

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00743 vom 7. April 2003

ZH Sozialversicherungsgericht, 2003-04-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00743

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00743 du 7 avril 2003

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00743 del 7 aprile 2003

Erwägungen

E. 1

S. 2): «1. Es sei die Verfügung vom 23. September 2020 aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, der Beschwerdeführerin eine unbefristete ganze Invalidenrente auszurichten, rückwirkend per 1. September 2017.

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allge meinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht 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). 1.

E. 1.2

Am 1. August 2004 teilte X.____ der IV-Stelle durch Rechtsanwalt Dominique Chopard mit, dass eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes eingetreten sei, weshalb sie eine Erhöhung der Invalidenrente beantrage (Urk. 7/36). Die IV-Stelle holte unter anderem das psychiatrische Gutachten von Dr. med. A.____, Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 28. Mai 2005 ein (Urk. 7/43). Mit Verfügung vom 28. Juni 2005 wies sie das Gesuch um Erhöhung der Invalidenrente ab (Urk. 7/47), wogegen die Versicherte durch Rechtsanwalt Chopard am 29. August 2005 Einsprache erhob (Urk. 7/50). Die IV-Stelle holte in der Folge unter anderem das polydisziplinäre Gutachten des Instituts B.____ vom 4. März 2008 ein (Urk. 7/87). Am 2. Juli 2008 teilte die IV-Stelle X.____ mit, die Überprüfung des Invaliditätsgrades im Rahmen des Einspracheverfahrens habe ergeben, dass sie lediglich noch zu 37 % invalid sei. Es sei deshalb vorgesehen in Abänderung der angefochtenen Verfügung vom 28. Juni 2005 die bisherige halbe Invalidenrente im Sinne einer reformatio in peius aufzuheben (Urk. 7/97). Daraufhin zog die Versicherte mit Schreiben vom 28. August 2008 ihre Einsprache gegen die Verfügung vom 28. Juni 2005 zurück (Urk. 7/100).

E. 1.3

Mit Verfügung vom 29. Oktober 2008 hob die IV-Stelle die Verfügung vom 28. Juni 2005 wiedererwägungsweise auf (Urk. 7/106). Mit Vorbescheid vom 30. Oktober 2008 stellte sie

der Versicherten ausserdem die Einstellung der Invalidenrente in Aussicht (Urk. 7/108), wogegen diese durch Rechtsanwalt Chopard am 3. Dezember 2008 Einwand erhob (Urk. 7/111). Die Verfügung vom 29. Oktober 2008 hob das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich mit Urteil vom 2. Februar 2009 auf, da sich – unter anderem aus der Stellungnahme der IV-Stelle selber vom 16. Januar 2009 (Urk. 7/114) – ergab, dass diese grundlos erlassen worden war (Urk. 7/117). Mit Vorbescheid vom 28. Oktober 2009 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass sie das Gesuch um Erhöhung der Invalidenrente ablehnen werde, entgegen dem Vorbescheid vom 30. Oktober 2008 aber die Invalidenrente nicht aufheben werde (Urk. 7/129). Mit Verfügung vom 8. Dezember 2009 wies die IV-Stelle das Gesuch um Erhöhung der Invalidenrente ab (Urk. 7/130).

E. 1.4

Am 11. September 2014 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, die Überprüfung des Invaliditätsgrades habe ergeben, dass sie unverändert Anspruch auf eine halbe Invalidenrente (Invaliditätsgrad: 55 %) habe (Urk. 7/154).

E. 1.5

Am 12. September 2017 (Eingangsdatum) stellte X.____ erneut das Gesuch um Erhöhung der Invalidenrente (Urk. 7/175). Die IV-Stelle holte die Arztberichte von Dr. med. C.____, Gynäkologie und Geburtshilfe FMH, vom 12. Oktober 2017 (Urk. 7/180/1-5) sowie des Zentrums D.____ vom 1. November 2017 (Urk. 7/181) und vom 8. Januar 2018 (Urk. 7/186) ein. Am 6. April 2018 nahm Dr. med. E.____, Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) der IV-Stelle Stellung (Urk. 7/199/4-5). Mit Vorbescheid vom 10. April 2018 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass sie das Erhöhungsgesuch ablehnen werde (Urk. 7/200). Dagegen erhob X.____ durch Y.____ am 4. Mai 2018 (Urk. 7/201) bzw. am 11. Juni 2018 (Urk. 7/206) Einwand. Die IV-Stelle holte den Arztbericht von Dr. med. F.____, Innere Medizin FMH, vom 14. Dezember 2018 ein (Urk. 7/218/1-5). Sodann liess sie das polydisziplinäre medizinische Gutachten der G.____ vom 25. Oktober 2019 erstellen (Urk. 7/241). Am 22. November 2019 nahm RAD-Arzt Dr. E.____ dazu Stellung (Urk. 7/254/7-8). Mit Verfügung vom 23. September 2020 wies die IV-Stelle das Gesuch um Erhöhung der Invalidenrente ab (Urk. 2). 2.

