

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00595 vom 29. Februar 2024

ZH Sozialversicherungsgericht, 2024-02-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2023.00595

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00595 du 29 février 2024

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00595 del 29 febbraio 2024

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 2022. Da die Entstehung eines Rentenanspruchs vorliegend ebenfalls frühestens ab diesem Datum in Betracht fällt, sind die ab 1. Januar 2022 gültigen Rechtsvorschriften anwendbar.

E. 1.2

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.

E. 1.3

Gemäss Art. 87 Abs. 2 IVV muss mit einem Revisionsgesuch und gemäss Art. 87 Abs. 3 IVV mit einer Neuanmeldung glaubhaft gemacht werden, dass sich der Invaliditätsgrad anspruchrelevant verändert hat. Der versicherten Person kommt ausnahmsweise eine Beweisführungslast zu (vgl. BGE 130 V 64 E. 5.2.5). Die Eintretensvoraussetzung des Glaubhaftmachens soll verhindern, dass sich die Verwaltung immer wieder mit

gleichlautenden und nicht näher begründeten, mithin keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss (BGE 133 V 108 E. 5.3.1). Dies gilt auch für eine erneute Anmeldung nach einer vorangegangenen, aber befristeten Rentenzusprache (BGE 133

V

263 E. 6.1; siehe auch Frey/Mosimann/Bollinger [Hrsg.], AHVG/IVG Kommentar, 2018, Mosimann, N 20 zu Art. 17 ATSG).

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

Ist die Änderung nicht glaubhaft gemacht, wird auf das Revisionsgesuch oder die erneute Anmeldung nicht eingetreten (BGE 133 V 64 E. 5.2.5). Dabei wird die Verwaltung unter anderem zu berücksichtigen haben, ob die frühere Verfügung nur kurze oder schon längere Zeit zurückliegt, und dementsprechend an die Glaubhaftmachung höhere oder weniger hohe Anforderungen stellen. Insofern steht ihr ein gewisser Beurteilungsspielraum zu, den das Gericht grundsätzlich zu respektieren hat. Daher hat das Gericht die Behandlung der Eintretensfrage durch die Verwaltung nur zu überprüfen, wenn das Eintreten streitig ist, das heisst wenn die Verwaltung gestützt auf Art. 87 Abs. 3 IVV

Nichteintreten beschlossen hat und die versicherte Person deswegen Beschwerde führt; hingegen unterbleibt eine

richterliche Beurteilung der Eintretensfrage, wenn die Verwaltung auf die Neuanmeldung eingetreten ist (BGE 109 V 108 E. 2b mit Hinweisen; vgl. auch BGE 130 V 64 E. 5.2, 71 E. 2.2 mit Hinweisen).

E. 1.4

Mit dem Beweismass des Glaubhaftmachens sind herabgesetzte Anforderungen an den Beweis verbunden; die Tatsachenänderung muss nicht nach dem im Sozialversicherungsrecht sonst üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 138 V 218 E. 6) erstellt sein (Urteil des Bundesgerichts 8C_735/2019 vom 25. Februar 2020 E. 4.2). Für das Beweismass des Glaubhaftmachens genügt es, dass für das Vorhandensein des behaupteten rechtserheblichen Sachumstands wenigstens gewisse Anhaltspunkte bestehen, auch wenn durchaus noch mit der Möglichkeit zu rechnen ist, bei eingehender Abklärung werde sich die behauptete Änderung nicht erstellen lassen. Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt per se, um auf einen veränderten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist vielmehr eine veränderte Befundlage. Je länger die letzte materielle Prüfung zurückliegt, umso weniger strenge Anforderungen sind an die Glaubhaftmachung zu stellen (vgl. BGE 109 V 108 E. 2b; Urteile des Bundesgerichts 8C_531/2022 vom 23. August 2023 E. 3.2.2 und 9C_57/2021 vom 8. Juli 2021 E. 4.2, je

mit Hinweisen).

E. 1.5

Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung ist von Amtes wegen zu prüfen, ob seit der ersten Rentenverfügung zwischenzeitlich eine erneute materielle Prüfung des Rentenanspruchs stattgefunden hat. War dies nicht der Fall, so ist auf die Entwicklung der Verhältnisse seit der ersten Ablehnungsverfügung abzustellen (BGE 130 V 71 E. 3.2.3; vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.3 f.). 2.

2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete das Nichteintreten auf das neue Leistungs begehren in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) damit, dass die Beschwerde führer in keine Verschlechterun g ihres Gesundheitszustands glaubhaft gemacht habe. Von eine r neu aufgeführten Verdachtsdiagnose könne nicht ohne Weiteres auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes geschweige denn eine Inva lidisierung geschlossen werden. Die im Mai 2022 verfügte Befristung der Rente habe auf einer Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit basiert . Eine Arbeitsun fähigkeit in der angestammten Tätigkeit stehe dieser Beurteilung nicht entgegen (S. 2) . 2.2

