

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00515 vom 17. März 2022

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-03-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2021.00515

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00515 du 17 mars 2022

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00515 del 17 marzo 2022

Erwägungen

E. 1.1

Am 1. Januar 2022 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV), des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) in Kraft getreten.

In zeitlicher Hinsicht sind vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1, 144 V 210 E. 4.3.1, je mit Hinweisen). Da ferner das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung eines Falles in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung beziehungsweise des streitigen Einspracheentscheids eingetretenen Sachverhalt abstellt (BGE 144 V 210 E. 4.3.1, 132 V 215 E. 3.1.1, je mit Hinweisen), sind vorliegend die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die nach folgend auch in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 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. 1.3

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs.

E. 1.4

Gemäss Art. 87 Abs. 2 IVV muss mit einem Revisionsgesuch und gemäss Art. 87 Abs. 3 IVV mit einer Neuanmeldung glaubhaft gemacht werden, dass sich der Invaliditätsgrad anspruchrelevant verändert hat. Der versicherten Person kommt ausnahmsweise eine Beweisführungslast zu (vgl. BGE 130 V 64 E. 5.2.5). Die Eintretensvoraussetzung des Glaubhaftmachens soll verhindern, dass sich die Verwaltung immer wieder mit

gleichlautenden und nicht näher begründeten, mithin keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss (BGE 133 V 108 E. 5.3.1). Dies gilt auch für eine erneute Anmeldung nach einer vorangegangenen, aber befristeten Rentenzusprache (BGE 133 V 263 E. 6.1; siehe auch Frey/ Mosimann /Bollinger [Hrsg.], AHVG/IVG Kommentar, 2018, Mosimann, N 20 zu Art. 17 ATSG).

Hingegen kann diese Eintretensvorschrift nicht dahingehend ausgelegt werden, dass die glaubhaft zu machende Änderung gerade jenes Anspruchselement betreffen muss, welches die Verwaltung der früheren rechtskräftigen Leistungsabweisung zugrunde legte. Vielmehr muss es genügen, wenn die versicherte Person zumindest die Änderung eines Sachverhalts aus dem gesamten für die Rentenberechtigung erheblichen Tatsachenspektrum glaubwürdig dartut. Trifft dies zu, ist die Verwaltung verpflichtet, auf das neue Leistungsbegehren einzutreten und es in tatsächlicher (wie selbstverständlich auch in rechtlicher) Hinsicht allseitig zu prüfen (BGE 117 V 198 E. 3a und E. 4b; vgl. auch BGE 130 V 64 E. 5.2, 71 E. 2.2).

Ist die Änderung nicht glaubhaft gemacht, wird auf das Revisionsgesuch oder die erneute Anmeldung nicht eingetreten (BGE 133 V 64 E. 5.2.5). Dabei wird die Verwaltung unter anderem zu berücksichtigen haben, ob die frühere Verfügung nur kurze oder schon längere Zeit zurückliegt, und dementsprechend an die Glaubhaftmachung höhere oder weniger hohe Anforderungen stellen. Insofern steht ihr ein gewisser Beurteilungsspielraum zu, den das Gericht grundsätzlich zu respektieren hat. 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.

E. 1.5

Mit dem Beweismass des Glaubhaftmachens sind herabgesetzte Anforderungen an den Beweis verbunden; die Tatsachenänderung muss nicht nach dem im Sozialversicherungsrecht sonst üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 138 V 218 E. 6) erstellt sein (Urteil des Bundesgerichts 8C_735/2019 vom 25. Februar 2020 E. 4.2). Für das Beweismass des Glaubhaftmachens genügt es, dass für das Vorhandensein des behaupteten rechtserheblichen Sachumstands wenigstens gewisse Anhaltspunkte bestehen, auch wenn durchaus noch mit der Möglichkeit zu rechnen ist, bei eingehender Abklärung werde sich die behauptete Änderung nicht erstellen lassen. Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt per se, um auf einen veränderten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist vielmehr eine veränderte Befundlage (Urteile des Bundesgerichts 9C_57/2021 vom 8. Juli 2021 E. 4.2 und 8C_367/2020 vom 4. August 2020 E. 5.2.2, je mit Hinweisen). Je länger die letzte materielle Prüfung zurückliegt, umso weniger strenge Anforderungen sind an die Glaubhaftmachung zu stellen (vgl. BGE 109 V 262 E. 3, 109 V 108 E. 2b; Urteil des Bundesgerichts 9C_57/2021 vom 8. Juli 2021 E. 4.2 mit Hinweisen).

