

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00207 vom 3. Juni 2025

ZH Sozialversicherungsgericht, 2025-06-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2024.00207

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00207 du 3 juin 2025

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00207 del 3 giugno 2025

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. Die angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022. Entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Grundsätzen (vgl. BGE 144 V 210 E. 4.3.1) ist nach der bis zum 31. Dezember 2021 geltenden Rechtslage zu beurteilen, ob bis zu diesem Zeitpunkt ein Rentenanspruch entstanden ist. Steht ein erst nach dem 1. Januar 2022 entstandener Rentenanspruch zur Diskussion, findet darauf das seit diesem Zeitpunkt geltende Recht Anwendung (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_452/2023 vom 24. Januar 2024 E. 3.2.1 mit Hinweisen).

Auf Grund der im Juni 2022 anhängig gemachten Neuankmeldung bei der Invalidenversicherung könnten allfällige Leistungen frühestens ab Dezember 2022 ausgerichtet werden (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG). In dieser übergangsrechtlichen Konstellation ist die seit 1. Januar 2022 geltende Rechtslage massgebend, die im Folgenden soweit nichts anderes vermerkt ist jeweils in dieser Version wiedergegeben, zitiert und angewendet wird.

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. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind.

Eine Rente nach Abs. 1 wird nicht zugesprochen, solange die Möglichkeiten zur Eingliederung im Sinne von Art. 8 Abs. 1 bis und 1 ter nicht ausgeschöpft sind (Art. 28 Abs. 1 bis IVG).

E. 1.4.1

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanschuldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 IVV), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 ATSG eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist (BGE 117 V 198 E. 3a mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts I 659/04 vom 9. Februar 2005 E. 1.1). Bei einer Neuanschuldung der versicherten Person bei der IV-Stelle sind die Revisionsregeln demnach analog anwendbar (BGE 141 V 585 E. 5.3 in fine, 133 V 108 E. 5.2, je mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_317/2022 vom 7. September 2022 E. 2.2 mit Hinweisen).

Daher ist auch im Verfahren der Neuanschuldung zunächst eine anspruchserhebliche Veränderung des Sachverhalts und damit das Vorliegen eines Revisionsgrundes erforderlich; erst in einem zweiten Schritt ist der (Renten-)Anspruch in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht umfassend zu prüfen (BGE 141 V 9; Urteil des Bundesgerichts 9C_367/2024 vom 31. Juli 2024 E. 2.3.1 m.w.H.).

E. 1.4.2

Für die Annahme einer anspruchserheblichen Veränderung im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG genügt unter medizinischen Aspekten weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens; massgeblich ist vielmehr eine (erheblich) veränderte Befundlage (BGE 141 V 9

E. 2.3; Urteile des Bundesgerichts 9C_269/2024 vom 28. Juni 2024 E. 3.1, 9C_280/2021 vom 13. August 2021 E. 2.1.1).

E. 1.4.3

Eine Sanktion nach Art. 21 Abs. 4 ATSG

kann nur so lange greifen, als zwischen Verhaltensweise und Schaden ein Kausalzusammenhang besteht. Eine nach Erlass einer auf Art. 21 Abs. 4 ATSG gestützten Verfügung erklärte subjektive Eingliederungsbereitschaft macht die Widersetzlichkeit, welche zur Verfügung geführt hat, nicht ungeschehen. Die nachträgliche Erklärung der versicherten Person ist indes gegebenenfalls als Neuanschuldung zu betrachten (Urteil des Bundesgerichts 9C_994/2009 vom 22. März 2010 E. 5.1 mit Hinweisen). 2. 2.1

Die Beschwerdegegnerin verneinte einen Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) damit, dass letztere wie mit der gerichtlich bestätigten Verfügung vom 1. Februar 2019 weiterhin so gestellt würde, wie wenn sie die stationäre Behandlung durchgeführt hätte. Eine IV-relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit könne weiterhin nicht festgestellt werden. Eine massgebliche Veränderung ihres Gesundheitszustandes sei unter Berücksichtigung der erneut nachgewiesenen

Inkonsistenzen nicht ausreichend plausibel. Auch aufgrund der im Vorbescheidverfahren eingereichten ärztlichen Berichte rechtfertigt sich keine andere Entscheidung, zumal Optionen zur Behandlung von Schwellungen in den Unterschenkeln, der Augenerkrankung und der neurologischen Beschwerden wie der Polyneuropathie bestünden (Urk.

2). 2.2

Die Beschwerdeführerin stellte sich dagegen in ihrer Beschwerde auf den Standpunkt, ihr Gesundheitszustand habe sich leistungsrelevant verschlechtert, wobei sie unter Beilage zweier provisorischen Austrittsberichte des Spitals C.____

(undatiert, Urk. 3/2) und der D.____, Rehaklinik E.____, vom 1. April 2024 (Urk. 3/1) auf eine am 6. März 2024 erfolgte Operation am rechten Knie in Form einer Implantation einer Knie-Totalendoprothese rechts hinwies (Urk. 1). 2.3

Mit der Beschwerdeantwort ergänzte die Beschwerdegegnerin, dass die mit der Beschwerde eingereichten ärztlichen Berichte nichts an ihrer Beurteilung ändern und dass aus einer Operation mit nachfolgender Rekonvaleszenz nicht zwingend eine langdauernde Erwerbsunfähigkeit resultiere (Urk. 5, 10). 2.4

Die Beschwerdegegnerin ist unbestritten auf die Neuanmeldung der Beschwerdeführerin vom 8. Juni 2022 (Urk. 11/167) eingetreten (vgl. Urk. 11/174/3). Strittig und zu prüfen ist dagegen, ob sie eine revisionsrechtlich relevante Veränderung im Sachverhalt und damit das Vorliegen eines Revisionsgrundes zu Recht verneint hat. 3. 3.1

Mit Verfügung vom 1. Februar 2019 befand die Beschwerdegegnerin letztmals über den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin (Urk. 11/150). Unter der Annahme einer Verletzung der Schadenminderungspflicht im Zusammenhang mit der Behandlungsaufgabe durch die Beschwerdeführerin legte die Beschwerdegegnerin ihrem Entscheid gestützt auf das Gutachten des A.____ vom 16. Mai 2017 (Urk. 11/99) die Annahme zugrunde, die Beschwerdeführerin wäre, sofern sie der Behandlungsaufgabe in Form der stationären endokrinologischen Diabetesbehandlung und -überwachung über mehrere Wochen nachgekommen wäre, in einer angepassten Tätigkeit zu 90 % arbeitsfähig.

