

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00011 vom 17. November 2022

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-11-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2022.00011

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00011 du 17 novembre 2022

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00011 del 17 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 nach folgend auch in dieser Fassung zitiert werden (vgl. statt vieler: Urteile des Bundesgerichts 8C_251/2022 vom 11. Juli 2022 E. 3.1 und 8C_804/2021 vom 1. Juni 2022 E. 2.2).

E. 1.2

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.3

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art.

E. 1.4

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanschuldung 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).

Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zuschuldung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen). 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. 1.5

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).

E. 1.6

Die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Art. 59 Abs. 2 bis IVG). Nach Art. 49 IVV beurteilen die RAD die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs. Die geeigneten Prüfmethode können sie im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz und der allgemeinen fachlichen Weisungen des Bundesamtes frei wählen (Abs. 1). Die RAD können Versicherte bei Bedarf selber ärztlich untersuchen. Sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest (Abs. 2; Urteil des Bundesgerichts 9C_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweis auf BGE

135 V 254 E. 3.3.2).

Die Funktion interner RAD-Berichte besteht darin, aus medizinischer Sicht gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen sei. Sie würdigen die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht (Urteil des Bundesgerichts 9C_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweisen).

Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxismässigen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1) genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (BGE 137 V 210 E. 1.2.1). Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 E. 8.5, 142 V 58 E. 5.1 mit Hinweisen).

2.

E. 2

Die Versicherte erhob am 10. Januar 2022 Beschwerde gegen die Verfügung vom 22. November 2021 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihr eine ganze Invalidenrente zuzusprechen. Eventualiter sei ihr eine Teilrente zuzu sprechen (Urk. 1 S. 2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 23. Februar 2022 (Urk. 9) die Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 28. Februar 2022 (Urk. 11) zur Kenntnis gebracht wurde. Mit Eingabe vom 25. Mai 2022 (Urk. 12) reichte die Beschwerdeführerin weitere Berichte (Urk. 13/1-2) ein. Diese wurden der Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 22. August 2022 (Urk. 14) zur Kenntnis gebracht und gleichzeitig wurde der Beschwerdeführerin antragsgemäss (vgl. Urk. 1 S. 2) die unentgeltliche Prozessführung bewilligt. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin verneinte einen Rentenanspruch mit der Begründung, dass der Beschwerdeführerin zwar weiterhin kein Vollzeitpensum zumutbar sei, die neue Diagnose jedoch keine Einschränkung in der Tätigkeit als Juristin begründe. Eine Verschlechterung der funktionellen Leistungsfähigkeit liege weiterhin nicht vor. Der Beschwerdeführerin sei unverändert eine Tätigkeit als Juristin mit erhöhtem Pausenbedarf von 20 % zumutbar, was einem Invaliditätsgrad von 20 % entspreche. Der RAD habe sich intensiv mit den neuen medizinischen Akten, auch mit der neuen Diagnose des chronischen Müdigkeitssyndroms, auseinandergesetzt. Er halte klar fest, dass die Beschwerden dem psychopathologischen Befund des Gutachtens aus dem Jahr 2017 entsprächen. Die Beschwerdeführerin erwähne selber, dass die Beschwerden seit dem Jahr 2006 bestünden, allerdings die Diagnose nie gestellt worden sei. Es handle sich somit um eine andere Beurteilung desselben

Sachverhaltes (vgl. Urk. 2 S. 1 f.).

E. 2.2

Demgegenüber stellte sich die Beschwerdeführerin im Wesentlichen auf den Standpunkt, dass seit dem Krankheitsausbruch im Jahr 2006 mehrere Diagnosen gestellt sowie Medikamente und Therapien verordnet worden seien. Die intensiven Therapien und die Medikamenteneinnahme hätten zu keiner Verbesserung des Krankheitsbildes geführt, sondern die körperlichen und kognitiven Beschwerden verschlechtert. Erst im Juni 2019 sei ein Chronic Fatigue Syndrom (CFS) diagnostiziert worden. Dies erkläre ihre körperlichen und kognitiven Beschwerden. Es handle sich nicht um eine andere Beurteilung desselben Sachverhaltes. Die Beschwerdegegnerin habe das CFS als eigenständige Krankheit anzuerkennen und entsprechende medizinische Abklärungen vorzunehmen (vgl. Urk. 1 S. 6 f.).

