

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00243 vom 12. Februar 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-02-12, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2020.00243](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00243)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00243 du 12 février 2021

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00243 del 12 febbraio 2021

## Erwägungen

### E. 1

Die 1962 geborene X.\_\_\_\_, Mutter dreier 1982, 1987 und 1992 geborener Kinder, war zuletzt bis Ende Juni 2013 als Unterhaltsreinigerin (ca. 10

Wochenstunden) bei der Y.\_\_\_\_ angestellt; letzter effektiver Arbeitstag war der 26. September 2012 (Urk. 7/9). Im September 2012 erlitt die Versicherte einen Treppensturz (Urk. 7/15/158), woraufhin sie sich mit Datum vom 9. April 2013 unter Hinweis auf Kniebeschwerden bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung zum Leistungsbezug anmeldete (Urk. 7/2). Nach ersten Abklärungen teilte die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, der Versicherten am 19. Juni 2013 mit, zurzeit seien keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich (Urk. 7/12). Im Hinblick auf die Rentenprüfung zog die IV-Stelle die Akten der Unfallversicherung (Urk. 7/6/1-86, Urk. 7/15/1-163, Urk. 7/18/1-190) bei und tätigte zusätzliche medizinische und erwerbliche Abklärungen. Ausserdem beauftragte sie ihren Abklärungsdienst mit der Abklärung der beeinträchtigten Arbeitsfähigkeit der Versicherten im Haushalt (Abklärungsbericht vom 2. Februar 2015, Urk. 7/26). Mit Vorbescheid vom 2. Februar 2015 stellte die IV-Stelle der Versicherten befristet vom 1. Oktober 2013 bis 30. September 2014 eine ganze Rente in Aussicht (Urk. 7/31). Nachdem die Versicherte dagegen Einwand erhoben hatte (Urk.

7/33, mit ergänzenden Einwandbegründung vom 21. Mai 2015, Urk. 7/38), veranlasste die IV-Stelle das rheumatologische Gutachten von Dr. med. Z.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Rheumatologie und Innere Medizin, vom 27. November 2015 (Urk. 7/48/1-18). Nach Beizug einer interner Stellungnahme (Urk. 7/54/4 ff.) sprach die IV-Stelle der Versicherten wie vorbeschieden mit Verfügung vom 23. Februar 2016 befristet für die Periode vom 1. Oktober 2013 bis 30. September 2014 eine ganze Rente zu. Dies gestützt auf einen nach der gemischten Methode bemessenen Gesamtinvaliditätsgrad von 83%. Darüber hinaus verneinte sie einen Rentenanspruch (Urk. 7/52, Urk. 7/57 ff.). Die von der Beschwerdeführerin am 11. April 2016 dagegen erhobene Beschwerde (Urk. 7/63) wies das hiesige Gericht mit Urteil IV.2016.00416 vom 31. Januar 2017 ab (Urk. 7/68/1-16). Dieser Entscheid verblieb unangefochten.

### E. 1.1

Wurde eine Rente

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 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (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. 1.2**

Anlass zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs.1 ATSG 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 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).

### **E. 1.3**

Am 1. Januar 2018 sind die geänderten Bestimmungen der

IVV vom 1. Dezember 2017 in Kraft getreten. Mit dieser Änderung wurde für die Festlegung des Invaliditätsgrades von teilerwerbstätigen Versicherten nach der gemischten Methode (Art. 28a Abs. 3 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG) in Art. 27 bis Absatz 2–4 IVV ein neues Berechnungsmodell eingeführt.