Die Beschwerdeführer in stellte sich demgegenüber beschwerdeweise (Urk. 1) auf den Standpunkt, bei Prüfung der im hängigen Verfahren ergangenen medizi nischen Akten und Vergleich mit dem Gesundheitszustand im Mai 2022 werde rasch klar, dass sich dieser erheblich verschlechtert habe. So werde als Diagnose

ein dringender Verdacht auf eine neuropathisches Schmerzsyndrom vom CRPS

Typ 2 gestellt. Zudem werde über zwischenzeitlich nicht nur belastungsab hängige, sondern auch in Ruhe bestehende starke Schmerzen im linken Fuss berichtet, die zu einer zunehmenden Schlafstörung geführt hätten , worauf sich psychische Probleme mit starker Reizbarkeit und psychovegetativen Stresssymp tomen gezeigt hätten . Unter den Hauptdiagnosen im Bericht der Klinik Y.____ vom September 2023 werde ein fokaler Knorpelschaden retro - patellär zentral und medial genannt und auch auf progrediente Beschwerden und Instabilität des Oberen Sprunggelenks (OSG) links bei fortgeschrittener OSG Arthrose links und mehreren Eingriffen am linken OSG hingewiesen (S. 5) .

Die aufgeführten Befunde beziehun g sweise Diagn o sen seien im Mai 2022 nicht vorgelegen. Folglich könne es keine Zweifel geben, dass die gesundheitliche Verschlechterung mit anspruchs relevanter Veränderung des Invaliditätsgrades glaubhaft nachgewiesen worden sei (S. 6) .

2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin auf die Neuanmeldung zu Recht nicht eingetreten ist, wobei namentlich zu prüfen ist, ob die Beschwerde führerin

glaubhaft gemacht hat , dass sich der Invaliditätsgrad seit der letzten materiellen Prüfung anspruchsrelevant verändert hat (vgl. vorstehend E. 1.2-1.3).

Mit der in Rechtskraft erwachsenen Verfügung vom 17. Mai 2022 (Urk. 6 / 94) sprach die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin eine befristete ganze Rente zu und verneinte einen weiteren Rentenanspruch ab September 2020. Zu verglei chen ist somit der Sachverhalt im Zeitpunkt der Zusprache der befristeten Rente

im Mai 2022 mit demjenigen, welcher der hier an gefochtenen Verfügung vom

E. 6

/108). Die dagegen am 4. November

2022 erhobene Beschwerde (Urk. 6/120/3-9) wies das hiesige Gericht im Verfahren IV.2022.00589 mit Urteil vom 23. Februar 2023 ab (Urk. 6/122).

E. 6.2

Darüber hinaus sind trotz der neu genannten Diagnose eines Knorpelschadens am rechten Knie die festgehaltenen Beschwerden im Wesentlichen identisch mit denjenigen von Mai 2022. Zudem wurden Knieschmerzen rechts bereits im Juli

2020 (vgl. Urk. 6/83/280) beziehungsweise im März 2021 dokumentiert (vgl.

Urk. 6/70).

Wie bereits gesagt, wird mit einer neuen Diagnose für sich noch keine versicherungsmedizinisch relevante Veränderung des Gesundheitszustandes glaubhaft dargestellt. Eine mit dieser Diagnose im Zusammenhang stehende, anhaltende Verschlechterung der Funktionalität wird ebenfalls nicht glaubhaft gemacht. So wurde denn auch im Bericht der Klinik Y. ____

ausdrücklich erwähnt, dass bezüglich der Arbeitsfähigkeit das OSG sowie die Beschwerden im Bereich des Rückens längerfristig eine führende Rolle spielten (vgl. vorstehend E. 5.6), und die Beschwerdeführerin bezüglich der Knie aktuell mit kniebelastenden Tätigkeiten eingeschränkt sei.

E. 6.3

Auch die geklagten Schlafstörungen sind seit Juli 2020 (vgl. Urk. 6/83/281) und die Rückenbeschwerden seit Dezember 2020 bekannt (vgl. Urk. 6/67).

Diesbezüglich

ist ferner auf die Einschätzung von Dr. H. ____ hinzuweisen, der festhielt, dass sich klinisch und elektrophysiologisch keine Hinweise für eine lumboradikuläre Symptomatik oder für eine peripher-nervale Kompressionssymptomatik ergeben hätten. Es bestehe zudem keine dringende Indikation für eine MRI Untersuchung der Wirbelsäule (Urk. 6/126/3 unten), womit auch in Bezug auf die Rückenbeschwerden keine Verschlechterung glaubhaft gemacht wurde. Nach dem Gesagten ist davon auszugehen, dass dem in E. 3.4 formulierten Zumutbarkeitsprofil nichts entgegensteht. So wurde bereits zu diesem Zeitpunkt festgehalten, dass Gehen über 300-500 Meter repetitiv eingeschränkt und Sitzen in Zwangstellung für das linke Bein nicht zumutbar sei sowie häufige Stellungswechsel

möglich sein müssten, ohne kniende/kauernde Tätigkeiten, ohne Treppensteigen, ohne Arbeiten auf Leiter beziehungsweise Gehen auf unebenem Gelände.

