

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00524 vom 11. Februar 2022

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-02-11, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2021.00524

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00524 du 11 février 2022

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00524 del 11 febbraio 2022

Erwägungen

E. 1

8. November 2019 (Eingangsdatum) meldete sich die Versicherte unter Hinweis auf eine/n Hirnschlag, Herzinfarkt , Überforderung im Beruf (stressbedingt), Depression, Erschöpfungszustand sowie Hirntumor abermals bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug (Berufliche Integration/Rente) an (Urk. 7/139) . Mit Schreiben vom 21. November 2019 forderte die IV-Stelle die Versicherte zwecks Glaubhaftmachung einer wesentlichen Veränderung auf, bis am 31. Dezember 2019 Beweis mittel einzureichen (Urk. 7/140). Gestützt auf die innert Frist eingereichten

Arztberichte (Urk. 7/141 /1-20) zeigte die IV-Stelle mit Vorbescheid vom 17. Januar 2020

zunächst Nichteintreten an

(Urk. 7/143) . Auf den

Einwand

der Versicherten hin (Urk. 7/144, Urk. 7/148)

holte sie die Verlaufsberichte von

Dr. med. Z.____, Fachärztin FMH für Innere Medizin, vom 29. April 2020 (Urk. 7/151) und

Dr.

med. A.____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, B.____, vom 20.

Oktober 2020 ein (Urk. 7/155). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 7/160, Urk. 7/165) wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 19. Juli 2021 ab (Urk. 2) .

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 vorbehaltlich 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 nachfolgend auch in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

), welche sich in medizinischer Hinsicht

auf das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 8. Mai 2014 (Eingangsdatum, Urk. 7/100/1-43)

abstützte.

E. 1.3

Gemäss der mit BGE 130 V 352 begründeten und seither stetig weiter entwickelten Rechtsprechung vermochten eine fachärztlich (psychiatrisch) diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung und vergleichbare psychosomatische Leiden (BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3, 142 V 342) in der Regel keine langdauernde, zu einer Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG führende Arbeitsunfähigkeit zu bewirken. Vielmehr bestand die Vermutung, dass solche Beschwerdebilder oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar seien und nur bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machten, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorlag, entschied sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien (so genannte «Foerster-Kriterien», vgl. BGE 130 V 352, BGE 131 V 49 E. 1.2, je wiedergegeben BGE 139 V 547 E. 5 mit weiteren Hinweisen).

Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht die Überwindbarkeitsvermutung aufgegeben und das bisherige Regel-/Ausnahme-Modell durch einen strukturierten normativen Prüfungsraaster ersetzt. In dessen Rahmen wird im Regelfall anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen ergebnisoffen und symmetrisch beurteilt, indem gleichermassen den äusseren Belastungsfaktoren wie den vorhandenen Ressourcen Rechnung getragen wird (BGE 141 V 574 E. 4.1; Urteil des Bundesgerichts 9C_534/2015 vom 1. März 2016 E. 2.2). Gemäss BGE 143 V 418 (E. 7) sind neu sämtliche psychischen Leiden, laut BGE 143 V 409 (E. 4.5.2) namentlich auch leichte bis mittelschwere Depressionen, einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen (Änderung der Rechtsprechung; vgl. auch zur Publikation vorgesehenes Urteil des Bundesgerichts 8C_280/2021 vom 17. November 2021 E. 6.2.2).

E. 1.4

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades

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

Ergibt die Prüfung durch die Verwaltung, dass die Vorbringen der versicherten Person nicht glaubhaft sind, so erledigt sie das Gesuch ohne weitere Abklärungen durch Nichteintreten. Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (Urteil des Bundesgerichts 9C_351/2020 vom 21. September 2020 E. 3.1, insbesondere mit Hinweis auf BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

E. 1.5

Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung ist von Amtes wegen zu prüfen, ob seit der ersten Rentenverfügung zwischenzeitlich eine erneute materielle Prüfung des Rentenanspruchs stattgefunden hat. War dies nicht der Fall, so ist auf die Entwicklung der Verhältnisse seit der ersten Ablehnungsverfügung abzustellen; wie im Revisionsverfahren bleiben allfällige, vorangehende Nichteintretensverfügungen aufgrund des fehlenden Abklärungs- und bloss summarischen Begründungsaufwandes der Verwaltung unbeachtlich. Erfolgte dagegen nach einer ersten Leistungsverweigerung eine erneute materielle Prüfung des geltend gemachten Rentenanspruchs und wurde dieser nach rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) abermals rechtskräftig verneint, muss sich die leistungsansprechende Person dieses Ergebnis – vorbehaltlich der Rechtsprechung zur Wiedererwägung oder prozessualen Revision (vgl. BGE 127 V 466 E. 2c mit Hinweisen) – bei einer weiteren Neuanmeldung entgegenhalten lassen (BGE 130 V 71 E. 3.2.3; vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.3 f.).