Nach Absatz 1 der Übergangsbestimmung zur Änderung der IVV vom 1. Dezember 2017 ist für am 1. Januar 2018 laufende Dreiviertelrenten, halbe Renten und Viertelsrenten, die in Anwendung der gemischten Methode zugesprochen wurden, innerhalb eines Jahres nach Inkrafttreten dieser Änderung eine Revision einzu leiten. Eine allfällige Erhöhung der Rente erfolgt auf den 1. Januar 2018. Wurde eine Rente vor dem 1. Januar 2018 wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades einer teilerwerbstätigen versicherten Person, die sich

zusätzlich im Aufgabenbereich betätigte, verweigert, so wird eine neue Anmeldung geprüft, wenn die Berechnung des Invaliditätsgrads nach Artikel 27 bis Absätze 2–4 IVV voraussichtlich zu einem Rentenanspruch führt (Absatz 2 der Übergangsbestimmung).

#### **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 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte (sogenannte Administrativgutachten) ist Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4; Urteil des Bundesgerichts 9C\_823/2018 vom 11. Juni 2019 E.

#### **E. 2**

mit Hinweisen).

#### **E. 2.1**

Im angefochtenen Entscheid erwog die Beschwerdegegnerin, aufgrund der medizinischen Abklärungen habe sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin im Jahr 2017 verschlechtert und ab 2018 wieder verbessert. Die angestammte Reinigungstätigkeit sei weiterhin nicht zumutbar. Demgegenüber bestehe hinsichtlich einer körperlich leichten Tätigkeit eine 80%ige Arbeitsfähigkeit. Aufgrund der Haushaltsabklärungen wäre die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall weiterhin zu 30 % erwerbstätig. Die restlichen 70 % entfielen auf den Aufgabenbereich. Hier bestehe eine 43%ige Einschränkung. Der darauf gestützt ermittelte Einkommensvergleich ergebe einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 36 % (Urk. 2).

#### **E. 2.2**

Dagegen wandte die Beschwerdeführerin ein, auf das Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_ dürfe nicht angestellt werden. Er habe in nicht nachvollziehbarer Weise das seitens der Behandler diagnostizierte Sjögren-Syndrom verneint. Zudem seien der Gonarthrose und dem chronischen subakromialen

Impingement beider Schultern im Rahmen der Arbeitsfähigkeitsbeurteilung Rechnung zu tragen. Dr. C.\_\_\_\_ sei aufgrund des Übergewichts der Beschwerdeführerin voreingenommen und lape darüber ausgegangen, die Problematik sei lediglich auf deren Gewicht und

Dekonditionierung zurückzuführen. Es sei gestützt auf die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung des behandelnden Arztes

insgesamt von einer 30 bis 40%igen Arbeitsfähigkeit hinsichtlich einer angepassten Tätigkeit auszugehen. Andernfalls müssten weitere Abklärungen getätigt werden. Schliesslich sei der Beschwerdeführerin im Rahmen der Invaliditätsbemessung ein Malus von mindestens 10 % zu gewähren (Urk. 1).

### **E. 3**

Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanschuldung eingetreten. Strittig und zu prüfen ist, ob eine anspruchrelevante Veränderung im Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin eingetreten ist; zeitlicher Referenzpunkt bildet die rechtskräftig gerichtlich bestätigte Verfügung vom 23. Februar 2016, worin der Beschwerdeführerin eine befristete Rente zugesprochen wurde

(Urk. 7/52, Urk.

#### **E. 3.1**

In medizinischer Hinsicht stützte sich die Verfügung vom 23. Februar 2016 auf das rheumatologische Gutachten von Dr.

Z.\_\_\_\_

vom 27. November 2015 (Urk. 7/48/1-18)

ab .

Darin stellte dieser folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/48/12 , vgl. auch Urteil des hiesigen Gerichts IV.2016.00416 vom 31. Januar 2017, E. 3, Urk. 7/68/7ff. ): - Chronische Knieschmerzen links - Status nach Treppensturz am 20.09.2012 und zweimaliger arthroskopischer

Teilmeniskektomie medial und lateral - Mässiggradige

trikompartimentale Arthrose - Schmerzchronifizierung mit funktioneller, nicht-nozizeptiver Komponente sowie ausgeprägten myofascialen Befunden im linken Bein - Lumbovertebralsyndrom bei geringer Diskopathie L4/5 und L5/S1 - Cervikospondylogenes Syndrom bzw. myotendinotisches Schulter-Arm-Syndrom rechts bei geringen degenerativen Veränderungen C4 bis C6

Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hielt Dr. Z.\_\_\_\_ anamnestisch eine substituierte Hypothyreose fest (Urk. 7/48/12).

