

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00246 vom 14. Februar 2023**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-02-14, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2022.00246](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2022.00246)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00246 du 14 février 2023

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00246 del 14 febbraio 2023

## **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 der Zeitpunkt des Invaliditätseintritts (Art. 28 Abs. 1 und 1 bis IVG) und jener des Rentenanspruchs nicht unbedingt identisch sind, fällt eine Invalidenrente unter das neue Recht, wenn der Anspruchsbeginn ab dem 1. Januar 2022 liegt, auch wenn die Invalidität vor diesem Zeitpunkt eingetreten ist. Neurechtliche Invalidenrenten sind somit Renten, auf die gemäss Art. 29 Abs. 1 und 2 IVG der Anspruch ab dem 1. Januar 2022 entsteht (vgl. Rz. 1008 des Kreisschreibens zu den Übergangsbestimmungen zur Einführung des linearen Rentensystems, KS ÜB WE IV, gültig ab 1. Januar 2022).

Die angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 202

### **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**

Wurde eine Rente

wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 IVV eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat.

Ergibt die Prüfung durch die Verwaltung, dass die Vorbringen der versicherten Person nicht glaubhaft sind, so erledigt sie das Gesuch ohne weitere Abklärungen durch Nichteintreten. Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (Urteil des Bundesgerichts 9C\_351/2020 vom 21. September 2020 E. 3.1, insbesondere mit Hinweis auf

BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

#### **E. 1.5**

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) . 1. 6

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 145 V 215 E. 5.1, 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne Weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG) .

#### **E. 1.7**

11.2022 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; Urteil des Bundesgerichts 9C\_529/2021 vom 26. Juli 2022 E. 3.2.1). 2.

## **E. 2**

Da die Entstehung eines Rentenanspruchs vorliegend bereits vor dem 1. Januar 2022 in Betracht fällt, sind die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die nachfolgend auch in dieser Fassung zitiert werden.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin

begründete die Verneinung des Leistungsanspruchs in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) damit, dass aus den eingereichten Unterlagen keine neuen somatischen Diagnosen hervorgehen würden und es nicht nachvollziehbar sei, dass sich die somatische Situation wesentlich verändert habe. Von den behandelnden Ärzten werde der somatische Zustand als stabil beschrieben, obschon sich die Nierenfunktion etwas verschlechtert habe. Die psychische Situation habe sich nach dem subjektiven Empfinden der Beschwerdeführerin verschlechtert. Seit Anfang August 2021 werde die Diagnose einer schweren depressiven Episode gestellt; eine objektive Befunderhebung sei jedoch nicht erfolgt, ebenso scheine keine Veränderung oder Anpassung der psychopharmakologischen Medikation erfolgt zu sein. Die Diagnose könne daher nicht nachvollzogen werden. Aus versicherungsmedizinischer Sicht sei somit von keiner wesentlichen Veränderung der gesundheitlichen Situation auszugehen im Vergleich zur letzten Prüfung (S. 1 f.).

### **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin machte demgegenüber beschwerdeweise sinngemäss geltend, ihre gesundheitliche Situation habe sich im Vergleich zur letzten Prüfung verschlechtert (Urk. 1).

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin, wobei namentlich zu prüfen ist, ob sich ihr Gesundheitszustand seit der letzten materiellen Prüfung wesentlich verändert hat (vgl. vorstehend E. 1.4-1.5).

Zu vergleichen ist dabei der Sachverhalt im Zeitpunkt der Rentenaufhebung mittels Verfügung vom 21. Februar 2017 (Urk. 6/85 = Urk. 6/86/8-10) – da mit Verfügung vom 31. Januar 2020 (Urk. 6/126) auf die erneute Anmeldung zum Leistungsbezug nicht eingetreten wurde und demnach keine umfassende materielle Prüfung stattgefunden hat – mit demjenigen, welcher der hier angefochtenen Verfügung vom 6. April 2022 (Urk. 2) zugrunde lag. 3. 3.1

Die Zusprache einer Dreiviertelsrente ab September 2005 mit Verfügung vom 11. Juli 2007 (Urk. 6/21) bei einem Invaliditätsgrad von 61 % erfolgte aufgrund der Diagnosen einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11), einem chronischen Schmerzsyndrom, einer leichten Niereninsuffizienz bei Schrumpfniere links

und einer arteriellen Hypertonie. Die Beschwerdeführerin wurde als zu 100 % im Haushalt Tätige beziehungsweise als Nichterwerbstätige qualifiziert, wobei sie seit September 2004 in ihrem Aufgabenbereich Haushaltsführung und Kinderbetreuung als zu 61 % eingeschränkt erachtet wurde; diese Einschränkung entsprach dem Invaliditätsgrad (vgl. Urk. 6/13; Urk. 6/17). 3.2 3.2.1

Der mit rechtskräftigen Verfügung vom 21. Februar 2017 (Urk. 6/85 = Urk. 6/86/8-10; vgl. Urk. 6/96/1-29, Prozess-Nr. IV.2017.00366; Urk. 6/102) erfolgte Aufhebung der bisher ausgerichteten Dreiviertelsrente lag im Wesentlichen das polydisziplinäre Gutachten des Y. \_\_\_ vom 9. September 2016 (Urk. 6/72) zugrunde (vgl. Urk. 6/96/1-29, Prozess-Nr. IV.2017.00366 E. 5.3).