Gegen diese Verfügung erhob X.____ durch Y.____ am 26. Oktober 2020 Beschwerde mit folgenden Anträgen (Urk.

E. 2

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 Zusprennung 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 ansich 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 unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen). 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin führte zur Begründung der angefochtenen Verfügung vom 23. September 2020 (Urk. 2) aus, die medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass bei der Beschwerdeführerin keine höhere Arbeitsunfähigkeit bestehe. Eine dauerhafte, weitergehende Reduktion der Arbeits- und Leistungsfähigkeit über das bisher bestehende Mass hinaus sei nicht nachgewiesen. Es könne auch nicht davon ausgegangen werden, dass es der Beschwerdeführerin aufgrund ihres Alters nicht mehr möglich sei, eine Arbeitsstelle zu finden.

E. 2.2

Demgegenüber machte die Beschwerdeführerin geltend, aus den Berichten der behandelnden Ärzte gehe hervor, dass sich ihr Gesundheitszustand verschlechtert und sie deshalb Anspruch auf eine Rentenerhöhung habe. Die Beschwerde führe sie an multiplen Krankheiten und müsse diverse Medikamente einnehmen. Das von der Beschwerdegegnerin eingeholte G.____-Gutachten vom 25. Oktober 2019 genüge den Anforderungen nicht. Es sei unvollständig und habe deshalb keinen Beweiswert. Selbst wenn auf die Beurteilung des Gutachtens abgestellt würde, müsste davon ausgegangen werden, dass aufgrund der festgestellten ausgeprägten Einschränkungen, des die attestierte Teil-Arbeitsfähigkeit zusätzlich limitierenden Belastungsprofils

und der fehlenden Ressourcen die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit nicht realisierbar sei. Es sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin wiederholte krankheitsbedingte Unterbrüche erleiden würde. Dies halte ein potentieller Arbeitgeber davon ab, die Beschwerdeführerin einzustellen. Insgesamt weise sie derart viele Einschränkungen auf, dass ihre Arbeitskraft auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistisch nicht mehr nachgefragt werde. Ihre Anstellungschancen seien gleich null und es sei ihr deshalb eine ganze Invalidenrente zuzusprechen (Urk. 1). 3.

E. 3

Ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG betrifft Änderungen in den persönlichen Verhältnissen der versicherten Person (BGE 133 V 454 E. 7.1). 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).

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). 1.

E. 3.1

Laut dem Arztbericht von Dr. C.____ vom 12. Oktober 2017 (Urk. 7/180) bestehen bei der Beschwerdeführerin eine Urininkontinenz (Erstdiagnose 2011, anamnestisch seit ca. 2009) mit Rezidivbelastungsinkontinenz, hyperaktiver Blase und rezidivierenden Harnwegsinfekten, ein Diabetes mellitus (Erstdiagnose 2003) sowie Depressionen (Erstdiagnose 2003). Der Beschwerdeführerin sei von ihr

(Dr. C.____) keine Arbeitsunfähigkeit bescheinigt worden. Sie erleide wegen der Inkontinenzsituation starke psychische Belastungen. Schweres Heben sei zu vermeiden. Die Beschwerdeführerin müsse häufig die Toilette aufsuchen. Das Inkontinenzproblem könne operativ behandelt werden. Wesentliche Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit habe dies nicht.

