

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00682 vom 29. September 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-09-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2021.00682

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00682 du 29 septembre 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00682 del 29 settembre 2015

Erwägungen

E. 1

Die 1965 geborene X.____, diplomierte Verkäuferin und Mutter zweier erwachsener Kinder (geboren 1983 und 1986), war von Februar 2003 bis September 2011 vollzeitlich bei der Y.____ AG als Mitarbeiterin in der Abteilung Kleberei angestellt (Urk. 6/11) und meldete sich am 7. Oktober 2011 unter Hinweis auf eine Depression, Rückenbeschwerden, einen Tennisellenbogen, hohen Blutdruck und Asthma bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 6/2). Am 22. November 2012 verneinte die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, einen Leistungsanspruch der Versicherten, da letztere sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei (Urk. 6/35).

Am 28. März 2014 meldete sich die Versicherte erneut bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 6/38). Mit Verfügung vom 29. September 2015 (Urk. 6/81) wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren ab, da kein invalidisierender Gesundheitsschaden mit einer über längere Zeit andauernden Erwerbsunfähigkeit vorliege. Die dagegen von der Versicherten erhobene Beschwerde (Urk. 6/85/3-8) wies das Sozialversicherungsgericht am 31. Mai 2017 ab, da eine medizinisch-gesundheitliche Anspruchsgrundlage, welche zur Anerkennung einer Invalidität führen könnte, nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sei (Urk. 6/90).

Am 17. November 2020 meldete sich die Versicherte unter Hinweis auf die bereits seit 2011 bestehenden Beschwerden respektive eine Verstärkung der psychischen Erkrankungen erneut bei der Invalidenversicherung an (Urk. 6/93). Die IV-Stelle nahm medizinische Abklärungen vor und stellte der Versicherten am 15. Juli 2021 die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (Urk. 6/103), wogegen letztere am 29. Juli 2021 Einwand (Urk. 6/109) erhob. Mit Verfügung vom 28. Oktober 2021 (Urk. 2) wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren ab.

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 Rechtsätze 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

Invalidität ist die voraus sichtlich 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

Bei einer Neuanschuldung zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung finden die Grundsätze zur Rentenrevision analog Anwendung (Art. 17 Abs. 1

ATSG; Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV; BGE 133 V 108 E. 5.2, 130 V 71, 117 V 198 E. 3a).

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen). Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt somit per se, um auf einen verbesserten oder verschlechterten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist in diesem Zusammenhang vielmehr eine veränderte Befundlage (Urteil des Bundesgerichts 9C_135/2021 vom 27. April 2021 E. 2.1 mit Hinweisen). Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3; Urteil des Bundesgerichts 8C_144/2021 vom 27. Mai 2021 E. 2.3, je mit Hinweisen).

E. 1.4

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 Anspruchsverneinung zu vergleichen (BGE 130 V 64 E. 2, 130 V 71 E. 3, 133 V 108 E. 5.2 und E. 5.4).

E. 2

Dagegen erhob die Versicherte am 15. November 2021 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte sinngemäss die Aufhebung der Verfügung vom 28. Oktober 2021 und die Ausrichtung einer Invalidenrente. Mit Beschwerdeantwort vom 31. Januar 2022 (Urk. 5) schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführerin am 15. Februar 2022 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 7). Am 25. Februar 2022 (Urk. 8) reichte die Beschwerdeführerin zusätzliche Arztberichte (Urk. 9/2-4) ein. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene Verfügung damit, dass aufgrund der eingeholten medizinischen Unterlagen keine wesentliche Veränderung ausgewiesen sei. Es sei der Beschwerdeführerin weiterhin möglich, einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen und ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen, weshalb keine gesundheitliche Beeinträchtigung vorliege, welche die Beschwerdeführerin in ihrer Arbeitsfähigkeit einschränke (S. 1).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin machte demgegenüber geltend (Urk. 1), die Beschwerdegegnerin habe ihren Antrag auf Ausrichtung einer Invalidenrente abgewiesen, obwohl sie (die Beschwerdeführerin) nicht erwerbsfähig sei. Gemäss der Einschätzung der behandelnden Ärzte sei sie nicht arbeitsfähig. Die Beschwerdegegnerin habe nicht sämtliche medizinischen Unterlagen und die darin aufgeführten Diagnosen berücksichtigt. Im Weiteren habe sich ihr psychischer Zustand zwischenzeitlich verschlechtert und sie lasse sich aufgrund ihrer sprachlichen Barrieren in ihrer Heimat alle zwei Monate von einem Facharzt behandeln.

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob seit Erlass der Verfügung vom 29. September 2015 (Urk. 6/81), womit ein Anspruch auf eine Invalidenrente abgewiesen wurde, eine erhebliche Veränderung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin eingetreten ist und ihr infolgedessen ein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung zusteht. Die Eintretensfrage bildet nicht Streitgegenstand, da die Beschwerdegegnerin auf die Neuanschuldung vom 17. November 2020 (Urk. 6/93) unbestritten materiell eingetreten ist (Urk. 6/110/3).

E. 3.1

Die rentenabweisende Verfügung vom 29. September 2015 (Urk. 6/81) beruhte im Wesentlichen auf dem von der Beschwerdegegnerin veranlassten Gutachten von Dr. med. Z.____, FMH Innere Medizin und Rheumaerkrankungen, und Dr. med. A.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 29. September 2014 (Urk. 6/47/1-20, Urk. 6/47/28 -44) sowie auf deren ergänzenden Ausführungen vom 30. Mai 2015 (Urk. 6/68) und 1. Juni 2015 (Urk. 6/69/1-3).

E. 3.2

Dr. Z.____ notierte in seinem Gutachten vom 29. September 2014 (Urk.