Die Beschwerdeführerin habe anhaltende Schmerzen im linken Kniegelenk, vor allem beim Anlaufen und bei längerem Gehen beschrieben. Ihre maximale Gehstrecke betrage 30 Minuten. Insbesondere das Aufwärts- oder Abwärtsgehen und das Treppensteigen würden ihr Mühe bereiten. In Ruhe bzw. im Sitzen würden keine Schmerzen bestehen, diese würden erst beim Aufstehen auftreten. Jedoch verspüre sie bei längerem Sitzen ein Ameisenlaufen im ganzen linken Bein. Da neben beständen belastungsabhängige Beschwerden am rechten Ellbogen, welche durch regelmässige Injektionen behandelt würden, sowie belastungsabhängige Nackenschmerzen und Lumbalgien (Urk. 7/48/14).

Klinisch habe das linke Kniegelenk eine mässige synoviale Schwellung supra patellär und eine sehr diffuse periartikuläre

Druckdolenz gezeigt. Die Beweglichkeit sei nur leicht eingeschränkt mit einem Flexionsdefizit von 10° und einem Extensionsdefizit von 5° gegenüber der reizlosen und schmerzfreien Gegenseite. Die Umfänge im Ober- und Unterschenkel seien seitengleich, jedoch bestehe inspektorisch doch eine gewisse Atrophie des für die Patellastabilisierung massgeblichen Musculus

vastus

medialis. Zusätzlich hätten sich ausgedehnte myotendinotische Befunde im Becken und Oberschenkel links als Ausdruck einer muskulären Dysbalance infolge der nun mehrjährigen Fehlbelastung gezeigt. Radiologisch bestehe aufgrund der aktuellen konventionellen Aufnahmen eine mässig gradige

trikompartimentale Gonarthrose links, welche sicher einen wesentlichen Teil der Kniebeschwerden erklärten. Zusätzlich dürfte mittlerweile auch eine Schmerzchronifizierung mit einer nicht-nozizeptiven Komponente eingesetzt haben. Dafür würden insbesondere die ausgeprägte und diffuse periartikuläre

Druckdolenz bei Palpation mit bereits sehr geringem Druck sowie die diffuse Hypästhesie im ganzen linken Bein, welche sich nicht einer zentralen oder peripheren neuronalen Struktur zuordnen liessen, sprechen. Auch die lumbale und cervikale beklagte Beschwerden seien mit den radiologischen Befunden von eher diskreten degenerativen Veränderungen sowohl an HWS wie auch BWS nur teilweise zu erklären. Auch hier dürften nicht-organische Faktoren und die allgemeine Dekonditionierung mit muskulärer Dysbalance eine gewisse Rolle spielen, wofür einerseits die somatisch kaum zu erklärende starke Dolenz der gesamten Brust- und Lendenwirbelsäule ohne jeglichen paravertebralen Hypertonus, aber auch die ausgeprägten myofascialen Befunde im Bereich des rechten Schultergürtels und Ellbogens sprechen würden (Urk. 7/48/14f.).

Die Beschwerdeführerin sei für vorwiegend stehend/gehend durchzuführende Tätigkeiten seit September 2012 und auch weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig. Zusätzliche Einschränkungen bestünden angesichts der degenerativen Wirbelsäulenbeschwerden auch für das Heben, Tragen und Hantieren von Lasten bzw. für repetitiv-monotone Tätigkeiten mit dem rechten Arm. Ihre angestammte Tätigkeit als Reinigungsangestellte sei der Beschwerdeführerin daher seit September 2012 dauerhaft nicht mehr zumutbar. Demgegenüber sei die Beschwerdeführerin seit Abschluss der ambulanten Rehabilitation am 4. Juni

