

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00673 vom 22. Juni 2021**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-06-22, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2020.00673](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00673)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00673 du 22 juin 2021

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00673 del 22 giugno 2021

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 1.2**

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat.

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 dem nach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hierauf zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

### **E. 1.3**

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zuspreehung 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 Aufgabebereich 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 unächtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

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

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und zur prozessualen Revision (BGE 133 V 108 E. 5.4). Dabei braucht es sich nicht um eine formelle Verfügung (Art. 49 ATSG) zu handeln. Ändert sich nach durchgeführter Rentenrevision als Ergebnis einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs nichts und eröffnet die IV-Stelle deswegen das Revisionsergebnis gestützt auf Art. 74 ter

lit. f IVV auf dem Weg der blossen Mitteilung (Art. 51 ATSG), ist im darauffolgenden Revisionsverfahren zeitlich zu vergleichender Ausgangssachverhalt derjenige, welcher der Mitteilung zugrunde lag (Urteil des Bundesgerichts 9C\_599/2016 vom 29. März 2017 E. 3.1.2 unter Hinweis auf 8C\_441/2012 vom 25. Juli 2013 E. 3.1.2).

#### **E. 1.4**

Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht haben den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Sie haben alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere dürfen sie bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum sie auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellen (BGE 125 V 351 E. 3a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob er 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). 2.

#### **E. 2**

Oktober 2020 Beschwerde (Urk. 1) gegen die Verfügung vom 9. September 2020 (Urk. 2) und beantragte sinngemäss, diese sei aufgehoben. Die IV-Stelle beantragte mit

Beschwerdeantwort vom

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, rheumatologisch sei weiterhin keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für körperlich leichte Tätigkeiten dokumentiert. Psychiatrisch würden keine neuen Diagnosen gestellt. Es handle sich weiterhin um diejenigen Diagnosen, welche bereits zum Zeitpunkt des Gutachtens von 2017 versicherungsmedizinisch nicht nachvollziehbar gewesen seien. Es sei zwar zu einer vorübergehenden Verschlechterung des Gesundheitszustandes im Juli 2019 mit stationärem Aufenthalt gekommen, es gebe jedoch keinen Hinweis auf eine dauerhafte Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes (S. 1 f.). Die Aufnahme von Eingliederungsmassnahmen sei nochmals geprüft worden. Die Anspruchsvoraussetzungen seien nicht erfüllt. Die Beschwerdeführerin sei für leichte Hilfstätigkeiten zu 100 % arbeitsfähig. Es gelte die Selbsteingliederungspflicht (S.

2).

### **E. 2.2**

Demgegenüber stellte sich die Beschwerdeführerin auf den Standpunkt, ihre gesundheitlichen Probleme seien vor allem durch die Nacken- und Schulter schmerzen bedingt und mittlerweile chronifiziert. Sie sei seit 2013 krankgeschrieben. Ihre Grenze liege bei einer Arbeitsfähigkeit von 50 % (Urk. 1). Es habe sich nichts verändert seit 2013, sie habe die gleichen Beschwerden (Urk.

9).

### **E. 2.3**

Streitig und zu prüfen ist, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin verschlechtert hat. Die letztmalige materielle Prüfung des Rentenanspruchs fand mit dem Urteil des hiesigen Gerichts vom 25. September 2018 im Verfahren IV.2018.00540 (Urk. 7/161) ihren Abschluss. Zu vergleichen ist dem nach der Sachverhalt im Zeitpunkt jenes Urteils mit demjenigen im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung (vgl. vorstehend E. 1.3). 3. 3.1

Dem Urteil des hiesigen Gerichts vom 25. September 2018 (Urk. 7/161) lagen folgende Berichte zugrunde: 3.2

Die Ärzte des Kantonsspitals B.\_\_\_\_ berichteten am 30. April 2012 (Urk. 7/21/9-10) über die neurologische Untersuchung der Beschwerdeführerin und führten aus, die Beschwerdeführerin berichte über episodisch aufgetretenes Übelkeitsgefühl ohne Begleitsymptomatik in Dauer von einer bis vier Stunden mit spontanem Sistieren nach Ausruhen. Im Zusammenhang mit unauffälligem Neurostatus käme differentialdiagnostisch am ehesten ein Migräneequivalent in Frage. Zuletzt sei eine somatoforme Störung bei belastender psychosozialer Situation nicht auszuschliessen. 3.3

Die Ärzte des Zentrums C.\_\_\_\_ berichteten am 15. Dezember 2012 (Urk.

### **E. 6**

) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde der Beschwerdeführerin am 16. November 2020 zur Kenntnis gebracht (Urk. 8). Mit Eingabe vom 22. November 2020 machte die Beschwerdeführerin weitere Ausführungen (Urk. 9). Am 2.

Februar 2021 fand eine Instruktionsverhandlung statt (Urk. 11, Protokoll S. 3).

Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 7**

/21/44-46) über die psychiatrisch-psychologische Abklärung der Beschwerden der Führerin und nannten folgende Diagnose (S. 1): - rezidivierende gegenwärtig mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11)

Sie führten aus, die Beschwerdeführerin beklage seit August 2012, vermehrt unter einer depressiven Verstimmung, Kraftlosigkeit, Ängsten, Schreckhaftigkeit, Nervosität, Gedankenkreisen, Lust- und Interesselosigkeit, Spannungsgefühlen und Existenzängsten zu leiden (S. 1). Die Störung habe Krankheitswert. Seit dem 12. Oktober 2012 sei die Beschwerdeführerin zu 50 % arbeitsunfähig. Seit 2008 bestehe eine ambulante Psychotherapie (S. 2). 3.4

Die Ärzte des Universitätsspitals D.\_\_\_\_, Rheumaklinik, berichteten am 20. Dezember 2012 (Urk. 7/21/39-43) über das Arbeitsassessment der Beschwerdeführerin. Sie nannten folgende arbeitsrelevante Diagnosen (S. 2): - Zervikozephalosyndrom rechtsbetont - MRI der HWS am 26. Februar 2012: mediale Diskushernie C4/5 mit lokaler Eindellung des Duralsackes und des Rückenmarkes ohne Nervenwurzelkompression - Lumbovertebralsyndrom links - nach lumboradikulärem Reizsyndrom rechts im Februar 2007 - MRI der LWS am 26. Februar 2007: kleine mediolaterale Diskushernie L4/5 links mit Nervenwurzelkontakt L5

Als andere Diagnosen nannten sie eine depressive Episode nach Scheidung 2008 sowie Knieschmerzen beidseits. Sie führten aus, mit dem Testverfahren könnten hoch repetitive Arm-Handeinsätze während des ganzen Tages, wie sie beim Instrumenten verputzen und der optischen Kontrolle vorkämen, nicht beurteilt werden. Es sei davon auszugehen, dass das arbeitsbezogene relevante Problem vor allem eine verminderte muskuläre Stabilisierung der Wirbelsäule in den Bereichen der Lenden- und oberen Brustwirbel und eine verminderte Kraftausdauer beider Arme seien. Es sei bei den Tests keine Selbstlimitierung festgestellt und keine Inkonsistenzpunkte beobachtet worden (S. 2).

Durch die Kumulation von Beschwerden (Nacken- und Armschmerzen) im Tagesverlauf bestehe eine Leistungsminderung von 20 %. Diese könne durch Zusatzpausen aufgefangen werden. Daraus ergebe sich eine zumutbare Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit von 80 % (S. 3). In einer angepassten ganz täglichen leichten bis mittelschweren Tätigkeit bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (S. 4). 3.5

Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, berichtete am 29. Januar 2013 (Urk. 7/21/38) und führte aus, er habe der Beschwerdeführerin seit zirka September 2006 einen Arbeitsstellenwechsel empfohlen. Damals seien zum ersten Mal Zervikalgien basierend auf einer muskulären Dysbalance bei Überbeanspruchung aufgetreten. Die Beschwerdeführerin sei seit 2006 nur für eine kurze Zeitspanne (2-3 Tage) und einmalig vom 4. bis 30. März 2008 wegen akutem zervikovertebralem Syndrom

zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. 3.6

Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie, berichtete am 10. April 2013 (Urk. 7/4/3-4 = Urk. 7/21/50-51 = Urk. 7/22/21-22) und nannte folgende Diagnosen (S. 1): - reaktive

Depression bei - schwerer psychosozialer Belastungssituation mit - somatoformer Schmerzkomponente - funktionellen Beschwerden - Zerviko -Brachialsyndrom rechts bei - diskreten degenerativen Veränderungen im MRI - Periarthropathie -Beschwerden im Bereich der rechten Schulter - einseitiger Arbeitsbelastung rechts - zerviko-spondylogenes und lumbo -vertebrales Syndrom bei - nur diskreten degenerativen Veränderungen - vorerwählter Belastungssituation

Er führte aus, für den Leidensdruck der Beschwerdeführerin seien die fassbaren somatischen Befunde im Hintergrund. Es bestehe eine grosse Diskrepanz zwischen dem glaubhaften ausgeprägten subjektiven Leidensdruck und den äusserst diskreten fassbaren Befunden. Sicher bleibe aber die belastete Lebensgeschichte der Beschwerdeführerin geeignet, eine reaktive Depression mit begleitend somatoformen Beschwerden auszulösen (S. 1). Die fassbaren muskulären Veränderungen paravertebral und im Trapeziusbereich blieben äusserst gering. Weder im Bereich der oberen noch der unteren Extremitäten bestünden Hinweise auf ein sensorisches radikuläres Ausfallmuster. In der ergänzend durchgeführten Ultraschalluntersuchung der Schultern fehlten Hinweise für Rotatorenmanschettenläsionen, für Calcareaeinlagerungen oder für eine subacromiale oder subdeltoide Bursitis. Zum beschränkten Wert der fassbaren Bewegungsapparatsbeschwerden passe gut, dass weder Schmerzmedikamente noch Physiotherapie das Beschwerdeaussmass richtig zu lindern vermöchten (S. 2). 3.7

Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete am 30. April 2013 (Urk. 7/22/19-20) und führte aus, die Beschwerdeführerin leide unter einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige bis schwere Episode (ICD-10 F33.11, ICD-10 F33.2), die auf dem Boden einer ängstlichen Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6) liege und von intensiven Nacken- und Kopfschmerzen, welche ihre Ursachen in der Wirbelsäulenänderung hätten, begleitet würden. Die Beschwerdeführerin stehe seit dem 26. Januar 2013 in seiner Behandlung. Sie sei niedergeschlagen, innerlich angespannt, sehr ängstlich, leide unter starken Versagens- und Schamgefühlen sowie Zukunftsängsten. Dazu habe sie starke Konzentrationsschwierigkeiten und zeige Tendenz zum sozialen Rückzug. Wegen der Schmerzen sei sie rasch müde, könne trotzdem nicht ruhig schlafen. Aus diesem Grund sei sie bei der Arbeit verlangsamt, mache wegen der Konzentrationsschwierigkeiten viele Fehler, werde rasch erschöpft und brauche häufig Erholungspausen. Der Zustand habe sich trotz der bisherigen Therapie nicht gebessert. Im Gegenteil zeige sich eine Tendenz zur Verschlechterung, so dass die Beschwerdeführerin für eine stationäre Behandlung in der Rehaklinik H.\_\_\_\_ angemeldet worden sei. Die Beschwerdeführerin werde medikamentös und psychotherapeutisch behandelt (S. 1). Seit dem Beginn der Behandlung am 26. Januar 2013 bis zum 21. April 2013 sei die Beschwerdeführerin zu 50 % arbeitsunfähig gewesen. Seit dem 22. April 2013 bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit. Es sei ungewiss, wie sich der gesundheitliche Zustand entwickeln werde. Jedoch sei zu erwarten, dass sich die Beschwerdeführerin wieder erhole und wieder eine Arbeit übernehmen könne (S. 2). 3.8

Die Ärzte der H.\_\_\_\_ berichteten am 30. Juli 2013 (Urk. 7/21/52-54) über den stationären Aufenthalt der Beschwerdeführerin vom 16. Juni bis 12. Juli 2013 und nannten folgende Diagnosen (S. 1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10 F33.1) - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - Kopfschmerzen - zervikospondylogenes und lumbovertebrales Syndrom - Zervikobrachialsyndrom rechts bei - diskreten degenerativen

Veränderungen im MRI - Periarthropathie -Beschwerden im Bereich der rechten Schulter - einseitiger Arbeitsbelastung rechts

Sie führten aus, die Beschwerdeführerin habe sich in die stationären Abläufe gut integriert und habe zu Beginn am meisten von aktiven Therapien profitiert. Medizinischerseits sei eine Therapie mit 5 mg CipraleX begonnen worden. Der restliche internistische Verlauf habe sich komplikationslos gestaltet (S. 2).

Neben deutlichen, wiederholten und länger anhaltenden Belastungssituationen in den Partnerschaften hätten sich deutliche Hinweise für Selbstwertstabilisierung durch Leistung, nicht ausreichende Selbstsorge mit Mühe, eigene Bedürfnisse und Grenzen wahrzunehmen und vor allem zu kommunizieren, ergeben. Ebenso hätten sich Schwierigkeiten gezeigt, Emotionen ausreichend zu regulieren. Es werde die Fortführung von Physiotherapie, Gestaltungstherapie und Psychotherapie im ambulanten Setting empfohlen. Es bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis zum 28. Juli 2013 (S. 3). 3.9

Dr. G. \_\_\_ berichtete am 20. Januar 2014 (Urk. 7/17) und nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 Ziff. 1.1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10 F33.11) - ängstliche Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6) - Panikstörung (ICD-10 F41.0) - chronifiziertes zervikobrachiales Syndrom bei bekannten Wirbelsäulenänderungen - Kopfschmerzen

Er führte aus, beim letzten Gespräch sei die Beschwerdeführerin bewusstseinsklar, voll orientiert, innerlich angespannt, im Antrieb vermindert, sehr ängstlich, immer erschöpft gewesen. Im Denken sei sie sehr eingengt und ausschliesslich mit ihren Beschwerden und der entstandenen Situation beschäftigt gewesen. Zweitweise seien

Konzentrationsschwierigkeiten vorhanden gewesen. Die Prognose sei ungewiss. Es handle sich um eine rezidivierende, langandauernde psychische Störung, die sich bis jetzt als therapieresistent erwiesen habe (S. 2 Ziff. 1.4). Die Beschwerdeführerin werde medikamentös und psychotherapeutisch behandelt (S. 2 Ziff. 1.5). Seit dem Beginn der Behandlung am 26. Januar 2013 bis zum 21. April 2013 sei die Beschwerdeführerin zu 50 % arbeitsunfähig gewesen. Seit dem 22. April 2013 bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit (S. 2 Ziff. 1.6). Bei der Arbeit sei sie psychomotorisch verlangsamt, habe keine Ausdauer, mache wegen der Konzentrationsschwierigkeiten viele Fehler, ziehe sich rasch zurück und brauche häufige Erholungspausen von unvorhergesehener Dauer. Im Moment sei die Beschwerdeführerin weder in ihrem Beruf noch in einer angepassten Tätigkeit arbeitsfähig (S. 3 Ziff. 1.7). 3.10