E. 3.2.2

Dr. A.____ führte in seinem Gutachten vom 29. September 2014 (Urk. 6 /47/28-44) folgende Diagnosen auf (S. 9): - mit anhaltender Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - keine - ohne anhaltende Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) - depressive Episode, seit Frühjahr 2014 leichtgradige Episode (ICD-10 F32.0) - familiäre Schwierigkeiten, gebessert (ICD-10 Z63)

Der Gutachter führte aus, dass es der Beschwerdeführerin bis 2010 allgemein gut gegangen sei, auch psychisch, wobei sie Mühe gehabt habe, den Tod ihrer Mutter (August 2009) zu verarbeiten. Sie sei in eine starke Trauer geraten und von dritter Seite seien akzentuierte Persönlichkeitszüge fest gestellt worden. Dies möge zutreffen, allerdings sei die Mutter nun gestorben und in Bezug auf andere Personen zeige die Beschwerdeführerin kein Abhängigkeitsverhältnis. Eine Persönlichkeitsstörung lasse sich nicht diagnostizieren. Im Jahr 2009 respektive 2010 sei es zu mehreren Lebensproblemen (Kündigung, starke Schmerzen, heftige Eheprobleme) gekommen. Es sei anzunehmen, dass aufgrund dieser Schwierigkeiten zuerst eine depressive Reaktion entstanden sei. Da sich diese nach zwei Jahren nicht zurückgebildet habe, müsse ab Sommer 2012 von einer depressiven Episode ausgegangen werden. Dabei sei es auch zu mittelgradigen depressiven Episoden gekommen, was während der Hospitalisationen der Fall gewesen sei. Dazwischen beziehungsweise seit der zweiten Hospitalisation sei die depressive Episode nur leichtgradig ausgeprägt gewesen. Die Beschwerdeführerin habe eine regelmässige Tagesstruktur, fahre Auto, sei in der Lage, drei- bis viermal pro Jahr Ferien im Heimatland H.____ zu verbringen, und habe die sozialen Kontakte auch nicht abgebrochen. Der aktuelle Befund (10. September 2014) sei nicht auffällig. Die Beschwerdeführerin sei etwas „gedrückt“ und traurig, nicht aber deutlich verstimmt. Sie zeige keine unbegründeten Ängste, es bestünden allerdings hypochondrische Befürchtungen, welche zum psychosomatischen Krankheitsbild gehörten. Die Beschwerdeführerin lasse sich psychiatrisch behandeln, was genügend sei, ihre medikamentöse Compliance sei indessen nicht vollumfänglich ausreißend (S. 10).

Bezüglich psychischer Komorbidität hielt Dr. A.____ fest, dass es gemäss der ICD-10 bei den chronischen Schmerzstörungen in der Regel zu Verstimmungen und Ängsten komme und diese Problematik also bereits in der Diagnose der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung enthalten sei und nicht als eigenständige psychische Komorbidität aufgefasst werden könne. Die Schmerzkrankheit sei zirka 2010 entstanden, zuerst mit Rückenschmerzen, später seien andere schmerzende Körperteile dazugekommen. Gemäss den Angaben der Beschwerdeführerin stellten die Schmerzen ihr Hauptproblem dar. Da sie am 10. September 2014 auf die Schmerzen fixiert sei, hypochondrische Befürchtungen hege und eine Schmerzausdehnung zeige, könne eine anhaltende Schmerzstörung diagnostiziert werden. Die Schmerzen bildeten zudem den Hauptfokus des Interesses der Beschwerdeführerin. Es bestünden sodann ungünstige krankheitsfremde Faktoren wie eine längere Phase von Arbeitsuntätigkeit und eine mässige sprachliche Integration (S. 11).

Dr. A.____ wies weiter darauf hin, es bestehe keine anhaltende schwere psychische Komorbidität, abgesehen von den beiden Hospitalisationen, während denen eine mittelgradige psychische Komorbidität bestanden habe. Dr. Z.____ habe sodann keine rheumatologischen Befunde festgestellt, welche die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin einschränkten. Im Weiteren sei die soziale Integration erhalten

geblieben und die prämorbid Persönlich keits struktur nicht auffällig. Die

Schmerzproblematik sei progredient und chro ni fiziert . Damit treffe eines der Kri terien, damit eine somatoforme Schmerz störung zu einer langdauernden Ein schränkung der Arbeitsfähigkeit führe, zu, dies jedoch nicht in einem derartigen Ausmass, dass die Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei. Zu dieser Beurteilung führe

insbesondere die Tatsache, dass keine schwere und anhaltende psychische Komor bidität bestehe. Sodann sei die Prognose nicht ungünstig (S. 11-12).

Der Gutachter bemerkte sodann, dass keine körperlichen, geistigen oder psychi schen Beeinträchtigungen bestünden, da die Beschwerdeführerin die Schmerzen in der Regel überwinden könne, weil keine relevante psychische Komorbidität vorliege. Entsprechend existierten keine Beeinträchtigungen betreffend ihre bis herige Tätigkeit. Die Funktionen seien teilweise eingestellt und die Belastbarkeit herabgesetzt, wobei vor allem ungünstige krank heits fremde Faktoren als Ursache vorlägen (S. 12). Die Ausübung der bisherigen Tätigkeit sei in vollem Ausmass zumutbar. Eine Einschränkung der Arbeits fähigkeit von über 20 % habe erstmals im Dezember 2011 bestanden. Bis März 2012 sei es bei einer zirka 30%igen Einschränkung geblieben. Von April 2012 bis Februar 2014 sei keine relevante Einschränkung der Arbeits fähigkeit vorhanden gewesen. Während der zweiten Hospi talisation sei eine vorübergehende Einschränkung von ungefähr 30 % ent standen (S. 13). Die Arbeitsfähigkeit sei bis Februar 2014 auf hohem Niveau geblieben, habe sich aber dann vorübergehend auf 70 % reduziert, um dann ab zirka März 2014 wieder uneingeschränkt zu sein (S. 15). Seither bestehe keine Einschränkung mehr. Dr. A.____ wies weiter darauf hin, dass eine genügende medikamen töse Compliance dazu führen würde, dass keine Rückfälle mehr ein treten würden (S. 13). Die Beschwerdeführerin könne ähnliche Arbeiten wie früher ausüben, wobei sie zu Beginn aber Erholungsmöglichkeiten erhalten sollte. Hoher Stress, Verletzungsgefahr und Ähnliches seien zu Beginn zu ver meiden. Die Beschwerdeführerin könne Hilfsarbeiten ausüben (S. 15).

E. 3.2.3

In ihrer interdisziplinären Beurteilung vom 29. September 2014 (Urk. 6 /47/26-27) wiesen die Gutachter darauf hin, dass in interdisziplinärer Hinsicht zu keinem Zeitpunkt eine anhaltende Arbeitsunfähigkeit bestätigt werden könne (S. 2). 4. 4.1

Im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) präsentierte sich die medizi nische Sachlage wie folgt: 4.2

