

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00271 vom 29. Juni 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-06-29, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2020.00271](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00271)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00271 du 29 juin 2021

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00271 del 29 giugno 2021

## Erwägungen

### E. 1.1

Eine Neuanschuldung nach Rentenaufhebung wird nur geprüft, wenn die gesuch stellende Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat ( Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung , IVV ). Eine solche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse kann namentlich in einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit entsprechend verminderter Arbeitsfähigkeit oder in geänderten erwerblichen Auswirkungen einer im Wesentlichen gleich gebliebenen Beeinträchtigung der Gesundheit liegen. Dagegen stellt eine bloss abweichende Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts keine relevante Änderung dar ( Urteil des Bundesgerichts 8C\_606/2019 vom 5. Dezember 2019 E.

3.2).

Gelingt der versicherten Person diese r

Nachweis nicht, so wird auf ihr Gesuch nicht eingetreten.

### E. 1.2

Ist die anspruchserhebliche Änderung hingegen glaubhaft gemacht, ist die Verwaltung verpflichtet, auf das neue Leistungsbegehren einzutreten und es in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht umfassend zu prüfen ; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vorzugehen (vgl. dazu u BGE 130 V 71). 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 . Anders als für die Eintretensfrage gilt für diese materielle Beurteilung nicht der herabgesetzte Beweisgrad des Glaubhaftmachens ; die Verwaltung hat vielmehr danach zu fragen, ob sich die geltend gemachte Verschlechterung des Gesundheitszustandes unter Beachtung des Untersuchungsgrundsatzes mit dem üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellen lässt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_567/2020 vom 9. Dezember 2020 E. 3.2 und 4.1).

### E. 1.3

Bei der Frage, ob eine anspruchserhebliche Änderung glaubhaft gemacht und auf die Neuanschuldung einzutreten ist, steht der Verwaltung ein gewisser Beurteilungsspielraum zu. Daher hat das Gericht die Behandlung der Eintretensfrage durch die Verwaltung nur zu überprüfen, wenn das Eintreten streitig ist, das heisst wenn die Verwaltung gestützt auf

Art. 87 Abs. 3 IVV

Nichteintreten beschlossen hat und die versicherte Person deswegen Beschwerde führt; hingegen unterbleibt eine richterliche Beurteilung der Eintretensfrage, wenn die Verwaltung auf die Neuanmeldung eingetreten ist (BGE 109 V 108 E. 2b mit Hinweisen; vgl. auch BGE 130 V 64 E. 5.2, 71 E. 2.2 mit Hinweisen). 2.

## **E. 2**

0 14 erstattet wurde (Urk.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin erwog, gemäss RAD habe sich der psychische Zustand der Beschwerdeführerin im Vergleich zum letzten Entscheid nicht wesentlich verändert. Die psychiatrischen Arztberichte würden diverse Widersprüche enthalten; die Berichte des Zentrums A.\_\_\_\_ bzw. die gestellten

Diagnosen und die attestierte Arbeitsunfähigkeit seien aus medizinischer Sicht nicht nachvollziehbar. Die im Bericht der Notfallpraxis B.\_\_\_\_ aufgeführten Diagnosen vermöchten keine dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu begründen (Urk. 2 und 6).

### **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin hielt indessen dafür, der Bericht des Zentrums A.\_\_\_\_ vom 30. Oktober 2018 belege, dass sich ihr Gesundheitszustand seit dem letzten Entscheid sowohl aus rheumatologischer als auch aus psychologischer Sicht verschlechtert habe, obschon sie alle therapeutischen Möglichkeiten ausgeschöpft habe. Es sei bleibe unklar, weshalb dieser nicht nachvollziehbar sein soll. Die Beschwerdegegnerin habe somit ihr rechtliches Gehör verletzt und ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Ihr aktueller Invaliditätsgrad betrage sicher mehr als 30%. Zudem sei ihr aufgrund des Belastungsprofils, ihres Alters, der fehlenden Berufsbildung, der laufenden Behandlung und des krankheitsbedingt stets geringfügigen Teilzeitpensums ein leidensbedingter Abzug von mindestens 10% zu gewähren, womit sie Anspruch auf eine Rente habe

(Urk. 1 Ziff.

## **E. 7**

/ 200). Die von der Versicherten dagegen erhobene Beschwerde wies das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich mit Urteil IV.2015.00440 vom 30. Dezember 2016 ab (Urk. 7/227).

Dieses erwuchs mit dem Nichteintretensentscheid des Bundesgericht 9C\_221 /2017 vom 10. April 2017 (Urk. 7/231) in Rechtskraft.

### **E. 7.1**

. 4

Die Notfallaufnahmen vom 18. und 26. Mai 2015

seien nach Erlass der angefochtenen Verfügung erfolgt. Ein Zusammenhang mit der Einstellung der Rentenzahlungen im Mai 2015 sei zudem nach der vorstehenden Erwägung überwiegend wahrscheinlich. Jedenfalls sei nicht bekannt, dass hernach weitere Notfallaufnahmen oder gar ein weiterer stationärer Aufenthalt stattgefunden hätten. Letzte

res habe die Beschwerdeführerin, obschon von den Ärzten mitunter zur Entlassung der Familie empfohlen, stets abgelehnt. Im Übrigen sei die depressive Episode von den Ärzten in der Notaufnahme gar nicht bzw. ohne psychopathologischen Befund nur als mittelgradig qualifiziert worden. Die neu eingezeichneten Berichte des Kantonsspitals H.\_\_\_\_

(vom 2. Juni 2015, Urk. 7/210/7 f.) und der Interdisziplinären Notfallstation des I.\_\_\_\_ (vom 19. Mai 2015, Urk. 7/206/5 f.) würden somit ebenfalls nicht auf eine massgebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung hinweisen (erwähntes Urteil 5.5.2). 7.2

Wie sich aus den Akten ergibt, suchte die Beschwerdeführerin

in der Folge am 7. Oktober 2015 die psychiatrische Klinik

des I.\_\_\_\_

(J.\_\_\_\_) auf, da sie fünf Tabletten Seroquel eingenommen und ein Glas Whisky getrunken hatte aus Angst in der Nacht. Eine Intoxikation oder Selbstgefährdung wurde im entsprechenden Bericht nicht festgestellt, dafür trat die Beschwerdeführerin freiwillig in eine psychiatrische Klinik ein, um bereits am nächsten Tag wieder auszutreten (Urk. 7/214). 7.3

### 7.3.1

Im jüngsten Bericht des Zentrums A.\_\_\_\_ vom 9. Mai 2019, unterzeichnet von der Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie,

Dr. med. K.\_\_\_\_, einem klinischen Psychologen sowie einer Psychologin FSP, wurden aus psychiatrischer Sicht eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10: F33.3), eine PTBS (ICD-10: F43.1) sowie ein Status nach drei Suizidversuchen im Jahr 2015 diagnostiziert (Urk. 7/262/8 Frage 2.5). Vor der Behandlung im Zentrum A.\_\_\_\_ (ab

