

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00876 vom 12. November 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-11-12, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2011.00876](https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.00876)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00876 du 12 novembre 2012

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00876 del 12 novembre 2012

## Erwägungen

### E. 3

3.1 Mit zuhanden der Taggeldversicherung erstattetem Bericht vom 20. Juli 2009 (Urk. 9/11/18-19) diagnostizierte Dr. med. A.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie, eine Anpassungsstörung mit Angst und Depression gemischt (ICD-10 F43.22) sowie einen Status nach rezidivierender depressiver Störung. Die Beschwerdeführerin stehe seit 15. Juni 2009 in psychiatrischer Behandlung und sei gemäss ihrem Hausarzt seit 20. Mai 2009 zu 100 % arbeitsunfähig. Die bisherige Tätigkeit sei voraussichtlich noch zumutbar, jedoch könne der Zeitpunkt der Wiederaufnahme noch nicht beurteilt werden (S. 1-2).

3.2 Dr. B.\_\_\_\_, FMH Rheumatologie und Innere Medizin, stellte in seinem am 14. November 2009 zuhanden der Taggeldversicherung erstatteten Bericht (Urk. 9/11/13-14) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1):

- bilaterale Impingement-Symptomatik bei beidseitigen degenerativen Supraspinatussehnenläsionen
- chronisch-rezidivierendes Lumbovertebralsyndrom bei degenerativen LWS-Veränderungen
- anamnestisch depressive Verstimmung

Ob die Beschwerdeführerin ihre bisherige Tätigkeit wieder aufnehmen könne, könne nicht bestimmt werden. Dr. B.\_\_\_\_ hielt fest, dass er der Beschwerdeführerin nie eine Arbeitsunfähigkeit attestiert habe. Dies heisse aber nicht, dass eine solche für belastende Tätigkeiten (wohl: nicht) gegeben sein könne. Grundsätzlich werde die körperliche Belastbarkeit der Beschwerdeführerin durch die Schulterproblematik eingeschränkt, indem sämtliche belastenden Tätigkeiten und insbesondere überkopftätigkeiten nicht zumutbar seien (S. 1). Hinsichtlich der Schulterbeschwerden seien alle therapeutischen und diagnostischen Massnahmen ausgeschöpft (S. 2).

3.3 Am 18. Dezember 2009 unterzog sich die Beschwerdeführerin einer Schulterarthroskopie links mit Tenodesen der langen Bizepssehne, subakromialer Bursektomie, Akromioplastik und Rekonstruktion der Supraspinatussehne (Urk. 8/15/3). Dr. med. C.\_\_\_\_, Klinik F.\_\_\_\_, diagnostizierte mit Bericht vom 25. Januar 2010 (Urk. 9/14/5-6) eine transmurale Supraspinatussehnenruptur links mit instabiler langer Bizepssehne. Diese Diagnose wirke sich auf die Arbeitsfähigkeit aus, nicht hingegen diejenige einer Depression. Postoperativ sei der Verlauf auf der linken Seite zeitgerecht; es sei mit einer vollständigen Wiederherstellung zu rechnen. Auf der rechten Seite bestehe ebenfalls ein ausgeprägtes subakromiales Impingement-Syndrom bei transmuraler

Supraspinatussehnenruptur. Hier sei der weitere Spontanverlauf abzuwarten, bis die Rehabilitation auf der Gegenseite abgeschlossen sei. Möglicherweise werde auch hier eine operative Intervention notwendig sein (S. 1).

Die Beschwerdeführerin sei vom 18. Dezember 2009 bis 2. März 2010 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Die bisherige Tätigkeit als Büroangestellte sei grundsätzlich nach abgeschlossener Rehabilitation wieder zu 100 % zumutbar. Es könne ab 3. März 2010 mit einer Wiederaufnahme der Tätigkeit im Umfang von 50 % gerechnet werden (S. 2).