E. 1.6

Zeitlicher Ausgangspunkt für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bildet bei der Neuanschuldung die letzte rechtskräftige Verfügung, die auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs beruht. Demgemäss sind die Verhältnisse bei Erlass der strittigen Verwaltungsverfügung mit denjenigen im Zeitpunkt der letzten materiellen Abweisung zu vergleichen (BGE 130 V 64 E. 2, 130 V 71 E. 3, 133 V 108 E. 5.2 und E. 5.4). 2.

E. 2

Die Versicherte erhob am 30. August 2021 Beschwerde gegen die Verfügung vom 28. Juni 2021 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei auf das Gesuch vom 6. April 2021 einzutreten (Urk. 1 S. 2 Ziff. 1-2 oben). Verfahrensrechtlich beantragte die Versicherte die Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung (Urk. 1 S. 2 Ziff.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin verneinte

im angefochtenen Entscheid (Urk. 2), dass eine gesundheitliche Verschlechterung glaubhaft gemacht worden sei. Sie stellte fest, nach

Prüfung der Akten liege keine Veränderung vor. Die Covid-19-Erkrankung habe einen positiven Verlauf genommen. Die Beschwerdeführerin sei nach dem stationären Setting in einem verbesserten Gesundheitszustand nach Hause entlassen worden und habe sogar eine Reise nach B. ___ geplant. Die restlichen Diagnosen seien bereits bekannt gewesen (S. 1). Bei der diagnostizierten Covid-19-Erkrankung sei nicht von einer dauerhaften Verschlechterung auszugehen (S. 2).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin brachte

vor, die behandelnde Ärztin

habe die Beschwerdegegnerin am 12. März 2021 telefonisch darüber informiert, dass die Beschwerdeführerin an Covid-19 erkrankt sei. Aufgrund der Schwere der Erkrankung und des Vorzustandes bestünden mit hoher Wahrscheinlichkeit bleibende Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Sie sei mehrere Tage auf der Intensivstation behandelt worden und leide neu an einer Pneumonie Phänotyp 3-4 sowie an einer schweren Niereninsuffizienz. Eine Dyspnoe NYHA II habe sich verschlechtert. Eine vorbestehende Hypertonie sei zudem wieder akut und es bestehe eine Adipositas Grad III (Urk. 1 S.

E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin im Rahmen der Neuanmeldung eine seit Erlass der Verfügung vom 2. November 2020 (Urk. 9/40, Urk. 9/43) massgebliche Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes im Sinne einer veränderten Befundlage glaubhaft gemacht hat, wobei es genügt, dass dafür wenigstens gewisse Anhaltspunkte bestehen (vorstehend E. 1.5) . 3.

E. 2.5

und 2.6). In Anbetracht der Gesamtsituation liege eine gewisse Einschränkung im Alltag vor (S. 2 Ziff. 2.7). Die Patientin übe aktuell keine regelmässige berufliche Tätigkeit aus (S. 2 Ziff. 3.1).