5. Januar 2018, Urk. 7/262/2) hätten ambulante Behandlungen bei mehreren Psychiatern und im Jahr 2014 eine stationäre Behandlung in der Klinik G.\_\_\_\_

stattgefunden (Urk. 7/262/9 Frage 3.4). Seit Januar 2002 bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 80 % (Urk. 7/262/7). 7.3.2

Es wurde konstatiert, die Beschwerdeführerin könne sich trotz intensiver ambulanter Behandlung nur langsam wieder ins Alltagsleben eingliedern. Nach wie vor könne sie nicht allein ins Bett gehen; spüre, als ob jemand sie berühre. Sie warte auf den Ehemann oder schlafe mit Zolpidem auf dem Sofa ein. Sie benötige 30 bis 60 Minuten zum Einschlafen und sei nach zwei Stunden wieder wach. Sie habe ständig Albträume, von welchen sie sich auch am Morgen schwer distanzieren könne. Es bestünden Aktivitätseinschränkungen, oft nach nur kleinen Anstrengungen, eine starke Depression, ein Interessensverlust und Freudlosigkeit. Die gedrückte Stimmung ändere sich von Tag zu Tag wenig; es falle der Beschwerdeführerin schwer, auf die jeweiligen Lebensumstände zu reagieren. Sie vermeide im Alltag Aktivitäten und habe sich zurückgezogen. Sie werde in Einzelpsychotherapie (zwei- bis dreimal monatlich, vgl. Urk. 7/262/7) und medikamentös betreut. Man versuche, durch Erstellen eines tagesstrukturierten Planes, die Konzentrationsfähigkeit zu verbessern, was bislang wenig gelungen sei. Sie könne nur selten grösser kochen; im Haushalt könne sie gar keine Arbeiten mehr erledigen (z.B.

Schatten, die sie bedrohten und Angst machten, weshalb etwa Staubsaugen nicht mehr möglich sei, Urk. 7/262/8 Frage 2.1) . Die Beschwerde führerin leide unter starken Konzentrationsstörungen sowie vermindertem Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen. Längeres Sitzen und Stehen würden bei ihr Unruhe und Nervosität auslösen ( Urk. 7/262/9 Frage 3.4). 7.3.4

Aufgrund dieses Leistungsprofils und der diagnostizierten schweren depressiven Episode mit psychotischen Symptomen sei sie in einem labilen Zustand und auf längere Sicht für sämtliche Tätigkeiten in der freien Marktwirtschaft und im Haushalt voll arbeitsunfähig ( Urk. 7/262/9 Frage 3.4). Wegen der fortgeschrittenen Chronifizierung und dem ungenügenden Erfolg der bisherigen Therapien sei die Prognose als negativ zu beurteilen. Sie habe starke Konzentrationsstörungen und zwar auch bei langsamem Tempo und häufigen Wiederholungen, könne nicht lange sitzen oder stehen bzw. sei bei der geringsten Belastung nervös. Sie habe keine Ausdauer ( Urk. 7/262/9 Frage 2.7; Urk. 7/262/10 Frage 4.5). Im Haushalt und anderen alltäglichen Aufgaben sei sie oft auf die Hilfe der Tochter, des Ehemannes und von Freunden angewiesen ( Urk. 7/262/10 Frage 4.5). Die Fährigkeit der Beschwerdeführerin sei aus psychiatrischer Sicht nicht eingeschränkt ( Urk. 7/262/10 Frage 3.6). 7.4

#### **E. 7.4**

stützte, sowie Art. 29 bis

IVV

bedeutsam. 5.5.1

5.1.1

Zum Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin am 11. März 2015 hielt das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich in seinem Urteil IV. 2015.00440 vom 30. Dezember 2016 fest, es hätten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine somatischen Beschwerden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bestanden (erwähntes Urteil E. 4.4). 5.1.2

In der rheumatologischen Untersuchung der Z. \_\_\_ AG seien ausser einer diskreten Brustwirbelsäulen-Skoliose nach rechts und der diskreten, mittels Magnetresonanzenachgewiesenen Degenerationen ohne Kompression neuraler Strukturen bei normaler Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule und fehlenden neurologischen Ausfällen keine pathologischen Befunde auszumachen gewesen. Ein entzündliches rheumatisches Geschehen, insbesondere eine chronische Polyarthrit, eine Kollagenose oder eine Polymyalgia rheumatica seien ausgeschlossen worden. Die Schmerzen im Bereich der Arme, der Beine, periartikulär und teilweise auch im Rücken seien nicht nachvollziehbar gewesen; sie hätten keinem anatomischen Korrelat zugeordnet werden können und somit im Rahmen eines multilokulären Schmerzsyndroms erklärt werden müssen. Beim Gelenkstatus habe man bei durchwegs frei beweglichen schmerzlosen Gelenken keine Defizite gefunden. Die Beschwerdeführerin sei damit aus internistischer und rheumatologischer Sicht als Hilfsarbeiterin in einer Reinigungsfirma bzw. in jeglicher dem Habitus und dem Alter entsprechenden Verweistätigkeit ohne weitere Einschränkungen zu 100% arbeitsfähig (erwähntes Urteil E. 4.2). 5.1.3

Die nachgereichten Berichte hätten jene Untersuchungsergebnisse weitgehend bestätigt [...] Beim Magnet Resonanz Imaging der Hände seien neu – teilweise nur als

Verdachtsbefunde – beidseits Usuren und kleinzystische Ganglien so wie eine begleitende leichte Synovitis am Mittelknochen festgestellt worden. Die Veränderungen seien somit nicht ausgeprägt und obschon Dr. C.\_\_\_\_ am 4. April 2016 von langjährigen Handbeschwerden berichtet habe, hätten solche vor dem letzten Vorbescheid keine Erwähnung in den Arztberichten gefunden. Die Labor Diagnostik habe gemäss ihrem Bericht zudem nur gerade einen grenzwertig positiven Wert der CCP-Antikörper ergeben. Ansonsten habe sie bloss Verdachtsdiagnosen aufgrund subjektiver Angaben, mitunter ein wohl therapierbares Karpaltunnel syndrom und eine Epicondylitis

humeris

radialis gestellt, nachdem die Beschwerdeführerin seit gerade drei Tagen Schmerzen im rechten Ellbogen gehabt habe. Im Zusammenhang mit den Rückenbeschwerden habe Dr. C.\_\_\_\_ auf die Fehllage bzw. Haltunginsuffizienz hingewiesen und neben der Physiotherapie ein schmerzdistanzierendes Antidepressivum empfohlen (erwähntes Urteil E. 4.3). 5.2

Im aktuellen Bericht vom 9. August 2019 führte Dr. C.\_\_\_\_ aus, bei seropositiver rheumatoider Arthritis mit Usuren in der MRI-Untersuchung der Hände sei am 11. März 2016 mit der systematischen Steroidtherapie begonnen worden und die Medikation bei persistierenden Beschwerden und allergischer Reaktion mehrmals umgestellt worden. Seit der Therapie mit Enbrel bestünden keine Arthralgien mehr. Aktuell bestehe klinisch wie laborchemisch keine Krankheitsaktivität. Die Beschwerdeführerin leide auch an Nacken- und Rückenschmerzen mit Schmerz zunahme durch Belastung sowie Schmerzen im linken Sprunggelenk ohne Schwellung. Mittels MRI habe eine entzündliche Spondylarthropathie ausgeschlossen werden können. Die Beschwerden seien bei ausgeprägten Myogelosen mit aktivierten Triggerpunkten im glutealen Bereich beidseits und Insertionsdosen am Beckenkamm beidseits zu beurteilen ( Urk. 7/263/8 f.).

