

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00604 vom 1. Dezember 2016**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-12-01, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2019.00604](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00604)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00604 du 1 décembre 2016

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00604 del 1 dicembre 2016

## **Erwägungen**

### **E. 1**

3. Juli 2018 erstattet wurde ( Urk. 6/65 ).

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren ( Urk. 6/69 ; Urk. 6/70, Urk.

#### **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 gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

#### **E. 1.2**

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetz es über die Invalidenversicherung (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 mindes tens 40 % arbeitsunfähig ( Art. 6 ATSG) gewesen sind; und

c.

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

#### **E. 1.3**

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung ( 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 Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades 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 hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

#### **E. 1.4**

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben ( Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprenkung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

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

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 zur prozessualen Revision (BGE 133 V 108 E. 5.4).

#### **E. 1.5**

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). 2. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung gestützt auf die medizinischen Akten, insbesondere das polydisziplinäre Gutachten vom 13. Juli 2018 (Urk. 6/65) und die ergänzende Stellungnahme vom 13. Mai 2019 (Urk. 6/95), davon aus, dass die Beschwerdeführerin der bisherigen Tätigkeit als Büroangestellte oder einer anderen Tätigkeit im Pensum von 80 % nachgehen könne (Urk. 2 S. 1). Medizinisch seien alle körperlichen leichten wechselbelasten den Tätigkeiten ohne besondere Anforderungen an das Handgeschick oder das Gleichgewicht zumutbar. Dabei sei eine Tätigkeit als Büromitarbeiterin bei Verwendung eines Stehpultes als angepasste Tätigkeit zu betrachten (S. 2 Mitte). Objektiv medizinisch betrachtet würden sich keine formellen oder inhaltlichen Hinweise ergeben, dass das vorliegende Gutachten oberflächlich oder mutwillig wäre. Eine Verschlechterung sei medizinisch nicht ausgewiesen (S. 2 unten). Bei einem IV-Grad von 20 % bestehe kein Anspruch auf eine Invalidenrente. Da die Beschwerdeführerin bei der Stellensuche nicht zusätzlich eingeschränkt sei, bestehe kein Anspruch auf berufliche Massnahmen (S. 3 oben). 2.2

Demgegenüber stellte sich die Beschwerdeführerin im Wesentlichen auf den Standpunkt (Urk. 1), dass das Gutachten aus genannten Gründen inhaltlich und methodisch in verschiedener Hinsicht nicht zu genügen vermöge. Sodann hätten die internistische Gutachterin und der Onkologe ein Verhalten an den Tag gelegt, welches den Anschein der Befangenheit erwecken würde (S. 8 ff.). Beim Einkommensvergleich sei zudem nicht auf das Niveau 2, sondern das Niveau 4 abzustellen und von einem Invalideneinkommen von Fr. 43'008.50 auszugehen (S. 15 f.). Zudem sei ihr aufgrund des fortgeschrittenen Alters ein leistungsbedingter Abzug von 15 %

zu gewähren (S. 16). 2.3

Strittig und zu prüfen ist somit, ob und allenfalls in welchem Ausmass sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin seit der Verfügung vom 1. Dezember 2016 (Urk. 6/30) verändert haben (vgl. vorstehend E. 1.4). 3. 3.1

Der leistungsverneinenden Verfügung vom 1. Dezember 2016 (Urk. 6/30) lagen zur Hauptsache folgende Berichte zu Grunde: 3.2

Dr. med. Y.\_\_\_\_, Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie und für Oralchirurgie, berichtete am 23. Mai 2016 (Urk. 6/8/7) von einer persistierenden Schmerzsymptomatik bei klinisch und radiologisch unauffälligem Untersuchungsbefund.

Am 15. Juni 2015 (Urk. 6/8/6) berichtete er von einer basalen Kieferhöhlenrevision vom 2. Juni 2015 und einem komplikationslosen Wundheilungsverlauf. 3.3

Med. prakt. Z.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, nannte im Bericht vom 21. Juli 2016 (Urk. 6/13/7-11) als Hauptdiagnose chronische Gesichtsschmerzen mit störender, zäher Schleimbildung und berichtete von einer persistierenden Schmerzsymptomatik bei klinisch und radiologisch unauffälligem Untersuchungsbefund (Ziff. 1.1). In der bisherigen Tätigkeit als kaufmännische Angestellte habe vom 27. November 2015 bis 30. Juni 2016 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Aus medizinischer Sicht sei die bisherige Tätigkeit zu 100 % zumutbar (Ziff. 1.6-7). Die Arbeit beim alten Arbeitgeber sei aber nicht mehr möglich und sinnvoll (Urk. 6/13/11). 3.4