Med. pract. I. \_\_\_ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, berichtete am 23. März 2014 (Urk. 7/21/6-8), nannte die bekannten Diagnosen (S. 1 Ziff. 1.1) und führte aus, die therapeutischen Bemühungen bei ihm bestünden in der Begleitung und Unterstützung der Beschwerdeführerin im Alltag und bei der Schmerzverarbeitung. Die Arbeitsunfähigkeit werde zurzeit aufgrund der psychiatrischen Diagnosen durch den behandelnden Psychiater festgelegt. Eine Prognose sei schwer zu stellen, es sei aber eher mit einer anhaltenden Teilarbeitsunfähigkeit zu rechnen (S. 2). 3.11

Dr. G. \_\_\_ berichtete erneut am 6. November 2014 (Urk. 7/34), nannte die bekannten Diagnosen (S. 1 Ziff. 1.1) und führte aus, die Beschwerdeführerin habe die vorgeschriebenen Medikamente eingenommen und sei regelmässig zu den psychotherapeutischen Gesprächen gekommen. Durch die ganze Zeit sei sie in ihrer Stimmung

sehr labil gewesen. Trotz der durch geführten Therapie seien die depressiven Symptome vorhanden gewesen. Deswegen sei sie zur intensiveren psychiatrischen Behandlung in die Tagesklinik K.\_\_\_\_ überwiesen worden. Nach dem sie in etwas gebessertem Zustand entlassen worden sei, sei die ambulante Behandlung bei ihm fortgesetzt worden. Sie sei jedoch weiterhin psychisch instabil. In der letzten Zeit hätten sich die körperlichen Beschwerden wieder intensiviert (S. 2 Ziff. 1.4). Die Beschwerdeführerin leide unter intensiven Schmerzen, depressiver Verstimmung mit Beeinträchtigung der kognitiven Funktionen, rascher Ermüdbarkeit und der Tendenz zum sozialen Rückzug (S. 2 Ziff. 1.7).  
3.12

Die Ärzte der Integrierten Psychiatrie K.\_\_\_\_ berichteten am 25. November 2014 (Urk. 7/38/7-8) über die tagesklinische Behandlung der Beschwerdeführerin vom 3. April bis 3. Juli 2014 und führten aus, die Beschwerdeführerin habe sich sehr motiviert gezeigt, sich mit der eigenen Problematik auseinanderzusetzen. Die zu Beginn zu beobachtende depressive Symptomatik habe sich im Verlauf der Behandlung schrittweise zurückbilden können, so dass sich die Beschwerdeführerin am Ende der Behandlung subjektiv als offener und ausgeglichener erlebt habe. 3.13

Dr. G.\_\_\_\_ berichtete am 5. Februar 2015 (Urk. 7/47) und führte aus, die Beschwerdeführerin könnte seiner Meinung nach für einen Spitex-Dienst umgeschult werden. Die Beschwerdeführerin möchte selber gerne auf diesem Gebiet eine Tätigkeit ausüben und erhalte sie nach einer Umschulung für diese Aufgabe fähig. Sie könnte ab dem 1. März 2015 zwei Stunden täglich eine Beschäftigung ausüben, nach einem weiteren Monat vier Stunden. Sie könne nur physisch leichtere Aufgaben ausüben (S. 1). Die Intensität der körperlichen Beschwerden oszilliere sehr stark. Es sei klar, dass solche Beschwerden zeitweise nachlassen würden, aber sich wieder intensivieren könnten. Phasenweise seien diese auch sehr limitierend, was die Arbeitsfähigkeit betreffe (S. 2). 3.14

Die Ärzte der Klinik L.\_\_\_\_ berichteten am 25. Mai 2016 (Urk. 7/88) über die Hospitalisation der Beschwerdeführerin vom 17. Februar bis 24. März 2016 und nannten folgende Diagnosen (S. 1): - komplexe posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11) - Panikstörung (ICD-10 F41.0) - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)

Sie führten aus, während des Gesprächs bestünden Hinweise für Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen. Das formale Denken erscheine leicht verlangsamt, kohärent, geordnet und nachvollziehbar. Affektiv sei sie sehr traurig, deprimiert und eingeschränkt schwingungsfähig. Der Antrieb sei reduziert, psychomotorisch sei sie unauffällig. Es bestehe eine konstruktive Symptomatik mit Entfremdungserleben, Depersonalisation, Kraft- und Energielosigkeit, Konzentrationstörungen, Gefühle der inneren Leere, Lustlosigkeit und eine fehlende Zukunftsperspektive (S. 3).