E. 6.4

Weiter ist zu beachten, dass die Neuanmeldung vom April 2023 kein Jahr nach der letzten Neuanmeldung vom Juli 2022 sowie knapp zwei Monate nach Erlass des Urteils des hiesigen Gerichts im Verfahren IV.2022.00589 erfolgte. Die sehr kurze Zeitspanne zwischen den Neuanmeldungen beziehungsweise zwischen

Urteil und Neuanschätzung führt dazu, dass an die Glaubhaftmachung höhere Anforderungen zu stellen sind (vgl. vorstehend E. 1.3).

Eine Verschlechterung wurde insgesamt somit nicht glaubhaft gemacht. Vielmehr wird die postulierte Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit Symptomen begründet, welche bereits langjährig bestehen. Die vom Hausarzt der Beschwerdeführerin Dr. G._____

(vgl. vorstehend E. 5.5) postulierte Arbeitsunfähigkeit begründet er denn weder mit entsprechenden Befunden oder Funktionseinschränkungen noch gibt er an, ob sich diese auf die angestammte oder auch auf angepasste Tätigkeiten bezieht.

E. 6.5

Schliesslich ist es in erster Linie Sache der versicherten Person, substantielle Anhaltspunkte für eine allfällige neue Prüfung des Leistungsanspruchs darzu legen (vgl. BGE 130 V 64 E. 5.2.5). Wenn die der Neuanschätzung beigelegten ärztlichen Berichte so wenig substantiiert sind, dass sich eine neue Prüfung nur aufgrund weiterer Erkenntnisse allenfalls rechtfertigen würde, ist die IV-Stelle indes unter Umständen zur Nachforderung weiterer Angaben gehalten. Dies ist nur, aber immerhin dann der Fall, wenn den - für sich allein genommen nicht Glaubhaftigkeit begründenden - Arztberichten konkrete Hinweise entnommen werden können, wonach möglicherweise eine mit weiteren Erhebungen erstellbare rechtserhebliche Änderung vorliegt (Urteile des Bundesgerichts 8C_30/2017 vom 17. März 2017 E. 4.1 und 8C_244/2016 vom 21. Juni 2016 E. 2.3 mit Hinweisen). Dies ist vorliegend nicht der Fall, weshalb die IV-Stelle nicht gehalten war, weitere Berichte nachzufordern (vgl. Urk. 1 S. 7). 6.6

Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass nicht glaubhaft gemacht wurde, dass sich der Invaliditätsgrad seit der letzten materiellen Prüfung anspruchserheblich verändert hat.

Die angefochtene Verfügung erweist sich demnach als rechtsens, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 7.

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG) und auf Fr. 600.-- 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. 600.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Christian Lauri - 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 Schüpbach

E. 10

. Oktober 2023 zugrunde lag, da der Nichteintretensverfügung vom 4. Oktober 2022 (Urk. 6/108) keine materielle Prüfung zugrunde lag (vgl. vorstehend E. 1.5).

3. 3.1

Der rechtskräftigen Verfügung vom 17. Mai 2022 (Urk. 6 / 94) lag en im Wesentlichen die folgenden Berichte zugrunde: 3.2

Die Ärzte der Rehaklinik Z. ___ berichteten am 12. Februar 2020 (Urk. 6 /46) über den stationären Aufenthalt der Beschwerdeführerin vom 7. bis 29. Januar 2020 und nannten folgende Diagnosen: - Unfall vom 26. September 2010: auf der Treppe ausgerutscht - laterale Malleolarfraktur Typ Weber B links mit Läsion des medialen Bandapparates - osteochondrale Läsion mediale Talusschulter Fuss links

Sie führten aus, bei Austritt bestünden eine eingeschränkte Beweglichkeit des oberen und unteren Sprunggelenks (OSG und USG) links, belastungsabhängige Schmerzen am Knöchel links sowie ein hinkendes Gangbild mit Entlastung links. Für den 26. Februar 2020 sei eine Osteosynthesematerialentfernung geplant. Weitere physiotherapeutische Massnahmen seien bis zur bevorstehenden Operation nicht vorgesehen. Die Tätigkeit als Verkaufsberaterin sei der Beschwerdeführerin aktuell nicht zumutbar. Die Anforderungen seien zu hoch, da es eine mittelschwere, gehend-stehende Tätigkeit sei. Es bestehe seit dem 30. Januar

2020 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Die Zumutbarkeit in einer anderen beruflichen Tätigkeit werde noch festgelegt (S. 1 f.). Die Beschwerdeführerin habe 2010 einen Unfall durch Ausrutschen auf einer Treppe mit lateraler Malleolarfraktur Typ Weber B links mit Läsion des medialen Bandapparates erlitten, welche operativ versorgt worden sei. Im weiteren Verlauf sei 2015 eine osteochondrale Läsion festgestellt worden. Es seien weitere operative Eingriffe erfolgt, zuletzt im Juni 2019 ein Eingriff mit unter anderem einer Kalkaneus - verlängerungsosteotomie mit Spongiosaplastik aus dem ipsilateralen Beckenkamm. Im Vordergrund stünden die belastungsabhängigen Schmerzen sowie eine eingeschränkte Beweglichkeit am linken OSG. Das Ausmass der physischen Einschränkungen lasse sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärungen sowie den Diagnosen aus somatischer Sicht gut erklären (S. 3). 3.3