Dr. med. A.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt tele fonisch gegenüber einer Sachbearbeiterin der Beschwerdegegnerin am 14. Okto ber 2016 (vgl. Telefonnotiz, Urk. 6/23) fest, die Beschwerdeführerin habe bei ihm nur drei Termine wahrgenommen und die Behandlung dann wieder abgebrochen. Er könne den Arztbericht gar nicht ausfüllen. Er habe bei der Beschwerdeführerin die Diagnose einer ängstlich - agitierten Depression gestellt. Das Problem sei aber gewesen, dass sie selber gar keine Behandlung gewollt und deshalb eine solche auch wieder abgebrochen habe. 4. 4.1

Die medizinische Sachlage, wie sie sich anlässlich der aufgrund der Neuanel dung vom 2 4. Mai 2017 ( Urk. 6/44) erfolgten erneuten Prüfung des Rentenanspruches darbot, stellt sich wie folgt dar: 4 . 2 4.2.1

Dr. med. B.\_\_\_\_ , Fachärztin für Neurologie, Dr. med. C.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und für Neurologie, Dr. med. D.\_\_\_\_ , Facharzt für Medizinische Onkologie und für Allgemeine Innere Medizin, sowie Dr. med. E.\_\_\_\_ , Fachärztin für Allge meine Innere Medizin, nannten im polydisziplinären Gutachten des Z entr ums

F.\_\_\_\_ vom 1 3. Juli 2018 ( Urk. 6/65) folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 6 oben) : - sensible Polyneuropathie im Bereich der oberen und unteren Extremitä ten

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie (S. 6 Mitte): - Sinusitis maxillaris chronica sinistra - Uterus myomatosus - Hämangioliipom im Bereich der rechten Niere - rez . Lumbago bei anamnestisch Status nach Deckplatteneinbruch L1 - depressive Anpassungsstörung (ICD-10 F43.1) - Verdacht auf Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1) - Mammakarzinom rechts 4 . 2 .2

Dazu führten die Gutachter aus, die sensible Polyneuropathie , ausgelöst durch das Chemotherapeutikum um Taxol , führe zu Einschränkungen in Gleichgewicht und Feinmotorik der oberen Extremitäten, des Weiteren komme es zu trophischen Störungen. Es bestünden quälende Schmerzen bzw. Sensibilitätsstörungen an den oberen Extremitäten, was schlussendlich zu einer verminderten Schnelligkeit bei feinmotorischen Arbeiten führe. Aufgrund der Vernarbungen nach operative r Sanierung des Mammakarzinoms mit Sentinel -L ymphknoten sollte der rechte Arm eine gewisse Schonung erfahren. Aufgrund der chronischen Lumbago mit altem Deckplatteneinbruch von L1 sowie einem Körpergewicht an der unteren Norm seien körperlich mittelschwere bis schere Tätigkeiten nicht mehr möglich (S. 7 oben). 4 . 2 .3

Die Psychobiographie und Persönlichkeitsentwicklung liessen keine Hinweise für eine Persönlichkeitsstörung oder eine akzentuierte Persönlichkeit zu. Eine gewisse Verbitterung sei festzustellen (S. 7 Mitte) . 4 . 2 .4

Das Belastungsprofil sei wie folgt zu umschreiben und gelte seit Abschluss der Chemotherapie Ende Mai 2017 : keine körperlichen mittelschweren bis schweren Tätigkeiten , kein Gehen auf Leitern oder Gerüsten oder unebenem Grund, kein Überkopfarbeiten, keine Tätigkeiten in Kälte oder Hitze. Bei der Beschwerdefüh rerin seien ausreichende Ressourcen vorhanden, auch im Sinne einer Selbstein schätzung, damit sie erneut eine berufliche Eingliederung starten könne. Im Rahmen der Anpassungsstörung und des Verdachts der Somatisierung sollte bei einem Wiedereingliederungsversuch mit 60 % begonnen werden, also im Bereich der von der Beschwerdeführerin selbst eingeschätzten Leistungsfähigkeit, später langsame Steigerung (S. 7 unten). 4 . 2 .5