E. 2.3

Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung der Beschwerdeführerin vom 7. Dezember 2020 (Urk. 10/267) eingetreten, weshalb es zu prüfen gilt, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der rentenaufhebenden Verfügung vom 26. März 2018 (Urk. 10/247) insofern verändert hat, dass nunmehr wieder ein Anspruch auf eine Invalidenrente besteht (vorstehend E. 1.4). 3.

Das hiesige Gericht stütze sich im

Urteil vom 28. November 2019 (Prozess Nr. IV.2018.00406, Urk. 10/262) – bestätigt durch das Urteil des Bundesgerichts vom 22. September 2020 (Urk. 10/266) – in medizinischer Hinsicht auf das polydisziplinäre Gutachten der Ärzte des Zentrums A.____ vom 15. März 2017 (vgl. Erwägung

5.2 des genannten Urteils). Die Ärzte

stellten

in ihrem Gutachten (Urk. 10/223) folgende Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 101 Ziff. 6.1): - bewegungs- und belastungsabhängige intermittierend ausgeprägte lumbovertbrale Schmerzen mit/bei: - postoperativer 2/3-Chondrose mit Spondylarthrose L4/5, betont L5/S1 beidseits bei Status nach mikrochirurgischer Hemilaminektomie L5 links mit Flavektomie und Dekompression L5/S1 links am 22. August 2013 - residueller Radikulopathie S1 links

Sodann nannten sie folgende Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 101 Ziff. 6.2): - Hypercholesterinämie - Spinalkanalstenose bei C4/5 und C5/6 ohne Hinweise auf radikuläre Schädigung oder Läsion des Myelons - spezifische isolierte Phobien (ICD-10 F40.2) - chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - Dysthymia (ICD-10 F34.1)

Die chirurgisch-internistische Untersuchung sei altersentsprechend unauffällig, ohne Hinweise für eine Links- oder Rechtsherzinsuffizienz oder für eine Lungenerkrankung. Auch im Abdominalstatus lasse sich kein pathologischer Befund erheben. Die im Neurostatus angegebene Hypästhesie am linken Bein lasse sich keinem Dermatome zuordnen. Der fehlende Achillessehnenreflex (ASR) links entspreche einer residuellen S1-Symptomatik. Korrelierend dazu fänden sich mit Ausnahme einer Erythrozytose und einer Hypercholesterinämie durchwegs Normalwerte in den Laboruntersuchungen. Das

Elektrokardiogramm (EKG) zeige einen unauffälligen Erregungsablauf und die Spirometrie liefere keine Hinweise für eine obstruktive oder restriktive Ventilationsstörung. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit lasse sich weder in der bisherigen Tätigkeit noch in einer Verweiltätigkeit begründen (S. 106 f.).

Bei der rheumatologischen Untersuchung würden Missempfindungen mit Dysästhesien und einer Oberflächensensibilitätsabnahme im Bereich des linken Fusses persistieren. Die segmentale Untersuchung bestätige den guten Verlauf mit jedoch Hinweisen für eine Belastbarkeitseinschränkung und einem zumindest angedeuteten Schonverhalten. Die weitere klinische Untersuchung sei unauffällig und schmerzfrei. Ebenso fehle eine Pseudohalbseitensymptomatik. Die radiologisch dokumentierten Veränderungen an der Halswirbelsäule (HWS) entsprächen geringen Degenerationen ohne neurogene Beeinträchtigung. Aus rheumatologischer Sicht bestehe eine 80%ige Arbeitsfähigkeit in einer wirbelsäulenschonenden Tätigkeit mit Wechsel zwischen sitzenden und stehenden Abläufen, wobei die sitzenden Positionen dominieren sollten. Die bisherige Tätigkeit als Juristin entspreche diesem Belastungsprofil (S. 107).

Die neurologische Untersuchung ergäbe Hinweise auf eine leichte residuelle Wurzelschädigung S1 links. Ein radikulärer Schmerz bestehe aktuell nicht. Die angegebene Hypästhesie und Hypalgesie des linken Beines lasse sich organisch nicht erklären. Hinsichtlich der Nackenschmerzen zeige sich bildgebend in den Segmenten C4/5 und C5/6 eine Einengung des Spinalkanals. In der aktuellen Untersuchung hätten keine objektivierbaren Schädigungszeichen von zervikalen Nervenwurzeln oder des Myelons gefunden werden können. Die Gesichtsschmerzen könnten nicht erklärt werden. Eine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit bestehe weder in der bisherigen noch in einer angepassten Tätigkeit (S. 107).

