

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00342 vom 24. Oktober 2023**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-10-24, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2023.00342](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2023.00342)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00342 du 24 octobre 2023

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00342 del 24 ottobre 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, K S ÜB WE IV, gültig ab 1. Januar 2022).

Da eine Änderung des 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. 1.2**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, 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). 1.

### **E. 1.3**

Unter Beilage des Konsultationsberichtes der Klinik B.\_\_\_\_ vom 8. November 2017 (Urk. 7/78) stellte X.\_\_\_\_ am 25. April 2018 durch Rechtsanwalt Dr. André Largier das

Gesuch um Erhöhung der Invalidenrente (Urk. 7/79). Mit Vorbescheid vom 7. Mai 2018 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass sie nicht auf das Revisionsgesuch eintreten werde, da die Versicherte nicht glaubhaft

gemacht habe, dass eine dauerhafte Veränderung des Gesundheits - zustands eingetreten sei (Urk. 7/81). Dagegen erhob X.\_\_\_\_ am 6. Juni 2018 durch Rechtsanwalt Dr. Largier Einwand (Urk. 7 /84), unter Beilage der Berichte von

med. pract . C.\_\_\_\_ , FMH Psychiatrie/Psychotherapie, und lic. phil.

D.\_\_\_\_ , Fachpsycho loge Psychotherapie FSP, vom 23. Mai

2018 (Urk. 7/82 ) sowie von Dr. med. E.\_\_\_\_ , Rheumatologie FMH, vom 24. Mai 2018 (Urk. 7/83). Die IV-Stelle entschied in der Folge, dass sie

doch auf das Revisions begehren eintrete, was sie der Versicherten am 19. Juni

2018 mit teilte (Urk. 7/86). Sie holte die Arztberichte von Dr. E.\_\_\_\_ vom 29. Juni 2018 (Urk. 7/87/7), der Klinik B.\_\_\_\_ vom 28. September 2018 (Urk. 7/92/1), sowie von C.\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_ vom

19. November 2018 (Urk. 7/95) ein. Am 21. Dezember 2018 nahm F.\_\_\_\_ , Fachärztin orthopädische Chirurgie und Traumatologie, vom r egionalen ä rztlichen Dienst (RAD) der IV-Stelle, Stellung (Urk. 7/99/3). Mit Vorbescheid vom 22. Januar 2019 stellte die IV-Stelle der Versi cherten die Abweisung des Revisionsgesuchs in Aussicht (Urk. 7/100). Dagegen erhob X.\_\_\_\_ am 19. Februar 2019 Einwand, unter Beilage der Arztberichte von Dr. med. G.\_\_\_\_ vom 10. Juli 2018 (Urk. 7/105), vom 9. August 2018 ( Urk. 7/106), vom 8. Oktober 2018 (Urk. 7/107), vom 21. Novem ber 2018 (Urk. 7/108) und vom 28. Januar 2019 (Urk. 7/109). Am 31. März 2019 nahm RAD-Ärztin F.\_\_\_\_ zum Einwand Stellung (Urk. 7/112/3-4). Mit Verfü gung

vom 2. August 2019 wies die IV-Stelle das Revisionsgesuch der Versicherten ab

(Urk. 7/113 ). Die gegen diese Verfügung am 13. September 2019 (Urk. 7/116/3 10) durch Rechtsanwalt Dr. Largier erhobene Beschwerde hiess das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich mit Urteil vom

#### **E. 1.4**

Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht haben den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Sie haben alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuver lässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere dürfen sie bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum sie auf die eine und nicht auf die andere

medizinische These abstellen (BGE 125 V 351 E. 3a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob er 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a).

### **E. 1.5**

Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte (sogenannte Administrativgutachten) ist Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE

135 V 465 E. 4.4; Urteil des Bundesgerichts 9C\_823/2018 vom 11. Juni 2019 E. 2 mit Hinweisen). 2.

### **E. 2**

Gegen diese Verfügung erhob X.\_\_\_\_ durch Rechtsanwalt Dr. Largier am 29. Juni 2023 Beschwerde mit folgenden Anträgen (Urk. 1 S. 2):

«In Aufhebung der angefochtenen Verfügung sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, die bisherige halbe Invalidenrente revisionsweise rückwirkend auf eine ganze Invalidenrente zu erhöhen,

unter Kosten- und Entschädigungsfolgen (zzgl. MwSt.) zu Lasten der Beschwerdegegnerin.»