Die seropositive rheumatoide Arthritis, das chronische zerviko - und lumbospondylogene Schmerzsyndrom sowie der Status nach Epicondylitis

humeri

radialis rechts seien ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ( Urk. 7/263/9 f.) . Einschränkungen bestünden bei Arbeiten über Schulterebene und in Inklinationsstellung der Lendenwirbelsäule ( Urk. 7/263/11) . Für entsprechend angepasste Tätigkeiten sei die Beschwerdeführerin aus rheumatologischer Sicht voll arbeits fähig. Im Haushalt bestünden keine Einschränkungen ( Urk. 7/263/12). Es sei mit der Therapie mit Enbrel fortzufahren. Gegebenenfalls sei eine medizinische Trainingstherapie (MTT) zur Verbesserung der Stabilität der Haltungsmuskulatur durchzuführen ( Urk. 7/263/10).

Ihrer Beurteilung legte Dr. C.\_\_\_\_

insbesondere Laborbefunde vom 12. August 2019 ( Urk. 7/263 /14-16) sowie die Berichte zum MRI der Lendenwirbelsäule mit unterer Brustwirbelsäule und Iliosakralgelenk vom 22. Dezember

2017 ( Urk. 7/263/17) sowie zum MRI der Hände vom 12. Juli 2017 ( Urk. 7/263/18) bei. 5.3.5.3.1

Der einzige unter Mitwirkung eines Chirurgen und eines Neurologen verfasste Bericht des Zentrums A.\_\_\_\_ datiert vom 30. Oktober 2018 . Aus wirbelsäulenchirurgischer Sicht hielt

Dr. med. D.\_\_\_\_ unter dem Titel « Aktuelle Beschwerden/Verschlechterung» fest, die Beschwerdeführerin leide seit Jahren an einem chronisch rezidivierenden zervikal und lumbal betonten Paravertebralsyndrom und werde von Dr. C.\_\_\_\_ wegen einer seropositiven rheumatoïden Arthritis (Enbrel/Simponi) und einer

Epikondylitis humeris

radialis

( Kortisoninjektionen ) behandelt ( Urk. 7/248/2). Zu den Befunden hielt er

im Wesentlichen eine schmerzhaft eingeschränkte Beweglichkeit von Lenden- und Halswirbelsäule und eine diskrete Skoliose der Brustwirbelsäule mit diskret beginnenden Degenerationen mit spondylotischen Reaktionen fest. Ferner wiedergab er unter dem Stichwort «Degenerationen» die MRI-Befunde der Lendenwirbelsäule vom 22. Dezember 2017 sowie diejenigen der Halswirbelsäule vom 21. Juni 2016

( Urk. 7/248/4 f.). Bezüglich des

Paravertebralsyndroms

empfahl er

eine Physiotherapie, physikalische Massnahmen, eine Rückenschule und chondroprotektive Substanzen ( Urk.

7/248/7 ).

Dr. D.\_\_\_\_ schlussfolgerte, bei der Beschwerdeführerin bestehe eine verminderte Belastbarkeit des Achsenorgans. Sie sei somit ungeeignet für wirbelsäulenbelastende Tätigkeiten sowie Tätigkeiten mit schwerem Heben oder Tragen von Lasten, in Zwangshaltung, mit längerdauerndem reinem Stehen insbesondere in vorgeneigter Körperhaltung, mit repetitiven Rumpf- oder Halswirbelsäulen-rotierenden Stereotypen sowie für Arbeiten überwiegend im Überkopfbereich. Zumutbar seien körperlich leichte Tätigkeiten in Wirbelsäulen-adaptierten Wechselpositionen (Möglichkeit zum Wechseln zwischen Sitzen, Stehen und Gehen) mit Heben von Lasten von nicht mehr als 5 kg kurzfristig und 2 kg längerfristig. In einer entsprechend angepassten Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin zu 50 % arbeitsfähig ( Urk. 7/248/8). 5.3.2

Aus neurologischer Sicht führte Dr. med. E.\_\_\_\_ unter dem Titel «Aktuelle Beschwerden/Verschlechterung» aus, die Beschwerdeführerin leide seit Jahren an Ganzkörperschmerzen, vor allem an Rückenschmerzen mit Ausstrahlung ins rechte Bein, Handschmerzen und Taubheitsgefühl ( Urk. 7/248/2). Im Befund wies er insbesondere darauf hin, dass die paravertebrale Muskulatur druckdolent sei. Es würden Schmerzen bei allen 18 Tenderpoints angegeben. Ferner beschrieb er eine durch Schmerzen limitierte Beweglichkeit der Halswirbelsäule sowie

der oberen und unteren Extremitäten ( bei auch erhöhtem Muskeltonus ) und

eine Hypästhesie in den Dermatomen L5/S1 (Urk. 7/248/6). Schliesslich wurde auf eine Elektro myografie vom 24. Mai 2018 verwiesen. In diesem Kontext wurden Hinweise auf ein Karpaltunnelsyndrom verneint, indes ein chronisches Wurzelreizsyndrom L4/5 und S1 rechts (bei Retrolisthesis L4/5 und L5/S1), ein schweres Fibromyalgiesyndrom und eine rheumatoïde Arthritis erwähnt (Urk. 7/248/3).

Dr. E.\_\_\_\_ diagnostizierte letztlich ein chronisches Schmerzsyndrom (Hals- und Lendenwirbelsäule degeneratives Syndrom, rheumatoide Arthritis, schweres Fibromyalgiesyndrom und PTBS) und empfahl weiterhin eine konsequente Schmerztherapie (Urk. 7/248/8). Die Arbeitsfähigkeit schätzte er auf maximal 30 %; in der Konsensbeurteilung wurde diese aus somatischer Sicht dennoch auf 50 % festgelegt (Urk. 7/248/8). 6.6.1

In Würdigung der zitierten Berichte manifestierte sich bei der Beschwerdeführerin nach dem 11. März 2015 (allenfalls, vgl. Urk. 7/270/4)

eine rheumatoide Arthritis mit vorwiegend Befall der Hände (vgl. Urk. 7/263/9 Frage 2.6, Urk. 7/263/18), die jedoch

von Dr. C.\_\_\_\_

erfolgreich mit Enbrel behandelt werden konnte. Gemäss Dr. C.\_\_\_\_

ebenfalls kein Thema mehr ist die Epikondylitis humeris

radialis. Sie gab diesbezüglich nur noch einen «Status nach» an. Aus dem Bericht des Zentrums A.\_\_\_\_ ergibt sich diesbezüglich nichts anderes, viel mehr wird darin auf die Behandlung durch Dr. C.\_\_\_\_ verwiesen und die Verabreichung von Enbrel bereits im Herbst 2018 bestätigt. 6.2