Prof. Dr. A. ___ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, nannte im Bericht vom 14. Januar 2021 (Urk. 6 /83/198-199) die

folgenden, hier verkürzt wiedergegebenen Diagnosen: - Zustand nach diagnostischer OSG-Arthroskopie mit ventralem OSG Narben- Shaving , knöchernem Talar-Neck-Shaping, Osteosynthese-materialentfernung medialer Malleolus und Calcaneus OSG links am 26. Februar 2020 bei ventralem Knochen- und Weichteil- Impingement sowie stören dem Osteosynthesematerial OSG links bei: - Zustand nach komplexer Revisionschirurgie OSG/ Rückfuss links am 26. Juni 2019 bei: - Posttraumatischem Schmerzsyndrom OSG links Die Beschwerdeführerin beschreibe noch diffuse Beschwerden am lateralen OSG. In der Nacht schlafe der Fuss ein. In der klinischen Untersuchung zeige sich eine diffuse Druckdolenz am lateralen OSG/Sinus talaris . Die Beweglichkeit des OSG und des USG seien frei, das OSG stabil. Es sei keine Schwellung am OSG vorhanden. Empfohlen werde weiterhin ein konservatives Therapieregime. Der Endzustand sei erreicht. Die Restbeschwerden seien weichteiltechnisch und nicht vom OSG. 3.4

Dr. med. B.____ , Fachärztin Chirurgie, Suva-Kreisärztin, nahm am 8. März 2021 bezugnehmend auf den Bericht von Dr. A.____ (vgl. vorstehend E. 3.3) Stellung (Urk. 6 /83/117-118) und führte aus, mit weiteren medizinischen Massnahmen sei kein besseres Heilungsergebnis zu erzielen, es liege ein Endzustand vor. Es könne davon ausgegangen werden, dass sich die Situation weiter stabilisiert und sich die Beweglichkeit im OSG und im USG seit der kreisärztlichen Untersuchung im Juli 2020 verbessert

habe und jetzt seitengleich frei

bei stabilem OSG sei. Auch die aktuelle bildgebende Diagnostik vom 23. Februar 2021 zeige insgesamt die vorbestehenden postoperativen Veränderungen sowie einen regredient abnehmenden Reizzustand. Die Beschwerdeführerin werde auch in Zukunft immer in einer rein stehenden/gehenden Tätigkeit eine gewisse Einschränkung/Belastung haben. Es sei sinnvoll, dass die Beschwerdeführerin eine entsprechende Arbeitsstelle suche. Es liege ein Jahr nach Metallentfernung eine volle Arbeitsfähigkeit entsprechend dem angepassten Zumutbarkeitsprofil (leichte bis mittelschwere wechselbelastende Tätigkeit, wobei Gehen über 300-500 Meter repetitiv eingeschränkt sei, Sitzen in Zwangsstellung für das linke Bein nicht zumutbar sei und häufige Stellungswechsel an einem Arbeitsplatz möglich sein müssten, ohne kniende/kauernde Tätigkeiten, ohne Treppen - steigen, ohne Arbeiten auf Leiter beziehungsweise Gehen auf unebenem Gelände; vgl. Verfügung der Suva vom 12. Juli 2021 in Urk. 6 /83/45-49 S. 2) vor. 3.5

Dr. med. C.____ , Facharzt für Chirurgie, regionaler ärztlicher Dienst

(RAD) der Beschwerdeführerin, nahm am 12. Oktober 2021 Stellung (Urk. 6 /85/6-7) und führte aus, gemäss der kreisärztlichen Untersuchung von Juni

2020 könnten folgende Diagnosen mit dauerhafter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt werden: - Zustand nach posttraumatischem Schmerzsyndrom OSG links mit - Rezidiv

Osteochondrale Läsion medialer Talus - posttraumatischer medialer und lateraler OSG-Bandinstabilität mit asymmetrischem posttraumatischem progressivem

Pes

planovalgus et abductus Fuss links - Zustand nach ORIF OSG links bei Weber B-Fraktur links (September

2010) - OSME OSG links (2011) - OSG-Arthroskopie, Shaving und Mikrofrakturierung mediale Talus OCL OSG links (April 2015) - AMIC-Plastik durch mediale Malleolus -Osteotomie (November 2016) - OSME medialer Malleolus , OSG-Arthroskopie, Shaving (Juni 2018) - Zustand nach diagnostischer OSG-Arthroskopie (Februar 2020) mit ventralem OSG-Narben- Shaving , knöchernem Talar-Neck-Shaping, Osteosynthesematerialentfernung medialer Malleolus und Calcaneus OSG links - ventrales Knochen- und Weichteil- Impingement sowie störendes Oste osynthesematerial OSG links bei Zustand nach komplexer Revisions chirurgie OSG/ Rückfuss links (Juni 2019)

Er führte aus, vom 26. August 2014 bis 31. Mai 2020 habe eine 100%ige und ab dem 1. Juni 2020 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit als Marktleiter-Stellvertreterin bestanden, da es sich um eine überwiegend gehende und stehende Tätigkeit handle, welche der Beschwerdeführerin vollumfänglich nicht mehr zumutbar sei.

