

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00130 vom 3. Mai 2006

ZH Sozialversicherungsgericht, 2006-05-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2022.00130

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00130 du 3 mai 2006

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00130 del 3 maggio 2006

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.

E. 1.2

Gemäss Art. 87 Abs. 2 IVV muss mit einem Revisionsgesuch und gemäss Art. 87 Abs. 3 IVV mit einer Neuanschuldung glaubhaft gemacht werden, dass sich der Invaliditätsgrad anspruchrelevant verändert hat. Der versicherten Person kommt ausnahmsweise eine Beweisführungslast zu (vgl. BGE 130 V 64 E. 5.2.5). Die Eintretensvoraussetzung des Glaubhaftmachens soll verhindern, dass sich die Verwaltung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, mithin keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Revisionsgesuchen befassen muss (BGE 133 V 108 E. 5.3.1). Dies gilt auch für eine erneute Anmeldung nach einer vorangegangenen, aber befristeten Rentenzusprache (BGE 133 V 263 E. 6.1; siehe auch Frey/Mosimann/Bollinger [Hrsg.], AHVG/IVG Kommentar, 2018, Mosimann, N 20 zu Art. 17 ATSG).

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

Ist die Änderung nicht glaubhaft gemacht, wird auf das Revisionsgesuch oder die erneute Anmeldung nicht einzutreten (BGE 133 V 64 E. 5.2.5). Dabei wird die Verwaltung unter anderem zu berücksichtigen haben, ob die frühere Verfügung nur kurze oder schon längere Zeit zurückliegt, und dementsprechend an die Glaubhaftmachung höhere oder weniger hohe Anforderungen stellen. Insofern steht ihr ein gewisser Beurteilungsspielraum zu, den das Gericht grundsätzlich zu respektieren hat. Daher hat das Gericht die Behandlung der Eintretensfrage durch die Verwaltung nur zu überprüfen, wenn das Eintreten streitig ist, das heisst wenn die Verwaltung gestützt auf Art. 87 Abs.

E. 1.3

Die Versicherte meldete sich am 28. August 2007 abermals zum Leistungsbezug an (Urk. 11/135). Wiederum klärte die IV-Stelle die medizinische sowie erwerbliche Situation ab und erteilte der Versicherten mehrere Kostengutsprachen für Integrationsmassnahmen (Urk. 11/195; Urk. 11/205; Urk. 11/210; Urk. 11/217 ; Urk. 11/247). Die beruflichen Massnahmen wurden per 31. Dezember 2009 abgebrochen (vgl. Mitteilung vom 5. Januar 2010, Urk. 11/256). In der Folge tätigte die IV-Stelle weitere Abklärungen und veranlasste insbesondere ein polydisziplinäres

Gutachten, welches am 2. August 2010 erstattet wurde (Urk. 11/263), sowie eine Abklärung der beeinträchtigten Arbeitsfähigkeit in Beruf und Haushalt, über welche am 13. Januar 2011 berichtet wurde (Urk. 11/267). Mit Verfügungen vom

E. 1.4

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und zur prozessualen Revision (BGE 133 V 108 E. 5.4). Dabei braucht es sich nicht um eine formelle Verfügung (Art. 49 ATSG) zu handeln. Ändert sich nach durchgeführter Rentenrevision als Ergebnis einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs nichts und eröffnet die IV-Stelle deswegen das Revisionsergebnis gestützt auf Art. 74ter

lit. f IVV auf dem Weg der blossen Mitteilung (Art. 51 ATSG), ist im darauf folgenden Revisionsverfahren zeitlich zu vergleichender Ausgangssachverhalt derjenige, welcher der Mitteilung zugrunde lag (Urteil des Bundesgerichts 9C_599/2016 vom 29. März 2017 E. 3.1.2 unter Hinweis auf 8C_441/2012 vom 25. Juli 2011)

E. 1.5

Die Versicherte stellte am 1. Mai 2021 erneut einen Antrag auf Erhöhung der Invalidenrente (Urk. 11/408). Mit Schreiben vom 7. Mai 2021 (Urk. 11/410) forderte die IV-Stelle die Versicherte auf, bis spätestens am 30. Juni 2021 weitere aktuelle Beweismittel zur Prüfung des Anspruchs einzureichen, unter Androhung, dass ansonsten auf das Gesuch nicht eingetreten werde. Daraufhin wurden mehrere Berichte (Urk. 11/411) eingereicht.