Es sei eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen festzustellen gewesen, welche den geschilderten Symptomen entsprechen. Die entsprechenden Therapien würden jedoch von der die Naturheilkunde favorisierenden Beschwerdeführerin nicht durchgeführt. Die geklagten Symptome und Funktionseinbussen seien konsistent und plausibel und mit den Untersuchungsergebnissen valide und nachvollziehbar. Es hätten keine Verdeutlichungs- respektive Aggravationstendenzen festgestellt werden können. Es habe sich ein differenziertes Bild der Situation und

auch ihrer Beschwerden abgezeichnet (S. 8 oben). 4 . 2 . 6

Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen wie auch in einer leidensangepassten Tätigkeit betrage gesamthaft 80 % . Diese Einschätzung gelte seit Mai 2017. Während der Behandlung des Mammakarzinoms von Januar bis Mai 2017 habe keine Arbeitsfähigkeit bestanden (S. 8 Mitte). Die Einschränkung der Leistung begründe auf der verminderten Belastbarkeit der Beschwerdeführerin aufgrund der chronischen Lumbago sowie aufgrund des vermehrten Pausenbedarfs bei quälenden Schmerzen und Sensibilitätsstörungen der oberen Extremität (S. 8 unten).

Es bestünden keine individuellen Therapieoptionen, die Polyneuropathie sei nicht behandelbar. Aus psychiatrischer Sicht wäre es sinnvoll, eine strukturierte kognitive Verhaltenstherapie durchzuführen, damit die Anpassungsstörung, die im Rahmen der Trennung und des Verlusts des Vaters entstanden sei, überwunden werden könne (S. 9 oben). 4 . 3

Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, führte im Bericht vom 29. Oktober 2018 ( Urk. 6/78/1-2) aus, die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit komme im Gutachten lediglich als Fragenbeantwortung zur Sprache und werde in der Beurteilung überhaupt nicht diskutiert. Trotz der massiven Störungen der oberen und unteren Extremitäten, wie in seiner Untersuchung und in den Akten geschildert, solle die Beschwerdeführerin 80 % arbeitsfähig sein. Dies sei seines Erachtens überhaupt nicht nachvollziehbar und sei nirgends begründet (S. 2). 4 . 4

Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte im Bericht vom 19. Januar 2019 ( Urk. 6/85/7- 1 3 ) aus, er behandle die Beschwerdeführerin seit 13. November 2018 ( Ziff. 1.1), und nannte als Diagnosen eine somatoforme Störung mit Schmerzen, Polyneuropathie und Nachtschweiss bei somatischer Polymorbidität (ICD-10 F45.4 ; Ziff. 2.5 ). Aufgrund der Symptome der Polyneuropathie brauche die Beschwerdeführerin für tägliche Verrichtungen wie Ankleiden, Abwaschen usw. vermehrt Zeit und verletze sich wegen der Sensibilitätsstörungen beim Abwaschen durch das Zerbrechen von Gläsern. Es bestünden persistierende chronische Schmerzen im Kieferbereich, ein profuser Nachtschweiss sowie Alpträume ( Ziff. 2.2). Der Leidensdruck, insbesondere durch die Polyneuropathie, sei aus seiner Sicht geeignet, die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin andauernd auf geschätzte 50 % einzuschränken ( Ziff. 2.7). Eine psychotherapeutische Begleitung sei weiterhin geplant. Die medikamentöse Behandlung sei insofern ein Erfolg, dass die Beschwerdeführerin dieses Medikament zu vertragen scheine ( Ziff. 2.8). Welche Funktionseinschränkungen bestehen, wie sich diese auf die bisherige Tätigkeit auswirken würden und welche Ressourcen die Beschwerdeführerin habe, könne er nicht beantworten ( Ziff. 3.4- 5). Aufgrund der erst kurzen Behandlungszeit könne er nur vorläufige Angaben machen. Die Haupteinschränkungen schienen durch die

Polyneuropathie gegeben zu sein, wobei möglicherweise Anteile der somatoformen Schmerzstörung daran beteiligt seien. Von psychischer Seite würden keine Befunde vorliegen, die einer beruflichen Wiedereingliederung im Weg stehen würden ( Ziff. 5). 4 . 5

Die Ärzte des F.\_\_\_\_ führten in der ergänzenden Stellungnahme vom 13. Mai 2019 ( Urk. 6/95) aus, eine Schwellung und relevante Funktionseinschränkung des rechten Oberarmes sei zum Zeitpunkt der Begutachtung in keinem Fachgutachten festzustellen gewesen. Im Gutachten sei darauf aufmerksam gemacht worden, dass wegen der Sentinel-Lymphknotenresektion rechts bei einer Arbeitstätigkeit eine gewisse Schonung des rechten Arms zu berücksichtigen sei, um einem Lymphödem vorzubeugen. Im Bericht von Dr. med. I.\_\_\_\_, Kaderärztin Frauenklinik, Spital J.\_\_\_\_, vom 12. Februar 2019 (vgl. Urk. 6/88) werde keine schmerzhaftes Armschwellung mit Oberarmfunktionseinschränkungen erwähnt (S. 1 unten).