Als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden im Gutachten des A.____ folgende aufgeführt (Urk. 11/99/29): - Diabetes mellitus Typ unklar (ICD-10 E14.11) - Chronisch schlecht eingestellt (HbA1c 11.1%; Norm < 6.3 %) - Initial als Typ 2 klassifiziert, im Verlauf als Insulinmangel-Diabetes umklassifiziert (Typ 1) - Spätkomplikationen: Polyneuropathie, mögliche Retinopathie, mögliche

Nephropathie, mögliche Makroangiopathie, kognitive Einschränkungen - Unter konventioneller Insulintherapie mit NovoRapid und Levemir - Hypoglykämien: selten, leichte, Hypoglykämie-Wahrnehmungen erhalten - Impingementsyndrom rechte Schulter (ICD-10 M75.4) - Klinisch keine Hinweise für Rotatorenmanschettenläsion - Hyperadduktionstest negativ - Radiologisch unauffälliger Befund - Hypermobilität (ICD-10 M35.7)

Keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit massen die Gutachter folgenden Diagnosen bei (Urk. 11/99/29-30): - Psychologische Faktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten (ICD-10 F54) - Chronisches zervikospindylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10 M53.1) - Dysbalancen der Schultergürtelmuskulatur - Klinisch keine Hinweise für radikuläre Symptomatik - Radiologisch unauffälliger Befund - Chronisch es

thorakolumbospondylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5) - Myostatische Insuffizienz mit den entsprechenden muskuloligamentären Überlastungsreaktionen - ISG-Funktionsstörung links - Klinisch keine Hinweise für radikuläre Symptomatik - Generalisiertes multilokuläres Schmerzsyndrom (ICD-10 R52.9) - Ganzkörperschmerzen mit vegetativer Begleitsymptomatik - Klinisch, labortechnisch und radiologisch keine Hinweise für entzündlich-rheumatisches Geschehen - Hepatopathie unklarer Ätiologie (ICD-10 K76.9) - Am ehestens bei NASH (nicht alkoholische Fettleberhepatitis) - Kontrolle respektive weitere Abklärungen empfohlen - Metabolisches Syndrom - Adipositas, BMI 36 kg/m² (ICD-10 E66.0) - Diabetes mellitus, Typ unklar (ICD-10 E14.11) - Arterielle Hypertonie (ICD-10 I10) - Hyperlipidämie (ICD-10 E78.0) - Chronischer Nikotinabusus, zirka 25 py (ICD-10 F17.1) 3.2

Die Verfügung vom 1. Februar 2019 wurde mit Urteil IV.2019.00496 vom 8. Mai 2020 bestätigt, wobei das A. ____ -Gutachten (zusammengefasst in E. 3.2.1: Urk. 11/158/8-12) als beweismäßig beurteilt wurde und im Ergebnis gestützt auf das endokrinologische Fachgutachten unter Berücksichtigung der RAD-Beurteilung von dipl. med. F. ____, Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, vom 21. Mai 2017 (Urk. 11/148/4) seit März 2017 von einer vollen Arbeitsunfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten zufolge der vorherrschenden chronischen schweren Hyperglykämie aufgrund schlechter Blutzuckereinstellung ausgegangen wurde, aber auch davon, dass der Diabetes nach guter Einstellung im Rahmen einer stationären Behandlung überwiegend wahrscheinlich keine Arbeitsfähigkeit nach sich ziehen würde (Urk. 11/158 S. 14 ff.).

Bei guter Einstellung des Diabetes wurde im Urteil IV.2019.00496 den A. ____ -Gutachtern folgend von einer 90%igen Arbeitsfähigkeit in einer körperlich leichten adaptierten Tätigkeit ausgegangen. Dabei ergab sich die Einschränkung auf leichte bis selten mittelschwere Tätigkeiten ohne Arbeiten mit dem rechten Arm über der Horizontalen aufgrund einer Impingement-Symptomatik in der rechten Schulter, wobei die am 2. August 2018 erfolgte operative Sanierung

der rechten Schulter

bei Rotatorenmanschettenläsion

(Urk. 11/145/2)

bei gutem Verlauf eine lediglich vorübergehende Arbeitsunfähigkeit von knapp sechs Wochen nach sich gezogen habe (E. 5.2.3 in Urk. 11/158 S. 15 f.). Die quantitative Einschränkung von 10 % ergab sich aus der vom neurologischen Fachgutachter festgestellten Symptomatik einer Polyneuropathie bei erloschenen Achillessehnenreflexen und schwach auslösbaren weiteren Reflexen, welche eine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit auf leichte Arbeiten in sitzender Stellung bei ganztägiger Präsenz und vermehrtem Pausenbedarf nach sich zog (E. 5.2.4 in Urk.

11/158 S. 16).

Was den psychischen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin anbelangt, schloss der A. ____ -Gutachter Dr. med. G. ____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, einzig auf das Vorliegen von psychologischen Faktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten. Eine weitere psychiatrische Diagnose könne nicht gestellt werden. Die Beschwerdeführerin sei nicht depressiv und die mangelnde Compliance bezüglich der Einstellung ihres Diabetes lasse sich nicht durch eine psychiatrische Störung erklären. Es sei zu vermuten, dass die

Beschwerdeführerin aufgrund ihrer ausgeprägten subjektiven Krankheitsüberzeugung, nicht arbeiten zu können, ihre Symptome verdeutliche respektive sich nicht an die Behandlungsvorschläge halte, um mit den eintretenden Komplikationen einen Rentenanspruch zu untermauern. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (Urk. 11/99/11 f.). Die übrige medizinische Aktenlage zum psychischen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin stelle die Beweiskraft des psychiatrischen A. ____ -Gutachtens nicht in Frage.

So vermochten weder die von Dr. med. H.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, in ihrem Aktengutachten zu Händen der Sozialberatung der Stadt I.____ vom 12. Juli 2016 (Urk. 1/55/1-26) in den Raum gestellten Diagnosen einer artifiziellen Störung (mit komorbider Persönlichkeitsstörung), einer rezidivierenden affektiven Erkrankung, einer Essstörung und eines Verdachts auf ein Münchhausen-by-proxy-Syndrom (Urk. 11/55/25) die gutachterliche Einschätzung von Dr. G. ____ in Zweifel zu ziehen, noch diejenige des behandelnden Psychiaters Dr. med. J. ____ vom 25. September 2017 (Urk. 11/115/1-4), welcher auf eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bei rezidivierender depressiver Störung, mittelgradig bis schwergradig, mit somatischem Syndrom und andauernde r Persönlichkeitsstörung gemäss ICD-10 F62.8 nach schweren organischen Erkrankungen mit histrionischen Anteilen geschlossen hatte (E. 5.2.1 in Urk. 11/158/14 15).