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 11/416; Urk. 11/428; Urk. 11/438), in dessen Rahmen weitere Berichte (Urk. 11/437) eingingen, trat die IV-Stelle mit Verfügung vom

E. 2

Die Versicherte erhob am 1. März 2022 Beschwerde gegen die Verfügung vom 27. Januar 2022 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben, und es sei ihr eine ganze Invalidenrente zuzusprechen. Eventuell sei die Angelegenheit zur weiteren Abklärung betreffend die Arbeitsunfähigkeit an die Vorinstanz zurückzuweisen. In prozessualer Hinsicht beantragte sie die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung (Urk. 1 S. 2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 21. April 2022 (Urk. 10) die Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 26. April

2022 (Urk. 12) zur Kenntnis gebracht wurde. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin hielt in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) im Wesentlichen fest, dass die Beschwerdeführerin seit dem 1. September 2007 eine halbe Invalidenrente beziehe. Mit Mitteilung vom 2. März 2020 sei die letztmalige IV-Revision abgeschlossen worden. Der Anspruch auf eine halbe Invalidenrente sei weiterhin ausgewiesen gewesen. Anhand der im Rahmen des Revisionsgesuchs vom 3. Mai 2021 eingereichten ärztlichen Berichte sei keine Veränderung des Gesundheitszustandes ausgewiesen. Auf das neue Gesuch könne daher nicht eingetreten werden (S. 1 ff.).

E. 2.2

Demgegenüber stellte sich die Beschwerdeführerin im Wesentlichen auf den Standpunkt, die Beschwerdegegnerin überstrapaziere die Anforderungen, welche an die Glaubhaftmachung einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes und damit verbunden der Arbeitsfähigkeit zu stellen seien. Es dürfe erwartet werden, dass diese in der Lage sei, die Auswirkungen der diagnostizierten Leiden auf die Arbeitsfähigkeit abzuschätzen. Wenn den zuständigen Sachbearbeitenden die nötigen medizinischen Kenntnisse fehlen würden, so habe die Beschwerdegegnerin einen Vertrauensarzt beizuziehen. Sie sei seit sieben Jahren nicht mehr in einen Arbeitsprozess integriert. Die Versuche, sie im Rahmen einer geschützten Arbeitsstelle in den Arbeitsprozess einzuführen, seien gescheitert. In Kenntnis dieses Verlaufes und der im Arztbericht von Dr. med. Y.____ aufgeführten medizinischen Leiden sollte es für fachkundige Personen ohne weiteres nachvollziehbar sein, dass sie heute zu 100 % arbeitsunfähig sei. Gegenüber der im Jahr 2016 noch bestätigten 50%igen Arbeitsunfähigkeit habe sich eine klare Verschlechterung ergeben (S. 17 f.).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin – mangels einer glaubhaft gemachten Veränderung des Gesundheitszustandes seit der letzten medizinischen Prüfung – zu Recht nicht auf das neue Leistungsbegehren eingetreten ist.

Nicht zu prüfen ist der Antrag der Beschwerdeführerin auf Zusprache einer ganzen Invalidenrente (Urk. 1 S. 2), geht es vorliegend doch einzig um die Frage des Eintretens auf das Revisionsgesuch (vorstehend E. 1. 2). Auf das diesbezügliche Vorbringen ist daher nicht einzutreten.

E. 3

E. 3.1.2). 2.

E. 3.1

Die Zusprache einer halben Invalidenrente ab dem 1. September 2007 (vgl. Verfügungen vom 27. Juli und 19. August 2011; Urk. 11/296, Urk. 11/298) erfolgte in medizinischer Hinsicht – der Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) folgend (vgl. Urk. 11/271 S. 7) –

insbesondere gestützt auf das polydisziplinäre Gutachten der Medas Z.____ vom 2. August 2010 (Urk. 11 /263). Die Ärzte stellten dabei folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 32 Ziff. 4.1): - chronische Knieschmerzen links im Sinne eines femoropatellären Schmerzsyndroms bei nur diskreten degenerativen Veränderungen und anamnestischen Status nach Plicaresektion links 1997 - schwere neurotische

Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F48.8 und F60.8) mit/bei: - Fibromyalgie respektive chronische r Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - familiäre, juvenile, autosomal dominant vererbbar e Optikus -Atrophie

Sodann erwähnten sie mehrere Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 32 f. Ziff. 4.2). Für die bisherige Tätigkeit als Putzfrau wurde der Beschwerdeführerin eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Eine körperlich leichte bis maximal mittelschwere Tätigkeit wurde bei Beachtung des Belastungsprofils als zu 50 % zumutbar erachtet (S. 33

Ziff. 5.1-5.2).

E. 3.2

Die letzte materielle Prüfung des Rentenanspruch s (vgl. hierzu vorstehend E. 1.4) erfolgte im Rahmen des im Jahr 2015 eingeleiteten Revisionsverfahrens, wobei zunächst mit Mitteilung vom 15. Oktober 2015 (Urk. 11/369) und schliesslich nachdem die Beschwerdeführerin eine anfechtbare Verfügung verlangt hatte (vgl. Urk. 11/370) - auch mit Verfügung vom 8. April 2016 (Urk. 11/383) der Anspruch auf die bisherige halbe Invalidenrente bestätigt wurde. Die massgebende medizinische Aktenlage stellte sich wie folgt dar:

E. 3.3

Mit Schreiben vom 9. April 2015 (Urk. 11/356/8-9) diagnostizierte Dr. med. A.____ , Facharzt für Neurologie, ein beginnendes leichtes, weitgehend symmetrisches bradykinetisch -rigides Parkinson-Syndrom. Es fänden sich bild gebend keine Hinweise auf eine sekundäre Parkinsonform. Die Beschwerdeführerin habe sehr gut und prompt auf die Medikation angesprochen, weshalb die Diagnose eines idiopathischen Parkinson -Syndroms bestätigt werden könne. Eine neurologische Verlaufskontrolle werde in einem Jahr empfohlen (S. 1 f.).