Objektiv bestehe eine sensible Polyneuropathie im Bereich der oberen und unteren Extremitäten, welche als unerwünschte Nebenwirkung der Chemotherapie interpretiert werde. In den unteren Extremitäten bestehe eine deutliche Unsicherheit beim Gehen mit geschlossenen Augen, ebenso sei die Standfestigkeit im Romberg-Versuch reduziert. Die trophischen Störungen und sensiblen Einschränkungen im Bereich der Hände seien objektivierbar. Es bestehe eine Hautverdünnung und eine verminderte Feinmotorik, welche die Schnelligkeit beim Blättern sowie die Handfertigkeit vermindere (S. 2 oben) . Die angestammte Tätigkeit der Beschwerdeführerin sei die der Sach- und Betriebsmitarbeiterin. Dabei handle es sich um eine körperlich leichte Bürotätigkeit. Eine solche Arbeit sei mit einer verminderten Feinmotorik sowie den trophischen Störungen der oberen Extremität und der verminderten Standfestigkeit aufgrund der Polyneuropathie der unteren Extremität vereinbar, da diese Tätigkeit vorwiegend sitzend oder unter Einbezug eines Stehpultes auch wechselbelastend durchgeführt werden könne. Es bestehe keine erhöhte Anforderung an die Widerstandsfähigkeit der Hände (wie es beispielsweise bei vermehrtem Wasserkontakt oder Kontakt mit chemischen Mitteln der Fall wäre). Insofern könne die angestammte Tätigkeit der Versicherten als Betriebsmitarbeiterin als adaptiert betrachtet werden. Der chronischen Schmerzsituation der Beschwerdeführerin (chronische Sinusitis, Armschmerzen, Polyneuropathie) werde durch eine Verminderung der Arbeitsfähigkeit um 20 % Rechnung getragen. Dies werde begründet mit einem erhöhten Pausenbedarf aufgrund der chronischen Schmerzsituation (S. 2 Mitte).

Weiter hielten die F.\_\_\_\_-Gutachter fest, dass sämtliche Anamneseerhebungen und klinischen Untersuchungen bei der Beschwerdeführerin in der F.\_\_\_\_ von qualifizierten Gutachtern lege artis durchgeführt worden seien. Diesbezüglich sei auch auf die regelmässigen internen Fortbildungen und Qualitätskontrollen der F.\_\_\_\_ zu verweisen. Den Vorwurf „sadistischer Untersuchungsmethoden“ (onkologisches Gutachten) oder „zynischer Bemerkungen“ (internistisches Gutachten) werde entschieden zurückgewiesen (S. 2 unten). Zum Zeitpunkt der Begutachtung hätten bei der Beschwerdeführerin die Beschwerden bezüglich der Sinusitis maxillaris chronica sinistra aus internistischer Sicht ganz eindeutig nicht im Vordergrund gestanden (S. 3 unten). Zum Zeitpunkt der Begutachtung seien keine neurologischen

Vorakten vorzulegen . Die vom Rechtsanwalt der Beschwerdeführerin bemängelten Punkte seien im Gutachten berücksichtigt worden. Der ausführliche Bericht von Dr. G.\_\_\_\_ vom 29. Oktober 2018 ergebe keine neuen Gesichtspunkte. Der Neurostatus sei identisch und die beklagten Symptome ebenfalls. Der Rechtsanwalt der Beschwerdeführerin berichte, Dr.

G.\_\_\_\_ habe geäußert, es sei eine sträfliche Unterlassung der neurologischen Gutachterin, dass sie kein EMG durchgeführt habe. Die Polyneuropathie-Diagnose sei klinisch zu stellen und in diesem Fall sei die Ursache klar, ausserdem seien die gleichen Befunde erhoben worden wie sechs Monate später durch Dr. G.\_\_\_\_. Eine EMG-Untersuchung erbringe keine wesentlichen

Zusatzinformationen in diesem Fall. Anlässlich der Begutachtung habe die Beschwerdeführerin angemerkt, dass sie am Computer recht gut arbeiten könne. Ausserdem sei zu erwähnen, dass die Beschwerdeführerin zum Zeitpunkt der Begutachtung keinerlei Schmerzmedikamente eingenommen

und nur alternative Methoden zugelassen habe. An der neurologischen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit werde festgehalten (S. 4 Mitte). 4 . 6