3.4 Mit Bericht vom 29. April 2010 (Urk. 9/21/1-4) stellte Dr. A. \_\_\_ folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1):

- rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelschwere Episode (ICD-10 F32.1)
- Agoraphobie (ICD-10 F40.0)
- akzentuierte Persönlichkeit mit ängstlich-vermeidenden und abhängigen Zügen, C-Typ (ICD-10 Z73.1)

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei ein Status nach Schulteroperation links.

Die Beschwerdeführerin habe im Mai 2009 völlig unerwartet die Kündigung erhalten und in der Folge unter Schlafstörungen, Ängsten, Verwirrtheit, Alpträumen und zunehmender Depressivität gelitten. Die psychotherapeutische Behandlung bewirke nur eine langsame Verbesserung von Sicherheitsgefühl und Coping-Strategien bei belastenden Situationen. Aus psychischen Gründen sei die Arbeitsfähigkeit langsam zu steigern und betrage ab Mitte Mai 2010 50 %. Sie bleibe aber vorerst durch den verzögerten Heilungsverlauf nach der Schulteroperation bestimmt, weshalb die Beschwerdeführerin momentan zu 100 % arbeitsunfähig sei (S. 2).

Bei der depressiven Störung sei mit einer Remission zu rechnen. Die begleitende Angststörung und vor allem die akzentuierte Persönlichkeit liessen aber einen stark verzögerten Heilungsverlauf erwarten. Es müsse also mit einer länger dauernden Teil-Arbeitsunfähigkeit von etwa 50 % gerechnet werden. Als Sachbearbeiterin sei die Beschwerdeführerin vom 20. Mai 2009 bis 18. April 2010 zu 100 %, vom 19. April 2010 bis Ende Mai 2010 zu 75 % und ab diesem Zeitpunkt zu 50 % arbeitsunfähig (S. 2). Es sei keine behinderungsangepasste Tätigkeit erforderlich (S. 3).

3.5 Dr. C. \_\_\_ diagnostizierte mit Bericht vom 15. Juni 2010 (Urk. 9/34/23-24) einen Status nach Schulterarthroskopie links sowie eine mediale Gonarthrose links. Als Nebendiagnosen wurden die folgenden genannt (S. 1):

- subakromiales Impingement-Syndrom Schulter rechts bei sonographisch nachgewiesener transmuraler Ruptur der Supraspinatussehne
- Handgelenksschmerzen rechts
- Depression

Hinsichtlich des Verlaufs führte Dr. C. \_\_\_ aus, die Schmerzen in der linken Schulter seien deutlich zurückgegangen. Problematisch sei momentan eine dekompensierte, medial betonte Gonarthrose links, so dass die Beschwerdeführerin praktisch gehunfähig sei (S. 1). Die Rotatorenmanschettenruptur rechts sei derzeit nur wenig

symptomatisch. Die Arbeitsunfähigkeit bezüglich der linken Schulter könne per 30. Juni 2010 auf 0 % festgelegt werden. Aufgrund der akuten Kniegelenksbeschwerden sei jedoch derzeit eine Reintegration nicht möglich. Die Voraussetzungen für die Zusprache einer Invalidenrente seien erfüllt (S. 2).

3.6 Dr. B. stellte mit Bericht vom 5. September 2010 (Urk. 9/29/5) folgende Diagnose:

- fortgeschrittene mediale Gonarthrose mit Osteonekrose
- chronische Schulterschmerzen links
- Status nach Schulterarthroskopie, Bursektomie und Akromioplastik 2009
- Impingement-Syndrom rechts
- anamnestisch Depression

Die Beschwerdeführerin leide an einer eingeschränkten Belastbarkeit des linken Kniegelenks. Die momentan konservative Behandlung müsse abgewartet werden. Es sei eine Knie totalendprothese in Betracht zu ziehen; möglicherweise sei dann wieder eine Teilarbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit zumutbar.

