

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00186 vom 7. Juli 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-07-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00186

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00186 du 7 juillet 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00186 del 7 luglio 2016

Erwägungen

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 1. 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.

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 Vorkenntnisse (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 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

E. 1.3

Bei Gerichtsgutachten weicht das Gericht nach der Praxis nicht ohne zwingende Gründe von der Einschätzung der medizinischen Fachleute ab, deren Aufgabe es ist, ihre Fachkenntnisse der Gerichtsbarkeit zur Verfügung zu stellen, um einen bestimmten Sachverhalt medizinisch zu erfassen. Ein Grund zum Abweichen kann vorliegen, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu andern Schlussfolgerungen gelangt. Abweichende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachleute dem Gericht als tragend genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen (BGE 125 V 351 E. 3b/aa).

E. 2

Das Bundesgericht hob den genannten kantonalen Entscheid mit Urteil vom 23. Januar 2015 auf und wies die Sache zu neuer Entscheidung an das hiesige Gericht zurück (Urk. 1).

In der Folge veranlasste das Gericht ein Gutachten, das - nach Zuzug eines Neurologen und eines Psychiaters (vgl. Urk. 12) - am 2. Dezember 2015 als polydisziplinäres Gutachten erstattet wurde (Urk. 16).

Zum Gerichtsgutachten nahmen die Beschwerdegegnerin am 14. Januar 2016 (Urk. 20) und die Beschwerdeführerin am 13. Februar 2016 (Urk. 22) - unter Beilage eines weiteren Arztberichts (Urk. 23/1) - Stellung. Am 1. März 2016 wurden die Stellungnahmen der jeweiligen Gegenseite zugestellt (Urk. 24). Das Gericht holte sodann ergänzende Stellungnahmen der Gerichtsgutachter ein, die am 30. Mai 2016 erstattet (Urk. 27, Urk. 28/1-2) und am 3. Juni 2016 den Parteien zur Kenntnis gebracht wurden (Urk. 30). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Das Bundesgericht hielt in seinem Urteil (Urk. 1) fest, unbestritten sei, dass der massgebende Vergleichszeitpunkt die ursprüngliche Rentenzusprache vom September 2002 sei (S. 3 E. 3) und dass aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 50 % in angepassten Tätigkeiten bestehe (S. 4 E. 5).

E. 2.2

Sodann führte das Bundesgericht unter anderem aus, auf das von der Beschwerdegegnerin eingeholte Gutachten könne nicht abgestellt werden, da die begutachtende Rheumatologin aus näher dargelegten Gründen den Anschein der Befangenheit erweckt habe (S. 5 E. 6.1.2).

Die übrigen medizinischen Akten gestatteten keine verlässliche Beurteilung des körperlichen Gesundheitszustandes und seiner Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit, was sowohl auf die von der Beschwerdegegnerin angeführten, von einem Unfallversicherer eingeholten ärztlichen Stellungnahmen zutraf wie auf die von der Beschwerdeführerin aufgelegten Berichte ihres Handchirurgen. Das vom hiesigen Gericht einzuholende Gutachten könne entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin auch für das hauptsächlich zur Diskussion stehende Complex Regional Pain Syndrome (CRPS) von einem Arzt oder einer Ärztin internistisch-rheumatologischer Fachrichtung erstellt werden (S. 5 f. E. 6.2).

E. 2.3

Die Beschwerdegegnerin beantragte in ihrer Stellungnahme zum Gerichtsgutachten vom Dezember 2015, die bisher zugesprochene ganze Rente sei nicht gemäss der angefochtenen Verfügung zu reduzieren, sondern sei im Sinne einer reformatio in peius

aufzuheben (Urk. 20). Die Beschwerdeführerin stellte sich

unter Bezugnahme auf eine ärztliche Stellungnahme vom 4. Februar 2016 (Urk. 23/1)

- auf den Standpunkt, das Gerichtsgutachten vermöge, aus näher dargelegten Gründen, nicht zu überzeugen (Urk. 22).

E. 3

Mitte), genetische Faktoren (S. 3 f.), periphere Nervenschädigungen (S. 4 oben).

Auch wiesen chronische Schmerzpatienten einschliesslich Fibromyalgie-Patienten eine hohe psychiatrische Komorbidität auf. Insgesamt seien chronische Schmerzkrankheiten wie das Fibromyalgie-Syndrom ein komplexes biopsychosoziales Phänomen (S. 4 Mitte).