Im Bericht vom 20. Januar 2020 (Urk. 6/101/13-15) führte n Prof. Dr. med . B.____ , Klinikdirektor Stv ., Dr. med. C.____ , Oberärztin, Dr. med. D.____ , Assistenzärztin , und Dr. med. E.____ , Assistenzärztin, Klinik für Pneumologie am Universitäts spital F.____ , folgende Diagnosen auf (S. 1): - habituelles Schnarchen - ESS 5/24 Punkten - respiratorische Polygraphie 03 /2 020: AHI 3/h, ODI 4/h, \varnothing SpO2 91 % - Adipositas WHO Grad II - BMI 25. 3 kg/m² (richtig wohl: BMI 35.3 kg/m²) - allergisches Asthma bronchiale perennialis , ED 2016 - Beschwerden ehemals ganzjährig bei Belastung, beim Putzen der Katzen toilette und saisonal aggraviert im März bis April - Atopiescreening : Birke, Esche, Ambrosia, Prick Eigenstaub positiv, Prick häusliche Allergene negativ - spezifische IgE nachweisbar gegen Haussta u bmilben, Schimmelpilz Mix, Katze, Birke - nasale Provokation Hausstaubmilben, Katze negativ - aktuell: nach GINA-Guidelines kontrolliert, Inhalationstherapie selbständig gestoppt - Rhinokonjunktiviti s

allergica - Beschwerden im März bis April und beim Putzen der Katzenttoilette

Die Arztpersonen führten aus, dass sich das Asthma bronchiale gemäss GINA-Guidelines auf Stufe 1 befinde und sich funktionell keine obstruktive Ventilationsstörung zeige. Bezüglich einer obstruktiven Schlafapnoe hielten sie fest, dass keine Hinweise auf eine alveoläre Hypoventilation bestünden und ausser Schnarchen keine schlafmedizinisch relevanten Symptome vorlägen. Die respiratorische Polygraphie zeige in der audiovisuellen Aufzeichnung ein lautes Schnarchen, eine obstruktive Schlafapnoe liege indes nicht vor (S. 3). 4. 3

Dr. G. ___ nannte in ihrem vom H. ___ ins Deutsche übersetzten Facharztbericht vom 27. August 2020 folgende Diagnosen (Urk. 6/99 /1): - ICD-10 F33.1 [rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode] - ICD-10 F.41.0 [Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst)]

Seit zwei Wochen nach der Anreise nach H. ___ habe die Beschwerdeführerin paroxysmale Angstattacken, verbunden mit vegetativen Symptomen. Zwischen den Attacken bestehe eine antizipatorische Angst. Die Ärztin berichtete unter anderem von Insomnia, einer Verschlechterung der Laune und von einem merklichen Rückfall des depressiven Syndroms. 4. 4

Dr. I. ___ , Oberarzt Chiropraktische Medizin, und cand. chiro. med. J. ___ , Unterassistentärztin, Universitätsklinik K. ___ , führten am 4. Januar 2021 folgende Diagnosen an (Urk. 6/102 /24-25 S. 1): - chronische Lumboschialgie, Differenzialdiagnose (DD) L5-Radikulopathie links und ISG- Dysfunktion links mit/bei: - MRI LWS 09/2020: L4/5 rezessale Einengung mit möglicher leichter Kompression der Nervenwurzel L5 beidseits - segmentale Dysfunktion L4/5 linksbetont sowie myotendinotische Veränderungen in den Mm. quadratus

lumborum links und gluteus

medius links - Status nach Spondylodese L5/S1 vom 28. Februar 2013 - Bursitis trochanterica links - Status nach Infiltration 11/2020 mit gutem Ansprechen - Hallux valgus links

Die Fachpersonen führten aus, dass die Beschwerdeführerin seit dem 30. November 2020 in chiropraktischer Behandlung stehe und seither die Therapie mittels chiropraktischer Manipulation, Flexions-Distraktionsmobilisation und myofaszieller Massnahmen, inklusive Dry Needling, erfolgt sei. Die Beschwerdeführerin habe aufgrund der durchgeführten Massnahmen bislang von einer 60%igen Beschwerdelinderung profitieren können. Aktuell persistierten noch Restbeschwerden, insbesondere bei längerem Sitzen (mehr als eine Stunde). 4. 5

In seinem Bericht vom 11. Januar 2021 (Urk.

6/101/7-10) stellte Dr. med. L. ___ , Oberarzt i.V., Adipositas Zentrum

am Universitätsspital F. ___ , folgende Diagnosen (S. 1 f.): - Status nach lap. proximale Roux-Y- Gastric -Bypass am 25. Mai 2020 bei Adipositas WHO Grad II - 2016: BMI 36.4 kg/m² - 23. September 2019: Gewicht 92 kg (etwa stabil), BMI 34.6

kg/m² - 27. Januar 2020. Gewicht mit Kleidern und Schuhen 98 kg (+ 6 kg seit 09/2019), BMI 36.9 kg/m² - 16. September 2020: Dysphagie, Gewicht 79 kg (- 20 kg seit Bariatrie)

- Gastroskopie 6. Oktober 2020: Anastomosenulkus , aktuell klinische Besserung - aktuell 11. Januar 2021: gutes Resultat sechs Monate nach Bariatrie , Gewicht 73 kg (-

26 kg seit Bariatrie), BMI 27.3 kg/m² - Verdacht auf klinisch en dokrin inaktives Hypophysen Mikroadenom (maximal 8 mm), ED zirka 2017 - DD : Rathke-Zyste weniger wahrscheinlich - September 2019: anamnestisch blande

Perimetrie bei Dr. M. ____

- MRI-Hypophyse 12. Dezember 2018:

schärf begrenzte Läsion der Adeno hypophyse 8.5 x 5 x 8 mm - 15. September 2019:

keine Hinweise auf Hypophysenvorderlappeninsuffizienz oder Hormonexzess (Prolactin , GH) - 03/2020: anamnestisch selten intermittierende, nicht störende Galactorrhoe bei biochemisch normwertigen

Prolactin und normale r

Hypophysenvorderlappenfunktion . Hypophysen-MRI: 6. März 2020: im Vergleich zur MRI vom 12. Dezember 2018 diskrete Grössenprogredienz der intrasellären Läsion rechts (maximal + 1 mm) - Weichteilplus im Fundus der Gallenblase, ED 01/2020 - am ehesten Gallenblasenpolyp - eventuell mit Bariatrie kombinierte Cholezystektomie geplant - Gastroösophagealer Reflux anamnestisch seit mindestens 2016 - Gastroskopie am 19. Juli 2018: leichte antrumbetonte Gastritis, keine axiale Hiatushernie , histologisch kein H. pylori - Gastroskopie vom 30. Januar 2020: leichte chronische Typ