Dr. G.\_\_\_\_ (vorstehend E. 4.3 ) führte im Bericht vom 4. Juni 2019 ( Urk. 6/98) im Wesentlichen aus, Hauptursache für die Arbeitsunfähigkeit sei nicht die Psyche, sondern die Polyneuropathie, die Einschränkungen in verschiedenen Bereichen als Folge der Symptomatik. Mögliche Arbeiten seien im Büro, sitzend, wechselnd belastend, z.B. Buchhaltung, was die Beschwerdeführerin früher gemacht habe. Grund für die Reduktion von Ausdauer und demzufolge auch Leistung über 50 % hinaus sei die abnorme Ermüdbarkeit mit Bedarf sich auszuruhen (S. 1 unten). 4 . 7

Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), führte in der Stellungnahme vom 10. Juli 2019 ( Urk. 6/99/9) aus, im Arztbericht von Dr. G.\_\_\_\_ vom 4. Juni 2019 werde über das Ergebnis einer erneuten Untersuchung berichtet. Hiernach handle es sich nach wie vor um die gleichen Beschwerden im Bereich der Hände und Beine, verbunden mit Leistungsabfall und Müdigkeit. Hauptsächlich dafür sei die Polyneuropathie. Die erhobenen klinischen Befunde fänden sich im Wesentlichen vergleichbar auch im F.\_\_\_\_-Gutachten wieder. Insofern handle es sich diesbezüglich um eine abweichende fachärztliche Beurteilung, jedoch nicht um unberücksichtigte medizinische Fakten/Tatsachen. Wie in der Stellungnahme der F.\_\_\_\_-Gutachter festgehalten worden sei, seien in keinem Fachgutachten eine Schwellung oder relevante Funktionseinschränkung des rechten Oberarmes festzustellen gewesen. Die Funktionen des rechten Oberarmes würden im Gutachten somit ausreichend berücksichtigt erscheinen. 5 . 5 .1

Die Frage, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin in einer für den Anspruch erheblichen Weise verschlechtert hat, beurteilt sich durch einen Vergleich des Gesundheitszustandes im Zeitpunkt der rentenablehnenden Verfügung vom 1. Dezember 2016 mit dem Gesundheitszustand im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 23. Juli 2019 (vgl. vorstehend E. 1.4) . 5.2

Für die Beantwortung der Frage, ob eine Verschlechterung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin in einer für den Anspruch relevanten Weise eingetreten ist, kann auf das polydisziplinäre

F.\_\_\_\_-Gutachten abgestellt werden (vgl. E. 4.2): Dieses Gutachten entspricht den erforderlichen Kriterien an den Beweiswert einer Expertise (vgl. E. 1.5). Die Beschwerdeführerin wurde ihren geltend gemachten Beschwerden entsprechend umfassend abgeklärt, das Gutachten beruht auf internistischen, onkologischen, neurologischen und psychiatrischen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und wurde in

Kenntnis der Vorakten abgegeben.

Sodann sind die Darlegungen der medizinischen Zusammenhänge und die Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtend und die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet. Die F.\_\_\_\_ - Gutachter kamen in ihrer Gesamtbeurteilung zum nachvollziehbaren Schluss, dass die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen wie auch in einer leidensangepassten Tätigkeit 80 % betrage (vgl. vorstehend E. 4.2.6). 5.3

Die von der Beschwerdeführerin beschwerdeweise vorgebrachten Aspekte (vgl. Urk. 1) betreffen im Wesentlichen den Beweiswert des von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebenen Gutachtens und beziehen sich vorwiegend auf die internistische, neurologische und onkologische Beurteilung. Dabei stützt sie sich neben appellativer Kritik am Gutachten auf die Stellungnahmen des behandelnden Neurologen (vorstehend E. 4.3 und E. 4.6).

Die Vorbringen der Beschwerdeführerin, wonach auf das Gutachten des F.\_\_\_\_ nicht abgestellt werden könne, vermögen nicht zu überzeugen. Zu den von der Beschwerdeführerin bereits im Verwaltungsverfahren vorgebrachten Punkten nahmen die Gutachter am 13. Mai 2019 eingehend Stellung (vgl. vorstehend E. 4.5). Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 1 S. 8 ff.) wird

sowohl im internistischen Teilgutachten als auch in der gutachterlichen Stellungnahme auf die aktuellen Beschwerden und den Leidensdruck der Beschwerdeführerin sowie den Verlauf und die Behandlung mit verschiedenen (teils) misslungenen und erfolglosen Therapiebemühungen im Zusammenhang mit der seit 2011 bestehenden Sinusitis maxillaris chronica sinistra an verschiedenen Stellen hin gewiesen und eingegangen (vgl. Urk. 6/65 S. 18 ff., Urk. 6/95 S. 3). Die internistische Gutachterin wies zudem darauf

hin, dass sich die Beschwerdeführerin auf eine alleinige Therapieoption durch eine Naturheilpraktikerin versteife und konservative Massnahmen kaum umgesetzt würden (vgl. Urk. 6/65 S. 27 unten), und kam zum Schluss, dass das Ausmass des Leidens der Sinusitis maxillaris chronica sinistra