Die Gutachter nannten eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig anhaltende mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.1), als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 52 Ziff. 12.1). Zudem nannten sie folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 53 Ziff. 12.2): - akzentuierte, vermeidende, einfach strukturierte Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) - Schmerzpersistenz nach Knie totalprothese links August 2013 und rechts Oktober 2013 bei Nullachse - Senk-/Spreizfüsse - Adipositas - chronische Niereninsuffizienz Stadium III bei Schrumpfnieren links - renale Hypertonie - renale Anämie - sekundärer Hyperparathyreoidismus - Hyperthyreose - Nebenschlussvarizen an beiden Unterschenkeln - Status nach submuköser Antirefluxplastik links Februar 2010

Die Gutachter legten dar, dass aus orthopädischer und internistischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorliege (S. 49 f. Ziff. 11.1). Die Arbeitsfähigkeit sei jedoch aus psychiatrischer Sicht eingeschränkt (S. 54 Ziff. 13.5). So betrage die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Betriebsmitarbeiterin und Verpackerin aufgrund der anhaltenden mittelgradigen depressiven Störung mit Beeinträchtigung der emotionalen Belastbarkeit, der geistigen Flexibilität, des Antriebs, der Interessen, der Motivation, der Kontaktfähigkeit und der Dauerbelastbarkeit gesamthaft bei voller Stundenpräsenz seit Januar 2011 50 % (Arbeitsunfähigkeit 50 %). Von August 2013 bis Januar 2014 habe im Rahmen der postoperativen Rehabilitationen gesamthaft bei voller Stundenpräsenz eine Arbeitsfähigkeit von 0 % (Arbeitsunfähigkeit 100 %) bestanden. Als Hausfrau mit freier Zeiteinteilung betrage die Arbeitsfähigkeit seit Januar 2011 gesamthaft bei voller Stundenpräsenz 75 % (Arbeitsunfähigkeit 25 %, S. 53 Ziff. 13.1). Arbeiten ohne erhöhte emotionale Belastung, ohne Stressbelastung, ohne erforderliche geistige Flexibilität, ohne vermehrte Kundenkontakte und ohne überdurchschnittliche Dauerbelastung sowie geistig einfache Tätigkeiten ohne Anforderungen an die Konzentration und Merkfähigkeit könnten der Beschwerdeführerin gesamthaft bei voller Stundenpräsenz seit Januar 2011 zu 60 % (Arbeitsunfähigkeit 40 %) zugemutet werden. Auch für adaptierte Tätigkeiten habe im Rahmen der postoperativen Rehabilitationen von August 2013 bis Januar 2014 gesamthaft bei voller Stundenpräsenz eine Arbeitsfähigkeit von 0 % (Arbeitsunfähigkeit 100 %) bestanden (S. 53 f. Ziff. 13.2). 3.2.2

Im Rahmen der im Dezember 2014 eingeleiteten Rentenrevision (vgl. Urk. 6/48) wurde die Beschwerdeführerin aufgrund von geänderten familiären Verhältnissen neu als 80 % Erwerbstätige und als 20 % im Haushalt Tätige qualifiziert. Somit war ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 ATSG gegeben, weshalb eine umfassende Prüfung des Rentenanspruchs vorgenommen werden konnte, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen bestand (vgl. Urk. 6/96/1-29, Prozess-Nr. IV.2017.00366 E. 5.1).

Das hiesige Gericht kam in seinem rechtskräftigen Urteil vom 7. Mai 2018 (Urk. 6/96/1-29, Prozess-Nr. IV.2017.00366)

zum Schluss, dass sich der somatische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin im Vergleich zur medizinischen Situation, wie sie sich im Zeitpunkt der erstmaligen Rentenzusprache im Jahr 2007 beziehungsweise im Rahmen der Renten bestätigungen in den Jahren 2008 und 2011 präsentierte, nicht wesentlich verändert hat ( E. 5.4). Auch in psychiatrischer Hinsicht liege im Wesentlichen ein unveränderter Gesundheitszustand vor, wobei es sich um eine andere Beurteilung des gleichen Sachverhaltes handle. Da mit dem Statuswechsel der Beschwerdeführerin ein Revisionsgrund ausgewiesen sei, stehe einer umfassenden Prüfung des Rentenanspruchs ohne Bindung an frühere Beurteilungen nichts entgegen (E. 5.7).

Nach Durchführung des

strukturierten Beweisverfahrens kam das hiesige Gericht in Abweichung vom Y.\_\_\_\_ -Gutachten zum Schluss, dass der Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht Tätigkeiten ohne erhöhte emotionale Belastung, ohne Stressbelastung, ohne erforderliche geistige Flexibilität, ohne vermehrte Kundenkontakte und ohne überdurchschnittliche Dauerbelastung sowie geistig einfache Tätigkeiten ohne Anforderungen an die Konzentration und Merkfähigkeit zu 100 % zumutbar sind (E. 5.11). Der Beschwerdeführerin sei somit eine angepasste Tätigkeit zu 100 % zumutbar (E. 5.13).

Nach durchgeführtem Einkommensvergleich errechnete das hiesige Gericht einen Teilinvaliditätsgrad von 0 % im erwerblichen Bereich (E. 6.1-6.7). Im Haushaltsbereich lag gestützt auf den eingeholten Haushaltsabklärungsbericht eine Einschränkung von 19.2 % vor, was bei einem Anteil im Haushalt von 20 % einem Teilinvaliditätsgrad von 3.84 % entsprach (E. 6.8). Die Addition der Teilinvaliditätsgrade von 0 % im erwerblichen Bereich und von 3.84 % im Haushaltsbereich ergab einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von gesamthaft rund 4 % (E. 6.9). 3.3 3.3.1

Die Beschwerdeführerin meldete sich am 12. April 2018 erneut bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 6/92; vgl. Urk. 6/103) und reichte dabei die nachfolgend aufgeführten Berichte ein. 3.3.2

Ein Arzt des Spitals Z.\_\_\_\_, nannte in seinem Bericht vom 19. Juni 2018 (Urk. 6/115/16-17) Knie- und Fusschmerzen beidseits nach längerer Belastung als Diagnose und berichtete über eine unverändert gute Lage der Protheseimplantate ohne Hinweis für eine Lockerung, ein unauffälliges femoropatellares Gleitlager und eine unauffällige Zentrierung der Patella. Es liege keine Patellararthrose vor (S. 1). Es sei am ehesten an eine muskuläre Dysbalance zu denken. Die Physiotherapie sollte ausgebaut werden (S. 2 oben). 3.3.3

Ein Arzt des A.\_\_\_\_, Institut für Radiologie und Nuklearmedizin, berichtete am 16. Oktober 2018 (Urk. 6/115/14-15) über die gleichentags im Rahmen der Verlaufskontrolle bei progredienter Niereninsuffizienz durchgeführte Nierenfunktionsszintigraphie, wobei sich die bekannte Schrumpfniere links mit deutlich verminderter Funktion gezeigt habe. Die Funktion sei im Vergleich zur Voruntersuchung unverändert (S. 1).

