignet seien, eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeit zu begründen. Dauerhaft stehende

und gehende Tätigkeiten seien nicht angepasst. Die angestammte Tätigkeit als Ernährungsberaterin könne aber auch mit Vorfuss-Beschwerden ausgeübt werden. 5.8

Am 5. Oktober 2018 berichtete Dr. H.\_\_\_\_ (Urk. 7/159), es bestünden rezidivierenden lumbale Schmerzen und seit zirka einer Woche starke Rückenschmerzen. Die Füsse seien mit Spiraldynamik besser, aber es bestünden immer noch Krämpfe im zweiten und dritten Zehen links. Darüber hinaus auch Bauchschmerz im Unterbauch und rezidivierende Schmerzen im rechten Knie bei Verdacht auf wiederholt rupturierte

Bakerzyste rechts. Psychisch sei die Beschwerdeführerin durch die schwere Krebserkrankung des Schwiegersohns und die Mitverantwortung für das eineinhalb-jährige Enkelkind, auf das sie zur Entlastung der Tochter aufpasse, zusätzlich belastet (S. 2). Die Beschwerdeführerin habe konsequent Physiotherapie und Heimprogramm durchgeführt und habe bezüglich des Fusses davon profitieren können. Es bestünden weiterhin Schmerzen im Vorfuss und die Gehstrecke sei dadurch reduziert. Die Beweglichkeit des linken Grosszehrgelenks werde eingeschränkt bleiben. In der Fussdruckmessung sei beidseits eine Hohlfusstendenz erkennbar, was als ein Zeichen für eine schmerzbedingte Anspannung gewertet werden könne. Es liege eine ausgeprägte Schon- und Fehlhaltung der LWS mit Verlagerung des Rumpfes nach rechts bei derzeit akuten lumbalen Schmerzen vor. Es bestehe eine 100% Arbeitsunfähigkeit und zudem dürfe die Beschwerdeführerin nicht mehr als 5-8 kg Gewicht heben/tragen. Als weiteres Vorgehen bei rezidivierend starken Rückenschmerzen sei ein MRI zur Abklärung einer strukturellen Läsion der LWS und bezüglich der IV-Rente ein interdisziplinäres Gutachten zu empfehlen. 5.9

Am 15. Dezember 2018 (Urk. 7/162/4-5) führte die RAD-Ärztin J.\_\_\_\_ aus, der neu vorgelegte Arztbericht von Dr. H.\_\_\_\_ enthalte keine wesentlichen neuen medizinischen Sachverhalte. Der Verdacht auf eine rezidivierend rupturierte

Bakerzyste sei eher unwahrscheinlich, da dies meist zu so erheblichen Beschwerden führe, sodass eine operative Intervention - mindestens aber eine fachärztliche Behandlung - nötig werde, worüber jedoch nicht berichtet worden sei. 6.

#### **E. 1.4**

UV170510 Beweiswert eines Arztberichts 08.2018 Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

UV170530 Beweiswert von versicherungsinternen ärztlichen Einschätzungen 08.2018 Nach der Rechtsprechung kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee). Das Anstellungsverhältnis einer versicherungsinternen Fachperson zum Versicherungsvertragspartner allein lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen (BGE 137 V 210 E. 1.4, 135 V 465 E. 4.4). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen.

Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherung in ternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1, 139 V 225 E. 5.2, 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7). 2.

## 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründet e die Ablehnung einer Rentenerhöhung damit, dass die mit Verfügung vom 15. Februar 2011 zugesprochene halbe IV-Rente auf den damaligen Abklärungen beruhte, die ergeben hätten, dass die bisherige Tätigkeit als Ernährungsberaterin nicht mehr zumutbar gewesen sei. In einer anderen optimal leidensangepassten Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin aber zu 50 % arbeitsfähig gewesen. Die Prüfung des Rentenerhöhungsgesuch s

vom 1.