Weiter wurde Folgendes ausgeführt (S. 4 unten): Die Evaluation eines solch komplexen bio-psycho-sozialen Phänomens benötigt aber nicht allein chirurgischen, sondern auch psychosomatisch/psychiatrischen Sachverstand. Eine allein somatisch chirurgische Sichtweise des Phänomens greift unseres Erachtens zu kurz, wie dies auch in den deutschen Leitlinien zur Begutachtung von Menschen mit chronischen Schmerzen der AWMF festgehalten ist. Wir haben in unserem Gutachten ausführlich dargelegt, warum wir die Diagnosen einer Fibromyalgie und einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren für wahrscheinlicher halten als ein anhaltend florides CRPS.

Betreffend Budapest-Kriterien und Allodynie wurde schliesslich Folgendes ausgeführt (S. 5): Was die Bewertung der Budapest-Kriterien anbelangt, so haben wir in unserem Gutachten dargelegt, dass dieser Kriterienkatalog einem gewissen Ermessensspielraum unterworfen ist. Wir haben unsere Sichtweise begründet und nehmen zur Kenntnis, dass Dr. B.____ eine andere Sichtweise hat. (...) Die Vielzahl der von Dr. B.____ erwähnten Testverfahren zum Beweis einer Allodynie sind alle in hohem Masse abhängig von den Angaben der Patientin, ob es hier und jetzt wehtut oder nicht. Die wirklich objektiven somatischen Befunde sind im vorliegenden Fall sehr spärlich, die Psychopathologie zweifellos vorhanden, wie wir dies bereits in unserem Gutachten vermerkt haben.

E. 3.1

Am 2. Dezember 2015 erstattete Dr. med. Y.____, Facharzt für Rheumatologie, Chefarzt Medas

Z.____, ein Gutachten im Auftrag des Gerichts (Urk. 16/1). Er stützte sich auf die ihm überlassenen (S. 2 ff.) und von der Beschwerdeführerin mitgebrachte (S. 25 ff.) Akten, die Angaben der Beschwerdeführerin (S. 29 ff.), die von ihm am 14. September 2015 (S. 1 Mitte) erhobenen Befunde (S. 35 ff.), Labor- und Röntgenbefunde (S. 37 ff.) sowie ein neurologisches Teilgutachten vom 20. Oktober 2015 (S. 39 Ziff. 2.4.1 ;

Urk. 16/

E. 3.2

Zusammenfassend stellte der Gutachter folgende Diagnosen mit wesentlicher Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit (S. 55 Ziff. 4.1): - komplizierte, protraumatische Trauerreaktion (ICD-10: F38.8) - chronische depressive Störung, gegenwärtig eher atypische, mittelgradige depressive Störung (ICD-10: F33.8) - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41)/ausgedehntes weichteilrheumatisches Beschwerdebild (Fibromyalgie-Syndrom) - Agoraphobie mit Panikstörung (F40.01) - residuelle Schulter-Arm-Handschmerzen links (Quadrantenschmerzsyndrom) - Status nach Quetschung des linken Handgelenkes am 1. März 2000 - TCFF-Läsion links,

arthroskopisches

Débridement und Shaving am 21. Juni 2000 - sekundär Entwicklung eines Complex Regional Pain

Syndromes (CRPS), aktuell

nicht mehr überwiegend wahrscheinlich nachweisbar

Sodann nannte er die folgenden, hier leicht gekürzt angeführten

Diagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, aber mit Krankheitswert (S. 55 Ziff. 4.2):

- beidseits Ulnarvarianter und scapholunäre Dissoziation von 3 mm -
aktuell anamnestic Monarthritis MTP I links

März 2012; Differenzialdiagnose (DD) Psoriasisarthritis - Basistherapie mit Methotrexat
November/ Dezember 2011, abgebrochen wegen Nebenwirkungen - Basistherapie mit
Salazopyrin Januar/ Februar 2012, abgebrochen wegen Nebenwirkungen - aktuell klinisch
keine Arthritis nachweisbar - panvertebrales Schmerzsyndrom - subligamentäre

mediolinklaterale Diskushernie C5/6 und C6/7 - lumbal kein pathologischer MRT-Befund
- chronische Kopfschmerzen, hauptsächlich vom Spannungstyp mit aufgepfropften
migräniformen Attacken, zum Teil wahrscheinlich auch cervikogene Komponente -
verminderte Stoffwechselleistung bei CYP2D6-Polymorphismus mit Heterozygotie des

