

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00791 vom 19. Januar 2007**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2007-01-19, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2019.00791](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00791)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00791 du 19 janvier 2007

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00791 del 19 gennaio 2007

## **Erwägungen**

### **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]). Sie kann Folge von Geburts gebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetz es

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 ausgegliche nen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beein trächtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 1.2**

I st die Verwaltung auf ein Revisionsgesuch eingetreten (Art. 87 Abs. 2

der Ver ordnung über die Invalidenversicherung (IVV) ), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 ATSG eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist (BGE

117 V 198 E. 3a mit Hin weis).

### **E. 1.3**

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 achtlich (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).

#### **E. 1.4**

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 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 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

##### 2.1

Die Beschwerdegegnerin erwog in der angefochtenen Verfügung vom 11. Oktober 2019 (Urk. 2) zur Hauptsache, nach materieller Prüfung der vorliegenden Arztberichte habe keine Verschlechterung oder Veränderung des Gesundheitszustandes festgestellt werden können. Die medizinische Situation habe sich nicht verändert. Somit bestehe kein Anspruch auf eine Erhöhung der Invalidenrente (S. 1). 2.2

Dagegen wendet die Beschwerdeführerin (Urk. 1) im Wesentlichen ein, die medizinischen Unterlagen und Abklärungen belegten eindeutig, dass es sich um eine Krankheit handle, die mit einer wesentlichen Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes einhergehe.

Mit Replik vom 15. April 2020 (Urk. 14) ergänzte die zwischenzeitlich rechtsvertretene Beschwerdeführerin, durch die Berichte von Dr. med. B.\_\_\_\_, Fachärztin für Rheumatologie, sei heute eine klare rheumatologische Diagnose ausgewiesen. Gegenüber 2006 stellten die von Dr. B.\_\_\_\_ neu gestellten Diagnosen vollumfänglich neu hinzugekommene Diagnosen dar. Es sei deshalb von einer klaren Verschlechterung gegenüber 2006 beziehungsweise 2014 auszugehen (S. 9). 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob von einer anspruchrelevanten Veränderung des Gesundheitszustandes auszugehen ist. Massgeblicher Vergleichszeitpunkt für eine relevante Veränderung des Gesundheitszustandes bildet die Rentenverfügung vom 1. September 2014, welcher umfassende erwerbliche und medizinische Abklärungen zugrunde lagen. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 28. Februar 2018 fällt hingegen ausser Acht, da es sich lediglich um eine Nicht-eintretensverfügung handelt (vgl. BGE 130 V 71 E. 3.2.3). 3.

Der Rentenverfügung vom 1. September 2014 lagen zur Hauptsache nach stehende medizinische Unterlagen zugrunde: 3.1 3.1.1

Die explorierenden Fachärzte der MEDAS Z.\_\_\_\_ diagnostizierten im bidisziplinären

Gutachten vom 25. Juli 2012 (Urk. 5/100) mit wesentlicher Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit zur Hauptsache eine Somatisierungsstörung (ICD

## **E. 5**

/

### **E. 5.1**

Die Beschwerdeführerin (Urk. 14) beanstandet primär, dass die von Dr. B.\_\_\_\_ neu gestellten Diagnosen gegenüber 2006 vollumfänglich neu hinzugekommene Diagnosen darstellen. Es sei deshalb von einer klaren Verschlechterung gegenüber 2006 beziehungsweise 2014 auszugehen. Damit rechtfertige sich, gestützt auf die Beurteilung von Dr. B.\_\_\_\_ davon auszugehen, dass sich der Gesundheitszustand erheblich verschlechtert habe und der IV-Grad heute bei mindestens 70 % liege. Es rechtfertige sich deshalb, ihr wie von Dr. B.\_\_\_\_ empfohlen, eine ganze IV-Rente zuzusprechen (S. 9; E. 2.2). Die Beschwerdeführerin beruft sich somit ausschliesslich auf eine anspruchserhebliche Veränderung des somatischen Geschehens.

#### **E. 5.2.1**

Vorwegzuschicken ist, dass zwischen ärztlich gestellter Diagnose und Arbeitsunfähigkeit keine unmittelbare Korrelation besteht. Massgebend sind vielmehr die konkreten funktionellen Auswirkungen auf das Leistungsvermögen der betroffenen Person (Urteil des Bundesgerichts 9C\_851/2018 vom 23. Mai 2019 E. 4.1.4 mit Hinweisen).