6.2.1

Im neuen

MRI der Lendenwirbelsäule vom 12. Dezember 2017

zeigte sich auf Höhe L4/5 eine Diskopathie mit diffus dehydrierter Bandscheibe und flachbogiger medianer Diskushernie sowie eine leichte Spondylarthrose mit leichtgradiger konzentrischer Engstelle des Spinalkanals. Auf Höhe L5/S1 fanden sich eine mässiggradige Osteochondrose und eine Spondylarthrose mit breitbasiger leicht rechtsbetonter Bandscheibenvorwölbung, normal weitem Spinalkanal und Einengung des rechtsseitigen Neuroforamens. Erwähnt wurden im aktenkundigen Bericht ferner der Verdacht auf eine Spondylitis anterior der Deckplatte L3 und eine leichte degenerative Veränderung des Iliosakralgelenks aber ohne aktiv entzündliche Alterationen (Urk. 7/263/17).

Eine mögliche Kompression der Nervenwurzel L5 und vor allem S1, auf welche gemäss dem Zentrum A.\_\_\_\_ im Bericht zum MRI vom 3. Oktober 2016 hingewiesen worden war, wurde nicht mehr explizit erwähnt. Im Bericht zum

MRI vom 17. Juni 2013, auf dem das Gutachten der Z.\_\_\_\_ AG mitunter beruht, war eine neurale Kompression klar verneint worden. Im Übrigen fanden sich schon damals eine Retrolisthesis L3/4, L4/5 und L5/S1, leichtgradige Spondylarthrosen L3-S1, Osteochondrosen L4-S1 und eine kleine dorsomediane Diskushernie L4/5 und L5/S1 (vgl. Urk. 7/166/22 und Urk. 7/248/3). 6.2.2

Im MRI der Halswirbelsäule vom 21. Juni 2016 zeigten sich auf Höhe C3/4 eine kleine mediane Diskushernie mit geringgradiger Impression des Duralsacks, auf Höhe C4/5 eine etwas grössere mediane Diskushernie mit mässiggradiger Impression des Duralsacks und minimaler Abflachung des Myelons, auf Höhe C5/6 eine median

linksseitige Diskushernie mit mässig gradiger Impression des Duralsackes, leichter degenerativer Einengung des rechtsseitigen Neuroforamens und schliesslich auf Höhe C6/7 eine flachbogige, paramedian bis mediolateral linksseitige Diskushernie mit möglicher Behinderung der austretenden Nervenwurzel C8 epidural links. Der Befund des MRI vom 17. Juni 2013, welches den Gutachtern der Z.\_\_\_\_ AG als Grundlage diente, war unauffällig gewesen (vgl. Urk. 7/166/22 und Urk. 7/248/3). 6.2.3

Damit haben die degenerativen Veränderungen an der Wirbelsäule zugenommen. Die Bildbefunde sind jedoch nach wie vor nicht besonders ausgeprägt und eine Nervenwurzelkompression ist nur möglich, aber nicht überwiegend wahrscheinlich.

In der klinischen Untersuchung durch die Ärzte des Zentrums A.\_\_\_\_

fanden sich mit subjektiver Angabe einer Hypästhesie sowie von Schmerzen

ebenfalls keine zureichenden Anhaltspunkte

für eine relevante

neurologische Ausfallsymptomatik oder Bewegungseinschränkung.

So erwies sich die

Beschwerdeangabe der Beschwerdeführerin bis anhin ohne Bezug zu einem organischen Korrelat, so dass hierauf nicht ohne weiteres abgestellt werden kann. Bereits

in den Untersuchungen durch die Gutachter der Z.\_\_\_\_ AG hatte sie wiederholt angegeben, ständig und überall (Nacken, Schultergürtelbereich, Kreuz, Beckengürtel, Arme und Beine) Schmerzen zu haben, welche sich durch nichts hätten positiv beeinflussen lassen. Dabei gab sie an, dass ihr nicht nur alle Muskeln, sondern auch alle Knochen und alle Gelenke den ganzen Tag wehtun würden (vgl. Urk. 7/166/17, 7/166/20 und 7/166/25 f.). Die geklagten Schmerzen wurden von den Gutachtern nach umfassender Abklärung als nicht nachvollziehbar beurteilt (Urk. 7/227/10). Die

wenige Monate später durchgeführte bildgebende Abklärung der Schulter brachte keine neuen Erkenntnisse. Es blieb bei einem nicht erklärbaren, diffusen Beschwerdebild bei auch deutlich erschwerter klinischer Untersuchbarkeit (vgl. Urk. 7/10/15 f. und 7/210/9 f.).

Ebenso wenig schlug sich die objektiv erfolgreiche Behandlung der rheumatoiden Arthritis in der subjektiven Beschwerdeklage nieder. 6.3

#### 6.3.1

In Anbetracht der unveränderten Beschwerdeklage vermag auch die von Dr. E.\_\_\_\_

neu gestellte Diagnose schweres Fibromyalgiesyndrom, die er soweit ersichtlich lediglich mit einer maximalen Anzahl druckdolenter Tenderpoints begründete, keine gesundheitliche Verschlechterung

zu belegen (zur Definition und Diagnosestellung vgl. auch S.

#### **E. 7.4.1**

Ergänzend ist dem Bericht des Zentrums A.\_\_\_\_ vom 17. September 2018 – unterzeichnet vom Psychiater Dr. med. L.\_\_\_\_ und einem Psychologen – zu entnehmen, im Jahr 2014 sei vor allem die Traumatisierung beschrieben worden, die Depression hingegen nicht. Die

Schmerzen sei en damals als diffus, vor allem psychiatrisch bedingt diagnostiziert worden. Jetzt beklage die Beschwerdeführerin eine rheumatische Arthritis, daher bestehe jetzt ein adäquates anatomisches Korrelat für die Schmerzen ( Urk. 7/237/2 Abs. 1 und 2). Insgesamt sei eine deutliche Verschlechterung seit dem Jahr 2014 eingetreten. Im Gegensatz zu damals bestünden nun eine rheumatische Arthritis und eine deutliche Depression, wogegen im Jahr 2014 noch eine leicht eingeschränkte Schwingungsfähigkeit festgestellt worden sei ( Urk. 7/237/4 Abs. 6).

#### **E. 7.4.2**

Die Beschwerdeführerin arbeite seit dem Jahr 2007 mit einem Arbeitspensum von 20 % in der Reinigung, maximal jeweils zwei bis drei Stunden pro Tag ( Urk. 7/237/1). Der Tagesablauf in den Jahren 2014 und 2018 sei in etwa gleich, ausser dass aktuell kaum mehr Kontakt zu Kolleginnen vorhanden sei ( Urk. 7/237/2 Abs. 3).