Allels 3 A2647del - Essattacken bei sonstigen psychischen Störungen (Binge Eating) F50.4
- andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom (F62.80)

E. 3.3

In seiner zusammenfassenden Beurteilung (S. 39 ff.) vermittelte der Gutachter unter anderem eine tabellarische Zusammenstellung der von 2002 bis 2012 aktendkundigen ärztlichen Beurteilungen mit den jeweiligen wichtigsten Diagnosen und der jeweiligen Einschätzung der Leistungsfähigkeit (S. 46 f.).

Ferner gab er einen Überblick über die Fachliteratur zum CRPS einschliesslich der sogenannten Budapest-Kriterien (S. 48 ff.) und führte aus, welche klinischen Kriterien erfüllt seien und welche nicht (S. 51 Mitte). Er kam zu Schluss, in Anwendung der Budapest-Kriterien lasse sich seines Erachtens die Diagnose eines CRPS nicht (mehr) überwiegend wahrscheinlich stellen. Die objektivierbaren Befunde seien gering. Es bleibe aber festzuhalten, dass bei der Interpretation der Kriterien auch ein gewisser Ermessensspielraum bestehe; insofern seien auch die Budapest-Kriterien nicht sehr hart und trennscharf (S.

51 unten).

Halte man sich an die 1990 publizierten Kriterien, so lasse sich die Diagnose einer Fibromyalgie stellen. Dazu passten der multilokuläre Schmerz, die multiplen Weichteildruckdolenzen, die weitgehende Resistenz auf viele Therapieversuche sowie die begleitenden vegetativen Störungen (Schlafstörungen, Reizblase, Kopfschmerzen). Die hohe Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens, oft in Form notfallmässiger Konsultationen, sei für Fibromyalgie-Patientinnen in der Erfahrung eines Rheumatologen auch typisch, aber kein offizielles Diagnosekriterium (S. 51 f.). Auch in Anwendung neuer, 2010 publizierter Kriterien würde das Beschwerdebild gut zur Beschreibung einer Fibromyalgie passen (S. 52 oben). Ob man das Beschwerdebild mit dem somatischen Label „Fibromyalgie“ oder mit dem psychiatrischen Label „chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren“ versehe, sei eher eine akademische Frage; die Überlappung der Definition beider Krankheitsbilder sei gross (S. 52 Mitte). Die Diagnose einer rheumatoiden Arthritis sei seines Erachtens nicht gesichert (S.

52 unten).

E. 3.4

Zusammenfassend seien die Gutachter überzeugt, dass die Beschwerdeführerin Krankheiten von erheblichem Schweregrad aufweise, welche Auswirkungen auf die Aktivität und Partizipation hätten (S. 54 unten). Diese resultierten stärker aus dem psychiatrischen als aus dem somatischen Bereich, wo bei aus rein medizinischer Sicht zu betonen sei, dass eine strenge Unterteilung in Psyche und Soma gerade bei chronischen Schmerzpatienten gemäss aktueller Forschung als obsolet gelte. Chronischer Schmerz sei ein komplexes biopsychosoziales Phänomen, dessen Komponenten bei jahrelangem Bestehen nicht mehr sauber aufgetrennt werden könnten (S. 54 f.)

Entgegen ihrer Überzeugung, sie könne keiner ausserhäuslichen Erwerbstätigkeit mehr nachgehen, verfüge die Versicherte aus Sicht der Gutachter über Ressourcen, so dass die Gutachter eine leidensangepasste Erwerbstätigkeit im Rahmen von etwa 50 % als zumutbar erachteten. Die Dichte der in Anspruch genommenen Therapiemassnahmen sei gross, was einerseits Hinweise auf den Leidensdruck ergebe, andererseits aber auch Anlass zur Sorge bereite im Hinblick auf die Abhängigkeit von passiven Therapiemassnahmen. Es ergäben sich wohl Anzeichen für gewisse Diskrepanzen, was vor allem in der somatischen Untersuchung auffalle, diese dürften aber mit der vorliegenden Psychopathologie weitgehend erklärbar sein (S. 55 oben).