2014 in einer körperlich leichten, vorwiegend sitzenden, wechselnde lastende Tätigkeit, ohne uniform-repetitive Belastung des rechten Armes bzw. der rechten Hand und ohne repetitives Heben oder Tragen von Lasten über 5 kg bzw. Einzellasten über 10 kg zu 100 % arbeitsfähig. Dabei sei ihr Stehen an Ort maximal bis zu 15 Minuten und Gehen bis maximal 20 Minuten zumutbar. Gehen auf unebenem Boden, Knien und Arbeiten in der Hocke seien zu vermeiden. Kurzes Treppensteigen sei der Beschwerdeführerin nur gelegentlich zumutbar. Zwar könne davon ausgegangen werden, dass die beklagten Rückenbeschwerden nach Abschluss der ambulanten Rehabilitation zugenommen hätten. Jedenfalls seien die myotendinotischen Beschwerden im Schultergürtel und im rechten Arm im Austrittsbericht noch nicht beschrieben. Bezüglich Arbeitsfähigkeit wirkten sich diese Beschwerden hinsichtlich repetitiver Belastungen des rechten Armes und der rechten Hand aus, was allerdings einer rein qualitativen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit entspreche und die Arbeitsfähigkeit in der näher umschriebenen angepassten Tätigkeit

nicht weiter einschränke (Urk. 7/48/15f.).

### E. 3.2

Im

Abklärungsbericht vom 2. Februar 2015

wurden die Bemessungsfaktoren "Anteil Erwerbstätigkeit" mit 30 % bzw. "Anteil Haushaltstätigkeit" mit 70 % beziffert. Weiter wurde festgehalten, dass die Beschwerdeführerin im Haushalt ab September 2013 (Ablauf Wartejahr) zu 75.20 % und ab Juni 2014 (Abschluss der Rehabilitation in der D.\_\_\_\_) zu 37.60 % eingeschränkt war (vgl. Urk. 7/26). 4. 4.1

Im rheumatologischen Gutachten vom 22. Juli 2019 diagnostizierte Dr. C.\_\_\_\_ mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit und unspezifische Rückenschmerzen mit/bei Symptomausweitung, Fehllhaltung und Haltunginsuffizienz sowie geringe degenerative Veränderungen zervikal und lumbal anamnestisch

(Urk. 7/96/46). Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hielt er (1) ein Ganzkörperschmerz syndrom unklarer Ätiologie mit/bei Erschöpfungssymptomatik, muskulärer Dysbalance, (2) Adipositas Grad I (BMI 31.2 kg/m<sup>2</sup>) sowie (3) eine Hypothyreose anamnestisch fest (Urk. 7/96/46).

Die Beschwerdeführerin habe Ganzkörperschmerzen und eine Erschöpfungssymptomatik mit Müdigkeit beklagt. Diesbezüglich sei seitens der Rheumaklinik des E.\_\_\_\_ im Oktober 2017 ein Sjögren-Syndrom vermutet worden. Eine Lippenbiopsie habe die Diagnose aber nicht bestätigen können und es sei in der Folge differenzialdiagnostisch auch eine seronegative Polyarthritis festgehalten worden. Mehrmalige Steroidstöße sowie Basistherapien mit Plaquenil und Methotrexat hätten keinerlei Besserung gebracht. Es müsse auch darauf hingewiesen werden, dass die mit einem Sjögren-Syndrom in Verbindung gebrachte Müdigkeit, orale und okkuläre

Sicca-Symptomatik sowie generalisierte Arthralgien absolut unspezifisch seien und sich durchaus auch anders erklären liessen. So habe denn auch der Vorgutachter Dr. Z.\_\_\_\_ Ende 2015 eine chronische Schmerzsymptomatik im Bereich des linken Knies mit nicht-nozizeptiver funktioneller Komponente sowie ausgeprägte myofasziale Befunde im linken Bein beschrieben. Zudem habe er belastungsabhängige Beschwerden am rechten Ellbogen sowie belastungsabhängige Nacken- und Kreuzschmerzen dokumentiert. Letztere hätten sich durch die diskreten degenerativen Veränderungen von HWS und BWS nur teilweise erklären lassen; ohne jeglichen paravertebralen Hypertonus seien die starken Dolenzen der gesamten BWS und LWS somatisch nicht erklärbar gewesen.

