

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00236 vom 10. Februar 2023

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-02-10, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2022.00236

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00236 du 10 février 2023

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00236 del 10 febbraio 2023

Erwägungen

E. 1

3. Juli 2017 (Eingang; Urk. 6/107 und Urk. 6/108) und die Berichte des Stadtsitals M.____ vom 26. April 2017 und vom 24. Juli 2017 (Eingang), wo anlässlich einer Hospitalisation von Mitte Juli bis Anfang August 2016 ein kongenitales long QT Syndrom (genetisch bedingte Herzrhythmus-Problematik) diagnostiziert und im Dezember 2016 ein subkutaner ICD (subkutan implantierter Defibrillator) angebracht worden war (Urk. 6/109 und Urk. 6/113). Des Weiteren erfuhr sie von der Psychotherapeutin D.____, dass die dortige Behandlung vor mehreren Jahren eingestellt worden sei (vgl. Urk. 6/116 und den beigelegten Bericht an die Krankenkasse vom 21. Dezember 2011, Urk. 6/117).

Nach Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; Stellungnahme von Dr. med. N.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, vom 11. August 2017, Urk. 6/195/4-5) entschied die IV-Stelle, im Sinne des Antrags der Versicherten (Urk. 6/99/1) anstelle der gerichtlich angeordneten psychiatrischen Begutachtung ein polydisziplinäres Gutachten in Auftrag zu geben (Mitteilung vom 3. Oktober 2017, Urk. 6/124). Nachdem die Untersuchungen im November 2017 stattgefunden hatten, legte das Zentrum N.____

am 5. März 2018 sein Gutachten vor

(Urk. 6/129; Dr. med. O.____, Facharzt für Innere Medizin; Dr. med. P.____, Facharzt für Rheumatologie; Dr. med. Q.____, Facharzt für Neurologie; Dr. med. R.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie; konsiliarischer Bericht von Dr. med. S.____, Facharzt für Kardiologie, Innere Medizin und Intensivmedizin, vom 16. Dezember 2017). Die IV-Stelle holte zum Gutachten die Stellungnahme von Dr. N.____ vom 14. März 2018 ein (Urk. 6/195/5-7) und unterbreitete die Akten nach verschiedenen internen Besprechungen (Urk. 6/195/7-9) zusätzlich der RAD-Ärztin Dr. med. T.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie (Stellungnahme vom 20. Februar 2019, Urk. 6/195/10).

E. 1.1

X.____, geboren 1967 und Mutter von zwei Kindern, geboren 1995 und 1997, trat Anfang Dezember 2006 eine Vollzeitstelle in der Bäckerei Z.____

AG an (Angaben vom 6. August 2008 im Fragebogen für Arbeitgebende, Urk. 6/23/1-8), nachdem sie ab 1998 verschiedene Teilzeitstellen in der Hotellerie, im Gastgewerbe und in Bäckereibetrieben innegehabt hatte und rund zwei Jahre lang arbeitslos gewesen war (Auszug aus dem individuellen Konto vom 4. März 2008, Urk. 6/11).

Zwei Wochen später wurde im Universitätsspital A.____

die Diagnose eines Karzinoidtumors in der Lunge gestellt; dieser wurde im Januar 2007 operativ entfernt (Kurzaustrittsbericht und Zusammenfassung der Krankengeschichte des Universitätsspitals B.____, Klinik für Thoraxchirurgie, vom 30. Januar/ 6. Februar 2007 mit beigefügtem Operationsbericht, Urk. 6/1 und

Urk. 6/19/9-14; Verlaufsbericht vom 20. Februar 2007, Urk. 6/19/7-8). Die Arbeitgeberin löste das Arbeitsverhältnis noch innerhalb der Probezeit per 13. Januar 2007 auf (Kündigungsschreiben vom 3. Januar 2007, Urk. 6/23/9).

Im Februar 2008 meldete sich X.____ bei der Invalidenversicherung an (Urk. 6/2). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, holte neben den Berichten des Universitätsspitals B.____ den Bericht von Dr. med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 18. März 2008 ein, bei dem die Versicherte seit Dezember 2007 in Behandlung stand (deligierte Psychotherapie durch D.____; Urk. 6/13), nahm einen Bericht der Fachpsychologin

Dr. phil. E.____, Zentrum für Essstörungen und Adipositas, über eine Abklärung wegen starken Übergewichts vom Januar 2008 zu den Akten (Urk. 6/14) und liess durch die Hausärztin Dr. med. F.____, Fachärztin für Innere Medizin, den Bericht vom 16. Juni 2008 (Urk. 6/21) und durch Dr. med. G.____, Facharzt für Lungenkrankheiten und Innere Medizin, den Bericht vom 29. Juni 2008 (Urk. 6/22) verfassen. Ausserdem zog sie die Akten der SWICA Gesundheitsorganisation bei, welche Taggelder ausrichtete (Urk. 6/9 und Urk. 6/18). Anschliessend liess sie die Versicherte durch Dr. med. dipl. psych.