In einer angepassten Tätigkeit gemäss Belastungsprofil habe vom 26. August

2014 bis 31. Mai 2020 eine 100%ige, vom 1. Juni bis 31. August 2020 eine 20%ige und ab dem 1. September 2020 keine Arbeitsunfähigkeit mehr bestanden. 4. 4.1

4.1.1

Dr. med. D.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, nannte im Bericht vom 15. Juni 2022 (Urk. 6/104/8-9) die folgenden Diagnosen: - multiple muskuloskelettale Beschwerden bei Status nach OSG-Fraktur links im September 2010 mit rezidivierenden chirurgischen Eingriffen - deutlicher Flankenschmerz linksbetont mit Ausstrahlungen ins Abdomen aber auch in den Oberschenkel links mit/bei deutlichen myofaszi alen Triggerpunkten im Musculus quadratus lumborum - zervikales bis zerviko-zephal es linksbetontes Schmerzsyndrom mit/bei massiven myofaszialen Triggerpunkten im Musculus splenius capitis beidseits und weniger im Musculus trapizius descendens beidseits und segmentaler Dysfunktion C2/3 links - praktisch ständiger Knieschmerz rechts bei leichtem Valgus

Die Beschwerdeführerin klagt über starke Schmerzen lumbal, im Knie rechts und am ganzen Körper. Zusätzlich habe sie krampfartige Schmerzen nachts im linken Bein, deutliche Beschwerden in der linken Flanke sowie aktuell starke Ausstrahlungen vom Nacken in den Kopf und ins Auge links. Die Beschwerdeführerin sei ihm überwiesen worden aufgrund eines zunehmend chronifizierten Schmerzsyn droms im Bereich des fast ganzen Bewegungsapparates (S. 1 f.). 4.1.2

Dr. D.____ berichtete am 1. Juli 2022 (Urk. 6/98) und nannte nebst den bereits genannten Diagnosen (vgl. vorstehend E. 4.1.1) die folgende Diagnose (S. 1):

- deutliche muskuläre Dekonditionierung mit deutlichen Stabilisierungs de fiziten im Rumpf- und Beinachsenbereich bei zusätzlich deutlicher Adipositas

Er führte aus, die Beschwerdeführerin berichte über den Verlauf nach der letzt maligen Behandlung, wobei damals lumbal ein intensives Dry Needling im Musculus quadratus lumborum links durchgeführt sowie zusätzlich im Nacken die Kopfgelenke manipuliert und die subokzipitale Muskulatur behandelt worden seien. Auf diese Behandlung hin habe die Beschwerdeführerin im lumbalen Bereich eine Schmerzverstärkung verspürt, welche bis heute anhalte. Im Nacken bereich sei sie für drei Tage beschwerdefrei gewesen und in der Folge seien ihre bekannten und üblichen Verspannungs- und Kopfschmerzen wieder zurückge kehrt (S. 1). Radiologisch zeige sich lumbal ein nicht sehr eindrücklicher Befund mit leichten ventralen Spondylosen. Dies deute ebenfalls auf muskuläre Stabili

sierungsdefizite hin. Der radiologische Befund am rechten Knie sei absolut bland. Insgesamt sei nicht davon auszugehen, dass mit einer passiven, rein muskulären Behandlung lumbal und im Schulter-Nackengebiet eine nachhaltige und deutliche Verbesserung erzielt werden könne. Die Beschwerdeführerin sollte dringend ein muskuläres Aufbautraining zusammen mit einem Ausdauertraining absolvieren, um die defizitäre Muskulatur aufzutrainieren, ihre Stabilisierungsfähigkeit zu verbessern und ihr Körpergewicht zu reduzieren. Bei einem chronischen Schmerzsyndrom im Bereich des Sprunggelenkes, wo deutliche Veränderungen radiologisch sichtbar seien, sei dies nicht einfach durchzuführen, weshalb das Training in einem Zentrum durchzuführen sei, wo es Spezialisten und Physiotherapeuten gebe. 4.2

Dipl.-med.

E.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, RAD der Beschwerdeführerin, nahm am 13. Juli 2022 Stellung (Urk. 6/102/2-3) und führte aus, durch den behandelnden Arzt würden multiple muskuloskeletale Beschwerden bei Status nach OSG-Fraktur links im September 2010 berichtet. Diese Beschwerden seien vorbestehend und seien anlässlich der RAD-Stellungnahme im Oktober 2021 berücksichtigt worden. Eine muskuläre Dekonditionierung bei Adipositas werde durch den Behandler ebenfalls berichtet. Diese sei nicht von Krankheitswert und könne mit geeigneten Massnahmen behandelt werden. Eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes sei anhand der eingereichten Unterlagen nicht ausgewiesen. 4.3