E. 3.5

In Beantwortung der unterbreiteten Fragen führten die Gutachter sodann unter anderem aus, aktuell lasse sich ein CRPS nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachweisen. Eine retrograde Rekonstruktion des Verlaufes sei sehr schwierig und mit Unsicherheitsfaktoren behaftet. In den beiden rheumatologischen Gutachten von 2010 sei die Diagnose CRPS verworfen worden, ebenso habe der Neurologe 2013 die Diagnose nicht erwähnt. Es sei davon auszugehen, dass das CRPS zwischen 2003 und 2010 abgeklungen sei. Der Argumentation des behandelnden Handchirurgen könnten sie nicht folgen, wenn er immer noch affirmativ ein CRPS Typ II diagnostiziere. Der im Rahmen der Begutachtung erhobene fachärztlich neurologische Status zeige keine überzeugenden Hinweise auf eine Nervenverletzung (S. 56 Ziff. 1.4.1).

Zu den sogenannten Budapest-Kriterien führten sie aus,

bei deren Interpretation bestehe ein gewisser Ermessensspielraum und auch diese Kriterien könnten nicht sehr trennscharf zwischen „CRPS“ und „kein CRPS“ unterscheiden; auch die Anwendung dieses Kataloges könne im Einzelfall zu falsch-positiven und falsch-negativen Resultaten führen. Es gehe hier mehr um die Würdigung eines Gesamtbildes. So hielten sie dafür, dass mehr Gründe gegen als für ein noch aktives CRPS sprächen. Die geklagten Beschwerden liessen sich besser durch die festgestellte Psychopathologie und das Fibromyalgie-Syndrom als durch ein CRPS erklären (S. 56 f. Ziff. 1.4.2).

E. 3.6

Wie übereinstimmend in den beiden Gutachten von 2010 festgehalten worden sei, seien der Versicherten belastende Tätigkeiten mit der linken oberen Extremität nicht zumutbar. Leichte bis mittelschwere Tätigkeiten seien der Versicherten ganztägig zumutbar. Die angestammte Tätigkeit als Bäckerin, welche einen kräftigen repetitiven Einsatz beider Hände erfordere, komme nicht mehr in Frage. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine

Restarbeitsfähigkeit im Rahmen einer Präsenz von 70 % mit einer geschätzten Leistungseinbusse von 30%, was einer Arbeitsfähigkeit von 50 % eines Normalpensums entspreche (S.

57 Ziff. 2).

Eine dem Leiden angepasste Tätigkeit wäre der Versicherten vollschichtig zumutbar. Die Evaluation des Tagesablaufes zeige, dass die Versicherte im Laufe des Tages einer Vielzahl von Tätigkeiten nachgehe, die einer körperlich leichten bis mittelschweren Belastung entsprächen. Aus somatischer Sicht seien der Versicherten körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten zumutbar, für den linken Arm aber nur leichte Belastungen ohne stereotyp-repetitive Tätigkeiten. Aus psychiatrischer Sicht fielen Tätigkeiten an gefährlichen Maschinen und das berufliche Führen eines Motorfahrzeuges ausser Betracht. Es ergäben sich Leistungseinschränkungen aus psychiatrischer Sicht. Die Versicherte verfüge wegen der bestehenden Psychopathologie nicht über genügend Ressourcen, um die aus somatischer Sicht attestierte vollschichtige Präsenz in leidensadaptierter Tätigkeit zu realisieren. Aus psychiatrischer Sicht betrage die zumutbare Restarbeitsfähigkeit 50 % (S. 57 Ziff. 2.2).

E. 3.7

Im Vergleich zu 2005 sei somatisch von einer Besserung auszugehen. Heute lägen, wie dargelegt, zu wenig objektive Befunde vor, welche die Diagnose eines CRPS Typ II noch zuließen. Parallel dazu habe sich aber (wohl als Folge der chronischen Schmerzproblematik) eine Psychopathologie entwickelt, die da mals nur oberflächlich dokumentiert gewesen sei (S. 57 f. Ziff. 3.1). Die Änderung der Befunde auf der somatischen Ebene habe Auswirkungen auf die zumutbare Arbeitsfähigkeit. 2003 sei - in einem Gutachten (vgl.