H.____, Psychiatrie und Psychotherapie, begutachten (Gutachten vom 22. Mai 2009, Urk. 6/27).

Gestützt auf die Ergebnisse ihrer Abklärungen sprach die IV-Stelle der Versicherten mit Verfügung vom 13. Oktober 2009 ab November 2007 eine ganze und ab September 2008 noch eine halbe Invalidenrente zu (Urk. 6/34 -35 und Urk. 6/38 39). Mit Urteil vom 30. Juni 2011 bestätigte das Sozialversicherungsgericht

des Kantons Zürich diese Verfügung in Abweisung der dagegen erhobenen Beschwerde (Urk. 6/44; Prozess Nr. IV.2009.01047). Während des laufenden Gerichtsverfahrens hatte die Versicherte mit erneuerter Anmeldung vom 27. September 2010 direkt bei der IV-Stelle um die Erhöhung ihrer Rente ersucht (Urk. 6/42), liess dieses Gesuch jedoch nach Vorliegen des Urteils vom 30. Juni 2011 zurückziehen (Schreiben von Rechtsanwalt George Hunziker vom 28. Februar 2012, Urk. 6/54).

E. 1.2

Im Sommer 2014 leitete die IV-Stelle ein Rentenrevisionsverfahren in die Wege und nahm hierzu die Angaben der Versicherten, ergänzt durch diejenigen ihres Rechtsvertreters, vom 29./30. August 2014 entgegen (Urk. 6/57). Sodann holte sie die Verlaufsberichte

des Hausarztes Dr. med. I.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, vom 17. September 2014 und von Dr. med. univ. J.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 21. September 2014 ein (Urk. 6/62 und Urk. 6/64), erhielt Kenntnis von einer Fraktur des rechten oberen Sprunggelenks, welche die Versicherte im Jahr 2013 erlitten hatte (Operationsbericht vom 23. Oktober 2013, Urk. 6/67), und erfuhr von einem Aufenthalt der Versicherten in der Klinik für Neurologie des Universitätsspitals B.____ vom 3. April 2014 wegen einer Vigilanzminderung unklarer Genese (Austrittsbericht und Krankengeschichte vom 3. April 2014, Urk. 6/71).

Im Januar 2015 liess die IV-Stelle einen Besuch bei der Versicherten zu Hause im Hinblick auf den Anspruch auf eine Hilflosen entschädigung durchführen (Urk. 6/72) und verneinte diesen Anspruch mit Verfügung vom 12. März 2015 (Urk. 6/78). Des Weiteren hob sie mit Verfügung vom 16. Juni 2015 die halbe Rente auf (Urk. 6/85; Feststellungsblatt in Urk. 6/76), nachdem sie hierzu die Einwendungen der Versicherten vom 17. April 2015 erhalten hatte (Urk. 6/82). Die Versicherte liess wiederum Beschwerde erheben (Urk. 6/86) und reichte auch dies mal während des hängigen Beschwerdeverfahrens ein neues Leistungsgesuch ein (Formularangaben vom 8. September 2016, Urk. 6/88).

Mit Urteil vom 28. März 2017 hob das Sozialversicherungsgericht die Verfügung vom 16. Juni 2015 auf und wies die Sache an die IV-Stelle zurück, damit diese die Versicherte psychiatrisch begutachten lasse und danach über den Rentenanspruch neu befinde (Urk. 6/91; Prozess Nr. IV.2015.00806).

E. 1.3

Mit Zuschrift an die IV-Stelle vom 26. Juni 2017 liess die Versicherte Bezug auf das Urteil vom 28. März 2017 nehmen und liess darauf hinweisen, dass seit der Einreichung der Beschwerde verschiedene körperliche Probleme neu hinzugekommen seien, insbesondere diejenigen, die am 8. September 2016 im neu eingereichten Anmeldeformular aufgeführt worden seien (Urk. 6/99). Die IV-Stelle informierte sie am 28. Juni 2017 darüber, dass bereits Abklärungen im Gange seien und ihr Anliegen nach dem Eintreffen weiterer Unterlagen behandelt werde (Urk. 6/100). Sodann verfügte die IV-Stelle am 26. Juli 2017 die Weiterausrichtung der halben Rente ab der Aufhebung (August 2015; Urk. 6/112), nachdem sie am 26. Juni 2017 die Rentenberechnung bei der Ausgleichskasse in Auftrag gegeben hatte (Urk. 6/98). Die Versicherte machte von der Möglichkeit einer Beschwerde gemäss Rechtsmittelbelehrung keinen Gebrauch.