Die neuropsychologische Exploration lasse auf ein Aggravationsverhalten der Beschwerdeführerin schliessen. Die Ergebnisse der Leistungstests könnten daher nicht ausgewertet werden und würden keine verwertbaren neuropsychologischen Befunde liefern. Eine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit könne daher nicht vorgenommen werden (S. 107 f.).

Aus psychiatrischer Sicht würden sich im psychopathologischen Befund Symptome einer affektiven Störung sowie Ängste im Sinne von panikähnlichen Zuständen und posttraumatisch anmutende Ängste zeigen. Gemäss Mini-ICF-APP sei die Beschwerdeführerin in der Partizipation und Aktivität nicht eingeschränkt. Ein subjektives Schmerzsyndrom stehe im Vordergrund. Die Kriterien für eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.4) seien erfüllt. Das Ausmass der Erkrankung sei leicht ausgeprägt. Die Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS; ICD-10 F43.1) seien nicht erfüllt. Eine Dysthymia (ICD-10 F34.1) liege vor. Ob eine depressive Störung bestehe, könne aufgrund des Aggravationsverhaltens nicht festgestellt werden. Die Kriterien einer spezifisch isolierten Phobie (ICD-10 F40.2) seien erfüllt. Aufgrund des weitgehend intakten psychosozialen Funktionsniveaus sei die Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht zu 100 % arbeitsfähig (S. 108).

Zusammenfassend kamen die Gutachter zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin aufgrund der rheumatologischen Befunde in der bisherigen Tätigkeit als Juristin sowie in sämtlichen wirbelsäulenschonenden Tätigkeiten mit Wechsel zwischen sitzenden und stehenden Abläufen, wobei die sitzenden Positionen dominieren sollten, aufgrund der

vermehrt notwendigen Pausen zu 80 % arbeitsfähig sei. Aus internistischer, neurologischer und psychiatrischer Sicht sei sie in sämtlichen Tätigkeiten vollständig arbeitsfähig. Aus neuropsychologischer Sicht könne aufgrund des aggravierenden Verhaltens keine Einschätzung vorgenommen werden. Das aus rheumatologischer Sicht ermittelte Belastbarkeitsprofil gelte seit der aktuellen Begutachtung, dasjenige aus psychiatrischer Sicht seit jeher (S.

109 ff. Ziff. 7.5-7.8). Aus somatischer Sicht sei eine Verbesserung eingetreten. Die Beschwerdeführerin sei am 22. August 2013 operiert worden (mikrochirurgische Hemilaminektomie L5, Flavektomie und Dekompression der Wurzel L5/S1). Aus psychiatrischer Sicht sei der Gesundheitszustand unverändert, wobei dieser anders beurteilt werde als im Gutachten vom 3. September 2012 (S. 111 f. Ziff. 8). Die invaliditätsfremden psychosozialen Belastungsfaktoren seien bei der Beurteilung berücksichtigt worden (S. 112 unten). Die aus rheumatologischer Sicht attestierte 80%ige Arbeitsfähigkeit könne nicht mehr gesteigert werden. Bei einigen Teilgutachten sei teilweise aggravierendes Verhalten sowie eine Selbstlimitierung festgestellt worden (S. 113). 4. 4.1

Seit der rentenaufhebenden Verfügung vom 26. März 2018 (Urk. 10/247) sind die folgenden medizinischen Berichte zu den Akten genommen worden: 4.2

Dem Bericht der Ärzte des Universitätsspitals B.____, Klinik für Konsiliarpsychiatrie und Psychosomatik, vom 26. Juni 2019 (Urk. 10/273/2-4 = Urk. 10/278/2-4 = Urk. 10/280) sind folgende Diagnosen zu entnehmen (S. 1): - chronisches Müdigkeitssyndrom (Chronic Fatigue Syndrome, CFS), Differentialdiagnose (DD): Neurasthenie (ICD-10 F48.0) - Angst und depressive Störung, gemischt (ICD-10 F41.2) - Verdacht auf PTBS (ICD-10 F43.1)