E. 3.2.1

Gemäss dem Arztbericht des Zentrums D.____ vom 1. November 2017 (Urk. 7/181) bestehen bei der Beschwerdeführerin folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: 1. Rezidivierende depressive Episode, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) 2. Koronare 1-Gefässerkrankung mit/bei - NSTEMI (Erstdiagnose 13. Oktober 2017) - PTCA/Stent x 1 bei 95 % Stenose des medialen RIVA - LVEF 66 % (Spital H.____ 18. Oktober 2017) 3. Misch-Inkontinenz mit dominierender Belastungsinkontinenz II. Grades mit/bei - Status nach R-B mit Entfernung von einem malignen Blasentumor (Oktober 2010) - Revision 2013 - Rezidiv Oktober 2017 (Patientenangabe) 4. Lumbovertebrales Syndrom mit/bei - lumbosakrale Übergangsstörung (lumbalisierter Sakralwirbel) mit konsekutiver Instabilität bei degenerativer Veränderung mit Spondylarthrose und Diskopathie L5/6 (MRI, Dr. I.____ 22. April 2003) - Diskushernie L5/S1 (MRI, Dr. I.____ 29. Mai 2007)

E. 3.3

Gemäss dem Arztbericht von Dr. F.____ vom 14. Dezember 2018 (Urk. 7/218/1-5) bestehen bei der Beschwerdeführerin ein chronisches cervicocephales und lumbospondylogenes Syndrom, eine rezidivierende depressive Störung, aktuell mit teilschwerer bis schwerer depressiver Episode nach Tumorrezidiv, eine mässige Gonarthrose rechts, ein insulinpflichtiger Diabetes mellitus Typ 2, ein Status nach NSTEMI, eine Fibromyalgie, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung sowie ein rezidivierender Drehschwindel. Die Beschwerdeführerin sei seit Oktober 2017 zu 100 % arbeitsunfähig. Mit der Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit könne nicht gerechnet werden. Allenfalls könne sie im Sinne einer Beschäftigungstherapie eine Tätigkeit zu 10 bis 20 % ausüben, in der freien Wirtschaft sei sie aber zu 100 % arbeitsunfähig.

E. 3.4

Laut dem Bericht von Dr. med. L.____, Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 14. Februar 2019 (Urk. 7/222) bestehen bei der Beschwerdeführerin eine rezidivierende depressive Störung, eine Panikstörung sowie zahlreiche körperliche Beschwerden. Die Beschwerdeführerin stehe bei Dr. L.____ seit dem 23. April 2001 in psychotherapeutischer Behandlung. Der Zustand sei seit längerer Zeit unverändert. Es sei

zu keiner Besserung gekommen. Die Depression habe sich als therapieresistent erwiesen. Ab 2016 habe sich der Zustand allmählich verschlechtert. Die Beschwerdeführerin sei tiefer depressiv und ängstlicher geworden. Im Antrieb sei sie stark vermindert, lustlos und häufig erschöpft. Dazu leide sie unter intensiven Schmerzen und habe sich manchmal kaum bewegen können. Sie sei stets müde, habe aber trotzdem Schlafprobleme. Die Beschwerdeführerin sei aus psychiatrischer Sicht zu 100 % arbeitsunfähig. Die Prognose sei ungünstig. Es sei nicht damit zu rechnen, dass sich die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin verbessern werde.

E. 3.5

Gemäss dem polydisziplinären Gutachten der G.____ vom 25. Oktober 2019 bestehen bei der Beschwerdeführerin folgende Diagnosen (Urk. 7/241/23-24):

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: 1. Chronisches zervikospondylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.02) - MRI HWS vom 19.10.2015: leichte Diskusprotrusion auf Höhe HWK 5/6 2. Chronische lumbospondylogene und lumbosakrale Schmerzen (ICD-10 M54) - im MRI LWS/ISG/ Sakrum von 13.12.2017: LWK 4/5 und LWK 5/S1 linksbetont mit beginnender Facettengelenksdegeneration. Ventrale Spondylose lumbal fokal mit Aktivierungszeichen im Segment BWK12/ LWK 1. ISG mit diskret ödematös juxtakortikaler Veränderung vor allem ventrokaudal. Lumbosakrale Übergangsstörung (lumbalisierte Sakralwirbel) 3. Leichte Coxarthrose links (ICD-10 M16) 4. Periarthropathia genu mit beginnender Femoropatellararthrose beidseits (ICD-10 M19) - MRI Knie nativ beidseits vom 08.08.2018: Furchenbildung im retropatellären