Eine Arbeitsunfähigkeit aus neuropsychologischer Sicht war sodann nicht erstellbar, nachdem in der neuropsychologischen Abklärung im A. ____ bei starken Hinweisen auf Verdeutlichungstendenzen und auf eine fehlende Motivation kein neuropsychologisches Testprofil hatte erstellt werden können und angesichts der bereits anlässlich einer neuropsychologischen Untersuchung vom 19. Juni 2015 (Urk. 11/55/70) festgestellten bewusstseinsnahen Aggravation in antizipierter Beweiswürdigung auf weitere Abklärungen verzichtet worden war (E. 5.2.2 in Urk. 11/158/15). 3.3 3.3.1

Am 21. Oktober 2020 unterzog sich die Beschwerdeführerin auf Zuweisung von Dr. J. ____ eine r neurologische n und neuropsychologischen Untersuchung in der Klinik für Neurologie des Universitätsspitals K.____ (K.____). Die zuständige Fachpsychologin FSP Neuro psychologie Dr. phil. L.____, Leitung Neuropsychologie, sowie Prof. Dr. med. M.____, Leitender Arzt, und der Assistenzarzt N.____ schlossen im Bericht vom 21. Oktober 2020 (Urk. 11/173/9-13) auf einen schweren dementiellen Zustand, wobei die Ätiologie offenbleibe. Am ehesten sei er vereinbar mit einer «Pseud o demenz» bei schwerer Depression und Schmerz syndrom. Dafür spreche die langjährige psychiatrische Vorgeschichte mit rezidivierenden schweren depressiven Episoden, einer posttraumatische n Belas tungs störung und generalisiertem Schmerzsyndrom. Des Weiteren komme als (Mit-)Ursache des Krankheitsbildes ein Korsakoff-Syndrom bei bildmorpho logisch beschriebenem Status nach Wernicke-Enzephalopathie in Betracht. Zur weiteren Differenzierung werde ein cMRI mit Demenzprotokoll angemeldet, wozu die Beschwerdeführerin schriftlich aufgeboten werde. Differentialdiagnostisch könne aufgrund der ausgeprägten Wesensveränderung und der sehr stark frontal betonten kognitiven Einschränkungen aber auch eine neurodegenerative Erkrankung aus dem Formenkreis der fronto -temporalen Demenzen (DD behaviorale Variante der frontalen Lobärdegeneration) nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden, wo bei aber der langjährige Verlauf eher dagegen spreche (Urk. 11/173/12-13). 3.3.2

Im Austrittsbericht des Spitals O.____ vom 20. April 2022 zur Hospitalisation der Beschwerdeführerin vom 11. bis 21. April 2022

wurden folgende Diagnosen gestellt (Urk. 11/165/2): - Fluktuierendes sensomotorisches Hemisyndrom rechts, EM 23. Oktober 2021 - ätiologisch: am ehesten bei Status nach Ponsinfarkt, mindestens partiell funktionelle Komponente DD im Rahmen Polyneuropathie DD Dumping-Phänomen mit Hypoglykämien - klinisch: transiente Hemiparese fazio-brachiocrural rechts mit Kopfschmerzen am 23. Oktober 2021, im Verlauf Regredienz, seit Anfang 2022 erneute anhaltende Hemisymptomatik rechts Bisherige Diagnostik: - cCt mit CTA 23. Oktober 2021: keine Ischämie, kein Gefäßverschluss, vorbekannter demarkierter Ponsinfarkt rechts - cMRI 1. November 2021: kein Nachweis einer akuten Ischämie, gliotische Narbe Pons links, vereinbar mit Status nach Ischämie, Zeichen einer konsekutiven Wallerschen Degeneration im linken und rechten Kleinhirnstiel, mehrere kleine supratentorielle Mikroblutungen am ehesten hypertensiv, Verdacht auf Cavernom am Thalamus links - neurovaskulärer Ultraschall 29. Januar 2022: leichtgradige Atherosklerose der Carotiden, keine relevanten Stenosen aktuelle Diagnostik: - MRI Schädel und HWS 13. April 2022: unveränderte MRI des Kopfes mit altem Ponsinfarkt und einzelnen Mikroblutungen; Verdacht auf Cavernom im linken Thalamus; keine frische Ischämie - Tibialis -SEP 13. April 2022:

Leichte demyelinisierende Läsion der sensiblen Afferenzen des linken Beines, sowie schwere Störung der sensiblen Afferenzen des rechten Beines bei hier fehlendem kortikalen Primärkomplex - MEP 13. April 2022: rechtsseitig leicht pathologisch verlängerte zentralmotorische Laufzeit - Status nach Ponsinfarkt links paramedian, ED cMRI 22. Oktober 2020 - Klinik: sensomotorisches Hemisyndrom rechts - ätiologisch: am ehesten mikroangiopathisch - cMRI 22. Oktober 2020:

alter Ponsinfarkt links paramedian, generalisierte Hirnatrophie mit leichter Ausprägung, leichte Atrophie der Corpora mamillaria beidseits

(DD Wernicke-Enzephalopathie), fleckige Leukenzephalopathie (Fazekas 1) - Beginn mit Aspirin 100 mg 10/2021 - Insulinpflichtiger Diabetes mellitus Typ 1, ED 2005 mit/bei: - initial klassifiziert als Typ 2 (Erstdiagnose 2005), Um-Klassifizierung in Typ 1 im Februar 2011 - Antikörper positiv (Anti-GAD, Anti-IA2) - schmerzhafte periphere Polyneuropathie - Status nach diabetischer Ketoazidose 06/2012 Komplikationen - mikroangiopathisch: schmerzhafte periphere Polyneuropathie, Stroke - Axonale, sensomotorische Polyneuropathie ED 14. April 2022 - EMG 14. März 2022: Amplitudenminderung sowohl in den sensiblen als auch in den motorischen

Neurografien bei nur leichtgradig reduzierter Nervenleitgeschwindigkeit - Generalisiertes Schmerzsyndrom - DD Myofasziitis, sekundäre Fibromyalgie, thorakospondylogene - keine Hinweise für entzündlich-rheumatische Grunderkrankung (Spondylarthropathie, rheumatoide