Im Zuge ihrer Abklärungen (Fallnotizen vom 14. Juni 2017, Urk. 6/194) holte die IV-Stelle sodann verschiedene medizinische Berichte ein, nämlich den Bericht von Dr. med. K.____, Facharzt für Allgemeine und Innere Medizin sowie Angiologie, vom 15./29. Juni 2017 über eine Konsultation wegen Venenbeschwerden in den Beinen (Urk. 6/104), den Bericht von Dr. med. L.____, Leitende Ärztin Handchirurgie des Stadtspitals M.____, vom 27. Juni 2017 zu Behandlungen wegen einer beidseitigen, linksbetonten Rhizarthrose (Daumengelenke; Urk. 6/106/1-10 mit den Berichten an den Hausarzt vom 15. Dezember 2015 und vom 27. Juni 2017, Urk. 6/106/11-13),

den Bericht von Dr. G.____ vom

E. 1.4

Aufgrund der Empfehlung von Dr. T.____ (Urk. 6/195/10) auferlegte die IV-Stelle der Versicherten mit Schreiben vom 27. Februar 2019 (Urk. 6/135), sich über mindestens sechs Monate einer integrativen psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung mit kognitiv verhaltenstherapeutischem Schwerpunkt und mit mindestens wöchentlichen Terminen zu unterziehen, da die Restarbeitsfähigkeit zurzeit nicht abschliessend beurteilt werden könne. Zusätzlich hielt die IV-Stelle die Versicherte gestützt auf eine weitere RAD-Empfehlung (Urk. 6/195/11) dazu an, eine medikamentöse anti-asthmatische Therapie durchzuführen und hierfür den Pneumologen Dr. G.____ zu konsultieren. Dabei wies sie darauf hin, dass über eine Änderung des Rentenanspruchs erst nach Ablauf der sechs angeordneten Behandlungsmonate entschieden werde und das Rentenerhöhungsgesuch bei Nichterfüllen der Mitwirkung abgewiesen werden könne.

Am 26. März 2019 stellte Dr. med. U.____, Fachärztin für Pneumologie und Innere Medizin, welche von der Versicherten als Durchführerin der anti-asthmatischen Behandlung gewählt worden war (Urk. 6/139), der IV-Stelle den Behandlungsplan zu (Urk. 6/141 und Urk. 6/144); ferner erstattete sie ihr am 4. November 2019 (Eingang) einen Bericht (Urk. 6/151 und Urk. 6/152). Demgegenüber gelang es der IV-Stelle nicht, von Dr. med. V.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, den die Versicherte als Durchführer der psychiatrischen Behandlung angegeben hatte (Urk. 6/139), nähere Angaben zu erhalten (vgl. die Korrespondenz in Urk. 6/140, Urk. 6/143, Urk. 6/146, Urk. 6/148, Urk. 6/156 und Urk. 6/157). Sie zog deshalb die Abrechnungen der Mutuel Krankenversicherung AG bei (Urk. 6/167 und Urk. 6/168) und erbat sich vom Rechtsvertreter der Versicherten eine Aufstellung über die erfolgten Behandlungstermine (Urk. 6/169), welche dieser im Dezember 2020 beibrachte (Urk. 6/172). Trotz mehrmaliger telefonischer Rücksprache mit Dr. V.____

und weiteren schriftlichen Aufforderungen (vgl. Urk. 6/173, Urk. 6/176, Urk. 6/177, Urk. 6/179, Urk. 6/181) konnte sie jedoch von ihm weiter hin keinen Bericht erhältlich machen (vgl. die Notizen in Urk. 6/195/11-14). Dr. T.____ empfahl deshalb eine psychiatrische Verlaufsbeurteilung (Stellungnahme vom 4. Juni 2021, Urk. 6/195/15); diese wurde im Oktober 2021 durch Dr. med. W.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vorgenommen (Gutachten vom 15. Oktober 2021, Urk. 6/193).

Gestützt auf eine Stellungnahme von Dr. med. T.____ vom 28. Oktober 2021 (Urk. 6/195/15-17) eröffnete die IV-Stelle der Versicherten mit Vorbescheid vom 29. November 2021, dass sie die halbe Rente, auf welche die Versicherte weiterhin Anspruch habe, nicht zu erhöhen gedenke (Urk. 6/196; Feststellungsblatt in Urk. 6/195). Die Versicherte erhob im Dezember 2021 und im Februar 2022 Einwendungen per E-Mail (Urk. 6/197, Urk. 6/202 und Urk. 6/204). Mit Verfügung vom 14. März 2022 entschied die IV-Stelle im angekündigten Sinn und wies das Gesuch der Versicherten um die Erhöhung ihrer Rente ab (Urk. 6/204).