Januar 2018, wonach sich der Gesundheitszustand verschlechtert habe, habe aufgrund der eingegangenen Berichte ergeben, dass neu Vorfuss-Schmerzen beständen. Die Therapie-Optionen seien jedoch nicht ausgeschöpft und die Fuss-Schmerzen begründeten keine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit. Rein stehende und gehende Tätigkeiten seien nicht optimal und es liege nach wie vor eine 50%ige Rest arbeitsfähigkeit vor. In Bezug auf die Kniebeschwerden sei lediglich ein Verdacht ge äussert worden und von einer fachärztlichen Behandlung werde nicht berichtet. Zusätzlich werde über eine erhebliche psychosoziale Belastung durch die Erkrankung des Schwiegersohns berichtet und die Beschwerdeführerin habe die Betreuung des Enkelkinds zum Teil übernehmen müssen. Dies sei jedoch nicht IV-relevant und die neuen medizinischen Unterlagen begründeten keine neuen Befunde ( Urk. 2 S. 1 f. ).

In ihrer Beschwerdeantwort hielt sie überdies fest ( Urk. 6 ), die mit Verfügung vom 15. Februar 2011 zugesprochene halbe Rente sei primär aufgrund einer rezidivierenden depressiven Episode zugesprochen worden. Somatisch bestehe neu ein Schmerzzustand der Vorfüsse,

wobei die Therapiemöglichkeiten nicht ausgeschöpft seien, solche Möglichkeiten derzeit jedoch abgelehnt würden. Auch mit den Vorfuss-Schmerzen

seien der Beschwerdeführerin jedoch sitzende oder wechselbelastende Tätigkeiten zumutbar.

Ursprünglich sei im Anforderungsprofil von einer angepassten Tätigkeit im Dienstleistungssektor ausgegangen worden. Dabei sei von kognitiv einfachen Aufgabenstellungen zum Beispiel im manuellen oder administrativen Bereich, ohne permanenten Zeit- und Termindruck, bei nur geringem Publikumsverkehr und ohne besondere Anforderungen an das Umstellungs- und Anpassungsvermögen ausgegangen worden. Auch wenn nun zusätzlich zum bisherigen Anforderungsprofil nur noch eine sitzende oder wechselbelastende Tätigkeit in Betracht komme, schränke dies die Auswahl der möglichen Tätigkeiten darüber hinaus nicht gross ein. Es bestehe deshalb weder Anlass dazu, das Invalideneinkommen anzupassen, noch dies im Rahmen eines leidensbedingten Abzugs zu berücksichtigen. Damit ändere sich auch der IV-Grad

nicht und die Höhe der Rente bleibe gleich.

Darüber hinaus sei die Diagnose einer rupturierten

Bakerzyste eher unwahr scheinlich , da diese meist zu so erheblichen Beschwerden führten, dass eine operative Intervention oder mindestens eine fachärztliche Behandlung nötig werde, was vorliegend nicht geschehen sei . Es sei auch kein Grund ersichtlich, weshalb dies zu einer zusätzlichen Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit bei der Beschwerdeführerin in angepasster Tätigkeit führen sollte. Für eine

schwere Depression

würden weder Symptome noch eine ICD-Codierung genannt und es fehlten auch Angaben zur

Therapie, Prognose und zum Verlauf. Hinweise auf eine tatsächliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes , denen hätte nachgegangen werden müssen , bestünden nicht. Es seien aber neue psychosoziale Belastungsfaktoren aufgetreten, da der Schwiegersohn der Beschwerdeführerin

erkrankt

sei und sie sich um ihren Enkelsohn kümmern müsse . Ausserdem habe sie ihre Arbeitsstelle als Serviceangestellte verloren und noch keine neue Anstellung finden können . Dies sei jedoch IV-rechtlich unbeachtlich und insgesamt sei eine Verschlechterung des Gesundheitszustands damit nicht ausgewiesen. 2.2