Arthritis, SAPHO-Syndrom) - muskuläre Dekonditionierung - Verdacht auf Fibromyalgie mit starken nozizeptiven Schmerzen - ausgeprägte Hyperkyphose der BWS und mehrsegmentale Dysfunktionen in Kombination mit einer muskulär insuffizienten Wirbelsäulen-Stabilisierungsfähigkeit - Rezidivierende depressive Störung - Andauernde Persönlichkeitsstörung mit histrionischen Anteilen - Metabolisches Syndrom - Adipositas per magna WHO Grad II mit/bei - Status nach laparoskopischer Gastric

Sleeve Operation und 2-facher Leberteileresektion linker Leberlappen 21. März 2017 - Diabetes mellitus Typ 1 - Hyperlipoproteinämie - Hypertensive Herzkrankheit - Progrediente Leberfibrose bei ausgeprägter Steatose, DD beginnende Leberzirrhose (Child

A5/MELD6) ED 13. Juli 2018 - Ätiologie: Am ehesten NASH, Status nach Hepatitis B Diagnostik - erhöhte transiente Elastographie 19.6 kPa (Fibroscan von 20. Februar 2019) - Leberbiopsie vom 21. Juni 2018: Mindest inkompletter Zirrhose, septal betonter chronischer Entzündung und dukuläre r

Proliferate - MR Leber vom 27. April 2017: progrediente Verfettung des gesamten linken Leberlappens im Segment

4, bei etwas abnehmendem Fettgehalt im rechten Leberlappen - Intraoperative Leberbiopsie, Histologie Stadtspital Triemli 6. Oktober 2016 - Steatosesegment 2: Teils knotig umgebautes Lebergewebe mit ausgedehnter Steatose,

entzündlichen Veränderungen und Gallengangsproliferaten - Leberrand Segment 2: Lebergewebe mit portaler Fibrose, Entzündung, Gallengangsproliferaten und geringer grobtropfiger Steatose - Fokal fibrotische, fokal entzündliche Veränderungen

Gemäss den verantwortlich zeichnenden ärztlichen Fachpersonen sei der elective Eintritt zur Abklärung eines fluktuierenden sensomotorischen Hemisyndroms rechts erfolgt. Die Diagnostik und Anamnese habe sich aufgrund der histrionischen Persönlichkeitsstörung bei deutlicher Sprunghaftigkeit und sehr vagen Aussagen als sehr schwierig erwiesen. Klinisch-neurologisch habe eine rechtsbetonte Hyposensibilität und Muskelschwäche objektiviert werden können. Die Muskelschwäche habe jedoch täglich in unbeobachteten Momenten sowie während Ablenkungsversuchen widerlegt werden können, was zumindest teilweise für eine funktionelle Genese der Beschwerden spreche. Die MRI des Schädels und der Halswirbelsäule hätten bis auf den bekannten Ponsinfarkt keine Auffälligkeiten gezeigt. Eine MEP-Untersuchung habe eine pathologisch verlängerte zentralmotorische Laufzeit ergeben, was zu einer zentralen Störung am ehesten im Rahmen des bekannten Ponsinfarktes passe. Weiter zeigten sich Anzeichen einer axonalen sensomotorischen Polyneuropathie und eine leichte demyelisierende Läsion der sensiblen Afferenzen des linken Beines sowie eine schwere Störung am rechten Bein. Bei Verdacht auf eine funktionelle Überlagerung mit psychosomatischer Komponente sei eine Mitbeurteilung durch die Kollegen der Psychiatrie erfolgt. Nach Zusammenschau sämtlicher Befunde würden die Beschwerden am ehesten im Rahmen eines sensomotorischen Hemisyndroms bei Status nach Ponsinfarkt und sensomotorischer Polyneuropathie mit funktioneller Überlagerung gewertet.

Der Diabetes mellitus zeige deutliche Tagesschwankungen mit gefährdend tiefen Blutzuckerwerten nachts sowie täglichen Hyperglykämien. Das bereits etablierte Basis-Bolus-Schema sei angepasst worden und die Beschwerdeführerin sei während des gesamten Aufenthaltes von der Diabetesberatung und einer Endokrinologin betreut worden (Urk. 11/165/4). 3.3. 3

Auf Zuweisung des Spitals O.____ erfolgte ein Rehabilitationsaufenthalt in der Rehaklinik P.____ vom 21. April bis 11. Mai 2022. Im Austrittsbericht vom 18. Mai 2022 (Urk. 11/165/19-27) wurde das fluktuierende sensomotorische Hemisyndrom ätiologisch wie folgt zugeordnet: am ehesten bei Verdacht auf funktionelle Störung, gegebenenfalls Residuum bei Status nach Ponsinfarkt, mindestens partielle funktionelle Komponente, DD

im Rahmen Polyneuropathie DD Dumping-Phänomen mit Hypoglykämien (Urk. 11/165/19).

Der Blutzucker sei mit einem HbA1c von 9 % unbefriedigend eingestellt gewesen. In der neuropsychologischen Abklärung hätten sich deutliche Hinweise für eine Test - mal-compliance und für negative Antwortverzerrungen gezeigt. Das vorgebrachte kognitive Leistungsprofil sei als nicht valide einzustufen. An dieser Stelle sei aber anzumerken, dass bei der Beschwerdeführerin ein Status nach Pons-Infarkt (Oktober 2020), weitere hirnpathologische Auffälligkeiten (MRI vom 13. April 2022) sowie psychische Faktoren (Persönlichkeitsstörung, rezidivierende depressive Störung) vorlägen, welche zu kognitiven Störungen führen könnten. Angesichts des nicht validen Leistungsprofils könnten jedoch potentielle kognitive Defizite weder bezüglich ihrer Art noch ihrer Ausprägung näher charakterisiert werden.

