

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00167 vom 27. Mai 2014

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-05-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2013.00167

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00167 du 27 mai 2014

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00167 del 27 maggio 2014

Erwägungen

E. 1

6. Januar 2013 die bisherige ganze auf

eine Dreiviertelsrente

her ab (Urk. 8/164 + Urk. 8/163 = Urk. 2).

E. 1.1

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C_261/2009 vom 11. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). 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 dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E.

3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 1 mit Hinweisen).

E. 1.2

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 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

E. 1.11

lit . b). 4.2

Am 9. September 2009 berichtete Prof. Dr. med. A.____ , Leitender Arzt Schmerz-/Gutachtenszentrum, Z.____ , über die gleichentags erfolgte Konsultation (Urk. 8/75/2-3 = Urk. 8/94/104-105) und führte aus, die Patientin habe sich spontan gemeldet (S. 1 Mitte). Zusammenfassend führte er aus, es bestehe offensichtlich eine schwere Depression, multifaktoriell, insbesondere aufgrund der mannigfachen Belastungen. Er rate der Patientin zur Einnahme von Psychopharmaka, was sie auch akzeptiere (S. 2 Mitte). 4.3

Am 29. März 2010 erstattete Dr. med. B.____ , Leitender Arzt, Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation, C.____ , ein Gutachten im Auftrag des Unfallversicherers (Urk. 8/87/11-60) .

Der Gutachter nannte folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 42 Ziff. 4.2): - Schmerzsyndrom des linken oberen Quadranten - bei Status nach Unfall (linke Hand zwischen zwei Blechwagen in Backstube eingeklemmt) am 29. Februar 2000 - bei Status nach Operation am linken Handgelenk am 21. Juni 2000 - mit Entwicklung einer myofaszialen Schmerzproblematik im linksseitigen Schultergürtel und Nacken linksseitig

Aus streng rheumatologischer Sicht seien aufgrund der Schmerzauslösung belastende Tätigkeiten mit der linken oberen Extremität überhaupt nicht auszuführen (S. 37 unten). Für übrige Tätigkeiten bestehe aus rheumatologischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (S. 38 oben). Für eine Tätigkeit ohne Einsatz der linken oberen Extremität bestehe aus rheumatologischer Sicht keine Einschränkung (S. 46 Ziff. 7.3) .

Bezüglich CRPS II (Kausalgie) ergäben

sich nur noch geringgradige Hinweise. Dazu gehöre die Schmerzauslösung bei Bewegung des linken Handgelenks (S.

40 Ziff. 3.3). 4.4

Dr. med. D.____ , Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie , führte in ihrem Bericht vom 9. April 2010 (Urk. 8/79) aus, sie behandle die Beschwerdeführerin seit dem 8. Januar 2010 (Ziff. 1.2) und nannte folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - mittelgradige depressive Episode ohne Remission, ICD-10 F32.1 - Persönlichkeitsveränderung als Folge der andauernden Schmerzbelastung , ICD-10 F62.0

Sie attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % - wovon 50 % aus psychiatrischer Sicht - seit dem 21. Juni 2000 (Ziff. 1.6).

Die Beschwerdeführerin könne Arbeiten nicht zuverlässig und nicht innerterminlicher Frist bewältigen; es sei keine Erwerbstätigkeit möglich (Ziff. 1.7). 4.5

Ab 7. Juni 2010 (Urk. 8/105) wurde die Beschwerdeführerin in der Z.____ wegen exazerbierter Schulter-/Armschmerzen, im Verlauf als chronisches Schulter-Armsyndrom diagnostiziert behandelt (Urk. 8/105-114), dies bis jedenfalls 6. April 2011 (Urk. 8/115). 4.6

Am 17./18. November 2010 fand eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) statt, worüber am 24. November 2010 berichtet wurde (Urk. 8/92). Als arbeitsrelevantes Problem wurden generalisierte Schmerzen festgehalten (S.