3.3.4

Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Nephrologie, nannte in seinem Bericht vom 19. November 2018 (Urk. 6/109 /1-3 = Urk. 6/115/1-3 ) folgende

Diagnosen (S. 1 f.): - schwere chronische Niereninsuffizienz bei Schrumpfniere links bei Refluxnephropathie mit rezidivierenden Harnwegsinfekten links und wahrscheinlich zusätzlich hypertensive r /ischämische r Nephropathie , differentialdiagnostisch Überlastungsglomerulopathie , in der verbleiben den Niere - Flankenschmerzen beidseits, aktuell rechts betont und lumbal beidseits unklarer Ätiologie - c hronische Hepatitis B - chronisches Schmerzsyndrom bei mittelschwerer Depression bei psycho soziale r Problematik - essentieller Tremor - Hypothyreose unter Substitutionstherapie - Adipositas II - medialbetonte

Pangonarthrose beidseits

An der klinischen Situation der Beschwerdeführerin habe sich seit der letzten Kontrolle im letzten Sommer nicht viel geändert. Der Beschwerdeführerin gehe es unverändert (S. 2).

3.3.5

Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, berichtete am 7. März 2019 (Urk. 6/115/12-13) über die klinische Verlaufskontrolle des seit etwa 20 Jahren bestehenden essenziellen Tremors beidseits. Die Beschwerdeführerin werde medikamentös behandelt, worunter es zu einer spürbaren Reduktion des fein schlagigen Aktionstremors komme. Sonstige Beschwerden würden verneint (S. 2 oben). 3.3.6

Dr. B.\_\_\_\_ führte in seinem Bericht vom 12. März 2019 (Urk. 6/115/9-10) aus, dass sich an der Gesamtbeurteilung erneut nichts geändert habe (S. 2 oben).

3.3.7

Dr. med. (TR)

D.\_\_\_\_ führte in seinem undatierten, bei der Beschwerdegegnerin am 26. April 2019 eingegangenen Bericht (Urk. 6/115/18-19 = Urk. 6/122) aus, dass er die Beschwerdeführerin seit Dezember 2017 psychiatrisch und psychotherapeutisch behandle und nannte eine mittelschwere Depression (ICD-10 F32.1), eine posttraumatische Belastungs störung ( PTBS; ICD-10 F43.1) sowie eine anhaltende Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) als psychiatrische Diagnosen (S. 1). Die Beschwerdeführerin habe im ersten Gespräch angegeben, unter Ein- und Durchschlafstörungen zu leiden, morgens müde zu sein, keinen Antrieb zu haben, energie- und kraftlos zu sein. Sie könne zu Hause nicht viel tun, sei schnell erschöpft und müde. Sie habe wenig soziale Kontakte und habe mehrere körperliche Beschwerden. Ab und zu habe sie lebensmüde Gedanken, wegen den Kindern könne sie sich jedoch von einer Suizidalität distanzieren. In Bezug auf den psychopathologischen Befund führte Dr. D.\_\_\_\_ aus, dass die Auffassung, Konzentration, Aufmerksamkeit, Merkfähigkeit und das Gedächtnis der Beschwerdeführerin situativ leicht reduziert seien. Die Stimmungslage sei bedrückt, traurig und leidend. Im Affekt sei sie stabil, eine affektive Schwingungsfähigkeit sei nicht erhalten (S. 2). Die Beschwerdeführerin sei chronisch-mittelg rad ig (rezidiv) depressiv. Sie leide zusätzlich unter verschiedenen, soma tischen Erkrankungen. Das mache ihren Zustand noch schlimmer. Sie verfüge über keine Ressourcen. Aus psychiatrischer Sicht sei die Beschwerdeführerin nicht in der Lage zu arbeiten (S. 3 Mitte). 3.3.8

Med. pract . E.\_\_\_\_, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, F.\_\_\_\_, führte in ihrer Stellungnahme vom 17. Juni 2019 (Urk. 6/125/2-3) aus, dass die Situation der Beschwerdeführerin gemäss Bericht en von Dr.

B.\_\_\_\_ vom 19. November 2018 (vgl. vorstehend E. 3.3.4) und vom 12. März 2019 (vorstehend E. 3. 3.6 ) unverändert sei. Am 7. März 2019 habe Dr.

C.\_\_\_\_ über einen essentiellen Tremor berichtet, der seit 20 Jahren bestehe (vgl. vorstehend E. 3.3.5). Nierenszintigraphisch habe sich gestützt auf den Bericht des KSW vom 16. Oktober 2018 (vgl. vorstehend E. 3.3.3) keine Veränderung zu den Vorbefunden gezeigt. Das Spital Z.\_\_\_\_ habe am 19. Juni 2018 (vgl. vorstehend E. 3.3.2) über eine gute Funktion der Knieprothesen berichtet und es würden im Wesentlichen unauffällige Fussbefunde bei geklagten Schmerzen der Füße vorliegen, ein Muskelaufbau werde empfohlen. Der Psychiater Dr. D.\_\_\_\_ habe in seinem undatierten Bericht (vgl. vorstehend E. 3.3.7) über zahlreiche psychosoziale Belastungen berichtet. Er schildere eine ausführliche Anamnese, jedoch keinen psychopathologischen Befund. Die von ihm mitgeteilte Diagnose einer chronischen mittelgradigen Depression sei nicht nachvollziehbar hergeleitet und sei in der Vergangenheit bereits abgeklärt worden. Med. pract . E.\_\_\_\_ kam zum Schluss, dass keine wesentlichen neuen Sachverhalte mitgeteilt worden seien. 3.3.9