Während des Aufenthalts habe sich die Beschwerdeführerin teils distanzgemin dert, teils aggressiv gezeigt. Insgesamt sei sie als sehr emotional und theatralisch aufgefallen. Bemerkenswert sei auch, dass ihre Äusserungen sowie ihr somatisches Beschwerdebild manchmal widersprüchlich oder inkonsistent mit den Beobachtungen gewesen seien. Eindeutige Hinweise auf eine depressive Episode seien keine vorhanden gewesen. Insgesamt habe ein stark histrionischer Persönlichkeitsstil imponiert (Urk. 11/165/22). Die festgestellte psychische Störung (rezidivierende psychische Störung bei andauernder Persönlichkeitsstörung mit histrionischen Anteilen, Urk. 11/165/20) begründe aktuell eine mittelschwere arbeitsrelevante Leistungsminderung (Urk. 11/165/23). 3.3.4

Dr. J. ___ stellte in seinem Bericht vom 12. Dezember 2022 (Urk. 11/173/1-8) im Vergleich zum Bericht vom

25. September 2017 (Urk. 11/115/1) zusätzlich die Diagnose eines dementiellen Zustandsbildes (ED 02/20 EM unklar, USZ) bei einem Status nach Hemisyndrom rechts am 23. Oktober 2021

(Urk. 11/173/5). Die Beschwerdeführerin sei wegen der erheblichen Gedächtnisstörungen im Jahr 2022 dreimal in seiner Sprechstunde gewesen. Wegen der schweren Polymorbidität sei die Prognose eher ungünstig und die Beschwerdeführerin auf längere Zeit zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 11/173 S. 3 und S. 5). 3.3.5

Vom 10. bis 13. Januar 2023 war die Beschwerdeführerin zufolge einer erneuten Episode des fluktuierenden sensomotorischen Hemisyndroms rechts bei einem NIHSS-Score bei Eintritt von 20/41 (richtig wohl: 20/42; mittelstarker bis schwerer Schlaganfall) im Spital O. ___ hospitalisiert. Die Einweisung erfolgte notfallmässig per Rettungsdienst, nachdem Nachbarn die Beschwerdeführerin in deren Wohnung am Boden liegend vorgefunden hatten mit verwaschener Sprache und der sofort alarmierte Rettungsdienst eine hypertone Beschwerdeführerin mit einem Blutdruck von 228/134 bei einer Sättigung von 92 % und einem Glasgow Coma Score (GCS) 11/15 (mittelschweres Schädel-Hirn-Trauma) angetroffen habe. Das cCT mit Perfusion vom 10. Januar 2023 zeigte gemäss Berichterstattung den vorbestehenden alten Ponsinfarkt links, keine intrakranielle Blutung und keine sicheren Infarkt-Frühzeichen (ASPECTS 10), jedoch einen erweiterten Virchow-Robin-Raum. Das cMRI vom 11. Januar 2023 liess keine frische Ischämie und keine intracerebrale Blutung (ICB) erkennen. Ätiologisch wurde die erneute Episode am ehesten dem Status nach Ponsinfarkt und einer mindestens partiell funktionellen Komponente, differentialdiagnostisch der Polyneuropathie respektive einem

Dumping-Phänomen mit Hypoglykämien zugeordnet (Urk. 11/181/9). 3.3.6

In einer kardiologischen Abklärung vom 24. März 2023 bei Dr. med. Q.____ war die Beschwerdeführerin bei diagnostizierter hypertensiver Herzkrankheit kardial kompensiert bei leichter LV-Hypertrophie mit normaler diastolischer Funktion (Urk. 11/181/24-25). 3.3.7

Eine ophthalmologische Untersuchung vom 4. April 2023 zeigte gemäss Beurteilung von Dr. med. univ. R.____ eine nicht proliferative mässige Retinopathie, sodass eine optimale Blutzuckereinstellung weiterhin im Vordergrund stehe (Urk. 11/181/35).

3.3.8

Am 6. August 2023 stellte sich die Beschwerdeführerin notfallmässig wegen rechtsseitiger Knieschmerzen im Spital O.____ vor. In Zusammenschau der Befunde wurde die Symptomatik als Exazerbation des bereits bestehenden generalisierten Schmerzsyndroms gewertet (Urk. 11/181/37-38). 3.3.9

Dr. med. S.____, Fachärztin für Neurologie, und dipl. med. F.____

vom RAD nahmen am 24. Mai und 30. Mai 2023 Stellung zur medizinischen Aktenlage (Urk. 11/174/4-6). Betreffend die Frage nach einem dementiellen Zustandsbild stellten sie sich auf den Standpunkt, dass sich während der neuropsychologischen Untersuchungen wie in der Vergangenheit deutliche Auffälligkeiten in der Leistungsbereitschaft und im Verhalten der Beschwerdeführerin gezeigt hätten und unspezifische kognitive Defizite bereits im A.____-Gutachten 2017 gewürdigt worden seien. Eine Veränderung oder Verschlechterung kognitiver Defizite sei nicht ausreichend plausibilisiert.

Was den Ponsinfarkt und die fluktuierende Hemisymptomatik anbelange, beweise der Nachweis eines alten, zeitlich unklar stattgehabten Schlaganfalls keine Arbeitsunfähigkeit und bestehe bei «fluktuierenden» Symptomen definitionsgemäss keine andauernde Verschlechterung des Gesundheitszustandes. Ein zeitlicher Zusammenhang zwischen dem bildmorphologisch nachgewiesenen alten Schlaganfall und den wechselhaften Beschwerden sei somatisch nicht plausibel. Ein neurologisches Leiden könne nicht festgestellt werden und eine Zuordnung zum psychiatrischen Fachbereich werde von Dr. J.____ nicht bestätigt (Urk. 11/174/5).

Was den Diabetes anbelange, lägen unter Berücksichtigung der zurückliegenden medizinischen Auflage weiterhin mangelhafte HbA1c-Werte (Langzeitwerte) von zuletzt 8.5 und 9 % vor. Eine adäquate Behandlung sei von der Beschwerdeführerin bis heute nicht dauerhaft umgesetzt worden. Der schlechte HbA1c-Wert spreche für eine fehlende Behandlungsmotivation und Malcompliance der Beschwerdeführerin. Auch diesbezüglich liege keine Veränderung des medizinischen Sachverhalts im Vergleich zur letzten Leistungsprüfung vor.

Im Gesamtfazit sei eine massgebliche Veränderung des Gesundheitszustandes unter Berücksichtigung der erneut nachgewiesenen Inkonsistenzen nicht ausreichend plausibilisiert (Urk. 11/174/6).

Hieran hielt Dr. S.____ nach neuerlicher Vorlage zur Stellungnahme am 28. Februar 2024 fest und folgerichtig zusammengefasst, ein längerdauernder Gesundheitsschaden sei auch mit Blick auf die im Vorbescheidverfahren eingereichten medizinischen Berichte (vgl. dazu: Urk. 11/181/1-56) nicht ausgewiesen, zudem bestünden Behandlungsoptionen im

Zusammenhang mit den Unterschenkel ödem, der Retinopathie und der Polyneuropathie, welche nicht konsequent umgesetzt würden. Dokumentiert sei wiederum eine nicht adäquate Diabetes- und Bluthochdruckbehandlung, des Weiteren eine erneut fehlende Mitwirkung/Compliance der Beschwerdeführerin. Der Leidensdruck sei nicht nachvollziehbar. Das Leistungsspektrum der verordneten T. (vgl. dazu: Urk. 11/181/19-21) sei aufgrund der Selbständigkeit der Beschwerdeführerin nicht plausibel, Hinweise auf erklärende Funktionseinschränkungen seien nicht aufgeführt. Die geforderte stationäre endokrinologische Behandlung bei mangelhafter ambulanter Diabetes-mellitus-Einstellung sei bis heute nicht umgesetzt worden (Urk. 11/182/2-3).