Die Durchhaltefähigkeit bei der Ausführung von Aufgaben sei schwankend gewesen, teilweise seien erhebliche Beeinträchtigungen in Konzentration und Ausdauer vorgelegen. Aktuell bestehe eine mittelgradige Beeinträchtigung mit rascher Erschöpfbarkeit. Während der ganzen Zeit der stationären Behandlung habe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Die störungsspezifische Therapie führe zu einer langsamen, aber derzeit noch nicht hinreichenden Symptomverbesserung. Die komplexe psychiatrische Erkrankung erfordere eine zeitlich längere und intensive Therapie (S. 5). Entsprechend dem gesamten

klinischen Eindruck sei die Beschwerdeführerin derzeit eingeschränkt arbeits- und leistungsfähig. Die Beschwerdeführerin trete auf eigenen Wunsch vorzeitig in die angestammten häuslichen Verhältnisse aus. Die ambulante Therapie erfolge bei Dr. G.\_\_\_\_ (S. 6). 3.15

Dr. G.\_\_\_\_ berichtete am 6. September 2016 (Urk. 7/93), nannte die bekannten Diagnosen (S. 1 Ziff. 1.1) und führte aus, in den Gesprächen sei die Beschwerdeführerin stets depressiv, innerlich angespannt, im Antrieb reduziert und sehr ängstlich. Die ambulante Behandlung sei nach dem Klinikaufenthalt in der Klinik L.\_\_\_\_ fortgesetzt worden und es sei danach auch zu einer Besserung ihres psychischen Zustandes gekommen, als sie den Kontakt zu ihrer zur Adoption gegebenen Tochter gefunden habe. Obwohl die psychischen Schwankungen weiterbeständen und zeitweise die Schmerzen stark seien, habe sich der Zustand in den letzten Monaten etwas stabilisiert. Beim letzten Gespräch sei die Beschwerdeführerin für ihre psychischen Probleme und ihre Lebenssituation zugänglicher gewesen. Sie sei affektiv ausgeglichener und in ihrem Selbstwertgefühl nicht mehr so stark beeinträchtigt. Die Prognose scheine im Moment besser zu sein. Obwohl die depressiven und Angstsymptome sowie die körperlichen Beschwerden noch vorhanden seien, sei die Beschwerdeführerin motiviert, eine Umschulung zu machen und die Wiedereingliederung ins Berufsleben zu verwirklichen (S. 2 Ziff. 1.4). Die Beschwerdeführerin werde seit dem Austritt aus der Klinik ausschliesslich psychotherapeutisch behandelt. Wegen ihren Beschwerden sei die Beschwerdeführerin zu 75 % arbeitsunfähig (S. 2 Ziff. 1.7). In ihrem Beruf sei sie nach wie vor zu 100 % arbeitsunfähig (S. 3 Ziff. 1.7). Die Beschwerdeführerin könnte nach einer Umschulung eine angepasste Tätigkeit in einem Pensum von 50 % ausüben (S. 3 Ziff. 1.7 und Ziff. 1.8). 3.16

Prof. Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, und med. pract. N.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Z.\_\_\_\_, erstatteten ihr interdisziplinäres Gutachten am 16. Oktober 2017 (Urk. 7/133) gestützt auf die Akten sowie die Untersuchungen der Beschwerdeführerin. Sie nannten folgende Diagnosen mit qualitativer Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 6 Ziff. 5.1.2): - Spondylose der Halswirbelsäule (HWS) mit ausstrahlenden Schmerzen in den Schulterbereich beidseits und in den Hinterkopf - ohne Hinweise für Radikulopathie - Spondylose im Lendenwirbelsäulen (LWS)-Bereich mit Ausstrahlung ins Gesäss links - ohne Hinweise für Radikulopathie

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie (S. 6 Ziff. 5.2): - Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (ICD

## **E. 10**

Z64), unerwünschte Schwangerschaft und Freigabe zur Adoption - Kontakttreffen mit Bezug auf das Berufsleben (ICD-10 Z56), Verlust des Arbeitsplatzes 2013 durch Kündigung - Status nach bilateralen Hallux valgus-Operationen

Sie führten aus, es bestünden aufgrund der rheumatologischen Diagnosen im Kern nachvollziehbare qualitative Belastungslimitierungen aufgrund der bekannten degenerativen Veränderungen der HWS und BWS. Das Ausmass der subjektiv daraus abgeleiteten Auswirkung auf die Leistungsfähigkeit sei so jedoch nicht begründbar (S. 6). Bei der jetzigen klinischen Untersuchung habe man keine Hinweise für eine aktive Radikulopathie finden können, mithin keine auslösbaren Schmerzen bei Extension und Lateralflexion des lumbosakralen Axialskeletts, ein negatives Lasèguezeichen und keine objektiven neurologischen Befunde. Die negative Serologie spreche gegen eine entzündliche arthritische Krankheit (S. 7 oben). Die über das somatisch Erklärbare