3.7 Dr. C. führte mit Bericht vom 16. Dezember 2010 (Urk. 9/34/21-22) bei gleicher Diagnose (vgl. vorstehend E. 3.5) aus, die Beschwerdeführerin berichte über zunehmende Beschwerden in der rechten Schulter. Diese ständen in Zusammenhang mit der Sehnenruptur. Da die Kniebeschwerden links zentral seien, sei eine weitere Abklärung vorzunehmen. Die Beschwerdeführerin werde sich im Bedarfsfall für eine weiterführende Abklärung der rechten Schulter melden (S. 1-2).

3.8 Hinsichtlich der Kniebeschwerden diagnostizierten die Ärzte der Klinik F. mit Bericht vom 1. Februar 2011 (Urk. 9/34/19-20) eine mediale Gonarthrose links mehr als rechts sowie eine Adipositas (BMI 34; S. 1). Der Befund habe ein deutlich hinkendes Gangbild mit einer Beweglichkeitseinschränkung des linken Kniegelenks ergeben. Nach Diskussion der verschiedenen Möglichkeiten wolle die Beschwerdeführerin konservative Massnahmen wie Infiltration, Physiotherapie und Gewichtsreduktion ergreifen (S. 2).

3.9 Dr. Z. stellte in seinem am 29. März 2011 unter Berücksichtigung der Akten, Erhebung der Anamnese und Durchführung eigener Untersuchungen erstatteten Gutachten (Urk. 9/34/1-18) keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 8). Ohne langdauernde Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien die folgenden Diagnosen (S. 8):

- chronisches generalisiertes Schmerzsyndrom
- nicht ausreichend somatisch abstützbar
- primäres Fibromyalgie-Syndrom
- betont im Bereich der unteren Körperhälfte
- Panalgie
- diffuse Druckschmerzangabe

- nicht dermatombezogene Hyposensibilität des ganzen linken Beins ausschließlich taktile Reize bei allseits normalem Lage- und Vibrationssinn
- multiple Beschwerden wie Schlafstörungen, Müdigkeit, ungerichtete Steh- und Gehunsicherheit, Schmerzen im Brustkorb und Bauch
- Gonarthrosen
- Periarthropathia humeroscapularis rechts
- sonographisch Ruptur der Supraspinatussehne
- Adipositas mit BMI von 33.4
- Nikotinkonsum von ca. 15 pack years
- anamnestisch Reizmagen-Syndrom
- 2002 binaurale Hörgeräteversorgung
- aus somatischer Sicht nicht beurteilt: anamnestisch "traurige Verstimmung, "Müdigkeit" (Zitat)

Der Untersuchungsbefund habe hinsichtlich der Knie ein zumeist normales Gangbild ergeben. Phasenweise erfolge ein unspezifisches Schonhinken des linken Beines, das den Charakter sofort ändere, wenn die Beschwerdeführerin von einer Vorwärts- in eine Rückwärtsbewegung wechsele (S. 4). Beide Kniegelenke seien in einer Flexion/Extension von 120/0/0° beweglich, und es fänden sich keine Meniskuszeichen, Gelenksergüsse oder Hinweise auf eine Instabilität (S. 5).

In der klinischen Untersuchung imponierten eine schmerzvermittelnde Mimik und Gestik, diffuse Druckschmerzen, nicht dermatombezogene Sensibilitätsstörungen des ganzen linken Beines, eine Adipositas und darüber hinaus, abgestützt auf objektivierbare Befunde, ein weitgehend normaler Habitus. Es seien drei von fünf Waddell-Zeichen objektivierbar (S. 8). Die Beschwerdeführerin schildere sämtliche Bewegungen aller axialen und peripheren Gelenke, betont in der unteren Körperhälfte, in allen Ebenen als etwa gleich schmerzhaft, unabhängig davon, ob ein jeweils untersuchtes Gelenk in belasteter oder entlasteter Körperhaltung untersucht werde. Dies weise auf vordergründig nicht somatisch abstützbare Beschwerden hin, ansonsten zu erwarten sei, dass die eine Bewegungsrichtung als eindeutig schmerzhafter geschildert werde als die andere (S. 9).