Die Beschwerdegegnerin ersuchte am 12. September 2023 um Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), was der Beschwerdeführerin am 18. September 2023 mitgeteilt wurde (Urk. 8). Mit Eingabe vom 13. Oktober 2023 liess sich die Beschwerdeführerin nochmals vernehmen (Urk. 9).

#### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin führte zur Begründung der angefochtenen Verfügung vom 13. Juni 2023 (Urk. 2) aus, die medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass im Vergleich zum Jahr 2012 keine wesentliche Veränderung des gesundheitlichen Zustandes der Beschwerdeführerin bestehe. Die medizinische Beurteilung ergebe weiterhin eine 50%ige Arbeitsfähigkeit für jegliche Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Dementsprechend bestehe weiterhin Anspruch auf eine halbe Invalidenrente und eine Rentenerhöhung sei nicht angezeigt. Aus dem Einwand der Beschwerdeführerin gingen keine neuen medizinischen Befunde oder Tatsachen hervor. Es habe von der Beschwerdeführerin keine Veränderung der Verhältnisse glaubhaft gemacht werden können.

#### **E. 2.2**

Demgegenüber machte die Beschwerdeführerin in der Beschwerde vom 29. Juni 2023 (Urk. 1) geltend, das von der Beschwerdegegnerin eingeholte Gutachten des H.\_\_\_\_ vom 26.

April 2022 überzeuge nicht. Vielmehr nenne Dr. G.\_\_\_\_ triftige Gründe, welche die Schlüssigkeit und Beweiskraft des Gutachtens, insbesondere die rheumatologische Beurteilung, in Frage stellen würden. Die Laboruntersuchungen seien falsch gedeutet und daher auch die falschen Schlussfolgerungen hinsichtlich der Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gezogen worden. Es bestünden ausserdem Zweifel an der Fachkompetenz des rheumatologischen Gutachters. Schliesslich sei unerfindlich, weshalb dieser der Meinung sei, es fehle an funktionellen Defiziten. Der Beweiswert des Gutachtens werde derart erschüttert, dass darauf nicht abgestellt werden könne. Es bedürfe eines rheumatologischen Obergutachtens, um die strittigen Fragen zu beantworten. Die von der Beschwerdegegnerin veranlassten Abklärungen könnten nicht beantworten, ob die im Sommer 2017 eingetretene Verschlechterung des Gesundheitszustands zu einer wesentlichen Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin geführt habe.

### **E. 3**

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben ( Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprennung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich

gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den

Erwerbs- oder Aufgabebereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V

131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

### **E. 3.1**

7

Dr. G.\_\_\_\_ nahm am 6. Februar 2023 ( Urk. 7/176) ein weiteres Mal Stellung. Er führte aus, dass ein Lupus erythematoses – vor allem so lange entzündlich aktiv und noch nicht ausreichend behandelt – zu einer eingeschränkten Belastbarkeit der betroffenen Regionen und somit auch zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führe. Entgegen der Ansicht von Dr. L.\_\_\_\_ würden die festgestellten Entzündungswerte die Diagnose eines Lupus erythematoses zulassen. Dr. L.\_\_\_\_

ziehe die falschen Schlüsse. Zwar bestehe die Diagnose eines Ganzkörper-Schmerzsyndroms. Dieses sei aber als sekundäres myofaszielles Schmerzsyndrom in Folge der entzündlich-rheumatologischen Grunderkrankung aufzutreten und somit eine Folgeerscheinung, welche die Arbeitsfähigkeit noch weiter einschränken könne. Es könne

darüber diskutiert werden, welcher Typ von entzündlicher Rheumaerkrankung vorliege. Dass eine solche grundsätzlich vorliege und die Arbeitsfähigkeit einschränke, sei aber eindeutig. Die fachliche Qualifikation von Dr. L.\_\_\_\_ sei durch seine Stellungnahme vom 4. Januar 2023 massiv in Frage gestellt. Gegen eine solche Beurteilung müsse man sich wehren.