Urk. 8/87/115 130)

-

eine Arbeitsfähigkeit von 6 Stunden täglich angenommen worden. Die 2010 attestierte volle Arbeitsfähigkeit in leidensangepasster Tätigkeit erscheine nachvollziehbar. Allerdings verfügte die Versicherte nicht über genügend Ressourcen, um die aus somatischer Sicht attestierte vollschichtige Präsenz in leidensadaptierter Tätigkeit zu realisieren; aus psychiatrischer Sicht betrage die zumutbare Restarbeitsfähigkeit 50 % (S. 58 f. Ziff. 3.3).

E. 3.8

Am 23. November 2015 erstattete Dr. med. A.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, sein Teilgutachten (Urk. 16/4).

Er setzte sich mit folgenden, teilweise in früheren Beurteilungen gestellten ICD Diagnosen auseinander: sonstige affektive Störungen, F38.8 (S. 6), Dys thymie, F33 (S. 6 f.), affektives Syndrom, F34.8 (S. 7), Anpassungsstörung, F43.21 (S. 7 f.), Depression, namentlich mittelgradige F32.1 (S. 8 f.), atypische Depression (S. 9), chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (S. 10 f.), Agoraphobie (S. 11 f.), posttraumatische Belastungsstörung (S. 12), Essattacken (S. 13 oben).

Er stellte folgende psychiatrische Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 5 Ziff. 4.1): - komplizierte, protrahierte Trauerreaktion (ICD-10 F38.8) - chronische

depressive Störung, gegenwärtig eher atypische, mittelgradige depressive Störung (ICD-10 F33.8) - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) - Agoraphobie mit Panikstörung (F40.01)

Als psychiatrische Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er (S. 5 Ziff. 4.2): - Essattacken bei sonstigen psychischen Störungen (Binge Eating) F50.4 - andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom (F62.80)

Zu den Risikofaktoren und Ressourcen führte der Gutachter unter anderem aus, es gebe keine Hinweise, dass die erfolgte Migration (als allfälliger Risikofaktor) die Beschwerdeführerin belaste. Sie sei leistungsorientiert; von ihrer Leistungsfähigkeit habe aber auch all die Jahre ihr Selbstwertgefühl abgehangen (S. 5 unten). Sie sei lange Zeit von der Familie unterstützt und getragen worden; allerdings seien mit der Zeit zunehmend Konflikte aufgetreten (S. 6 oben). Sie liebe ihren Beruf als Bäckerin. Das könne eine wertvolle Ressource sein, aber auch zu einer grossen Belastung werden, wenn sie aus irgendwelchen Gründen ihren Beruf nicht mehr ausüben könne. Sonst liessen sich in der Vorgeschichte keine persönlichen oder familiären Risikofaktoren für ein psychisches Leiden oder schützende Ressourcen eruieren (S. 6 Mitte).

In seiner Beurteilung führte er unter anderem aus, die Komorbidität von chronischen Schmerzen, Depression und Angst sei relativ häufig. Sie sei aber auch

wenn die Störungen so ausgeprägt seien, dass sie als eigenständige Krankheiten zu diagnostizieren seien - ein Hinweis auf den Schweregrad der Gesamtstörung und verringere die Ressourcen für eine Wiederaufnahme einer Tätigkeit. Auch die Ess-Störungen und die Traumafolgen im Sinne einer Überaktivierung und Aufmerksamkeitsfokussierung seien Hinweise auf den Schweregrad. Auf jeden Fall liege eine Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer vor (S. 13 oben).

Betreffend Persönlichkeit führte er unter anderem aus, es gebe keine Hinweise auf eine der im ICD-10 definierten Persönlichkeitsstörungen. Ausser den

erwähnten Risikofaktoren und Ressourcen gebe es keine Hinweise auf Persönlichkeitseigenschaften, welche die Umsetzung der restlichen Arbeitsfähigkeit einschränken oder besonders fördern würden (S. 13 Mitte).

Betreffend Konsistenz führte er unter Bezugnahme auf Hinweise in der rheumatologischen und der neurologischen Beurteilung aus, er habe keine Hinweise auf Verdeutlichungen finden können (S. 13 unten).

Den Aspekt „gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen“ betreffend führte er aus, in Bezug auf die effektive Symptomatik und die Schmerzen sei die Schilderung

der Beschwerden der Beschwerdeführerin, ihres Tagesablaufs, ihrer Aktivitäten und ihrer sozialen Kontakte konsistent mit den Befunden und den Akten und kongruent mit den gestellten Diagnosen. Das spiegle sich auch im „Mini-ICF-Rating“ für psychische Störungen wieder. Subjektiv gehe die Beschwerdeführerin je doch von einer sehr schweren Depression und sehr starken Schmerzen aus; zu dieser subjektiven Einschätzung passe das Aktivitätenniveau nicht ganz, was ein Hinweis auf eine gewisse Verdeutlichung sein könnte (S. 14 oben).