hinausgehende subjektive Beeinträchtigung sei im Rahmen der psychischen Fehlverarbeitung vor dem Hintergrund der diversen psychiatrischen Diagnosen mit primär sozioökonomischen und familiären/persönlichen Hintergründen zu interpretieren. Wie im ausführlichen psychiatrischen Fachgutachten dargelegt, könnten diese Diagnosen ihrerseits eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht begründen (S. 7). Aufgrund der Aktenlage sei von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ab dem 22. April 2013, von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit ab dem 1. April 2015, von einer vorübergehenden 100%igen Arbeitsunfähigkeit vom 17. Februar bis 24. März 2016 (stationär), von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit ab dem 1. April 2016 und von einer vollen Arbeitsfähigkeit ab dem Datum des aktuellen Gutachtens mit gewissen qualitativen Limiten aus somatischer Sicht auszugehen (S. 10). Angepasst seien leichte bis mittelschwere Tätigkeiten in wirbelsäulenadaptierten Wechselpositionen mit der Möglichkeit zum Wechseln zwischen Sitzen, Stehen und Gehen, insbesondere sei kein Heben von schweren Lasten mehr als 15 kg empfohlen. Für eine schwere Arbeit sei die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsunfähig wegen Spondylose am HWS- und BWS-Bereich (S. 11). 4. 4.1

Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie, berichtete am 6. November 2019 (Urk. 7/175/6-7) und nannte folgende Diagnosen (S. 1): - ausgeprägte generalisierte Tendomyopathie mit - grossflächigen muskulären Schmerzen und - den typischen Druckpunkten - somatoformer Schmerzkomponente - funktionellen Beschwerden - reaktive Depression bei - schwerer psychosozialer Belastungssituation - chronisches zervikobrachiales Syndrom beidseits bei - kaum degenerativen Veränderungen im MRI der Halswirbelsäule (HWS) - keinen Hinweisen auf eine Radiokulopathie - Periarthropathie - Beschwerden im Bereich der Schultern bei - sonographisch altersentsprechend normalem Schulterbefund beidseits

Er führte aus, hauptursächlich für die Beschwerden der Beschwerdeführerin bleibe wohl die belastete Lebensgeschichte mit in der Folge reaktiver Depression und somatoformen Beschwerden (S. 1). Im klinischen Untersuchung bestehe eine schmerzhaft leicht eingeschränkte HWS-Rotation in Extension mehr als in Flexion nach links mehr als rechts mit ausgeprägten Bewegungs-Endphasenschmerzen und myofaszialen Beschwerden im Bereich der autochthonen Rücken- und Trapeziusmuskulatur. Im Bereich der Brustwirbelsäule (BWS) bestehe eine Druckdolenz über Th4 mit ausstrahlenden Schmerzen sowie Rotations-Endphasenschmerzen in der Lendenwirbelsäule (LWS). Sensomotorisch bestünden keine Hinweise auf eine Radiokulopathie oder eine Kompressionsneuropathie, es bestehe ein seitengleich unauffälliges Reflexmuster. Im Bereich der Schultern bestünden linksbetont Abduktions- und Aussenrotations-Endphasenschmerzen sowie teilweise positive Impingement-Zeichen. Am ganzen Körper seien die Druckpunkte der generalisierten Tendomyopathie schmerzhaft, die Beschwerdeführerin leide gehäuft unter grossflächigen muskulären Schmerzen im Schulter- und Beckengürtel. In der ergänzenden Sonographie der Schultern zeige sich eine normale Dicke, Dynamik und Echotextur der ganzen Rotatorenmanschette beidseits, ein unauffälliger im Sulcus gelegener Bizeps longus beidseits ohne Luxationstendenz und ohne Erguss im Recessus bicipitis. Zudem bestehe kein intraartikulärer Erguss und keine subacromiale Bursitis und es gebe keine Hinweise auf eine AC-Gelenks- oder Glenohumeral-Gelenksarthrose. Auf weitere bildgebende Verfahren im Bereich der HWS könne bewusst verzichtet werden, die letzten beiden MRI der HWS hätten nur diskrete degenerative Veränderungen gezeigt, welche das Beschwerdeausmass der Beschwerdeführerin nicht erklären könnten. Therapeutisch gelte es

aus rheumatologischer Sicht unbedingt die sportliche Aktivität der Beschwerdeführerin zu unterstützen (S. 2). 4.2

Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete am 27. Dezember 2019 (Urk. 7/165) und führte aus, die Beschwerdeführerin stehe seit dem 26. Januar 2013 in seiner Behandlung.