### **E. 3.2**

Laut dem Konsultationsbericht der Klinik B.\_\_\_\_ vom 8. November 2017 (Urk. 7/78) bestehen bei der Beschwerdeführerin ein systemischer Lupus erythematodes (SLE), eine beginnende Fingerpolyarthrose beidseits ( Heberden - und Bou chardtyp ), eine Arthrose des Lisfranc -Gelenks medialseits Fuss beidseits, ein cervicobrachiales Schmerzsyndrom rechts sowie ein lumbospondylogenes Syndrom. Die Beschwerdeführerin sei zur Nachkontrolle nach Beginn der rheumatologischen Therapie gekommen. Sie berichte über eine Verbesserung der Beschwerden, aber eine Persistenz vor allem des OSG/Vorfusses beidseits und der PIP-/DIP-Gelenke der Hände. Diese würden im Rahmen des Lupus erythematodes

interpretiert. Geplant sei eine Infiltration zur Behandlung der Vorfussbeschwerden. Für die Handbeschwerden werde eine Ergotherapie verordnet.

### **E. 3.3**

RAD-Ärztin F.\_\_\_\_ führte in der Stellungnahme vom 5. Mai 2018 (Urk. 7/80/2) aus, dem neu vorgelegten Bericht der Klinik B.\_\_\_\_ sei zu entnehmen, dass bei entzündlicher Aktivität in den Gelenken der Finger und den Sprunggelenken im Sommer 2017 eine neue Medikation etabliert worden sei, die zur Besserung der Beschwerden bei noch bestehenden Restbeschwerden geführt habe. Dazu werde eine Infiltration im Bereich des Fusses geplant. Es sei somit zu einer vorübergehenden Verschlechterung gekommen, die bereits rückläufig sei. Eine dauerhafte Veränderung sei nicht ausgewiesen.

### **E. 3.4**

Die Psychiaterin C.\_\_\_\_ und der Psychologe D.\_\_\_\_, bei welchen sich die Beschwerdeführerin in psychotherapeutischer Behandlung befindet, hielten im Schreiben an die Beschwerdegegnerin vom 23. Mai 2018 (Urk. 7/82) fest, die Beschwerdeführerin zeige seit 2011 ein schweres, chronifiziertes depressives Zustandsbild. Nach einem stationären Klinikaufenthalt in der Klinik J.\_\_\_\_ sei sie seit Juli 2011 in ihrer Behandlung. Es habe bis ins Jahr

2013 eine gewisse Stabilisierung und ein Rückgang der depressiven Symptomatik erreicht werden können. Es sei der Beschwerdeführerin eine halbe Invalidenrente zugesprochen worden und ein Wiedereinstieg in eine berufliche Tätigkeit in kleinem Rahmen habe zu diesem Zeitpunkt möglich erschienen. Im September 2013 habe sich der damals 24jährige Sohn (das einzige Kind der Familie) auf grausame Weise und für alle völlig unerwartet das Leben genommen. Darauf habe die Beschwerdeführerin mit einer akuten Belastungsreaktion und anschliessend mit einer posttraumatischen Symptomatik reagiert, die mittlerweile abgeklungen sei. Erschwerend für die Verarbeitung des Suizids des Sohnes sei, dass dieser keinerlei Nachricht hinterlassen habe, welche Einblick in sein Erleben vor dem Tod ermöglicht hätte. Die Frage, warum sich der Sohn zu diesem Schritt entschlossen habe, lasse die Beschwerdeführerin bis heute nicht los. Die Beziehung zum Sohn sei durch eine grosse Nähe und ein ständiges ängstliches Fokussiertsein gekennzeichnet gewesen. Der

Sohn habe den Hauptbezugspunkt im Leben der Beschwerdeführerin gebildet und tue das auch nach seinem Tod noch. Die Beschwerdeführerin habe eine schwierige Schwangerschaft und immer eine ausgeprägte Angst gehabt, das Kind wieder zu verlieren. Eine mögliche Erklärung für dieses Verhalten könnte im ebenfalls traumatisch verarbeiteten Tod des Vaters liegen. Aufhellungen in der Stimmung gebe es zwischenzeitlich und punktuell, vor allem dann, wenn die Beschwerdeführerin das Grab ihres Sohnes in Istanbul besuchen könne. Dort fühle sie sich ihm am nächsten. Die bisherige schicksalhafte Entwicklung, der bereits mehrjährige Krankheitsverlauf sowie der therapeutische Verlauf deuteten darauf hin, dass kleine Veränderungsschritte weiterhin möglich seien, diese aber nicht ausreichen würden, um wieder in die Lage zu kommen, eine Erwerbsarbeit zu ergreifen. Eine Erhöhung des Invaliditätsgrades auf 80-100 % sei deshalb gerechtfertigt.