Aktuell habe die Beschwerdeführerin neben generalisierten vor allem Schmerzen der Hände, Füße und Knie beklagt. Klinisch sei der Handbefund absolut unauffällig; die diskreten Verbreiterungen der Fingerendgelenke im Sinne einer beginnenden Heberdenarthrose fänden kein klinisches Korrelat. Der nur schwache und wechselhaft durchgeführte Faustschluss beidseits sei funktioneller Art; beim Ent- und Ankleiden habe ein absolut unauffälliger Einsatz der Hände beobachtet werden können. Die anamnestisch geschilderten Schwellungen seien in den medizinischen Vorakten nicht dokumentiert, insbesondere fehlten Hinweise für eine relevante entzündliche Aktivität.

Die Füße seien altersentsprechend unauffällig; im Rahmen der Untersuchung sei keine spezielle Schmerzhaftigkeit der Vorfüsse oder Fersen feststellbar gewesen.

Das rechte Kniegelenk sei in klinischer Hinsicht absolut unauffällig und frei beweglich; links sei im Vergleich zur Gegenseite lediglich die Extension etwas weniger ausgeprägt, aber immer noch leicht überstreckbar. Ansonsten seien beide Knie frei beweglich, ohne Meniskuszeichen und spezielle Schmerzhaftigkeit. Die Versicherte habe auch problemlos die Hocke bis 95° einnehmen können. Die beklagten Knieschmerzen seien denn auch nie Anlass genug gewesen für weiter gehende radiologische Abklärungen. Zusätzlich werde die Problematik durch das Fehlen von objektivierbaren Schonungszeichen, was ein konstantes Schonen des linken Beins ausschliesse und gegen eine relevante Gelenkpathologie spreche, relativiert ( Urk. 7/96/48).

Die restlichen Gelenke wie Ellbogen und Schultern imponierten ebenfalls absolut unauffällig. Auch habe sich keine tendopathische Problematik abgrenzen lassen. Insbesondere sei nicht von einer rein nozizeptiven Problematik mit gesenkter Schmerzschwelle und damit auch nicht von einer Fibromyalgie auszugehen. Vielmehr handle es sich vorliegend um ein Ganzkörperschmerzsyndrom unklarer Ätiologie, wobei zumindest eine funktionelle Komponente offensichtlich sei ( Urk. 7/96/48).

Die Wirbelsäule sei allseits altersentsprechend und schmerzfrei beweglich. Auffälligerweise habe die Beschwerdeführerin im Rahmen der Untersuchung keine Dolenzen im Bereich des Achsenskeletts angegeben; eine schmerzhafte segmentale Funktionsstörung könne somit ausgeschlossen werden. Die in den Vorakten beschriebene Irritation der Facettengelenke liege somit heute auch nicht mehr vor. Mithin könne aktuell lediglich von unspezifischen Rückenschmerzen bei Fehlhaltung und Haltungsinsuffizienz die Rede sein; das somatische Korrelat bestehe in der muskulären Dysbalance im Schulter- und Beckengürtel. Ein gravierendes Rückenleiden sei jedenfalls auszuschliessen und vielmehr von einer muskulären Problematik auszugehen ( Urk. 7/96/49).

Die angegebene Müdigkeit finde weder ein klinisches noch labormässiges Korrelat. Die Beschwerdeführerin bringe dieses teilweise in Verbindung mit einer Schilddrüsenunterfunktion; die Vorakten sprächen indes für eine ausreichende Substitution. Im Rahmen der 2.5 Stunden dauernden Untersuchung seien zudem weder Müdigkeit noch abfallende Konzentration aufgefallen. Im Gegenteil habe die Beschwerdeführerin, die lebhaft ihr zustehende Leistungen reklamiert habe, einen recht vitalen Eindruck erweckt ( Urk. 7/96/49).