Die Ärzte der Klinik Y.____ berichteten am 18. August 2022 (Urk. 6/104/3-5) über die Untersuchung der Beschwerdeführerin in der Sprechstunde und führten aus, die Belastungsschmerzen beim Laufen oder auch Anlaufen gingen in erster Linie vom OSG links bei Nachweis einer fortgeschrittenen OSG-Arthrose respektive einer grösseren Knochen-/Knorpelläsion an der medialen Talusschulter aus. Die Ruheschmerzen, das Taubheitsgefühl sowie die Missempfindungen hingen wahrscheinlich mit den mehrfach durchgeführten Operationen zusammen. Insgesamt lägen keine sicheren Infektions- oder Dystrophiezeichen vor. Von fusschirurgischer Seite her bliebe allenfalls noch die Durchführung einer OSG Arthrolyse, wobei bei einem weiteren operativen Vorgehen grösste Zurückhaltung gewahrt werden sollte, da zu befürchten sei, dass die Beschwerden, wie nach jeder anderen zuvor durchgeführten Operation, weiter zunehmen könnten. 4.4

Die Ärzte des Spitals F.____ berichteten am 22. August 2022 (Urk. 6/104/1-2) über die kardiologische Untersuchung der Beschwerdeführerin und nannten als Diagnose eine symptomatische, phasenweise unterschiedlich ausgeprägte ventrikuläre Extrasystolie sowie eine Sprunggelenksarthrose links nach kompliziert verlaufener Weber-B-Fraktur 2010. Sie führten aus, sie hätten die Beschwerdeführerin bereits im Mai 2020 wegen Extrasystolie in der Sprechstunde gesehen. Die heutige Echokardiografie habe einen normalen, altersentsprechenden Befund gezeigt und während der Untersuchung hätten sich keine Extrasystolen nachweisen lassen. Es handle sich dabei zwar um ein lästiges Phänomen, welches jedoch nicht bedrohlich sei und die Lebenserwartung nicht beeinträchtige. Die Beschwerdeführerin müsse sich körperlich nicht schonen. 4.5

Dr. med. G.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, berichtete am 6. September 2022 (Urk. 6/105) und nannte folgende Diagnosen: - fortgeschrittene OSG-Arthrose links - multiple muskuloskeletale Beschwerden in Folge der Fehlhaltung und Überbelastung - Schlafstörungen und psychovegetative Stressreaktion in Folge der chronischen

Schmerzerkrankung und erhöhter psychosozialer Belastung

Er führte aus, er behandle die Beschwerdeführerin seit vielen Jahren als Hausarzt. Wegen Verschlechterung der Gesamtsituation habe sich die Beschwerdeführerin wieder bei der Invalidenversicherung angemeldet, was er als Hausarzt sehr unterstütze. Die Situation habe sich für die Beschwerdeführerin im letzten Jahr verschlechtert. Verschiedene therapeutische Massnahmen hätten die Beschwerden nicht lindern können. Aufgrund der Schmerzexazerbation links sei es zu ausgedehnten Überlastungsreaktionen mit muskuloskelettalen Beschwerden im gesamten Rückenbereich, inklusive Becken- und Schultergürtel, sowie der rechten Extremität und in der Folge zunehmend auch zu psychovegetativen Stressreaktionen (funktionelle Herzbeschwerden, Extrasystolie) und ausgeprägten Schlafstörungen gekommen. Die Art und Weise, wie die Schmerzen im linken Bein beschrieben würden (zum Beispiel Ruheschmerzen und lageabhängige Schmerzen), liessen ein complex regional pain

syndrome (CRPS) vermuten. Dieses sei seines Wissens bisher nicht spezifisch abgeklärt worden. Aufgrund der Gesamtsituation sei die Beschwerdeführerin gegenwärtig nur stark vermindert belastbar und darum auch nicht arbeitsfähig. Aus diesem Grund befürworte er eine erneute Beurteilung. Es müsste hier eine polydisziplinäre Begutachtung durchgeführt werden. 4.6

RAD-Ärztin dipl.-med. E. ___ nahm am 3. Oktober 2022 erneut Stellung (Urk. 6/107/2-3) und führte aus, die Extrasystolie wirke sich aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht auf die Arbeitsfähigkeit aus. Die darüber hinaus beschriebenen Beschwerden/Diagnosen seien vorbekannt, eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes sei nicht ausgewiesen. 4.7

Im Rahmen des Verfahrens IV.2022.00589 reichte die Beschwerdeführerin zwei nach Erlass der Verfügung vom 4. Oktober 2022 datierende Schreiben ein: 4.7.1

Im Bericht vom 17. Oktober 2022 hielt Dr. G. ___ die bereits bekannten Diagnosen fest (vgl. vorstehend E. 4.5), warf die Frage nach einem CRPS auf und überwies die Beschwerdeführerin zur neurologischen Beurteilung an die Klinik Y. ___ (Urk. 6 / 120/44-45). 4.7.2

Mit Schreiben der Klinik Y. ___ vom 20. Oktober 2022 wurde die Beschwerdeführerin zum Untersuchungstermin im Dezember 2022 aufgeboten (Urk. 6 / 120/46). 5.5.1