C

Antrumgastritis , histologisch kein H. pylori - sonographisch leichte Lebersteatose, ED 01/2020 - am ehesten NAFLD - Status nach im Kolon histologisch nachgewiesener Entzündung 2012 (am ehesten durch NSAR) , normale Koloskopie 07/2018 - aktuell klinisch beschwerdefrei - keine erneute Koloskopie nötig gemäss akutenkonsiliarischer Beurteilung vom 30. Januar 2020 - akutenanamnestisch Diabetes mellitus Typ 2, ED 01/2018 - am ehesten nur Prädiabetes, uns liegt kein HbA1c > 6.5 % oder eine Nüchternplasmaglukose > 7 mmol/L vor - cvrf : Adipositas, arterielle Hypertonie (LDL-C 3.1 mmol/L - 23. September 2019: HbA1c 6.1% - 30. Januar 2020: Hb A1c 6.1 % Nüchternplasmaglukose 6.5mmol/L - allergisches Asthma bronchiale perennialis , ED 2016 - Beschwerden ehemals ganzjährig bei Belastung, beim Putzen der Katzen toilette und saisonal aggraviert im März bis April - Atopiescreening : Birke, Esche, Ambrosia, Prick Eigenstaub positiv, Prick häusliche Allergene negativ - spezifische IgE nachweisbar gegen Hausstaubmilben, Schimmelpilz Mix, Katze, Birke - nasale Provokation Hausstaubmilben, Katze negativ - aktuell: nach GINA-Guidelines kontrolliert, Inhalationstherapie selbständig gestoppt - rezidivierende depressive Störung und gemischte Angststörung, ED 2010 - 2010, 2012, 2013: zirka ein bis drei Monate stationär psychiatrisch betreut - seither regelmässige psychiatrische und medikamentöse Behandlung - habituelles Schnarchen - ESS 5/24 Punkten - respiratorische Polygraphie 03/2020: AHI 3/h, ODI 4/h, ϕ SpO 2 91 % - arterielle Hypertonie, ED anamnestisch im 27. Lebensjahr - am ehesten essentiell bedingt, unauffällige Untersuchungen 2007-2008 - Echo 01/2016: unauffälliger Befund - chronische Rückenschmerzen bei Status nach Spondylodese L5/S1 2

E. 6

/47/1-20) folgende (interdisziplinäre) Diagnosen (S. 8): - mit langdauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - keine - ohne langdauernde Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - anhaltende somatoforme Schmerzstörung - depressive Episode, seit Frühjahr 2014 leichtgradige Episode und familiäre Schwierigkeiten, gebessert gemäss psychosomatisch-psychiatrischer Begutachtung von Dr. A.____ - chronisches, generalisiertes Schmerzsyndrom - nicht ausreichend somatisch abstützbar - primäres Fibromyalgie-Syndrom - nicht dermatombezogene Hyposensibilität für ausschliesslich taktile Reize im Bereich der Aussenseite des ganzen linken Beines und Fusses bei allseits normalem Lage- und Vibrationssinn - betont im Bereich der unteren im Vergleich zur oberen Körperhälfte - betont im Bereich der linken im Vergleich zur rechten Körperhälfte - Panalgie - diffuse Druckschmerzangabe - Polyarthralgien axialer und peripherer Gelenke - multiple Beschwerden wie Schlafstörungen, Müdigkeit, Schmerzen im Brustkorb und Bauch, Druck im Brustkorb, Kopfschmerzen, Kältegefühl und Einschlafen des linken Beines, ungerichtete Steh- und Gehunsicherheit - lumbalbetontes Panvertebralsyndrom - Details siehe I.B) Persönliche Anamnese - 07/11 Facettengelenksinfiltration von LWK5/SWK1 - 04.10.12 Facettengelenksinfiltration von LWK5/SWK1 beidseits und periradikuläre Infiltration der Wurzel L5 links und des ISG-Gelenkes links - 28.02.13 transpedikuläre

Spondylodese LWK5/SWK1 beidseits mit CosmicMIA - Adipositas mit Body-Mass-Index von 34.

E. 9

kg/m² - gestörte Gluconeogenese - anamnestisch Reizmagen-Syndrom - siehe auch Angaben zu I.B) Persönliche Anamnese - arterielle Hypertonie, bekannt seit 1993 - Kopfschmerzen und Migräne seit 1993 - chronische venöse Insuffizienz der Beine - rezidivierendes Asthma bronchiale

Dr. Z.____ führte aus, dass die von der Beschwerdeführerin beschriebenen Beschwerden seit Jahren auf auch nicht somatisch und seit spätestens 2010 auf vordergründig nicht mehr somatisch abstützbare Beschwerden hinwiesen. Während der klinischen Untersuchung habe sie eine schmerzvermittelnde Mimik und Gestik entwickelt, im Rahmen derer zwei der fünf Waddell -Zeichen, als Hinweise auf nicht organisch-abstützbare Beschwerden, demonstriert worden seien. Die Beschwerdeführerin habe diffuse Druckschmerzen sowie sämtliche Bewegungen der Gelenke als schmerzhaft geschildert. Diese Mimik und Gestik könne er vor dergründig nicht mit einem bekannten somatisch-pathologischen Krankheitsbild begründen (S. 9).

Der Gutachter hielt weiter fest, er könne die von der Beschwerdeführerin geklagte nicht dermatombezogene Hyposensibilität ausschliesslich für taktile Reize im Bereich der Aussenseite des ganzen linken Beines und Fusses nicht auf ein bekanntes somatisch-rheumatologisches Krankheitsbild abstützen. Die Beschwerdeführerin habe ferner diffuse Druckschmerzen geschildert, welche er vordergründig nicht auf ein bekanntes somatisch-pathologisches Krankheitsbild abstützen könne. Möglich sei, dass sich seit 2009/2010 ein primäres Fibromyalgie-Syndrom entwickelt habe, wobei primäre Formen dieses Syndroms – im Gegensatz zu sekundären Formen – zumeist nicht somatisch abstützbar seien und er keine Hinweise auf ein sekundäres Syndrom gefunden habe (S. 9 f.).