Dass die Beschwerdeführerin trotz der angegebenen starken Schmerzen funktioniere und nicht regelmässig wirksame Analgetika benötige, spreche für eine Schmerzverarbeitungsstörung. Da das Ganze mit unspezifischen Rücken- und muskulären Beschwerden im Schulter-Nackengebiet angefangen und sich im Verlauf ausgeweitet habe, könne auch von einer Symptomausweitung, das heisse von einer Symptomatik, die ausschliesslich auf Verhaltensebene laufe, gesprochen werden. Jedenfalls müsse auf die Diskrepanz zwischen den beklagten Beschwerden sowie Limitierungen einerseits und den unspezifischen, nicht pathologischen klinischen Befunden andererseits hingewiesen werden. Zudem habe die Beschwerdeführerin nicht den Eindruck eines grösseren Leidensdrucks erweckt, zumal sie keinerlei Anstalten zur Verbesserung ihrer Leistungsfähigkeit zeige und keine wirksame Analgesie einnehme

( Urk. 7/96/49 f., Urk.

## E. 7

0 % )

die Einschränkung im Haushaltsbereich neu mit insgesamt 42.5 % beziffert (Urk. 7/99). 5.

5.1

Das rheumatologische Gutachten vom 22. Juli 2019 erging in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den Vorakten und den beklagten Beschwerden sowie gestützt auf die EFL vom 17. und 18. Juli 2019. Es leuchtet in der Darlegung der medizinischen Situation und Zusammenhänge ein und liefert nachvollziehbare Schlussfolgerungen. Dr. C.\_\_\_\_

hat zu den medizinischen Vorakten, insbesondere den seit der rechtskräftigen Verfügung vom 23. Februar 2016 neu eingegangenen Arztberichte einlässlich Stellung bezogen und – sowie er davon abwich – seine anderslautende Beurteilung nachvollziehbar begründet (Urk. 7/96/46 f.). Zudem hat er sich aufschlussreich zur Frage nach einer allfällig wesentlichen Veränderung im massgeblichen Zeitraum, allen voran dem Einfluss eines möglichen Sjögren-Syndroms auf die Leistungsfähigkeit (Urk. 7/96/55), geäußert. Das Gutachten erfüllt damit die an eine beweistaugliche Entscheidungsgrundlage gestellten Anforderungen (vgl. E. 1.5). 5.2

Beim Vergleich der Befunde im rheumatologischen Gutachten von Dr. Z.\_\_\_\_ vom 27. November 2015 einerseits (vgl. Urk. 7/48/10 f.) mit ebensolchen im rheumatologischen Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_ vom 22. Juli 2019

(Urk. 7/96/44 f.) sowie im Bericht von Dr. A.\_\_\_\_ vom 22. Dezember 2019, worin dieser – ohne bildgebende Befunde – «zwischenzeitlich eine Gonarthrose sowie ein chronisches subakromiales

Impingement beider Schultern» diagnostizierte, (Urk. 3) andererseits lässt sich keine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes seit der rechtskräftigen Rentenverfügung vom 23. Januar 2016 erblicken. Vielmehr ist die zur Begründung der medizinischen Einschätzungen angeführte Symptomatik und Befundlage weitestgehend deckungsgleich (vgl. Urk. 7/96/47). So hat bereits Dr. Z.\_\_\_\_ Schmerzen im linken Knie sowie Schulter-, Nacken- und Ellbogenschmerzen dokumentiert und bereits

darauf hingewiesen, dass sich die Beschwerden nur teilweise objektivieren liessen. Auch hat Dr. Z.\_\_\_\_ eine allgemeine Dekonditionierung mit muskulärer Dysbalance notiert (Urk. 7/48/15). Die von der Beschwerdeführerin neu geltend gemachte (Urk. 7/96/33) und vom behandelnden Dr. A.\_\_\_\_ im Rahmen eines