E. 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).

E. 3.1

Die Ärzte des Spitals D.____ ,

Klinik für Kardiologie, stellten im Austrittsbericht vom 4. Juli 2017 (Urk. 9/10/1-3) nach der Hospitalisation der Beschwerdeführerin vom 3. bis 4. Juli 2017 folgende Diagnosen (S. 1): - koronare Dreifässerkrankung - Diabetes mellitus Typ II , insulinpflichtig - Adipositas WHO Grad II

Die Ärzte führten weiter aus, die Zuweisung zur Koronarangiographie sei erfolgt bei einem Verdacht auf eine ischämische Kardiopathie. Seit zirka einem Jahr bestehe eine stabile Angina Pectoris CCS II-III mit einer Dyspnoe NYHA III. Vor einem Monat sei es bei einer Angina Pectoris-Episode zu einer Synkope gekommen. Die Belastungs-Ergometrie sei nach zwei Minuten aufgrund von Schwindel abgebrochen worden. In der transthorakalen Echokardiographie sei eine knapp mittelschwer eingeschränkte Pumpfunktion des linken Ventrikels nachgewiesen worden. Es bestehe eine septal und inferior betonte diffuse Hypokinesie , weshalb von einer ischämischen Kardiopathie bei koronarer Mehrgefässerkrankung ausgegangen werden müsse (S. 1 unten). Die systolische linksventrikuläre Funktion sei bei einer Ejektionsfraktion von 45 % leicht eingeschränkt (S. 3 unten).

E. 3.2

Die Beschwerdeführerin wurde am 28. August 2017 im Spital

D.____ , Klinik für Herzchirurgie, operiert (dreifach er

aorto -koronarer Bypass Off-Pump , Urk. 9/10/6 unten ; vgl. den Bericht vom 6. September 2017, Urk. 9/10/6-

E. 3.3

Dr. med. E.____ , Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, stellt e im Bericht vom 14. Januar 2019 (Urk. 9/11 /2-5) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 2

Ziff. 2.5): - koronare Herzerkrankung mit Status nach ACBP-Operation 2017 - Hypertonie - Diabetes mellitus, Typ 2 - Status nach cerebro vaskulärem Insult 2017 - Adipositas - generalisierendes Schmerzsyndrom

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie eine Hyperlipidämie und rezidivierende Harnwegsinfekte (S. 2 Ziff. 2.6).

Dr. E.____

gab zur Symptomatik an, es bestünden ein schwer einstellbarer Diabetes mellitus, ein generalisiertes Schmerzsyndrom und eine arterielle Hypertonie , welche teilweise schlecht kontrollierbar sei (S. 1 Ziff. 2.2). Die Patientin sei körperlich wenig belastbar und es bestehe eine rasche Ermüdung (S. 2 Ziff. 2.7). Eine angepasste Tätigkeit sei für maximal ein bis zwei Stunden pro Tag zumutbar. Die Prognose sei schlecht (S. 4

Ziff. 4.2 und 4.3).

E. 3.4

Dr. med. F.____ , Assistenzarzt, und Prof. Dr. med. G.____ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Kardiologie , Spital D.____ , Klinik für Kardiologie, führten im Bericht

vom 25. April 2019 (Urk. 9/30/8-10) zur Anamnese aus, die Beschwerdeführerin habe über eine seit zirka sechs Monaten bestehende zunehmende Belastungsdyspnoe (NYHA II-III) sowie einen intermittierenden thorakalen Druck berichtet. Die Beschwerden würden sowohl in Ruhe situationen als auch unter körperlicher Belastung auftreten (S. 1 unten).

Die Patientin habe sich zur Verlaufskontrolle vorgestellt. Sie sei kardiopulmonal kompensiert bei bekannter koronarer Dreifässerkrankung und einem Status nach dreifach AC- Bypassoperation im August 2017 (S. 2 Mitte).

Echokardiographisch

bestehe bezüglich der linksventrikulären Ejektionsfraktion (visuell 50 %)

im Vergleich zur Voruntersuchung ein unveränderter Befund bei diastolischer Dysfunktion. Aufgrund der nicht möglichen körperlichen Belastung mittels Ergometrie, des schlecht eingestellten Diabetes mellitus sowie der geschilderten Beschwerden werde die Durchführung einer Myokardperfusion-Szintigraphie empfohlen. Differentialdiagnostisch könne die Dyspnoe aufgrund mangelnder regelmäßiger Bewegung im Sinne einer Dekonditionierung sowie im Rahmen einer Gewichtszunahme diskutiert werden (S. 2 unten).