Entsprechend stellt denn auch das Hinzutreten einer neuen Diagnose nicht per se einen Revisionsgrund dar, weil damit das quantitative Element der (erheblichen) Gesundheitsverschlechterung nicht zwingend ausgewiesen ist (BGE 141 V 9 E. 5.2 mit Hinweisen). Massgebend ist einzig, ob bzw. in welchem Ausmass – unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbeschrieben der Ätiologie – den medizinischen Akten eine Verschlechterung der Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit im relevanten Zeitraum entnommen werden kann (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_664/2017 vom 25. Januar 2018 E. 9 und 9C\_799/2016 vom 21. März 2017 E. 5.2.1 mit weiteren Hinweisen).

In diesem Sinne ist der Beschwerdeführerin zwar darin beizupflichten, dass Dr. B.\_\_\_\_ unter anderem eine axiale Spondyloarthritis und eine Osteopenie an Lendenwirbelsäule und Schenkelhals beidseits als neue Diagnosen ausweist. Allein daraus lässt sich indes keine wesentlich veränderte Funktionsbeeinträchtigung ableiten. Dr. B.\_\_\_\_ legte in ihren Berichten nicht dar, welche der von ihr erhobenen, insbesondere der klinischen Befunde zu welchen zusätzlichen Einschränkungen der Leistungsfähigkeit führen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_335/2015 vom 1. September 2015 E. 4.2.2). Vielmehr wies Dr. B.\_\_\_\_ darauf hin, dass die entzündlichen Rückenschmerzen nachts Schmerzen verursachen, bei Bewegung sich wiederum eine Besserung einstellen würde (E. 4.3.1) und bewertete viel Bewegung als therapeutisch geeignet (E. 4.3.2), was gerade nicht für eine vollständige Leistungsunfähigkeit der Beschwerdeführerin spricht.

Für die letztlich verbleibende Arbeitsfähigkeit ist denn auch keine Beschwerdefreiheit in Bezug auf den Rücken erforderlich (vgl. E. 3.3). Im Rahmen ihrer Schadenminderungspflicht hat sich die Beschwerdeführerin das medizinisch Zumutbare anrechnen zu lassen. Eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin

hätte demnach eine eingehendere Begründung erheischt, zumal sie bereits eine Dreiviertelsrente der Invalidenversicherung bezieht.

Was sodann die nicht gesicherte Diagnose einer Urtikaria - Vasculitis beziehungsweise eines Sweet Syndroms (E. 4.3. 3. und E. 4) betrifft, ist ergänzend festzuhalten, dass eine bestimmte Gesundheitsschädigung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vorliegen muss, damit sie einen Anspruch auf Leistungen der Sozialversicherung begründen kann (Urteil des Bundesgerichts 8C\_693/2019 vom 5. Februar 2020 E. 5.2.2). Die genannten Verdachtsdiagnosen sind somit a priori nicht geeignet, eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes auszuweisen. Bereits im Vergleichszeitpunkt lagen zudem schmerzhafteste Hautmanifestationen vor, welchen Einschränkungen im Rahmen der Arbeitsunfähigkeits schätzung Rechnung getragen wurde (vgl. E. 3.2 und E. 3.3 sowie Urk. 5/170/79 S. 2). Eine diesbezügliche zusätzliche Verminderung der Leistungsfähigkeit ist nicht erstellt.

### **E. 5.2.2**

Gleich verhält es sich im Ergebnis hinsichtlich der festgehaltenen Fibromyalgie post Chemotherapie (vgl. Urk. 5/166/1-4 S. 1, 5/168 S. 3).

Dr. B.\_\_\_\_\_

interpretierte die von der Beschwerdeführerin geschilderten mannigfaltigen Symptome in ihrem letzten Bericht vom 27. August 2019 - nach dem gescheiterten Versuch der medikamentösen Behandlung der axialen Spondyloarthritis - als chronische Schmerz ausweitung/Fibromyalgie (E. 4.3.4) und liess damit im Ergebnis offen, ob eine Fibromyalgie überhaupt vorliegt. In diesem Zusammenhang ist zu berücksichtigen, dass in Bezug auf Schmerzen naturgemäss Beweisschwierigkeiten bestehen und die subjektiven Schmerzangaben der versicherten Person für die Begründung einer (teilweisen) Arbeitsunfähigkeit allein nicht genügen, sondern die Schmerzangaben durch damit korrelierende, fachärztlich schlüssig feststellbare Befunde hinreichend erklärbar sein müssen (BGE

143 V 124 E. 2.2.2). Dies traf vorliegend nachgerade nicht zu und Dr. B.\_\_\_\_\_ schloss die rheumatologische Behandlung ab (Urk. 5/168 S. 3).

