

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00672 vom 18. November 2022

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-11-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2021.00672

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00672 du 18 novembre 2022

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00672 del 18 novembre 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 die angefochtene Verfügung vor dem 1. Januar 2022 erging, sind vorliegend die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die nachfolgend auch in dieser Fassung zitiert werden (BGE 148 V 174 E. 4.1).

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).

Versicherte mit vollendetem 20. Altersjahr, die vor der Beeinträchtigung ihrer körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit nicht erwerbstätig waren und denen eine Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, gelten nach Art. 5 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 Abs. 3 ATSG als invalid, wenn eine Unmöglichkeit vorliegt, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen. Art. 7 Abs. 2 ATSG ist sinngemäss anwendbar. Demnach sind für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist.

E. 1.3

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 1.4

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanmeldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 IVV), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 ATSG eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist (BGE 117 V 198 E. 3a mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts I 659/04 vom 9. Februar 2005 E. 1.1).

E. 1.5

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). 2.

E. 2

Hiergegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom 9. November sowie ergänzend am 13. Dezember 2021 Beschwerde und beantragte sinngemäss, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und die Sache sei zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (Urk. 1, Urk. 11).

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 20. Januar 2022 (Urk. 14) auf Abweisung der Beschwerde. Mit Verfügung vom 25. Januar 2022 wurde der Beschwerdeführerin die Beschwerdeantwort zur Kenntnisnahme zugestellt (Urk. 9).

E. 2.1

In der angefochtenen Verfügung vom 7. Oktober 2021 (Urk. 2) hielt die Beschwerdegegnerin fest, medizinische Abklärungen hätten ergeben, dass eine gesundheitliche Verschlechterung nicht ausgewiesen sei. Die Beschwerdeführerin sei zu 100 % im Haushalt tätig und dort zu 100 % arbeitsfähig.

E. 2.2

Demgegenüber machte die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerde vom 9. November 2021 (Urk. 1) zusammengefasst geltend, die Haushaltsfähigkeit sei nicht hinreichend erfasst und abgeklärt worden. Die Sache sei deshalb zur weiteren medizinischen Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

E. 2.3

Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung der Beschwerdeführerin vom 20. Mai 2020 (Eingangsdatum, Urk. 15/154) eingetreten. Streitig und zu prüfen ist demnach, ob seit der mit Verfügung vom 5. April 2019 (Urk. 15/142) erfolgten Leistungsabweisung respektive Rentenaufhebung bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 7. Oktober 2021 (Urk. 2) eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Verschlechterung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin eingetreten ist.

E. 3

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

Der Verfügung vom 5. April 2019 lag im Wesentlichen

das durch die Beschwerdegegnerin eingeholte psychiatrische Gutachten von Dr. A.____ vom 22. August 2016 (Urk. 15/83) zugrunde.

E. 3.2

Dr. A.____ hielt fest, während der Untersuchung habe sich eine verminderte Auffassung gezeigt. Die Konzentration, Merkfähigkeit und Gedächtnisleistung seien je doch unauffällig gewesen (Urk. 15/83 S. 18). Insgesamt zeige sich bei der Beschwerdeführerin im psychiatrischen Querschnittsbefund in der Untersuchung weitestgehend ein euthymer Affekt. Eine Schwingungsfähigkeit zum positiven Pol sei gut möglich. Sie habe während der Exploration auch lachen können. Bei der Frage nach früheren traumatischen Ereignissen (Erzwingung zur Heirat) habe die Beschwerdeführerin kurzfristig weinen müssen, habe sich jedoch wieder fangen können. Antrieb, Gestik und Psychomotorik seien in der Untersuchung unauffällig gewesen. Eigenanamnestisch würden Ein- und Durchschlafstörungen, Früh erwachen und Morgentief bestehen. Antrieb und Energie seien tagsüber wechselhaft, die Freudfähigkeit vermindert. Ferner habe sie von einer Grübelneigung berichtet, wobei sie die genaueren Grübelthemen nicht benennen können. Es bestehe ein ausgeprägter sozialer Rückzug. Sie habe keine Freundinnen und nur Kontakt zur Familie. Nach Eigenangaben habe sie ausgeprägte klaustrophobische Ängste, Angst vor dem Fahren von Zug, U- und S-Bahnen. Vor Aufzügen und Tunneln habe sie keine Angst. Sie könne aber nicht in einem Flugzeug fliegen. Diesbezüglich verwies Dr. A.____ auf die nur wenig später erfolgte Angabe der Beschwerdeführerin, dass sie vor einigen Monaten mit dem Flugzeug in die Türkei geflogen sei. Aktive oder passive Suizidalität habe die Beschwerdeführerin verneint. Angesichts des verbundenen Unterarms bestehe jedoch der Verdacht auf Selbstverletzungen, bei akuten kindlichen früheren Selbstverletzungen. Dies sei von der Beschwerdeführerin auf Nachfragen jedoch verneint worden (Urk. 15/83 S. 20

