

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00380 vom 9. November 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-11-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2009.00380

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00380 du 9 novembre 2009

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00380 del 9 novembre 2009

Erwägungen

E. 1

1.1 Die Beschwerdegegnerin hat die Bestimmungen und Grundsätze zu den Voraussetzungen und zum Umfang des Rentenanspruchs (Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG) sowie zu der Bemessung der Invalidität (Art. 16 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG) in der angefochtenen Verfügung zutreffend dargelegt (Urk. 2 S. 1). Darauf wird, mit den nachfolgenden Ergänzungen, verwiesen.

1.2 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezieherin oder eines Rentenbeziegers 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, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist somit nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 349 f. Erw. 3.5, 117 V 199 Erw. 3b, 113 V 275 Erw. 1a mit Hinweisen). Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und prozessualen Revision (BGE 133 V 108 Erw. 5.4). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG und alt Art. 41 IVG dar (BGE 112 V 372 Erw. 2b mit Hinweisen; SVR 1996 IV Nr. 70 S. 204 Erw. 3a; Urteil des Bundesgerichts in Sachen C. vom 3. November 2008, 9C_562/2008, Erw. 2.1).

1.3 Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c).

E. 2

2.1. Bei der Rentenzusprache vom 13. Januar 2005 (Urk. 8/42, halbe Rente ab 1. November 2002) stützte sich die Beschwerdeführerin auf folgende medizinische Akten:

2.2. Im Rahmen der Behandlung der Unfallfolgen (Schulterkontusion rechts mit schmerzhafter Bewegungseinschränkung bei AC-Gelenksarthrose) klagte die Beschwerdeführerin noch nach einem halben Jahr trotz Physiotherapie über eine unveränderte, persistierende Schmerzsymptomatik bei bestimmten Bewegungen. Die MRI-Untersuchung zeigte eine AC-Gelenksarthrose, jedoch keine Rotatorenmanschettenruptur (Bericht des G. ____, Departement Chirurgie, Klinik für Unfallchirurgie, vom 9. Juli 2001, Urk. 8/12/37). Erstmals am 19. Dezember 2001 (Urk. 8/12/27-28) diagnostizierte Dr. Z. ____, vom G. ____ aufgrund der zunehmenden Einsteifung eine Frozen Shoulder.

E. 2.3

2.3.1. Im Gutachten vom 11. Dezember 2003 (Urk. 8/17) bestätigte Dr. B. ____ das Vorliegen einer Frozen Shoulder mit massiv eingeschränkter Kraft und Beweglichkeit sowie Druckempfindlichkeit am Deltaansatz rechts mit sekundärer Tendomyose im Hals- und Nackenbereich rechts. Das Nativrontgenbild hatte lediglich eine diskrete Verschmälerung der Distanz zwischen Schulterdach und Humerus gezeigt (S. 7). Er empfahl die Durchführung einer Schulteroperation im Sinne einer Dörfle-Erweiterung und arthroskopischer Arthrolyse (S. 8), womit die Arbeitsfähigkeit von gegenwärtig 50 % erheblich gesteigert werden könne (S. 10-11).

2.3.2. Am 23. Juli 2004 (Urk. 8/33/2-6) verwies Dr. B. ____ auf nunmehr geklagte funktionelle Herz- und Magenschmerzen, Kopfweh, Herzklopfen, Schwindel und erst in zweiter Linie auf eine eingeschränkte Beweglichkeit und Schmerzen in der rechten Schulter. Er erachtete eine vegetative Dystonie mit psychischer Überlagerung und Schmerzverarbeitungsstörungssyndrom als im Vordergrund stehend (S. 2). Zum vorerwähnten operativen Vorgehen ergänzte er, in 90 % der Fälle könne eine wesentliche und nachhaltige Verbesserung der Schultersteife erreicht werden, indessen nur bei unauffälliger Psyche des Patienten. Vorliegend sei es indes vielleicht gar günstiger, auf einen solchen Eingriff zu verzichten, da der effektive Nutzen der Operation in Frage gestellt sei. Hingegen sei eine einfache Mobilisation in Narkose absolut zumutbar (S. 2).

Dr. B. ____ attestierte eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit und stellte - nach erfolgreicher Operation - das Erreichen einer vollumfänglichen Arbeitsfähigkeit in Aussicht (S. 3).