Knorpel 5. Leichte bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.0/F32.1) Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: 1. Koronare 1-Gefässerkrankung (ICD-10 I25.11), Status nach NSTEMI (ICD-10 I25.22) - LVEF 66 % - kardiovaskuläre Risikofaktoren: Nikotin, Insulinpflichtiger Diabetes mellitus Typ II, Dyslipidämie 2. Diabetes mellitus Typ II, Erstdiagnose unklar (ICD-10 E11) 3. Status nach transurethraler Resektion der Harnblase und Farmorubicin -Installation bei nicht invasivem papillärem Urothelkarzinom pTa G2 am 15.03.2010 (ICD-10 C68) 4. Unklares Hautexanthem Leistenregion rechts (ICD-10 L08) 5. COPD GOLD-Stadium II/B (ICD-10 J44) - Status nach viraler Infektexazerbation mit respiratorischer Partialinsuffizienz 04/2018, fortgeschrittenes obstruktives Lungenemphysem - Bodyplethysmographie 27.04.2018: Mittelschwere obstruktive nach Broncholyse partiell reversible Ventilationsstörung - kumulativ 40 pack/years 6. Anamnestischer Verdacht auf ein Restless Leg-Syndrom (ICD-10 G25.81) 7. Verdacht auf einen chronischen Spannungskopfschmerz (ICD-10 G44.2) 8. Undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1)

Aus rheumatologischer Sicht bestehe in der Tätigkeit als Zimmermädchen oder Produktionsmitarbeiterin eine Arbeitsfähigkeit von 70 %. Die Beschwerdeführerin könne täglich eine reduzierte Präsenzzeit von 6 Stunden bei voller Leistungsfähigkeit erbringen. Die Einschränkungen seien zwar rheumatologisch nicht genau ermittelbar, aufgrund von Erfahrungswerten sei aber davon auszugehen, dass bei den vorliegenden arthrotischen Veränderungen in der HWS und LWS sowie in den Knien bei einem höheren Beschäftigungsgrad mit Exazerbationen der belastungsabhängigen Schmerzen zu rechnen sei. Aus kardialer Sicht bestehe für die angestammte Tätigkeit als Hilfsarbeiterin bei normaler linksventrikulärer Pumpfunktion eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Neurologisch bestünden keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Aus

neuropsychologischer Sicht lasse sich eine substantielle Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer den begrenzten intellektuellen Fähigkeiten der Beschwerdeführerin angepassten einfachen Hilfstätigkeit nicht begründen. Aus psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführerin eine Anwesenheit von bis zu 8 Stunden pro Tag am Arbeitsplatz möglich. Aufgrund der durch die Depression und die undifferenzierte Somatisierungsstörung bedingten erhöhten Ermüdbarkeit bestehe eine Leistungseinschränkung von bis zu 30 %. Die Beschwerdeführerin sei damit bezogen auf ein 100 % -Pensum zu 70 % arbeitsfähig.

Rheumatologisch sei die Beschwerdeführerin in einer leichten Tätigkeit ohne schweres Heben von mehr als 5 kg und seltenen Gewichte über 10 kg, der Möglichkeit der Wechselbelastung, ohne Knien, Hocken sowie Bücken zu 100 % arbeitsfähig. Aus kardiologischer Sicht sei die Beschwerdeführerin in sämtlichen angepassten Tätigkeiten zu 100 % arbeitsfähig. Zu vermeiden seien Tätigkeiten in grosser Hitze und Kälte, mit starken Temperaturschwankungen, mit gestörtem Tag-Nacht-Rhythmus, atmosphärischem Unter- oder Überdruck sowie überdurchschnittlicher Verletzungsgefahr (erhöhter Blutungsgefahr).

Zusammenfassend sei bei der Beurteilung in der angestammten Tätigkeit als Zimmermädchen oder Produktionsmitarbeiterin die Einschätzung im rheumatologischen Teilgutachten massgebend, in dem von einer Präsenzzeit von 6 Stunden pro Tag entsprechend einer zeitlichen Einschränkung auf 70 % ausgegangen werde. Basierend auf der psychiatrischen Einschätzung und aufgrund der erhöhten Ermüdbarkeit aufgrund der Depression bestehe jedoch eine leicht- bis mittelgradige zusätzliche Leistungsminderung um bis zu 30 %, welche allerdings zum Teil bereits im reduzierten Arbeitspensum mitberücksichtigt sei. Gesamthaft sei daher von einer verbleibenden Arbeitsfähigkeit von 56 % auszugehen (Präsenz 70 %, Leistung 80 %).