f.).

Dr. A.____ führte weiter aus, soweit sich aus den Vorakten das Vorliegen einer rezidivierenden depressiven Störung ergebe, bilde sich diese in der aktuellen Untersuchung und dem Befund nicht ab, eigenanamnestisch würde die Beschwerdeführerin jedoch über das Vorliegen von depressiven Symptomen berichten. Bezüglich der Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) sei eine genauere Exploration nicht möglich gewesen, da die Beschwerdeführerin hierzu keine genaueren Angaben machen wollte. Er (Dr. A.____) habe auf eine detailliertere Exploration verzichtet, um eine Retraumatisierung zu vermeiden. An der Diagnose habe er jedoch keinen begründeten Zweifel, wobei die Traumafolgestörung mit Sicherheit nicht alleine auf die erzwungene Heirat zurückzuführen sei, sondern auf biographische Ereignisse in der Kindheit und Jugend, da auch Jahre vor der erzwungenen Heirat bei der Beschwerdeführerin Klinikaufenthalte, Suizidversuche, Selbstverletzungen und andere Symptome belegt seien, die zu einer Traumafolgestörung passen würden. Diagnostisch sei somit die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung plausibel, anhand des klinischen Befundes aktuell

remittiert, unter Beachtung der Eigenanamnese (mit diskrepanten Angaben) leicht gradig. Des Weiteren sei die Diagnose einer PTBS bzw. einer Traumafolgestörung im weiteren Sinne mit Neigung zu Dissoziationen und Selbstverletzungen plausibel. Hier gebe es eine erhebliche Überschneidung mit den Symptomen einer Borderline -Persönlichkeitsstörung. Hierzu würden auch die wechselnde instabile Stimmung bei der Beschwerdeführerin sowie die Impulsivität passen. Die mangelnde Impulskontrolle spiegelt sich in der Biographie und der Aktenlage insbesondere in der Vergan-genheit wider. So sei im Bericht der Klinik D.____

vom 11. März 2005 (Urk. 15/19/6) berichtet worden, die Beschwerdeführerin habe die Wohnung ihrer Schwester demoliert, mit einem Messer Autopneus aufgeschlitzt und mit Suizid gedroht sowie sich selbst verletzt. Überraschenderweise sei damals die Diagnose einer Anpassungsstörung gestellt worden. Diese Diagnose erscheine im Nachhinein von der Schwere und auch von der Dauer des psychischen Krankheitsbildes her nicht angemessen. In der Summe halte er (Dr. A.____) die Diagnose einer Borderline -Persönlichkeitsstörung überwiegend wahrscheinlich, wobei die Aspekte Impulsivität und emotionale Instabilität in den letzten Jahren in den Hintergrund getreten seien, während andere Aspekte, wie Selbstverletzung und Suchtverhalten, noch vorhanden seien. Bei der Beschwerdeführerin liege eine langjährige Benzodiazepinabhängigkeit vor (Urk. 15/83 S. 24

ff.).