Bei der Beschwerdeführerin lasse sich seit dem Jahr 2006 infolge einer Lungeninfektion eine chronische Müdigkeit begleitet von verschiedenen körperlichen, vegetativen und psychischen Beschwerden feststellen. Für das chronische Müdigkeitssyndrom beziehungsweise eine Neurasthenie sprächen die substantielle Beeinträchtigung in der Fähigkeit alltägliche, berufliche, soziale und persönliche Aktivitäten zu absolvieren aufgrund einer starken Müdigkeit, wiederkehrend seit dem Jahr 2006, mit Ein- und Durchschlafstörungen, unerholsamen Schlaf, Konzentrationsschwierigkeiten, Unwohlsein nach Anstrengungen, Lymphknotenschwellung, Muskelschmerzen und Schwindel mit Verdacht auf orthostatische Intoleranz. Es liege zudem eine ängstliche und depressive Symptomatik im Rahmen einer gemischten Angststörung (ICD-10 F41.2) vor. Die Kriterien für eine eigenständige depressive Störung würden derzeit nicht hinreichend erfüllt. Aktenanamnestisch bestehe ausserdem der Verdacht auf eine PTBS (ICD-10 F43.1; S. 1). 4.3

Med. pr. act. C.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Universitätsspital B.____, Institut für komplementäre und integrative Medizin, nannte mit Bericht vom 7. März 2020 (Urk. 10/273/5-

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art.

E. 8

= Urk. 10/281) die folgenden – hier gekürzt auf geführten – Diagnosen (S. 1 f.): - CFS ; DD: Neurasthenie (ICD-10 F48.0) - rezidivierende Infekte der oberen Atemwege - Angst und depressive Störung, gemischt (ICD-10 F41.2) - Verdacht auf PTBS (ICD-10 F43.1) - Lendenwirbelsäulen (LWS) -Syndrom - Desensibilisierung vom Soforttyp I auf Milben und Pollen - subsolider Nodulus (5 mm) apikaler Oberlappen rechts

Insgesamt habe sich unter wiederholter nauraltherapeutischer Intervention in Kombination mit anatomisch -regulierenden Behandlungsmassnahmen nur jeweils ein kurzer Benefit im Sinne eines krampflösenden Gefühls mit konsekutiver Schmerzlinderung gezeigt. Die Situation lasse sich bisher nicht dauerhaft stabilisieren (S. 4). 4.4

Mit Bericht vom 9. März 2020 (Urk. 10/273/9-

E. 11

= Urk. 10/279) erwähnten die Ärzte des Universitätsspitals B.____, Klinik für Immunologie, die folgenden – hier gekürzt aufgeführten – Diagnosen (S. 1 f.): - rezidivierende Infekte der Atemwege - atopische Diathese - CFS - subsolider Nodulus (5 mm) apikaler Oberlappen rechts - Angst und depressive Störung, gemischt (ICD-10 F41.2) - Verdacht auf PTBS (ICD-10 F43.1) - LWS-Syndrom - anamnestisch Laktoseintoleranz

Die Zuweisung sei zu weiterer Abklärung bei Verdacht auf einen Immundefekt erfolgt. Immunserologisch finde sich bei normwertigen Immunglobulinen und regelrechter Lymphozytensubpopulation

kein Anhalt einer humoralen oder zellulären Immundefizienz . Es zeige sich eine atopische Diathese ohne subjektiv empfundene Allergie-assoziierte Beschwerden, ausser gegebenenfalls eine nasale Congestion (S. 2). 4.5

Dr. med. D.____, praktische Ärztin, bestätigte mit Schreiben vom 10. Februar 2021 (Urk. 10/273/1), dass die Beschwerdeführerin aktuell maximal zu 20 bis 30 % arbeitsfähig sei und sich somit ihre Arbeitsfähigkeit seit dem Jahr 2018 deutlich verschlechtert habe. Die Verschlechterung habe zu weiteren Abklärungen geführt, wobei die Diagnose myalgische Enzephalomyelitis (ME)/CFS gestellt worden sei. 4.6

Mit Bericht vom 11. März 2021 (Urk. 10/277) erklärte med. pract .