1 Mitte). Die Leistungsbereitschaft sei gut, die Konsistenz mässig, das Schmerzverhalten und die Beschreibung von Schmerz und Einschränkungen sei schlecht. Diese Zeichen wiesen auf eine Schmerzverarbeitungsstörung beziehungsweise Symptomausweitung. Die beobachtete Leistungsfähigkeit entspreche einer leichten bis mittelschweren Arbeit (S. 1). Die Gewichtslimite wurde mit 12.5 kg angegeben (S. 2 oben). 4. 7

Am 23. November 2010 erstattete Dr. med. E.____, Innere Medizin FMH, speziell Rheumaerkrankungen, ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdeführerin (Urk. 8/94/2-96). Sie stützte sich auf die ihr überlassenen Akten (S. 3 ff.), die Angaben der Beschwerdeführerin (S. 79 f.) und die von ihr am 8. November 2010 erhobenen Befunde (S. 80 ff.).

Die Gutachterin nannte folgende rheumatologische Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 87 Ziff. 7.1): - Status nach Einklemmung der linken Hand bei der Arbeit am 29. Februar 2000 mit - Feststellung einer TFCC-Läsion - arthroskopischer Behandlung am 21. Juni 2000 - wahrscheinlich Auftreten eines CRPS Typ II, das jetzt klinisch und bildgebend nicht mehr nachweisbar ist mit - normaler Röntgenuntersuchung beider Hände (Februar 2010) - vier weitgehend symmetrischen Armumfängen bei Rechtshändigkeit

Zur Arbeitsfähigkeit führte die Gutachterin aus, 1998 habe die Beschwerdeführerin einen Kurs als Tagesmutter absolviert und sei anschliessend als Tagesmutter tätig gewesen; 1999 habe sie während der Ferien als Reinigungsaushilfe gearbeitet. Am 1. Dezember 1999 habe sie die Arbeit als Bäckerin aufgenommen und nach dem Unfall vom 29. Februar 2000 habe sie von zirka 15. März bis am 5. Juni 2000 die Arbeit wieder aufgenommen. An diesem Tag sei sie wegen Ekzemen an beiden Armen zu 100 % arbeitsunfähig eingestuft worden. Sie wohne zusammen mit ihrem Ehemann und drei Kindern (Jahrgang 1995, 1998 und 2005) in einem eigenen Einfamilienhaus.

In der angestammten Tätigkeit als Bäckerin könnten Teilbereiche auftreten, welche die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin überforderten; diese Tätigkeit könne sie nicht mehr ausüben. Die angestammte Tätigkeit als Tagesmutter und Putzfrau könne die Explorandin uneingeschränkt zu 100 % ausüben (S. 89 Ziff. 9.1).

Die Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten betrage 100 % (S. 90 Ziff. 9.3).

Gemäss den Angaben der behandelnden Rheumatologin sei es im Oktober 2007 gegenüber Mai 2004 zu einer deutlichen Besserung der Beschwerden gekommen. Jetzt sei kein CRPS mehr vorhanden. Die Beweglichkeit des linken Handgelenks habe sich gegenüber den Voruntersuchungen deutlich gebessert. Die Armumfänge hätten sich gegenüber den Befunden von Oktober 2002 weitgehend normalisiert. Im Vergleich zur EFL im Juni 2003 habe sich die Leistungsfähigkeit jetzt deutlich gebessert (S. 93 Ziff. 11). 4. 8

Am 27. Januar 2011 erstatte Dr. med. F.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdeführerin (Urk. 8/96/1-11). Er stützte sich auf die ihm überlassenen Akten (S. 2 ff.), die Angaben der Beschwerdeführerin (S. 5 ff.) und die von ihm am 16. November 2010 erhobenen Befunde (S. 8).

Der Gutachter nannte als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Anpassungsstörung mit Angst und Depression gemischt, ICD-10 F43.22 (S.

E. 2

Die Versicherte erhob am 14. Februar 2013 Beschwerde (Urk. 1) gegen die Verfügung vom 16. Januar 2013 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihr weiterhin eine ganze Rente zuzusprechen (S. 2 oben Ziff. 1), und es seien ihr entstandene Abklärungskosten zu vergüten (S. 2 oben Ziff. 2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 15. April 2013 (Urk.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2 Verfügungsteil 2) davon aus, in somatischer Hinsicht lägen Normalbefunde ohne wesentliche Funktionseinschränkungen vor (S. 2 unten), aus psychiatrischer Sicht sei von einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % in allen Tätigkeiten auszugehen; die Kosten für von der Beschwerdeführerin veranlasste Abklärungen würden nicht übernommen (S. 3 oben).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber in ihrer Beschwerde (Urk. 1) auf den Standpunkt, es seien keine revisionsrelevanten Änderungen eingetreten (S. 5 Ziff. 7), die rheumatologische Gutachterin sei befangen (S. 5 ff. Ziff. 7.1) und das von ihr erstattete Gutachten leide an - näher genannten - inhaltlichen Mängeln (S. 7 ff. Ziff. 7.2). Auch das psychiatrische Gutachten sei mangelhaft (S. 9 Ziff. 7.3). Die Kosten der von ihr eingeholten ärztlichen Berichte seien, da diese entscheidungswesentlich seien, von der Beschwerdegegnerin zu übernehmen (S. 10 Ziff. 8).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob im Vergleich zu den Verhältnissen bei der 2002 erfolgten Rentenzusprache eine relevante Veränderung eingetreten ist, und auf welche medizinischen Beurteilungen abgestellt werden kann. 3. 3.1