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

2

f.) , als Rentenbegündung sei ursprünglich einzig eine akzentuierte Persönlichkeit mit abhängigen, ängstlich vermeidenden und passiv aggressiven Anteilen bei Depression berücksichtigt worden. Die diverse n Arbeitsver suchte hätten gezeigt, dass diese aus gesundheitlichen Gründen gescheitert seien. Zu den früheren Befunden seien neue körperliche Beschwerden, die sich auf das ursprünglich noch vorhandene Restressourcenprofil respektive das mögliche Invalideneinkommen auswirkten , hinzugekommen. Es sei ihr auch die Anstellung als Serviceangestellte , die sie als «Invalidentätigkeit» gefunden habe, verunmöglicht, nachdem ab Herbst 2016 bei ihr auch noch Probleme an den Beinen mit eingeschränkter Gehfähigkeit aufgetreten waren . Am 16. November 2016 sei deshalb eine erste Operation am linken Fuss und in der Folge eine Korrekturoperation mit Schraubenentfernungsversuch sowie eine dritte Fussoperation durchgeführt worden . Nach dem auch diese gescheitert seien , sei bei ihr seit 2018 definitiv von einer Dauerhaftigkeit dieser inoperablen "Fussinvalidisierung" auszugehen (S. 3). Darüber hinaus habe die eskalierte Gesamtsituation auch zu einer Verschlechterung der psychischen Situation und neu zu einer schweren Depression geführt (S. 4). Hinzu kämen Schilddrüsenprobleme, Hüftdysplasie, Kreuz- bzw. Rückenschmerzen ,

neurologische Ausfälle und Unterleibsschmerzen (S. 5). Bezüglich des noch möglichen Invalideneinkommens sei aufgrund der Beschwerdekombination

vom maximal zulässigen (leidensbedingten) Abzug auszugehen (S. 6).

In ihrer Eingabe vom 23. Mai 2019 brachte sie vor ( Urk. 9/1), die Beschwerdegegnerin hätte die Hinweise auf die verschlechterte Depressionsproblematik abklären müssen. Die RAD-Ärztin sei hierzu nicht fachkompetent und zum Vorbringen, dass die Auswahl der möglichen Tätigkeiten "nicht gross" eingeschränkt sei , fehle es weiterhin an jeglicher (medizinischer) Stellungnahme. Auch zeigten die am 25. April 2019 erfolgten

Röntgenabklärungen der LWS erhebliche degenerative Veränderungen mit Osteoporose L5/S1, die sich im Rahmen eines chronischen lumbospondylogenen Syndroms entwickelt hätten. 3.

Als Ausgangspunkt einer anspruchserheblichen Änderung im Revisionsverfahren ist vorab der zeitliche Referenzpunkt zu ermitteln (vgl. E. 1.3). 3.1

Die Akten ergeben hierzu, dass das letzte Rentenrevisionsverfahren mit Mitteilung vom 29. November 2016 abgeschlossen worden war (Urk. 7/110), bevor die Beschwerdeführerin am 28. Dezember 2017 um eine Rentenerhöhung ersuchte (Urk. 7/116). Das damalige Revisionsverfahren leitete die Beschwerdegegnerin durch Zustellung des Revisionsfragebogens im April 2016 ein (Urk. 7/90). Im Abklärungsverfahren wurden ein Lohnausweis (Urk. 7/92) sowie ein Auszug aus dem individuellen Konto (Urk. 7/95) eingeholt. So dann ging ein Verlaufsbericht der behandelnden Ärztin

Dr. med. Y.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie (Urk. 7/98), ein Bericht des Z.\_\_\_\_ (Urk. 7/10 1/2-6) und die medizinischen Unterlagen

der A.\_\_\_\_ (Urk. 7/103/1-40) ein. Im Weiteren stellte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin einen detaillierten Fragebogen betreffend Einschränkungen im privaten und beruflichen Alltag zu (Urk. 7/106). Sodann beurteilte RAD-Arzt Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt Anästhesiologie FMH, die Aktenlage (Urk. 7/108/4-5). Auf dieser Grundlage erfolgte die Mitteilung des unveränderten Anspruchs auf die bisherigen Leistungen vom 29. November

2016 (vgl. Feststellungsblatt für den Beschluss; Urk. 7/10 8 S. 5 unten). 3.2

Die Beschwerdegegnerin hat damit den rechtserheblichen Sachverhalt im ange hobenen Rentenrevisionsverfahren eingehend abgeklärt und einer materiellen Prüfung unterzogen (vgl. hierzu auch Urteil des Bundesgerichts 9C\_52/2016 vom 23. März 2016 E. 3.2).