Den Aspekt „behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck“ betreffend führte er aus, die Beschwerdeführerin sei in der Regel mässiger psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung. Die Psychotherapie werde, soweit sich das aus den Schilderungen der Versicherten schliessen lasse, lege artis durchgeführt. Die bisherige Compliance sei, soweit beurteilbar, gut (S.

14).

Zur Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit führte er unter anderem aus, grundsätzlich habe eine Depression/ Trauer zwar immer Auswirkungen auf den Gesundheitszustand, aber nicht immer auch auf die Arbeitsfähigkeit. Eine mittelschwere Depression und Trauer könne durch die Konzentrationsstörungen, den Verlust an Antrieb, Interessen, Selbstvertrauen und an Durchhaltevermögen höchstens bei einer hochqualifizierten Arbeit, beispielsweise mit Führungsfunktionen oder hohen Anforderungen an die Kreativität und Flexibilität, eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % oder mehr bewirken. In der bisherigen Tätigkeit als Bäckerin und bei den aufgrund ihrer Ausbildung, Fähigkeiten und Erfahrungen in Frage kommenden Verweistätigkeiten würden an die Beschwerdeführerin keine solchen Anforderungen gestellt (S. 14 unten).

Zu den Auswirkungen der Schmerzen führte er aus, die psychische Komponente wirke sich vor allem durch die Konzentrationsstörungen, die Verlangsamung, die Schwankungen der Leistungsfähigkeit, die Schlafstörungen mit der erhöhten Tagesmüdigkeit und den vermehrten Pausenbedarf auf die Arbeitsfähigkeit aus. Aber aus klinischer Sicht wäre zu erwarten, dass sich die Beschwerdeführerin durch eine geeignete, als sinnvoll erlebte Arbeit von den Schmerzen ablenken könnte (S. 15 oben).

Eine Angststörung beeinflusse die Arbeitsfähigkeit nur in Ausnahmefällen, zum Beispiel bei einer entsprechenden

Exposition, wie im Sicherheitsdienst, wesentlich. Die Angststörung sei hier inzwischen jedoch relativ ausgeprägt. Das schränke die Möglichkeiten der Beschwerdeführerin doch ein, auch wenn sie mit therapeutischer

Unterstützung wahrscheinlich überwindbar sein dürfte. Aber die Überwindung dieser Angst brauche zusätzlich Energie, welche schon durch die Depression reduziert sei, vor allem reduziere sie auch ihre Stresstoleranz (S.

15).

Aufgrund der Depression, der Angst und der Schmerzen seien die Ausdauer, das Selbstvertrauen, die kognitiven Fähigkeiten, vor allem Konzentrationsfähigkeit und Gedächtnisfunktionen, das Arbeitstempo und der Antrieb der Beschwerdeführerin beeinträchtigt. Sie habe Schlafstörungen und sei vermehrt müde und kraftlos, was auch ihre Regenerationsfähigkeit einschränke. Sie zeige auch Schwankungen ihrer Leistungsfähigkeit, was eine gewisse zeitliche Flexibilität bedinge und zu einem vermehrten Pausen- und Erholungsbedarf führe. Sie könne im Moment aufgrund ihrer psychischen Störungen zeitlich nur leicht eingeschränkt arbeiten, das heisse eine Präsenzzeit von 6 Stunden am Tag (70 %) wäre möglich. Ihre Leistungsfähigkeit sei aus psychiatrischer Sicht um etwa 30 % eingeschränkt. Zusammengefasst könne aus psychiatrischer Sicht von einer Arbeitsunfähigkeit von etwa 50 % für eine an ihre Schmerzen angepasste Tätigkeit ausgegangen werden. Diese Einschätzung lehne sich an das „Mini-ICF-Rating“ für psychische Störungen an (S. 15).

E. 3.9

) - ein CRPS diagnostiziert.

Der Gerichtsgutachter hat hingegen dargelegt, aktuell lasse sich ein CRPS nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachweisen. Es sei davon auszugehen, dass dieses zwischen 2003 und 2010 - als es von verschiedenen Untersuchern nicht mehr diagnostiziert wurde - abgeklungen sei. Die aktuell geklagten Beschwerden liessen sich besser durch die festgestellte Psychopathologie und das Fibromyalgie-Syndrom als durch ein CRPS erklären (vorstehend E. 3.5).