E. 2

lit. a IVV

frühestens vom ersten Tag des zweiten der Zustellung der Verfügung folgenden

Monats an. Die Erhöhung der Rente ist gestützt auf Art. 88 bis

Abs. 1 lit. b IVV bei einer Revision von Amtes wegen frühestens ab dem für die Revision vorgesehenen Monat an vorzunehmen; im Falle eines Revisionsgesuchs, das von der versicherten Person ausgeht, erfolgt die Erhöhung der Rente gestützt auf Art. 88 bis Abs. 1 lit. a IVV frühestens von dem Monat an, in dem das Revisionsbegehren gestellt worden ist.

E. 2.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). 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 nach Art. 7 Abs. 2 ATSG ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Satz 1). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Satz 2).

E. 2.2

Im Hinblick auf das Erfordernis in Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG hat das Bundesgericht spezifische Leitlinien aufgestellt. Im Grundsatzurteil vom 3. Juni 2015 (BGE 141 V 281) hat es in Änderung seiner bisherigen Rechtsprechung ein neues Prüfungsraster in Form von spezifischen Standardindikatoren entwickelt, anhand dessen die Auswirkungen von sogenannten pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage, insbesondere von somatoformen Schmerzstörungen und vergleichbaren Leiden, zu ermitteln sind. Das Raster präsentiert sich wie folgt (BGE 141 V 281 E. 4.1.3 und E. 6): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» - Komplex «Gesundheitsschädigung» - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder - resistenz - Komorbiditäten - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) - Komplex «Sozialer Kontext» - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck.

In einem weiteren Schritt hat das Bundesgericht in zwei Grundsatzurteilen vom 30. November 2017 die Anwendbarkeit der neu entwickelten Standardindikatoren auf grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen ausgedehnt, indem es für alle diese Erkrankungen das strukturierte Beweisverfahren als massgebend erklärt hat (BGE 143 V 418 E. 7, 143 V 409 E. 4.4 und E. 4.5). Damit hat das Bundesgericht seine bisherige restriktive Rechtsprechung zu den depressiven Störungen fallengelassen und nicht länger daran festgehalten, dass Depressionen leicht- bis mittelgradiger Natur nur dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht kommen, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent sind.

Vielmehr hat es wieder an die konstante Rechtsprechung angeknüpft, wonach es sich verbietet, bei der Festlegung der Ansprüche gegenüber der Invalidenversicherung vom Gesundheitszustand auszugehen, wie er sich im Falle eines Therapieerfolgs mutmasslich einstellen würde, solange die empfohlene Behandlung noch nicht durchgeführt worden und der Erfolgseintritt demgemäss ungewiss ist (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.2.1 mit Hinweis auf 127 V 294 E. 4b und 4c und weiteren Hinweisen).

E. 2.3

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 % oder auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 % invalid sind.

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG (in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG) aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sogenanntes Invalideneinkommen), in Beziehung

gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sogenanntes Valideneinkommen).

E. 2.4

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder 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 rechtsprechungsgemäss jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. In Betracht kommt rechtsprechungsgemäss nicht nur eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch eine erhebliche Veränderung der erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes (vgl. BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, so besteht nach der höchst richterlichen Rechtsprechung keine Bindung mehr an das Mass der übrigen, unverändert gebliebenen Parameter, die dem vorangegangenen rechtskräftigen Entscheid zugrunde gelegt worden sind. Vielmehr ist der Rentenanspruch für die Zukunft diesfalls in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht frei und umfassend zu prüfen (vgl. BGE 141 V 9 E. 2.3, 117 V 198 E. 4b, je mit Hinweisen). Unerheblich unter revisionsrechtlichen Gesichtspunkten ist dagegen nach der Rechtsprechung die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhaltes (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

Als zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung der Frage einer anspruchserheblichen Änderung gilt die letzte rechtskräftige Verfügung, die auf einer materiellen Anspruchsprüfung mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung und Beweiswürdigung beruht (vgl. BGE 133 V 108 E. 5 mit Hinweisen). Eine Mitteilung nach Art. 74 ter lit. f und Art. 74 quater

Abs. 1 IVV (vgl. Art. 51 ATSG), mit der auf das Fortbestehen des bisherigen Anspruchs hingewiesen wird, ist einer rechtskräftigen Verfügung gleichgestellt, soweit ihr ebenfalls eine anforderungsgerechte materielle Anspruchsprüfung zugrunde liegt (Urteil des Bundesgerichts 8C_185/2017 vom 6. Juli 2017 E. 5.2 mit Hinweisen).

Nach Art. 88a Abs. 1 IVV ist eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit für die Herabsetzung oder Aufhebung

der Rente von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird; sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird. Eine Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit ist nach Art. 88a Abs.

