

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00528 vom 2. Juni 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-06-02, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00528

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00528 du 2 juin 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00528 del 2 giugno 2017

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

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 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 unveränderten gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar.

E. 1.3

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. 2.1 mit Hinweisen).

E. 1.4

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

E. 2

Strittig ist, ob eine revisionsrelevante Verschlechterung eingetreten ist. Die Beschwerdegegnerin verneinte dies gestützt auf das eingeholte A.____-Gutachten (Urk. 7/228 S. 2). Die Beschwerdeführerin bejahte es mit Hinweis auf Stellungnahmen von behandelnder Seite (Urk. 1 S. 5 ff.).

Zu vergleichen ist der Sachverhalt bei Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung, mit dem Sachverhalt, welcher der Bestätigung der halben Rente im Februar 2013 zugrunde lag, beziehungsweise - da 2013 (wie schon 2006 und 2004) keine relevante Änderung festgestellt wurde - mit demjenigen, welcher der ursprünglichen Verfügung von 2003 zugrunde lag.

E. 3.1

Im Zeitpunkt der Zusprache einer halben Rente mit Verfügung vom 22. Januar 2003 stellte die Beschwerdegegnerin auf den Bericht von Dr. med. B.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, vom 4. Oktober 2002 ab (Urk. 7/11). Dieser erachtete eine Arbeitsunfähigkeit in angestammter Tätigkeit als Haushälterin von 50 % seit 7. Januar 2002 bis auf weiteres als gegeben (lit. B) und nannte folgende Diagnosen (lit. A): - chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom therapierefraktär bei lumbospondylothem Schmerzsyndrom bei degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule (LWS)

bei L4 bis S1 sowie Bogen schlussanomalie L5, ausserdem chronisches Zervikothorakalsyndrom; bestehend seit über zehn Jahren - chronische Periarthropathia genu rechts, therapierefraktär (Status nach Arthroskopie, MRI 19. Juni 2001: Partialläsion vorderes Kreuzband); bestehend seit März 2002 - chronisches subacromiales Schmerzsyndrom ebenfalls therapierefraktär, bei Impingement-Symptomatik links, Typ II Akromion und Tendinitis der Supraspinatussehne (MRI 10. Juli 2001); bestehend seit April 2000

Damit im Wesentlichen übereinstimmende Diagnosen nannten Dr. med. C.____, Klinik D.____, Rheuma- und Rehabilitationszentrum, mit Austrittsbericht vom 17. September 2002 (Urk. 7/12/3-9) sowie Dr. med.

E.____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie für Rheumatologie, mit Bericht vom 9. Oktober 2002 (Urk. 7/12/1-2).

Mit Verfügung vom 22. Januar 2003 sprach die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin eine halbe Rente ab Mai 2002 zu (Urk. 7/20).

E. 3.2

Im Zeitpunkt des Erlasses eines Einspracheentscheids am 26. November 2004 lagen gemäss den Feststellungen des hiesigen Gerichts im 2008 ergangenen Urteil körperliche Beschwerden vor, welche eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % begründeten. Zudem wurde von einer nicht invalidisierenden Fibromyalgie ausgegangen beziehungsweise - laut Beschwerdegegnerin - einer Schmerzproblematik, welche „sinngemäss als somatoforme Schmerzüberlagerung“ zu verstehen und vorliegend mangels schwerer, therapiebedürftiger psychischer Störung nicht relevant sei (Urk. 7/108 S. 13 E. 6.1).

E. 3.2.2

) Eine psychiatrische Exploration kann überdies von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen. Sie eröffnet praktisch immer einen Spielraum für verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen, was zulässig und zu respektieren ist, sofern die Beurteilung lege artis erfolgt ist. Wenn die behandelnden Ärzte zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangen oder an vorgängig geäusserten abweichenden Auffassungen festhalten, vermag dies nicht per se ein medizinisches Administrativ- oder Gerichtsgutachten in Frage zu stellen und zu weiteren Abklärungen veranlassen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_4/2015 vom 5. Mai 2015 E. 3.2, 9C_794/2012 vom 4. März 2013 E. 4.2).