Nachdem die Abklärungen aufgrund der durchgeführten Revision keine leistungsbeeinflussende Änderung der Verhältnisse ergeben hatten (Art. 74ter lit. f IVV) und die bisherige Invalidenrente daher weiter ausgerichtet wurde, war die Beschwerdegegnerin auch befugt, das Revisionsverfahren mittels Mitteilung abzuschliessen (vgl. E. 1.3 hiervor). Dabei ist unbestritten, dass nach Eröffnung der Mitteilung vom 29. November 2016 die Beschwerdeführerin keine Verfügung verlangt hat (Art. 74quater 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.

## **E. 6**

. Februar 2019 fest (Urk. 2). 2.

Dagegen erhob die Versicherte am 1. April 2019 Beschwerde mit dem Antrag (Urk. 1 S. 1 f.), die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihr eine ganze Rente zuzusprechen, eventualiter sei die Angelegenheit zur umfassenden Abklärung des verwertbaren Restressourcenprofils und Invalideneinkommens an die Vorinstanz zurückzuweisen. Die IV-Stelle schloss in ihrer Beschwerdeantwort vom 3. Mai 2019

auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6). Am 23. Mai 2019 liess sich die Beschwerdeführerin erneut vernehmen und reichte Unterlagen ein (Urk. 9/1-2). Dies e

wurde n der Beschwerdegegerin am 29. Mai 2019 zugestellt ( Urk.

### **E. 6.1**

Die orthopädischen Fachärzte der F.\_\_\_\_ , des Z.\_\_\_\_ und Dr. D.\_\_\_\_

be richteten über die am 16. November 2016 in der E.\_\_\_\_

durchgeführte Operation am linken Fuss bei Hallux

valgus und Arthrose des Grosszehengrundgelenkes mit Entfernung des

Osteosynthesematerials am 11. April 2017 (E. 5.1 bis E. 5.4, vgl. auch Urk. 3/4 und Urk. 3/5) . Die bildgebenden Abklärungen zeigten dabei, nachdem sich die Beschwerdeführerin zunehmend über Schmerzen am linken Vorfuss , insbesondere beim Tragen von Schuhen beklagt hatte , in der Magnetresonanztomographie

vom 10. August 2017 arthrotische Veränderungen im Bereich des Grosszehengrundgelenkes . Im

Röntgenbefund vom 31. Januar 2018 war eine vollständig konsolidierte Osteotomie mit Zysten im Bereich des distalen Metatarsale 1-Köpfchens ohne fortgeschrittene Arthrosezeichen im Bereich des MTP1-Gelenkes zu ersehen bei

ansonsten unauffälligem Röntgen befund . Zur Therapie

wurden konservative Massnahmen

mittels Verwendung von Einlagen, Analgesie und Physiotherapie inklusive Spiraldynamik zur Gangbildoptimierung vorgeschlagen und falls damit

keine Besserung erzielt wird auf die Möglichkeit einer Infiltration des MTP1-Gelenkes und letztlich auf eine operative

Intervention mittels

Arthrodeese des Grosszehengrundgelenkes mit Stellungs korrektur hingewiesen . Im Weiteren ist den Akten zu entnehmen, dass am 31. Januar 2018 mit konservativer Therapie begonnen wurde und die praktische Ärztin Dr. H.\_\_\_\_ in diesem Zusammenhang festgehalten hat, dass die Fussproblematik einer aktiv-funktionellen Therapie zugänglich sei (E. 5.4 und E. 5.5). Die behandelnde Psychiaterin Dr. Y.\_\_\_\_ wies sodann auf

Schmerzen nach misslungene n Operationen ,

ohne weitere zumutbare Operation en , und eine schwere Depression hin und erachtete die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsunfähig (E. 5.6).