E. 3.5

Dr. F.____ und Prof. G.____

gaben im Bericht vom 12. Juli 2019 (Urk. 9/24) an, es bestehe eine systolische linksventrikuläre Funktion von 50 % (stabil im Vergleich zu den Voruntersuchungen). Aus kardialer Sicht bestehe eine Arbeitsfähigkeit im Rahmen der körperlichen Möglichkeiten und die Beschwerden der Beschwerdeführerin. Von ihrer Seite sei keine Arbeitsunfähigkeit attestiert worden (S. 1 Ziff. 1.3). Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bestünden am ehesten im Rahmen des metabolischen Syndroms und der Adipositas Grad II. Die koronare Herzerkrankung mit nahezu erhaltener linksventrikulärer Ejektionsfraktion und fehlendem Nachweis einer Ischämie in der Myokardperfusion -Szintigraphie vom Mai 2019 trage nicht wesentlich zu einer Arbeitsunfähigkeit bei (S. 2 Ziff.

E. 3.6

Dr. E.____

hielt in einem am 3. Dezember 2019 (Urk. 9/30/1-4) bei der Beschwerdegegnerin eingegangenen Verlaufsbericht fest, dass alle neurologischen Ausfälle komplett abgeklungen seien und aktuell keine weitere neurologische Behandlung stattfindet. Ferner gab sie eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin an (Ziff. 1.1). Als veränderte Befunde hielt sie fest, die Adipositas und die Dyspnoe seien progredient. Der Diabetes mellitus sei schlecht eingestellt. Ausserdem bestünden ein Muskelhartspann und Schmerzen an der Lendenwirbelsäule (Ziff. 1.3). Dr. E.____ nannte als aktuelle Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine progrediente Adipositas, ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom (OSAS) und eine Anstrengungsdyspnoe (Ziff. 1.2).

E. 3.7

Dr. med. H.____, Facharzt für Chirurgie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD) der Beschwerdegegnerin, führte in der Stellungnahme vom 20. Februar 2020 (Urk. 9/32 S. 6 f.) aus, es bestünden folgende Diagnosen mit dauerhafter Auswirkung auf die

Arbeitsfähigkeit: Zustand nach Mobilitäts- und Funktions beeinträchtigung bei - Zustand nach cerebro vaskulärem Insult im Mediastromgebiet rechts (1. September 2017) mit - Hemiparese linksbrachial - Dysarthrie - Zustand nach dreifacher aorto -koronarer Bypass-Off-Pump (28. August 2017)

Als Diagnosen ohne dauerhafte Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden ein Diabetes mellitus Typ II, insulinpflichtig, eine arterielle Hypertonie und eine Adipositas permagna (S. 6 unten). Für die bisherige Tätigkeit als Sigristin habe vom 28. August 2017 bis 12. Juli 2019 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestanden. Seit dem 13. Juli 2019 bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 0 % . Bezüglich der bisherigen Tätigkeit sollten

das Heben, Tragen und Transportieren von Lasten sowie das Verharren in Zwangshaltungen vermieden werden. In einer angepassten Tätigkeit habe vom 28. August 2017 bis 12. Juli 2019 ebenfalls eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestanden. Seit dem 13. Juli 2019 bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 0 % (S. 6 f.). Als Belastungsprofil seien der Beschwerde führerin leichte angepasste Tätigkeiten in Wechselbelastung möglich, ohne Heben, Tragen und Transportieren von Lasten von mehr als 5 kg. Zu vermeiden sei sodann das Verharren in Zwangshaltungen (S. 7 oben).