E. 3.3

Am 30. Juni 2006 beantragte Dr. med. F.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, der die Beschwerdeführerin seit 2004 behandelt (Urk. 7/152/1-4 Ziff. 1.2), „im Auftrag meiner Patientin“ eine Rentenerhöhung auf 100 % (Urk. 10/82).

Dr. med. G.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in seinem Bericht vom 20. Juli 2006 (Urk. 10/84) aus, dass er die Beschwerdeführerin seit dem 20. September 2005 behandle (lit. D1), nannte als Diagnose eine angstbetonte depressive und regressive Entwicklung bei einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung bei einer unsicheren Primärpersönlichkeit (lit. A), und attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % in der angestammten und jeder anderen Tätigkeit seit Behandlungsbeginn (lit. B).

Im Zeitpunkt der Verfügung vom 29. Dezember 2006 war von einer fachärztlich diagnostizierten somatoformen Schmerzstörung auszugehen. Bei der vom behandelnden Psychiater attestierten vollen Arbeitsunfähigkeit war davon auszugehen, dass dabei auch verschiedenen psychosozialen Ursachen Rechnung getragen wurde (Urk. 7/108 S.

13

f. E.

6.3). Die Prüfung der recht sprechungsgemäss zu erfüllenden weiteren Kriterien ergab, dass die neu hinzugetretene Diagnose der somatoformen Schmerzstörung sich nicht invalidisierend auswirkte, womit keine invalidenversicherungsrechtlich relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin ausgemacht werden konnte (Urk. 7/108 S. 18 E. 7.3).

E. 4.1

Die Ärzte der Medas Z.____ erstatteten am 4. November

2009 ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 7/122), das am 7. Juni 2010 übersetzt nachgereicht wurde (Urk. 7/128).

Sie nannten folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S.

17 Ziff. 5.1): - persistierende Depression, in Evolution (ICD-10 F34.1) - persistierendes somatoformes Schmerzsyndrom (ICD-10 F45.4) - unsichere und ausweichende Persönlichkeit - lumbovertebrales Syndrom mit - minimalen Veränderungen statisch-degenerativen Typs - Zervikalgien mit - anteriorer Spondylose C3-4

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie eine Gonalgie rechts, einen Status nach Meniskektomie am linken Knie zirka 1996 und einen Verdacht auf Migräne ohne Aura (S. 17 Ziff. 5.2).

Sie führten aus, die Versicherte weise eine Arbeitsfähigkeit von 60 % als Putzfrau oder Fabrikarbeiterin auf, dies im Sinne einer ganztägigen Präsenz mit reduzierter Leistung (S. 21 Ziff. 7).

Aus rheumatologischer Sicht bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit für leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten, aus psychiatrischer Sicht eine solche von 60 % (S. 22 Ziff. 9).

E. 4.2

Dr. med. H.____, Facharzt für Rheumatologie und für Allgemeine Innere Medizin, nannte im von ihm unterzeichneten Bericht vom 28. April 2010 (Urk. 7/146/1-2) folgende Diagnosen (S. 1): - chronisches lumbovertebrales, intermittierend lumbospondylogenes Syndrom rechts bei mässiger LWS-Degeneration - schwere somatoforme Schmerzstörung - mittelschwere Depression - Pseudohypästhesie der gesamten linken Körperhälfte