Mit den Vorbringen von Dr. B.____ hat sich der Gerichtsgutachter eingehend auseinandergesetzt und unter anderem darauf hingewiesen, dass Dr. B.____ die Anamnese ausschliesslich auf der Symptomebene und nicht auf der Ebene der Aktivität und Partizipation erhoben hat, dass das

Beschwerdebild, das er den Schilderungen der Beschwerdeführerin entnommen hat, kaum mit deren Alltagsaktivitäten vereinbar ist, und dass er ausschliesslich, aber sehr detailliert, die Arme, jedoch weder den übrigen Bewegungsapparat noch die Muskulatur untersuchen hat (vorstehend E.

E. 3.10

).

Sodann hat Dr. B.____ nicht nur hartnäckig an der von ihm vertretenen Diagnose festgehalten, sondern er hat darüber hinaus die im Gerichtsgutachten diagnostizierte Fibromyalgie als „nur unwahrscheinlich“ vorliegend und die diagnostizierte psychische Störung sogar als „mehr als unwahrscheinlich“ taxiert (vorstehend E. 3.9).

Damit hat er weit über sein Fachgebiet der Chirurgie hinausgegriffen, und seine Ausführungen erscheinen im Vergleich zu denen der Fachvertreter der Rheumatologie und der Psychiatrie dementsprechend wenig nachvollziehbar begründet.

Insgesamt ergibt sich, dass sowohl die Begründungen für die im Gerichtsgutachten gestellten Diagnosen als auch die Auseinandersetzung mit der abweichenden Einschätzung durch Dr. B.____ ausgesprochen differenziert und sorgfältig ausgefallen sind, während dessen Stellungnahmen durch das Perseverieren auf der von ihm vertretenen Diagnose und dem Abgeben von

fachfremden und

deshalb wenig qualifizierten Urteilen die erwartete Sachlichkeit und Objektivität vermissen lassen.

Damit ist hinsichtlich der diagnostischen Beurteilung dem Gerichtsgutachten zu folgen.

E. 4

.1

Hinsichtlich der zu stellenden Diagnosen gehen die Auffassungen des

Gerichtsgutachters und des Handchirurgen Dr. B.____ auseinander. Dr. B.____ hat die Beschwerdeführerin erstmals im Juli 2001 untersucht (vgl. Urk. 8/15/2-4) und seither durchgehend - letztmals im Februar 2016 (vorstehend E.

E. 4.2

Die Beschwerdegegnerin machte ihrerseits geltend (Urk. 20), aus näher darge legten Gründen lasse sich die Beurteilung des Schweregrades der psychischen Leiden und der sich daraus ergebenden Arbeitsunfähigkeit durch Dr. A.____ nicht nachvollziehen (S. 2 unten). Alles in allem seien keine gesundheitlichen Gründe ersichtlich, aus welchen es der Beschwerdeführerin nicht möglich oder nicht zumutbar sein sollte, uneingeschränkt einer körperlich angepassten Tätigkeit nachzugehen (S. 3 oben).

Dem kann nicht gefolgt werden. Gemäss BGE 141 V 281 soll bei somatoformen Schmerzstörungen und verwandten psychosomatischen Leiden eine ergebnis offene Beurteilung des funktionellen Leistungsvermögens als zentralem Beweis gegenstand stattfinden (E. 4.1.2). Dabei sind im Regelfall die folgenden, als Standardindikatoren bezeichneten, Aspekte massgebend (E. 4.1.3): - Gesundheitsschädigung - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz - Komorbiditäten - Persönlichkeit: Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen - Sozialer Kontext - Konsistenz (Gesichtspunkte des Verhaltens): - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen ver gleich baren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidens druck

Die gutachterlich zu beantwortende Frage ist, wie die sachverständige Person das Leistungsvermögen einschätzt, wenn sie dabei den einschlägigen Indikatoren folgt. Diese Angaben überprüft die Rechtsanwendung frei daraufhin, ob sich die Gutachter an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben (E . 5.2.2). Recht und Medizin befassen sich mit ein und derselben Arbeits unfähigkeit; es gibt keine unterschiedlichen Regeln gehorchende, getrennte Prüfung der Arbeitsfähigkeit (E. 5.2.3).