Am 29. Februar (Urk. 8/15/16) oder 1. März (Urk. 8/15/17) 2000 erlitt die Beschwerdeführerin ein Kontusions-/Rotationstrauma der linken Hand (Urk. 8/15/12-15).

Dr. med. Y.____, Chirurgie FMH, speziell Handchirurgie, berichtete am 11. Juli 2001 über seine am Vortag erfolgte Untersuchung (Urk. 8/15/2-4). Er nannte folgende Diagnosen (S. 2 Mitte): - complex regional pain

syndrome (CRPS) Typ II (neurodystrophe Schmerzentwicklung, veralteter Begriff: Kausalgie, Zustand nach Kontusion peripherer Ulnarisäste Handgelenk links) - Status nach zentraler Läsion des triangulären

fibrocartilaginären Komplexes (TFCC)

und Läsion im Bereich des Meniskus homologes links, reaktive Synovialitis

radiocarpal und ulnocarpal - Ulnarminisvariante beidseits symmetrisch (asymptomatisch)

Er führte aus, die heutige Problematik liege in der als CRPS Typ II bezeichneten Schmerzentwicklung (S. 2 unten) und empfahl eine Konzentration auf eine spezifische Schmerztherapie (S. 3 oben). 3.2

In seinem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 10. April 2002 (Urk. 8/21) nannte Dr. Y.____ folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (lit. A): - Status nach Kontusion und Quetschung des linken Handgelenkes mit Teilverletzung des Discus

articularis links - posttraumatisches Komplex Regional Pain Syndrom Typ II (Kausalgie) aus gehend von peripheren Läsionen im Ulnarisbereich .

Er attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit 28. Februar 2000 (lit . B). 3.3

Gestützt auf den Bericht von Dr. Y.____ (vorstehend E. 3.2) legte die Sachbearbeitung der Beschwerdegegnerin am 23. Juli 2002 einen Invaliditätsgrad von 100 % fest (Urk. 8/24). 3.4

Am 7. Mai 2004 wurde die Beschwerdeführerin in der Z.____ rheumatologisch untersucht, worüber gleichentags berichtet wurde (Urk. 8/50/2-5). Dabei wurden folgende Diagnosen genannt (S. 1): - myofasiales Schmerzsyndrom Schultergürtel linksbetont bei / mit - muskulärer Dysbalance - Verdacht auf CRPS Typ II Arm / Schulter links - Status nach Handgelenkseinklemmung Februar 2000 mit TFCC-Läsion

In der Beurteilung wurde ausgeführt, die Patientin leide unter klinisch deutlich myofaszial betonten Beschwerden im Bereich des linken Schultergürtels, welche aufgrund einer bisherig therapieresistenten Schmerzsymptomatik des ganzen linken Arms bei Verdacht auf CRPS bei Status nach Handgelenks-Kontusion wahrscheinlich sekundär aufgetreten sei (S. 2 unten). 3.5

In einem Bericht vom 29. März 2005 (Urk. 8/47/1-4; siehe auch Urk. 8/47/5-9) nannte Dr. Y.____

als Datum der letzten Kontrolle den 21. Januar 2005 (Ziff. 8) und stellte folgende Diagnosen (Ziff. 2): - ausgeprägtes complex regionales Schmerzsyndrom (CRSP Typ II), früher unter dem Begriff Kausalgie bekannt; Status nach Kontusion sensibler Ulnarisnervenäste Handgelenk links - Status nach zentraler TFCC-Läsion mit Läsion des Meniskus Homologes Handgelenk links