In der Folge trat die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 31. Januar 2020 (Urk. 6/126) auf das neue Leistungsbegehren nicht ein. 4. 4. 1

Dr. B.\_\_\_\_ nannte in seinem Bericht vom 25. März 2021 (Urk. 6/132/4-6) folgende Diagnosen (S. 1 f.): - schwere chronische Niereninsuffizienz bei Schrumpfniere links bei Refluxnephropathie mit rezidivierenden Harnwegsinfekten links und wahrscheinlich zusätzlich hypertensive r /ischämische r Nephropathie, differentialdiagnostisch Überlastungsglomerulopathie , in der verbleiben den Niere - Flankenschmerzen beidseits, aktuell rechts betont und lumbal beidseits unklarer Ätiologie - chronisch replizierende Hepatitis B - chronisches Schmerzsyndrom bei mittelschwerer Depression bei psychosozialer Problematik - essentieller Tremor - Hypothyreose unter Substitutionstherapie - Adipositas II - medialbetonte

Pangonarthrose beidseits

Die Beschwerdeführerin habe berichtet, dass sie vor zirka einer Woche, als sie mit ihrer Tochter in den Ferien gewesen sei, geschwollene Beine gehabt hätte, die aber nun wieder verschwunden seien. Ansonsten hätte sie keine besonderen Beschwerden oder Probleme. Die Nierenfunktion habe sich im Vergleich zu den Vorwerten etwas verschlechtert . Aufgrund der erhöhten Harnsäure und des erhöhten Harnstoffs sei am ehesten davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin in den letzten Tagen weniger getrunken habe und somit eine gewisse prärenale Komponente der Verschlechterung bestehe (S. 2). 4.2

In seinem Bericht vom 7. Juli 2021 (Urk. 6/132/1-2) führte Dr. B.\_\_\_\_

aus, dass sich an den Diagnosen (vgl. vorstehend E. 4.1) nichts Wesentliches geändert habe. Die Nierenfunktion habe sich im Vergleich zu den Vorwerten nochmals etwas verschlechtert, doch bestünden keinerlei Urämiesymptome . Die Proteinurie habe in der Tendenz erneut etwas abgenommen, was erfreulich sei (S. 1). 4. 3

Dr. med. G.\_\_\_\_ , Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Hausärztin der Beschwerdeführerin, nannte in ihrem Bericht vom 10. August 2021 (Urk. 6/131) folgende Diagnosen (S. 1 f.): - schwere chronische Niereninsuffizienz bei Schrumpfniere links wegen Refluxnephropathie mit rezidivierenden Harnwegsinfekten links und wahrscheinlich zusätzlich hypertensive r /ischämische r Nephropathie in der verbleibenden Niere - chronische Hepatitis B - arterielle Hypertonie - chronische Kopfschmerzen,

differentialdiagnostisch durch Hypertonie - chronisches Schmerzsyndrom bei mittelschwerer Depression - leichte Hypothyreose - Adipositas per magna - Gonarthrose beidseits - Metatarsalgien bei Spreizfuß beidseits

Der Zustand der Beschwerdeführerin habe sich subjektiv verschlechtert, vor allem die psychische Situation sei für sie nicht mehr tragbar und sie zeige eine deutliche Verschlechterung der Depression. Somatisch sei sie stabil. Die Nierenfunktion habe sich zwar in den Werten leicht verschlechtert, es würden sich aber keine Urämiesymptome zeigen und eine Dialyse sei (noch) nicht notwendig. Es bestünden weiterhin familiäre- und sozioökonomische Probleme, die den Zustand der Beschwerdeführerin stark belasten würden (S. 1 Mitte).

4. 4

Dr. D.\_\_\_\_ nannte in seinem Bericht vom 18. August 2021 (Urk. 6/133) folgende psychiatrische Diagnosen (S. 1 unten): - schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2), seit Anfang 2021 - PTBS, Status nach tödlichem Autounfall als Kind (ICD-10 F 43.1) - anhaltende Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)

Die Beschwerdeführerin habe berichtet, dass es ihr in letzter Zeit schlechter gehe. Sie habe Schlafstörungen, könne nur mit Tabletten (Trittico) einschlafen und werde immer wieder mit Schmerzen wach. Sie sei morgens müde, kraftlos und habe keinen Antrieb. Sie habe keine Lebenslust und keine sozialen Kontakte. Sie habe auch keinen Kontakt zu ihrer Familie, weil sie ihr Unrecht angetan hätten, habe kein Vertrauen. Sie sei vergesslicher geworden und habe Konzentrationschwäche.

Nachdem ihre Nierenfunktion schlechter geworden sei, habe sie Angst, in die Dialyse gehen zu müssen und zu sterben. Das Leben habe für sie keinen Sinn, weil sie viele Probleme in der Familie habe und es ihr gesundheitlich nicht gut gehe. Lebensmüde Gedanken würden verneint, weil sie religiös sei und Kinder habe. Dr. D.\_\_\_\_ führte aus, dass die Beschwerdeführerin im Gespräch schwer depressiv gewirkt und geweint habe. Sie sei lustlos und antriebslos, wirke erschöpft. Der psychische Zustand der Beschwerdeführerin habe sich verschlechtert. Dieser Zustand sei trotz medikamentöser und psychotherapeutischer Gesprächstherapie, die alle zwei bis drei Wochen stattfänden, von dauerhaftem Charakter. Eine Besserung sei nicht zu erwarten (S. 1 f.). 4.5