C.____, dass der bisherige Fokus der Konsultationen auf den rezidivierenden Schmerzen im Gesicht sowie insbesondere in der Hals- und Brustwirbelsäulenregion gelegen habe. Ein probiotischer Therapieversuch zur Stabilisierung der Infektneigung

bronchopulmonal habe keinerlei Wirkung gezeigt. Es bestehe derzeit kein neuer Ansatz zur Besserung der manifesten Erschöpfung/Fatigue, welche sich in unveränderter Weise präsentiere und die Beschwerdeführerin im Alltag massiv einschränke (S. 2). 4.7

Dr. D.____ gab mit Bericht vom 29. April 2021 (Urk. 10/282) an, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin verschlechtert habe und sie folgende Diagnosen stellen könne (S. 1 Ziff. 1.1-1.2): - ME/CFS ; DD: Neurasthenie (ICD-10 F48.0) - Angst und depressive Störung, gemischt (ICD-10 F41.2) - Verdacht auf PTBS (ICD-10 F43.1)

Alle Symptome beständen wahrscheinlich seit Jahren. Die Diagnosestellung ME/CFS sei im Jahr 2019 erfolgt (S. 1 Ziff. 1.2). Die bisherige sowie eine angepasste Tätigkeit seien der Beschwerdeführerin vor dem Jahr 2017 zu zirka 50 % zumutbar gewesen. Aktuell

bestehe eine maximal 30 % ige Gesamtleistungsfähigkeit bei stark schwankender Leistungsfähigkeit (S. 1 Ziff. 1.3, Ziff. 2.1). Zur Erhaltung der 30%igen Leistungsfähigkeit sei es wichtig, dass die Beschwerdeführerin ihre Arbeitszeiten individuell einteilen könne (S. 2 Ziff. 2.2). Es liege eine chronische, eher progrediente Erkrankung vor. Eine Besserung sei nicht zu erwarten (S. 2 Ziff. 3.3). 4.8

Med. pract. C.____ informierte mit Verlaufsbericht vom 27. Mai 2021 (Urk. 10/286) über einen stationären Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin und führte folgende Diagnosen auf (S. 1 Ziff. 1.1-1.2): - CFS - rezidivierende Infekte der oberen Atemwege - chronisches Schmerzsyndrom - fibromyalgieforme Schmerzen, generalisiert

Es bestehe seit Behandlungsbeginn eine unveränderte Situation mit CFS, Schmerzen und Infektneigung (S. 1 Ziff. 1.3). Die Frage nach der Zumutbarkeit einer beruflichen Tätigkeit könne nicht beantwortet werden (S. 2 Ziff. 2.1). Die Prognose sei unklar (S. 3 Ziff. 3.3). 4.9

Mit RAD-Stellungnahme vom 17. September 2021 erkannte Dipl. med. E.____, Facharzt für Neurologie sowie für Psychiatrie und Psychotherapie, dass sich der letzte Entscheid der Beschwerdeführerin auf das polydisziplinäre Gutachten der Ärzte des Zentrums A.____ vom 15. März 2017 gestützt habe. Wie bereits vor dem Entscheid werde weiterhin über eine erhöhte Infektanfälligkeit, über leichte depressive und Angstsymptome sowie über ein LWS-Syndrom berichtet. Diesbezüglich sei keine Veränderung zu den Vorbefunden festzustellen. Neu sei eine atopische Diathese (Allergiebereitschaft) diagnostiziert worden, welche allerdings zu keiner Einschränkung in der bisherigen Tätigkeit als Juristin führe. Ausserdem sei neuerdings ein CFS, DD: Neurasthenie (ICD-10 F48.0),

diagnostiziert worden, wobei berichtet werde, dass die Beschwerden bereits seit dem Jahr 2006 bestünden. Die Beschwerden gemäss dem Psychostatus aus dem Jahr 2019 entsprächen grundsätzlich dem psychopathologischen Befund des Gutachtens der Ärzte

des Zentrums A.____ aus dem Jahr 2017. Die Beschwerdeführerin habe anlässlich der Abklärungen angegeben, dass die Beschwerden bereits seit langem bestünden. Anhand der eingereichten Berichte könne eine Verschlechterung der funktionellen Leistungsfähigkeit nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit belegt werden. Auch eine Veränderung des Aktivitätsniveaus sei nicht belegt (vgl. Urk. 10/287 S. 4 f.). 4.10