Im Weiteren führte Dr. Z.____ aus, er könne an den oberen Extremitäten, abge stützt auf objektivierbare Befunde, keine relevanten somatisch-patholo gi schen Befunde und keine Hinweise auf eine funktionelle Einschränkung objek ti vieren (S. 11). Die von der Beschwerdeführerin geschilderten Schmer zen im Bereich der Wirbel säule würden sodann auf vordergründig nicht somatisch abstützbare Beschwerden hinweisen. Die Palpation der paravertebralen Weich teile sei von der Beschwerde führerin als schmerzhaft beschrieben worden, ohne dass er einen korrelierenden Weichteilbefund habe objektivieren können . Anamnestisch und klinisch bestün den keine Hinweise auf ein radikuläres Reiz- oder Ausfallsyndrom, einen symp tomatisch engen Spinalkanal, einen Nervendehnungsschmerz oder auf eine Irrita tion/Kompression des Gefäss-Nervenbündels. Im Austrittsbericht vom 7. März 2013 (vgl. Urk. 6 /47/23-24) sei erwähnt worden, dass die Operation wegen thera pierefraktärer Schmerzen geplant worden sei, wobei damals keine Hinweise auf ein radikuläres Aus fall syndrom genannt worden seien. Dies bedeute, dass bei unspezifischen Rückenbeschwerden, die vordergründig nicht somatisch abstütz bar gewesen seien, und ohne Hinweis auf ein radikuläres Reiz- oder Ausfallsyn drom eine Operation durchgeführt worden sei. Die radiologisch-pathologischen Befunde der ganzen Wirbelsäule dokumentierten zwar altersent sprechende zervikal leichtgradige degenerative Veränderungen, gingen aber nicht mit einer Bew e gungseinschränkung einher. Hinsichtlich de r Brustwirbel- und Lenden wirbel säule (BWS und LWS) zeige sich je eine leichtgradige Skoliose, welche indessen derart diskret ausprägt seien, dass sie klinisch nicht objektivier bar seien (S. 12 f.). Betref fend die unteren Extremitäten wies Dr. Z.____ darauf hin, dass die Beweg lichkeit der Hüftgelenke beidseits frei sei und die Kniegelenke unauffällig seien, wobei er insbesondere die Diagnose einer Gonarthrose nicht bestätigen könne (S. 13).

Der Gutachter hielt ferner fest, dass er allgemeininternistisch – abgesehen von der Adipositas – keinen relevanten somatisch-pathologischen Befund objek tivie ren könne. Gewichtsreduzierende Massnahmen seien aus medizini scher Sicht indiziert und in der Umsetzung auch zumutbar (S. 13 f.).

Bezüglich der von der Beschwerdeführerin angegebenen multiplen Beschwer den seit 2009/2010 (Schlafstörungen, Müdigkeit, Schmerzen im Brustkorb und Bauch, Druck im Brustkorb, Kopfschmerzen, Kältegefühl und Einschlafen des linken Beines und ungerichtete Steh- und Gehunsicherheiten) könne er keine korrelie renden somatisch-pathologischen Befunde objektivieren, w eshalb er an funktio nelle Beschwerden denke (S. 14).

Dr. Z.____ hielt weiter fest, dass die Arbeitsfähigkeit aus rein somatisch-rheumato logischer Sicht zu keinem Zeitpunkt anhaltend eingeschränkt ge wesen sei. Im Zusammenhang mit der am 28. Februar 2013 durchgeführten Rückenoperation resultiere eine zeitliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, bei grosszügiger Auslegung, von maximal zwei bis drei Monaten. Für Haus haltsarbeiten mit einem leicht bis mittelgradig körperlich belastenden Arbeits profil könne ebenfalls keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit formu liert werden (S. 14-17 , S. 18; vgl. auch Urk. 6 /47/26-27 S. 1).

Der Gutachter wies schliesslich darauf hin, dass die Prognose aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht als gut zu beurteilen sei. Ungünstig sei hingegen die Wahrscheinlichkeit, dass die Beschwerdeführerin nach langan haltender beruf licher Arbeitsabstinenz wieder beruflich tätig werde. Diesbe züg lich seien, aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt, die krank heitsfremden Faktoren wie die länger anhaltende berufliche Arbeitsab stinenz, die begrenzten Deutschkennt nisse, die

limitierte Berufsbildung, das Alter der Beschwerdeführerin, die ungünstige Arbeitsmarktsituation und die möglicherweise limitierte Motivation massgebend ursächlich (Urk. 6/47/1-20, S. 18, S. 19).

E. 013

- anamnestisch präoperativ viele Glucocorticoidinfiltrationen - aktuell immer wieder Schmerzen und Physiotherapie - atypische Thoraxschmerzen, Anstrengungsdyspnoe (NYHA II-III, mMRC 2-3) unklarer Ätiologie - kardiologische Abklärung inklusive TTE, Ergo, Herz-MRI 2016 - Verdacht auf Gonarthrose beidseitig

Seitdem am 6. Oktober 2020 in der Gastroskopie ein Anastomosenulkus gesehen worden sei und die Beschwerdeführerin Omeprazol 80 mg pro Tag einnehme, seien die Schluckprobleme verschwunden. Die Transaminasen (isoliert ALT) seien noch leicht erhöht und trotz Gewichtsreduktion bestehe noch immer ein Prädiabetes. Beides werde vorerst beobachtet, wobei die nächste Verlaufskontrolle zur Jahreskontrolle am 28. Mai 2021 stattfinden (S. 3 f.). 4.6

Dr. med.

N.____, Konservativer Oberarzt Wirbelsäule, Klinik K.____, nannte am 19. Januar 2021 folgende Diagnosen (Urk. 6/102/26-27 S. 1): - Lumbofemoralgien links mit/bei - Status nach Spondylodese L5/S1 vom 28. Februar 2013 - ISG-Arthropathie links - Bursitis trochanterica links - Hallux

valgus links - Hühnerauge linker Ferse plantar - a symptomatischer Hallux

valgus links - Plantarfasziitis links

Der Arzt führt aus, dass betreffend den linken Trochanter und das linke Iliosakralgelenk eine deutliche Beschwerdelinderung eingetreten sei, weshalb die Weiterführung der chiropraktischen Behandlung zu empfehlen sei. Bezüglich der Hühneraugen an der linken Ferse erfolge eine Überweisung an den Dermatologen (S. 2). 4.7

Am 16. Februar 2021 stellten Prof. Dr. med. O.____, Leitender Arzt, und Dr. med. univ. P.____, Assistenzarzt, Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie am Universitätsspital F.____, folgende Diagnosen (Urk. 6/102/28-29 S. 2): - hyperechogenes Leberparenchym, vereinbar mit Steatose - Fibroscan normwertig, CAP rückläufig - Verdacht auf kleinen Gallenblasenpolyp im Fundus - stabil im Jahresverlauf - Pankreaslipomatose - keine Nebenmilz im Milzhilus (7 x 8 mm)

Der Arzt führte aus, dass die sonografischen Befunde im Wesentlichen unverändert seien. Die GPT sei weiterhin leicht erhöht, wobei ein Hep. B/C-Screening sowie ein AIH-Screening negativ ausgefallen seien, bis auf isoliert erhöhte ANA. Eine AIH sei somit unwahrscheinlich. Eine erneute sonografische Kontrolle erfolge in einem Jahr. 4.8

Der Hausarzt Dr. med. Q.____, FMH Innere Medizin und FMH Rheumatologie, nannte in seinem Bericht vom 15. April 2021 (Urk. 6/102/1-6) folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 3 Ziff. 2.5): - chronische mittelschwere Depression (ICD-10 F33.1/F.41.0) - chronische