Kognitiv sei die Beschwerdeführerin in Aufmerksamkeit, Konzentration, Merkfähigkeit (10 Minuten) und Gedächtnis verlangsamt bzw. deutlich eingeschränkt (nur kurz TV, nur kurz lesen). Es bestehe eine deutliche Vergesslichkeit (Herbstellen). Anhaltspunkte für psychotische Erlebensweisen oder eine akute Suizidalität bestünden nicht (vgl. Urk. 7/237/3 Abs. 4; zu den vergleichbaren Befunden im jüngsten Bericht , Urk. 7/262/8) .

#### **E. 7.4.3**

Die Beschwerdeführerin leide seit mindestens dem Jahr 2015 unter rheumatischer Arthritis. Zudem bestünden Schmerzen in den Beinen, Hüfte und Füsse. Des Weiteren lasse sich eine depressive Störung und PTBS (Flashbacks, Alpträume) in der Folge von äusserst traumatisierenden Kriegserlebnissen feststellen. Die Beschwerdeführerin habe teilweise Mühe, zwischen Traum und Realität zu unterscheiden, befinde sich an der Grenze zum Derealisationserleben . Basierend auf der depressiven Störung weise sie rasche Ermüdbarkeit, Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit und Antriebslosigkeit auf. Die depressive Störung weise einen schweren Grad auf und die Beschwerdeführerin habe bereits drei Suizidversuche hinter sich. Das Risiko eines erneuten Suizids sei deshalb sehr hoch und nicht zu unterschätzen. Die Symptome beider Störungen hätten durch die bisherige Behandlung nicht wesentlich reduziert werden können . Aufgrund der chronischen Schmerzen, depressiven Störung und PTBS sei die Beschwerdeführerin auch in einer leichten, angepassten Tätigkeit zu mindestens 80 % arbeitsunfähig ( Urk. 7/237/4 Abs. 6) .

#### **E. 7.4.4**

Die psychiatrisch -psychosomatische Beurteilung im Bericht zur Interdisziplinären Schmerzbehandlung vom 30. Oktober 2018 ( Urk. 7/248) ist weitestgehend an den oben zitierten Bericht angelehnt. Zusätzlich festgehalten wurde einzig der Tagesablauf ( Urk. 7/248/2). 8.8.1

Die RAD-Ärztin Dr. med. M.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, kam in ihrer (gemeinsam mit Dr. F.\_\_\_\_) abgegebenen Stellungnahme vom 1. Oktober 2019 zum Schluss, der Bericht des Zentrums A.\_\_\_\_ vom 9. Mai

2019 sei widersprüchlich. Einerseits würden schwere bis schwerste Funktionseinschränkungen im Alltag beschrieben – insbesondere habe die

Beschwerdeführerin grösste Mühe, sich zu konzentrieren, auch bei langsamem Tempo und vielen Wiederholungen. Andererseits attestiere der Bericht, es bestünden keine Zweifel an der Fahreignung. Der psychopathologische Befund dokumentiere keine Anhaltspunkte für psychotische Erlebensweisen. In der Diagnose werde jedoch eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10: F33.3) genannt. Im Gegensatz zu den vorliegenden Akten aus dem Jahr 2015 attestiere das Zentrum A. \_\_\_ drei Suizidversuche im Jahr 2015. Diese Angabe sei durch die Akten nicht belegt; die J. \_\_\_ habe damals festgestellt, dass die Beschwerdeführerin fünf Tabletten Seroquel und ein Glas Whisky in nicht suizidaler Absicht zu sich genommen habe. Das Zentrum A. \_\_\_ attestiere eine Arbeitsunfähigkeit von 80 % seit dem Jahr 2002, berichte, die Beschwerdeführerin sei bis heute mit einem Pensum von

## **E. 10**

-15). 3.

### 3.1

Die Beschwerdeführerin rügt vorab in formeller Hinsicht eine Verletzung der Begründungspflicht. Diese ist wesentlicher Bestandteil des verfassungsrechtlichen Gehörsanspruchs ( Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft, BV)

und soll verhindern, dass sich die Behörde von unsachlichen Motiven leiten lässt, sowie dem Betroffenen ermöglichen, die Verfügung gegebenenfalls sachgerecht anzufechten. Dies ist nur möglich, wenn sowohl er wie auch die Rechtsmittelinstanz sich über die Tragweite des Entscheides ein Bild machen können. In diesem Sinn müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich die Behörde hat leiten lassen und auf welche sich ihre Verfügung stützt. Dies bedeutet indessen nicht, dass sie sich ausdrücklich mit jeder tatbestandlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinandersetzen muss. Vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken ( vgl. BGE 124 V 180 E 1a ).

### 3.2

Der Verfügung vom 28. Februar 2020 kann entnommen werden, dass kein Leistungsanspruch entstanden sei, weil die medizinische Situation unverändert sei. Dazu erläuterte die Beschwerdegegnerin, dass sowohl die psychiatrischen Diagnosen als auch die Arbeitsunfähigkeit in den neuen Berichten nicht nachvollziehbar seien und die Berichte Widersprüche enthielten. Ferner wies sie darauf hin, dass die im Bericht der Notfallpraxis B. \_\_\_ aufgeführten Diagnosen keine dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu begründen vermöchten (vgl. Urk. 2).

Damit hat sie zu den Einwänden der Beschwerdeführerin im Vorbescheid verfahren ( Schreiben vom 4. Februar 2020, Urk. 7/268)

hinreichend Stellung genommen. Wie die Beschwerde zeigt, reichte die Begründungsdichte zudem für eine sachgerechte Anfechtung der Verfügung aus. Die Rüge wurde

– bei ähnlich begründetem Vorbescheid – auch erst im Beschwerdeverfahren erhoben.

Im Übrigen

hatte die durch eine Juristin vertretene Beschwerdeführerin das Akten ein sichts gesuch des Zentrums A.\_\_\_\_, welches explizit in ihrem Auftrag gestellt wurde, während laufender Rechtsmittelfrist mitunterzeichnet (vgl. Urk. 7/274), weshalb davon ausgegangen werden kann, dass sie bei der Beschwerdeerhebung Kenntnis von der RAD-Stellungnahme vom 1. Oktober 2019 hatte

respektive hätte haben können. Dementsprechend verlangte sie auch keine Akten einsicht oder Möglichkeit sich zu äussern, nachdem in der Beschwerdeantwort explizit auf diese hingewiesen worden war (Urk. 6). 4. 4.1

Das Neuanmeldeverfahren dient der Geltendmachung einer Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse nach einer Ablehnung, Herabsetzung oder Aufhebung der Rente. Entsprechend ist danach zu fragen, ob sich die tatsächlichen Verhältnisse in der Zeit seit der letzten Ablehnung der Rente – vorliegend am 11. März 2015 – bis zur Verfügung über das Neuanmeldegesuch – vorliegend am 28. Februar 2020 – verändert haben (vgl. obgenanntes Bundesgerichtsurteil 8C\_567/2020 E. 4.2). Anders als mit Vorbescheid vom 12. Oktober 2019 zuerst in Aussicht gestellt (Urk. 2/272), hat die Beschwerdegegnerin im Vorbescheid vom 8. Januar 2020 (Urk. 2/265) sowie im

angefochtenen Entscheid eine materielle Rentenprüfung vorgenommen. 4.2

Mit der Neuanmeldung im September 2018 konnte ein neuer Rentenanspruch gemäss Art. 29 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG)

alsdann frühestens im März 2019 entstehen, sofern in diesem Zeitpunkt die Wartezeit nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG erfüllt war (vgl. BGE 142 V 547).