2.4. Dr. A. ____ hatte in seinem Gutachten vom 31. Mai 2004 (Urk. 8/33/7-12) auf die seit dem Unfall durchgeführte Behandlung am G. ____ mit Physiotherapie und Analgetika sowie Antiphlogistika verwiesen. Er führte aus, trotz Fehlens bildgebender nachweisbarer pathologischer Befunde sei es zur Entwicklung einer Frozen Shoulder gekommen (S. 5). Anlässlich der Untersuchung habe die Beschwerdeführerin ihre Angst vor einer möglichen Operation geäußert, weswegen sie oftmals Panikattacken habe. Nach einem Zwischenfall auf der Herzchirurgie, wo vor wenigen Wochen eine Patientin nach einem Eingriff verstorben sei, habe sich die Angst verstärkt (S. 6).

Dr. A.____ diagnostizierte eine Schulterkontusion und -distorsion rechts mit Entwicklung einer Frozen Shoulder sowie Entwicklung eines sekundären zervikozephalen Syndroms, eine Panikstörung im Zusammenhang mit Unfallfolgen sowie einen insulinpflichtigen Diabetes mellitus Typ II mit diabetischer proliferativer Retinopathie (S. 5). Er befand eine Schulteroperation wegen der Angst- und Panikstörung für nicht zumutbar und attestierte eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit.

Dr. med. E.____, FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, welcher die Beschwerdeführerin seit 12. Februar 2004 betreut, diagnostizierte mit Bericht vom 5. Juni 2004 (Urk. 8/21/2-3) eine Panikstörung (episodisch-paroxysmale Angst) mit ausgeprägter depressiver Symptomatik. Er hielt fest, die Beschwerdeführerin sei durch die laufende psychiatrisch-psychotherapeutische Therapie relativ stabilisiert, obwohl die sich wiederholenden Panikattacken bestehen blieben. Sie wolle sich zur Zeit keiner Operation unterziehen, welchen Entscheid sie wegen ihrem nach dem Unfall entwickelten psychischen Zustand noch nicht treffen könne. Er attestierte eine 50%ige Arbeitsfähigkeit und verwies auf eine Chronifizierungstendenz.

E. 3

3.1 Für die Rentenrevisionsverfahren vom 18. März 2009 (Urk. 2, weiterhin halbe Rente) stützte sich die Beschwerdegegnerin auf folgende ärztliche Berichte ab:

Dr. E.____ besttigte am 21. März 2009 (Urk. 8/53/2-6) einen verschlechterten Gesundheitszustand bei jedoch unveränderter Diagnose. Er verwies auf Panikattacken, Angst, Hyperventilationsattacken, Weinkrämpfe, Todesangst, Sensibilitätsstörungen an den Extremitäten, Nacken-, Schulter- und Rückenschmerzen, Schlafstörungen sowie Zukunftsangst. Er attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von nunmehr 70 % in der angestammten und eine solche von 50 % in einer behinderungsangepassten Tätigkeit.

Dr. Z.____ vom G.____ führte mit Bericht vom 7. Juli 2008 (Urk. 8/58/7-10) aus, die Beschwerdeführerin habe aufgrund exazerbierender Beschwerden immer wieder Arbeitsausfälle gehabt. Die Situation sei einigermassen kompensiert gewesen, da man die Beschwerdeführerin am Arbeitsort gut gekannt habe und ihr auch in gewissem Mass entgegengekommen sei. Wegen Umstrukturierung sei ihr nun auf Ende August 2008 gekündigt worden (vgl. auch Urk. 8/56/2 Ziff. 2.1), wodurch die Situation dekompenziert sei mit Exazerbation der Schulter- und Rückenschmerzen mit Ausstrahlung neu in die Finger, so dass die Beschwerdeführerin ab 10. März 2008 nicht mehr gearbeitet habe. Sie diagnostizierte neu eine Frozen Shoulder auch auf der linken Schulterseite und hielt fest, bezüglich der Arbeitsfähigkeit sei die Tätigkeit als Pflegehelferin nur bedingt günstig, da sie zum Teil schwere Arbeiten wie das Heben der Patienten beinhalte und auch Arbeiten über Kopf, was vermieden werden sollte. Eine neue Arbeit sollte leicht und wechselbelastend sein in konstanter Raumtemperatur ohne vermehrtes Bücken, Arbeiten in vorgebeugter Stellung, repetitive Arbeiten und solche über der Horizontalen. Eine solche Tätigkeit sei zu 20 % bis 50 % zumutbar.