- ebenso wenig wie die alleinige Therapiemöglichkeit durch eine Naturheilerin

- objektiv nicht nachvollziehbar sei

(vgl. Urk. 6/65 S. 28 Mitte). Schliesslich wies die internistische Gutachterin in der ergänzenden Stellungnahme darauf

hin, dass bei unauffälligem oralen Befund anlässlich der Begutachtung kein Grund für weitergehende Abklärungen oder Untersuchungen bestanden habe und die Beschwerden bezüglich der Sinusitis maxillaris chronica sinistra zum Zeitpunkt der Begutachtung ganz eindeutig nicht im Vordergrund gestanden hätten (vgl. Urk. 6/95 S. 3 unten). An den Feststellungen im internistischen Gutachten und der entsprechenden ergänzenden Stellungnahme vermag schliesslich auch die Dokumentation der Stiftung

L.\_\_\_\_

vom 17. Juni 2017, welche zum Schluss kam, dass den beiden Zahnärztinnen eine unsorgfältige Aufklärungspflicht über die Risiken dargelegt werden könne und die fachliche Überschätzung wie die mangelhafte Notfallbereitschaft zu kritisieren seien (vgl. Urk. 3/3 S. 17), nichts zu ändern.

Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 1 S. 12 ff.) vermögen auch die Berichte des behandelnden Neurologen Dr. G.\_\_\_\_

vom 29. Oktober 2018 und vom 4. Juni 2019 (vorstehend E. 4.3 und E. 4.6) an den im neurologischen Teilgutachten getroffenen Feststellungen nichts zu ändern. So erhob Dr. G.\_\_\_\_ einen identischen Neurostatus und die gleichen von der Beschwerdeführerin beklagten Symptome, wie

die Gutachter in der ergänzenden Stellungnahme festhielten (vgl. vorstehend E. 4.5). Diesbezüglich hielt auch der RAD in der Stellungnahme vom 10. Juli 2019 fest, dass sich die erhobenen klinischen Befunde im Wesentlichen auch im F.\_\_\_\_-Gutachten wiederfinden und es sich folglich um eine abweichende fachärztliche Beurteilung handle (vgl. vorstehend E. 4.7). Dr. G.\_\_\_\_ nannte in seinen Berichten keine anderslautenden Diagnosen und somit keine objektiv feststellbaren Gesichtspunkte, welche Zweifel am Gutachten begründen würden, womit die durch ihn postulierte Arbeitsunfähigkeit

in somatischer Hinsicht die anderslautende fachärztliche Einschätzung der Gutachter nicht zu widerlegen vermag.

Schliesslich stösst auch die Kritik der Beschwerdeführerin bezüglich des onkologischen Teilgutachtens ins Leere (vgl. Urk. 1 S. 14 Ziff. 36). So findet sich dies bezüglich in keinem der Teilgutachten eine Angabe zur Schmerzhaftigkeit des rechten Oberarms. Sodann führten die Gutachter in der ergänzenden Stellungnahme vom 13. Mai 2019 hierzu aus, dass eine Schwellung und relevante Funktionseinschränkung des rechten Oberarmes zum Zeitpunkt der Begutachtung in keinem Fachgutachten festzustellen gewesen sei. Der onkologische Gutachter habe darauf aufmerksam gemacht, dass wegen der Sentinel-Lymphknotenresektion rechts bei einer Arbeitstätigkeit eine gewisse Schonung des rechten Armes zu berücksichtigen sei, um einem Lymphödem vorzubeugen. Weiter führten sie aus, dass im Bericht von Dr. I.\_\_\_\_ vom 12. Februar 2019 (vgl. Urk. 6/88) keine schmerzhafte Armschwellung mit Oberarmfunktionseinschränkung erwähnt werde (vgl. vorstehend E. 4.5), womit es diesbezüglich sein Bewenden hat.