Dr. Y.____ berichtete, seit zirka Oktober 2002 sei eine massive Verschlechterung des CRPS Typ II mit Ausbreitung in die Kopf-Hals-Region, Ausbreitung in die Pectoralis -Gegend, Verspannungen im Schulter- und Schultergürtelbereich eingetreten. Ferner nannte er zusätzliche Blockierungen im Bereich der Halswirbelsäule (HWS) mit Wirkung auf die Kopfbeweglichkeit und das Auftreten von Blockaden mit Therapiebedürftigkeit (Ziff. 3). 3.6

Laut Feststellungsblatt vom 21. Juni 2005 (Urk. 8/52) stellte die Beschwerdegegnerin auf den Bericht von Dr. Y.____ vom 21. Januar

(richtig: 29. März 2005; vorstehend E. 3.5) ab und bestätigte gleichentags einen unveränderten Rentenanspruch (Urk. 8/53). 4. 4.1

Am 13. August 2009 erstatteten die Ärzte der Z.____ , Rheumatologie, einen Bericht (Urk. 8/70/7-10), den sie in einzelnen Punkten am 22. September 2009 korrigierten (Urk. 8/72).

Sie nannten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 Ziff. 1.1): - chronisch rezidivierendes Panvertebralsyndrom - referred

pain bis in die linke Hand - schwerer Dekonditionierungszustand - Status nach Exazerbation der Cervicalgien nach Inklinationsbewegung Oktober 2007 - aktuell: segmentale Dysfunktion suboccipital und am cervico - thora kalen Übergang - Differentialdiagnose (DD): Fibromyalgie bei 18/18 Fibromyalgiepunkten positiv, 2/6 Kontrollpunkte positiv - Status nach Handgelenks-Kontusion links Februar 2000 mit Diskusläsion - Verdacht auf

complex regional pain

syndrome Stadium II mit Schulterarmsyndrom links (DD: Panvertebralsyndrom) - Depression

Sie führten aus, die Beschwerdeführerin sei bei ihnen erstmals am 7. Mai 2004 und letztmals am 20. Juli 2009

behandelt worden (Ziff. 1.2).

Zur Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Bäckerin führten sie aus, seit Zusprache einer ganzen IV-Rente seien keine Arbeitsunfähigkeiten mehr attestiert worden (Ziff. 1.6).

Diese Arbeit betreffend bestehe eine deutliche Einschränkung; die Arbeitsunfähigkeit betrage 75 % (Urk. 8/72 S. 1 Ziff. 1.7).

Aktuell bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 25 % für eine leichte, wechselbelastende Tätigkeit. Für eine leichte Tätigkeit mit maximalem nicht repetitiven Heben von 7.5 kg und Arbeiten mit der dominanten Hand maximal für 6 Stunden sähen sie die Arbeitsfähigkeit als gegeben an (S. 2 Ziff.

E. 7

) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde der Beschwerdeführerin am 17. Mai 2013 zur Kenntnis gebracht (Urk.

E. 7.1

und 7.3). Als nicht geeignet bezeichnete er Tätigkeiten mit sehr hohen Anforderungen an die Konzentration wie beispielsweise Fließbandarbeit, solche mit sehr hohen Anforderungen an die psychische Belastbarkeit wie beispielsweise Arbeiten unter vielen äusseren Reizen, insbesondere Lärm, solche mit sehr hohen Anforderungen an die geistige Flexibilität und Schnelligkeit wie beispielsweise Arbeiten mit sehr häufigem Wechsel der Arbeitsabläufe, und Nacharbeiten (S. 9 Ziff. 7.4). 4.14

Dr. Y.____

äusserte sich am 9. Mai 2012 abermals zur Frage eines allfälligen CRPS II und dazu, inwiefern seines Erachtens dafür die Publikationen der International Association

for

the Study of

Pain (IASP) massgeblich seien (Urk. 8/147/1-4) .