Dr. E.____ nannte in seinem Bericht vom 18. November 2010 (Urk. 7/146/4-6 = Urk. 7/150/2-4 = Urk. 7/152/18-20) folgende Diagnosen (S. 1): - chronische Schmerzkrankheit (primäre Kopfschmerzen, panvertebrales Schmerzsyndrom, generalisiertes weichteilrheumatisches Schmerzsyndrom, Sakroiliakgelenks-Syndrom rechts und Gonarthrose links nach rezidivierenden Patella-Luxationen, partieller Läsion des vorderen Kreuzbandes und medialer Meniskusläsion) - rezidivierende Depressionen, regressive Entwicklung mit fortschreitender Chronifizierung und Fixierung bei narzisstischer Persönlichkeitsstörung - Unverträglichkeit verschiedenster Medikamente - chronische Obstipation mit rezidivierenden Hämorrhoidalproblemen - Distorsion des Sprunggelenkes August 2010 - Meniskusoperation links 1996, Hysterektomie Dezember 2008

E. 4.3

Dr. med. I.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, nannte in seinem Bericht vom 24. Januar 2011 (Urk. 7/152/16-17) folgende Diagnosen (S. 1 unten): - akute Metatarsalgie links - Spreizfuss mit Überlastung der Metatarsalia II, III und IV beidseits - Hallux valgus beidseits und Pseudoexostose beidseits - Fibromyalgie - chronisches Lumbovertebralsyndrom (LVS) - Gonarthrosen beidseits mit Zustand nach Patellaluxation - Adipositas

Er riet von einem operativen Vorgehen ab und empfahl Schuheinlagen (S. 2).

E. 4.4

Dr. F.____ (vorstehend E. 3.3) nannte in seinem Bericht vom 17. April 2011

(Urk. 7/146/14 = Urk. 7/152/5) die folgenden, hier gekürzt angeführten, Diagnosen: - schwere somatoforme Schmerzstörung - akute Metatarsalgie links seit Januar 2011 -

mittelschwere Depression - chronische Cephalaea - chronische Obstipation - Belastungsinkontinenz II° seit April 2009

E. 4.5

Dr. med. K.____, Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe, berichtete am 6. Mai 2011 über eine erste Kontrolluntersuchung bei Status nach retropubischer Schlingeneinlage wegen Belastungsinkontinenz am 22. März 2011 (Urk. 7/152/8-9). Am 14. Juni 2011 berichtete er über eine weitere Verlaufskontrolle (Urk. 7/152/6-7).

E. 4.6

) und der Hausarzt (vorstehend E. 4.7) wiederum eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Die Beschwerdegegnerin kam zum Schluss, die von der Versicherten dargestellte Verschlechterung einer somatoformen Schmerzstörung wirke sich nicht invalidisierend aus, weshalb es bei der bisher zugesprochenen halben Rente bleibe (vorstehend E. 4.10).

Im Jahr 2014 attestierte der Hausarzt wiederum eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % und führte aus, aufgrund der neuen Diagnose einer schweren Depression scheine ihm eine volle Berentung nun angezeigt (vorstehend E. 5.2). Der seit August 2008 zuständige Psychiater und die behandelnde Psychologin führten 2014 unter anderem aus, aufgrund der zunehmend schwereren psychischen Krankheit sei die Versicherte, wahrscheinlich dauernd, zu 100 % arbeitsunfähig (vorstehend E. 5.3). Die A.____-Gutachter diagnostizierten in ihrem Gutachten vom Juni 2015 verschiedene somatische Beeinträchtigungen,

eine mittelgradige depressive Episode, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung sowie eine kombinierte Persönlichkeitsstörung und kamen zum Schluss, in somatischer Hinsicht sei die Arbeitsfähigkeit um 20 % eingeschränkt, insgesamt - unter Berücksichtigung der somatischen und der psychischen Problematik - zu 50 % (vorstehend E. 5.4).

E. 4.7

Dr. F.____ (vorstehend E. 3.3) verwies in seinem Bericht vom 14. Juli 2011 (Urk. 7/152/1-4) auf die im April genannten Diagnosen (vorstehend E.

4.4) und attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % als Haushälterin seit dem 1. Januar 2011 (Ziff. 1.6).

E. 4.8

Am 28. September 2011 operierte Dr. I.____ (vorstehend E.

4.5) den Hallux valgus rechts (Urk. 7/156).