E. 2.5

Im sozialversicherungsrechtlichen Verfahren gilt der Untersuchungsgrundsatz. Der Versicherungsträger prüft nach Art. 43 Abs. 1 ATSG die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein, wobei mündlich erteilte Auskünfte schriftlich festzuhalten sind.

Für die Beurteilung von Rechtsfragen, denen medizinische Sachverhalte zugrunde liegen, ist das Gericht auf Angaben und Unterlagen von medizinischen Fachpersonen, namentlich von Ärztinnen und Ärzten, angewiesen. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist nach höchstrichterlicher Praxis entscheidend, ob der Bericht für die strittigen 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 des Experten oder der Expertin begründet sind (BGE

134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a).

E. 3

.

E. 3.1

Die vorliegende Auseinandersetzung geht zurück auf die Verfügung vom 16. Juni 2015, mit der die Beschwerdegegnerin die gerichtlich bestätigte halbe Rente der Beschwerdeführerin (Verfügung vom 13. Oktober 2009, Urk. 6/34-35 und Urk. 6/38-39; Urteil des Sozialversicherungsgericht vom 30. Juni 2011, Urk.

E. 3.2

Wird eine Revisionsverfügung im Gerichtsverfahren aufgehoben und die Sache zur Vornahme weiterer Abklärungen und zum anschliessenden Erlass einer neuen Verfügung an die Verwaltung zurückgewiesen, so ist es in materieller Hinsicht mit dem Grundsatz der Regelung in Art. 88 bis

Abs. 2 lit. a IVV (Aufhebung pro futuro) vereinbar, wenn die erneute Leistungsaufhebung auf den Zeitpunkt der ursprünglichen Leistungsaufhebung zurückbezogen wird. In formeller Hinsicht korrespondiert damit, dass der Entzug der aufschiebenden Wirkung, den die Verwaltung beziehungsweise das Gericht für die Dauer des Beschwerdeverfahrens angeordnet hat, für den Zeitraum des nachfolgenden Abklärungsverfahrens bis zum Erlass der neuen Verfügung andauert (BGE 129 V 370 mit Hinweis auf BGE 106 V 18 und weiteren Hinweisen).

Ungeachtet dieser Grundsätze wartete die Beschwerdegegnerin jedoch vorliegen denfalls mit der Verfügung über den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin nicht zu, bis sie die gerichtlich angeordneten weiteren Abklärungen durchgeführt hatte, sondern erliess

bereits bei der Aufnahme der Abklärungen

die Verfügung vom 27. Juli 2017, mit der sie der Beschwerdeführerin die halbe Rente rückwirkend ab der Aufhebung weitergewährte (Urk. 6/98 und Urk. 6/112). Dabei lässt ein Vermerk auf dem Rentenbeschluss zuhanden der Ausgleichskasse vermuten, dass die Beschwerdegegnerin unzutreffend davon ausging, das Urteil vom 28. März 2017 verpflichte sie zu diesem Vorgehen und erlaube eine allfällige Aufhebung erst für die Zeit ab dem Erlass einer neuen Revisionsverfügung (vgl. Urk. 6/98/2). Wie es sich damit verhält, braucht indessen nicht abschliessend geklärt zu werden. Denn aus der Verfügung vom 27. Juli 2017 als solcher geht ungeachtet der ihr zugrunde liegenden Motive unmissverständlich hervor, dass die Beschwerdeführerin ab August 2015 weiterhin die bisherige halbe Rente beanspruchen konnte; insbesondere deutet nichts darauf hin, dass die

Weiteraus richtung der halben Rente lediglich vorsorglichen Charakter gehabt hätte und die Beschwerdegegnerin sich vorbehalten hätte, nach der Durchführung der erforderlichen weiteren Abklärungen darauf zurückzukommen und den Rentanspruch nicht nur für die Zukunft

(Art. 88 bis

Abs. 2 lit . a IVV) , sondern rückwirkend zu verneinen . Hingegen muss davon ausgegangen werden, dass die Beschwerdegegnerin die weitergewährte halbe Rente als Mindestanspruch verstanden haben wollte und deren rückwirkende Erhöhung für den Fall in Betracht zog, dass sich im Abklärungsverfahren Umstände ergäben, die zu einer Erhöhung des Invaliditätsgrades führten. Denn die Beschwerdegegnerin nahm die neue Anmeldung vom 8. September 2016, welche die Beschwerdeführerin noch vor dem Ergehen des Urteils vom 28. März 2017 während des hängigen Beschwerdeverfahrens eingereicht hatte (Urk. 6/88), als sogenanntes Verschlechterungsgesuch und mithin als Gesuch um eine Rentenerhöhung entgegen (vgl. Urk. 6/195/2) und machte mit der Formulierung der Behandlungsanweisungen vom 27. Februar 2019 (Urk. 6/135) nochmals deutlich, dass eine Rentenerhöhung auf eigenes Begehren (Art. 88 bis Abs. 1 lit . a IVV) zur Diskussion stehe.