Anlässlich der Begutachtung durch Dr. C.____ (Untersuchung vom 18. November 2008) klagte die Beschwerdeführerin über Schmerzen in beiden Schultern und im Nacken, wobei manchmal der ganze Körper schmerze. Sie habe

Schmerzen beim An- und Ausziehen und beim Duschen. Die rechte Hand sei wie eingeschlafen. Morgens habe sie mehr Schmerzen als sonst. Manchmal sei ihr Ä¼bel, ihr Bauch sei geschwollen, manchmal seien einzelne Gelenke entzÄ¼ndet. Dann mache ihre Rheumatologin Spritzen mit Kortison, was helfe (S. 14).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Gutachterin verwies auf einen seit 1990 bekannten insulinpflichtigen Diabetes mellitus, infolge dessen eine proliferative Retinopathie (panretinale Laserung 1992) aufgetreten sei. Im Anschluss an eine kleine Verletzung der rechten Schulter am 1. Januar 2001 sei eine adhÄ¼sive Parietopathia humero scapularis (PHS) rechts und ab Januar 2006 auch links aufgetreten. Jetzt gebe die BeschwerdefÄ¼hrerin mehr Schmerzen in der linken als in der rechten Schulter an. Es sei wahrscheinlich, dass die Ursache dieser Beschwerden der jahrelang schlecht eingestellte Diabetes mellitus sei. ZusÄ¼tzlich bestehe eine mittelschwere bis schwere Spinalkanalstenose auf HÄ¼he L4/5 (S. 21).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Bei der Untersuchung verweigerte die BeschwerdefÄ¼hrerin die direkte Untersuchung der Schultergelenke, in der Beobachtung schilderte Dr. C.____ indes eine Flexion und Abduktion beidseits von mindestens 90Ä¼°. Die gezeigte maximale Handkraft von 50 mm Hg beidseits kÄ¼nne nicht der RealitÄ¼t entsprechen. Damit kÄ¼nnte sie keine TÄ¼re Ä¼ffnen, geschweige denn sich an- und ausziehen, wie sie es bei der Untersuchung mache. Als mÄ¼glicher Grund fÄ¼r die Muskelschmerzen nannte Dr. C.____ einen Vitamin-D-Mangel. Weiter verwies die Gutachterin auf ungenaue AuskÄ¼nfte der BeschwerdefÄ¼hrerin zur Medikamentenverwendung, was Zweifel an der ZuverlÄ¼ssigkeit der Angaben aufkommen lasse. Zwei der drei untersuchten Medikamentenwirkstoffe seien im Blut nicht nachweisbar (Paracetamol und Buspiron), der dritte Wirkstoff sei deutlich unterhalb der therapeutischen Schwelle vorhanden (Paroxetin). Aus den Abrechnungen der Krankenkasse ergebe sich sodann, dass die BeschwerdefÄ¼hrerin verschiedene Medikamente in viel geringeren Dosen bezogen habe, als sie diese zu verwenden angebe (S. 21 f.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. C.____ diagnostizierte (1) einen insulinpflichtigen Diabetes mellitus seit 1990 mit aktuell ungenÄ¼gender Blutzuckereinstellung, proliferativer Retinopathie und panretinaler Laserbehandlung beidseits 1992, epiretinaler Fibroplasie und Status nach mehreren kleinen GlaskÄ¼rperblutungen, mit peripherer Neuropathie und adhÄ¼siver PHS beidseits, (2) einen Status nach lumboradikulÄ¼rem Syndrom bei mittelschwerer bis schwerer zentraler Spinalkanalstenose auf der HÄ¼he L4/5 durch Diskushernie und Ligamentum flavum Hypertrophie (CT LendenwirbelsÄ¼ule November 2008) sowie (3) ein Zerviko-Thorakalsyndrom bei leichtem thorakalem FlachrÄ¼cken. Als ohne Einfluss auf die ArbeitsfÄ¼higkeit erwÄ¼hnte sie eine Medikamenten-Noncompliance, einen Nikotinabusus, einen Vitamin-D-Mangel, eine Struma nodosa Grad III mit zeitweiser Eltroxin-Therapie, eine Doppelniere links mit Pylektasie rechts sowie einen Status nach Inguinalhernien-Operation rechts etwa 1991 (S. 20).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zur ArbeitsfÄ¼higkeit hielt Dr. C.____ fest, aufgrund des Diabetes mellitus resultierten diverse EinschrÄ¼nkungen (Selbst- und FremdgefÄ¼hrdung, Schichtarbeit, vermehrter Pausenbedarf fÄ¼r Blutzuckerkontrollen). Aus der FunktionseinschrÄ¼nkung des Schultergelenks kÄ¼nnten sich Limitierungen ergeben (Positionierung der Hand im Raum oder beim Einsatz Ä¼ber SchulterhÄ¼he). Behinderungen ergÄ¼ben sich sodann beim Manipulieren und das Heben/Tragen von