3.3.10

Am 6. März 2024 unterzog sich die Beschwerdeführerin bei diagnostizierter Gonarthrose rechts im Spital C. einer Implantation einer Knie-Totalendoprothese. Im Austrittsbericht (undatiert) zur Hospitalisation vom 6. bis 12. März 2024 findet sich zusätzlich zu den bisherigen Diagnosen diejenige einer chronischen Nierenschädigung KDGIO G3a, ED 04/2022, am ehesten diabetisch (Urk. 3/2 S. 1 und 2). Die unmittelbar anschliessende Rehabilitation in der D., Rehaklinik E. zeigte einen guten Verlauf. Die Beschwerdeführerin habe am 1. April 2024 in gutem Allgemeinzustand bei ordentlicher Mobilität nach Hause entlassen werden können. Von Seiten der Begleiterkrankungen hätten sich während der stationären Rehabilitation keine Probleme ergeben. Kardiopulmonal sei die Beschwerdeführerin stabil, normoton und normofrequent. Zu Beginn hätten sich teilweise hypoglykämische Blutzuckerwerte gezeigt, so dass die Fixmedikation reduziert worden sei. Weiter hätten sich abends regelmässig erhöhte Blutzuckerwerte bis zu 29.5 mmol/l gezeigt. Die Beschwerdeführerin habe jedoch aus Angst vor Hypoglykämien immer wieder die Insulingabe verweigert, sodass keine zufriedenstellende Blutzuckereinstellung habe erreicht werden können. Bei persistierend erhöhten Blutdruckwerten und Malcompliance bezüglich Insulintherapie werde um eine erneute Kontrolle in der diabetischen Sprechstunde gebeten (Urk. 3/1). 4 4.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die Verneinung einer revisionsrechtlich massgeblichen Veränderung und damit den Ausschluss eines Revisionsgrundes gestützt auf die RAD-Beurteilungen von Dr. S. und dipl. med. F. vom 24. und 30. Mai 2023 sowie 28. Februar 2024 und damit auf versicherungsinterne Beurteilungen. Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte kommt nach der Rechtsprechung Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 134 V 231 E. 5.1 mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3b/ee). Trotz dieser grundsätzlichen Beweiseignung kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxismässig nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger veranlassten Gutachten unabhängiger Sachverständiger. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1; 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7). 4.2

Was zunächst die Frage anbelangt, ob die ursprüngliche Behandlungsaufgabe im Sinne einer stationären endokrinologischen Diabetesbehandlung und einer Diabetesüberwachung über mehrere Wochen von der Beschwerdeführerin umgesetzt wurde, wurde dies von den

RAD-Ärzten mit Blick auf die aktenmässig weiterhin ausgewiesene Malcompliance der Beschwerdeführerin verneint (E. 3.3.9) . Dabei ist insbesondere dem Austrittsbericht der D.____ zum Reha bilitat i onsaufent h a l t vom 12. März bis 1. April 2024 (E.

3.3.10) zu entneh men, dass die Blutzuckerwerte der Beschwerdeführerin weiterhin deutlich schwanken und die Beschwerdeführerin bei der Insulingabe abends wegen der Angst vor nächtlichen Hypoglykämien, wie sie auch im Spital O.____ während des Aufenthalts vom 11. bis 21. April 2022 festgestellt worden waren (E. 3.3.2), eine Malcompliance zeigt e . Auch sind den Akten keine Hinweise darauf zu entnehmen und wird von der Beschwerdeführerin nicht geltend gemacht, dass sie sich aktiv um eine stationäre Stoffwechseleinstellung mit nachfolgender mehr wöchiger Überwachung im Sinne der Behandlungsaufgabe bemüht hätte.

Indes gilt es zu berücksichtigen, dass die Beschwerdeführerin im Spital O.____

während des ganzen Aufenthalts vom 11. bis 21. April 2022 von der Diabetes beratung und einer Endokrinologin betreut wurde (E. 3.3.1) , nachfolgend i m Reha bilitations aufenthalt in P.____ die Blutzuckerwerte zumindest über prüft wurden (Urk. 11/165/17),

sie von der Rehaklinik in die hausärztliche Betreuung zur Evaluation und Einstellung des Diabetes entlassen wurde (Urk. 11/165/18) und von der T.____

das Insulin verabreicht erhält und die Blutzuckerwerte gemessen werden (Urk. 11/181/19-23). In den Akten liegen sodann eine Verordnung und eine Anmeldung zur Diabetesberatung des Spitals O.____ vom 10. Februar 2023 (Urk. 11/181/6) und eine Verordnung zur Ernährungs beratung vom selben Tag (Urk. 11/181/17). Ob die Beschwerdeführerin diese Beratungen in Anspruch genommen hat, ist den Akten zwar nicht zu entnehmen. Indes erscheint

mit Blick auf die Aktenlage und dabei insbesondere die stationäre endokrinologische Betreuung und Beratung im Spital O.____ mit nach folgende m Aufenthalt in P.____

sowie

angesichts d er

auch zur Diabetes behandlung und -überwachung fortgeführte n hausärztliche n und

Spitex -B etreuung ein nicht unwesentlicher Teil der Behandlungsaufgabe faktisch erfüllt worden zu sein .

Dass die Behandlungen insoweit keinen Erfolg zeitigten, als die Blutzuckerwerte der Beschwerdeführerin im Tagesverlauf zumindest im Rahmen der stationären Aufenthalte weiterhin erheblich schwank t en und sie sich offensichtlich aus Angst vor nächtlichen Hypoglykämien der ärztlich empfohlenen Insulingabe in der Rehaklinik E.____ der D.____

verweigert e (E. 3.3.10) , lässt für sich alleine nicht darauf schliessen, die Beschwerdeführerin habe sich der Behandlung im

Sinne der ursprünglichen Behandlungsaufgabe weiterhin verschlossen. Hinweise darauf, dass sie sich der endokrinologischen Betreuung und Beratung im Spital O.____ oder der nachfolgenden hausärztlichen Betreuung widersetzte , sind den Akten nicht zu entnehmen . Der Sachverhalt wurde von der Beschwerde gegnerin diesbezüglich nicht weiter abgeklärt.