Insgesamt seien die geschilderten Beschwerden bezüglich Umfang und Intensität teilweise auf die objektivierbaren somatisch-pathologischen Befunde abstützbar. Hinsichtlich der linken Schulter habe sich der im Januar 2010 beschriebene postoperativ erfreuliche Verlauf unterdessen nochmals verbessert. Die Beweglichkeit der Kniegelenke sei unterdessen symmetrisch und frei. Ein Erguss im linken Knie könne nicht mehr bestätigt werden. Die Einschätzung, wonach mittels einer Knieprothese eine teilweise Arbeitsfähigkeit erreichbar sei, konnte Dr. Z. \_\_\_ nicht unterstützen (S. 14 ff.). Die bezüglich der rechten Schulter beschriebenen Bewegungseinschränkungen könnten nicht mehr bestätigt werden. Jedoch sei auch mit den in früheren Berichten erwähnten Befunden aus rein somatischer Sicht die von der Beschwerdeführerin zuletzt ausgeübte Tätigkeit uneingeschränkt zumutbar (S. 16).

Die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin sei aus somatisch-rheumatologischer Sicht für ihre bisherigen Tätigkeiten nicht eingeschränkt, auch nicht für Haushaltarbeiten mit einem leicht- bis mittelgradig belastenden Arbeitsprofil. Die Beschwerden könnten mittels zumutbarer medikamentöser, gewichtsreduzierender und bewegungsaktivierender Massnahmen möglicherweise günstig beeinflusst werden (S. 17).

3.10. Eine bildgebende Untersuchung des rechten Knies vom 14. Juli 2011 (Urk. 3) ergab eine leichte Femoropatellararthrose, eine deutliche mediale Gonarthrose mit einem grösseren Knorpeldefekt ohne Nachweis einer Osteonekrose, eine beginnende Arthrose des lateralen Kompartiments sowie eine deutliche intramurale Veränderung im medialen Meniskus.

#### E. 4

4.1. Unbestritten und aufgrund der Akten (vgl. vorstehend E. 3.1-3.4) ausgewiesen ist, dass die Beschwerdeführerin seit 20. Mai 2009 in ihrer Arbeitsfähigkeit wesentlich eingeschränkt ist und ab 1. Mai 2010 zu 75 % als invalid galt (vgl. Urk. 9/22/4). Ab Juni 2010 bestand in der angestammten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % aus psychischen Gründen (dazu nachfolgend E. 4.5), was ebenfalls unbestritten ist (vgl. Urk. 1 S. 11 unten f.).

4.2. In somatischer Hinsicht waren die Beschwerden in der linken Schulter im Juni 2010 vollständig abgeklungen, so dass Dr. C. die diesbezügliche Arbeitsunfähigkeit im Juni 2010 als beendet erachtete. Bezüglich der rechten Schulter der Beschwerdeführerin stellte Dr. C. zu diesem Zeitpunkt eine geringe Symptomatik fest (vgl. vorstehend E. 3.5). Anlässlich der Kontrolle im Dezember 2010 wurden zwar stärkere Beschwerden beobachtet, weiterführende Abklärungen jedoch nur nach Bedarf in Aussicht genommen (vgl. vorstehend E. 3.7). Dies spricht gegen eine substantielle Einschränkung der Arbeitsfähigkeit seitens der rechten Schulter, was Dr. Z. in der Folge bestätigte (vgl. vorstehend E. 3.9 und nachfolgend E. 4.4).

4.3. Hinsichtlich der Kniebeschwerden stellte Dr. C. im Juni 2010 eine dekomensierte Gonarthrose links fest, aufgrund derer die Beschwerdeführerin praktisch gehunfähig sei. Aufgrund dieser Beschwerden sei eine Reintegration derzeit nicht möglich und die Voraussetzungen für die Zusprache einer Rente erfüllt (vgl. vorstehend E. 3.5). Dies vermag nicht zu überzeugen: Nebst dem Umstand, dass Dr. C. keine eigenen Befunde erhob, die seine Beurteilung der Knieproblematik begründen würden, fällt die Frage der Rentenzusprache nicht in sein Aufgabengebiet: Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4).