### **E. 3.5**

Dr. E.\_\_\_\_ führte am 29. Juni 2018 (Urk. 7/87) aus, er habe die Beschwerdeführerin irrtümlicherweise einmal rheumatologisch untersucht, weil es ein Missverständnis bei der Überweisung gegeben habe. Die weitere rheumatologische Behandlung erfolge durch die Klinik B.\_\_\_\_ .

### **E. 3.6**

Die Klinik B.\_\_\_\_ hielt am 28. September 2018 (Urk. 7/92) fest, die Beschwerdeführerin sei zuletzt am 8. November 2017 in der rheumatologischen Sprechstunde gewesen. Seither habe keine Konsultation mehr stattgefunden.

### **E. 3.7**

Am 19. November 2018 (Urk. 7/95) verwiesen C.\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_ auf ihren Bericht vom 23. Mai 2018 (Urk. 7/82, vgl. E. 3.4). Es hätten sich seither in allen relevanten Kriterien keine wesentlichen Veränderungen ergeben.

### **E. 3.8**

In der Stellungnahme vom 21. Dezember 2018 (Urk. 7/99/3) führte RAD-Ärztin F.\_\_\_\_ aus, aus rheumatologischer Sicht würden keine neuen medizinischen Befunde berichtet. Die Beschwerdeführerin sei letztmalig 2017 in der rheumatologischen Sprechstunde gewesen. In psychischer Hinsicht sei eine wesentliche Änderung nach 2013 bereits im Rahmen der Revision von Amtes wegen ausgeschlossen worden.

### **E. 3.9.1**

Im der Beschwerdegegnerin von der Beschwerdeführerin am 19. Februar 2019 eingereichten Bericht vom 10. Juli 2018 (Urk. 7/105) hielt Dr. G.\_\_\_\_ fest, die Beschwerdeführerin beklage sich über langjährige teils pulsierende Beschwerden an Händen und vor allem den Füßen. Häufig bestünden auch morgendliche betonte brennende Schmerzen mit Steifigkeit. Unter Basistherapie mit Plaquenil und Salazopyrin habe eine ordentliche Krankheitskontrolle erreicht werden können. Die Diagnose des systemischen Lupus erythematodes scheine unbestritten. Aktuell bestehe klinisch eine suspektere leichte Aktivität an den Gelenken mit auch labormässig leichter humoraler Aktivität, in der Sonografie aber nur sehr diskreten Synovitiden. Es fände sich kein Anhalt für eine Organmanifestation bzw. extraartikuläre Aktivität.

### **E. 3.9.2**

Am 9. August 2018 (Urk. 7/106) führte Dr. G.\_\_\_\_ aus, es sei zusätzlich zu links seitigen belastungsabhängigen Gonalgien vor allem beim Treppensteigen gekommen. Ebenfalls eher vom mechanischen Typ werde die Lumbago bei längerem Sitzen berichtet, dies ohne Ausstrahlungen in die unteren Extremitäten.

### **E. 3.9.3**

Am 21. November 2018 (Urk. 7/108) hielt Dr. G.\_\_\_\_ fest, es bestehe ein unverändertes Beschwerdebild mit etwas vermehrten belastungs- und druckabhängigen Rückfusschmerzen rechtsbetont je nach Schuhwerk. Es gebe keine Vorfuss- oder OSG-Beschwerden. Das Allgemeinbefinden sei gut.

### **E. 3.9.4**

Am 28. Januar 2019 (Urk. 7/109) berichtete Dr. G.\_\_\_\_ von einem schwankenden Verlauf mit subjektiv wieder etwas mehr Aktivität an den Füßen. Es bestehe ein brennender/pulsierender Schmerz am ganzen Fuss (betont Fussrücken) mit Zunahme im Tagesverlauf. Die Beschwerdeführerin werde aber auch nachts wegen der Dysästhesien der Füße ca. alle zwei Stunden geweckt. Daneben bestehe eine Lumbago, die deutlich vom mechanischen Typ imponiere. In der Systemanamnese würde von einer deutlich vermehrten Müdigkeit und einer enoralen

Sicca -Symptomatik berichtet.