Für die einjährige Wartezeit wären allenfalls der Invaliditätsgrad von 17%, auf den sich das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich bei der Rentenaufhebung in seinem Urteil IV.2015.00440 vom 30. Dezember 2016 E.

### **E. 10.1**

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Diese sind auf Fr. 600.-- festzusetzen und der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen.

### **E. 10.2**

Da sie ihre finanziellen Verhältnisse in der ihr mit Verfügung vom 3. Juli 2020 angesetzten Frist unter Androhung von Säumnisfolgen nicht belegt hat und sich die prozessuale Bedürftigkeit bei Einreichung ihres Gesuchs im Mai 2020 auch mit den vorinstanzlichen Akten nicht hinreichend belegen lässt, ist ihr Gesuch um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung abzuweisen. Die Ausführungen zur unentgeltlichen Rechtsvertretung in der Verfügung vom 3. Juli 2020 beruhen auf einem offensichtlichen Versehen (Urk. 8 Dispositivziffer 3). Eine solche wurde explizit nicht beantragt (Urk. 1. S. 2). Das Gericht beschliesst: Das Gesuch der Beschwerdeführerin vom 4. Mai 2020 um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung wird abgewiesen. und erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 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 1. Juli bis und mit 1. August sowie vom 1. 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 Die Gerichtsschreiberin Vogel Bonetti

## **E. 12**

und S.

## **E. 16**

ff. der entsprechenden AWMF-Leitlinie Nr.

145/004 , herausgegeben von der Deutschen Schmerzgesellschaft, abrufbar unter [www.awmf.org](http://www.awmf.org) , besucht am 16. Juni 2021) . 6.3.2

Die Ergebnisse der im Jahr 2018 durchgeführten Elektromyografie (EMG) vermöchten hieran, wären sie aktenkundig, nichts zu ändern. Einerseits bedingte diese Zusatzuntersuchung eine Mitarbeit der Beschwerdeführerin , an welcher bei Hinweisen auf eine erschwerte Untersuchbarkeit gewisse Zweifel bestehen (vgl. E. 6.2.3 und E. 6.5.2) . Andererseits fanden die EMG- Befunde anders als die MRI- und Ultraschallbefunde keinen Eingang in die ausführliche Diagnoseliste . Gleiches gilt für die Diagnose Fibromyalgiesyndrom selbst

(vgl. Urk. 7/248/1 f.).

Die übrigen Ärzte des Zentrums A. \_\_\_

konnten der Einschätzung von Dr. E. \_\_\_

somit offensichtlich nicht folgen , was sich auch in der Konsensbeurteilung der somatisch bedingten Arbeitsunfähigkeit von 50 % widerspiegelt. Diese ist mit der von Dr. E. \_\_\_ attestierte n Arbeitsfähigkeit von maximal 30 %

nicht vereinbar. 6.3.3

Darüber hinaus wäre ein allfälliges schweres Fibromyalgiesyndrom , auf welches das strukturierte Beweisverfahren zur Anwendung käme (etwa BGE 141 V 281 E.

10.1) , bis anhin nicht adäquat behandelt worden. Standardmässig empfohlen wird ein regelmässiges Ausdauertraining . Bei unzureichendem Ansprechen auf multimodale Therapien sowie eine zeitlich befristete medikamentöse Therapie sollte bei einem schweren Fibromyalgiesyndrom zudem ein multimodales (teil-) stationäres Programm und bei psychischer Komorbidität eine störungsspezifische Psycho- und/oder medikamentöse Therapie erfolgen

( erwähnte

AWFM-Leitlinie

Nr. 145/004 S. 54 und 61 ff. ).

Eine blosser Dekonditionierung stellt schliesslich

keinen invalidisierenden Gesundheitsschaden im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG dar (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_385/2017 vom 19. September

2017 E.

4.2 mit Hinweis auf 9C\_848/2016 vom 12. Mai 2017 E. 4.2). Dementsprechend verneinte Dr. C.\_\_\_\_ bei den von ihr festgestellten Mygelosen und Insertionstendinosen eine Arbeitsunfähigkeit und empfahl wie Dr. D.\_\_\_\_ (und andere Ärzte vor ihr :

Urk. 7/125/2-4 , 7/125/7 und 7/168/3 )

Massnahmen zur Rekonditionierung.

6.4

Zusammenfassend

haben die Ärzte des Zentrums A.\_\_\_\_ den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin ein deutlich höheres Gewicht beigemessen als die Gutachter der Z.\_\_\_\_ AG und die behandelnde Dr. C.\_\_\_\_ . Sie haben sich

dabei

weder mit dem Gutachten auseinandergesetzt , noch sonst wie eine seit März 2015 eingetretene gesundheitliche Verschlechterung aufgezeigt. Vielmehr beschrieben sie explizit seit Jahren bestehende chronische Beschwerden.

Damit handelt es sich beim Bericht vom 30. Oktober 2018 letztlich um eine (unzureichend begründete) abweichende Beurteilung eines (nach erfolgreicher Therapie der rheumatoiden Arthritis) im März 2019 gegenüber März 2015 im Wesentlichen unveränderten

somatischen Gesundheitszustandes bei im Übrigen

auch unveränderte r Arbeitstätigkeit ( dazu

Urk. 7/262/9 Frage 3.2 ) und ohne ersichtliche Intensivierung der Behandlung .

Das vom Zentrum A.\_\_\_\_

definierte Zumutbarkeitsprofil ist dabei kaum mit der effektiv während zwei bis drei Stunden an einem Tag ausgeübten Tätigkeit als Hilfskraft in der Reinigung vereinbar (Stellenprofil : Urk.

7/132/5).

Es ist ferner nicht ersichtlich, welche somatischen Befunde wie weiter abzuklären wären .