E. 1.6

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

E. 2

Dagegen erhob X.____ am 9. September 2021 (Eingangsdatum) Beschwerde und beantragte, es sei ihr in Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 19. Juli 2021 spätestens ab 1. Mai 2020 eine ganze Rente zuzusprechen. Eventualiter sei ein neutrales, umfassendes, polydisziplinäres Gutachten unter Berücksichtigung der Schmerzrechtsprechung gemäss BGE 141 V 281 in Auftrag zu geben (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 18. Oktober 2021 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), was der Beschwerdeführer in am 19. Oktober 2021 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 9).

Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

In der angefochtenen Verfügung erwog die Beschwerdegegnerin, seit dem ab schlagigen Rentenentscheid vom 19. Januar 2015 habe sich keine Veränderung in der gesundheitlichen Situation der Beschwerdeführerin ergeben. Es bestehe weiterhin kein Anspruch auf eine Rente. Weitere Abklärungen seien nicht notwendig (Urk. 2).

E. 2.2

Dagegen wandte die Beschwerdeführerin ein, seit der Ablehnung des Rentenbegehrens am 19. Januar 2015 habe sich sowohl ihr Gesundheitszustand massiv verändert

als auch die Rechtsprechung mit BGE 141 V 281. Zur Neurasthenie seien eine rezidivierende depressive Störung, mindestens leichte Episode, sowie ein Status nach dissoziativer Bewegungsstörung hinzugekommen. Zudem

sei sie auf dem linken Auge erblindet, bestehe ein rezidivierendes Schleiersehen rechts und eine zunehmende Belastungsinkontinenz. Der Beschwerdeführerin sei seitens der Behandler eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden. Obwohl die Beschwerdegegnerin auf die Neuanmeldung eingetreten sei, habe sie lediglich zwei Arztberichte eingeholt. Die polymorbide Beschwerdeführerin könne ihre angestammte Tätigkeit als Kioskverkäuferin seit Jahren nicht mehr ausüben und sei bereits über 61 Jahre alt. Die «Resteinstützezeit» bis zur Pensionierung wäre nur noch sehr beschränkt wirtschaftlich verwertbar und die Beschwerdeführerin daher nicht vermittelbar. Zudem habe die Beschwerdegegnerin Eingliederungsmassnahmen bis dato verweigert. Aufgrund der 100%igen Arbeitsunfähigkeit bestehe

ab dem 1. Mai 2020 ein Anspruch auf eine ganze Rente. Eventualiter sei ein polydisziplinäres Gutachten zu veranlassen (Urk. 1).

E. 3

. 2.

E. 3.1

Darin diagnostizierten die begutachtenden Fachärzte eine Neurasthenie (ICD-10: F48.0) mit/bei akzentuierten dissoziativen Persönlichkeitszügen (ICD-10: Z 73.1) und zum Teil erfüllten Foersterkriterien. Ohne wesentliche Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hielten sie folgende Diagnosen fest (Urk. 7/100/30): - Hypertonie (ICD-10: I10), Februar 2012 - behandelt seit Februar 2012 - cRF: positive Familienanamnese, Hypertonie, Adipositas (BMI 37.5), Hyperlipidämie - Metabolisches Syndrom - Diabetes mellitus Typ II (Erstdiagnose Februar 2012, ICD-10: E12.9) - Adipositas Grad II, BMI 37.5 (ICD-10: E 66.0) - Hyperlipidämie (ICD-10: E 66.0) - Chronisches cervikospindylogenes Schmerzsyndrom ohne Funktionsdefizite mit/bei - Facettengelenksarthrose C3-C4 hypertroph und diskrete Atlantodentalgelenksarthrose - Lumbosakralgie mit muskulärer Dysbalance, Beckenbodenschwäche und Hyperlordose - Status nach Trapezium-Resektionsplastik links nach Epping (April 2013) wegen Rhizarthrose und geringer Schwäche des linken Daumens beim Spitzgriff - Fersenschmerzen beidseits bei Verdacht auf Plantarfasziitis und muskulärer Dysbalance - Knick-Senkfuss - Hallux valgus links mehr als rechts - Hypovitaminose D - Belastende Lebensumstände durch kranke Person in der Familie (ICD-10: Z63.7)