E. 3.8

Mit Verfügung vom 2. November 2020 (Urk. 9/43, Urk. 9/40) sprach die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin vom 1. Mai befristet bis zum 30. September 2019 eine ganze Rente zu. Ab dem 1. Oktober 2019 verneinte sie einen Rentenanspruch. Die Beschwerdegegnerin ging dabei von einer gesundheitlichen Verbesserung seit Juli 2019 entsprechend der Beurteilung durch ihren RAD

aus (Urk. 9/40 S. 1 unten). 4. 4.1

Die Ärzte des Spitals C.____ stellten im Austrittsbericht vom 13. Januar 2021 (Urk. 9/51/16-18) nach der Hospitalisation der Beschwerdeführerin vom 5. bis 10. Januar 2021 folgende Diagnosen (Urk. 9/51/18): - Covid-19 Pneumonie Phänotyp 4 (Erstdiagnose 21. Dezember 2021) - 19. Dezember 2020 Symptombeginn - 21. Dezember 2020 diagnostischer Nachweis via Schnelltest - 31. Dezember 2020 bis 5. Januar 2021 Intensivstation - akute respiratorische Partialinsuffizienz - bakterielle Superinfektion - schwere obstruktive Schlafapnoe - schwere koronare Dreifässerkrankung - insulinpflichtiger Diabetes mellitus - cerebrovaskuläre Ischämie im Stromgebiet der Arteria cerebri media rechts am 1. September 2017 - subklinische Hypothyreose

Die Ärzte des Spitals C.____ führten weiter aus, die Patientin sei nach der Feststellung der Covid-19-Infektion zwischenzeitlich auf die Intensivstation des Spitals J.____ verlegt worden (S. 3 oben). Im Verlauf sei es zur Besserung des Gesamtzustandes gekommen, worauf die Patientin am 10. Januar 2021 nach Hause entlassen worden sei (S. 2 oben). 4.2

Gemäss einer Aktennotiz der Beschwerdegegnerin vom 12. März 2021 (Urk. 9/45) rief die Hausärztin der Beschwerdeführerin am 12. März 2021 bei der Beschwerdegegnerin an. Sie erklärte , die Beschwerdeführerin sei im Dezember 2020 an Covid-19 erkrankt und auf der Intensivstation behandelt worden mit Langzeitfolgen . Aufgrund der Vorerkrankungen sei mit einer langfristigen Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu rechnen. 4.3

Dr. med. I.____ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Endokrinologie-Diabetologie, Chefarzt, Spital C.____ , führte im Bericht vom 16. März 2021 (Urk. 9/51/1) über die ambulante Behandlung vom 15. März 2021 aus, Mitte Dezember 2020

seien bei der Beschwerdeführerin typische Corona-verdächtige Beschwerden (Fieber, Husten, Dyspnoe) aufgetreten. Der diagnostische Nachweis sei am 21. Dezember 2020 erfolgt. Nach dem Aufenthalt auf der Intensivstation des Spitals J.____ vom 31. Dezember 2020 bis 5. Januar 2021 sei es zu einer langsamen Stabilisierung des Zustandes mit anschliessendem stationärem Aufenthalt im Spital C.____

bis am 10. Januar 2021 gekommen. Es bestehe eine allgemeine Einschränkung des Zustandes. Die Belastbarkeit sei deutlich reduziert. Die Dyspnoe habe sich mehr oder weniger zurückgebildet. Die Beschwerdeführerin habe eine Reise nach K.____ geplant. 4.4

Dr. E.____ gab im Bericht vom 16. März 2021 (Urk. 9/48) an, die Beschwerdeführerin leide seit Jahren an diversen chronischen Erkrankungen. Es handle sich um eine koronare Herzerkrankung, einen Status nach cerebrovaskulärem Insult, von dem sie sich erstaunlich gut erholt habe, und einen akzeptabel eingestellten Diabetes mit Folgeerkrankungen. Aktuell stünden vor allem eine Dyspnoe und die Adipositas im Vordergrund. Die Situation habe sich im Dezember 2020 verschlechtert, als die Beschwerdeführerin am 21. Dezember 2020 an Corona erkrankt sei. Vom 31. Dezember 2020 bis 5. Januar 2021 sei sie im Spital J.____

auf der Intensivstation behandelt worden, mit anschliessendem stationärem Aufenthalt im Spital C.____. Eine initiale Sauerstoffpflichtigkeit

habe beim Austritt aus dem Spital nicht mehr bestanden. Die Dyspnoe NYHA III habe sich trotz Inhalation und Anpassung der Therapie nicht verändert. Weiter stehe eine nicht weiter abgeklärte pulmonale Hypertonie im Raum.