E. 3.3

Strittig und zu prüfen ist somit, ob und ab wann die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine höhere als die bisherige halbe Rente hat. Es geht demnach um eine Rentenrevision im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG , und die erste Voraussetzung für eine weiterführende materielle Anspruchsprüfung ist daher , dass sich der Sachverhalt bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 14. März 2022 in potentiell rentenerheblicher Weise verändert hat. Zeitliche Vergleichsbasis ist die Verfügung vom 13. Oktober 2009 (Urk. 6/34-35 und Urk. 6/38-39) , die mit dem Urteil vom 30. Juni 2011 bestätigt worden war (Urk. 6/44). Die Verfügung vom 27. Juli 2017 betreffend die Weitergewährung der halben Rente erging dem gegenüber erst, nachdem die Beschwerdeführerin das Rentenerhöhungsgesuch eingereicht hatte, und stand – wie dargelegt – unter dem Vorbehalt der Erhöhung nach Prüfung dieses Gesuchs , sodass sie schon deshalb nicht als Vergleichsbasis in Frage kommt. Ihr gingen denn auch keine Abklärungen voran. 4. 4.1

Die Verfügung vom 13. Oktober 2009, mit der die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin ab November 2007 eine ganze und ab September 2008 noch eine halbe Invalidenrente zugesprochen hatte (Urk. 6/34-35 und Urk. 6/38-39) , hatte darauf basiert, dass die Beschwerdeführerin in der ersten Zeit nach der Tumoroperation vom Januar 2007 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen war, sich jedoch gemäss den behandelnden medizinischen Fachpersonen körperlich rasch erholt hatte und von Seiten des Lungenleidens wieder eine vollumfängliche Leistungsfähigkeit erlangt hatte (vgl. Dr. G. ___ im Bericht vom 29. Juni 2008, Urk. 6/22/6) , dass der Psychiater Dr. H. ___ ihr jedoch im Gutachten vom 22. Mai 2009 aufgrund der Diagnosen einer mittelgradig ausgeprägten depressiven Episode mit somatischem Syndrom (F32.11 der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation [ICD-10]) und einer generalisierten Angststörung (ICD-10 F41.1) eine fortbestehende 50%ige Einschränkung in jedwelcher Arbeitstätigkeit attestiert hatte (Urk. 6/27/10+12) , dies im Einklang mit dem delegierenden Psychiater Dr. C. ___ im Bericht vom März 2008 (Urk. 6/13/8) . Das Gericht war diesen Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit im Urteil vom 30. Juni 2011 gefolgt und

hatte die Herabsetzung der ganzen auf eine halbe Rente mit dem Hinweis auf eine weitgehend übereinstimmende medizinische Aktenlage bestätigt (Urk. 6/44 E. 5). 4.2

Im Zuge des Revisionsverfahrens, das die Beschwerdegegnerin im Sommer 2014 anhand nahm, ging Dr. I. ___ im Bericht vom 17. September 2014 aus hausärztlicher Sicht von einem unveränderten Gesundheitszustand aus (Urk. 6/62/7) . Gleichermassen bezeichnete die Psychiaterin Dr. J. ___ den Zustand von Seiten ihres Fachgebietes

als stationär; sie nahm jedoch, anders als zuletzt Dr. H. ___ , eine 100% ige

psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit an , ohne allerdings einen Bezug zur damaligen gutachterlichen Beurteilung herzustellen (Bericht vom 21. September 2014, Urk. 6/64/1) . Dass die Beschwerdegegnerin dennoch eine gesundheitliche Besserung konstatierte und die Rente mit der Verfügung vom 16. Juni 2015 aufhob (Urk. 6/85), hing mit den Ergebnissen des Hausbesuchs vom Januar 2015 zur Abklärung des Anspruchs auf eine Hilflosenentschädigung zusammen. Die Beschwerdeführerin schilderte dort ihren Zustand zwar nicht als gebessert, sondern vielmehr als verschlechtert (Urk. 6/72/2-3); die Beschwerdegegnerin

hielt jedoch angesichts der beschriebenen Alltagsgestaltung und der nur noch sporadischen Termine bei der Psychiaterin (vgl. Urk. 6/72/3) eine gewisse Adaptation für gegeben und klammerte zudem Faktoren aus, denen sie psychosozialen und mithin invaliditätsfremden Charakter zuschrieb (Urk. 6/76/4-5) . Das Gericht sprach sich im Urteil vom 28. März 2017 nicht grundsätzlich gegen die Berücksichtigung des Berichts über den Hausbesuch aus, beanstandete jedoch, dass die Beschwerdegegnerin diesen zur praktisch alleinigen Entscheidungsgrundlage erhoben hatte, ohne dass ihr eine ausführliche und schlüssige fachmedizinische

Beurteilung vorgelegen hatte (Urk. 6/91 E. 4.2). Mit dieser Begründung erfolgte die Rückweisung zur psychiatrischen Begutachtung (Urk. 6/91 E. 4.3).