In der Vorgeschichte habe die Beschwerdeführerin 1995 in Kroatien ein Schleudertrauma erlitten. Sie sei diesbezüglich in Behandlung gewesen und die akuten Beschwerden seien abgeklungen. Später habe sie immer wieder an Nackenschmerzen rechtsbetont gelitten. 2009 seien Fersenschmerzen beidseits aufgetreten. Die Behandlung habe zu einem Rückgang der Schmerzen geführt. Nach einer Schnittverletzung im Bereich der linken Hohlhand sei die Beschwerdeführerin wiederholt zur Narbenkorrektur in handchirurgischer Behandlung gewesen. Als dann sei 2009 eine Ringbandspaltung Dig I links durchgeführt worden. 2013 sei sie infolge einer Rhizarthrose links operiert worden.

In somatischer Hinsicht habe die Beschwerdeführerin rechtsbetonte Kopf- und Nackenschmerzen, die sich nur kurzfristig unter physikalischen Massnahmen besserten, berichtet. Zudem habe sie seit ca. acht Jahren vermehrt Beschwerden im Steissbeinbereich und träten lumbago ähnliche Schmerzen auf. Sie könne deswegen nicht länger sitzen oder stehen. Weiter bestehe eine Kraftminderung und Kraftlosigkeit in der linken Hand. Im Zusammenhang mit der Hypertonie und Diabetes mellitus sei die Beschwerdeführerin derzeit beschwerdefrei (Urk. 7/100/23). Radiologisch hätten sich – näher bezeichnete – diskrete degenerative HWS- und LWS-Veränderungen in den cranialen cervicalen Bewegungssegmenten, auf Höhe C3/C4 sowie im Facettengelenk gezeigt. Die klinisch festgestellten Klopf- und Druckdolenz sowie schmerzbedingten Bewegungseinschränkungen seien damit erklärbar; eine myofasciale bzw. facetogene Genese sei anzunehmen. Zudem sei die körperliche Belastbarkeit zumindest teilweise infolge der deutlich progredienten Adipositas eingeschränkt. Zudem bestehe eine muskuläre Dysbalance, welche ebenfalls im Zusammenhang mit der Dekonditionierung der Beschwerdeführerin stehe. Für die beklagten Fersenschmerzen bestünden radiologisch keine Hinweise auf einen Fersensporn. Das Gangbild sei unauffällig und der Spitzen- und Fersengang intakt. Bei regelrechten Weichteil- und knöchernen Verhältnissen sei eine Plantarfasziitis anzunehmen (Urk. 7/100/14 ff., Urk. 7/100/24 f.).

In psychiatrischer Hinsicht leide die Beschwerdeführerin nach eigenen Angaben seit fünf bis sechs Jahren an einer Depression. Aktuell bestehe eine wöchentliche Psychotherapie. Die Tochter der Beschwerdeführerin leide an Epilepsie und Schizophrenie und habe immer wieder Selbstmordversuche unternommen. Als dann sei sie (die Beschwerdeführerin) vor ca. acht Jahren am Kreuzplatz Zeugin eines Überfalls geworden; die verummten Täter seien geflüchtet. Das Ereignis habe sie derart schockiert, dass sie daraufhin dreieinhalb Monate im Sanatorium C.____ stationär behandelt werden müssen. Bei einem weiteren Ereignis, ebenfalls am Kreuzplatz, habe die Beschwerdeführerin gesehen, wie sich eine Stammkundin vor ihren Augen vor das fahrende Tram geworfen habe. Dies habe bei ihr einen Schockzustand ausgelöst und zu einer dreimonatigen Arbeitsunfähigkeit geführt. Sie leide seither an starken Depressionen. Als schliesslich ihre Chefin und gute Arbeitskollegin am 8. April 2012 an Krebs gestorben sei, sei die Beschwerdeführerin derart belastet gewesen, dass sie seit dem 22. April 2012 nicht mehr arbeiten könne. Zudem habe sie vor ca. 12 Jahren durch einen Spontanabort Zwillinge verloren. Daraufhin habe sie Lähmungen in beiden Beinen und Armen gehabt, im Rollstuhl gesessen und sei stationär psychiatrisch behandelt