Pract. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Arbeitsmedizin, F.\_\_\_\_, führte in seiner Stellungnahme vom 19. Oktober 2021 (Urk. 6/135/2-3) aus, dass sich

die somatische gesundheitliche Situation der Beschwerdeführerin gestützt auf den Bericht von Dr. B.\_\_\_\_ vom 7. Juli 2021 (vorstehend E. 4.2) nicht wesentlich verändert habe, die Diagnosen hätten sich nicht geändert. Die Nierenfunktion habe sich etwas verschlechtert, die Proteinurie aber etwas abgenommen, was sehr erfreulich sei. Laut Bericht von Dr. G.\_\_\_\_ vom 10. August 2021 (vorstehend E. 4.3) sei die Beschwerdeführerin somatisch stabil. Laut Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. D.\_\_\_\_

vom 18. August 2021 (vorstehend E. 4.4) werde seit Anfang 2021 die Diagnose einer schweren depressiven Episode (ICD-10 F32.2) gestellt. Der Psychiater verweise auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin, eine objektive Befunderhebung sei nicht erfolgt. Zudem sei wohl keine beziehungsweise Anpassung der psychopharmakologischen Medikation erfolgt. Die Angabe der Beschwerdeführerin, sie habe auch keinen Kontakt zu ihrer Familie, sie habe kein Vertrauen, könne angesichts der

Angaben im Bericht von Dr. B. \_\_\_ vom 7. Juli 2021 (vorstehend E. 4.2), in welchem fest gehalten worden sei, die Beschwerdeführerin sei wieder in Begleitung ihrer Tochter erschienen (vgl. Urk. 6/132/1-2 S. 1 unten), nicht nachvollzogen werden.

F. \_\_\_ -Arzt pract . med. H. \_\_\_ kam zum Schluss, dass aus versicherungs medizinischer Sicht somit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einem unveränderten Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin auszugehen sei im Vergleich zur letzten F. \_\_\_ -Stellungnahme im Juni 2019 (vgl. vorstehend E. 3.3.8 ). 4.6

In seinem ärztlichen Zeugnis vom 12. Januar 2022 (Urk. 6/142) attestierte Dr. B. \_\_\_ der Beschwerdeführerin aus nephrologischer Sicht eine maximale Arbeitsfähigkeit von 50 %.

4.7

Dr. D. \_\_\_ nannte in seinem Bericht v om 24. Januar 2022 (Urk. 6/140) eine seit A nfang 2021 bestehende rezidivierende schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2) , eine PTBS und eine anhaltende Schmerz störung als psychiatrische D iagnose (S. 1 unten). Die Beschwerdeführerin hätte in den Gesprächen seit 2021 darüber g eklagt, depressiv und traurig zu sein. Sie leide unter Ein- und Durchschlafstörungen und könne nur mit Tabletten (Trittico) schlafen, wache in der Nacht jedoch mit Schmerzen auf , sei morgens müde und kraftlos, habe keinen Antrieb, keine Kraft, keine Lust und keine Lebensfreude. Sie könne zu Hause keine Hausarbeiten erledigen, werde schnell müde, erschöpft und müsse Pausen einlegen, sei nicht belastbar. Sie befürchte, dass sie aufgrund ihrer kranken Nieren in die Dialyse gehen müsse. Sie habe auch verschiedene körper liche Beschwerden. Es bestünden familiäre und sozioökonomische Probleme. Sie fühle sich enttäuscht und gekränkt, habe wenige Kontakte. Dr. D. \_\_\_ führte aus, dass die Beschwerdeführerin im Gespräch leidend, traurig, antriebslos und freudelos gewirkt habe. Sie habe ab und zu geweint, habe lebensmüde Gedanken angegeben, könne sich aber wegen den Kindern glaubhaft davon distanzieren . In Bezug auf den psychopathologischen Befund führte Dr. D. \_\_\_ aus, dass die Konzentration, Aufmerksamkeit, Merkfähigkeit und das Gedächtnis der Beschwerdeführerin situativ leicht reduziert seien. Ihr Antrieb sei leicht reduziert, die Schwingungsfähigkeit mittelg rad ig reduziert und im Affekt sei sie stabil. Die Stimmungslage sei bedrückt, leidend, traurig und die Beschwerdeführerin weine ab und zu im Gespräch (S. 2).

Die Beschwerdeführerin komme alle drei bis vier Wochen in die Therapie, in den Gesprächen berichte sie jeweils über ihre Probleme und Leiden. Sie sei durch gehend in depressiver Stimmungslage. Die psychische Situation sei für die Beschwerdeführerin nicht mehr tragbar und sie zeige eine deutliche Verschlech terung der Depression. Aktuell habe sich der psychische Zustand der Beschwer deführerin verschlechtert. Dieser Zustand sei von dauerhaftem Charakter, eine Besserung sei nicht zu erwarten. Die somatischen Krankheiten würden den psychischen Zustand zusätzlich verschlechtern. Aus psychiatrischer Sicht sei die Beschwerdeführerin nicht in der Lage, einer Arbeit nachzugehen. Sie sei zu 100 % arbeitsunfähig (S. 2 f.).

4.8

Dr. G. \_\_\_ berichtete am 13. Januar 2022 (Urk. 6/141) bei gleich gebliebenen Diagnosen (vgl. vorstehend E. 4.3), dass sich der Zustand der Beschwerdeführerin subjektiv verschlechtert habe. Vor allem die psychische Situation sei für sie nicht mehr tragbar und sie zeige eine deutliche Verschlech terung der Depression. Sie sei adynam , zeige keine

Lebensfreude mehr und sei mit der ganzen Situation überfordert, so dass sie oft nicht mehr leben wolle, ohne jedoch konkrete Suizidwünsche geäußert zu haben. Somatisch sei sie stabil. Die Nierenfunktion habe sich zwar in den Werten leicht verschlechtert, es würden sich jedoch keine Urämiesymptome zeigen und eine Dialyse sei (noch) nicht notwendig. Es bestünden weiterhin familiäre und sozioökonomische Probleme, die den Zustand der Beschwerdeführerin stark belasten würden (S. 1). 4.9