Dr. A.____ hielt zusammenfassend folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest (Urk. 15/83 S. 27): - Rezidivierende depressive Störung, aktuell leichtgradige Episode (ICD-10: F33.0) - Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) - Borderline -Persönlichkeitsstörung, impulsiver Typ (ICD-10: F.60.31)

Keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit habe die Benzodiazepinabhängigkeit (ICD-10: F13.2). Die Depression sowie die Traumafolgestörung bzw. die Borderline -Persönlichkeitsstörung würden die Benzodiazepinabhängigkeit befördern. Die Benzodiazepinabhängigkeit wiederum verschlechtere bei der Beschwerdeführerin die langfristige Frustrationstoleranz und psychische Belastbarkeit (Urk. 15/83 S. 32). Die geltend gemachte Arbeitsunfähigkeit würde sich aber nicht gleichmässig in allen vergleichbaren Lebensbereichen bemerkbar machen. So habe die Beschwerdeführerin im Haushalt, in der Freizeit und bei sozialen Aktivitäten ein höheres Leistungsniveau. Sie könne Autofahren, was sie gerne tue, könne in den Urlaub fliegen, ihren Haushalt erledigen und einige soziale Kontakte pflegen. Sie habe jedoch keine Motivation, eine Arbeits-tätigkeit aufzunehmen. Es bestehe ein stark regressives Verhalten mit ausgeprägtem Versorgungsdenken und Versorgungswünschen durch Sozialleistungen (Urk. 15/83 S. 35). Nach seiner (Dr. A.____) Einschätzung bestehe «aktuell» keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für Haushaltstätigkeiten mehr. In einer angepassten Tätigkeit an einem geschützten Arbeitsplatz bestehe eine Arbeitsfähigkeit von maximal 50 % (Urk. 15/83 S. 37).

E. 4.1

Der leistungsabweisenden Verfügung vom 7. Oktober 2021 (Urk. 2) lagen folgende Arztberichte zugrunde:

E. 4.2

Aus dem Arztbericht vom 10. Oktober 2019 (Urk. 15/153/7) ergibt sich, dass bei der Beschwerdeführerin eine intrakranielle Hypertension noch nicht geklärt Ätiologie diagnostiziert wurde. Die Beschwerdeführerin habe berichtet, nahezu täglich unter Kopfschmerzen wechselnder Lokalisation zu leiden und zudem immer wieder Sehstörungen zu bemerken. Es handle sich überwiegend um ein diffuses Grausehen mit kleinen ameisenförmigen Punkten im Bild. Manchmal komme es kurzzeitig zu einer vollständigen Erblindung oder Schwarzwerden vor Augen. Dr. B.____ äusserte, im Rahmen einer durchgeführten Magnetresonanztomographie (MRI) des Schädels sei eine partielle Empty Sella zur Darstellung gekommen. Bei der augenärztlichen Untersuchung sei dann eine Papillenschwellung beidseits aufgefallen, woraufhin die notfallmässige Zuweisung ins Spital C.____ erfolgt sei, wo eine Liquorentlastungspunktion durchgeführt worden sei. Dies habe eine deutliche Besserung der Kopfschmerzen und Sehstörung gebracht, sodass von einer Wirksamkeit der Behandlung ausgegangen werden könne. Bei erneut auftretender Papillenschwellung und damit verbundenen Gesichtsfeldausfällen wurde am 31. Oktober 2019 eine zweite Liquorentlastungspunktion durchgeführt, wodurch die Gesichtsfeldstörungen im rechten oberen Quadranten des rechten Auges besser geworden seien. Gemäss Dr. B.____ sei für eine ausreichende Hirndruckkontrolle die Option eines Stentings des venösen Sinus bzw. eines ventrikulo-peritonealen Shunts zu diskutieren (vgl. Arztbericht vom 11. November 2019, Urk. 15/153/3). Am 26. November 2019 erfolgte die Stentimplantation im Sinus transversus rechts. Der Eingriff sei ein Erfolg gewesen und die Kopfschmerzen, Sehstörungen und das Papillenödem seien gleichermaßen rückläufig. Zur Zeit stünden die lumbosakralen Rückenschmerzen im Vordergrund der Beschwerden, wobei er (Dr. B.____) von einer ISG-Blockierung ausgehe. Er äusserte, die Beschwerdeführerin sei weitgehend inaktiv und habe erheblich an Gewicht zugenommen. Er verordnete ihr deshalb Physiotherapie zur langsamen Steigerung der körperlichen Aktivität (vgl. Arztbericht vom 5. Februar 2020, Urk. 15/153/1).