### **E. 6.2**

Angesichts der vorhandenen Akten legte die RAD-Ärztin

J.\_\_\_\_ in ihrer Akten beurteilung vom 10. April 2018 nachvollziehbar dar , dass sich die Befund lage mit Ausnahme der operativen Versorgung der Beschwerdeführerin bei Hallux am linken Fuss mit verbleibendem Schmerzzustand

nicht wesentlich verändert hat. Soweit die behandelnde Psychiaterin Dr. Y.\_\_\_\_

vom Vorliegen einer schweren Depression ausgeht , ist festzustellen, dass

sie davon bereits im Verlaufsbericht vom Juni 2016 ( Urk. 7/98)

ausgang und dieser Auffassung im Revisionsentscheid vom 29. November 2016 nicht gefolgt wurde. Dr. Y. \_\_\_ bezeichnete - ausser dem unspezifischen Hinweis, dass die Schmerzproblematik zugenommen habe - keine veränderten Befunde und wies betreffend aktuelle Diagnosen explizit auf ihre früheren Berichte respektive die hinlänglich bekannte Hüftdysplasie seit Geburt hin. Die erwähnte verschlechterte Symptomatik wurde nicht erläutert. Zu Recht wies die RAD-Ärztin auch darauf hin, dass der Bericht der behandelnden Psychiaterin weder eine ICD-Codierung noch Angaben zu Symptomen, Therapie, Prognose und zum Verlauf enthält. Eine massgeblich veränderte Situation ist damit nicht zu ersehen. Die Beschwerdeführerin war bei dieser Ausgangslage auch nicht gehalten, eine psychiatrische Begutachtung anzuordnen. Nicht jeder Hinweis der Versicherten respektive der behandelnden Ärzte reicht für einen derartigen Abklärungsaufwand aus. Vertiefte medizinische Abklärungen sind dann angezeigt, wenn sich aus den vorliegenden Untersuchungsergebnissen Anhaltspunkte für eine relevante Pathologie ergibt, die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit aufgrund der vorliegenden Angaben aber nicht evident sind. Wenn wie vorliegend die behandelnde Psychiaterin keine konkreten neuen Befunde nennt und auf die unveränderte Diagnose sowie Therapiefrequenz von ein bis zwei Konsultationen im Monat verweist, genügt dies nicht, um eine umfassende neue Begutachtung als angezeigt erscheinen zu lassen.

Mit Blick auf den Revisionsentscheid vom 29. November 2016 zeigen sich die aktuellen Verhältnisse, ausser den neu hinzugekommenen Schmerzen im Vorfuss links, auch in der Berichterstattung der behandelnden Ärztin Dr. H. \_\_\_ nicht wesentlich verändert.

Die lumbalen Beschwerden, die seit Kindesalter bestehende Hüftdysplasie mit Hüftschmerzen bei einer Gehstrecke von mehr als 15 Minuten, wie die Knie- und belastungsabhängigen Wadenschmerzen, welche am ehesten als Bakerzystenrupturen interpretiert wurden, waren bereits früher bekannt und wurden berücksichtigt (vgl. E. 4.1 und E. 4.4).

Nachvollziehbar ist damit, dass sich die Befundlage mit Ausnahme der operativen Versorgung des linken Fusses

Mitte November 2016 bei Hallux

valgus und Arthrose des Grosszehengrundgelenkes und Entfernung des Osteosynthesematerials im April 2017 nicht wesentlich verändert und der Spitalaufenthalt und die Rehabilitation lediglich eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit auch in angepasster Tätigkeit begründet hat. Damit ist auch nachvollziehbar, dass das anlässlich der

erstmaligen

Rentenzusprache erhobene und in den Revisionsverfahren weiterhin berücksichtigte Belastungsprofil, wonach als angepasste Tätigkeit eine kognitiv einfache Aufgabenstellung z. B. im manuellen oder administrativen Bereich, ohne permanenten Zeit- und Termindruck, bei nur geringem Publikumsverkehr, ohne besondere Anforderungen an das Umstellungs- und Anpassungsvermögen (vgl. Urk. 7/37/5) lediglich dahingehend anzupassen ist, als aufgrund der Fuss-Schmerzen dauerhaft stehende und gehende Tätigkeiten nicht mehr in Frage kommen. Dabei ist auch aktenkundig, dass bereits im vormaligen Revisionsverfahren die Beschwerdeführerin, befragt zu ihren Einschränkungen und Ressourcen,

unter anderem angegeben hat te , sie leide unter einer Hüftdysplasie, Rücken beschwerden, und Baker- Zysten,

habe

deshalb Schwierigkeiten auf - und abwärts zu gehen und benötige bei ihrer 20%igen Tätigkeit im Service mehr Erholungszeit ( Urk. 7/106 Ziff. 1 , Ziff. 2 und Ziff. 7 ).