### **E. 3.10**

Laut der Stellungnahme von RAD-Ärztin F.\_\_\_\_ vom 31. März 2019 (Urk. 7/112/3-4) hat Dr. G.\_\_\_\_ über sonographisch nachgewiesene leichte Synovitiden im Bereich der Hände und Füße berichtet. Die geplante Umstellung der Medikation sei schliesslich nicht erfolgt, jedoch hätten sich die Entzündungen dennoch zurückgebildet. Damit könne an der Einschätzung, dass es sich um eine vorübergehende Aktivität im Rahmen der rheumatologischen Grunderkrankung handle, festgehalten werden. Am 9. August 2018 habe Dr. G.\_\_\_\_ über Knie schmerzen der Beschwerdeführerin berichtet. Sowohl eine Arthrose als auch eine

Entzündung hätten ausgeschlossen werden können und das Knie sei als frei

begegnet beschrieben worden. Radiologisch seien Degenerationen gefunden

worden, was im Alter über 50 Jahre und bei bekannter Adipositas nicht verwundere und seit Jahren bekannt sei. Chronische lumbale Schmerzen seien bereits seit 2009 bekannt. Im Rahmen der Begutachtung habe die Beschwerdeführerin über Schmerzen im ganzen Körper, vor allem aber in beiden Füßen geklagt. Die Schmerzen an den Füßen seien somit auch seit Jahren bekannt. Auch Dysästhesien der Füße seien bereits 2012 dokumentiert worden. Die Beschwerdeführerin unternehme auch weiterhin in gleicher Häufigkeit Reisen in die Türkei.

Hinweise auf gesundheitlich bedingte Einschränkungen des gewohnten Aktivitätsniveaus bestünden nicht. Es sei damit daran festzuhalten, dass eine wesentliche und dauerhafte Veränderung nicht ausgewiesen sei. Neu sei, dass die seit vielen Jahren geklagten Beschwerden in Händen und Füßen jetzt durch den Nachweis einer rheumatologischen Systemerkrankung erklärt werden könnten und eine spezifische Therapie begonnen worden sei.

### **E. 3.11**

Gemäss dem Bericht von Dr. K.\_\_\_\_, FMH Allgemeine Innere Medizin, vom 8. August 2019 (Urk.

### **E. 3.12**

Dr. G.\_\_\_\_ teilte der Beschwerdeführerin am 23. März 2021 (Urk. 7/138) mit, er finde keine Zeit, den gewünschten Arztbericht auszufüllen, er überlasse der Beschwerdeführerin aber seine detaillierten Verlaufsberichte, welche zur Beurteilung der medizinischen Situation ausreichend sein sollten. Zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin könne er keine Stellung beziehen, dies müsse im Rahmen einer Begutachtung geklärt werden. Den beigelegten Berichten ist zu entnehmen, dass sich an der Hand sonomorphologisch keine eindeutige Aktivität einer Kollagenose im Sinne von Arthritiden oder klassisch entzündlichen Tendosynovitiden objektivieren liessen. Dagegen zeigten sich degenerative Veränderungen der PIP-Gelenke (Bericht vom 12. Oktober 2020, Urk. 7/137/5-6). Labormässig fand sich eine persistierende leicht- bis mittelgradige humorale Aktivität bei normalen hämatologischen Werten (Bericht vom 4. November 2020, Urk. 7/137/3-4). Zudem hielt Dr. G.\_\_\_\_ fest, dass die Beschwerdeführerin in gutem Allgemeinzustand, afebril und kardiopulmonal kompensiert sei. Der Gelenkstatus an den unteren und oberen Extremitäten sei bis auf einen Beugeschmerz in den Handgelenken ohne palpierbare Schmerzen unauffällig (Bericht vom 20. Januar 2021, Urk. 7/137/1-2).

### **E. 3.18**

Im Bericht vom 10. Oktober 2023 betonte Dr. G.\_\_\_\_ nochmals, dass im Rahmen der Begutachtung die Diagnose eines Lupus erythematoses nicht anerkannt worden sei. Die diskrepant erhöhte BSR gegenüber einem nur leicht deuten CRP passe jedoch gut zur Diagnose eines Lupus erythematoses. Dies sei für die Frage nach der Arbeitsfähigkeit relevant. Inwieweit die Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei, wolle er offen lassen (Urk. 10). 4.