Gewichten sei nur noch körperlich möglich. Die Rückenfunktionseinschränkungen verhinderten ein häufiges Heben und Tragen von Lasten. Eine entsprechend angepasste Tätigkeit befand die Gutachterin als vollzeitlich möglich (S. 23 f.).

3.5 Dr. med. F. ____, Psychiatrie/Psychotherapie FMH, Chefarzt an der Klinik D. ____, verwies im Gutachten vom 10. Dezember 2008 (Urk. 8/68) auf die Chronifizierung der Schulterschmerzen nach dem Unfall sowie im selben Jahr erlebte seelische Schmerzen im Zusammenhang mit der Beendigung einer vierjährigen Beziehung. Man könne daher über die Entwicklung einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung sprechen, welche sich seit 2001 entwickelt habe. Im Rahmen der emotionalen Auseinandersetzungen und Einsamkeitsgefühlen sei es bei der Beschwerdeführerin seit 2002 zur Entwicklung einer Panikstörung gekommen, welche trotz sechsjähriger Therapie immer noch vorhanden sei. Ausserdem sei es seit etwa drei Jahren im Rahmen der Anpassungsproblematik und aufgrund des Bewegungsmangels zur Entwicklung einer Erschöpfungsdpression gekommen, was zur inneren Kapitulation seit März 2008 geführt habe (S. 8).

Dr. F. ____, beschrieb feststellbare Symptome einer leichten depressiven Episode mit somatischen Symptomen während der Untersuchung vom 10. Oktober 2008, wobei die körperliche Erschöpfung auf den Struktur- und Trainingsmangel zurückzuführen sei und bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Vordergrund stehe. Die Testergebnisse zeigten eine schwere depressive Symptomatik, die aber objektiv während der Untersuchung nicht festzustellen gewesen sei und die Ergebnisse auf die Symptombewertung im Rahmen der Panikstörung und Somatisierungstendenz zurückzuführen seien (S. 8).

Aufgrund der leichten depressiven Episode, der Panikstörung und der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung erachtete der Gutachter eine Arbeitsfähigkeit im Umfang von nur noch 70 % als gegeben. Wegen der körperlichen Erschöpfung bestehe derzeit eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeiten, wobei die therapeutischen Optionen nicht ausgeschöpft seien. Die Beschwerdeführerin brauche dringend ein Körperaufbautraining oder einen Klinikaufenthalt in einer psychosomatischen Klinik zur Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit. Unter diesen therapeutischen Massnahmen sei mit der Erhaltung der 70%igen Arbeitsfähigkeit als angelernte Schwesternhilfe zu rechnen. Ausserdem seien die therapeutischen Massnahmen aus psychiatrischer Sicht nicht ausgeschöpft. Die Beschwerdeführerin erhalte seit 2002 die Medikamente in gleicher Dosierung, was wohl eine Verschlechterung verhindere, indes keine nachhaltige Besserung gebracht habe. Zusammenfassend attestierte Dr. F. ____, eine 50%ige Arbeitsfähigkeit mit möglicher Steigerung auf 70 % mittels Körperaufbautraining. Die verbleibende 30%ige Arbeitsunfähigkeit sei auf die psychischen Leiden mit Krankheitswert zurückzuführen (S. 8 f.).

3.6 Am 23. März 2009 (Urk. 3/13) ergänzte Dr. Z. ____, zu Händen der Beschwerdeführerin, die neu aufgetretene Frozen Shoulder links führte zu einer zusätzlich verminderten Belastbarkeit, indem die Beschwerdeführerin bei Arbeiten nicht auf die linke Hand ausweichen könne. Zudem sei es im Juli 2008 zu einer Tendovaginitis stenosans De Quervain links gekommen, was indes mittels Spritze behandelt werden können. Weiter sei ein schnellender Finger des Dig V rechts und eine Tendinitis des Flexor pollicis brevis am Daumen links (Februar 2009) festgestellt worden,

was mittels Infiltration behandelt worden sei. Diese Sehnenscheidenentzündungen wirkten sich auf die Arbeitsfähigkeit aus, indem manuelle Arbeiten nur bedingt möglich seien; eine Prognose sei nicht möglich.