Dr. D.\_\_\_\_ und Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, nahmen in ihrer

– nach Verfügungserlass erstellten - Stellungnahme vom 15. Mai 2022 (Urk. 5/2) zum Bericht von Dr. D.\_\_\_\_ vom 24. Januar 2022 (vorstehend E. 4.7) Stellung und führten hinsichtlich des objektiven psychopathologischen Befundes aus, dass die Konzentration, Aufmerksamkeit, Merkfähigkeit und das Gedächtnis der Beschwerdeführerin situativ leicht reduziert seien. Ihr Antrieb sei leicht reduziert, die Schwingungsfähigkeit mittelgradig reduziert und im Affekt sei sie stabil. Die Stimmungslage sei mittelgradig bedrückt und die Beschwerdeführerin sei mittelgradig leidend, mittelgradig traurig und weine ab und zu im Gespräch (S. 1 f.). Hinsichtlich des subjektiven psychopathologischen Befundes

legten

Dr. D.\_\_\_\_ und Dr. I.\_\_\_\_ dar, dass die Beschwerdeführerin Schlafstörungen habe und nur mit dem Medikament Trittico schlafen könne. Sie werde in der Nacht wegen den Schmerzen wach, habe Schwierigkeiten wieder einzuschlafen. Morgens sei sie müde, nicht ausgeschlafen und habe Mühe in den Tag zu starten. Sie habe Angst dialysepflichtig und bettlägerig zu werden. Sie habe verschiedene körperliche Beschwerden. Die Beschwerdeführerin habe keine Freude am Leben, sei vergesslich und habe wenig soziale Kontakte. Zudem lägen auch psychosoziale und finanzielle Probleme vor (S. 2). 4.10

Dr. B.\_\_\_\_

führte in seinem – nach Verfügungserlass erstellten – Bericht vom 19. Juli 2022 (Urk. 8) aus, dass es der Beschwerdeführerin aktuell gesundheitlich unverändert gehe. Im klinischen Vordergrund stünden ihre Müdigkeit, die Leistungsintoleranz und die Schmerzen in den Flanken (rechts betont) und in den Füßen bei längerem Stehen oder Gehen. Zudem würden sich auch bei längerem Stehen störende Ödeme entwickeln. Die Nierenfunktion habe sich zum Vorwert erneut leicht verschlechtert, gleichzeitig habe die Albuminurie wieder zugenommen, sodass es sich hier um eine effektive Verschlechterung handle. Da nur leichte Urämiezeichen bestünden, werde mit der Fistelanlage noch zugewartet. Diese werde aber in diesem Jahr noch gemacht werden müssen und danach sei in zwei bis drei Monaten mit dem Dialysebeginn zu rechnen. Die Folgen der schweren chronischen Niereninsuffizienz seien weitgehend unverändert zu den Vorbefunden und unter der aktuellen Therapie/Substitution stabil, sodass die Therapie unverändert bleibe. In den nächsten Monaten sei bei der Beschwerdeführerin mit einer Dialysebedürftigkeit zu rechnen. In dieser Situation sei ein Mensch in seiner körperlichen Leistungsfähigkeit und seinen Reserven deutlich eingeschränkt. Bei der Beschwerdeführerin seien die Leistungsfähigkeit und auch die körperlichen Reserven schon seit längerer Zeit reduziert, sodass sie aktuell noch knapp (und teilweise nicht) in der Lage sei, ihren eigenen Haushalt «zu stemmen». Sie habe keine Ausbildung und verstehe nur schlecht Deutsch, weshalb auch eine Umschulung in ihrem Alter nicht zielführend sei. Aufgrund der Gesamtsituation sei die Beschwerdeführerin deshalb auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht arbeitsfähig (S. 2 f.).

#### 4.11

Dr. G.\_\_\_\_ attestierte der Beschwerdeführerin in ihrem ärztlichen Zeugnis vom 23. August 2022 (Urk. 11) eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 23. August bis zum 30. September 2022 mit der von Dr. B.\_\_\_\_ wörtlich übernommenen (vgl. vorstehend E. 4.10)

Begründung, dass bei der Beschwerdeführerin in den nächsten Monaten mit einer Dialysebedürftigkeit zu rechnen sei und sie in dieser Situation in ihrer körperlichen Leistungsfähigkeit und Reserven deutlich eingeschränkt sein werde. 5. 5.1

Vorab ist

festzuhalten, dass sich aus den Akten keine Hinweise ergeben, aufgrund welcher sich eine Änderung der - im Rahmen der im Dezember 2014 eingeleiteten Rentenrevision festgelegten - sozialversicherungsrechtlichen Qualifikation der Beschwerdeführerin als 80 % Erwerbstätige und als 20 % im Haushalt Tätige (vorstehend E. 3.2.2) aufdrängen würde. Dies wird von der Beschwerdeführerin substantiell auch nicht gerügt (vgl. vorstehend E. 2.1). Deshalb ist vorliegend weiterhin von dieser sozialversicherungsrechtlichen Qualifikation auszugehen. 5.2

Der behandelnde Nephrologe Dr. B.\_\_\_\_ ging in seinen Berichten vom 25. März 2021 (vorstehend E. 4.1) und vom 7. Juli 2021 (vorstehend E. 4.2) von keiner Veränderung der Diagnosen aus. Er berichtete jedoch von einer leichten Verschlechterung der Nierenfunktion, wobei keinerlei Urämiesymptome bestünden. Zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin äusserte sich Dr. B.\_\_\_\_ nicht. In seinem ärztlichen Zeugnis vom 12. Januar 2022 (vorstehend E. 4.6) attestierte er der Beschwerdeführerin hingegen aus nephrologischer Sicht eine maximale Arbeitsfähigkeit von 50 %, ohne diese jedoch näher darzulegen und zu begründen, weshalb diese nicht nachvollzogen werden kann. Ausserdem ist in Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten wie überhaupt von behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Verantwortung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc).