worden (Urk. 7/100/17 ff., Urk. 7/100/32). In objektiver Hinsicht habe sich die bewusstseinsklare und allseits orientierte Beschwerdeführerin in einem guten Allgemein- und Ernährungszustand gezeigt. Sie habe Traumatisierungen berichtet, dabei aber

emotional wenig beteiligt gewirkt. Die Beschwerdeführerin wirke gleichgültig und emotionslos. Gedächtnis-, Konzentrations- oder Aufmerksamkeitsstörungen bestünden nicht. Dasselbe gelte für inhaltliche Denk- und/oder Sinnesstörungen. Die Stimmung sei zeitweise gedrückt und die Modulationsfähigkeit etwas reduziert. Der affektive Rapport sei distanziert. Mimik, Gestik, Antrieb und Psychomotorik seien unauffällig. Demgegenüber bestünden eine vielfältige Klagsamkeit, Versagens- und Erschöpfungsgefühle, mangelhaftes Durchsetzungsvermögen bei einer generellen Ich-Schwäche mit Selbstunsicherheit und Bedrücktheit. Dies komme einer Neurasthenie gleich. Bei mangelhafter allgemeiner Belastbarkeit und akzentuierten dissoziativen Persönlichkeitszügen habe die Beschwerdeführerin nach belastenden Ereignissen im Rahmen einer Anpassungsstörung jeweils eine leichte bis mittelschwere depressive Reaktion entwickelt. Dies führe dazu, dass die Beschwerdeführerin auch dissoziative Symptome wie Lähmungserscheinungen und Somatisierungen zeige. Andererseits könnten diffuse Missempfindungen und vegetative Labilität ebenso zum Krankheitsbild der Neurasthenie gehören. Jedenfalls handle es sich um ein syndromales Geschehen, das jeweils Krankheitswert erreiche, wenn die Beschwerdeführerin psychosozialen Belastungsfaktoren ausgesetzt sei. Neben dem syndromalen Leiden bestehe bei der Beschwerdeführerin keine psychische Störung von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer

(Urk. 7/100/18 f.).

Aus polydisziplinärer Sicht sei die Beschwerdeführerin seit April 2012 aufgrund der Neurasthenie und teilweise erfüllten Foersterkriterien für sämtliche Tätigkeiten zu 30 % eingeschränkt, welche Einschätzung die Gutachter in den ergänzenden Ausführungen vom 12. November 2014 (Urk. 7/115) bestätigten. Das Selbsteinschätzungspotential der Beschwerdeführerin sei mit 70 bis 200 möglichen Punkten demgegenüber tief (Urk. 7/100/33 f f. ; Urk. 7/100/115).

E. 3.2

1

Die seit Mai 2015 behandelnde Dr. Z.____

hielt im Bericht vom 10. Mai 2016 (1) eine arterielle Hypertonie, (2) Diabetes mellitus Typ II, intermittierend unter OAD, Diät, (3) Adipositas, Dyslipidämie, (4) Depression, (5) Amotio links (Juli 2014) bei akuter Netzhautablösung, (6) eine Ritzarthrose links, (7) ein re-betontes vertebrogenes Schmerzsyndrom, (8) chronisches Schmerzsyndrom, DD Fibromyalgie sowie (9) Dranginkontinenz, TVT März 2007 fest. Die Beschwerdeführerin leide neben den körperlichen Beschwerden mit Status nach Erblindung auf dem linken Auge durch Netzhautablösung im Juli 2014 unter einer mittelgradigen bis schweren Depression im Sinne eines chronischen und anhaltenden Erschöpfungszustandes. Diese sei mitverursacht durch die sehr schwierigen sozialen Verhältnisse (schizophrene Tochter, die kontinuierlich Betreuung brauche und bei den Eltern wohne, sowie der schwer kranke Ehemann, Urk. 7/141/3).