Bereits im Vergleichszeitpunkt lag eine Schmerzstörung vor (E. 3.2 und E. 3.3). Die Beurteilung der Auswirkungen einer Schmerzstörung auf die Arbeitsfähigkeit ist grundsätzlich den psychiatrischen Experten vorbehalten, sodass der Einschätzung einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit durch Dr. B.\_\_\_\_\_ in diesem Zusammenhang von vorneherein kein entscheidendes Gewicht zukommt (vgl. BGE 143 V 124 E. 2.2.2). Da keine Hinweise dafür bestehen, dass die Beschwerdeführerin durch die/eine Schmerzstörung neu in ihren alltäglichen Aktivitäten derart beeinträchtigt wäre, dass anzunehmen wäre, auch die Leistungsfähigkeit im Erwerb sei über das bisherige Ausmass limitiert (vgl. E. 5.2.1; vgl. auch BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281) und auch sonst keine Umstände dargetan wurden, die auf eine rentenrelevante Veränderung hin deuten würden, ist auch diesbezüglich eine massgebliche Veränderung nicht erstellt.

### **E. 5.2.3**

Schliesslich vermag die Beschwerdeführerin auch aus der übrigen medizinischen Aktenlage nichts zu ihren Gunsten abzuleiten. Während sämtliche Untersuchungen in der Klinik

E.\_\_\_\_

ebenfalls keine objektivierbare n Korrelate abbildeten, welche die von der Beschwerdeführerin angegebene fluktuierende Symptomatik mit

Brust- und Schulterschmerzen abschliessend zu erklären vermocht hätten (E. 4.1.1), zeigte auch die durchgeführte SSEP ausschliesslich Normalbefunde (E. 4.1.2). Zudem litt die Beschwerdeführerin bereits im Vergleichszeitpunkt an Kopfschmerzen (E. 3.2.1), wobei der zusätzliche Einfluss der gemäss den Ärzten der Klinik E.\_\_\_\_ in ihrem Bericht vom 11. Juni 2019 (E. 4.1.1) ausgewiesenen chronischen Kopfschmerzen mit Erstmanifestation im Herbst 2017 erneut unklar bleibt.

Auch die Hausärztin

Dr. F.\_\_\_\_ legte unabhängig der subjektiven Schmerzangaben der Beschwerdeführerin im Verhältnis zum Vergleichszeitpunkt keine neuen Pathologien dar (E. 4.2), die eine weitere Einschränkung der Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin nachvollziehbar erscheinen liessen und somit eine Erhöhung der laufenden Dreiviertelsrente auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung begründen könnten .

### **E. 5.3**

Zusammenfassend ist eine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin nicht nachgewiesen und weitere Abklärungen drängen sich nicht auf . Somit ist die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 11. Oktober 2019 nicht zu beanstanden.

Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 6.

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 700.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie nach Rückzug des Gesuchs auf Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung vom 18. Juni 2020 (Urk. 20) der Beschwerdeführerin aufzu erlegen. 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: - lic.

iur . Y.\_\_\_\_ - 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 Gräub-Frischknecht

## **E. 6**

, Urk. 5/

## **E. 9**

). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, sprach der Versicherten mit Entscheid vom 19. Januar 2007 (Urk. 5/36) wegen

einer neuropathischen Dauerschmerzsymptomatik mit häufigen, migränoiden Kopfwerehatten bei Status nach subtotaler Exstirpation eines Akustikusneurinoms links sowie einer leichten Fazialisparese und einer linksseitigen Taubheit eine Dreiviertelsrente ab 1. August 2004 zu. Nach Durchführung eines amtlichen Revisionsverfahrens erhöhte die IV-Stelle die laufende Rente zufolge eines neu hinzugetretenen Adenokarzinoms mit Wirkung ab 1. März 2010 ( vgl. Verfügung vom 6. Oktober 2010, Urk. 5/72 S. 2, Urk. 5/75 f.) auf eine ganze Rente.