Sjögren-Syndroms interpretierte (vgl. Bericht e vom 5. Januar

2018, 7. Februar

2018, 21. März

2018 und 22. Dezember 2019, Urk. 7/91

f., Urk. 3)

ausgeprägte Müdigkeit liess sich gutachterlich nicht

objektivieren. Im Gegenteil hat Dr. C.\_\_\_\_ festgehalten, im Rahmen der 2.5 Stunden dauernden Untersuchung sei weder eine besondere Müdigkeit noch abfallende

Konzentration aufgefallen ( Urk. 7/96/42 f.); die angegebene Müdigkeit finde weder ein klinisches noch labormässiges Korrelat ( Urk. 7/96/49 ; damit konkordant der Bericht von Dr. A.\_\_\_\_ vom 5. Januar 2018 , wonach die Speicheldrüse nbiopsie und Laborbefunde nicht konklusiv seien ,

Urk. 7/91/2 ) . Daran ändern wiederholt erhöhte Entzündungswerte ebenso wenig wie der Hinweis von Dr. A.\_\_\_\_ , wonach nicht alle Sjörgen -Syndrom-Patienten die typischen Laborwerte aufwiesen (vgl. Bericht vom 22. Dezember 2019, Urk. 3 ). Die vom letzteren zur besseren Beurteilung der Auswirkungen des Sjörgen -Syndroms empfohlene EFL (vgl. Urk. 7/80, Urk. 7/84/3) vermochte das Ausmass der postulierten funktionellen Einschränkungen , insbesondere Müdigkeit,

eben falls nicht zu objektivieren . Vielmehr imponierte die Beschwerdeführerin dabei mit Selbstlimitierung und Symptomausweitung (vgl. Urk. 7/98). Für den - unter allgemeinem Hinweis auf «zahlreiche Studien» - beschwerdeweisen

Vorwurf, Dr. C.\_\_\_\_

habe die Problematik lapidar auf das Übergewicht und Dekonditionierung der Beschwerdeführerin zurückgeführt (vgl. Urk. 1 S. 5), bleibt damit kein Raum.

Sodann standen Beschwerden im Sinne der von Dr. A.\_\_\_\_ ausserdem notierten oralen und okk ulären

Siccasympptomatik (vgl. Urk. 7/91/2) , womit er das postulierte Sjörgen -Syndrom zuletzt vornehmlich begründete (vgl. Bericht vom 22. Dezember 2019, Urk. 3) , im Zeitpunkt der neuerlichen Exploration selbst subjektiv nicht im Vordergrund; die Beschwerdeführerin gab diesbezüglich lediglich an, sie benutze für trockene Schleimhäute lokale Cremes und Pflaster ( Urk. 7/96/52) . Dazu passend stellte Dr. med. F.\_\_\_\_ , Facharzt FMH für Ohren-, Nasen-, Halskrankheiten , welcher von

Dr. A.\_\_\_\_ offenbar konsiliarisch beigezogen wurde, fest, dass ein Teil der kleinen Speicheldrüsen noch funktionieren und die grossen sogar recht unauffällig wirkten (vgl. Urk. 3 S. 2).

Selbst wenn ein – wie auch immer geartetes, typisches oder untypisches - Sjörgen -Syndrom bestünde, sind daraus resultierende arbeitsrelevante Einschränkungen jedenfalls nicht ausgewiesen.

Davon abgesehen liegt regelmässig dort keine ver sicherte Gesundheitsschädigung vor, wo die (behauptete) Leistungseinschränkung vornehmlich auf Symptomausweitung oder einer ähnlichen Konstellation beruht . In diesem Kontext bleiben ausserdem

die subjektive Krankheitsüberzeugung sowie passive Schon- und Vermeidungsverhalten der Beschwerdeführerin zu ver merken ( vgl. Urk. 7/96/52 f.) .