E. 3.4

Dr. med. B.____ , Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, informierte mit Bericht vom 4. Juni 2015 (Urk. 11/356/6-7) über einen verschlechter ten Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin und nannte die folgenden Diagnosen (S. 1): - b eginndes Parkinson-Syndrom - i nstabile Persönlichkeitsstörung, Panikattacken (April 2012) - p anvertebrales zerviko -lumbal betontes Schmerzsyndrom mit/bei: - Diskushernie Th5/6 links, keine r Nervenwurzelkompression (März 2015) - mässiggradige r

Osteochondrose Th5-7 - Gonarthrose beidseits, links mehr als rechts mit/bei: - Verdacht auf laterale Meniskuskla sion links - Status nach Plica -Resektion links 2003 - Rhinitis allergica und Asthma bronchiale - Akne inversa Bereich Schambehaarung links - unklare Leberwerterhöhung, normale Leberhistologie März 2011 - Medikamentenunverträglichkeiten - Stressinkontinenz - Nikotinabusus

Die Beschwerdeführerin habe seit der Rentenzusprache im Jahr 2007 nach einem Sturz eine Diskushernie Th5/6 mit klinisch entsprechender Nervenwurzelreizung und neuropathischem Schmerz links, prolongiertem Verlauf mit nur langsamem Ansprechen auf die Physiotherapie erlitten. Zusätzlich sei zunehmende Erschöpfung aufgetreten. Die neurologische Abklärung habe die Verdachts diagnose eines Morbus Parkinson s bestätigt (S. 1). Es sei ihr aktuell knapp möglich , zweimal zwei Stunden pro Woche zu arbeiten. Sie werde gegenwärtig mit den entsprechenden Medikamenten eingestellt. Es zeige sich eine

leichte Verbesserung der Erschöpfung (S. 2).

E. 3.5

Dem Bericht von Dr. A. ___ vom 28. Juli 2015 (Urk. 11/363/6-8) ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin an einem leichtgradigen, weitgehend symmetrischen bradykinetisch-rigiden Parkinson-Syndrom leide (S. 1 Ziff. 1.3). Aus neurologischer Sicht sei die bisherige Tätigkeit als Kassiererin in vollem Umfang (über 8

Stunden pro Tag) möglich. Eine Verminderung der Leistungsfähigkeit bestehe nicht (S. 2 Ziff. 2.1). Es sei mit einer langsamen Zunahme der Parkinson-Symptomatik zu rechnen (S. 2 Ziff. 3.3). Die Beschwerdeführerin sei aus neurologischer Sicht voll arbeitsfähig (S. 3 Ziff. 4.1).

E. 3.6

Dr. B. ___ bestätigte in dem Bericht vom 20. August 2015 (Urk. 11/365) die bisher von ihr gestellten Diagnosen. Die Beschwerdeführerin sei aufgrund des Morbus Parkinson vor allem rascher erschöpft. Die vorbestehenden Schmerzen würden aber auch rascher arbeitseinschränkend wirken. Sie sei daher nur noch in der Lage, zwei halbe Tage pro Woche zu arbeiten. Mit einer vollständigen Wiederaufnahme der Arbeit sei nicht zu rechnen. Das Anstreben einer anderen Arbeit und damit einhergehender Leistungssteigerung sei nicht realistisch. Mit unterstützenden physiotherapeutischen Massnahmen und Antiparkinsontherapie könne der Verlust der Arbeitsfähigkeit hinausgezögert werden.

E. 3.7

Mit RAD-Stellungnahme vom 28. September 2015 kam med. pract. C. ___ , Facharzt für Arbeitsmedizin, zum Schluss, dass keine neuen gesundheitlichen Einschränkungen mit wesentlichen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vorlägen. Die Beschwerden im Bereich der Wirbelsäule seien bekannt. Eine Diskushernie ohne Nervenwurzelkompression vermöge keine länger andauernde Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu bewirken. Das neu diagnostizierte Parkinson-Syndrom habe aktuell aus neurologischer Sicht keinen wesentlichen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Somit sei aktuell aus versicherungsmedizinischer Sicht von einem unveränderten Gesundheitszustand auszugehen (Urk. 11/368 S. 3).

E. 3.8

Mit Schreiben vom 3. November 2015 (Urk. 11/372/1) erklärte sich Dr. B. ___ mit der in Aussicht gestellten Abweisung des Renteneintragungsantrags als nicht einverstanden. Das neu diagnostizierte Parkinson-Syndrom habe sich in den letzten sechs Monaten seit der Beurteilung durch Dr. A. ___ im März 2015 erheblich verschlechtert. Zudem seien die vorbestehenden Diagnosen nicht in die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit mit einbezogen worden. Ausserdem habe sich die vorbestehende psychische Labilität aufgrund der Diagnose eines Morbus Parkinson deutlich verschlechtert. Aktuell bestehe ein mittelstarkes depressives Zustandsbild, welches zu einer zusätzlichen Einschränkung der vorbestehenden Arbeitsfähigkeit führe.