## **E. 10**

F45.0) sowie einen

oculovestibulären Funktionsausfall (S. 21).

Als Hauptdiagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, aber mit Krankheitswert nannten sie eine Persönlichkeitsänderung, schwierig zu beurteilenden Ausmasses und Einflusses auf die Arbeitsfähigkeit, eine leichtgradige Restfazialisparese links (phänomenologisch periphere; Ätiologie unklar) sowie eine abdominale Residualsymptomatik (S. 21).

Als Nebenfunde hielten die Experten eine Koffeinabhängigkeit (ICD.10 F15.25), einen Schmerzmittelabusus (Paracetamol, Metamizol), eine leichte Hypermetropie beidseits (Brille), unklare Mundschleimhautveränderungen, eine leicht erhöhte Blutdrucksenkungsreaktion, eine leichte Hypercholesterinämie und eine Hausstauballergie (anamnestisch) fest (S. 21). 3.1. 2

Betreffend die Arbeitsfähigkeit wiesen sie darauf hin, dass für die zumeist ausgeführte Tätigkeit als Verkäuferin in der Textilbranche der Grad der Arbeitsfähigkeit ohne psychiatrisch begleitenden Wiedereingliederungsversuch derzeit nicht quantifiziert werden könne, ein solcher sei zumutbar und sollte umgehend in die Wege geleitet werden, wobei aus otorhinolaryngologischer Sicht nur Tätigkeiten ohne Sturzgefahr (Leitern!), ohne Lärmexposition und ohne erhöhte Anforderungen an die Kommunikation in Frage kämen (S. 22). 3.2

### 3.2.1

Die Gutachter der

A.\_\_\_\_ stellten in ihrer Expertise vom 8. April 2014 ( Urk. 5/126 ) als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 24): - Zustand nach Exstirpation eines Vestibularisschwannom s links über eine linksseitige, retroaurikuläre, retromastoidale , osteoplastische Kraniotomie am 5. August 2003 mit - P eripherem vestibulo-cochle ä re m Ausfall links (ICD-10 H83.2) - Tinnitus links (ICO-10 H93.1), mittelgradig kompensiert - R esidueller peripherer Facialisparesie links (ICD-10 G51.0) - Zustand nach Neurektomie der Nervi (N.) occipitalis minor und major links bei neuropathischen Dauerschmerzen retroaurikulär und parieto -occipitalis links - Rezidivierendes Anschwellen der Lippen und des linken oberen Hemithorax , begleitet von einer Aphthose unklarer Ätiologie (Differenzialdiagnose : rezidivierende Aphthose , Quincke -Ödem)

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit erstellten sie (S. 24): - Leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) - Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) - Linksseitige Körperschmerzen vorwiegend im Kopfbereich, wahrscheinlich im Rahmen einer Somatisierungsstörung (ICD-10 R52.0) - Status nach Hemikolektomie links am 24. November 2009 bei stenosierendem, exulzeriertem, wenig differenziertem Adenokarzinom im Colon transversum pT3 pNO (0/18) RO G3 (ICD-10 C18.4) - Status nach adjuvanter Chemotherapie mit Folfox IV 01-06/10 - Verdacht auf Reizdarmsyndrom (ICD-10 K58.9) - Orale Antikoagulation bei Status nach partieller Thrombose V. subclavia rechts am 9. Februar 2011 - Mikrozytose unklarer Ätiologie ( Differenzialdiagnose : latenter Eisenmangel, Thalassaemia minor) 3.2.2