Sie leide an einer rezidivierenden depressiven Störung sowie einer posttraumatischen Belastungsstörung, einer Panikstörung und chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Die depressive Störung zeige Schwankungen, meist sei sie doch mittelgradig, zeitweise gehe sie in eine schwergradige Episode über. In den letzten Monaten habe die Beschwerdeführerin versucht, eine Arbeit im Pflegebereich in einem 40%-Pensum auszuüben. Trotz guter Motivation und Anstrengungen sei es ihr manchmal kaum gelungen, diese Aufgabe zu erledigen. Es sei gleichzeitig zur Verschlechterung des psychischen Zustandes gekommen. Die Beschwerdeführerin sei häufig in innere Spannungen geraten, die Depression habe sich vertieft, die Ängste seien intensiver geworden, sie sei schnell ganz erschöpft geworden. Sie sei häufig nicht imstande gewesen, mehr als zwei Stunden täglich zu arbeiten. Da im Moment die Beschwerden extrem stark gewesen seien, habe sie notfallmässig ins Kriseninterventionszentrum O.\_\_\_\_ aufgenommen werden müssen. Die Oszillation der psychischen Beschwerden bleibe die ganze Zeit vorhanden, sie sei deswegen gar nicht imstande, eine kontinuierliche Arbeit zu verrichten. Sie habe keine Ausdauer gehabt, sei sehr rasch müde geworden, brauche häufige Erholungspausen von unvorhergesehener Dauer, habe sich auch bei der Arbeit nicht konzentrieren können, habe häufig Fehler gemacht und sei deswegen noch mehr entmutigt und schnell suizidal gewesen (S. 1). Aufgrund des Erwähnten sei sichtbar, dass die Beschwerdeführerin seit Juli 2019 eine Verschlechterung ihres psychischen Zustandes zeige (S. 2). 4.3

Dr. med. P.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, berichtete am 10. März 2020 (Urk. 7/175/1-5) und führte aus, die Beschwerdeführerin sei vom 5. Juli bis 16. Juli 2019 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen (S. 1 Ziff. 1.3). Die Beschwerdeführerin habe Schmerzen und Erschöpfung, in letzter Zeit Sehstörungen wie ein Schleier vor beiden Augen. Die Schmerzen seien konstant/chronisch (S. 2 Ziff. 2.2). Die Prognose bei angepasster Tätigkeit sei eher günstig (S. 2 Ziff. 2.7).

2.7). Ausser Analgetika und weiterer psychiatrischer Behandlung seien keine spezifischen Massnahmen geplant (S. 3 Ziff. 2.8). Mittelschwere Arbeiten lägen kaum drin, Einkaufen und den Haushalt erledige die Beschwerdeführerin gestaffelt, da es sonst zu viel sei (S. 3 Ziff. 3.4). 4.4

Pract. med. Q.\_\_\_\_, Facharzt für Arbeitsmedizin, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD) der Beschwerdeführerin, nahm am 27. März 2020 Stellung (Urk.

7/181 S. 6-7) und führte aus, zusammenfassend ergebe sich aus verschiedenen medizinischer Sicht kein Anhalt für eine nachhaltige dauerhafte Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin im Vergleich zum Zeitpunkt der Begutachtung 2017. 5. 5.1

Das Bundesgericht geht nach ständiger Rechtsprechung davon aus, dass mit dem Eintreten auf eine erneute Anmeldung im Sinne von Art. 87 Abs. 3 IVV in analoger Weise wie bei einem Revisionsverfahren nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen ist (BGE 133 V 108

E. 5.2; vgl. beispielsweise Urteil des Bundesgerichts 8C\_398/2017 vom 1. März 2018 E. 2; vgl. vorstehend E. 1.5).

Dabei gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, insbesondere in den persönlichen Verhältnissen der versicherten Person (BGE 133 V 545 E. 7.1), Anlass zur Rentenrevision. Dazu gehört namentlich der Gesundheitszustand. Dabei ist nicht die Diagnose massgebend, sondern in erster Linie der psychopathologische Befund und der Schweregrad der Symptomatik. Aus einer anderen Diagnose oder einer unterschiedlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus medizinischer Sicht allein kann somit nicht auf eine für den Invaliditätsgrad erhebliche Tatsachenänderung geschlossen werden (Urteil des Bundesgerichts 9C\_602/2016 vom 14. Dezember 2016 E. 5.1 mit weiteren Hinweisen).

Auch das Hinzutreten einer neuen Diagnose stellt 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 unbesehen 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). 5.2

Mit Urteil des hiesigen Gerichts vom September 2018 im Verfahren IV.2018.00540 (Urk. 7/167) - welches die letzte materielle Überprüfung des Rentenanspruchs darstellt - wurde die angefochtene Verfügung vom 14. Mai 2018 (Urk. 7/144) geschützt. Gestützt auf die Beurteilung der Z. \_\_\_ -Gutachter (vorstehend E. 3.16) wurde davon ausgegangen, dass die Beschwerdeführerin glaubwürdig über mechanische Schmerzen im HWS- und BWS-Bereich berichtet, welche durch die bekannten degenerativen Veränderungen plausibel erklärbar seien. Hinweise für eine aktive Radikulopathie seien keine gefunden worden. Für körperlich schwere Tätigkeiten besteht eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Diagnosen und Befunde, welche eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für eine körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit in wirbelsäulenadaptierten Wechselpositionen ohne Heben von schweren Lasten von mehr als 15 kg begründen, hätten dagegen nicht dokumentiert werden können. Anlässlich der psychiatrischen Begutachtung sei weder eine Persönlichkeitsstörung noch eine chronische Schmerzstörung, hingegen eine affektive Störung im Sinne der Dysthymia als ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert worden. 5.3