In einer angepassten Tätigkeit bestehe aufgrund der psychiatrischen Diagnosen eine Leistungseinschränkung von 70 % (Präsenz 100 %, Leistung 70 %).

Aus rheumatologischer Sicht liege die ausgewiesene Arbeitsfähigkeit basierend auf den MRI-Befunden und den damals dokumentierten klinischen Befunden seit spätestens 2015 vor. Seit 2017 sei es zu Knieschmerzen gekommen, welche als femoropatellär beginnende Arthrosesituation mit Knorpelfissur ohne grösseren Effekt bezeichnet worden seien. Zudem seien orthopädisch ein Weichteilrheumatismus und im Rahmen dessen eine Periarthropathie

genau postuliert worden. Die übrigen rheumatologischen Diagnosen seien unverändert. Aus rheumatologischer Sicht habe sich der Gesundheitszustand nur unwesentlich verschlechtert und es liege weiterhin nur eine leichte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor. Die seit Oktober 2017 bestehenden kardiologischen Probleme hätten keinen wesentlichen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Auch neurologisch ergebe sich weiterhin keine Einschränkung. Aus neuropsychologischer Sicht könne dazu keine Stellungnahme abgegeben werden, weil keine neuropsychologischen Vorbefunde existierten und die aktuellen Befunde nicht hinreichend valide seien (Urk. 7/241/146). Aus psychiatrischer Sicht habe sich der Gesundheitszustand leicht verschlechtert, die Arbeitsfähigkeit habe sich dadurch aber nicht verändert (Urk. 7/241/28-31).

E. 3.6.1

Laut der Stellungnahme von RAD-Arzt Dr. E.____ vom 22. November 2019 (Urk. 7/254/7-8) erfüllt das Gutachten der G.____ sämtliche Anforderungen. Es bescheinige der Beschwerdeführerin eine Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Hilfsarbeiterin von 30 % für die Zeit von 2008 bis Oktober 2019 und von 44 % ab Oktober 2019. In angepasster Tätigkeit bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 30 %. Eine wesentliche Änderung sei nicht zu erwarten. Es handle sich, was den Schweregrad anbelange, um eine weniger schwere Erkrankung. Es gebe wenig Hinweise auf Therapieresistenz, teilweise seien aber solche vorhanden. Eine Persönlichkeitsstörung bestehe nicht, Ressourcen seien vorhanden. Die funktionelle Leistungsstörung betreffe alle Lebensbereiche. Eine Konsistenz zwischen den von der Beschwerdeführerin geschilderte Beschwerden und den Befunden bestehe nicht.

E. 3.6.2

Am 27. März 2020 (Urk. 7/254/11) führte Dr. E.____ zur Frage aus, ob aufgrund des G.____-Gutachten nicht von einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit auszu gehen sei, cum grano salis lägen unwesentliche Verbesserungen bzw. Verschlechterungen des Gesundheitszustands vor. In der Conclusio sollte von einer differenzierten Beurteilung des im Wesentlichen gleichen Sachverhalts ausgegangen werden. 4.

E. 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). 1.

E. 4.1

Strittig und zu prüfen ist vorliegend die Frage, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit dem Erlass der Verfügung vom 8. Dezember 2009 (Urk. 7/130), mit welcher die Beschwerdegegnerin den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin letztmals umfassend überprüft und den Anspruch auf eine halbe Invalidenrente bestätigt hat, und der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 23. September 2020 (Urk. 2) in anspruchrelevanter Weise verschlechtert hat. 4. 2

Das umfangreiche polydisziplinäre Gutachten der G.____ vom 25. Oktober 2019 (Urk. 7/241) vermag die an eine beweiskräftige ärztliche Expertise gestellten Anforderungen

vollumfänglich zu erfüllen (E. 1. 4). Es beruht auf sorgfältigen, umfassenden allgemeinmedizinischen, rheumatologischen, kardiologischen, neu rologischen , neuropsychologischen und psychiatrischen Untersuchungen und wurde unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden sowie in Auseinander setzung mit der medizinischen Aktenlage abgegeben. Die Gutachter legten die medizinischen Zusammenhänge und die medizinische Situation einleuchtend dar und begründeten ihre Sch lussfolgerungen nachvollziehbar. Dem Gutach ten kommt daher gru ndsätzlich volle Beweiskraft zu.