Zum Gutachten der Dr. C.____ führte sie in Bezug auf die Schmerzmedikation aus, aufgrund von Nebenwirkungen beim Medikament Tramal sei auf die Gabe eines Morphins verzichtet worden. Zur Schätzung der Arbeitsfähigkeit hielt sie sodann fest, im Gutachten sei die Einschränkung durch die Schulterbeschwerden nur sehr allgemein formuliert worden mit wenig Bezug auf die effektiven Einschränkungen der Beschwerdeführerin. Hinzu komme, dass eine rheumatologische Verschlechterung verneint worden sei, was nicht stimme. Sodann gebe es kaum leichte und wechselbelastende, körpernahe Arbeiten nicht über Horizontalen für die angelernte Beschwerdeführerin, welche die deutsche Sprache nur mässig beherrsche.

E. 4.1

4.1.1 Zur Veränderung des Gesundheitszustandes zwischen dem Zeitpunkt der Rentenzusprache vom 13. Januar 2005 und der Rentenbestätigung vom 18. März 2009 ist vorweg festzuhalten, dass sich in organischer Hinsicht eine Frozen Shoulder nunmehr auch auf der linken Seite eingestellt hat. Währenddem Dr. B.____ am 11. Dezember 2003 (Urk. 8/17) eine Frozen Shoulder mit massiv eingeschränkter Kraft und Beweglichkeit sowie Druckempfindlichkeit nur rechts beschrieben hatte (Urk. 8/17), diagnostizierte Dr. Z.____, am 7. Juli 2008 eine Frozen Shoulder auch links (Urk. 8/58/7-10). Auch Dr. C.____ bestätigte am 29. November 2008 das Vorliegen einer PHS sowohl rechts als nunmehr auch links (Urk. 8/65).

4.1.2 Als Auswirkung dieses Befundes auf die Arbeitsfähigkeit hielt Dr. Z.____ fest, die Tätigkeit als Pflegehelferin sei nicht mehr geeignet, da zum Teil schwere Arbeiten wie das Heben der Patienten und Arbeiten über Kopfhöhe anfielen, was indes zu vermeiden sei. Sie nannte als Profil eine leichte, wechselbelastende Tätigkeit in konstanter Raumtemperatur ohne vermehrtes Bücken, Arbeiten in vorgebeugter Stellung, repetitive Arbeiten und solche über der Horizontalen. Eine derartige Arbeit befand sie als bis zu 50 % zumutbar (Urk. 8/58/7-10).

4.1.3 Derweil verwies Dr. C.____ auf den Widerstand der Beschwerdeführerin anlässlich der Untersuchung der Schultergelenke, wobei ausserhalb der Untersuchungssituation eine Flexion und Abduktion beidseits von mindestens 90° habe beobachtet werden können. Weiter schilderte sie unrealistische Leistungen bei der Prüfung der Handkraft. Sie befand eine angepasste Arbeit als vollzeitlich zumutbar unter Berücksichtigung eines erhöhten Pausenbedarfs für die Blutzuckerkontrolle.

4.1.4 Aufgrund dieser ärztlichen Einschätzungen steht fest, dass sich in organischer Hinsicht keine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin ergeben hat. Wohl hat sich die Beschwerdesituation in der Schulter auf die linke Seite ausgedehnt, doch hat dies keine wesentlichen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit, ist doch weiterhin von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Wenn Dr. C.____ auf eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit schliesst, ist dies wohl an sich nachvollziehbar. Denn es leuchtet nicht ein, weshalb die Beschwerdeführerin eine Tätigkeit, die ja gerade Rücksicht auf die Schulterproblematik nimmt, nicht vollzeitlich ausüben können sollte. Zu

berücksichtigen ist indes, dass im Rentenrevisionsverfahren eine abweichende Würdigung des gleich gebliebenen Sachverhalts irrelevant ist. Da sich weder in diagnostischer Hinsicht noch auf der Befundseite eine Verbesserung eingestellt hat, ist auch weiterhin von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Die Ursache dieses Ergebnisses liegt im Umstand begründet, dass die Beschwerdegegnerin bei der ersten Rentenzusprache 2005 auf dieses diskutabile Ergebnis abstellte, welches sich indes nicht als zweifellos unrichtig erweist und deshalb auch vorliegend Gültigkeit hat.