Der neurologische Gutachter der A.\_\_\_\_ führte unter anderem aus, nachdem aktuell eine neuropathische Schmerzsymptomatik am Kopf nicht mehr vorliege, müsse die Kopfschmerzsymptomatik der Versicherten im Gesamtzusammenhang der multiformen Beschwerden und Symptome gesehen werden, wobei dieser Störung sehr wahrscheinlich eine organisch-neurologische Erkrankung nicht zugrunde liege ( Urk. 5/126 S. 20). In der Gesamtbeurteilung hielten die Gutachter fest, von Seiten des Kolonkarzinoms befinde sich die Beschwerdeführerin in kompletter Remission. Gemäss aktueller neurologischer Beurteilung könnten keine Diagnosen mehr mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Das Vorliegen einer früher postulierten medikamentös-toxischen Polyneuropathie könne nicht bestätigt werden, vielmehr seien die von der Beschwerdeführerin beklagten Symptome im Rahmen einer psychiatrischerseits attestierten Somatisierungsstörung anzusiedeln. Bezüglich Beurteilung der Arbeitsfähigkeit relevant seien aus somatischer Sicht einerseits die bei der Beschwerdeführerin bestehende Taubheit links und die intermittierenden Gleichgewichtsstörungen. Sturzgefährdende Tätigkeiten sowie Tätigkeiten mit Eigen- oder Fremdgefährdung sollten von der Beschwerdeführerin gemieden werden. Aus otorhinolaryngologischer Sicht bestehe in der angestammten Tätigkeit als Verkäuferin mit wechselnden auditiven Anforderungen eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 10 % bei ganztags zumutbarem Arbeitspensum. In einer ruhigen Arbeitsplatzumgebung ohne höhere auditive Anforderungen sowie statischem Beschäftigungsprofil sei aus otorhinolaryngologischer Sicht von keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen (S. 25) . Bezüglich der rezidivierenden Schwellungen der Lippe begleitet von Aphthose mit nachfolgender Müdigkeit sei von einer gewissen Einschränkung, jedoch von keiner höheren als 10%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen (S. 25).

In der interdisziplinären Konsensbesprechung kamen sie zum Schluss, dass der Beschwerdeführerin ihre angestammte Tätigkeit als Verkäuferin wie auch jegliche

Verweistätigkeit ohne Sturzgefährdung zu 80 % zumutbar sei. In auditiv gut adaptierten Tätigkeiten bestehe eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 90 % , vollschichtig umsetzbar (S. 26). 3.3

Dipl. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie und für Psychiatrie und Psychotherapie, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) der Beschwerdegegnerin gelangte in seiner Stellungnahme vom 8. Mai 2014 (Urk. 5/129 S. 9) zum Schluss, neu vorliegend sei das Gutachten der A.\_\_\_\_ vom 8. April 2014. Das Gutachten sei nur in Teilen nachvollziehbar, da es sich im Vergleich zu den Beschwerden aus dem Jahr 2005 im Wesentlichen um einen unveränderten medizinischen Sachverhalt handle, jedoch um eine andere Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. Hinsichtlich einer Verbesserung des Gesundheitsschadens sei jedoch nachvollziehbar, dass das für die Rentenerhöhung verantwortliche Colon-Karzinom (internistisch) sich nun in Remission befinde und somit keine 100% ige Arbeitsunfähigkeit mehr plausibel sei. Aus Sicht des RAD sei demzufolge wieder die Arbeitsfähigkeit wie bei erstmaliger Rentenzusprache vor 2010 anzunehmen (50% ige Arbeitsfähigkeit angepasst), dies ab Zeitpunkt Gutachten. Eine vorzeitige medizinische Beurteilung könne nicht empfohlen werden, da der medizinische Zustand stationär sei.

Im Zeitpunkt der erstmaligen Rentenzusprechung hatte die IV-Stelle mit Entscheid vom 18. Januar 2007 auf die Beurteilung der Ärzte der Neurologischen Klinik und Poliklinik des Universitätsspitals D.\_\_\_\_ vom 20. Oktober 2005 (vgl.

Urk. 5/21) abgestellt, wonach die Versicherte behinderungsangepasst bis maximal 50 % arbeitsfähig sei, was sich auf teilzeitliche Tätigkeiten mit leicht gradiger bis mittelgradiger körperlicher oder mentaler Beanspruchung, mit der Möglichkeit sich regelmässig zu mobilisieren und die Körperposition zu wechseln sowie Pausen/Abwesenheiten einzuschalten beziehe. Schliesslich hatte die IV Stelle, da es sich bei der 50%igen Restarbeitsfähigkeit um einen Maximalwert handelte, der zusätzlich eingeschränkt sei durch die obgenannten Faktoren, beim Invalideneinkommen einen zusätzlichen leistungsbedingten Abzug von 15 % (Urk. 5/36 S. 3) vorgenommen und so einen Invaliditätsgrad von 60 % ermittelt. 4.