Strittig und zu prüfen ist die Frage, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin im Zeitraum zwischen der der Beschwerdeführerin eine halbe Invalidenrente gewährenden Verfügung vom 26. März 2013 (Urk. 7/49) und der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 13. Juni 2023 (Urk. 2) in anspruch relevanter Weise verschlechtert hat.

#### **4. 1**

Das polydisziplinäre Gutachten des H.\_\_\_\_ vom 26. April 2022 (Urk. 7/161) vermag die an eine beweiskräftige ärztliche Expertise gestellten Anforderungen vollumfänglich zu erfüllen (E. 1. 4). Es beruht auf sorgfältigen, umfassenden internistisch-allgemeinmedizinischen, rheumatologischen, neurologischen und psychiatrischen Untersuchungen und wurde unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden sowie in Auseinandersetzung mit der medizinischen Aktenlage abgegeben. Die Gutachter legten die medizinischen Zusammenhänge und die medizinische Situation einleuchtend dar und begründeten ihre Schlussfolgerungen nachvollziehbar. Dem Gutachten kommt daher grundsätzlich volle Beweiskraft zu.

#### **4.2**

Die Beschwerdeführerin macht geltend, die rheumatologische Beurteilung des H.\_\_\_\_-Gutachtens sei ungenügend, insbesondere habe der rheumatologische Gutachter Dr. L.\_\_\_\_ die Ergebnisse der Laboruntersuchungen falsch gedeutet. Er marginalisiere – ohne sachlichen Grund – die doch deutliche Abweichung der CRP-Werte vom Normbereich. Die Messungen hätten drei- bis fünffache Abweichungen vom Normwert ergeben, weshalb entgegen der Ansicht von Dr.

L.\_\_\_\_ nicht von einem nur leicht erhöhten Wert gesprochen werden könne. Dem ist entgegenzuhalten, dass bereits die Laboruntersuchung vom 27. August 2012 (Urk. 7/23/49) einen deutlich erhöhten CRP-Wert von 24 ergab und damit im Bereich der aktuell vorgenommenen Messungen lag. Der BSR-Wert lag bei 34 und war damit ebenfalls bereits damals über der Norm. Es lässt sich damit nicht feststellen, dass die normabweichenden Blutwerte nicht in einem Zusammenhang mit der seit der Kindheit bestehenden Hepatitis B stehen und Dr. L.\_\_\_\_ mit dieser Ansicht bzw. Vermutung falsch liegt. Dies gilt umso mehr, als auch laut dem Bericht der Klinik B.\_\_\_\_ vom 27. Januar 2012 (Urk. 7/23/85-86) bereits zu diesem Zeitpunkt eine humerale Entzündungsreaktion (BSR -Wert: 58, CRP -Wert: 22.1) bestand, für die Diagnose des systemischen Lupus erythematodes aber kein Anhalt vorhanden war und als Differentialdiagnose eine Hepatitis assoziierte Weichteilsymptomatik erwogen wurde. Zu beachten ist auch, dass Dr. L.\_\_\_\_ die Diagnose des

systemischen Lupus erythematodes nicht völlig ausgeschlossen, sondern die Differentialdiagnose «SLE in Remission» gestellt hat. Der absolute CRP - Wert ist ausserdem auch gemäss den Ausführungen von Dr. G.\_\_\_\_ weder für die Diagnose noch für die Arbeitsfähigkeit relevant (Urk.

7/176/1). 4.3

Im Weiteren ist festzuhalten, dass Dr. G.\_\_\_\_ zwar wiederholt ausgeführt hat, die entzündlich-rheumatologischen Erkrankungen wirkten sich einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus, er sich selber aber gar nicht in der Lage sah, eine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit vorzunehmen (Urk. 7/138).