Aktuell bestehe eine deutliche Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit. Die Patientin sei nach wenigen Schritten erschöpft, ermüde rasch und die Muskulatur habe sich durch die wenige Bewegung deutlich abgebaut. Eine Gehstrecke von sieben Metern sei ihr mit Hilfe von Stützen knapp möglich. Der Zustand habe sich im Vergleich zu Ende 2019 und seit ihrem letzten Kontakt mit der Patientin deutlich verschlechtert. Eine Arbeitsfähigkeit sei aktuell nicht gegeben. 4.5

Dr. med. L.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, RAD, führte in der Stellungnahme vom 1. Mai 2021 (Urk. 9/52 S. 2 unten) aus, nach den vorliegenden Berichten bestehe ein Status nach einer Covid-19-Pneumonie mit Symptombeginn am 19. Dezember 2020. Bei einer respiratorischen Partialinsuffizienz sei die Beschwerdeführerin auf der Intensivstation mit der Abgabe von Sauerstoff

überwacht worden. Sie sei schliesslich in gebessertem Gesundheitszustand nach Hause entlassen worden. Bei einer Covid-19-Pneumonie handle es sich um eine passagere Verschlechterung. Eine dauerhafte Verschlechterung des Gesundheitszustandes sei nicht ausgewiesen. Die Beschwerdeführerin sei in gutem Allgemeinzustand aus der Klinik entlassen worden. Die übrigen Diagnosen seien bekannt.

Bezüglich eines obstruktiven Schlafapnoe-Syndroms könne die Beschwerdeführerin von einer CPAP-Therapie profitieren und sei diesbezüglich beschwerdefrei. Eine empfohlene Gewichtsreduktion sei nicht erreicht worden. Sie fühle sich nun derart fit, dass sie eine Reise nach B.____ plane. Eine dauerhafte Verschlechterung des Gesundheitszustandes werde nicht glaubhaft gemacht. Eine andauernde

höhergradige Arbeitsunfähigkeit sei nicht begründet. 5.5.1

Bei der Beschwerdeführerin sind im Sinne von Vorerkrankungen im Wesentlichen eine koronare Herzerkrankung mit einem

Status nach ACBP-Operation 2017, ein Status nach cerebrovaskulärem Insult 2017 sowie eine Adipositas bekannt (E. 3.1 und 3.3 hiervor). Die behandelnde Ärztin

Dr. E.____ diagnostizierte

in der Vergangenheit

ausserdem ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom und es ist eine Belastungsdyspnoe (NYHA II-III) bekannt (E. 3.4 und 3.6).

Die Zusage der bis 30. September 2019 befristeten ganzen Rente mit Verfügung vom 2. November 2020 fusste im Wesentlichen auf der Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. H.____ vom 20. Februar 2020, welcher gestützt auf die Einschätzung der Kardiologen als Diagnosen mit dauerhafter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen Zustand nach cerebrovaskulärem Insult 2017 und einen Zustand nach einer Bypass-Operation 2017 aufführte und daraus eine vom 28. August 2017 bis 12. Juli 2019 resultierende Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestätigte (E. 3.7). Demgegenüber wirkten sich die obstruktive Schlafapnoe sowie die Anstrengungsdyspnoe nicht auf die Arbeitsfähigkeit aus. 5.2

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin mit den bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 28. Juni 2021 eingereichten Berichten eine massgebliche Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes glaubhaft gemacht hat, wobei es genügt, dass dafür wenigstens gewisse Anhaltspunkte bestehen (vorstehend E. 1.5-1.6). 5.3