E. 3.9

Dr. med. D. ___ , Facharzt für Neurologie, nannte mit Bericht vom 30. November 2015 (Urk. 11/374) folgende Diagnosen (S. 1): - komplexes/multimodales Beschwerdebild mit

Müdigkeit/Adynamie, höhergradig verminderter körperlicher und zum Teil neurokognitiver (Aufmerksamkeit, Konzentration) Leistungsminderung, deutlich erhöhter Ermüdbarkeit, Antriebs- und Stimmungsminderung, Ein-/Durchschlafstörungen und zunehmender Erschöpfung, am ehesten gemischter Ätiologie - beginnendes hypokinetisch-rigides Parkinson-Syndrom unklarer Zuordnung, Differentialdiagnose (DD): familiäre Form - Persönlichkeitsstörung mit aktuell depressiver Phase, rezidivierende Panikattacken April 2012 - panvertebrales Schmerzsyndrom, Gonarthrose beidseits, multiple Medikamentenunverträglichkeiten, unklare Erhöhung der Leberwerte bei normaler Histologie März 2015

Es bestehe noch eine gewisse Unschärfe in Bezug auf die nähere nosologische Zuordnung des Krankheitsbildes. Eine symptomatische Form sei bereits mittels Magnetresonanztomographie (MRI) weitgehend ausgeschlossen worden. In der heutigen Untersuchung hätten sich klinisch-objektiv unter L-Dopa-Therapie in mässiger Dosis kaum Stigmata des extrapyramidalen Syndroms nachweisen lassen, was eher für das Vorliegen einer beginnenden L-Dopa-responsiven, idiopathisch-familiären Form spreche. Andererseits liege ein komplexes/multimodales Beschwerdebild vor, welches in einer mittelschweren bis höhergradigen

(>

80%igen) Einschränkung der Funktion beziehungsweise der Leistungs- und Arbeitsfähigkeit sowohl in Bezug auf die alltäglichen Verpflichtungen als auch auf die berufliche Tätigkeit resultiere. Dieses überlagere sich mit einem bereits seit Jahren bestehenden Vorzustand bei bekanntem medizinischem und psychiatrischem Hintergrund, welcher zu einer vorbestehenden 50%igen Invalidenrente geführt habe. Eine Trennung der vorbestehenden von den neu entstandenen sowie eine Trennung der Parkinson-assoziierten von den nicht-Parkinson-bedingten Komponenten sei nicht möglich. In Bezug auf die aktuelle Pharmakotherapie der extrapyramidalen Erkrankung bestehe vorerst in Anbetracht der vorliegenden Befunde kein Optimierungsbedarf (S. 3 f.).

E. 3.10

Mit RAD-Stellungnahme vom 16. Februar 2016 hielt med. pract. C.____ fest, dass Dr. D.____ keine Stellung zu den Rückfragen genommen habe. Die Fragen zu den funktionellen Einschränkungen würden nicht beantwortet. Ebenso wenig werde Stellung genommen zu einer eventuellen Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit der Beurteilung durch Dr. A.____ im Juli 2015. Aus versicherungsmedizinischer Sicht könne somit weiterhin an der RAD-Stellungnahme vom 28. September 2015 gestützt auf den Bericht von Dr. A.____ festgehalten werden (Urk. 11/382 S. 3).

E. 4

gesinterter Intervertebralcage gezeigt (S. 1 f.).

E. 4.1

Im Zusammenhang mit dem aktuell gestellten Antrag auf Erhöhung der Invalidenrente (Urk. 11/408) reichte die Beschwerdeführerin bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 27. Januar 2022 (Urk. 2) die folgenden Berichte ein:

E. 4.2

Dr. B.____

erklärte mit Schreiben vom 20. Februar 2019 (Urk. 11/406), dass die zwei Arbeitseinsätze an geschützten Arbeitsstellen seit Mai 2018 gezeigt hätten, dass die Beschwerdeführerin nicht in der Lage sei, ein Arbeitspensum von 50 % zu leisten. Die Beschwerdeführerin sei zu 100 % arbeitsunfähig.