Die Verfügung vom 11. Oktober 2019 beruht vornehmlich auf nachstehenden medizinischen Dokumentationen: 4.1

#### 4.1.1

Im Bericht der Klinik E.\_\_\_\_ vom 7. Mai 2018 (Urk. 5/154/8 f.) finden sich die Hauptdiagnosen fluktuierender Schmerzen im Schulterblatt, Brustkorb und der linken Hand sowie chronischer Kopfschmerzen bei Erstmanifestation circa Herbst 2017. Die behandelnden Ärzte führten aus, die Ursache der fluktuierenden Symptomatik mit Brustschmerzen und Schulterschmerzen habe nicht abschliessend geklärt werden können. Eine konklusive Anamnese sei seitens der Beschwerdeführerin nicht möglich. Die ergänzend durchgeführte ENG Untersuchung habe keinen Hinweis auf eine periphere Nervenläsion des

Nervus

ulnaris oder Nervus

cutaneus

antebrachii

medialis gezeigt. Klinisch und elektro physiologisch bestehe auch kein Hinweis auf eine Läsion des Plexus

brachialis links. Im Rahmen des Polyneuropathie-Screening sei die

Neurographie des N. ulnaris

rechts erfolgt, welche unauffällig gewesen sei. Bei aktuell linksseitigen Schmerzen sei eine EMG-Untersuchung der Kennmuskulatur für C6

Wurzel

links durchgeführt worden, wo sich erfreulicherweise keine Zeichen einer Denervierung gezeigt hätten. Zur

Vervollständigung der Diagnostik sei ergänzend eine SSEP-Untersuchung geplant.

Im Rahmen der nächsten Konsultation würde auch eine funktionelle Ursache der Beschwerden diskutiert und eventuell eine psychosomatische Behandlung angesprochen (S. 2). 4.1.2

Bei Bestätigung der genannten Diagnosen ergänzten die behandelnden Ärzte im Bericht vom 23. Mai 2018 (Urk. 5/154/10 f.), in der ergänzend durchgeführten SSEP hätten sich Normalbefunde gezeigt und keine Hinweise für eine Hinterstrangaffektion bezüglich der diffusen schmerzhaften Dysästhesien. Somit bestünden nach Abschluss der neurologischen Diagnostik

keine Hinweise auf eine ursächliche Myelo-Radikulopathie, ein Thoracic-outlet-Syndrom, eine

Plexopathie oder

Polyneuropathie der betroffenen Nervenfasern. Theoretisch wäre nach stattgehabter Chemotherapie eine Small-Fiber-Neuropathie vorstellbar, hierfür klar

charakteristische Symptome seien jedoch nicht geschildert worden. Hierzu könnte noch laborchemisch ein Small-fiber-Screening durchgeführt werden.

Ergänzend werde noch eine rheumatologische Abklärung empfohlen. Sollten auch hier die Befunde bland ausfallen, sei eine psychosomatische Beurteilung/Therapie zu evaluieren (S. 2). 4.2

Hausärztin Dr. med. F.\_\_\_\_, FMH Allgemeine Innere Medizin, befand im Bericht vom 23. Oktober 2018 (Urk. 5/154/3 f.) zuhause der Beschwerdeführerin, die gepflegte 57-jährige Beschwerdeführerin wirke im Gespräch unruhig, sei teilweise weinerlich und leidend, im Affekt sei sie spürbar niedergestimmt, teilweise bagatellisiere sie ihre Beschwerden. Es bestünden eine Schlafstörung im Sinne eines gestörten Durchschlafens, keine Sinnes- und Ich-Täuschungen, keine Halluzinationen, keine Suizidalität. Somatisch sei die Beschwerdeführerin kardiopulmonal unauffällig, abdominal bestehe eine diffuse leichte Druckdolenz, die Handgelenke seien auf Druck schmerzhaft beidseits. Betreffend die Wirbelsäule bestünden Muskelverspannungen der Hals- und Brustwirbelsäule. 4.3 4. 3

.1

Im Bericht vom 11. Juni 2019 (Urk. 5/166 /1-4 ) n annte

Dr. B.\_\_\_\_

die ihr Fach gebiet betreffenden Hauptdiagnosen einer axiale n Spondyloarthr i tis , einer Fibro myalgie post Chemotherapie, einer Osteopenie an Lendenwirbelsäule und Schenkel hals beidseits und beschr ieb