Diese Aufgabe nahmen auch Dr. B. und die Ärzte der Klinik F. nicht wahr, kann doch ihren Berichten (vgl. vorstehend E. 3.6 und 3.8) nichts zur Frage des Einflusses der Kniebeschwerden auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin entnommen werden. Dies gilt ebenso für den Bericht über die bildgebende Untersuchung des rechten Knies der Beschwerdeführerin vom 14. Juli 2011 (vgl. vorstehend E. 3.10).

4.4. Dr. Z. erhob in seinem Gutachten vom 29. März 2011 (Urk. 9/34/1-18) eine ausführliche Anamnese (S. 2 f.), allseitige eigene, auch bildgebende Untersuchungen (S. 4 f.), berücksichtigte die vorhandenen Akten (S. 5 unten f.) und diskutierte diese (S.

14 ff.). Er kam in nachvollziehbarer Weise zum Schluss, dass die Beeinträchtigungen, an denen die Beschwerdeführerin leidet, ihre Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit nicht beeinflussen. Dabei legte er dar, dass die Untersuchung der Beschwerdeführerin insbesondere hinsichtlich ihrer Kniebeschwerden keine wesentlichen Beeinträchtigungen ergeben habe, und diese Beschwerden nicht ausreichend somatisch erklärbar seien (vgl. vorstehend E. 3.9). Das Gutachten von Dr. Z. \_\_\_ vermag den praxisgemässen Anforderungen an einen Arztbericht (vgl. vorstehend E. 1.5) zu genügen. Gestützt darauf ist in somatischer Hinsicht von einer vollen Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auszugehen. Hieran ändert nichts, dass bei der Beschwerdeführerin - anders als im Begutachtungszeitpunkt - zeitweise Ergüsse im Kniegelenk festgestellt wurden. Von Relevanz wäre eine Arbeitsunfähigkeit ohnehin lediglich in einem 50 % übersteigenden Ausmass.

#### **E. 4.5**

4.5.1.1. Hieran vermögen auch die am 29. Oktober 2012 (Urk. 11) eingereichten Berichte der Schulthess Klinik nichts zu ändern. Wohl ergibt sich daraus, dass am 23. März 2012 eine Knie-Totalendoprothese rechts eingesetzt wurde (Urk. 12/3). Der Verweis auf eine schmerzhafte Gonarthrose ist angesichts des relevanten Berichtszeitraums bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung (27. Juni 2011) von untergeordneter Bedeutung. Ein Hinweis auf den damaligen Gesundheitszustand ist dem Bericht vom 20. Januar 2012 (Urk. 12/4) zu entnehmen, wonach bei der Beschwerdeführerin seit über eineinhalb Jahren versucht worden sei, durch ein intensives konservatives Therapievorgehen die Implantation der Knieprothese hinauszuzögern, eine weitere Verbesserung indes nicht erzielt werden könnten, sodass sie im Alltag massiv eingeschränkt sei (S. 2).

Aus dem Bericht vom 31. August 2011 (Urk. 12/6) ergibt sich indes, dass die konservative Therapie des vorerst im Vordergrund stehenden linken Kniegelenks erfolgreich durchgeführt wurde und sich die Beschwerden verminderten. Auch wenn seit einiger Zeit Probleme mit beiden Knien bestanden haben, so waren diese jedenfalls nicht dergestalt, dass sie zu einer massgeblichen Arbeitsunfähigkeit im Tätigkeitsfeld der Beschwerdeführerin (Bürobereich) geführt hätten.