E. 3.2.3

Im Bericht vom 25. April 2018 hielten die beurteilenden Fachärzte der Klinik für Neurologie, Universitätsspital E.____, fest, die Beschwerdeführerin sei bei rezidivierenden Schleiersehen monokular rechts und in Frage kommender ischämischer Genese neuro

angiologisch untersucht worden. Diese habe berichtet, vor ca. 2-3 Wochen habe sie auf dem rechten Auge ein intermittierendes Schleier sehen gehabt, was nun vollständig regredient sei. Sonst seien keine schlagartig fallverächtigen Ereignisse aufgetreten. In der Zusammenschau der Befunde sei die Ätiologie der okulären Beschwerden unklar (v.a. bei rezidivierendem Auftreten), wobei eine ischämische Genese u. a. bei ausgeprägtem Risikoprofil nicht ausgeschlossen werden könne. In der bereits veranlassten TTE-Untersuchung seien soweit beurteilbar keine Hinweise auf kardiale Emboliequellen detektiert worden. Die geplante TEE-Untersuchung habe bei Agitiertheit trotz Propofol-Gabe unterbrochen werden müssen. Die Untersuchung sei daher von Seiten der Kardiologie unter Anästhesiebegleitung zu wiederholen (Urk. 7/147).

E. 4

Die beurteilenden Fachärzte des Herzzentrums, E. ____, hielten im Bericht vom 17. August 2018 als neue Hauptdiagnosen (1) keine Hinweise

auf eine kardiale Emboliequelle, (2) den

Verdacht auf eine Amaurosis fugax rechts am 14. Mai 2018 und

(3) ein inzidentelles, unregelmässig konfiguriertes Aneurysma, 5 x 4 mm gross, an der Mediabifurkation rechts mit einer Basis von ca. 3 mm fest (Urk. 7/141/4).

Die Beschwerdeführerin habe

momentan keine [kardiologischen] Beschwerden beklagt; einzig das Treppensteigen mache ihr sehr viel Mühe wegen Dyspnoe, ebenerdig könne sie problemlos längere Strecken zurücklegen. Sie gehe regelmässig mit dem Hund und spazieren. Belastungsabhängige Thoraxschmerzen, Palpitationen, Herzrasen und Synkopen habe sie verneint.

Zusammenfassend habe sich die Beschwerdeführerin kardial kompensiert präsentiert. Aus der Heimmessung ergäben sich grenzwertig erhöhte Blutdruckwerte. Der durchgeführte R-Test habe keine Rhythmusstörungen oder Vorläufer davon aufgezeichnet. Nach nun zweimaliger Langzeit-EKG-Aufzeichnung und unauffälligem EKG hätten sich keine Hinweise für eine kardiale Emboliequelle ergeben. Zudem habe die Beschwerdeführerin ein erhebliches kardiovaskuläres Risikoprofil mit Hypertonie, Diabetes mellitus und positiver Familienanamnese. Dies mache eine arteriosklerotische Ursache der [verdachtsweise] erlittenen Amaurosis fugax wahrscheinlich (Urk. 7/141/6). 3. 2.

E. 5

Im Verlaufsbericht vom 29. April 2020 gab

Dr. Z. ____

an, dass die Beschwerdeführerin sehr oft müde, schnell erschöpft und habe oft Kopfschmerzen. Das Familiengefüge sei sehr schwierig. Sie sei körperlich krank und sehr angeschlagen und habe keine Ressourcen. Alsdann nehme die Beschwerdeführerin diverse – im Bericht näher bezeichnete – Medikamente gegen ihre somatischen und psychischen Leiden ein und komme zu regelmässigen somatischen Kontrollen. Es bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit und gebe keine Hoffnung auf eine Rückkehr in den Arbeitsprozess. Im Haus halte die Beschwerdeführerin, wenn sie könne, etwas mit; die Tochter erledige das Meiste (Urk. 7/151). 3. 2.

E. 6

Dr. A.____ , B.____ ,

diagnostizierte im Verlaufsbericht vom 20. Oktober 2020 eine seit 2012 bestehende, rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10: F33.0, Urk. 7/155/5).