E. 4.3

Mit Bericht vom 23. Mai 2019 (Urk. 11/411/10-13) nannte Dr. D.____ folgende aktuelle Diagnose (S. 1): - protrahiertes, in letzter Zeit phasenweise exazerbiertes Schmerzsyndrom im bilateralen lumbosakralen -, dorsalen/ dorso -lateralen Becken-/Hüft- und trochantären / peritrochantären Bereich mit/bei: - überwiegend vertebrospyndylogem / osteoartikulärem und tendo myo patischem / myofaszialem Ursprung - mit schmerzassoziierter Bewegungsblockade und höhergradiger Funktionseinschränkung - ohne Hinweise für eine primär extrapyramidal-motorische beziehungsweise Parkinson-assoziierte Komponente (aktuell keine Zeichen der Erkrankung unter Pharmakotherapie) oder für eine floride

Radikulopathie - chronischem

Panvertebralsyndrom, multifokalen

Osteochondrosen, Ventrolisthesis L3/4, schwere

Spondylarthrose der Lendenwirbelsäule (LWS) mit ausgeprägter monosegmentaler Diskopathie L3/4, absoluter Spinalkanalstenose und rezessal-intraforaminal linksbetonter Einengung, kaudalen Aktivitätszeichen beider Iliosakralgelenke (ISG), unklarer Erhöhung der entzündlichen Parameter

Die von der Beschwerdeführerin seit zirka sechs Monaten beklagten Schmerzen könnten in Anbetracht der geschilderten Phänomenologie sowie des festgestellten klinischen Sachverhaltes nicht im Rahmen der Parkinson-Erkrankung gesehen werden. Es lägen keine Hinweise für eine jegliche Manifestation der pharmakologisch behandelten und gut kompensierten beziehungsweise klinisch aktuell in Form extrapyramidaler Zeichen nicht offensichtlichen Parkinson-Diagnose vor (S. 2 f.).

E. 4.4

Dr. med. E.____, Facharzt für Neurochirurgie, berichtete mit Schreiben vom 9. Juli 2020 (Urk. 11/411/6-7) über die Jahreskontrolle bei diagnostiziertem Status nach mikrochirurgischer Dekompression und Spondylodese L3/4 am

1. Juli 2019. Die Beschwerdeführerin habe über einen guten Verlauf berichtet. Sie habe keine radikulären Schmerzen. Die Rückenschmerzen bestünden nur vorübergehend und selbstlimitierend nach stärkeren Belastungen. Ein sensorisch-motorisches Defizit finde sich nicht mehr. Die Röntgenaufnahmen anlässlich der Halbjahreskontrolle hätten keinen Hinweis auf eine Lockerung der Schrauben bei zunehmender knöcherner Konsolidierung und einem leicht in den Lendenwirbelkörper (LWK)

E. 4.5

Dem Schreiben von Dr. med. Y.____, praktischer Arzt, vom 3. Februar 2021 (Urk. 11/405) sind die folgenden – hier gekürzt aufgeführten – Diagnosen zu entnehmen (S. 1 f.): - anhaltende Schmerzstörung mit/bei: - aktuell vorwiegend myofaszialem und vertebrospyndylogem Schmerzsyndrom; DD: Fibromyalgie - panvertebralem

zerviko -l umbal betontem Schmerzsyndrom, 2019/05 absolute Spinalkanalstenose , schwere Spondylarthrose , eventuell L3-Reizsymptomatik links bei Status nach Diskushernie L3/4 mit geringer bis mässiger Kompression der Nervenwurzel L3 foraminal links (OP

2019) - Gonarthrose beidseits, links mehr als rechts, bei Verdacht auf laterale Meniskusläsion links und Status nach Plica -Resektion links 2003 - beginnendes hypokinetisch-rigides Parkinson -Syndrom, stabile Verhältnisse unter Pharmakotherapie - chronische Fatigue - akzentuierte Persönlichkeitszüge mit ängstlich-vermeidenden Zügen - rezidivierende depressive Episoden - Rhinitis allergica und Asthma bronchiale - chronische Niereninsuffizienz - unklare Leberwerterhöhung - gastroesophageale

Refluxerkrankung - hyperaktive Blase - Sehschwäche beidseits von 50 % durch Nervus opticus -Läsion perinatal

Aus ärztlicher Sicht könne an einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit kein ernsthafter Zweifel erhoben werden. Der körperliche Zustand der Beschwerdeführerin habe sich seit der letzten Beurteilung durch die IV-Stelle sukzessive und nachhaltig verschlechtert. Es zeige sich eine Kombination mittelschwerer psychischer und schwerer körperlicher Beeinträchtigungen (S. 1). Neben einem Morbus Parkinson habe über mehrere Jahre ein schweres lumbales Schmerzsyndrom bestanden, welches durch einen neurochirurgischen Eingriff im Jahr 2019 in Bezug auf die akute Bedrohung der Gehfähigkeit behoben worden sei. In Bezug auf die chronische degenerative Veränderung der Wirbelsäule habe es allenfalls vorübergehend eingedämmt werden können. Zusammenfassend bestehe allenfalls ein labiles Gleichgewicht. Die Diagnosen seien fachärztlich überprüft worden. Es sei leicht nachvollziehbar, dass der Beschwerdeführerin wahrscheinlich eine ganze Invalidenrente zustehe. Eine Wiederaufnahme der Beurteilung der Berentung sei von ärztlicher Seite her mehrfach angesprochen worden, jedoch an der ängstlichen Persönlichkeitsstörung der Beschwerdeführerin gescheitert (S. 2).