Wie bereits festgehalten (E. 1. 5) ist in Bezug auf die Berichte der behan deln den Ärzte die Erfahrungstatsache zu berücksichtigen , dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen. 4. 3

Die Beschwerdeführerin bringt gegen das G.____ -Gutachten vor, es fehle ihm an einer detaillierten Auseinandersetzung mit der divergierenden Beurteilung des behandelnden Facharztes Dr. L.____ , weshalb es unvollständig sei. Hierzu ist fest zuhalten, dass die Berichte der behandelnden Ärzte , inkl. diejenigen von Dr. L.____ , im polydisziplinären Gutachten der G.____ sehr ausführlich erwähnt und in zusammengefasster Form mehrfach wiedergegeben werden (Urk. 7/241/34-42, Urk. 7/241/47-54, Urk. 7/241/71-77, Urk. 7/241/96- 97, Urk. 7/241/131-132, Urk. 7/241/152-154). Im psychiatrischen Teilgutachten fin det sich sodann unter dem Titel «Beurtei lung von Konsistenz und Plausibil ität» auch eine Auseinandersetzung mit den anderen ärztlichen Einschätzungen (Urk. 7/241/167-169). Bezüglich der Beurteilung von Dr. L.____ wird insbesondere festgehalten, dieser habe als behandelnder Psychiater eine mittelgradige depres sive Episode mit somatischem Syndrom angegeben und gehe seit Ende 2003 von einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes aus, ohne Änderung der Diag nose. Dr. L.____ bescheinige de r Beschwerdeführer in seit Anfang 2004 eine Arbeitsunfähigkeit von 75 % . Eine Arbeitsfähigkeit von lediglich 25 % sei aber bei einer mittelgradigen depressiven Episode eine zu geringe Einschätzung. Im Jahr 2019 habe Dr. L.____ dann eine rezidivierende depressive Störung, gegen wärtig mittelgradige bis schwere Episode , und Panikstörung angegeben, bei Ver schlechterung ab 201 6. Er berichte auch von einem stark verminderten Antrieb, einem verminderten Selbstwert und Schuldgefühlen der Familie gegenüber. Die Beschwerdeführerin habe aber durchaus Antrieb, so könne sie z.B. nach Bosnien reisen. Menschen mit schweren Depressionen würden keine Reisen mehr unter nehmen. Es bestehe auch keine deutliche Selbstwertproblematik und Schuldge danken hätten auch nicht eruiert werden können. Die Beschwerde führerin zeige vielmehr eine deutliche Energie und Durchsetzungs fähigkeit, was mit Schuldge danken nicht vereinbar sei. Trotz der von ihm festgehaltenen Gedächtnisstörun gen habe Dr. L.____ auch keine organische psychische Störung diagnostiziert. Eine Panikstörung könne nicht bestätigt werden, es fehle an der entsprechenden Symptomatik mit häufigem Auftreten ausfallsartiger Angst mit vegetativen Symptomen.

Das G.____ -Gutachten setzt sich damit entgegen der Ansicht der Beschwer de führerin genügend mit der divergierenden Beurteilung von Dr. L.____ auseinan der und der psychiatrische Teil- Gutachter begründet ausführlich, warum er zu einer abweichenden Einschätzung der Arbeitsfähigkeit gelangt . Er zeigt insbe sondere zutreffend auf, dass der behandelnde Psychiater Dr. L.____ auch bereits im Zeitpunkt der Zusprache der halben Invalidenrente die Arbeitsunfähigkeit wesentlich höher einschätzte und mithin bereits

damals eine ganze Invalidenrente zuzusprechen gewesen wäre, wenn man von der Einschätzung von Dr. L. ___ aus gegangen wäre. Dasselbe gilt sodann auch bezüglich der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch die Ärzte des Zentrums D. ___. Diese bescheinigen der Beschwerdeführerin eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bereits seit 2001. Eine Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit geht somit aus ihren Berichten gar nicht hervor, sondern sie nehmen bereits ab dem Beginn der Erkrankung eine andere Beurteilung desselben Sachverhaltes vor. Im G. ___ -Gutachten wird zudem nachvollziehbar ausgeführt, dass selbst bei Annahme der von den Ärzten des Zentrums D. ___ diagnostizierten mittelgradigen depressiven Störung nicht von einer vollen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden kann (Urk. 7/241/168).