Die von Dr. Z.____ geschilderten rheumatologischen Befunde (Urk. 3/13) sind sodann nicht dergestalt, als dass deswegen eine relevante dauernde Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit resultieren würde. Nach entsprechenden Injektionen besserten sämtliche Beschwerden offenbar zeitgerecht und kann daraus jedenfalls nicht auf eine über 50 % liegende Arbeitsunfähigkeit geschlossen werden.

4.1.5 Soweit die Beschwerdeführerin das Gutachten von Dr. C.____ grundsätzlich in Zweifel ziehen will und mithin unter Verweis auf die Einschätzung von Dr. Z.____ auf eine massgeblich höhere Arbeitsunfähigkeit schliessen will (Urk. 1 S. 14 ff.), ist zu bemerken, dass sich Dr. C.____ einlässlich mit den Untersuchungsergebnissen sowie den Vorberichten auseinandergesetzt und in kohärenter Weise eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durchgeführt hat. Auch wenn - mangels veränderten Gesundheitszustand - nicht auf die attestierte Arbeitsfähigkeit abgestellt werden kann, erweist sich das Gutachten dennoch als schlüssig. Anzuführen ist, dass sich Dr. C.____ fachgerecht auf eine Schätzung der Arbeitsfähigkeit in medizinisch-theoretischer Hinsicht beschränkt hat. Sodann machte sie verschiedene Vorschläge zur Verbesserung der Situation. Dass die empfohlene Vitamin-D-Therapie in der Folge nicht anschlug (Urk. 3/13), tut der Glaubhaftigkeit der Ausführungen der Gutachterin jedenfalls keinen Abbruch.

Nicht abgestellt werden kann jedenfalls auf die Einschätzung von Dr. Z.____, soweit sie eine allfällige bloss 20%ige Arbeitsunfähigkeit thematisieren will. Eine solch erhebliche Einschränkung ist - aufgrund der doch eher diskreten Pathologie - weder begründet noch nachvollziehbar. Die Berichte von Dr. Z.____ (Urk. 8/58/7-10 und Urk. 3/13) zeichnen sich denn auch durch eine auffallend unkritische Haltung aus. So bemerkte Dr. Z.____ nicht, dass die Beschwerdeführerin - unbeobachtet - mit ihren Armen eine weitaus grösseren Radius beschreiben kann als in der Untersuchungssituation. Auch entging ihr der Vitamin-D-Mangel der Beschwerdeführerin und leitete sie eine entsprechende Therapie erst ein, nachdem dies Dr. C.____ empfohlen hatte. Weiter äusserte sich Dr. Z.____ über nicht-medizinische Faktoren (schwieriger Arbeitsmarkt), welche Thematik nicht von den Ärzten zu beurteilen ist.

4.1.6 Für ein weiteres Revisionsverfahren steht es der Beschwerdegegnerin frei, die Beschwerdeführerin vorgängig auf ihre ergänzende Schadenminderungspflicht (nebst der mit Verfügung vom 30. Dezember 2008 auferlegten, Urk. 8/72) aufmerksam zu machen und allenfalls ein operatives Vorgehen zu verlangen. Den Akten ist jedenfalls nicht zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin die von Dr. B.____ bereits im Jahr 2003 empfohlene Dörfle-Erweiterung mit arthroskopischer Arthrolyse bzw. die 2004 (wegen der Angst der Beschwerdeführerin) empfohlene Mobilisation in Narkose vorgenommen hat. Zumindest für letzteren Eingriff ist nicht ersichtlich, dass dieser der Beschwerdeführerin unzumutbar sein sollte, falls hieraus eine relevante Steigerung der Arbeitsfähigkeit resultieren würde.

6. Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens - formell zwar Obsiegen, materiell im Wesentlichen indes ein Unterliegen der Beschwerdegegnerin - sind sie der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

7. Nach § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer).

Vorliegend erscheint - angesichts des materiellen vorwiegenden Obsiegens der Beschwerdeführerin - eine Prozessentschädigung von Fr. 1'800.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird im Sinne der Erwägungen abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 1'800.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Bibiane Egg
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen
- Kanton Zürich, Finanzdirektion

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

5. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 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).

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