Inwieweit aus psychiatrischer Sicht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit anzunehmen oder zu verneinen sei, wurde sodann im entsprechenden Teilgutachten einlässlich erörtert (vgl. Urk. 6/65/44-57 sowie auch vorstehend E. 4.2.3, E. 4.2.5). Der psychiatrische Gutachter hielt fest, dass aus psychiatrischer Sicht keine schwere psychische Störung zu identifizieren sei, die vorgetragene Symptome nicht invalidisierend im Sinne einer psychischen Erkrankung seien und damit von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden könne (vgl. Urk. 6/65 S. 54 oben). Es seien ausreichende Ressourcen vorhanden, auch im Sinne einer Selbsteinschätzung, damit die Beschwerdeführerin eine berufliche Eingliederung starten könne (vgl. Urk. 6/65 S. 53 unten). Diese Ansicht deckt sich mit den Ausführungen von Dr. H.\_\_\_\_, der die Beschwerdeführerin erst seit Kurzem behandelt und die Haupteinschränkungen ebenfalls bei der Polyneuropathie

sah und festhielt, dass von psychischer Seite her keine Befunde vorliegen würden, die einer beruflichen Wiedereingliederung im Wege ständen (vgl. vorstehend E. 4.4). Die dem Teilgutachten zu entnehmende Begründung vermag durchaus den Anforderungen auch der neuen Rechtsprechung zu genügen, die verlangt, dass das funktionelle Leistungsvermögen anhand einer Reihe von Standardindikatoren (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde, Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz, Komorbiditäten, persönliche Ressourcen, sozialer Kontext, Konsistenz auf der Ebene des Verhaltens) beurteilt wird

(BGE 141 V 281 E. 4.1.3).

#### 5.4

Wegen der unterschiedlichen Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten medizinischen Experten ist es rechtsprechungsgemäss daher nicht geboten, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderen Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine klärende Ergänzung des medizinischen Dossiers oder direkt eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige, nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_252/2012 vom 7. September 2012 E. 8.4), was vorliegend wie dargelegt nicht der Fall ist.

Zu berücksichtigen bleibt schliesslich aber auch, dass sich die unterschiedliche Beurteilung einer Symptomatik durch Gutachter und behandelnde Ärzte aus deren unterschiedlicher auftragsrechtlicher Situation ergibt. Denn bei behandelnden Ärzten gehört die Beurteilung der Auswirkungen von Krankheitssymptomen auf die Arbeitsfähigkeit zum therapeutischen Auftrag. Sie müssen daher ihre Beurteilung - soweit medizinisch vertretbar - mit der Selbsteinschätzung des Patienten in Einklang bringen, (ihn überzeugen) können und gegebenenfalls - aus Rücksicht auf das für den Therapieerfolg wichtige Vertrauensverhältnis - bei der Bewertung der krankheitsbedingten Funktionseinschränkungen dessen Einschätzung folgen. Demgegenüber hat der von einem Sozialversicherungsträger oder von einem Gericht beauftragte Gutachter die Krankheits- bzw. Behinderungsüberzeugung des Exploranden zwar auch in seine Beurteilung einzubeziehen, ist aber verpflichtet, die Schwere der (von ihm selbst klinisch festgestellten oder von anderen - insbesondere behandelnden - Ärzten berichteten) Symptomatik aufgrund aller aktenkundigen Informationen über Defizite und Ressourcen des Exploranden zu validieren. Die mitunter schwierige Abgrenzung von invaliditätsfremden Faktoren sowie die auf die IV-spezifischen Tatfragen zugeschnittenen Schlussfolgerungen verschaffen dem polydisziplinären Gutachten daher einen entscheidenden Vorteil gegenüber den Berichten der behandelnden Ärzte, welche aus therapeutischen Zusammenhängen erstattet wurden (vgl. dazu BGE 137 V 210 E. 1.2.4 mit Hinweisen).

Sodann ist es primär eine ärztliche Aufgabe, anhand der objektiven Befunderhebung die sich daraus ergebenden Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit zu bestimmen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_7/2014 vom 10. Juli 2014 E. 4.1.2 und 4.2.2). Die rein subjektive Einschätzung der versicherten Person bezüglich ihrer Arbeitsfähigkeit ist dabei nicht relevant. 5.5

Nichts anders ergibt sich

aus den übrigen Vorbringen hinsichtlich der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit des Gutachtens. Objektiv

sichhaltige und konkrete Anhaltspunkte oder Hinweise, dass die Anamneseerhebungen und klinischen Untersuchungen nicht lege artis durchgeführt worden seien, vermag die Beschwerdeführerin nicht darzulegen. Dass - die zu Beginn der Begutachtung leicht gereizt in Erscheinung getretene Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 6/65 S. 24 oben) - die