Nicht erforderlich erscheint im Weiteren auch, dass sich die Gutachter mit jeder sich aus den Vorakten ergebenden Diagnose im Einzelnen detailliert auseinandersetzen. Den von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Mangel weist das Gutachten damit nicht auf. Es kann vollumfänglich darauf abgestellt werden. 4. 4

Die Beschwerdeführerin macht ausserdem geltend, selbst wenn von der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit im G. ___ -Gutachten ausgegangen würde, müsse angenommen werden, dass die ihr attestierte Restarbeitsfähigkeit auf dem freien Arbeitsmarkt nicht mehr verwertbar sei. Eine Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit liege vor, wenn die zumutbare Tätigkeit in nur so eingeschränkter Form möglich sei, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kenne oder sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle daher von vorneherein als ausgeschlossen erscheine (Entscheidung des Bundesgerichts vom 21. August 2019, 8C_143/2019). Im von der Beschwerdeführerin zitierten Entscheid wird aber eine solche Konstellation verneint, unter anderem mit dem Hinweis auf die Resterwerbsdauer der in jenem Fall 47 Jahre alten Versicherten. Vorliegend ist die Beschwerdeführerin zwar bereits 57 Jahre alt, zu beachten ist aber, dass für den Zeitpunkt, in welchem die Frage nach der Verwertbarkeit der (Rest-)Arbeitsfähigkeit bei vorgerücktem Alter zu beantworten ist, auf das Feststehen der medizinischen Zumutbarkeit einer (Teil-)Erwerbstätigkeit abzustellen ist (BGE 138 V 457). Die Restarbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin wurde aber nicht im Rahmen des vorliegend aufgrund eines Rentenerhöhungsgesuchs der Beschwerdeführerin eingeleiteten Revisionsverfahrens durch das Gutachten der G. ___ vom 25. Oktober 2019 (Urk. 7/241) erstmals festgestellt, sondern es besteht eine seit Jahren eingeschränkte Arbeitsfähigkeit, aufgrund welcher die Beschwerdeführerin seit dem 1. März 2002 ununterbrochen eine halbe Invalidenrente bezieht. Es ist zwar eine gewisse Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten, die Arbeitsfähigkeit ist laut der Einschätzung der Gutachter der G. ___ aber im Wesentlichen unverändert geblieben. Es liegt mithin hier keine Konstellation vor, in welcher die Beschwerdeführerin bis ins fortgeschrittene Alter keine oder nur eine unwesentliche

Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgewiesen hat und nun gezwungen ist, ihre bisherige Tätigkeit gesundheitsbedingt aufzugeben und eine neue, behinderungsangepasste Tätigkeit aufzunehmen.

Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ist vielmehr bereits eingetreten, als die Beschwerdeführerin erst rund 40 Jahre alt war und es wäre ihr zumutbar gewesen, eine behinderungsangepasste Arbeit zu suchen.

Von einer Unzumutbarkeit der Verwertung der (Rest-)Arbeitsfähigkeit aufgrund des der Beschwerdeführerin zumutbaren Belastungsprofils konnte und kann nach wie vor nicht gesprochen werden. Dass die Beschwerdeführerin aufgrund ihrer subjektiv empfundenen voll ständigen Arbeitsunfähigkeit die ihr attestierte Restarbeitsfähigkeit während Jahren nicht verwertet und sich nie um die Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit bemüht hat, kann nicht dazu führen, dass nunmehr aufgrund des fortgeschrittenen Alters von der Unverwertbarkeit der Arbeitsfähigkeit auszuweichen ist. Unter demselben Gesichtspunkt ist zu betrachten, dass die Chancen auf eine Arbeitsstelle durch die jahrelange Absenz vom Arbeitsmarkt und die damit verbundene Arbeitsentwöhnung deutlich gemindert werden.

E. 4.5

Die Beschwerdegegnerin hat die Frage aufgeworfen, ob aus dem G.____-Gutachten nicht gar eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit herzuleiten ist (Urk. 8/254/9-10).