Dr. E.____

hielt dem am 28. Juli 2012 entgegen, die von ihr verwendete medizinische Referenz sei tagesaktuell vollständig und gänzlich unabhängig von den Pharmafirmen, was leider beides bei den Publikationen der IASP nicht der Fall sei (Urk. 8/156 /1-2 S. 2 Ziff. 3) . 4.15

Dr. med. G.____, Innere Medizin und Rheumatologie FMH, beratender Arzt des Unfallversicherers, erstattete am 19. November 2012 eine Aktenbeurteilung

(Urk. 8/160/2-5) . Er wies darauf hin, dass sich rheumatologische und neurologische Folgestörungen von Unfällen grundsätzlich durch eine Spontanesbesserung im Verlaufe der Zeit auszeichneten. Dies sei typischerweise auch bei einem CRPS der Fall, so dass nur in

wenigen sehr schweren Fällen von CRPS über Jahre die gleiche und intensive Symptomatik bestehen bleibe (S. 1 Mitte).

Die überwiegende Anzahl von nachbehandelten Fällen von CRPS gerate in die Hand von Rheumatologen, Reha-Fachärzten und eventuell von Neurologen. Handchirurgen legten in der Regel nach getaner Arbeit und nach Feststellung der Diagnose ihre Arbeit nieder und zeichneten selten für eine Verlaufseinschätzung bei CRP-Fällen verantwortlich (S. 2 oben).

Aufgrund der Feststellung im Gutachten von Dr. B.____ (vorstehend E. 4.3) hätten Anfang Februar 2010 praktisch keine für ein klinisch relevantes CRPS erforderliche Symptome mehr vorgelegen (S. 1 unten).

Von den - einzeln genannten - typischen Zeichen eines CRPS sei im Gutachten von Dr. B.____ nicht die Rede. Einzige Einschränkung seien nach seiner ausführlichen Untersuchung eine leicht eingeschränkte Handgelenksflexion links und eine verminderte Faustschlusskraft links bei übrigen unauffälligen Befunden einschliesslich der peripher-neurologischen und Koordination. Es fehlten also verbleibende strukturelle Hinweise für ein CRPS im Bereich der linken oberen Extremität (S. 2 Mitte).

Aus den im Gutachten von Dr. B.____ geschilderten Angaben der Versicherten gehe hervor, dass eine Symptomausweitung erkenntlich geworden sei (S. 2 unten). 5 . 5 .1

Die Beschwerdeführerin stellte sich auf den Standpunkt, die rheumatologische Gutachterin Dr. E.____ sei aus einem bestimmten Grund befangen (Urk. 1 S.

5 ff. Ziff. 7.1). Damit hat es folgende Bewandnis:

Am 9. Oktober 2010 wandte sich die nachmalige Gutachterin Dr. E.____ an die Beschwerdegegnerin, wies darauf hin, dass in einem am 22. September 2009 erstatteten Arztbericht eine EFL als erforderlich bezeichnet worden sei, und empfahl der Beschwerdegegnerin, um bessere Karten in einer eventuell folgenden rechtlichen Beurteilung zu haben, eine EFL zu bewilligen (Urk. 8/86).

Ein Erfordernis, dem medizinische Gutachten zu genügen haben, ist, dass sie für die streitigen Belange umfassend sind (vorstehend E. 1.2). Die Gutachterin war demnach im Sinne der Qualitätssicherung tätig, als sie die Beschwerdegegnerin darauf hinwies, dass im konkreten Fall zu einer hinreichenden Abklärung auch eine EFL gehören dürfte. Ihr Bestreben, das Gutachten so zu verfassen, dass es den Qualitätsanforderungen der Rechtsprechung - die insbesondere bei einer allfälligen gerichtlichen Überprüfung im Streitfall zum Zuge kommen - genügen kann, ist ein Indiz einer korrekten Auftragserfüllung.

Dies in einen Befangenheitsgrund umdeuten zu wollen, ist abwegig. 5 . 2

Sodann machte die Beschwerdeführerin geltend, das Gutachten von Dr. E.____ sei auch inhaltlich mangelhaft, denn - so die Beurteilung durch Dr. Y.____ - es bestehe nach wie vor ein CRPS, was sie nicht berücksichtigt habe.