Untersuchung durch die Gutachter als „sadistisch anmutend und bizarr“ empfand, genügt nicht, um den Anschein der Befangenheit zu erwecken oder die fachärztlichen Erkenntnisse in Zweifel zu ziehen (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts 9C\_269/2012 vom 6. August 2012 E. 3.4.3). Die Beschwerdeführerin vermag nicht darzulegen, weshalb die von den Gutachtern nach eingehen der klinischer Untersuchung, der Berücksichtigung der geklagten Beschwerden und Kenntnis der Vorakten sowie Berücksichtigung der Alltagsbewältigung vorgenommene Beurteilung nicht objektiv gewesen sein soll. Soweit die Beschwerdeführerin schliesslich vorbringt, dass sie eine Computertastatur nur in einem Tempo bedienen könne, welches den Anforderungen in der Wirtschaft in keiner Weise entspreche (vgl. Urk. 1 S. 13 oben), ist zu bemerken, dass sie anlässlich der Begutachtung ausführte, dass sie sich eine Tätigkeit im Büro zu zirka 60 % vorstellen und sie am Computer trotz der Sensibilitätsstörungen in den Händen arbeiten könne, sie einfach Mühe habe, längere Zeit einen Kugelschreiber zu halten oder feinmotorische Tätigkeiten zu verrichten (vgl. Urk. 6/65 S. 37 Mitte).

Dass zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) erforderlich gewesen wäre (vgl. Urk. 1 S. 13 unten), ist eben falls nicht ersichtlich. So besteht bei zuverlässiger ärztlicher Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in der Regel keine Notwendigkeit, die Rechtsfrage der Erwerbsunfähigkeit durch eine EFL zu überprüfen. Ausnahmsweise kann eine solche erforderlich sein, wenn mehrere involvierte Ärzte diese angesichts eines multiplen und schwierig einzuschätzenden Krankheitsbildes ausdrücklich befürworten (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_433/2018 vom 5. Oktober 2018 E. 4.2 mit Hinweis). Davon kann im vorliegenden Fall keine Rede sein. 5. 6

Nach dem Gesagten liegen keine objektiv feststellbaren Gesichtspunkte vor, welche Zweifel am Gutachten begründen würden. Weiter finden sich keine konkreten medizinischen Anhaltspunkte, die gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen und im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind. Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin nicht in einer für den Anspruch erheblichen Weise verschlechtert hat und auch in erwerblicher Hinsicht keine wesentliche Änderung eingetreten ist, welche den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen vermag. Ein Revisionsgrund ist damit zu verneinen.

Soweit die Beschwerdeführerin den von der Beschwerdegegnerin zur Ermittlung der erwerblichen Auswirkungen vorgenommenen Einkommensvergleich bestritt (vgl. Urk. 1 S. 15 unten f.), ist festzuhalten, dass es vorliegend unerheblich ist, von welchem Niveau des durchschnittlichen Lohns für Büroarbeiten gemäss LSE ausgegangen wird, da die beiden Vergleichseinkommen ohnehin ausgehend vom selben Tabellenlohn zu ermitteln sind. Hinsichtlich des von der Beschwerdeführerin geforderten 15%igen leidensbedingten Abzuges infolge des fortgeschrittenen Alters ist weiter zu bemerken, dass dem Alter im Zusammenhang mit dem Leidensabzug nur beschränkte Bedeutung zukommt. Zum einen fällt der Umstand, dass die Stellensuche altersbedingt erschwert sein mag, als Invaliditätsfremder Faktor regelmässig ausser Betracht. Ausserdem steht fest, dass sich das Alter bei Frauen im Alterssegment von 40 bis 64/65 bei Stellen ohne Kaderfunktion eher lohn erhöhend auswirkt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_558/2017 vom 1. Februar 2018 E. 5.3.2). Sodann wird vorliegend der leidensbedingten Einschränkung bereits in der Arbeitsunfähigkeitseinschätzung Rechnung getragen, weshalb sich auch diesbezüglich kein Abzug rechtfertigt.

Nach dem Gesagten erweist sich die angefochtene Verfügung als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 6.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind unabhängig vom Streitwert festzulegen ( Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 700.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

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

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

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

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

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

## **E. 6**

/79) holte die IV-Stelle eine Stellungnahme bei den Gutachtern ein ( Urk. 6/95) und verneinte schliesslich mit Verfügung vom 23. Juli 2019 erneut einen Rentenanspruch (Urk. 6/101 = Urk. 2). 2.

Die Versicherte erhob am 5. September 2019 Beschwerde gegen die Verfügung vom 23. Juli 2019 ( Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihr eine Invalidenrente auszurichten ( Urk. 1 S. 2 oben ).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 8. Oktober 2019 ( Urk. 5 ) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde der Beschwerdeführerin am 9. Oktober 2019 zur Kenntnis gebracht ( Urk.

## **E. 7**

). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

## **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).

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