Lumboischialgie mit radikulärer Ausstrahlung S1 links bei Status nach Spondylodese 2013 - statische Fussbeschwerden bei Spreizfuss - Gonarthrose links - Adipositas bei Status nach Magenbypass - arterielle Hypertonie - Dysphagie bei Status nach Magenbypass

Dr. Q.____ führte aus, dass die bisherige Tätigkeit als Fabrikmitarbeiterin für die Wirbelsäule sehr belastend sei und nannte als Funktionseinschränkungen eine verminderte Belastbarkeit der LWS sowie psychische Beschwerden (S. 4 Ziff. 3.3 f.). Seit 2010 bestehe bis auf weiteres eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 2 Ziff. 1.3), wobei die Beschwerdeführerin in der bisherigen Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig sei und sie in einer angepassten Tätigkeit während ein bis zwei Stunden pro Tag arbeiten könne (S. 5 Ziff. 4.1 f.). 4.9

Die behandelnde Psychiaterin Dr. med. R.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, stellte am 18. April 2021 folgende Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 6/101/1-6 S. 3 Ziff. 2.4 f.): - rezidivierende depressive Störung seit 2010, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F 33.2)

Dr. R.____ führte aus, dass die Beschwerdeführerin seit Beginn der Behandlung am 19. Dezember 2017 zu 100 % arbeitsunfähig sei (S. 2 Ziff. 1.1, Ziff. 1.3). Letztere lebe mit ihrem Ehemann eine schwierige Beziehung mit Streit, Vorwürfen sowie Beleidigungen und fühle sich in der Ehe unglücklich, könne aber nichts daran ändern, da sie vom Ehegatten finanziell abhängig sei. Während der Behandlung seit der Rentenabweisung seien zahlreiche medikamentöse Umstellungen durchgeführt worden, wobei keine Besserung des psychischen Zustands eingetreten sei. Antriebs- und Kraftlosigkeit, Erschöpfung, Verzweiflung, Unsicherheit, Misstrauen, verminderte Aufmerksamkeit/Konzentration, reduzierte Aufmerksamkeit, Vergesslichkeit, bedrückte Stimmungslage, ausgeprägte Schlaflosigkeit, grosse innere Unruhe und psychomotorische Angespanntheit prägten den Alltag der Beschwerdeführerin seit Jahren. Sie leide zudem an verschiedenen körperlichen Beschwerden (S. 2 f. Ziff. 2.1 f.). Die Beschwerdeführerin sei sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig (S. 5 Ziff. 4.1 f.). 4.10

In ihrem Bericht vom 8. Oktober 2021 (Urk. 9/2 S. 1-3) führten

Dr. med.

S.____, Oberarzt ZfP und Facharzt Neurologie, PD Dr. med. T.____, Leitender Arzt Paraplegie und Facharzt für Neurologie, und Dr. med. U.____, Assistenzarzt, Klinik K.____, folgende Diagnosen auf (S. 1): - chronische Lumboischialgie bei L5-Radikulopathie links mit/bei: - elektrophysiologischer Untersuchung vom 6. Oktober 2021: regelrechte ENG und SEPs des Nervus

tibialis beidseitig. Zeichen von chronischer Denervation in der EMG des M. extensor digitorum

longus und M. gastrocnemius - MRI LWS 09/2020: L4/5 rezessale Einengung mit möglicher leichter Kompression der Nervenwurzel L5 beidseits - segmentaler Dysfunktion L4/5 linksbetont sowie myotendinösen Veränderungen in den Mm. quadratus lumborum links und gluteus

medius links - Status nach Spondylodese L5/S1 vom 28. Februar 2013 - Bursitis trochanterica links - Status nach Infiltration 11/2020 mit gutem Ansprechen - Hallux valgus links

Die Ärzte führten aus, die Beschwerdeführerin berichte über chronische Schmerzen im linken Lendenbereich seit 2009. Die Schmerzqualität sei unterschiedlich, teilweise als s

schmerzhaftes Parästhesien beschrieben, welche belastungsabhängig seien (vor allem bei langem Laufen, Stehen oder Sitzen). Eine Linderung der Schmerzen werde teilweise durch die stattgehabten Nervenwurzelblocks L5 links (zirka 20%ige Linderung) erreicht (S. 1). Im Vordergrund stünden Schmerzen, welche einem neuropathischen Charakter gleichen, wobei mit der Behandlung mit Lyrica

begonnen werde (S. 2). 4.11

Dr. med. V.____, Oberarzt, und Dr. med. W.____, Assistenzarzt, Klinik für Urologie am Universitätsspital F.____, stellten in ihrem Bericht vom 10. Januar 2022 (Urk. 9/4) zusätzlich zu den im Universitätsspital F.____-Bericht vom 11. Januar 2021 genannten (vgl. E. 4.5) folgende Diagnosen (S. 1 f.):

- mehrere kleine Angiomyolipome der rechten Niere, ED 5. Januar 2022 - MRI Nieren vom 5. Januar 2022: analog zur CT-Voruntersuchung vom 4. Oktober 2021 mehrere kleine Angiomyolipome der rechten Niere. Ansonsten Nieren und ableitende Harnwege regelrecht. Beschriebenes Weichteilplus im Gallenblasenfundus nicht abgrenzbar. Kein Korrelat für die rechtsseitigen Flankenschmerzen. - CT-Abdomen 10/2021: die vier fettisodensen Raumforderungen in der rechten Niere sind passend zu Angiomyolipomen, DD Lipome. Keine Urolithiasis. Im Seitenvergleich zeigte sich das rechte NBKS leicht dilatiert und das Fettgewebe um das NBKS ist obliteriert. Bei auch unscharfer Darstellung der gesamten Berandung des NBKS sei am ehesten von einem entzündlichen Prozess, DD chronische Pyelitis, auszugehen. Eine umschriebene und dringend malignomsuspekt Raumforderung sei nicht ersichtlich. - unklare rechtsseitige Flankenschmerzen - keine Besserung durch empirische Bactrim-Gabe 11/2021 und Prednison-Therapie 12/2021 - keine urologische Ursache eruierbar - Labor 12/2021: bland - Urinkultur 01/2022: kein relevantes Keimwachstum

Die Ärzte führten aus, dass beim gutartigen Befund keine weitere Therapie indiziert sei und die Beschwerdeführerin lediglich für jährliche sonographische Verlaufskontrollen aufgebeten werde. Im Weiteren lasse sich keine urologische Ursache für die rechtsseitigen Flankenschmerzen objektivieren (S. 3). 5. 5.1