Übereinstimmend mit der Stellungnahme von RAD-Arzt Dr. E.____ vom 27. März 2020 (Urk. 8/254/11) ist festzuhalten, dass sich jeden falls eindeutig aus dem Gutachten ergibt, dass keine Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit eingetreten ist. Es wird damit aber entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 11) nicht aufgezeigt, dass das Gutachten widersprüchlich, unbegründet und nicht schlüssig ist. Nicht ganz nachvollziehbar ist einzig, warum der Beschwerdeführerin in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Produktionsmitarbeiterin – im Gegensatz zu einer angepassten Tätigkeit – lediglich eine reduzierte Präsenzzeit zugemutet wird, zumal nicht klar ist, ob diese dem Anforderungsprofil einer behinderungs angepassten Tätigkeit nicht entspricht. Zumal die Beschwerdeführerin diese Tätigkeit letztmals im Jahr 2001 ausübte (Urk. 8/6), erweist sich die Beurteilung aber als schwierig. Eine höhere Arbeitsunfähigkeit in angepasster Tätigkeit ergibt sich deswegen nicht.

E. 4.6

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit Dezember 2009 zwar verändert hat, die von der Beschwerdegegnerin getätigten Abklärungen – insbesondere das G.____-Gutachten vom 25. Oktober 2019 (Urk. 8/241) – aber ergeben haben, dass in Bezug auf die für die Invaliditätsbemessung massgebende Arbeitsfähigkeit keine relevante Änderung eingetreten ist, zumal sich auch das Anforderungsprofil für eine angepasste Tätigkeit nicht invaliditätsrelevant verändert hat. Damit erübrigt sich ein Einkommensvergleich. Demnach erweist sich die angefochtene Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 23. September 2020 als rechtens und die Beschwerde ist abzuweisen. 5.

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. 600.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht 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 zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - lic.

iur. Y.____ - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1. Juli bis und mit dem 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
Der Gerichtsschreiber
HurstBrügger

E. 5

Cervikozephalales Syndrom mit/bei - Status nach Auffahrunfall 2004 Unfall (keine Rissquetschwunde, Kopfanprall, beim Hausarzt Diagnose Commotio cerebri) - Streckhaltung der oberen und mittleren HWS. Hypofunktion in den meisten cervicalen Segmenten. Leichtgradige mediane Diskushernie HWK 4/5, leichtgradige begleitende Uncovertebralarthrose HWK 5/6, ansonsten unauffällige Darstellung der HWS, BWS und LWS (MRI 19. Mai 2008)

E. 6

Verdacht auf Fibromyalgie

E. 7

Verdacht auf Carpal tunnel syndrome rechts

E. 8

Fersensporn rechts (Dr. J.____ 27. März 2002)

E. 9

Senk- und Spreizfuss mit Hallux valgus und Krallenzehenbildung beidseits

Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: 10. Diabetes mellitus Typ II (Erstdiagnose 2001, Dr. K.____ 1. August 2004)

E. 11

Status nach Hepatitis

Die Befunde hätten sich insofern verändert, als eine deutliche progrediente und therapieresistente Depression bestehe und zusätzlich somatische Probleme wegen der NSTEM I sowie dem Blasentumor-Rezidiv vorhanden seien. Insgesamt liege eine desolante Situation vor, die Beschwerdeführerin könne den Alltag kaum noch bewältigen. Autofahren sei nur für kurze Strecken möglich, es bestünde dauernde Angst und Müdigkeit. Es seien nur leichtes Putzen und Kochen kleinerer Mahlzeiten noch möglich. Die Beschwerdeführerin habe Angst, alleine aus dem Haus zu gehen. Die Prognose sei schlecht.

Es bestehe seit 2001 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Arbeitsversuche seien keine unternommen worden. Aktuell gebe es eine deutliche Zunahme der Beschwerden. 3.3.2

Im Bericht vom 8. Januar 2018 (Urk. 7/186) führten die Ärzte des Zentrums D.____ aus, die Beschwerdeführerin sei seit 2001 zu 100 % arbeits unfähig. Den Haushalt könne sie kaum mehr bewältigen. Als Hilfsarbeiterin sei sie zu 100 % arbeitsunfähig. In angepasster Tätigkeit bestehe ebenfalls eine

100%ige Arbeitsunfähigkeit. Die Beschwerdeführerin ermüde rasch und werde nervös. Deshalb bestünden auch keine Teamfähigkeit und kein Durchhalte vermö gen. Die Reisefähigkeit sei noch gegeben, für kurze Strecken könne die Beschwer deführerin Auto fahren. Die Prognose sei bei deutlich chronifizierter Schmerz- und Depressionsproblematik sowie deutlich reduziertem Allgemein zustand schlecht.

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