Ob eine weitere stationäre endokrinologische Diabetesbehandlung und eine Diabetesüberwachung über mehrere Wochen angesichts der bereits erfolgten, zumindest teilweise erfolglosen Massnahmen ärztlicherseits immer noch als erfolgsversprechend beurteilt würden und zwar in dem Sinne, dass sie überwiegend wahrscheinlich eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit nach sich zögen, kann daher nicht ohne Weiteres angenommen werden. Eine Sanktion nach Art. 21 Abs. 4 ATSG

kann aber

nur so lange greifen, als zwischen Verhaltensweise und Schaden ein Kausalzusammenhang besteht (E. 1.4.3). Eine ärztliche Stellungnahme hierzu liegt weder von Seiten des RAD noch der Behandler bei den Akten. Vielmehr sprach sich Dr. B. in seinem Schreiben vom 2. Juni 2022 gegen die Indikation einer stationären Behandlung aus, dies ausgehend von einem Langzeitblutzuckerwert (HbA1c) von 8.5 % (Urk. 11/165/1), welcher zwar nicht optimal, aber auch kein Grund für einen stationären Aufenthalt ist. Entsprechend kann das Vorliegen einer anspruchserheblichen Veränderung im Sinne eines Revisionsgrundes (E. 1.4.1 und E. 1.4.3) unter diesem Aspekt gestützt auf die vorliegende Aktenlage nicht ohne Weiterungen bejaht oder verneint werden. 4.3

4.3.1

Was die Frage nach einer revisionsrechtlich erheblichen Veränderung des sonstigen Gesundheitszustandes anbelangt, sind gemäss den aufliegenden Arztberichten im Vergleich zum medizinischen Sachverhalt, welcher der Verfügung vom 1. Februar 2019 zugrunde lag (E. 3.1), mehrere neue Diagnosen hinzu getreten:

n eben dem fluktuierenden sensomotorischen Hemisyndrom rechts, ein Status nach Ponsinfarkt links paramedian, eine progrediente

Leberfibrose bei ausgeprägter Steatose, eine hypertensive Herzkrankheit (E. 3.3.2), eine Retinopathie (E. 3.3.7), eine chronische Nierenschädigung KDIGO G3a (E. 3.3.10) und eine Gonarthrose rechts, welche am 6. März 2024 und damit vor Erlass des angefochtenen Entscheids zur Implantation einer Knieendoprothese führte (E. 3.3.10), dies, nachdem die Knieschmerzen zunächst als Exazerbation des bereits bestehenden generalisierten Schmerzsyndroms beurteilt worden waren (E.

3.3.8). Sodann gingen die Fachpersonen der Klinik für Neurologie des K. von einem dementiellen Zustandsbild aus (E. 3.3.1).

Die Verneinung eines Revisionsgrundes durch die Beschwerdegegnerin und damit auch der Pflicht, den Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») und ohne Bindung an frühere Beurteilungen zu prüfen

(BGE 144 I 103 E. 2.1, 141 V 9 E. 2.3; Urteil des Bundesgerichts 8C_255/2024 vom 27. Januar 2025 E. 4.1, je mit Hinweisen), erweist sich bereits angesichts der neu hinzugetretenen Diagnosen als fraglich, handelt es sich bei denselben – allenfalls

abgesehen von der Diagnose eines dementiellen Zustandsbildes und der Leberfibrose

– doch nicht um unterschiedliche diagnostische Einordnungen (E.

1.4.2), sondern um neu diagnostizierte Leiden, welchen unter revisionsrechtlichen Gesichtspunkten nicht unbesehen respektive unter blosssem Hinweis auf die Behandelbarkeit einer Störung eine Relevanz für den streitgegenständlichen

Rentenanspruch abgesprochen werden kann. 4.3.2

Was die Befundlage anbelangt, wurde n g emäss der medizinischen Aktenlage in einem cMRI vom 22. Oktober 2020 ein Status noch Ponsinfarkt links paramedian und zusätzlich eine leichte generalisierte Hirnatrophie mit leichter Ausprägung sowie eine leichte Atrophie der Corpora mamillaria beidseits (DD Wernicke-Enzephalopathie) und eine fleckige Leukenzephalopathie festgestellt

(E. 3.3.2). Das cMRI wurde mutmasslich von der Klinik für Neurologie des K.____ veranlasst (vgl. E. 3.3.1). Ein Bericht dazu wie auch zu den übrigen durchgeführten bildgebenden Verfahren liegt indes nicht bei den Akte n . Dem A .____ -Gutachten vom 16. Mai 2017 lag ein Befundbericht MRI Gehirn und MR Angio durch die Radiologie, U.____ , K.____ , vom 29. Mai 2015 zugrunde (Urk. 11/99/4), welcher ebenfalls nicht bei den Akten liegt, jedoch gemäss Bericht von Dr. I.____ vom 12. Juli 2016 einen altersentsprechenden Hirnbefund ohne Hinweise auf eine Hirnatrophie oder Marklagerveränderungen ergeben habe (Urk. 11/55/13).

Damit hat sich gemäss der vorliegenden Aktenlage jedenfalls der bildgebende Befund von einem der Verfügung vom 1. Februar 201 9 zugrunde gelegenen unauffälligen Hirnbefund dahingehend verschlechtert, als nunmehr

ein zwi schen zeitlich erlittener Ponsinfarkt sow ie weitere hirnpathologische Auffällig keiten, unter anderem eine leichte generalisierte Hirnatrophie nachweisbar sind . Im cMRI vom 1. November 2021 zeigten sich sodann Zeichen einer konsekutiven Wallerschen Degeneration im linken und rechten Kleinhirnstiel sowie mehrere kleine supratentorielle Blutungen und es ergab sich ein Verdacht auf ein Cavernom am Thalamus links (E. 3.3.2) . Im cCT vom 10. Januar 2023 war ein erweiterter Virchow-Robin-Raum erkennbar (E. 3.3.5). 4.3.3

Ob und i nwieweit diese bildgebenden hirnpathologischen Veränderungen mit der von der Beschwerdeführerin geklagten Symptomatik in Form kognitiver Einschränkungen und insbesondere auch dem neu diagnostizierten fluktuieren den sensomotori s chen Hemisyndrom , welches sich erstmals am 23. Oktober 2021 manifestiert ha t (vgl. zu r Diagnostik in Urk. 11/165) , in Zusammenhang stehen, lässt sich gestützt auf die Akten nicht abschliessend beurteilen. Ein zumindest teilweiser Zusammenhang des Hemisyndroms mit dem Ponsinfarkt wurde jedenfalls von den ärztlichen Fachpersonen des Spitals O.____ sowohl im Bericht vom 20. April 2022