In Anbetracht all dessen ist den Beurteilungen von Dr. C.\_\_\_\_ (vgl. E. 5.2 ) und der RAD-Ärztin Dr. med. F.\_\_\_\_ , Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie ( Urk. 7/270/4) , zu folgen, die eine nennenswerte Arbeitsunfähigkeit aufgrund körperlicher Beschwerden bzw. eine wesentliche Verschlechterung derselben verneint (zu ähnlichen Befunden der Lendenwirbelsäule auch Urteil des Bundesgerichts 8c\_827/2018 vom 10. April 2019 E. 4, 6.1.1 und 6.2.2). Im Übrigen wurden Validen- und Invalideneinkommen der Beschwerdeführerin im Urteil IV.2015.00440 vom 30. Dezember 2016 E. 7 bereits anhand der Tabelle T1\_skill\_level, Zeile «Total», Kompetenzniveau 1, Frauen der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) 2012 festgelegt und darauf hingewiesen, dass dieses Kompetenzniveau eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst , weshalb die blosser Unzumutbarkeit von schwerer körperlicher Arbeit nicht zu einem leidensbedingten Abzug führe (vgl. Urk. 7/227/28 ff.) . 6.5

#### 6.5.1

Keiner weiteren Ausführungen bedarf der Umstand, dass die von der Beschwerdeführerin (erst) im Dezember 2019 bei einem Sturz erlittene proximale nicht-dislozierte Humerusfraktur rechts mit Abriss des Tuberkulum minus – wie von der RAD-Ärztin Dr. F.\_\_\_\_ angegeben ( Urk. 7/272/2) – keine längerfristige Arbeitsunfähigkeit zu begründen vermag. Gemäss Bericht des Spitals B.\_\_\_\_ vom 25. Dezember 2019 (Urk. 7/267/3-4) erfolgte eine konservative Therapie (Ruhigstellung im Gilchristverband ). Die Dauer der Arbeitsunfähigkeit wurde mit acht Wochen angegeben (auch <https://link.springer.com/article/10.1007/BF02585989> , besucht am 16. Juni 2021). 6.5.2

Im Übrigen reichte Dr. C.\_\_\_\_

ergänzend den Bericht zu einer pulmonalen Standortbestimmung vom 28. Juni/10. Juli 2019 ein, die ausser einem winzigen pulmonalen Nodulus, der aufgrund des Zigarettenkonsums nachkontrolliert werden muss , jedoch nichts zu Tage förderte. Ein Asthma bronchiale wurde nur als möglich erachtet und die lungenfunktionell signifikante Reversibilität differenzialdiagnostisch als «Mitarbeiterbedingt» eingestuft. Eine Arbeitsunfähigkeit war kein Thema ( Urk. 7/263/20 f.). 6.6

Aus rheumatologischer/chirurgischer sowie aus neurologischer Sicht ist somit kein Neuanmeldungsgrund im Sinne einer Änderung der anspruchrelevanten Tatsachen gegeben. Eine prozessuale Revision des Urteils IV. 2015.00440 vom 30.

Dezember 2016, die ein fristgerechtes Gesuch beim Gericht erfordert hätte und bei welcher die Beschwerdeführerin den Revisionsgrund mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu belegen gehabt hätte (etwa Urteile des Bundesgerichts 9C\_955/2012 vom 13. Februar 2013 E. 3.2 und 9C\_764/2016 vom 20. April 2017 E.3.1) , steht nicht zur Diskussion. 7.7.1

#### 7.1.1

Zur psychischen Verfassung hielt das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich im Urteil IV.2015.00440 vom 30. Dezember 2016 mitunter fest,

die be - handelnde Psychiaterin habe der Beschwerdeführerin – nachdem deren Gesundheitszustand über Jahre besser und stabiler geworden sei ( dazu im Detail : erwähntes Urteil E. 5.4.1 - 5.4. 3) – am 1 5. Juni 2013 plötzlich noch eine Arbeitsfähigkeit von höchstens 30 % in der angestammten Tätigkeit attestiert. Dazu habe sie ausgeführt, deren psychischer Zustand habe sich ab Herbst 2012 entgegen der Prognose wesentlich verschlechtert . In jener Zeitperiode hätten die somatischen Befunde massiv zugenommen, was eine enorme zusätzliche Belastung dargestellt und zu einer psychischen Überforderung geführt habe .

Die wenig substantiierte Begründung

sei angesichts von E. 4 ( Geringfügigkeit und Behandlungszeitraum der somatischen Beschwerden ) nicht nachvollziehbar. Noch Ende 2012 habe die Beschwerdeführerin um Unterstützung bei der Erhöhung ihres Arbeitspensums bzw. bei einem Berufswechsel gebeten. Dies spreche ebenso gegen eine Verschlechterung der psychischen Beschwerden wie die weit - gehend selbständige Erledigung des Haushalts gemäss Abklärungsbericht vom 2 8. März 2013, wonach sich primär aufgrund der körperlichen Beschwerden Einschränkungen gezeigt hätten. Ferner sei die Beschwerdeführerin Anfang 2014 in der psychischen Verfassung gewesen, Ferien an dem Ort zu verbringen, von wo sie einst geflohen sei (erwähntes Urteil E. 5.4.3). 7.1.2

Gemäss den Gutachtern der Z.\_\_\_\_ AG habe im Zeitpunkt der Begutachtung auf grund des erhobenen psychopathologischen Befundes und der daraus resultierenden psychischen Funktionsstörung noch eine maximal 3 0%- ige Einschränkung vorgelegen. Der Facharzt für Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie

des RAD habe sich dieser Beurteilung angeschlossen und ausgeführt, die zusätzliche Diagnose einer depressiven Störung oder somatoformen Schmerzstörung könne nicht mehr gestellt werden. Eine weitere Verbesserung sei bei weiterer psychotherapeutischer Behandlung möglich, indes zeige die Beschwerdeführerin eine gewisse Selbstlimitierung. Dem sei nach dem Gesagten nichts hinzuzufügen (erwähntes Urteil E. 5.4.4). 7.1.3

Zum weiteren Krankheitsverlauf sei bekannt, dass die Beschwerdeführerin vom 4. Dezember 2014 bis 13. Januar 2015 stationär in der Privatklinik G.\_\_\_\_ behandelt worden sei. Im Austrittsbericht vom 14. Januar 2015 (Urk. 7 /189) falle auf, dass nur eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige bis schwere depressive Episode (ICD-10: F33.1/F33.2), diagnostiziert worden sei. Eine relevante PTBS-Symptomatik sei also nicht mehr festgestellt worden. Zudem sei angemerkt worden, aktueller Anlass für die psychische Dekompensation sei der Besuch beim Vertrauensarzt, welcher ihr keine Invalidenrente zugesprochen habe. Werde das Beschwerdebild – was vorliegend aufgrund dieses expliziten Hinweises

überwiegend wahrscheinlich sei – augenfällig durch psychosoziale Umstände bestimmt und unterhalten, könne nicht von einem psychischen Gesundheitszustand gesprochen werden. Die Qualifikation der depressiven Episode als schwer vermöge daran nichts zu ändern, da eine solche Diagnose bereits für Episoden mit einer Mindestdauer von zwei Wochen gestellt werden könne. Ferner sei dem Bericht zu entnehmen, dass sich die Beschwerdeführerin anfänglich motiviert und engagiert gezeigt habe. Allerdings habe die Konfrontation mit ihren psychischen Belastungen sehr schnell Befürchtungen, Ängste und eine grosse innere Anspannung ausgelöst. Sie habe sich daher in ihre bestehenden Wohnverhältnisse respektive zu ihrer Familie zurückgewünscht. Grund hierfür sei die vermehrte (pflegerische) Aufmerksamkeit, die ihr dort zu teil werde . Sie habe deshalb die Therapie

abgebrochen. Damit sei wie bereits in früheren Berichten auf die fehlende Kooperation und den erheblichen sekundären Krankheitsgewinn hin gewiesen worden. Schliesslich sei die Entlassung in gebessertem Zustand erfolgt. Eine (vollständige) Arbeitsunfähigkeit sei nur bis zum 20. Januar 2015 attestiert worden. Das Ergebnis der Begutachtung werde durch diesen Bericht somit nicht in Frage gestellt (erwähntes Urteil 5.5.1) .