Die Beschwerdeführerin werde seit dem 9. März 2018 unregelmässig ca. alle 1-2 Monate ambulant behandelt, die letzte Konsultation sei am 29. September 2020 erfolgt. Sie beklage allerlei somatische Einschränkungen und Beschwerden, eben so über sehr grosse Erschöpfung. Nach eigenen Angaben möge die Beschwerdeführerin das Haus kaum verlassen, allein schon gar nicht, weil sie Angst habe, dass ihr etwas passiere oder sie in der Öffentlichkeit inkontinent sei. Zu anderer Zeit habe sie berichtet, dass sie täglich über Stunden mit dem Hund und spazieren gehe. Offensichtlich sei eine Einschränkung der Bewegungsfreiheit und Belastbarkeit durch die Adipositas und fehlende Bewegung. Weiter habe sie berichtet, dass sie sich als einzige um den gesamten Haushalt kümmere. Andererseits habe sie angegeben, dass sie zu schwach sei, um auch nur aufzustehen. Sie könne auch oft nicht kochen. Das Rühren im Topf sei dann schon schmerzhaft und führe zu grosser Erschöpfung. Den Haushalt würden dann der Ehemann und die Tochter erledigen. Im Frühsommer 2020 sei der Ehemann an «Knochenkrebs» erkrankt; die Leukämie habe er vor wenigen Jahren erfolgreich bekämpft. Seither leide sie (die Beschwerdeführerin) an grosser Angst, dass ihr Mann sterbe. Die Angst beschäftige sie auch nachts, so dass sie oft schlecht schlafen könne. Zudem leide sie unter Konzentrationsstörungen. Sie beschäftige sich viel mit Spielen auf dem Smartphone. Zudem dekoriere sie gern ihren Balkon (Urk. 7/155/2 f.).

In objektiver Hinsicht sei die wache, bewussteinseklare und allseits orientierte Beschwerdeführerin in sprunghaft in ihren Gedankengängen, vorbeiredend und häufig inkohärent. Sie neige zu Dramatisierung und präsentiere sich histrionisch, oberflächlich und undifferenziert. Sie strahle viel Bedürftigkeit aus, ohne dass spürbare Nähe hergestellt werden könnte. Weiter bestehe ein überausgeprägtes Anpassungsverhalten im Gespräch und eine scheinbar grosse Selbstunsicherheit. Die Konzentration und Mnestic seien leicht eingeschränkt. Zudem sei die Beschwerdeführerin im Affekt eingeschränkt schwingungsfähig. Ihr Antrieb sei unklar eingeschränkt. Es bestehe eine grosse Lustlosigkeit und die Beschwerdeführerin habe Freudlosigkeit berichtet. Ihre Stimmung im Alltag sei indes nicht eruierbar. Alsdann habe die adipöse Beschwerdeführerin angegeben, sehr reduzierten Appetit zu haben und kaum etwas zu essen. Eine Krankheitseinsicht sei nicht spürbar vorhanden. Im gemeinsamen Gespräch mit dem Ehemann und der Beschwerdeführerin habe sich eine harmonische Ehe ergeben. Es komme nie zu grösseren Konflikten oder Streit. Die Beschwerdeführerin sei schwach und könne oft nicht aus dem Bett aufstehen. Sie schlafe viel und gut und sei vergesslich. Zudem sei sie geprägt von Lustlosigkeit. Die Familie achte sehr aufeinander und unterstützte sich gegenseitig. Der Haushalt, die Administration etc. werde vom Ehemann und der Tochter besorgt. Alsdann hätten der Ehemann und die Beschwerdeführerin von der ausgeprägten Unfähigkeit der letzteren, den Alltag und Haushalt zu bewältigen, berichtet. Jedoch sei eine explizit depressive Symptomatik weder klinisch zu beobachten noch berichtet worden (Urk. 7/155/3 f.).

Aus psychiatrischer Sicht sei die Beschwerdeführerin eingeschränkt arbeitsfähig. Von einer Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt sei nicht auszugehen. Aufgrund der anamnestisch sehr grossen und schnellen Erschöpfbarkeit, dem vermeintlich schlechten Nachtschlaf, der geringen Aufassungsgabe, Konzentrationsfähigkeit und somatischen Einschränkungen sei die Beschwerdeführerin möglicherweise nur vermindert belastbar. Zudem habe sie nur wenig Ressourcen für Teamarbeit oder komplexe Arbeitszusammenhänge. Die ausgeprägte Lustlosigkeit, die Scheu, ihre Wohnung zu verlassen, sowie Überzeugung, nicht arbeitsfähig zu sein, liessen einen Arbeitsversuch ebenfalls nicht zu. Darüber hinaus könne die Arbeitsfähigkeit in der angestammten oder gegebenenfalls angepassten Tätigkeit nicht beurteilt werden (Urk. 7/155/5 ff.). 4.4.1

Beim Vergleich des polydisziplinären MEDAS-Gutachtens

vom 8. Mai 2014 einerseits (vgl. Urk. 7/100/1-43) mit den im Rahmen der Neuanmeldung bei den Akten liegenden Arztberichten

andererseits lässt sich zusammen mit der Beschwerdegegnerin keine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes seit der rechtskräftigen Rentenverfügung vom 19. Januar 2015 erblicken. Daran ändert auch nichts, wenn Dres. D.____ und A.____

2016 resp. 2020 neu eine rezidivierende depressive Störung, mittelgradige resp. leichte Episode (ICD-10: F33.0, ICD-10: F33.1, vgl. Urk. 7/130,

Urk. 7/155) diagnostizierten.