Die Stellungnahmen von Dr. Y.____ lassen erkennen, dass er - als Handchirurg - die vor einiger Zeit erfolgte terminologische und wohl auch konzeptuelle Entwicklung von Morbus Sudeck / Kausalgie über Algodystrophie hin zur aktuell gebräuchlichen Diagnose CRPS registriert hat und darauf Wert zu legen scheint, dies auch zu erläutern. Allein deshalb ist er allerdings zur Beurteilung eines allfälligen CRPS nicht berufener als die Fachärzte der Rheumatologie, bei denen die Behandlung von CRPS zum klinischen Alltag gehört. Sowohl

Dr. B.____ (vorstehend E. 4.3) als auch Dr. E.____ (vorstehend E. 4.7) haben mit entsprechender Begründung festgehalten, dass sie kein CRPS feststellen konnten. Sie haben die massgebenden Kriterien, die praktisch allesamt nicht erfüllt waren, einzeln dargelegt. Darauf hat Dr. Y.____ nicht substantiell Bezug genommen, sondern lediglich - dafür aber mit Nachdruck - darauf Wert gelegt, es seien die Publikationen der IASP und keine anderen relevant.

Mit Dr. G.____ (vorstehend E. 4.15) ist deshalb der Sachverhalt in diesem Punkte als dahingehend erstellt festzuhalten, dass im massgebenden Zeitpunkt kein CRPS nachzuweisen war .

Sodann ist ein weiteres Eingehen auf das rechthaberisch anmutende Insistieren von Dr. Y.____ auch insofern müssig, als nicht die genaue Diagnose anspruchrelevant ist, sondern deren allfällige Auswirkungen auf das Leistungsvermögen . Dazu finden sich in den Stellungnahmen von Dr. Y.____ keine Ausführungen, die Anlass gäben, vom Gutachten abzuweichen.

Die Beurteilung durch Dr. Y.____ ist somit nicht entscheidungswesentlich , weil sie materiell nicht zu überzeugen vermag und weil sie sich auf einen Aspekt beschränkt, der nicht abschliessend anspruchrelevant ist.

Dementsprechend ist ausgeschlossen, der Beschwerdegegnerin die Kosten für die von ihr nicht veranlassten Bemühungen aufzuerlegen. Diesbezüglich ist die Beschwerde abzuweisen. 5.3

Die Kritik der Beschwerdeführerin - weitestgehend unter Hinweis auf die Ausführungen von Dr. Y.____ - an den beiden Gutachten vermag nicht zu überzeugen.

Es ist im Gegenteil festzuhalten, dass das im November 2010 von Dr. E.____ erstattete Gutachten (vorstehend E. 4.7) wie auch das von Dr. F.____ im Februar 2012 erstattete Verlaufsgutachten (vorstehend E. 4.13) den rechtsprechungsgemässen Kriterien (vorstehend E. 1.2) genügt, so dass darauf abgestellt werden kann.

Der Sachverhalt ist mithin dahingehend erstellt, dass aus rheumatologischer Sicht für angepasste Tätigkeiten eine volle Arbeitsfähigkeit und aus psychiatrischer Sicht eine solche von 50 % besteht. 5.4

Damit ist im Vergleich zu den Verhältnissen im Zeitpunkt der letzten rechts genügenden Anspruchsprüfung - vorliegend identisch mit der ursprünglichen Leistungszusprache - eine anspruchrelevante Sachverhaltsänderung ausgewiesen, womit die revisionsweise Anpassung der Leistung (vorstehend E. 1.1) zulässig und geboten ist. 5.5

Die Invaliditätsbemessung, welcher die Beschwerdegegnerin die genannten ärztlichen Beurteilungen (vorstehend E. 5.3) zugrunde gelegt hat, wurde von der Beschwerdeführerin nicht in Frage gestellt und gibt nach Lage der Akten (vgl. Urk. 8/141) zu keinen Beanstandungen Anlass.

Somit ist erstellt, dass der Invaliditätsgrad noch 60 % beträgt, womit die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Dreiviertelsrente hat.

Die angefochtene Verfügung erweist sich demnach als zutreffend, womit die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist. 6.

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IV G) sind ermessensweise auf Fr. 8 00.-- festzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zuge stellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. iur. André Largier - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich
Der Vorsitzende
Die Gerichtsschreiberin
Mosimann
Tiefenbacher

E. 9

Ziff. 5.1), und als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine anamnestic und akutenmässig rezidivierende depressive Störung, falls vorhanden remittiert seit mindestens 2005, ICD-10 F33.4 (S. 9 Ziff. 5.2). Die Arbeitsfähigkeit bezifferte er mit 100 % (S. 10 Ziff. 7.1). 4.9

Ebenfalls am 27. Januar 2011 erstatteten Dr. E.____ (vorstehend E. 4.5) und Dr. F.____ (vorstehend E. 4.6) eine interdisziplinäre Zusammenfassung und Beurteilung (Urk. 8/96 S. 12 ff.).