E. 4.6

Die Ärzte des Zentrums F. ___ nannten mit Bericht vom 1. Juni 2021 (Urk. 11/411/1-4) folgende Diagnosen (S. 1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) - schädlicher Gebrauch von Tabak (ICD-10 F17.1) - schädlicher Gebrauch von Cannabinoiden (ICD-10 F12.1) - Adipositas - Morbus Parkinson (Erstdiagnose, ED, April 2015) - Arthrose mit Schmerzen in der rechten Schulter - lumbovertebrales Syndrom bei Status nach Sturz mit Kontusion der LWS am 30. Dezember 2014 - chronische Knieschmerzen links im Sinne eines femoropatellären Schmerzsyndroms

Die Störung habe Krankheitswert. Seit dem Jahr 2007 bestehe eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 3).

E. 4.7

Dem Bericht der Ärzte des Kantonsspitals G. ___ vom 6. Juli 2021 (Urk. 11/437/3-5) sind folgende Notfalldiagnosen zu entnehmen (S. 1): - Panikattacke vom 6. Juli 2021 mit/bei: - DD: konvulsive Synkope, dissoziativer Anfall - bei chronischem Erschöpfungssyndrom mit psychosozialer Belastungssituation - rezidivierende depressive Episoden - Status nach Harnwegsinfekt, ED 1. Juli 2021 - aktuell am 6. Juli 2021: Urinstatus unauffällig

Die Beschwerdeführerin sei notfallmässig zugewiesen worden bei erlittenem Zusammenbruch mit fraglich kurzzeitigem Bewusstseinsverlust. Bei fehlender postiktaler Verwirrtheit, normwertiger Kreatinkinase (CK) und neurologisch unauffälliger Patientin sei nicht von einem epileptischen Ereignis auszugehen. Es habe sich im Gespräch eine deutliche psychosoziale Belastungssituation gezeigt, weshalb am ehesten von einer Panikattacke auszugehen sei. Die Beschwerdeführerin sei in ordentlichem Allgemeinzustand nach Hause entlassen worden (S.

2

f.).

E. 4.8

Mit RAD-Stellungnahme vom 16. Juli 2021 hielt med. prakt. C.____ fest, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Veränderung des Gesundheitszustandes ausgewiesen sei. Dr. Y.____ verweise auf die Diagnoseliste. Eine solche gebe keine Auskünfte über die funktionelle Leistungsfähigkeit. Die gesundheitliche Situation der Beschwerdeführerin habe sich nach der Operation eines Bandscheibenvorfalles im Jahr 2019 wieder gebessert. In Bezug auf den Morbus Parkinson würden weiterhin stabile Verhältnisse unter Pharmakotherapie beschrieben. Im Bericht der Ärzte des Zentrums F.____ werde weiterhin eine 50%ige Arbeitsfähigkeit ausgewiesen (unverändert seit 2007). Aus versicherungsmedizinischer Sicht sei somit von einem im Wesentlichen unveränderten Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin auszugehen (Urk. 11/415 S. 4).

E. 4.9

Die Ärzte des Zentrums F.____ erwähnten mit Schreiben vom 12. November 2021 (Urk. 11/437/6-8) weiterhin dieselben Diagnosen. Die Beschwerdeführerin beziehe aufgrund Schmerzen und Weichteilrheuma sowie Depressionen seit dem Jahr 2007 eine 50%ige Invalidenrente. Diese Diagnosen seien bis heute vorhanden. Im Jahr 2015 sei ein Morbus Parkinson hinzugekommen. Darüber hinaus sei am 1. November 2019 eine Operation an der LWS erfolgt, wodurch die Schmerzen deutlich hätten reduziert werden können. Die funktionellen Auswirkungen der Depression hätten sich seit dem Jahr 2018 deutlich verstärkt. Insgesamt liege eine deutliche Verschlechterung des Zustandes der Beschwerdeführerin vor. Eine leichte Depression, wie 2016 behauptet, sei nicht mehr aufrechtzuerhalten. Die funktionellen Auswirkungen der mittelgradigen Depression im Rahmen der Parkinson-Erkrankung seien erheblich. Die Beschwerdeführerin sei auch für angepasste Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig (S. 1 ff.).

E. 4.10

Mit Schreiben vom 17. November 2021 (Urk. 11/437/1-2) nannte

Dr. Y.____

folgende somatische Diagnosen (S. 1): - hypokinetisch-rigides Parkinson-Syndrom (ED 2015; durchgängig neurologisch bestätigt und unter Medikation) - anhaltende Schmerzstörung, panvertebrales

zervikolumbales betontes Schmerzsyndrom, Gonarthrose beidseits, links mehr als rechts (unter kontinuierlicher, bedarfsangepasster Medikation) - gastroösophageale

Refluxkrankheit (unter kontinuierlicher, bedarfsangepasster Medikation) - hyperaktive Blase (mit rezidivierender Inkontinenz) - Rhinitis allergica und Asthma bronchiale

(dauerhafte Therapie mit inhalativen

Corticoiden) - multiple Medikamentenunverträglichkeiten

Die von der Beschwerdeführerin seit Jahren beschriebene ausgeprägte Müdigkeit und erhöhte Ermüdbarkeit bedeute gleichzeitig eine herabgesetzte Belastbarkeit auch am geschützten Arbeitsplatz. Es handle sich um ein reales, wenn auch subjektiv erfahrenes Beschwerdebild. Da das Beschwerdebild konsistent beschrieben werde, wäre dies anzuerkennen. Die Schmerzstörung bestehe weiter hin. Die gastroösophageale

Refluxkrankheit

und das Asthma bronchiale hätten in der aktuellen Ausprägung keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit, ausser man versteht sie als Ausdruck einer verminderten Belastbarkeit auf Stress. In Zusammenhang mit den psychiatrischen Diagnosen sei dies durchaus plausibel. In der Summe sei zusätzlich zu den psychiatrischen Diagnosen von einer somatisch bedingten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen (S. 1 f.).