Im Vergleich zu den seit der letzten abweisenden Verfügung vom 29. September 2015 (Urk. 6/81) eingegangenen Berichten ist keine revisionsrechtlich wesentliche Veränderung der gesundheitlichen Situation ausgewiesen und es stehen nach wie vor die seit 2009/2010 bei der Beschwerdeführerin bestehende

depressive Störung sowie die

seit dem gleichen Zeitpunkt persistierenden Beschwerden im Bereich der Wirbelsäule respektive des Iliosakralgelenks

im Vordergrund. 5.2

5.2.1

In den Berichten der Ärzte der Universitätsklinik K.____ finden sich keine Angaben über eine massgebliche Veränderung der somatischen Situation seit September 2015 (Urk. 6/91/3-4, Urk. 6/102/24-27, Urk. 9/2). Die Ärzte wiesen viel mehr auf die seit mehreren Jahren bestehenden Beschwerden im tiefen LWS-Bereich linksbetont, im linken ISG-Bereich und im linken Trochanterbereich mit Ausstrahlung in den linken Oberschenkel dorsal respektive auf entsprechende chronische Schmerzen seit 2009 hin; die

Beschwerdeführerin berichtete ebenfalls über chronische Schmerzen im linken Bein seit 2009 (Urk. 6/91/3-4 S. 1 f., Urk. 9/2 S. 1 f.) . Die Arztpersonen gingen von einer chronischen

Lumboischialgie beziehungsweise im Sinne einer Differenzialdiagnose von einer L5-Radikulopathie links und ISG-Dysfunktion links

aus , wobei sie unter Hinweis auf ein MRI der LWS vom September 2020 eine L4/5 rezessale Einengung mit möglicherweise leichter Kompression der Nervenwurzel L5 beidseits erwähnt (Urk. 9/102/24-25 S. 1). Auch wenn im Gutachten von Dr. Z.____ vom 29. September 2014 Hinweise auf ein radikuläres Reizsyndrom verneint wurden (Urk. 6/47/1-20 S. 12), kann aus dem Umstand allein , dass sich im genannten MRI Anhaltspunkte für eine mögliche Kompression der Nervenwurzel L 5 beidseits zeigten, nicht auf eine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustands geschlossen werden. Die in Frage stehende mögliche Kompression wurde als leicht beurteilt und die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden konnten mittels chiropraktischer Manipulation, Flexions-Distraktionsmobilisation und myofaszialen Massnahmen um 60 % gelindert werden – so dass lediglich noch Restbeschwerden insbesondere bei längerem Sitzen (über eine Stunde) und Stehen bestanden (Urk. 9/102/24-25 S. 1, Urk. 9/102/26-27 S. 1 f.) – respektive mittels Nervenwurzelblocks L5 um 20 % (Urk. 9/2 S. 1). Bezüglich der Bursitis trochanterica links berichteten die Ärzte sodann von einem guten Ansprechen auf die im November 2020 durchgeführte Infiltration (Urk. 8/102/24-25 S. 1, Urk. 9/2 S. 1) . Auf eine relevante Verschlechterung der Schmerzproblematik im Bereich der linken unteren Körperseite im Vergleich zum Zustand, welchen die Beschwerdeführerin anlässlich der Begutachtung im September 2014 schilderte , lässt diese Aktenlage nicht schliessen. Dannzumal berichtete die Beschwerdeführerin über permanente Schmerzen, welche seit Oktober 2010 auf einer visuellen Analog-Skala im Bereich von sieben bis zehn fluktuiert und gar zu Bewusstlosigkeiten geführt hätten (Urk. 6/47/2).

Der Hausarzt Dr. Q.____ erwähnte in seinen Berichten vom 13. November 2019 (Urk. 6/102/12) ,

1. September 2020 (Urk. 6/91/10) und 16. Oktober 2020 (Urk. 6/19/9

eine Zunahme des lumbospondylogenen Syndroms respektive eine Verschlechterung der degenerativen Veränderungen im Bereich des Bewegungsapparates beziehungsweise der Wirbelsäule/Gelenke sowie der Depression, sprach sich aber nicht darüber aus, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustands stattgefunden hat . Er setzte sich insbesondere auch nicht mit den Fakten, wie sie sich aus den für die Renten aufhebung massgebenden medizinischen Vorakten ergaben, fundiert auseinander, was die Rechtsprechung für die Beweistauglichkeit einer medizinischen Unterlage im Revisionsverfahren voraus setzt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_418/2010 vom 29. August 2011 E. 4.2 3).

Was die vom Hausarzt postulierte Verschlechterung der depressiven Störung angeht, ist zu berücksichtigen, dass er über keinen Facharztstitel in Psychiatrie verfügt. Im Übrigen ging er unverändert von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit seit 2010 (Urk. 6/102/1-6 S. 2 Ziff. 1.3) und entsprechend ebenfalls von keiner revisionsrechtlich wesentlichen Änderung aus .

Was den Bericht der Klinik für Pneumologie am Universitätsspital F.____ vom 20. Januar 2020 (Urk. 6/101/13-15) betrifft, so ist nicht ersichtlich, dass das – bereits im Gutachten von Dr. Z.____

thematisierte (Urk. 6/47/1-20 S. 3) – Asthma bronchiale nachteilige Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin hat, nachdem der entsprechende Facharzt in funktioneller Hinsicht eine obstruktive Ventilationsstörung verneinte. Gleichermassen wurde das Vorliegen einer obstruktiven Schlafapnoe ausgeschlossen (S. 3). Ebenso wenig kann aus dem Bericht des Adipositas Zentrums am

Universitätsspital F.____ vom 11. Januar 2021 (Urk. 6/101/7-10) eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit abgeleitet werden. Im Bericht ist von einem guten Resultat seit der Einsetzung des Magenbypasses am 25. Mai 2020 – inklusive Gewichtsreduktion von 26 kg –

die Rede (S. 1), wobei sich insbesondere auch die Schluckstörungen (Disphagie) unter entsprechender Medikamenteneinnahme eingestellt hätten (S. 3).

Beim im Bericht erwähnten Hypophysenadenom handelt es sich um ein inaktives Mikroadenom ohne Hinweise auf eine Hypophysenvorderlappeninsuffizienz oder einen Hormonexzess (S. 1). Gleiches gilt bezüglich der Berichte der Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie sowie der Klinik für Urologie am Universitätsspital F.____ vom 16. Februar 2021 (Urk. 6/102/28-29)

und 10. Januar 2022 (Urk. 9/4), wonach sich eine stabile Lebersteatose, der Verdacht auf einen Gallenblasenpolypen im Fundus sowie ein gutartiger Nierenbefund ohne Notwendigkeit einer therapeutischen Behandlung zeigten. Mit Bericht vom 14. April 2021 sprach sich Dr. med. L.____, FMH für Allgemeine Innere Medizin sowie Endokrinologie-Diabetologie, Klinik für Endokrinologie, Diabetologie am Universitätsspital F.____, sodann explizit gegen eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus endokrinologischer Sicht und für eine gute Prognose aus (Urk. 6/100/5).