Anlässlich der Konsultationen vom 7. Oktober 2020 und am 27. November 2020 auf den Abteilungen für Endokrinologie sowie Pneumologie/ Somnologie des Spitals C.____ (Urk. 9/51/40, Urk. 9/51/42) berichtete die Beschwerdeführerin von einem guten Verlauf, sie sei sehr zufrieden mit der Therapie und profitiere gut davon. In Bezug auf die nunmehr als schwer eingestufte obstruktive Schlafapnoe, welche mittels APAP-Gerätetherapie behandelt wurde, hielten die Ärzte fest, dass sich eine ausgezeichnete Therapietreue zeige.

Im Dezember 2021 erlitt die Beschwerdeführerin sodann eine Covid-19-Infektion mit Pneumonie, wobei sie vom 31. Dezember bis 5. Januar 2021 bei einer akuten respiratorischen Partialinsuffizienz und bakterieller Superinfektion auf der Intensivstation und anschliessend bis am 10. Januar 2021 stationär behandelt wurde (E. 4.1).

Dr. E.____ berichtete in der Folge im März 2021 (Urk. 9/48) von einer im Vordergrund stehenden verschlechterten Dyspnoe (neu NYHA III) und Adipositas und führte aus, dass sich die Situation aufgrund der Erkrankung im Dezember 2020 aggraviert habe. Ferner stehe noch eine nicht weiter abgeklärte pulmonale Hypertonie im Raum. Es bestehe eine deutliche Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit, wobei bereits eine Gehstrecke von 7 m nur knapp und mit Hilfe zu bewältigen sei. Allgemein habe sich der Zustand im Vergleich zu ihrer letzten Beurteilung deutlich verschlechtert, eine Arbeitsfähigkeit sei nicht gegeben.

Vor dem Hintergrund einer nach schwerer Covid-19-Infektion nicht auszuschliessen Beteiligung der Herz- und Lungenfunktionen, dies bei bestehenden diesbezüglichen Vorerkrankungen, welche immerhin zu einer befristeten Renten zusage geführt hatten, sowie der neu eingetretenen Verschlechterung der Dyspnoe und der obstruktiven

Schlafapnoe ist im vorliegenden Fall – unabhängig vom angeführten Long Covid -Syndrom – davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin zumindest Anhaltspunkte für eine massgebliche Verschlechterung des Gesundheitszustands glaubhaft gemacht hat.

Die Beschwerde erweist sich damit als begründet und ist gutzuheissen. 6 . 6 .1

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Vorliegend sind die Kosten auf Fr. 600.-- festzusetzen. Ausgangsgemäss sind sie der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens erweist sich das Gesuch um Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung (Urk. 1 S. 2 Ziff. 3 oben) als gegenstandslos. 6 .2

Nach § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (G SVGer) hat die obsiegende Beschwerdeführende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streit Sache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer).

Die Beschwerdeführerin ist vorliegend bei einem Stundenansatz von Fr. 185.--(zuzüglich Mehrwertsteuer) ermessensweise mit Fr. 1'800 .-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 28. Juni 2021 aufgehoben und es wird die Beschwerdegegnerin verpflichtet, auf die Neuanmeldung einzutreten und diese materiell zu prüfen. 2.

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

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 1'800 .-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - lic . iur . Y.____ - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle , unter Beilage je einer Kopie von Urk. 15-18 - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

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 Die VorsitzendeDer Gerichtsschreiber Grieder-MartensBrugger

E. 6

f.

Ziff. 18- 19). Sowohl die Ärzte des Spitals C. ___ als auch ihre Hausärztin hätten eine Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit festgestellt (S. 7 Ziff. 23). Die Beschwerdeführerin leide an den Langzeitfolgen von Covid-19 in Verbindung mit anderen Vorerkrankungen, die sich verschlechtern und einen Einfluss auf ihre Belastbarkeit hätten (S. 8 Ziff. 28).

E. 8

).

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