E. 4.11

Mit RAD-Stellungnahme vom 2. Dezember 2021 hielt med. pract. C. ___ fest, dass Dr. Y. ___ zwar eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes postuliere und eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiere. Er nenne jedoch keine neuen funktionellen Einschränkungen, sondern verweise lediglich pauschal auf die Diagnoseliste. In Bezug auf das Parkinson-Syndrom bestünden stabile Verhältnisse. Die Beschwerden im Bereich der LWS hätten sich nach der im Jahr 2019 erfolgten Operation eher gebessert. Dr. Y. ___ stütze sich im Wesentlichen auf die subjektiven Schilderungen der Beschwerdeführerin. Zu dem verweise er auf sozioökonomische Belastungen. Die einmalige ambulante Notfallbehandlung aufgrund einer Panikattacke vermöge keine langandauernde Veränderung der funktionellen Einschränkungen zu bewirken. Im Bericht der Ärzte des Zentrums F. ___ vom November 2021 werde bescheinigt, dass die Diagnosen im Wesentlichen seit dem Jahr 2007 unverändert seien. Eine Verstärkung der funktionellen Auswirkungen der Depression bestehe bereits seit 2018. Es werde nun pauschal eine deutliche Verschlechterung des Zustandes der Beschwerdeführerin erwähnt sowie eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit attestiert, ohne die Verschlechterung zu begründen. An der RAD Stellungnahme vom 16. Juli 2021 könne festgehalten werden. Eine nachweisliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes sei nicht plausibel ausgewiesen (Urk. 11/439 S. 5 f.).

E. 5.1

Die Beschwerdegegnerin erliess ihren Nichteintretensentscheid gestützt auf die ausführlichen RAD-Beurteilungen durch med. pract. C. ___, wonach die Beschwerdeführerin mit den seit der letztmaligen materiellen Beurteilung eingezeichneten ärztlichen Berichten keine Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes glaubhaft darzutun vermöge (vorstehend E. 4.8, E. 4.11). Dieser Einschätzung kann gefolgt werden.

E. 5.2

Dem Schreiben von Dr. B. ___ (vorstehend E. 4.2) lassen sich weder Diagnosen noch Befunde entnehmen, womit sich die attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit aus medizinischer Sicht nicht nachvollziehen lässt. Eine lediglich im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit reicht nicht aus, um auf einen veränderten Gesundheitszustand zu schliessen (vorstehend E. 1.3).

Die Erkrankung an einem Morbus Parkinson war sodann bereits im Rahmen der letztmaligen materiellen Beurteilung diagnostiziert worden (vorstehend E. 3.3, E.

3.5, E. 3.9). Diesbezüglich werden aktuell durch den Neurologen Dr. D.____ (vorstehend E. 4.3) weiterhin stabile Verhältnisse unter Pharmakotherapie beschrieben, wobei keine Hinweise auf eine jegliche Manifestation der nicht offensichtlichen Parkinson-Diagnose vorliegen.

Im Sommer 2019 erfolgte zwar eine mikrochirurgische Dekompression und Spondylodese L3/4

bei bereits seit längerem bekannten Rückenschmerzen. Jedoch lässt sich nur eine vorübergehende Verschlechterung erkennen, führte die erfolgte Operation doch zu einer im Vergleich zu vorher verbesserten gesundheitlichen Situation. Die Beschwerdeführerin beklagte ein Jahr danach keine radikulären Schmerzen und gab an, dass die Rückenschmerzen nur vorübergehend und selbst limitierend nach stärkeren Belastungen bestünden. Ein sensomotorisches Defizit fand sich nicht mehr (vorstehend E. 4.4).

Dr. Y.____

listet e

in seinem Bericht vom Februar 2021 (vorstehend E. 4.5) sodann einzig alle ihm bekannten relevanten somatischen sowie psychiatrischen Diagnosen auf und kam – ohne jegliche Befunderhebung oder nähere Begründung – zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin vollständig arbeitsunfähig sei. Inwiefern sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der letztmaligen Überprüfung durch die Beschwerdegegnerin erheblich und dauernd verschlechtert hat, lässt sich seinem Bericht nicht entnehmen. Ob sich die Befundlage seit der letztmaligen materiellen Beurteilung verändert hat, kann mangels dessen Erhebung nicht beurteilt werden. Auch seinem Schreiben vom November 2021 (vorstehend E. 4.10) lässt sich keine objektive Befunderhebung entnehmen und eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit der letztmaligen Beurteilung nicht erkennen. Vielmehr begnügt sich Dr. Y.____

damit, auf die aus seiner Sicht glaubhafte Symptomschilderung der Beschwerdeführerin zu verweisen, und erwähnt e

überdies eine aktuelle Überlastung mit nicht invaliditätsrelevanten sozioökonomischen Problemen.