Die behandelnde Hausärztin Dr. G.\_\_\_\_

berichtete am 10. August 2021 (vorstehend E. 4.3) und am 13. Januar 2022 (vorstehend E. 4.8), dass der somatische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin stabil sei. Zudem berichtete sie von einer leichten Verschlechterung der Nierenfunktion, wobei sich keine Urämiesymptome zeigen würden und eine Dialyse (noch) nicht notwendig sei. Zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin äusserte sich Dr. G.\_\_\_\_ nicht. 5.3

Bezüglich des nach Verfügungserlass erstellten Berichtes von Dr. B.\_\_\_\_ vom 19. Juli 2022 (vorstehend E. 4.10) und des ärztlichen Zeugnisses von Dr. G.\_\_\_\_ vom 23. August 2022 (vorstehend E. 4.11) gilt, dass nach ständiger Rechtsprechung das Sozialversicherungsgericht die Gesetzmässigkeit der Verfügungen beziehungsweise der Einspracheentscheide in der Regel nach dem Sachverhalt beurteilt, der zur Zeit des Abschlusses des Verwaltungsvorgangs gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 130 V 138 E. 2.1 mit Hinweis). Jedoch sind Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, insoweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung

im Zeitpunkt des Erlasses der Verwaltungsverfügung beziehungsweise des Einspracheentscheides zu beeinflussen (BGE 121 V 362 E. 1b, 99 V 98 E. 4; Urteil des Bundesgerichts 8C\_95/2017 vom 15. Mai 2017 E. 5.1 mit Hinweisen).

Der Bericht von Dr.

B.\_\_\_\_

vom 19. Juli 2022 (vorstehend E. 4.10) bezieht sich auf den Zeitpunkt vor und nach Verfügungserlass, weshalb er grundsätzlich zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin herangezogen werden kann. Dr. B.\_\_\_\_ führte aus, dass es der Beschwerdeführerin gesundheitlich unverändert gehe. Die Nierenfunktion habe sich jedoch erneut leicht verschlechtert, weshalb in den nächsten Monaten mit einer Dialysebedürftigkeit zu rechnen sei. Die Folgen der schweren chronischen Niereninsuffizienz seien weitgehend unverändert zu den Vorbefunden. Zudem attestierte Dr. B.\_\_\_\_ der Beschwerdeführerin aufgrund der Gesamtsituation eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt. Aus dem Bericht von Dr. B.\_\_\_\_ ergibt sich bis zum Verfügungserlass keine wesentliche Veränderung des somatischen Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin. Die erwähnte zukünftige Dialysebedürftigkeit betrifft den Zeitraum nach Verfügungserlass, weshalb er nicht zur Beurteilung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin zum Verfügungszeitpunkt im April 2022 herangezogen werden kann.

Die von Dr. G.\_\_\_\_ in ihrem ärztlichen Zeugnis vom 23. August 2022 (vorstehend E. 4.11) attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 23. August bis zum 30. September 2022 aufgrund der in den nächsten Monaten zu erwartenden Dialysebedürftigkeit betrifft den Zeitraum nach Verfügungserlass, weshalb er ebenfalls nicht zur Beurteilung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin zum Verfügungszeitpunkt im April 2022 herangezogen werden kann. 5.4

In somatischer Hinsicht hat sich demnach der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin trotz der leichten Verschlechterung der Nierenfunktion seit der Rentenaufhebung im Jahr 2017 nicht wesentlich verändert. Zum Zeitpunkt des Verfügungserlasses im April 2022 (Urk. 2) war bereits bekannt, dass zukünftig allenfalls eine Dialysebedürftigkeit eintreten könnte.

5.5

Der behandelnde Dr. D.\_\_\_\_, welcher nicht über einen Facharztstitel als Psychiater verfügt (vgl. nachfolgend), diagnostizierte

am 18. August 2021 neu eine seit Anfang 2021 bestehende schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2; vorstehend E. 4.4); am 24. Januar 2022 ging er bereits von einer seit Anfang 2021 bestehenden rezidivierenden schweren depressiven Störung ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2) aus (vorstehend E. 4.7). Im Vergleich zum Bericht vom 26. April 2019, gemäss welchem er von einer mittel schweren Depression ausging, liegen jedoch keine wesentlich verschlechterten Befunde vor (vgl. vorstehend E. 3.3.7). Dr. D.\_\_\_\_ legte auch nicht substantiiert dar, inwiefern sich der psychische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit Anfang 2021 verschlechtert haben und nun eine rezidivierende schwere depressive Störung ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2) vorliegen soll.

Die von Dr. D.\_\_\_\_ erhobenen Befunde, wonach die Konzentration, Aufmerksamkeit, Merkfähigkeit und das Gedächtnis der Beschwerdeführerin situativ leicht reduziert, ihr Antrieb leicht reduziert und die Schwingungsfähigkeit mittelgradig reduziert sowie die Stimmungslage bedrückt, leidend und traurig seien (vorstehend E. 4.6, vgl. E. 4.4 ), lassen sich mit den diagnostischen Leitlinien zu ICD-10 F33.2, wonach eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome, nur diagnostiziert werden soll, wenn die Kriterien für eine rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33) erfüllt sind und die gegenwärtige Episode den Kriterien für eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2) entspricht ( Dilling / Mombour /Schmidt, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Auflage, Bern 2015, S. 179), nur schwer in Einklang bringen. So kann eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2) nur dann diagnostiziert werden, wenn alle drei für die leichte und mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.0, F32.1) typischen Symptome (gedrückte Stimmung, Interessensverlust oder Freudlosigkeit, Verminderung des Antriebs oder erhöhte Ermüdbarkeit) und mindestens vier andere Symptome (verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit, vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit, negative und pessimistische Zukunftsperspektiven, Suizidgedanken, erfolgte Selbstverletzung oder Suizidhandlungen, Schlafstörungen und verminderter Appetit), von denen einige besonders ausgeprägt sein sollten, vorhanden sind (S. 169 f., S. 174). Zudem erwähnte Dr. D.\_\_\_\_ weiterhin psychosoziale und finanzielle Probleme (vorstehend E. 4.7 , vgl. E. 4.4). Dass die psychotherapeutischen Gespräche lediglich alle drei bis vier Wochen stattfinden (vorstehend E. 4.7 ), erstaunt angesichts der gestellten Diagnose einer schweren depressiven Episode, ebenso wie der Umstand, dass die Beschwerdeführerin , soweit ersichtlich, bisher noch nie stationär behandelt worden ist. Ausserdem war die Beschwerdeführerin gemäss Bericht von Dr. B.\_\_\_\_ vom 25. März 2021 Anfang März 2021 mit ihrer Tochter in den Ferien (vorstehend E.4.1), was ebenfalls gegen eine schwere depressive Episode spricht.