4.5.2. Eine Verschlechterung der Situation ergab sich Ende Juni 2011, als es zu plötzlich einstechenden Schmerzen im Bereich des medialen Gelenkspalts des rechten Kniegelenks kam (Urk. 12/6), worauf weitere Untersuchungen eingeleitet wurden (vgl. vorstehend E. 3.10). Nachdem die Beschwerden konservativ nicht erfolgreich hatten behandelt werden können, wurde im März 2012 die Totalendoprothese rechts eingesetzt.

4.5.3. Damit steht fest, dass bis Ende Juni 2011 keine relevante Arbeitsunfähigkeit wegen den Kniebeschwerden in der angestammten Tätigkeit bestand. Inwieweit die einsetzende Verschlechterung - welche zur Totalendoprothesen-Operation führte - eine Verminderung der Arbeitsfähigkeit mit sich brachte, ist vorliegend nicht von Bedeutung, wäre sie doch erst nach drei Monaten Dauer zu berücksichtigen (Art. 88a Abs. 2 IVV) und damit nach Erlass der angefochtenen Verfügung.

4.5.4. Da zusammenfassend Hinweise bestehen, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin ab Juni 2011 verschlechtert hat, rechtfertigt es sich, die Sache an die Beschwerdegegnerin zu überweisen zur Prüfung des Sachverhalts ab Juni 2011 und der

ab September 2011 in Frage stehenden Ansprüche der Beschwerdeführerin.

Zu bedenken ist jedoch, dass eine Arbeitsunfähigkeit - angesichts der Einschränkungen aus psychischen Gründen - erst ab einem 50 % übersteigenden Ausmass überhaupt relevant wäre. Dass dies ab Juni 2011 der Fall war, bedurfte bei einer angestammten Tätigkeit im Büro einer schlüssigen Begründung.

4.6 Damit besteht einzig in psychischer Hinsicht gestützt auf die Beurteilung durch Dr. A. eine Arbeitsunfähigkeit im Umfang von 50 %. Diesbezüglich ist sodann anzumerken, dass Dr. A. - wie auch die Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 1 S. 12) - mit einer Remission der depressiven Störung rechnet (vgl. vorstehend E. 3.4). Dies ist ebenfalls im anstehenden Revisionsverfahren zu überprüfen, ebenso wie die Diagnose einer Agoraphobie, die gemäss Dr. A. den Heilverlauf verzögere, sich aber nach Lage der Akten offenbar in der bisherigen Tätigkeit der Beschwerdeführerin nicht ausgewirkt hat. Auch die Auswirkungen der von Dr. A. gestellten Diagnose einer akzentuierten Persönlichkeit mit ängstlich-vermeidenden und abhängigen Zügen (ICD-10 Z73.1) sind fraglich: Diese gehört zu der Kategorie "Probleme verbunden mit Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung" und damit zu den Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten führen (ICD-10 Z.00-/99), denen jedoch kein versicherungsmedizinischer Krankheitswert zukommt (vgl. das Urteil des Bundesgerichts 8C\_663/2010 vom 15. November 2010, E. 5.2.4).

4.7 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin ab 20. Mai 2009 bis 31. Mai 2010 mindestens zu 75 % und ab 1. Juni 2010 zu 50 % arbeitsunfähig war. Diese Verbesserung der Arbeitsfähigkeit war ab 1. September 2010 (Art. 88a Abs. 1 IVV) zu berücksichtigen.

Der von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Einkommensvergleich (Urk. 2 Verfüzungsteil 2) ist nicht zu beanstanden und im übrigen unbestritten.

4.8 Damit hat die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin zu Recht vom 1. Mai bis 31. August 2010 eine ganze und hernach eine halbe Rente zugesprochen, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

5. 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. 700.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Sache wird an die Beschwerdegegnerin überwiesen, damit sie im Hinblick auf die ab Juni 2011 eingetretene gesundheitliche Verschlechterung ein Revisionsverfahren durchführt.

3. Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Christos Antoniadis

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage je einer Kopie von Urk. 11 und Urk. 12/1-6

- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. Gegen diese Entscheidung 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.