Seine Kritik am Gutachten beschränkt sich auf die rheumatologische Diagnose des Gutachtens – wobei er die somatische Untersuchung ausdrücklich als ausreichend bezeichnet – und auf der Einschätzung, dass aus rheumatologischer Sicht keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestehe. Dass die Beschwerdeführerin in einer angepassten Tätigkeit in einem höheren Umfang als zu 50 % als arbeitsunfähig einzuschätzen wäre, ergibt sich aber aus den Ausführungen von Dr. G.\_\_\_\_

nicht. Es ist in diesem Zusammenhang zu berücksichtigen, dass die Beschwerdeführerin anerkanntermassen aufgrund ihrer psychischen Beeinträchtigungen zu 50 % arbeitsunfähig ist und eine allfällige Arbeitsunfähigkeit aufgrund somatischer Beeinträchtigungen nicht zwingend kumuliert und damit zu einer Erhöhung der gesamthaft bestehenden Arbeitsfähigkeit führen muss. Es geht mithin aus der Einschätzung von Dr. G.\_\_\_\_ nichts hervor, was darauf hindeuten würde, dass bei der Beschwerdeführerin insgesamt eine höhere Arbeitsunfähigkeit als 50 % bestehen würde und dass sie durch ihre rheumatologische Erkrankung derart beeinträchtigt wäre, dass sie gar keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgehen könnte. Die Therapien werden als grundsätzlich wirksam und der Allgemeinzustand der Beschwerdeführerin als gut beschrieben.

So berichtet Dr. G.\_\_\_\_ am 20. Januar 2021 ( Urk. 7/137/1-2) von einer positiven Dynamik der Behandlung ohne neue Symptome oder Beschwerden, einem guten Allgemeinzustand (afebril und kardiopulmonal kompensiert) und einem bis auf einen Beugeschmerz in den Handgelenken ohne palpierbare

Synovitis unauffälligen Gelenkstatus, ohne Erguss und Tendosynovitiden der Strecksehnen.

Dr. G.\_\_\_\_ bestätigt sodann auch selber, dass die Verschlechterung des Gesundheitszustands zwischen 2012 und September 2021 subjektiv ist und kaum spezifische somatische Befunde genannt werden können ( Urk. 7/168). Schliesslich ist festzuhalten, dass grundsätzlich keine Korrelation zwischen ärztlich gestellter Diagnose und Arbeitsunfähigkeit besteht (BGE 140 V 193 E. 3.1). Vielmehr ergibt sich letztere aus den vorhandenen - objektivierten oder plausibilisierten - Funktionseinschränkungen (vgl. BGE 140 V 290 E. 3.3.1, Urteil des Bundesgerichts 9C\_474/2017 vom 19. Juli 2020 E. 4.1). Die Gutachter haben die Beschwerdeführerin umfassend untersucht und sämtliche funktionellen Einschränkungen berücksichtigt. Zudem erklärten sie, dass selbst wenn man eine Erkrankung der Beschwerdeführerin an einem systemischen Lupus erythematodes bejahen wolle, von einer unveränderten Arbeitsfähigkeit auszugehen sei ( Urk. 7/161/14-15).

4.4

Weder aus dem Umstand, dass Dr. L.\_\_\_\_ eine von der Beurteilung der behandelnden Ärzte abweichende Diagnose stellt noch aufgrund seines Alters oder der nicht aktenkundigen Weiterbildungen kann auf seine mangelnde Fachkompetenz geschlossen werden. Somit ist insgesamt nichts ersichtlich, was dazu führen würde, dass nicht auf das polydisziplinäre Gutachten des H.\_\_\_\_ vom 26. April

2022 (Urk. 7/161) abzustellen ist.

5.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass keine die Arbeitsfähigkeit beeinflussende Verschlechterung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin seit dem 26.

März 2013 ausgemacht ist. Die angefochtene Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 13. Juni 2023 (Urk. 2) erweist sich damit als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 6.

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von 200 bis 1000 Franken festgelegt.

Die Gerichtskosten sind auf Fr. 600.-- festzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. iur . André Largier -  
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle , unter Beilage einer Kopie von  
Urk. 9 und Urk.

**E. 7**

Beginnende Bouchard-Arthrose rechts.

**E. 8**

Beginnende Heberden -Arthrose beidseits.

**E. 9**

Spreizfussdeformität mit Hallux valgus-Bildung

beidseits, rechtsbetont.

**E. 10**

- 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 Bundes  
gesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom  
siebenten Tag vor Ostern bis und mit dem siebenten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und  
mit dem 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 Beweis mittel  
und die Unterschrift der beschwerdeführenden Partei oder ihrer Rechtsvertretung zu  
enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden  
sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat ( Art. 42 BGG).

Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der VorsitzendeDer Gerichtsschreiber  
HurstBrügger

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