Am Spital F. ___

fand am 21. Dezember 2022 eine angiologische Konsultation statt, über welche der Bericht vom gleichen Tag (Urk. 6/126/6-8) Auskunft gibt und in welchem die Diagnosen einer chronischen venösen Insuffizienz im Stadium C3 beidseits, einer fortgeschrittenen OSG Arthrose links mit chronischen neuropathischen Schmerzen, Differenzialdiagnose CRPS, und von multiplen muskuloskelettalen Beschwerden infolge der Fehlhaltung und Überbelastung aufgeführt wurden (S. 1). Das tiefe und oberflächliche Venensystem sei beidseits ohne Nachweis von Obstruktion oder Reflux, es bestehe von Seiten Angiologie kein Interventionsbedarf (S. 2). 5.2

Dr. med. H. ___ , Facharzt für Neurologie, berichtete am 28. Februar 2023 (Urk. 6/126/2-4) und nannte folgende Diagnosen: - ausgeprägte (persistierende) multifaktorielle Schmerzen am linken Fuss (betont Malleolus

lateralis und medialis) mit/bei - dringendem Verdacht auf neuropathisches Schmerzsyndrom (CRPS Typ

2) im Versorgungsgebiet des Nervus

tibialis Fusssohle links, zusätzlich im distalen Versorgungsgebiet des Nervus

suralis links - Status nach Malleolarfraktur Typ Weber B im September 2010 - Status nach offener Reposition und Plattenosteosynthese - Status nach zwischenzeitlich mehrfachen Nachoperationen - chronisches myofasiales (möglicherweise auch spondylogenes) zervikales und lumbales Schmerzsyndrom

Er führte aus, die Beschwerdeführerin klagt über anhaltende starke Schmerzen am gesamten linken Fuss . Sie sei bei ihm bereits aufgrund belastungsinduzierter/stechender Schmerzen im Bereich des Malleolus

lateralis links 2014 ausführlich neurologisch abgeklärt worden. Angegeben würden ausgeprägte Schmerzen am linken Fuss. Der linke Fuss würde immer wieder stark anschwellen. Des Weiteren klagt die Beschwerdeführerin über Schmerzen im Bereich des gesamten linken Beines mit Ausstrahlung bis zur Hüfte, auch lumbal links/linke Flanke . Derzeit nehme sie keine regelmässigen Schmerzmittel ein (S. 1 f.). Von neurologischer Seite könne die Diagnose von persistierenden (multifaktoriellen/komplexen) Schmerzen am rechten (richtig wohl: linken) Fuss (vorwiegend OSG-Region)

bei Status nach diversen Operationen bestätigt werden . Es bestehe die Verdachtsdiagnose eines komplex-regionalen Schmerzsyndroms (CRPS Typ

2) bei Nachweis eines neuropathischen Schmerzsyndroms zum einen im distalen Versorgungsgebiet des Nervus

suralis (Fusskante links), möglicherweise auch im Bereich der Endäste des Nervus

tibialis links. Im Versorgungsgebiet dieser peripheren Nerven bestehe eine ausgeprägte Dysästhesie/ Allodynie . Darüber hinaus bestehe ein allenfalls (sekundäres) muskuloskelettales Schmerzsyndrom mit Betonung im Bereich der linken unteren Extremität beziehungsweise links lumbal. Klinisch und elektrophysiologisch ergäben sich keine Hinweise für eine lumbo -radikuläre Symptomatik. Therapeutisch werde weiterhin eine regelmässige aktive Physiotherapie (Fitnessstraining) empfohlen. Bezüglich des neuropathischen Schmerzsyndroms werde eine symptomatische Medikation empfohlen (S. 2) .

5 . 3

Dr. G.____ führte mit ärztlichem Zeugnis vom 4. April 2023 (Urk. 6/124) aus, bei der Beschwerdeführerin habe sich aus diagnostischer Sicht eine neue Situation ergeben. Wie vermutet und vom Neurologen Dr. H.____ bestätigt, bestehe ein dringender Verdacht auf ein neuropathisches Schmerzsyndrom (CRPS Typ 2) im Bereich des Fusses links. Diese neue Diagnose erfordere eine grundlegende Neubeurteilung der Arbeitsfähigkeit. 5 . 4

Dr. med. I.____ , Fachärztin für Orthopädie, RAD der Beschwerdeführerin, nahm am 10. Mai 2023 Stellung (Urk. 6/ 140/3) und führte aus, die mit dem Zusatzgesuch vorgelegten Berichte würden weiterhin nur den Verdacht auf ein neuropathisches Schmerzsyndrom (CRPS Typ 2) des linken Fusses beschreiben. Die ebenfalls vom Neurologen aufgeführte Diagnose des myofasialen Schmerzsyndroms sei bereits durch Dr. D.____ mit Bericht

vom Juni 2022 angegeben worden. Auch seien die multiplen muskuloskelettalen Beschwerden anlässlich der RAD-Stellungnahme vom Oktober 2021 berücksichtigt worden.