Anhaltspunkte für eine Veränderung des Gesundheitszustandes in körperlicher Hinsicht hatten dem Gericht im Beschwerdeverfahren betreffend die Verfügung vom 16. Juni 2015 nicht vorgelegen (Urk. 6/91 E. 4.1). Insbesondere hatte die Klinik für Neurologie des Universitätsspitals B. ___ , wo die Beschwerdeführerin Anfang April 2014 während einer knappen Woche wegen einer Vigilanzminderung hospitalisiert gewesen war und vergleichbare Episoden vor einem halben und vor gut einem Jahr gesprochen hatte (Urk. 6/71/8), zwar eine leichte Allgemeinveränderung im ersten der beiden EEGs (3. und 7. April 2014) feststellen können, die Magnetresonanztomographie des Kopfes hatte jedoch nichts Auffälliges gezeigt. Angesichts dieser Untersuchungsergebnisse hatten die medizinischen Fachpersonen keine Anzeichen für ein epileptisches Geschehen erkennen können und hatten die Symptomatik am ehesten auf eine orthostatische Dysregulation, differenzialdiagnostisch auf eine Panikattacke zurückgeführt (Urk. 6/71/ 9-10). Das Gericht hatte daher im Urteil vom 28. März 2017 – was den zu beurteilenden Zeitraum bis zum Erlass der Verfügung vom 16. Juni 2015 anbelangt – einzig ein Gutachten der Fachrichtung der Psychiatrie für erforderlich gehalten . 4.3

Im Rahmen der Abklärungen, die sich an das Urteil vom 28. März 2017 anschlossen, erhielt die Beschwerdegegnerin dann aber Kenntnis von der Hospitalisation der Beschwerdeführerin im Stadtspital M. ___ vom Juli 2016 wegen anhaltender Tachykardien (Torsades de Pointes), die eine mechanische Reanimation erforderlich gemacht hatten, von

der daraus her geleiteten Diagnose eines kongenitalen long QT-Syndroms und von der Implantation des subkutanen Defibrillators (Bericht vom 26. April 2017, Urk.

E. 6

/109/1-2 ; ausführlicher zudem die Zusammenfassung der im Dossier der IV-Stelle nicht vorhandenen Behandlungsberichte des Stadtsitals M.____ und

des Universitätssitals B.____ aus der Zeit von Februar 2016 bis Februar 2017 im Gutachten des Zentrums N.____ , Urk. 6/129/19-22).

Zusätzlich attestierte die Handchirurgin des Stadtsitals M.____ , welche die Beschwerdeführerin seit Ende 2015 wegen Beschwerden in den Daumen behandelte, im Bericht vom 27. Juni 2017 Einschränkungen für belastende Arbeiten mit den Händen (Urk. 6/106/9) , und im Oktober 2017 führte sie eine Karpaltunneloperation rechts durch (vgl. die Zusammenfassung eines Berichts vom 18. Oktober 2017 im Gutachten des Zentrums N.____ , Urk. 6/129/27). Ferner wies Dr. G.____ im Bericht vom 13. Juli 2017 auf das bereits vor der Tumordiagnose vorhanden gewesene chronische Asthma hin und sprach von einer mittelschweren Bronchoobstruktion trotz antiobstruktiver Behandlung (Urk. 6/107/1+2). Diese verschiedenen Hinweise auf körperliche Problemkreise, die sich teilweise erst in neuerer Zeit manifestiert hatten, veranlassten die Beschwerdeführerin dazu, eine polydisziplinäre Begutachtung in die Wege zu leiten (vgl. Urk. 6/195/4-5). 5. 5.1 5.1.1

Was zunächst den körperlichen Gesundheitszustand betrifft, so konnte Dr. O.____

des Zentrums N.____ anlässlich der internistischen Exploration den Befund von Dr. G.____ bestätigen; die Lungenfunktionsprüfung ergab wiederum eine mittelschwere obstruktive Ventilationsstörung (Urk. 6/129/44) .

Die kardiologischen Untersuchungen sodann brachten keine Hinweise auf eine kardiale Ischämie oder eine pulmonalarterielle Hypertonie zu Tage, und Dr.