unter Verweis auf den Untersuchungs bericht des Instituts G.\_\_\_\_ vom 27. Mai 2019 (Urk. 5/166/5 ff.) einerseits könne die Diagnose einer axialen Spondylarthritis gestellt werden mit erhöhter humoraler Entzündungsaktivität BSR 30 mm/h bei normalem CRP. Das HLAB27 sei negativ. Sie habe einen klar entzündlichen Rückenschmerz mit nächtlichen Schmerzen , Besserung auf Bewegung. MR tomografisch zeigten sich entzündliche beziehungsweise auch postentzündliche Veränderungen am I liosakralgelenk rechts mit feinen Ussuren und perifokalem Knochenmarksödem ventrok r anial rechts mit diskret vermehrter Kontrastmittelaufnahme. Des Weiteren zeige sich eine Romanus-Läsion am Lendenwirbelkörper 5 sowie eine Enthesitis im Ligamentum interspinosum L3/ 4. Klinisch bestehe dort auch eine deutliche Druckdolenz . Des Weiteren zeige sie auf Höhe L4/5 und L5/S1 einen Nachweis von Syndesmophyten. Nebenbefundlich habe sie noch eine erosive Chondrose L4/5 rechtsbetont (S. 3). 4.3.2

Des Weiteren erfülle die Beschwerdeführerin die Kriterien einer Fibromyalgie, welche allerdings anamnestisch erst p ost C hemotherapie aufgetreten sei. Auf g rund der gleichzeitig bestehenden axialen Spondylarthritis könnte es sich daher um eine sekundäre Fibromyalgie handeln. Der Widespread

pain Index betrage 10/19 Punkten ,

der Symptom severity

scale score 9/9 Punkten. Die Beschwerde führerin ha be bereits Venlafaxin seit fünf Jahren, was als

schmerzmodulierende Therapie empfehlenswert sei . Des Weiteren beweg e sie sich bereits viel . Leider kö nn e

die Beschwerdeführerin

keine Wassertherapie durchführen, da sie Feuchtigkeit nicht vertrage. Auch V elofahren gehe nicht auf g rund

vermindertem Gleichgewichtssinn nach Vestibularisschwannom (S. 3) . 4.3.3

Des Weiteren habe die Beschwerdeführerin unklare, urtikarielle Effloreszenzen, welche über mehrere Tage blieben. Im Verlauf habe die Beschwerdeführerin noch mals eine starke Episode im Bereich des rechten Ellbogens mit Auftreten von ausgeprägten Schmerzen gehabt. Sie habe Fotos gezeigt. Nach Abheilung blieben fleckförmige Hyperpigmentationen zurück. Sie habe keine Verminderung der Komplemente C3c und C 4. Die Rheumaserologie sei negativ für ANA, anti

dsDNA , ENA Screen. Diesbezüglich werde eine Überweisung an die dermatologische Klinik des D.\_\_\_\_ mit Frage nach Vorliegen einer Urtikaria - Vaskulitis empfohlen. Eine Urtikaria - Vaskulitis könne ebenfalls episodische schmerzhafte Sehnen oder

Gelenkschwellungen verursachen. In der Notfallkonsultation vom 24. Mai 2019 im Spital H.\_\_\_\_

sei die Effloreszenz als Herpes zoster C8TH1 rechts interpretiert und mit Valtrex 3x1 g behandelt worden (S. 3). 4. 3. 4

Am 27. August 2019 (Urk. 5/168) ergänzte sie, die mannigfaltigen Symptome, die die Beschwerdeführerin schildere, seien als eine chronische Schmerzauseweitung/Fibromyalgie zu interpretieren. Sie würde hier eine 100 % IV-Rente empfehlen, da die Beschwerdeführerin

nicht arbeitsfähig erscheine (S. 3). 4.4

Hinsichtlich der Abklärung eines Verdachts auf Urtikaria -Vaskulitis hielten die verantwortlichen Ärzte des Universitätsspitals

D.\_\_\_\_ am

14. Juli 2019 (Urk. 5/170/7-9) fest, im Moment seien die Hautveränderungen abgeheilt beziehungsweise nicht eindeutig einer Diagnose zuzuordnen. Zum jetzigen Zeitpunkt würden aufgrund der Anamnese sowie auch der früheren Bilder der Beschwerdeführerin ein Sweet Syndrom oder eine Urtikaria -Vaskulitis als wahrscheinlichste Diagnosen erachtet. Differentialdiagnostisch sollte an eine autoinflammatorische Dermatose oder ein Hyper-IgD Syndrom (weniger wahrscheinlich) gedacht werden (S. 2). 5.

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