Als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie die in den Teilgutachten gestellten Diagnosen (S. 12 Ziff. 9.1.1) , die Arbeitsfähigkeit als Tagesmutter und Putzfrau sowie in - näher umschriebenen - adaptierten Tätigkeiten bezifferten sie mit 100 % (S. 12 Ziff. 9.2). 4.

E. 10

Am 27. Mai 2011 erstattete Dr. Y.____ (vorstehend E. 3.1) zuhanden des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin eine second

opinion (Urk. 8/119). Er stützte sich auf die von ihm genannten Akten und eine Untersuchung der Beschwerdeführerin in am 23. Mai 2011 (S. 3 Ziff. 1).

Er führte aus, die heutigen Untersuchungen belegten unbestritten weiterhin das Vorliegen eines CRPS. Seit seiner Erstuntersuchung am 10. Juli 2001 sei es nachweislich zu einer

markanten Ausbreitung und Intensivierung dieses Syndroms an der linken oberen Extremität gekommen (S. 10 Ziff. 7.1).

Die von der Gutachterin angegebene Begründung, weshalb kein CRPS mehr bestehe, basiere noch auf alten Kriterien und Definitionen; ihre Argumente seien - aus näher dargelegten Gründen - nicht stichhaltig (S. 14 ff. Ziff. 7.3). 4.11

Dr. D.____ (vorstehend E. 4. 4) beantwortete am 6. Juni 2011 Fragen des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin (Urk. 8/122) . Sie führte aus, von Januar bis August 2010 hätten 2-3 und seither 1-2 Behandlungen pro Monat stattgefunden (S. 1 Ziff. 1).

Die Untersuchungen durch den psychiatrischen Gutachter erachtete sie als voll ständig (S. 1 Ziff. 2), allerdings sei der Bericht von Prof. A.____ (vgl. vorstehend E. 4.2) nicht berücksichtigt (S. 1 f. Ziff. 3).

Aufgrund des Krankheitsverlaufes seit 2001, der angegebenen Beschwerden und der von ihr erhobenen Untersuchungsbefunde teile sie die im Gutachten gestellte Diagnose nicht; zu stellen seien ihres Erachtens folgende Diagnosen (S. 3 oben): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig

mittelgradige Episode, ICD-10 F33.1 - Persönlichkeitsveränderung als Folge der andauernden Schmerzbelastung , ICD-10 F62.0

Nach ihrer Einschätzung sei die Patientin aufgrund der zurzeit bestehenden depressiven Symptomatik nicht zu 100 % arbeits- und leistungsfähig (S. 3 Ziff. 6). 4.12

Die Gutachterin Dr. E.____

erstattete am 7. Juli 2011 eine Stellungnahme (Urk. 8/128/1-4) . Unter anderem wies sie darauf hin, dass der Oberarmumfang rechts seit August 2002 gleich geblieben sei, links hingegen um 1.5 cm zugenommen habe; das könne nur durch den vermehrten Gebrauch des linken Armes erklärt werden (S. 2 Mitte).

Die Behandlung eines CRPS II sei eine typische Aufgabe der Rheumatologen. Sie habe ihre Beurteilung anhand anerkannter Referenzen vorgenommen; die für ein CRPS geforderten Symptome seien bei der Beschwerdeführerin nicht vorhanden (S. 3 oben).

Dr. Y.____ (vorstehend E. 4.9) nehme die Ergebnisse der EFL nicht zur Kenntnis; da er die Explorandin beurteile, wie wenn keine Symptomausweitung und mässige Testkonsistenz vorhanden wären, seien seine Schlussfolgerungen falsch (S. 3 unten). 4.13

Am 7. Februar 2012 erstattete Dr. F.____ (vorstehend E. 4.7) ein Verlaufsgutachten (Urk. 8/138) .

Unter Berücksichtigung der Berichte von Prof. A.____ (vorstehend E. 4. 2) und Dr. D.____ (E. 4.3) nannte er nun als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode mit somatischen Symptomen, ICD-10 F33.01/11 (S. 8 Ziff. 5.1).

Die Arbeitsfähigkeit bezifferte er mit 50 % in der angestammten und in einer adaptierten Tätigkeit (S. 9 Ziff.