Andere richtungsweisende Befundänderungen , die sich auf das Belastungsprofil auswirken könnten , sind nicht aktenkundig. Es ergeben sich auch sonst keine Zweifel (vgl. BGE 139 V 225 E. 5.2 zum Beweiswert von Berichten versicherungs interner Arztpersonen) an der Beurteilung der RAD-Ärztin .

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).

### **E. 6.3**

In erwerblicher Hinsicht ist festzuhalten, dass die Auszüge aus dem individuellen Konto (IK [ Urk. 6/134 ] ) nicht darauf schliessen lassen, dass die Beschwerdeführerin seit der Zusprache

einer halben Rente ab September 2010 ihre Restarbeitsfähigkeit von 50 %

in einem entsprechenden Pensum auch nur annähernd

verwertet hat. Die ab August 2014 aufgenommenen

Erwerbstätigkeit als Aushilfe im Service eines Restaurants

erfolgte jeweils auf Abruf an einem Tag pro Woche. Dabei führte die Beschwerdeführerin bereits im April 2016 aus , dass ihr Einsatz jeweils witterungs abhängig sei und ihr sehr viel abgesagt werde und

für sie die Situation deshalb sehr unbefriedigend sei (vgl. Urk. 7/90/4). Damit war aber offensichtlich bereits im Zeitpunkt der Rentenrevision vom 29 . November 2016

ein Arbeitseinsatz

nicht ( mehr )

zu gesichert . Den Angaben der Beschwerdeführerin im Revisionsfragebogen zufolge war sie in dieser Tätigkeit denn auch lediglich vom 1. September 2014 bis 30. September 2016 angestellt und übte damit diese Tätigkeit bereits im Zeitpunkt des letzten Revisionsentscheids gar nicht mehr aus ( Urk. 7/116/6 Ziff. 5.4). Damit ergeben sich in erwerblicher Hinsicht keine Veränderungen, zumal das Stellenprofil im Vergleich zur letzten Rentenrevision nicht anzupassen ist. Die Beschwerdeführerin war bereits damals darauf angewiesen, eine nicht dauerhaft stehende oder gehende Tätigkeit auszuüben. Anzumerken bleibt, dass bei Annahme einer relevanten Veränderung die Verhältnisse ohne Bindung an frühere Feststellungen zu prüfen wären. Diesfalls wäre ein besonderes Augenmerk auf das Valideneinkommen zu legen, welches die Beschwerdeführerin bei der erstmaligen Rentenzusprache mit Fr. 73'371.10 (Urk.

7/47) auf einen Betrag festlegte, welchen die Beschwerdeführerin zeitlebens nie auch nur annähernd erzielt hatte (Urk. 7/1-2 und Urk. 7/10). Es ist nicht davon auszugehen, dass dies unreflektiert zu bestätigen wäre. 6. 4

Zusammenfassend ergibt sich ,

dass keine relevante Änderung des Gesundheitszustandes ausgewiesen ist. Die nach den Operationen weiterhin geklagten Fuss schmerzen könnten einzig eine Anpassung des Stellenprofils begründen in dem Sinne, dass auch rein gehende und stehende Tätigkeiten nicht mehr in Frage kommen. Dies wirkt sich im Rahmen des bisherigen Belastungsprofils im 50%igen Erwerbsspensum nicht in relevanter Weise aus. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 7.

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 800.-- festzulegen und ausgangsgemäss von dem Beschwerdeführer 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 Dr. Rolf Thür -  
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für  
Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der  
Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden ( Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

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

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

## **E. 10**

). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

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