Dass und inwiefern sich aus gesundheitlicher Sicht eine anspruchrelevante Veränderung beziehungsweise Verschlechterung des somatischen Gesundheitszustands ergeben haben soll, geht schliesslich auch aus den Eingaben der Beschwerdeführerin vom 15. November 2021 und 25. Februar 2022 (Urk. 1,

Urk. 8) nicht hervor. 5.2.2

Im Weiteren ist auch hinsichtlich des psychischen Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin keine Veränderung ausgewiesen. Weder Dr. G.____ noch Dr. R.____ thematisierten eine Verschlechterung der

gesundheitlichen Situation seit September 2015. Dr. R.____ hielt am 18. April 2021 lediglich fest, dass es trotz medikamentöser Umstellung zu keiner Besserung des psychischen Zustandsbilds gekommen sei und dass sich gemäss Angaben der Beschwerdeführerin nach den drei stationären Aufenthalten (2010, 2012 und 2013) nichts an ihrem Zustand verändert habe (Urk. 6/101/1-6 S. 2 Ziff. 2.1).

Anlässlich der Konsultation vom 11. Januar 2021 im Adipositas Zentrum des Universitätsspitals F.____ erklärte die Beschwerdeführerin dagegen gar, dass es ihr seit der Steigerung von Brintellix im Dezember 2020 von 10 auf 20 mg psychisch gut gehe. Die Steigerung sei erfolgt, weil es ihr häufig im Winter – mithin vorübergehend (vgl. dazu

auch: Urk. 6/47/33)

– nicht so gut gehe (Urk. 6/101/8). Bereits anlässlich der Konsultation vom 16. September 2020 wurde die Psyche anamnestisch als gut bezeichnet (Urk. 6/102/14).

Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdeführerin in den Jahren 2018 bis 2020 bloss fünf respektive vier Behandlungen pro Jahr bei Dr. R.____ (Urk. 6/101/1-6 S. 2 Ziff. 1.2)

wahrgenommen und nur alle zwei Monate Dr. G.____ besucht

hatte (Urk. 1), was gegen einen hohen Leidensdruck der Beschwerdeführerin beziehungsweise eine wie von Dr. R.____ diagnostizierte schwere depressive Episode spricht. Dass die von Dr. R.____

erhobenen Befunde sodann ganz wesentlich auf den teilweise unverlässlichen Angaben der Beschwerdeführerin beruhen, zeigt sich darin, dass die angeführte, angeblich seit Jahren bestehende ausgeprägte Schlaflosigkeit (Urk. 6/101/3) im Widerspruch zu den Angaben der Beschwerdeführerin anlässlich der Behandlung in der Klinik für Pneumologie des Universitätsspitals F.____ vom 20. Januar 2020 steht, wonach sie pro Nacht zwar dreimal wegen Nykturie aufwache, jedoch

an keinen Einschlafstörungen leide und regelmässige Ruhezeiten von neun Stunden aufweise (Urk. 6/101/13). Gegen eine dauerhafte Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes im Vergleich zu September 2015 spricht auch die Reduktion der psychopharmakologischen Behandlung auf Brintellix (Urk. 6/101/3). Offensichtlich wurde nicht sowohl das noch im September 2014 verabreichte Neuroleptikum Seroquel 200 mg (vgl. Urk. 6/47/33) als auch das im Bericht von Dr. G.____ vom 27. August 2020 angeführte Antidepressivum Remeron sowie das Benzodiazepin Klonazepam (Urk. 6/99/1) nicht (mehr) als indiziert erachtet. Sodann ist den RAD-Ärzten zu folgen (Stellungnahme vom 7. Mai 2021, Urk. 6/110/5), wenn sie sich dafür aussprechen, dass die von

Dr. R.____

angeführten Befunde (Urk. 6/101/3)

nicht die erforderlichen Kriterien für eine schwere depressive Episode gemäss der internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) erfüllen, verlangt doch die Diagnose gemäss ICD-F33.2 unter anderem, dass mindestens acht der für eine leichte und mittelgradige Episode typischen Symptome und zumindest einige davon besonders ausgeprägt vorliegen müssen (Dilling / Mombour / Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 10. Aufl. 2015, S. 169 f.).

Die Beschwerdeführerin beschränkte sich schliesslich in ihren Eingaben vom 15. November 2021 und 25. Februar 2022 (Urk. 1, Urk. 8) lediglich auf den pauschalen Hinweis, dass sich ihr psychischer Zustand in der Zwischenzeit verschlechtert habe. Sie legte indes nicht dar, inwiefern und seit wann sich die bereits bei Erlass der rentenabweisenden Verfügung vom 29. September 2015 (Urk. 6/81) bestehende Depressions-Symptomatik effektiv verschlechtert hat. 5.3

Zusammenfassend ist nach dem Ausgeführten

eine anspruchsrelevante gesundheitliche Verschlechterung

im hier massgebenden Beurteilungszeitraum nicht er stellt und von weiteren Abklärungen ist in antizipierter Beweiswürdigung (vgl. BGE 124 V 90 E. 4b, 122 V 157 E. 1d, 136 I 229 E. 5.3) kein anderes Ergebnis zu erwarten. Es ist nach wie vor davon auszugehen, dass der Beschwerdeführerin die Ausübung ihrer angestammten Tätigkeit im Umfang von 100 % zumutbar ist. Die Beschwerdeführerin ist in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, dass bei diesem Ergebnis nicht die von ihr geklagten Beschwerden und die von den behandelnden Ärzten gestellten Diagnosen

in Frage gestellt werden. Im vorliegenden Neuanmeldeverfahren steht indes die Frage nach einer allfälligen Veränderung des Gesundheitszustands seit der Verfügung vom 29. September 2015 im Vordergrund, weshalb insbesondere Arztberichte, welche vor diesem Zeitpunkt verfasst worden sind (vgl. Urk. 3/6-14, Urk. 3/16-20, Urk. 6/91/1-2, Urk. 6/91/11-12, Urk. 6/91/18, Urk. 6/99/3-5, Urk. 6/101/19-24, Urk. 6/102/18-19, Urk. 6/106/18-23), im hiesigen Verfahren nicht relevant sind.

Die angefochtene Verfügung erweist sich demnach als rechtsens, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 6.

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 600.-- 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: - X.____ - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage je einer Kopie von Urk. 8 und Urk. 9/1-4 - 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 Gräub-Schleiffer Marais

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