S.____ hielt eine relevante koronare Herzerkrankung für unwahrscheinlich. Er interpretierte die niedrige Leistung bei der Spiro-Ergometrie (33 % des Soll) vielmehr als Ausdruck mangelnder Kondition,

möglicherweise auch eines mangelnden Willens, sich auszubelasten , und wies zudem auf das Asthma bronchiale hin, das die Dyspnoe verstärkte (Urk. 6/129/88-89). Aus rein kardiologischer Sicht erachtete er die Beschwerdeführerin als zu 100 % arbeitsfähig für eine Tätigkeit mit bis zu mittelschwerer körperlicher Belastung (Urk. 6/129/89).

Bei der rheumatologischen Teilbegutachtung klagte die Beschwerdeführerin über bisher nicht dokumentierte Nackenschmerzen (Urk. 6/129/46) ; objektiv liessen sich zervikale Verspannungen

feststellen und die Halswirbelsäule erwies sich in der Rotation und in der Seitneigung als eingeschränkt (Urk. 6/129/47). Dr. P.____

beurteilte die geklagten Beschwerden und die Bewegungseinschränkungen als vereinbar mit den bildgebend festgestellten degenerativen Veränderungen im mittleren Bereich der Halswirbelsäule; als weiteren pathologischen Befund von Relevanz nannte er die arthrotischen Veränderungen in den Daumengelenken. Hingegen schrieb er den als behandelbar bezeichneten Schmerzen im rechten Vorfuß , die er mit der festgestellten

Spreizfussdeformität, der angedeutete n

Hallux -valgus-Bildung und eine r Engstellung im Bereich des Mittelfusses erklärte, keinen langdauernden Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu; zur gleichen Beurteilung gelangte er hinsichtlich der beidseitigen Karpaltunnelsymptomatik und der Fraktur des rechten oberen Sprunggelenks, die sich als abgeheilt erwies und keine Beschwerden mehr verursachte (Urk. 6/129/48+50). Unter Berücksichtigung der erhobenen Befunde attestierte Dr. P.____ der Beschwerdeführerin für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit in der Bäckerei keine Arbeitsfähigkeit mehr; für eine optimal angepasste Tätigkeit ging er demgegenüber aus rein rheumatologischer Sicht von einer 80%igen Restarbeitsfähigkeit aus (Urk. 6/129/50).

Dr. Q.____

teilte in Bezug auf das beidseitige Karpaltunnel syndrom und die Befunde im rechten Fuss die Beurteilung von Dr. P.____ und erwartete aus der Sicht des Fachgebietes der Neurologie ebenfalls keine bleibenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit (Urk. 6/129/54). Des Weiteren wies er auf die unauffälligen Ergebnisse der neurologischen Abklärungen im Jahr 2014 hin und sah auch aktuell keine Anhaltspunkte für eine Erkrankung des Gehirns (Urk. 6/129/53) , sodass er insgesamt keine neurologischen Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit stellen konnte (Urk. 6/129/54). 5.1.2

Gegenüber dem Psychiater Dr. R.____ schilderte die Beschwerdeführerin ausgeprägte Ängste um ihre Kinder und ihren Mann , die sich seit der Diagnose der Herzkrankheit im Sommer 2016 noch verstärkt hätten . Daneben berichtete sie von Ein- und Durchschlafstörungen, Konzentrationsschwierigkeiten und Vergeßlichkeit, von ausgeprägter Zurückgezogenheit und der Unfähigkeit, Freude zu empfinden, sowie von Suizidgedanken, die sie jedoch wegen der Kinder nicht verwirklichen wolle (Urk. 6/129/55+56+59).

An beobachtbaren Befunden nannte Dr. R.____ spürbare ausgeprägte Insuffizienzgefühle und herabgesetzte Vitalgefühle; die Beschwerdeführerin wirkte auf ihn deprimiert, angespannt, nervös, verunsichert, weinerlich und insgesamt sehr leidend , und er hatte den Eindruck, dass das Gespräch sehr belastend für sie sei (Urk. 6/129/57+59). Hinweise auf eine Aggravation oder Verdeutlichungstendenz konnte Dr. R.____ nicht erkennen , ebenso wenig konnte er Inkonsistenzen feststellen (Urk. 6/129/57). Ferner konnte er auch keine krankheitsfremden psychosozialen Faktoren ausmachen, sondern stufte die psychosoziale Belastungssituation vielmehr als Folge der gesundheitlichen Probleme ein (Urk. 6/129/60).

Im Rahmen seiner Beurteilung wies Dr. R.____

vorab auf die Fragestellung nach einer gesundheitlichen Veränderung seit dem Jahr 2009 hin (Urk. 6/129/58) und nannte anschliessend diese beiden Diagnosen, die Dr. H.____ im Mai 2009 gestellt hatte, nämlich – nunmehr an erster Stelle – eine generalisierte Angststörung (ICD

E. 10

- Bundesamt für Sozialversicherungen - Y.____-Pensionskasse sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 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 1. Juli bis und mit 1. August sowie vom 1. 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 FehrKobel

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