Sowohl aus somatischer wie auch aus psychiatrischer Sicht lässt die Gegenüberstellung der bei der letzten Rentenprüfung vorhandenen mit den seither eingegangenen medizinischen Berichten auf keine wesentliche Veränderung beziehungsweise Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin schliessen. Anlässlich der seit der erneuten Anmeldung erfolgten Abklärungen wurden insbesondere keine neuen psychopathologischen Befunde erhoben, die eine wesentliche Einschränkung der funktionellen Leistungsfähigkeit begründen könnten und nicht bereits zum Zeitpunkt der letzten Rentenprüfung bekannt gewesen wären. So wurden nach wie vor die belastete Lebensgeschichte der Beschwerdeführerin mit in der Folge reaktiver Depression und somatoformen Beschwerden sowie die schmerzhaft leicht eingeschränkten HWS-, BWS- und LWS-Beschwerden, nach wie vor ohne Hinweise auf eine Radikulopathie oder eine Kompressionsneuropathie, genannt. Auf weitere bildgebende Verfahren wurde bewusst verzichtet, da die letzten beiden MRI nur diskrete degenerative Veränderungen gezeigt

hätten, welche das Beschwerdeausmass der Beschwerdeführerin nicht erklären könnten (vorstehend E. 4.1). Die Prognose wurde in einer angepassten Tätigkeit als günstig beurteilt (vorstehend E. 4.3). Bisher unberücksichtigte objektive Befunde wurden nicht erhoben und es lässt sich den medizinischen Berichten auch keine Verschlechterung der bereits bekannten Beschwerden oder Befunde entnehmen. Zum Bericht von Dr. G.\_\_\_\_ (vorstehend E. 4.2) bleibt anzumerken, dass die von ihm genannten psychiatrischen Befunde und gestellten Diagnosen von der Z.\_\_\_\_ Gutachterin bereits 2017 nicht bestätigt werden konnten (vorstehend E.

3.16; Urk. 7/133/35-57 S. 19 f.). In der bidisziplinären Zusammenfassung des Z.\_\_\_\_-Gutachtens (Urk. 7/133/1-26) wurde ausdrücklich erwähnt, dass die Dokumentation der Arbeitsunfähigkeiten in den Akten sowohl diagnostisch als auch in Bezug auf die daraus resultierende Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nicht restlos schlüssig sei. Die von Dr. G.\_\_\_\_ attestierte Arbeitsunfähigkeit beziehe sich einerseits auf somatische und andererseits auf psychiatrische Faktoren, wobei die damaligen Diagnosen so aktuell nicht mehr bestätigt werden könnten (S. 10 f.). Insbesondere wurde aufgrund eines fehlenden traumatisierenden Ereignisses die damals gestellte Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung von der Gutachterin nicht bestätigt (vgl.

Urk. 7/133/35-57 S. 20). Auch die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung wurde von der Gutachterin nicht bestätigt, vielmehr ging diese davon aus, dass die Persönlichkeitsakzentuierung reaktiv immer wieder zu affektiven Schwankungen im Sinne einer Dysthymia (ICD-10 F34.1) führe (S. 19). Die Stimmungsschwankungen würden jeweils kurz andauern und hätten sich immer wieder in belastenden Lebenssituationen gefunden (S. 19 f.).

Somit wurde rheumatologisch weiterhin keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für eine körperlich leichte Tätigkeit dokumentiert und psychiatrisch werden keine neuen Befunde oder Diagnosen gestellt. In den neuen medizinischen Berichten wird im Wesentlichen derselbe Gesundheitszustand beschrieben, wie bereits in den früheren Arztberichten. Auch die Beschwerdeführerin selbst machte denn geltend, dass sie seit 2013 an psychischen und physischen Beschwerden leide (vorstehend E. 2.2).

Eine Verschlimmerung des Zustandes liess sich nach dem Gesagten nicht dokumentieren, zumal keine neu hinzugekommenen Beschwerden oder Pathologien feststellbar gewesen waren.

Zusammenfassend ist somit seit der letztmaligen Rentenprüfung weder aus psychiatrischer noch aus somatischer Sicht eine Verschlechterung des Gesundheitszustands im Sinne von Art. 17 ATSG eingetreten. 5.4

Der Gesundheitszustand und die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit sind nach dem Gesagten aufgrund der medizinischen Akten hinreichend abgeklärt. Von weiteren Untersuchungen wären diesbezüglich keine neuen Erkenntnisse zu erwarten. Der medizinische Sachverhalt ist dahingehend erstellt, dass die Beschwerdeführerin nach wie vor in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig ist.

Zusammenfassend ist somit davon auszugehen, dass es seit der letzten Rentenprüfung im Mai 2018 beziehungsweise September 2018 weder zu einer wesentlichen Veränderung der festgestellten Befunde noch zu einer wesentlichen Veränderung der Arbeitsfähigkeit gekommen ist. Ein Revisionsgrund ist somit zu verneinen, womit von einem struktu

rierten Beweisverfahren abgesehen werden kann (vgl. BGE 141 V 281).

Der angefochtene Entscheid ist somit rechtsens. 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. 900.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführer in aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden der Beschwerdeführer in auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.\_\_\_\_ - 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 Die Gerichtsschreiberin Mosimann Schüpbach

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