Insbesondere hielt Dr. A.____

dazu diskrepant fest, eine explizit depressive Symptomatik sei weder klinisch zu beobachten noch benannt worden (Urk. 7/155/3). Zudem besteht die rezidivierende Störung laut Dr. A.____ seit 2012 (Urk. 7/155/5), was auch mit der übrigen Aktenlage im Einklang steht (vgl. etwa den Austrittsbericht der F.____ vom 20. September 2012 sowie die

Berichte von Dr. med. G.____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 3. Juni und 19. August 2013, worin jeweils eine rezidivierende depressive Episode, mittelgradige Episode resp. Status nach mittelgradiger Episode festgehalten wurde,

Urk. 7/67/1, Urk. 7/86, Urk. 7/91). Auf die seitens Dr. Z.____ in psychiatrischer Hinsicht festgehaltenen Diagnosen kann bereits deshalb nicht abgestellt werden, weil es sich bei ihr nicht um eine psychiatrische Fachärztin handelt. Kommt hinzu, dass ihre Berichte

objektive Befunde vermissen lassen (Urk. 7/129, Urk. 7/151). Alsdann standen sowohl 2014 als auch im Rahmen der Neuanmeldung unverändert

IV-fremde Belastungsfaktoren

im Vordergrund (vgl. Urk. 7/100/19 f., Urk. 7/129, Urk. 7/130/2, Urk. 7/151/4, Urk. 7/155/5).

Erwähnenswert sind auch die durchgängigen Hinweise auf die vielfältige Klagsamkeit, Dramatisierung und histrionischen Präsentationen der Beschwerdeführerin (Urk. 7/100/19, Urk. 7/130/2, Urk. 7/155/4).

Weiter fällt auf, dass die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der Neuanmeldung lediglich alle 1-2 Monate supportive Kontrolltermine in der B.____ wahrnahm (Urk. 7/151/3, Urk. 7/155/2 f.), wohingegen sie anno 2014

drei Mal wöchentlich in der Akut-Tagesklinik der B.____

und darüber hinaus ein Mal pro Woche ambulant

behandelt worden war

(Urk. 7/91/7, Urk. 7/100/16 f.);

auch dies spricht gegen die beschwerdeweise behauptete

Zustandsverschlechterung.

Im Übrigen vermöchten

weder eine allfällige Chronifizierung der beklagten Leiden (Urteil des Bundesgerichts 9C_288/2008 vom 16. Mai 2008 E. 5) noch eine höhere Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit per se eine relevante Gesundheitsverschlechterung darzustellen (Urteil des Bundesgerichts 9C_955/2012 vom 13. Februar 2013 E. 3.3.4). Der beschwerdeweise Hinweis

(Urk. 1 S. 10) auf die

seitens der Behandler 2016 postulierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit (vgl. Urk. 7/129, Urk. 7/130, vgl. auch den

Bericht vom 29. April 2020, Urk. 7/151/3) geht damit ins Leere. Kommt hinzu, dass

Drs. D.____

und Z.____ eine hinreichende Begründung hierfür vermissen liessen und

Dr. A.____ im Bericht vom 20. Oktober 2020 keine konkreten Angaben zur Arbeitsfähigkeit zu machen

vermochte (Urk. 7/155/7). Ferner fallen

zahlreiche Inkonsistenzen auf.

So gab die Beschwerdeführerin einerseits an, sie sei schwach und gehe kaum aus dem Haus. Andererseits führte sie aus, sie gehe über Stunden mit dem Hund spazieren. Alsdann gab die Beschwerdeführerin an, bereits das Rühren im Kochtopf führe zu grosser Erschöpfung. Demgegenüber war sie offenbar in der Lage, über Stunden die Wäsche zu sortieren und akkurat in den Schrank zu räumen. Weiter berichtete sie Freud- und Lustlosigkeit, jedoch würde sie den Garten gern dekorieren und auf dem Smartphone spielen. Letzteres spricht im Übrigen auch gegen signifikante Konzentrationsstörungen. Schliesslich impliziert eine «Status nach»-Diagnose begriffsnotwendigerweise die vollständige Remission. Mithin ist mit dem im Bericht vom 20. Oktober 2020 festgehaltenen Status nach dissoziativer Bewegungsstörung keine wesentliche Verschlechterung ausgewiesen (Urk. 7/155/5).