## E. 20

% als Reinigungskraft tätig und komme auf der gleichen Seite zur Einschätzung, es bestehe auf längere Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % für jegliche Tätigkeit. Im Haushalt könne die Beschwerdeführerin dem Bericht zufolge nur selten grösser kochen. Die Töchter und der Ehemann würden im Haushalt helfen. Auch im Haushalt sei die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsunfähig. Die geschilderten Beschwerden mit Angst im Dunkeln, Ein- und Durchschlafstörungen und nicht allein ins Bett gehen können, fänden sich schon im Gutachten aus dem Jahr 2014, ebenso die Klage über generalisierte Schmerzen. Die Diagnose und Einschätzung der Arbeits ( un ) fähigkeit seien nicht plausibel begründet. Eine Veränderung des psychischen Gesundheitszustandes sei nicht ausgewiesen ( Urk. 7/270/4). 8 .2

Rechtsprechungsgemäss sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen, wenn auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit von versicherungsmässigen ärztlichen Feststellungen wie denjenigen des RAD bestehen ( vgl. BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 44. ). Die Stellungnahme von Dr. M.\_\_\_\_ ist indessen in allen Punkten überzeugend. Die von ihr aufgezeigten Widersprüche in der psychiatrischen Beurteilung des Zentrums A.\_\_\_\_ sind evident . Insbesondere sind die angegebenen starken kognitiven Beeinträchtigungen mit einer uneingeschränkten Fahreignung unvereinbar. Ebenso trifft es zu, dass die Beschwerdeführerin bereits in der Begutachtung der Z.\_\_\_\_ AG über eine vergleichbare Symptomatik klagte (etwa Urk. 7/166/25) 8 .3

Abgesehen von der seit dem Jahr 2002 durchgehend attestierten Arbeitsunfähigkeit wurde in den neuen Berichten bestätigt, dass es weder im Tagesablauf noch der effektiv ausgeübten Arbeitstätigkeit relevante Änderungen in den Jahre 2014 bis 2018 gab (zum Vergleich: Urk. 7/166/1 5 aktuelle Situation und Tagesablauf) . Eine seit Jahren kontinuierlich ausgeübte Tätigkeit als Reinigungskraft während zwei bis drei Stunden pro Tag mehrmals pro Woche ist weder mit der zuletzt attestierten vollen Arbeitsunfähigkeit noch der Unzumutbarkeit jeglicher Haushaltsarbeiten vereinbar. Staubsagen ( Urk. 7/166/1) sowie allgemein schwere Hausarbeiten erledigen (vgl. Urk. 7/166/25 ) konnte die Beschwerdeführerin nach eigenen Angaben übrigens schon im Zeitpunkt der Begutachtung durch die Z.\_\_\_\_ AG nicht mehr . Kontakt zu Freunden müssen

nach wie vor bestehen , zumal die Beschwerdeführerin gemäss eigenen Angaben bei der Erledigung des Haushalts und alltäglicher Verrichtungen von diesen unterstützt wird .

Im Übrigen findet sich in den neuen Berichten

auch kein Erklärungsansatz für die angegebene, aktuell massive psychische Beeinträchtigung im Sinne einer relevanten PTBS und langanhaltenden schweren Depression , nachdem das psychische Leiden über die Jahre bis zur letzten Begutachtung weitgehend abgeklungen war. Hierfür können nach dem vorstehend Ausgeführten

insbesondere nicht die somatischen Befunde angeführt werden. Bei einer PTBS etwa ist eine progrediente Entwicklung kaum zu erwarten; eine Chronifizierung, verbunden mit sozialem Rückzug und Antriebsmangel, tritt eher selten auf (vgl. BGE 142 V 342 E. 5.2.3). 8.4

Es kommt hinzu, dass die Beschwerdeführerin die Therapiemöglichkeiten weiter hin nicht ausschöpft.

Trotz einer angeblich schweren depressiven Episode mit Erlebnissen an der Grenze zur Derealisation

findet lediglich eine niedrig frequentige ambulante Gesprächstherapie und psychopharmakologische Behandlung statt. Einen stationären Aufenthalt zog die Beschwerdeführerin einzig zeitnah zur Renteneinstellung in Betracht und brach diesen sowohl im Januar 2015 als auch (nach nur einem Tag) im Oktober 2015 ab. In diesem Zeitraum erfolgten drei Notfallkonsultationen,

bei welchen jeweils eine akute handlungsrelevante Suizidalität verneint wurde (Urk. 7/206/6, 7/214/2 und 7/210/8). Spätere, psychisch bedingte Notfallkonsultationen sind nicht aktenkundig. 8.5

Zusammenfassend hat sich im Berufs- und Alltagsleben der Beschwerdeführerin seit der Begutachtung durch die Z.\_\_\_\_ AG somit wenig bis nichts geändert. Gleiches gilt für den behandlungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdruck. Im Rahmen eines strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281

sind die relevanten Standardindikatoren folglich als unverändert zu beurteilen. Damit fehlt es auch an objektiven Anhaltspunkten für eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes, die Anlass zu weiteren Abklärungen gäben. Im Vordergrund stehen nach wie vor ein dysfunktionales, appallatives

Verhalten der Beschwerdeführerin, besonders ausgeprägt kurz vor und kurz nach der Renteneinstellung, sowie ein massiver sekundärer Krankheitsgewinn, wie sie schon im Bericht der Klinik G.\_\_\_\_ eingehend erörtert wurden (vgl. Urk. 7/189/3 «Beurteilung»). Eine

neuanmeldungsrechtliche relevante Verschlechterung des psychischen Zustandes der Beschwerdeführerin ist deshalb zu verneinen. 9.

Nach dem vorstehenden Ausgeführten hat die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 28. Februar 2020 einen erneuten Rentenanspruch der Beschwerdeführerin zu Recht verneint. Eine wesentliche Änderung der anspruchrelevanten Tatsachen ist nicht überwiegend wahrscheinlich, vielmehr handelt es sich bei den Berichten des Zentrums A.\_\_\_\_ um eine abweichende medizinische Beurteilung infolge einer höheren Gewichtung der subjektiven (im wesentlichen unveränderten) Beschwerdeklage. Der Untersuchungsgrundsatz wurde nicht verletzt; ein weiterer Abklärungsbedarf ist nicht ersichtlich. Die Beschwerde ist folglich abzuweisen. 10.

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