Bei alle dem kam Dr. C.\_\_\_\_ zum begründeten Schluss, der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin hätten sich seit dem Vorgutachten 2015 nicht wesentlich verändert ( Urk. 7/96/55). Dass er – in vager Formulierung – hinsichtlich einer angepassten Verweistätigkeit (zusätzlich) eine dekonditionsbedingte

Leistungseinschränkung von maximal 20 % in Raum stellte , ist unbeachtlich. Handelt es sich doch dabei um einen invalidität sfremden Faktor. Die damit korrelierende Erschöpfungssymptomatik, muskuläre Dysbalance und Adipositas hat Dr. C.\_\_\_\_

denn auch als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit taxiert (vgl. Urk. 7/96/46). Davon abgesehen vermöchte

eine höhere Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit ohnehin per se keine relevante Gesundheitsverschlechterung darzustellen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_955/2012 vom 13. Februar 2013 E. 3.3.4).

Entsprechend lässt sich auch aus der von Dr. A.\_\_\_\_ postulierten 60-70%igen Arbeitsunfähigkeit

für sich allein nichts zugunsten der Beschwerdeführerin ableiten. Insbesondere liess er hierfür eine hinreichende Begründung vermissen (vgl. Urk. 3) und

setzte sich Dr. A.\_\_\_\_ in keiner Weise mit den gutachterlichen Feststellungen auseinander. Kommt weiter hinzu, dass das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen hat, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es im Übrigen auch nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen oder an vor gängig geäusserten abweichenden Auffassungen festhalten (SVR 2017 IV Nr. 49 [9C\_338/2016] E. 5.5).

5.3

Weitergehende oder zusätzliche Einschränkungen lassen sich auch den am

8. Oktober 2020 nachträglich eingereichten Unterlagen (Urk. 9, Urk. 10/1-4) nicht entnehmen. Insbesondere ist nicht einzusehen, inwiefern

etwa aufgrund einer leichten akuten Augenirritation oder

Parodontalbehandlung eine wesentliche Veränderung erblickt werden könnte. Dasselbe gilt für ein allfällig erhöhtes Risiko der Beschwerdeführerin für die Entwicklung parodontaler Erkrankungen (vgl. Urk. 10/1). Davon abgesehen beurteilt

das Sozialversicherungsgericht die Gesetzmässigkeit des angefochtenen Entscheids nach ständiger Rechtsprechung in der Regel nach dem Sachverhalt, der zur Zeit des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 131 V 242 E. 2.1, 121 V 362 E. 1b). 5.4

Schliesslich ergibt sich auch aufgrund der unbestritten gebliebenen Haushaltsabklärung vom 1. April 2020 keine

rentenwirksame Veränderung

(vgl. Urk. 7/99, E. 4.2); eine Neuberechnung des Invaliditätsgrads gestützt auf Art. 27 bis Absätze 2-4 IVV

führte ebenfalls zu keinem Rentenanspruch (vgl. E. 1.4).

5.5

Zusammenfassend ist aufgrund der aufschlussreichen und beweis kräftigen Akten lage hinreichend erstellt , dass sich weder die tatsächlichen noch gesund heitlichen Verhältnisse der Beschwerdeführerin seit der materiell rechtskräftigen Rentenverfügung vom 23. Februar 2016 (Urk. 7/52, Urk. 7/57 ff. ) bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 25. März 2020 (Urk. 2) anspruchs relevant verändert haben. Damit besteht – entgegen der Beschwerdeführerin – auch kein weiterer Abklärungsbedarf (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_468/2007 vom 6. Dezember 2006 E.2.2 mit Hinweisen).

Weil es damit an einem Revisionsgrund fehlt, bleibt kein Raum für eine in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassende Prüfung des Rentenanspruchs.

Die angefochtene Verfügung erweist sich im Ergebnis als rechters und die Beschwerde ist entsprechend abzuweisen. 6.

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 700.-- festzulegen und ausgangsgemäss von der Beschwerdeführerin zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Lotti Sigg -  
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle , unter Beilage des Doppels von Urk.

## **E. 9**

sowie je einer Kopie von Urk. 10/1-4 - 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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin HurstHediger

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