E. 4.3

Infolge einer progredienten Kopfschmerzsymptomatik, einer Verschlechterung des Gesichtsfeldes sowie Zunahme des Papillenödems und vor dem Hintergrund einer benignen intrakraniellen Hypertension und eines Status nach Sinus transversus-Stenting rechts überwies Dr. B.____ die Beschwerdeführerin ins Spital C.____, wo sie vom 3. bis 5. Juni 2020 hospitalisiert war. Im Austrittsbericht vom 5. Juni 2020 (Urk. 15/162/7-9) hielten die behandelnden Ärzte fest, klinisch würden sich eine linksseitig betonte Hyposensibilität im Gesichts- und Extremitätenbereich

sowie eine Pollakisurie und Polyurie zeigen. Eine durch sie veranlasste Magnetresonanztomographie (MRI) zeige weder eine Stentthrombose noch eine sonstige Sinusvenenthrombose. Die Subarachnoidalräume entlang der Nervi optici würden im Vergleich eine leichte Regredienz zeigen, die vorbekannte Empty Sella sei unverändert. Konsekutiv sei eine Liquorentlastungspunktion

erfolgt, aufgrund derer sich eine Besserung der Kopfschmerzen gezeigt habe. Weiter erfolgte aufgrund der Pollakisurie und Polyurie die Einmalgabe von Monuril. Die Beschwerdeführerin habe in gebessertem Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden können. Für die seit über einem Jahr bestehende protrahierte Laktation und seit acht Wochen bestehende Hypermenorrhoe unklarer Ätiologie konnte keine Ursache gefunden werden und es wurde auf die ambulante gynäkologische Untersuchung verwiesen. Diese ergab keine Einschränkung ihrer Leistungsfähigkeit im Haushalt aufgrund der gynäko

logischen Beschwerden (Urk. 12/2).

E. 4.4

Wegen eines Suizidversuchs (Mischintoxikation mit Trittico) am 24. Juli 2020 wurde die Beschwerdeführerin per fürsorglicher Unterbringung in die Psychiatrische E.____

gebracht. Aufgrund persistierender Kopfschmerzen im Rahmen der bekannten benignen intrakraniellen Hypertension wurde die Beschwerdeführerin am nächsten Tag zur Schmerzeinstellung ins Spital C.____

verlegt. Die Beschwerdeführerin habe über Schmerzen im Bereich des Ohrs, des Kiefers und der Stirn rechtsseitig berichtet. Begleitend verspüre sie eine diffuse Sensibilitätsminderung im Bereich der linken Körperhälfte. Beim Sehen sehe sie stets schwarze Pünktchen im Gesichtsfeld des linken Auges, ansonsten keine Sehstörungen. Die Ärzte interpretierten die Beschwerden im Rahmen der vorbekannten benignen intrakraniellen Hypertension. Nach peroraler analgetischer Therapie und Reinitiation der Behandlung mit Diamox habe sich der Zustand der Beschwerdeführerin im Verlauf deutlich gebessert. Die Ärzte organisierten eine Rückverlegung in die Psychiatrische Universitätsklinik E.____

zur Weiterführung der psychiatrischen Therapie in stationärem Rahmen (vgl. Austrittsbericht vom 25. Juli 2020, Urk. 15/171/17).

E. 4.5

Am 22. September 2020 begab sich die Beschwerdeführerin mit Oberbauchschmerzen notfallmässig ins Spital C.____. Die Ärzte beurteilten die Beschwerden bei laborchemisch blanden und unauffälligen Befunden

(inkl. normwertiger Pankreas Amylase) sowie Druckdolenz über der Intercostal muskulatur links und der paravertebralen Muskulatur lumbal/thorakal als muskulär bedingt (Urk. 15/171/13).

E. 4.6

Bei bestehenden linksseitigen Kopfschmerzen frontal bis über den Mittelkopf ziehend mit stechendem Charakter wurde die Beschwerdeführerin am 7. Dezember 2020 erneut notfallmässig