In dem im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichten Bericht von Dr. med. F.____, Fachärztin für Anästhesiologie, Stadtspital G.____, vom 25. April 2022 (Urk. 13/1) informierte diese darüber, dass die Beschwerdeführerin seit August 2021 schmerztherapeutisch behandelt werde. Es lägen folgende Diagnosen vor (S. 1): - CFS, DD: Neurasthenie (ICD-10 F48.0) - myofasziale Schmerzen intermittierend exazerbierend - Angst und depressive Störung (ICD-10 F41.2) - Verdacht auf PTBS (ICD-10 F43.1)

Die Beeinträchtigung im Alltag sei erheblich. Die Beschwerdeführerin leide unter Ein- und Durchschlafstörungen, wechselnden myofaszialen Schmerzen im Schulter-/Nackengebiet sowie Konzentrationsschwierigkeiten im Alltag. Hinzu komme eine schnelle Erschöpfung mit zeitweise auftretendem Schwindel. Es bestehe zusätzlich eine ängstliche und depressive Symptomatik. Die Schmerzbehandlung gestalte sich symptomorientiert stabilisierend im multimodalen Ansatz (S. 1). 4.11

Dem ebenfalls im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichten Bericht der Ärzte des Universitätsspitals B.____, Klinik für Konsiliarpsychiatrie und Psychosomatik, vom 13.

Mai 2022 (Urk. 13/2) ist zu entnehmen, dass im Mai 2019 in der hiesigen Sprech stunde ein CFS diagnostiziert worden sei. Für das CFS beziehungsweise die Neurasthenie (ICD-10 F48.0) sprächen weiterhin die bestehende substanzielle Beeinträchtigung in der Fähigkeit , alltägliche, soziale, berufliche und private Angelegenheiten beziehungsweise Aktivitäten zu absolvieren . Dies aufgrund einer persistierenden Erschöpfungssymptomatik wiederkehrend seit dem Jahr 2006, mitunter der unerholsame Schlaf, die postexertionelle Malaise und die kognitiven Einbussen. Hinweise für eine orthostatische Dysregulation ergäben sich derzeit nicht eindeutig. Dazu lägen mit körperlichen und psychosozialen Stressoren prädisponierende, auslösende und aufrechterhaltende Faktoren vor. Die Kriterien für das CFS beziehungsweise die ME seien hinreichend erfüllt. Der damalige Verdacht auf eine PTBS habe sich nicht bestätigt. Die Kriterien hierfür seien nicht hinreichend erfüllt (S. 1). 5. 5.1

Anhand der vorliegenden Akten lässt sich keine seit der im Jahr 2018 erfolgten Rentenaufhebung eingetretene relevante Veränderung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin feststellen . Es wird weiterhin über eine erhöhte Infektanfälligkeit , über ein LWS-Syndrom sowie über leichte depressive und Angstsymptome

berichtet. Diesbezüglich lassen sich keine Veränderungen zu den Vorbefunden feststellen. Die im Zusammenhang mit den rezidivierenden Infektionen der Atemwege erfolgte immunologische Abklärung ergab keinen Hinweis auf eine humorale oder zelluläre Immundefizienz (vgl. Urk. 10/279 S. 2). Soweit durch die immunologischen Fachärzte sodann eine atopische Diathese ohne subjektiv empfundene Allergie-assoziierte Beschwerden

diagnostiziert wurde (vgl. Urk. 10/279 S. 1), führt diese in offensichtlich er Weise

zu keiner Einschränkung in der bisherigen Tätigkeit als Juristin , was auch RAD-Arzt Dipl. med. E.____ zutreffend festhielt (vgl. Urk. 10/287 S. 5). Neue fachärztliche Berichte aus rheumatologischer oder neurologischer Sicht in Bezug auf das LWS-Syndrom finden sich nicht in den Akten. In psychiatrischer Hinsicht sind die Kriterien für eine eigenständige depressive Störung weiterhin nicht erfüllt. Aktuell wird hinsichtlich der festgestellten leichten depressiven und Angstsymptome als Diagnose eine Angst und depressive Störung, gemischt (ICD-10 F41.2), aufgelistet, wohingegen die Gutachter des Zentrums A.____ im Jahr 2017 eine Dysthymia (ICD-10 F34.1) sowie spezifische isolierte Phobien (ICD-10 F40.2) diagnostizierten (vgl. Urk. 10/223 S.