5 . 5

Dr. G.____ berichtete am 16. Mai 2023 (Urk. 6/136) und führte aus, die Situation habe sich leider seit dem letzten Bericht noch weiter verschlechtert. Im Bereich des linken Fusses bestünden starke Schmerzen, welche nicht nur belastungsabhängig, sondern auch in Ruhe aufträten und zu einer zunehmenden Schlafstörung geführt hätten. Dadurch hätten sich auch die psychischen Probleme mit starker Reizbarkeit und psychovegetativen Stresssymptomen verschlechtert. Zunehmend

klage die Beschwerdeführerin auch über Schmerzen im Bereich der rechten unteren Extremität, die wegen der chronischen Schmerzsymptomatik links vermehrt belastet werde. Der Fuss rechts zeige Zeichen der Überbelastung, hier habe sich ein Ganglion ausgebildet. Vor drei Wochen sei es zu einer Knie distorsion rechts mit anhaltenden Schmerzen gekommen. Bei der gegenwärtigen Verschlechterung der Situation mit neuer Verletzung auch im Bereich des rechten Knies sei die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsunfähig. 5 . 6

RAD-Ärztin Dr. I.____ nahm am 13. Juni 2023 erneut Stellung (Urk. 6/140/4) und führte aus, auch der neue Bericht von Dr. G.____ ergebe keinen Anhalt für eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes. Es würden keine neuen Diagnosen vorgetragen, die einen invalidisierenden Charakter hätten. Ein Ganglion schränke die Arbeitsfähigkeit nicht ein, eine Knie distorsion heile mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in wenigen Wochen aus und führe somit zu einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit. 5 . 7

Die Ärzte der Klinik Y.____ berichteten am 26. September 2023 (Urk. 6/147) und nannten als Hauptdiagnosen einen fokalen Knorpelschaden retropatellär zentral und medial bei Status nach Distorsion mit Sturz frontal aufs Knie im April

2023 sowie progrediente Beschwerden und Instabilität OSG links bei

fortgeschrittener OSG-Arthrose links und Status nach diagnostischer OSG Arthroskopie, ventralem OSG-Narben-Shaving und knöchernem Talar Neck-Shaping, Osteosynthesematerialentfernung medialer Malleolus und Calcaneus OSG links im Februar 2020. Sie führten aus, im durchgeführten MRT finde sich ein tiefer Knorpelschaden im Patelladom sowie in der medialen Facette mit Bonebruise. Das restliche Gelenk zeige sich altersentsprechend mit erhaltenen Menisken, Kreuzbändern sowie unauffälligem Knorpelstatus. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit sei die Beschwerdeführerin aufgrund des Knies aktuell mit kniebelastenden Tätigkeiten eingeschränkt, hier spielen jedoch das OSG sowie die Beschwerden im Bereich des Rückens längerfristig eine führende Rolle.

6 . 6 . 1

Mit den im Rahmen der erneuten Anmeldung vom April 2023 eingereichten Berichten (vorstehend E. 5) vermag die Beschwerdeführerin entgegen ihren Ausführungen wiederum keine relevante Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes glaubhaft darzutun.

Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt per se, um auf einen veränderten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist vielmehr eine veränderte Befundlage (vgl. vorstehend E. 1.4).

Angesichts der aktuell erhobenen Befunde wurde eine Verschlechterung nicht glaubhaft dargetan, selbst wenn mit dem Knorpelschaden nach Distorsion des Knies sowie der Verdachtsdiagnose eines CRPS Typ 2 neue Diagnosen genannt wurden, zumal die ihnen zugrunde liegende Befundlage im Wesentlichen unverändert ist.

Es ist insbesondere festzuhalten, dass die mit der Neuanmeldung eingereichten Berichte weiterhin trotz eingehender neurologischer Untersuchung lediglich den Verdacht auf ein neuropathisches Schmerzsyndrom (CRPS Typ 2) des linken Fusses beschreiben (vorstehend E. 5.2) beziehungsweise darin die Diagnose lediglich als Differenzialdiagnose genannt wird (vorstehend E. 5.1).

Der Neurologe

Dr. H.____ wertete die geklagten Schmerzen im Februar 2023 im Rahmen eines vermuteten komplex-regionalen Schmerzsyndroms (CRPS Typ 2; vgl.

vorstehend E. 5.1). Der blosse Verdacht auf ein Schmerzsyndrom bei einer vergleichbaren Befundlage zu Mai 2022 sowie bei fehlender regelmässiger Schmerzmedikation reicht dabei grundsätzlich nicht zur Glaubhaftmachung eines invalidisierenden Gesundheitsschadens aus. Die Verdachtsdiagnose zeigt sich hier funktional nach wie vor hauptsächlich durch belastungsabhängige sowie Ruhe schmerzen, welche neben einem Taubheitsgefühl sowie Missempfindungen bereits im Juli 2020 (vgl. Urk. 6/83/280), im Januar 2021 (vgl. vorstehend E. 3.3)

beziehungsweise im August 2022 beschrieben wurden (vgl. vorstehend E. 4.3). Dabei fällt auf, dass auch Dr. H.____ in therapeutischer Hinsicht weiterhin eine regelmässige aktive Physiotherapie (Fitnessstraining) empfahl wie bereits Dr. D.____

im Juli 2022 (vgl. vorstehend E. 4.1.2 und E. 5.2) und die zuständige Kreisärztin im Juli 2020 (Urk. 7/83/301), was ebenfalls der Glaubhaftmachung einer Veränderung entgegensteht.

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