Was die von Dr. D.\_\_\_\_ diagnostizierte PTBS (ICD-10 F43.1) anbelangt (vorstehend E. 4.4, E. 4.7), ist festzuhalten , dass er keine diesbezüglichen Befunde erhob beziehungsweise nannte , sodass die Diagnose nicht nachvollzogen werden kann . In Bezug auf die diagnostizierte anhaltende Schmerzstörung (ICD-10 F45.4; vorstehend E. 4.4, E. 4.7) bleibt zu erwähnen , dass diese bereits anlässlich der polydisziplinären Begutachtung im September 2016 (vgl. vorstehend E. 3.2.1) diagnostiziert wurde und sich aus den Berichten von Dr. D.\_\_\_\_

keine Hinweise auf eine Verschlechterung ergeben .

Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass Dr. D.\_\_\_\_ gemäss dem Medizinalberuferegister ( [www.medregom.admin.ch](http://www.medregom.admin.ch)

, zuletzt besucht am 13 . Januar 2023 ) über keine Berufsausübungsbewilligung verfügt . Zudem verfügt er nicht über den entsprechenden Facharztstitel der Psychiatrie und Psychotherapie, um den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin fachärztlich festzustellen. Dies setzt den Beweiswert seiner Berichte entscheidend herab. Ausserdem ist in Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten wie überhaupt von behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer

Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc). 5.6

Die Hausärztin Dr. G.\_\_\_\_ berichtete am 10. August 2021 (vorstehend E. 4.3) und am 13. Januar 2022 (vorstehend E. 4.8) über eine subjektive Verschlechterung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin, ohne jedoch näher darzulegen, inwiefern sich der psychische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin verschlechtert haben soll. Dr. G.\_\_\_\_ ist Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und verfügt nicht über den entsprechenden Facharztstitel der Psychiatrie und Psychotherapie, um den psychischen Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin fachärztlich festzustellen. Dies setzt den Beweiswert ihrer Berichte entscheidend herab. Ausserdem ist in Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten wie überhaupt von behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten erneut auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc). Die Berichte von Dr. G.\_\_\_\_ sind demnach nicht geeignet, eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin nachzuweisen. 5.7

Bezüglich des nach Verfügungserlass erstellten Berichts von Dr. D.\_\_\_\_ und Dr. I.\_\_\_\_ vom 15. Mai 2022 (vorstehend E. 4.9) gilt ebenfalls, dass nach ständiger Rechtsprechung das Sozialversicherungsgericht die Gesetzmässigkeit der Verfügungen beziehungsweise der Einspracheentscheide in der Regel nach dem Sachverhalt beurteilt, der zur Zeit des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 130 V 138 E. 2.1 mit Hinweis). Jedoch sind Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, insoweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Erlasses der Verwaltungsverfügung beziehungsweise des Einspracheentscheides zu beeinflussen (BGE 121 V 362 E. 1b, 99 V 98 E. 4; Urteil des Bundesgerichts 8C\_95/2017 vom 15. Mai 2017 E. 5.1 mit Hinweisen).

Der genannte Bericht von Dr. D.\_\_\_\_ und Dr. I.\_\_\_\_ bezieht sich auf den Zeitpunkt vor Verfügungserlass, handelt es sich dabei doch um eine Stellungnahme zum Bericht von Dr. D.\_\_\_\_ vom 24. Januar 2022 (vgl. vorstehend E. 4.7), weshalb er grundsätzlich zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin herangezogen werden kann. Die im Bericht von Dr. D.\_\_\_\_ und Dr. I.\_\_\_\_ erläuterten objektiven und subjektiven Befunden sind mit denjenigen vom 24. Januar 2022 (vgl. vorstehend E. 4.7) praktisch deckungsgleich, weshalb dem Bericht keine neuen Erkenntnisse entnommen werden können. 5.

## **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

## **E. 8**

Nach dem Gesagten ist seit der Rentenaufhebung im Jahr 2017 in psychiatrischer Hinsicht keine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin ausgewiesen. 5.

## **E. 9**

Zusammenfassend hat sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der Rentenaufhebung im Jahr 2017 nicht wesentlich verändert, weshalb weiterhin von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit (vgl. vorstehend E. 3.3.2) auszugehen ist. Dementsprechend erweist sich der angefochtene Entscheid als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

Die im Juli 2022 festgehaltene Verschlechterung der Nierenfunktion der Beschwerdeführerin, welche eine Dialysebedürftigkeit zur Folge haben werde, betrifft den Zeitraum nach Verfügungserlass und kann deshalb vorliegend nicht berücksichtigt werden (vorstehend E. 5.4, vgl. vorstehend E. 4.10-4.11). Diese könnte jedoch - bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen - allenfalls Anlass zur erneuten Anmeldung bei der Invalidenversicherung geben. 6.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.\_\_\_\_ - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - 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 Peter-Schwarzenberger

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