Die einmalige Notfallbehandlung der Beschwerdeführerin im G.____ aufgrund einer Panikattacke bei deutlicher psychosozialer Belastungssituation (vorstehend E.

4.7) vermag ebenfalls keine länger

andauernde Veränderung der gesundheitlichen Situation glaubhaft zu machen.

Schliesslich vermögen auch die Berichte der Ärzte des Zentrums F.____ (vorstehend E. 4.6, E. 4.9) keine Veränderung des Gesundheitszustandes glaubhaft darzutun. Das Vorhandensein eines psychischen Leidens und auch von psychosozialen Belastungen ist bereits seit langem bekannt (vgl. etwa psychiatrisches Gutachten vom Mai 2001 in Urk. 11/98). Eine depressive Entwicklung wird

aus ärztlicher Sicht seit der im Jahr 2007 eingereichten Neuanmeldung erwähnt, wenn auch mit unterschiedlicher diagnostischer Einordnung (vgl. Urk. 11/158 S.

3 Ziff. 2.1; Urk. 11/163/3-11 S. 5; Urk. 11/180 S. 2; Urk. 11/183/3-6 S. 2 ; Urk. 11/389/4-71 S. 41) . Die damals behandelnde Psychiaterin Dr. med. H.____ , Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte etwa eine depressive Reaktion (ICD-10 F32.1) bei zu Grunde liegender Persönlichkeits störung (vgl. Urk. 11/158 S. 3 Ziff. 2.1), wobei die Codierung ICD-10 F32.1 einer mittelgradigen depressiven Episode und damit dem gleichen Schweregrad wie aktuell entspricht. Um eine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes glaubhaft zu machen, ist eine veränderte Befundlage massgebend (vorstehend E.

1. 3). Eine solch veränderte Befundlage kann mit den Berichten der Ärzte des Zentrums F.____ nicht glaubhaft gemacht werden, erweisen sich diese doch als nicht schlüssig und nachvollziehbar. So wird beispielsweise, obwohl die Beschwerdeführerin im Juni 2021 bei den aktuellen Beschwerden ein en Interessensverlust verneint hat, ein solcher anschliessend durch die Ärzte bei den Befunden der gegenwärtigen mittelgradigen Episode der rezidivierenden depressiven Störung aufgelistet (vgl. Urk. 11/411/1-4 S. 1 f.). Ausserdem wird, obwohl im Februar und November 2021 wortwörtlich identische psychopathologische Befunde erhoben wurden , im Bericht vom Februar 2021 noch eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit unverändert seit dem Jahr 2007 festgehalten, wogegen im Bericht vom November 2021 nun – bei gleichbleibendem psychopathologischen Befund – eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert wird (vgl.

Urk. 11/411/1-4 S. 2 f.; Urk. 11/437/6-8 S. 2 f.).

Insgesamt erweisen sich die Berichte des Zentrums F.____ demnach als nicht beweiskräftig zur Glaubhaftmachung einer veränderten gesundheitlichen Situation.

E. 5.3

Nach dem Gesagten ist somit festzuhalten, dass verglichen mit der letztmaligen materiellen Beurteilung eine erhebliche gesundheitliche Verschlechterung nicht glaubhaft dargelegt wurde. Die Beschwerdegegnerin traf daher auch keine Pflicht zur Vornahme von weiteren Abklärungen des Sachverhaltes (vorstehend E. 1.2).

Die angefochtene Verfügung erweist sich demnach als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt, soweit darauf einzutreten ist.

E. 6.1

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.

E. 6.2

Zu prüfen bleibt das Gesuch der Beschwerdeführerin um unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung (Urk. 1 S. 2). Nach Gesetz und Praxis sind in der Regel die Voraussetzungen für die Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung und Verbeiständung erfüllt, wenn der Prozess nicht aussichtslos, die Partei bedürftig und die anwaltliche Verbeiständung notwendig oder doch geboten ist (BGE 103 V 46, 100 V 61, 98 V 115).

Da der vorliegende Prozess nicht als von vornherein aussichtslos bezeichnet werden kann und die Verbeiständung geboten ist, ist der bedürftigen Beschwerdeführerin die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung zu bewilligen. Die der

Beschwerdeführerin aufer legten Gerichtskosten sind daher einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen, dies unter Hinweis auf § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungs gericht (GSVGer) .

E. 6.3

Mit Verfügung vom 26. April 2022 (Urk. 12) wurde unter anderem darauf hingewiesen, dass gemäss §

E. 8

00.-- 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.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Dr. Andreas Tinner, Winterthur, wird mit Fr. 2'700.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Andreas Tinner - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

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