Die Darlegungen von Dr. A.____ im psychiatrischen Teilgutachten (vor stehend E. 3.8) entsprechen diesem Standard vollumfänglich. Er hat, obschon die (ursprünglich dem rheumatologischen Gutachter unterbreitete) Fragestellung dies nicht explizit eingeschlossen hatte, die wesentlichen Elemente hinsichtlich der Standardindikatoren aufgegriffen und herausgearbeitet.

Entsprechend schlüssig begründet sind sowohl die Diagnosestellung als auch die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit und der diesbezüglichen Einschränkung.

Damit ist auch hinsichtlich der psychiatrischen Beurteilung auf das Gerichtsgut achten abzustellen.

E. 4.3

Insgesamt erfüllt das Gerichtsgutachten alle massgebenden Kriterien (vorste hend E. 1.2) vollumfänglich, so dass darauf abzustellen ist.

Demnach besteht aus somatischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit für körper lich leichte e bis mittelschwere Tätigkeiten, soweit der linke Arm nur leichte n Belastungen ohne stereotyp-repetitive Tätigkeiten ausgesetzt ist . Aus psy chiatrischer Sicht beträgt die zumutbare Restarbeitsfähigkeit 50 %

(vorstehend E. 3.6).

In diesem Sinn ist der medizinische Sachverhalt erstellt.

E. 4.4

Die 2002 erfolgte Rentenzusprache basierte auf einer ausschliesslich somatisch begründeten vollen Arbeitsunfähigkeit (Urk. 8/24).

Besteht nunmehr aus somatischer Sicht für leidensangepasste Tätigkeiten eine volle Arbeitsfähigkeit (vorstehend E. 4.3), so stellt dies zweifellos eine relevante Sachverhaltsänderung im revisionsrechtlichen Sinn (vorstehend E. 1.1) dar, womit die Neubemessung des Anspruchs grundsätzlich zulässig ist.

E. 4.5

Die Beschwerdegegnerin ist im März 2012 im Hinblick auf die vorliegend angefochtene Verfügung davon ausgegangen, dass die Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten 100 % betrage, aus psychiatrischer Sicht hingegen lediglich 50 % (Urk. 8/142 S. 3).

Die Arbeitsfähigkeit, die sie - wenn auch gestützt auf die ihr damals vorliegenden medizinischen Beurteilungen - angenommen hat, deckt sich also mit der Arbeitsfähigkeit, von der gemäss den zwischenzeitlich erfolgten zusätzlichen Beurteilungen auszugehen ist.

Damit erweist sich die von dieser Arbeitsfähigkeit ausgehende Invaliditätsbemessung als grundsätzlich zutreffend. Sie ist denn auch als solche nicht in Frage gestellt worden und auch nach Lage der Akten (vgl. Urk. 8/141) nicht zu beanstanden, so dass sich der resultierende Invaliditätsgrad von 60 % ebenfalls als ausgewiesen erweist.

Beim genannten Invaliditätsgrad besteht Anspruch auf eine Dreiviertelsrente. Die angefochtene Verfügung erweist sich somit als rechtens, was zur Abweisung der dagegen erhobenen Beschwerde führt.

E. 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 1. Juli bis und mit dem 1. August sowie vom 1. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

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

E. 5.1

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sind ermessensweise auf Fr. 900.-- festzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdeführerin aufzuerlegen.

E. 5.2

Die im vorliegenden Verfahren getätigten zusätzlichen Abklärungen erfolgten auf Anweisung des Bundesgerichts, weil die im damaligen Urteilszeitpunkt vorliegenden medizinischen Akten keine verlässliche Beurteilung erlaubten (Urk. 1 S. 5 E. 6.2). Demnach sind die entsprechenden Kosten von der Beschwerdegegnerin zu übernehmen (vgl. Urk. 1 S. 6 Ziff. 7).

Sie belaufen sich auf total Fr. 14'459.10, nämlich Fr. 12'209.10 für das Gerichts gutachten (Urk. 17)

und Fr. 2'250.-- für die ergänzende Stellungnahme der Gutachter (Urk. 29) . Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900 .-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zuge stellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Gerichtskasse die Gutachtenskosten von Fr. 14'459.10

zu erstatt en.

Rechnung und Einzahlungsschein werden ihr nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 4.

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)

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