101 Ziff. 6.2, S. 108 ; Urk. 10/280 S. 1). Der von einigen Ärzten wiederum geäußerte Verdacht auf eine PTBS (ICD-10 F43.1) bestätigte sich auch aktuell nicht (vgl. Urk. 13/2 S. 1). Schon die Gutachter des Zentrums A.____ erachteten nicht sämtliche Kriterien einer PTBS (ICD-10 F43.1) als erfüllt (vgl. Urk. 10/223 S. 108); dies damals in Übereinstimmung mit den Gutachtern der MEDAS Z.____ (vgl. hierzu auch Erwägung 5.2 im Urteil des hiesigen Gerichts IV.2018.00406 vom 28. November 2019, Urk. 10/262 S. 21). 5.2

Zwar wurde durch die Ärzte des Universitätsspitals B.____

erstmalig im Juni 2019 und damit nach der erfolgten Rentenaufhebung ein CFS respektive differentialdiagnostisch eine Neurasthenie (ICD-10 F48.0) diagnostiziert (vgl. Urk. 10/280 S. 1). Wie RAD-Arzt Dipl. med. E.____

bereits zutreffend erkannte (vgl. Urk. 10/287 S. 5), entspricht der

bei der im Juni 2019 erfolgten Diagnosestellung erhobene psychische Status

der Beschwerdeführerin jedoch grundsätzlich dem anlässlich der Begutachtung durch die Ärzte des Zentrums A.____ im Jahr 2017 erhobenen psychopathologischen Befund. So wird die Beschwerdeführerin weiterhin als bewusstseinsklar und vollständig orientiert beschrieben. Es bestanden damals wie auch aktuell keine Denkstörungen, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen. Sodann wird unverändert über eine leicht gedrückte Stimmungslage sowie über Ein- und Durchschlafstörungen berichtet. Die Sprache und Psychomotorik sind weiterhin unauffällig und es finden sich auch aktuell keine Hinweise auf eine Selbst- oder Fremdgefährdung. Sodann berichtete die Beschwerdeführerin bereits im Jahr 2017 über diverse Ängste, Schmerzen, Schwindel sowie eine erhöhte Ermüdbarkeit und gab subjektiv gefühlte Beeinträchtigungen des Gedächtnisses sowie Konzentrationsstörungen an. Das von der Beschwerdeführerin jeweils beschriebene Tagesprofil lässt ferner nicht auf ein verändertes Aktivitätsniveau schliessen (vgl. Urk. 10/223 S.

80 f., S. 84 ff.; Urk. 10/280 S. 1 ff.).

Auch anhand der übrigen aktuellen Berichte lässt sich keine relevante Veränderung hinsichtlich der Befundlage feststellen

(vgl. Urk. 10/277 S. 2; Urk. 10/279 S. 2; Urk. 10/281 S. 2 ff.; Urk. 10/286 S. 1; Urk. 13/1 S. 1; Urk. 13/2 S. 1 f.). Einzig die behandelnde Hausärztin Dr. D.____ erwähnte eine seit dem Jahr 2018 eingetretene Reduktion der verbliebenen Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin, gab allerdings ebenfalls an, dass alle Symptome wahrscheinlich seit Jahren vorlägen (vgl. Urk. 10/273/1; Urk. 10/282 S. 1 Ziff. 1.1-1.2).

Schliesslich ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin selbst erwähnte, dass die Beschwerden bereits seit dem Jahr 2006 bestünden, jedoch die Diagnose nie gestellt worden sei (vgl. Urk. 1 S. 6 f.). Weder

eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt, um auf einen verbesserten oder verschlechterten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist vielmehr eine veränderte Befundlage. Eine solche liegt vorliegend – wie soeben aufgezeigt – gerade nicht vor, womit es sich um eine lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes handelt, welche im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich bleibt (vorstehend E. 1.4). 5.3

Nach dem Gesagten liegt

somit keine relevante Veränderung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin vor, sondern es handelt sich vielmehr um eine andere Beurteilung desselben Sachverhaltes. Auch eine revisionsrechtlich allenfalls relevante Sachverhaltsänderung in erwerblicher Hinsicht ist nicht ersichtlich. Die Beschwerdegegnerin hat einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin somit zu Recht verneint.

Die angefochtene Verfügung erweist sich demnach als rechtmässig, 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. 700. -- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen, infolge bewilligter unentgeltlicher Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen, dies unter Hinweis auf §

E. 16

Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer). Das Gericht erkennt:
1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.____ - 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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Grieder-Martens Meierhans

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