im Spital C.____ vorgestellt. Gegenüber den Ärzten habe sie angegeben, die Schmerzen bereits zu kennen, wobei diese bisher vor allem rechtsseitig aufgetreten seien. Eine Visusverschlechterung, Fieber und andere neu aufgetretene Beschwerden habe sie verneint. Seit der Lumbalpunktion im Juni 2020 mit therapeutischem Ablassen des Liquors habe sie keine rechtsseitigen Kopfschmerzen oder Visusveränderungen mehr gehabt, jedoch Schmerzen über der Einstichstelle der Lumbalpunktion. Die Ärzte konstatierten in ihrem Arztbericht vom 8. Dezember 2020 (Urk. 15/171/10), es präsentiere sich eine kardio pulmonal stabile und afebrile Beschwerdeführerin mit auf die linke vordere Kopfhälfte begrenzten Kopfschmerzen bei ansonsten unauffälliger klinischer Untersuchung. Laboranalytisch zeige sich bei normwertigen Leukozyten ein leicht erhöhter CRP-Wert von 9. Da die Beschwerdeführerin bereits ähnliche Beschwerden kenne, sei die Symptomatik im Rahmen der benignen intrakraniellen Hypertension - differentialdiagnostisch als beginnender viraler Infekt - zu interpretieren. Nach Gabe von Analgesie habe sich eine deutliche Regredienz der Beschwerden gezeigt, so dass die

Beschwerdeführerin in gutem Allgemein zustand nach Hause habe ent lassen werden können.

E. 4.7

Dr. med. F.____ , Fachärztin Allgemeine Innere Medizin, nannte in ihrem Arztbericht vom 14. März 2021 (Urk. 15/171) die Diagnosen einer benignen intrakraniellen Hypertension, einer emotional instabilen Persönlich keitsstörung, einer unklare n hormone lle n Störung so wie lumbospondylogene Schmerzen und schätzte die Prognose zur Arbeits fähig keit als schlecht ein, beurteilte die Beschwerdeführerin in der Haushaltsführung hingegen als nicht eingeschränkt.

E. 4.8

Seit dem Jahr 2010 ist die Beschwerdeführerin bei Dr. med. G.____ , Fach arzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, in Behandlung. Dieser beschrieb die Beschwerdeführerin in seinem Arztbericht vom 22. Juli 2021 (Urk. 15/172) als wache, meist bewusstseinsklare, allseits orientierte Patientin, die misstrauisch und verschlossen sei. Ihre Merkfähigkeit und Konzentration seien vermindert und im formalen Denken sei sie verlangsamt und eingeengt auf die eigene Proble ma tik. Sie grüble über ihre Situation und ihre vergangenen traumatischen Erlebnisse und habe teils Mikroamnesien. Hinweise auf Wahn und Sinnestäuschungen gebe es keine, jedoch auf Ich-S törungen in Form von Derealisation und Depersonali sa tion. Weiter zeige die Beschwerdeführerin Zwänge (Putzrituale) und Befürch tun gen. Im Affekt sei sie ratlos, affektarm, deprimiert hoffnungslos, ängstlich und innerlich unruhig. Ebenso sei ihr Antrieb verlangsamt und sie habe von Ein- und Durchschlafstörungen sowie sozialem Rückzug berichtet. Schliesslich hielt Dr. G.____ eine wiederkehrende Todessehnsucht sowie einen Zustand nach wiederholten Suizidversuchen mittels Tablettenintoxikation fest. Er hielt folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest: - Komplexe posttraumatische Belastungsstörung, mit andauernder Persön lich keitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10: F62.0) - Chronifizierte dissoziative Störung, gemischt (rezidivierende dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen, Depersonalisation und Dereali sa tion) (ICD-10: F44.7) - Psychische und Verhaltensstörung durch Benzodiazepine, Abhängigkeits syndrom, gegenwärtiger Substanzgebrauch, low dose dependency (ICD-10: F13.24) .

Betreffend Arbeitsfähigkeit führte er aus, die Beschwerdeführerin sei in ihrer Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben, Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, Fähigkeit zur Anwendung fachlicher Kompetenzen, Entschei dungs - und Urteilsfähigkeit, Durchhaltefähigkeit, Selbstbehauptungs fähigkeit, Kontaktfähigkeit zu Dritten, Gruppenfähigkeit, Fähigkeit zu familiären und inti men Beziehungen sowie ihrer Fähigkeit zu Spontan-Aktivitäten eingeschränkt. Zur Tagesstrukturierung benötige sie einen geschützten Arbeits platz. Er attestierte ihr im geschützten Rahmen eine 50%ige Arbeitsfähigkeit. Im Haushalt sei sie nicht eingeschränkt.