In somatischer Hinsicht steht die einzig im Bericht vom 10. Mai 2016 von Dr. Z.____

behauptete Erblindung auf dem linken Auge durch Netzhautablösung im Juli 2014

(vgl. Urk. 7/129 ; im Verlaufsbericht vom 29. April 2020 hat Dr. Z. ___ eine Erblindung des linken Auges nicht mehr erwähnt, Urk. 7/151) im Widerspruch zu den Berichten des E. ___ vom 25. April und 17. August 2018, worin eine starke Kurzsichtigkeit sowie Schwachsichtigkeit im Sinne einer

Myopie und Makulopathie sowie Amblyopie des linken Auges festgehalten wurden (Urk. 7/141/4, Urk. 7/141/13). Zudem war die im Juli 2014 operierte Netzhautablösung links laut Operationsbericht bereits damals «alt» und konnte der zentrale Defekt bei Atrophie der Makula und Substanzverlust der Netzhaut nicht behoben werden ; eine Visusbesserung war fraglich (Urk. 7/105/1) . Die vom behandelnden Urologen und Chefarzt der urologischen Klinik des Spitals F. ___ im Bericht vom 12. März 2020 aufgrund der subjektiven Schilderungen der Beschwerdeführerin dokumentierte Zunahme der bereits 2014 vorbestehenden (vgl. Urk. 7/100/ 13)

Belastungsinkontinenz , aktuell Grad I-II (Urk. 7/163/1) , ist behandelbar und stellt keine andauernde Verschlechterung dar; 2007 wurde bereits eine Belastungsinkontinenz Grad II diagnostiziert und – soweit aufgrund der Aktenlage ersichtlich – jedenfalls über einen längeren Zeitraum

hinweg erfolgreich operativ saniert (Urk. 7/10/8). Offensichtlich ist auch, dass das zwischenzeitlich im April 2018 aufgetretene und danach vollständig remittierte Schleiersehen rechts keine dauerhafte und damit wesentliche Veränderung darstellt

(vgl. Urk. 7/141/12). Alsdann hat die Beschwerdeführerin zu Recht nicht geltend gemacht, es sei aus kardiologischer Sicht eine

Verschlechterung eingetreten (vgl. Urk. 7/141/4) . Der Vollständigkeit halber ist schliesslich zu vermerken, dass sog. Z-Diagnosen u.a. zur Klassifizierung von Umständen vorgesehen sind , die den Gesundheitszustand einer Person beeinflussen, an sich aber keine Krankheit oder Schädigung im IV-rechtlichen Sinne darstellen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_894/2015 vom 25. April 2016 E. 5.1 mit Hinweis). 4.2

Zusammenfassend ist aufgrund der aufschlussreichen und beweiskräftigen Aktenlage

hinreichend erstellt, dass sich die gesundheitlichen Verhältnisse der Beschwerdeführerin seit der rechtskräftigen Verfügung vom 19. Januar 2015 (Urk. 7 / 122) bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 19. Juli 2021 (Urk. 2) nicht anspruchrelevant verändert haben. Damit besteht – entgegen der Beschwerdeführerin – auch kein weiterer Abklärungsbedarf (antizipierte Beweismündigkeit; vgl. BGE 144 V 361 E . 6.5, 136 I 229 E. 5.3 je mit Hinweisen).

Alsdann

stellt die Praxisänderung nach Massgabe von BGE 143 V 409 und BGE 143 V 418, wonach grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind, für sich allein keinen Neuanspruch- oder Revisionsgrund dar (Urteil des Bundesgerichts 8C_587/2017 vom 14. Mai 2018 E. 5.3 mit Hinweis auf BGE 141 V 585 E. 5.3) .

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

Die angefochtene Verfügung erweist sich als rechtens und die Beschwerde ist entsprechend abzuweisen. 5 .

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

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Tobias Figi -
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, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mit tel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizu legen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin HurstHediger

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