(E. 3.3.2) als auch in demjenigen vom

E. 6

). Am 4. September 2008 meldete sie sich unter Hin weis auf eine Diabeteserkrankung erstmals zum Leistungsbezug bei der Invalidenversicherung an (Urk. 11/3). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, liess die Versicherte polydisziplinär begutachten (Gutachten des Y.____ Z.____ vom 5. Januar 2010; Urk. 11/43) und verneinte in der Folge mit Verfügungen vom 17. März 2010 einen Anspruch der Versicherten auf eine Invalidenrente und auf berufliche Massnah men , da sie sowohl im Erwerbs- als auch im Haushaltbereich seit 2002 voll arbeitsfähig sei (Urk. 11/48 , 11/49).

Am 12 . September 2016 ging eine Neuanmeldung der Versicherten bei der Invalidenversicherung ein (Urk. 11/62, Aktenverzeichnis zu Urk. 11/1-183). Die IV-Stelle holte zur Abklärung der medizinischen Verhältnisse unter anderem ein polydisziplinäres

Gutachten bei m A .___ , A. ___ GmbH, ein (Expertise vom 16. Mai 2017, Urk. 11/99). Am 11. Juli 2017 auferlegte die IV-Stelle der Versicherten eine Schadenminderungs-/Mitwirkungspflicht im Sinne einer stationären endokrinologischen Diabetesbehandlung und einer Diabetesüberwachung über mehrere Wochen. Nach Abschluss der Behandlung werde eine Arbeitsfähigkeit in behinderungsangepassten Tätigkeiten von 90 % erwartet (Urk.

E. 11

/121). Mit Verfügung vom 1. Februar 2019 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren der Versicherten unter Hinweis auf die verletzte Schadenminderungspflicht ab und legte dem Entscheid die Annahme einer 90%igen Arbeitsfähigkeit zugrunde (Urk. 7/150). Die dagegen erhobene Beschwerde der Versicherten wies das hiesige Sozialversicherungsgericht mit unangefochten in Rechtskraft erwachsenem Urteil IV.2019.00496 vom 8. Mai 2020 ab (Urk. 11/158).

E. 13

Januar 2023

(E. 3.3.5) vermutet, dies unter anderem unter Berücksichtigung der Ergebnisse der MEP-Untersuchung, welche zu einer zentralen Störung am ehesten im Rahmen des bekannten Ponsinfarktes passten, wobei die Verdeutlichungstendenz der Beschwerdeführerin durchaus erkannt und von einer teilweisen funktionellen Überlagerung ausgegangen wurde

(E. 3.3.2, E. 3.3.5). Soweit die RAD-Ärzte einen Zusammenhang zwischen dem Ponsinfarkt und dem fluktuierenden Hemisyndrom wie auch ein neurologisches Leiden grundsätzlich

verneinten (E. 3.3.9), korrespondiert diese Einschätzung folglich nicht mit derjenigen der zuständigen Ärzte des Spitals O. ____, was zumindest geringe Zweifel an der versicherungsinternen Beurteilung aufkommen lässt (E. 4.1).

Weiter nimmt die Annahme der RAD-Ärzte, wonach ein «fluktuierendes» Symptom definitionsgemäss

keine andauernde Verschlechterung des Gesundheitszustandes verursache, keinen Bezug auf die konkrete Beschwerdelage, wurde doch im Bericht des Spitals O. ____

vom 20. April 2022 wie auch in demjenigen der Rehaklinik P. ____ klinisch eine seit Anfang 2022 anhaltende Hemisyndromatik rechts diagnostiziert (Urk. 11/165/2, 11/165/19).

Inwiefern sich diese auf die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin auswirkt und angesichts der akten mässig dokumentierten Verdeutlichungstendenzen der Beschwerdeführerin plausibilisiert werden kann, lässt sich nicht abschliessend beurteilen. Indes kann der diesbezüglichen Beurteilung der RAD-Ärzte, gemäss welcher eine revisionsrechtlich relevante Veränderung des Gesundheitszustandes

ausgeschlossen werden kann, weshalb denn auch auf weitere Abklärungen verzichtet wurde, angesichts der deutlich verschlechterten bildgebenden Befundlage und der Berichte des Spitals O. ____ nicht gefolgt werden.

Vielmehr wäre die Beschwerdeführerin angesichts der nicht unerheblichen Befundänderungen verpflichtet gewesen, den Sachverhalt umfassend zu prüfen.

Die Sache ist folglich an die Beschwerdegegnerin zu ergänzenden medizinischen Abklärungen zurückzuweisen, wobei sie vorweg zur Einholung eines polydisziplinären Gutachtens die Aktenlage insbesondere in Bezug auf die diversen durchgeführten bildgebenden Verfahren zu vervollständigen haben wird.

Die Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen.

4.3.4

Die Beschwerdeführerin ist abschliessend aber mit aller Deutlichkeit auf ihre Mitwirkungspflichten bei der Abklärung (Art. 43 Abs. 3 ATSG) und Behandlung (Art. 21 Abs. 4 ATSG) und auch darauf hinzuweisen, dass sie die Folgen einer Beweislosigkeit zu tragen hat, soweit ihr Verhalten die Abklärung eines leistungsrelevanten Gesundheitsschadens verhindert (Urteil des Bundesgerichts 8C_765/2020 vom 4. März 2021 E. 3.2.2 mit Hinweis auf BGE 144 V 427 E. 3.2). Dies gilt insbesondere auch für die neuerlich in die Wege zu leitenden neuropsychologischen Abklärungen, welche trotz wiederholt dokumentierter Verdeutlichungstendenz mit Blick auf die hirnpathologischen Veränderungen und den im K. ___ diagnostizierten schweren dementiellen Zustand bei vor allem frontal betonten kognitiven Einschränkungen (E. 3.3.1) unabdingbar sind. 5.

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung sowohl für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten wie auch der Parteientschädigung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57; vgl. auch BGE 141 V 281 E. 11.1 mit Hinweis). Die Kosten des Verfahrens sind gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ermessensweise auf Fr. 700.-- festzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 28. März 2024 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu entscheide. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdegegnerin 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 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 Beweismittel 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 Die VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin
FehrGasser Küffer

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