E. 4.9

Zu dieser Aktenlage nahm Dr. med. H.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), am 7. Juli 2021 Stellung (Urk. 15/173/2 f.). Zwar lägen neue Diagnosen vor, diese würden jedoch weder zu einer qualitativen noch zu einer quantitativen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (im Haushalt) führen. Dr.

F.____ beurteile die Beschwerdeführerin explizit als im Haushalt nicht eingeschränkt. Aus psychiatrischer Sicht würden keine neuen Tatsachen hervorgebracht und lägen keine Hinweise für eine Verschlechterung vor.

E. 5.1

Im Vergleich zum Sachverhalt im Zeitpunkt der Verfügung vom 5. April 2019 liegen mit der benignen intrakraniellen Hypertension (E. 4.3 bis E. 4.6) sowie der gynäkologischen Beschwerden zwar neue Krankheitsbilder vor; eine relevante Verschlechterung der Leistungsfähigkeit ergibt sich hieraus indes nicht. So verneinte Dr. med.

I.____, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe FMH, auch in ihrem neusten Bericht vom 12. November 2021 erneut eine Einschränkung aus gynäkologischer Sicht und beruft sich fachfremd auf die neurologisch-psychologische Problematik (Urk. 12/2). Dr. B.____ verneinte anlässlich seiner Verlaufsuntersuchung vom 1. Februar 2021 (Urk. 12/2) einen Anhalt auf ein Rezidiv der benignen intrakraniellen Hypertension, insbesondere mit Blick auf das vollständig regrediente

Papillenödem. Hierzu ist darauf hinzuweisen, dass eine neu hinzugetretene Diagnose nicht unbeschadet eine höhere Arbeitsunfähigkeit bewirkt. Massgebend für den Grad der Arbeitsunfähigkeit ist nicht die Diagnose oder die Zahl der gestellten Diagnosen, sondern die daraus resultierende Leistungseinschränkung, welche sich auch durch eine zusätzliche Beeinträchtigung nicht zwangsläufig erhöhen muss (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 9C_804/2015 vom 21. Juni 2016 E. 3.2). Daher genügt eine neu hinzugetretene Diagnose per se nicht, um eine erhebliche Verschlechterung glaubhaft zu machen, da damit über das quantitative Element einer relevanten, die Arbeitsfähigkeit schmälernde Veränderung des Gesundheitszustandes nicht zwingend etwas ausgesagt wird (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 8C_244/2016 vom 21. Juni 2016 E. 3.5).

Dass die klinischen Einschränkungen, insbesondere die Kopfschmerzen und Schlafstörungen sowie die kognitiven Einschränkungen in Konzentration und Merkfähigkeit (vgl. E. 4.6-4.8; vgl. auch Urk. 15/171/3), in Bezug auf die Fähigkeit den Haushalt zu führen deutlich respektive invalidisierend sein sollen, geht aus den Akten nicht hervor. Vielmehr äusserten sowohl Dr.

F.____

(E. 4.7) als auch Dr. G.____ (E. 4.8 in fine) explizit, dass die Beschwerdeführerin in der Haushaltsführung nicht eingeschränkt sei.

Soweit Dr. F.____ im Zuge des vorliegenden Beschwerdeverfahrens bei unveränderten Diagnosen die Beschwerdeführerin in ihrem Arztbericht vom 14. November 2021 (Urk. 12/1) neu zu mindestens 50% in der Haushaltsführung eingeschränkt beurteilt, leuchtet das nicht ein. Sie verwies auf die bereits bekannten Kopfschmerzen und die benigne intrakranielle Hypertonie und unter anderem auf die damit zusammenhängenden Sehstörungen. Dr. B.____ sah je doch keinen wirklichen Anhalt auf ein Rezidiv der benignen intrakraniellen Hypertension und verwies auf das vollständig regrediente

Papillenödem (vgl. Arztbericht vom 1. Februar 2021, Urk. 12/2 S. 3). Dass die Beschwerdeführerin aufgrund ihrer gynäkologischen Beschwerden in der Haushaltsführung eingeschränkt wäre, verneinte Dr. I.____

in ihrem Arztbericht vom 12. November 2021 (Urk. 12/2) klar. Die von ihr festgehaltene 100%ige Haushaltsunfähigkeit begründete sie fachfremd mit der neurologisch-psychologischen Problematik und basierend auf ihrer subjektiven Wahrnehmung, dass die Beschwerdeführerin oft unkonzentriert und abwesend sei sowie Termine nicht zuverlässig wahrnehme.

E. 5.2

In psychiatrischer Hinsicht verneinte Dr. G. ___ eine Einschränkung in der Haushaltstätigkeit, auch wenn er

selber erstmals von Zwängen in Form von Putzritualen und Ich-Störungen in Form von Derealisation und Depersonalisation berichtete (E. 4.8). Bereits der Gutachter Dr. A. ___ hielt jedoch als Traumafolgestörung bzw. im Rahmen der Borderline-Persönlichkeitsstörung eine Neigung zu Dissoziationen und Selbstverletzung fest (Urk. 15/83/25). Ferner ist ohne schlüssige Begründung eine Zwangsstörung oder eine Einschränkung in der Haushaltstätigkeit nicht anzunehmen, wenn die Beschwerdeführerin aus Angst vor Kontamination ihre Wohnung täglich während zwei bis drei Stunden reinigen soll (vgl. Aufnahmebestätigung der Gruppenpraxis j. ___

vom 24. Juli 2019, Urk. 15/171). Eine (anhaltende) Verschlechterung des psychiatrischen Krankheitsbildes ist ferner angesichts des Umstandes, dass die Behandlung bei Dr. G. ___ gemäss seinem Bericht vom 22. Juli 2021 (Urk. 15/172) weiterhin einmal monatlich erfolgt, nicht dargetan.

Ebenfalls nicht neu ist die Verbeiständung. Für die Beschwerdeführerin wurde mit Beschluss vom 16. August 2018 eine Beistandschaft gemäss Art. 394 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 395 Abs. 1 des Zivilgesetzbuches (ZGB) errichtet und damit vor dem relevanten Vergleichszeitpunkt (Verfügung vom 5. April 2019). Die Beiständin bzw. der Beistand wurde unter anderem mit der Aufgabe betraut, die Beschwerdeführerin beim Aufbau einer Tagesstruktur zu unterstützen und sie in diesem Zusammenhang bei erforderlichen Handlungen soweit nötig und möglich zu vertreten (Urk. 15/131; vgl. auch Urk. 15/152).

E. 5.3

Eine revisionsrechtlich relevante Veränderung im Aufgabenbereich wird nicht geltend gemacht. Die Beschwerdeführerin ging seit Abschluss der obligatorischen Schulzeit nie einer Erwerbstätigkeit nach

(vgl. Urk. 15/148) und seit der Verfügung vom 5. April 2019 ist kein Versuch im Hinblick auf eine berufliche Ausbildung oder eine Erwerbsaufnahme ausgewiesen, trotz gutachterlich attestierter Teilarbeitsfähigkeit (Urk. 15/83/38). Es ist daher davon auszugehen, dass sich am stark regressiven Verhalten mit ausgeprägtem Versorgungsdenken und Versorgungswünschen durch Sozialleistungen, was vom Gutachter Dr. A. ___ nicht mit einem Krankheitsgeschehen in Zusammenhang gebracht worden war (vgl. Urk. 15/83/35), und entsprechend an der Motivation zur Aufnahme einer bezahlten Tätigkeit nichts geändert hat. Demzufolge scheint ein Wechsel der Invaliditätsbemessungsmethode nicht angezeigt. Massgebend für die Qualifikation ist nicht das zeitgemäss übliche, sondern das hypothetische Verhalten ohne Beeinträchtigung, wobei bildungsferne Sozialisation oder intellektuelle Fähigkeiten im unteren Normbereich bzw. mangelnde Introspektionsfähigkeit (vgl. Urk. 15/83/23, Urk. 15/83/28) nicht krankheitswertig sind.

E. 5.4

Nach Lage der Akten ist eine revisionsrechtlich relevante Veränderung, insbesondere der krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit, seit der letzten Überprüfung des Rentenanspruchs nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausgewiesen. Die den Anspruch auf eine Rente verneinende Verfügung vom 7. Oktober 2021 besteht damit zu Recht und die Beschwerde ist abzuweisen.

E. 6

00.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden 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: - 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 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

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

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