E. 4.9

Gemäss Feststellungsblatt vom 31. März 2011 (Urk. 7/138) führte Dr. med. L.____, Facharzt für Arbeitsmedizin, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), am 12. Juli 2010 aus, laut Gutachten der Medas Z.____ bestehe eine Arbeitsfähigkeit global von 60 %; seit der letzten Beurteilung habe sich der Gesundheitsschaden, auch in seiner Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, nicht verändert (S. 4).

Gemäss Feststellungsblatt vom 31. Mai 2012 (Urk. 7/168) führte Dr. med. M.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und für Arbeitsmedizin, am 28. Februar 2012 aus, überwiegend wahrscheinlich handle es sich um ein unspezifisches Leiden (im Sinne

der Schlussbestimmungen der IV-Revision 6a). Versicherungsmedizinisch gehöre die Diagnose der somatoformen Schmerzstörung zu den entsprechenden Zustandsbildern. Den Akten seien keine objektivierbaren Befunde zu entnehmen, welche aus versicherungsmmedizinischer Sicht eine dauerhafte Arbeitsfähigkeit begründen könnten (S. 4).

Mit Vorbescheid vom 31. Mai 2012 stellte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin die Aufhebung der Rente in Aussicht (Urk. 7/170), worauf diese unter anderem einwandte, es lägen sehr wohl auch objektivierbare anatomische Befunde vor und die Schmerzen hätten eine organische Grundlage (Urk. 7/173).

E. 4.10

Gemäss Feststellungsblatt vom 1. Februar 2013 (Urk. 7/175) kam die Sachbearbeitung der Beschwerdegegnerin zum Schluss, die von der Versicherten dargestellte Verschlechterung des Gesundheitszustandes in Form einer somatoformen Schmerzstörung wirke sich auch nach erneuter Prüfung der recht sprechungsgemäss zu erfüllenden Kriterien nicht invalidisierend aus (S.

3 unten).

Mit Verfügung vom 31. Januar 2013 lehnte die Beschwerdegegnerin die beantragte Erhöhung der Rente ab und hielt gleichzeitig fest, es bestehe weiterhin Anspruch auf eine halbe Rente (Urk. 7/177).

E. 5.1

Vom 3. bis 17. April 2014 weilte die Beschwerdeführerin stationär in der Klinik N.____, wo gemäss Austrittsbericht vom 23. April 2014 (Urk. 7/187/1-4) eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2) sowie unter anderem eine Fibromyalgie, ein Karpaltunnelsyndrom rechts, eine chronische Cephalaea und eine Gonarthrose beidseits diagnostiziert wurden (S. 3 unten).

E. 5.2

Dr. F.____ (vorstehend E. 4.4) nannte in seinem Bericht vom 22. Mai 2014 (Urk. 7/187/5-7 = Urk. 3/10) nunmehr die folgenden, hier gekürzt angeführten Diagnosen (S. 1): - chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom - bekannte degenerative Veränderungen - rezidivierendes subacromiales Schmerzsyndrom links - aktenkundig Verdacht auf leichtes sensibles Karpaltunnelsyndrom rechts - Fibromyalgiesyndrom mit schwerer somatoformer Schmerzstörung - Fersenschmerz beidseits bei Hallux valgus und Spreizfuss rechts - Vitamin D-Mangel substituiert - schwere Depression - in psychotherapeutischer Behandlung - aktuell durch psychosoziale Belastungssituation exazerbiert - Belastungsinkontinenz II° seit April 2009 - chronische Cephalaea - Varicosisprobleme beider Unterschenkel

Er attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 1. April bis 30. Juni 2014 (S. 2). Im Begleitschreiben führte er unter anderem aus, aufgrund der neuen Diagnose (einer schweren Depression) scheine ihm eine 100%ige Berentung nun angezeigt (S. 1 unten).

E. 5.3

Dr.

O.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und lic. phil. P.____, Fachtherapeutin FSP, führten in ihrem Bericht vom 31. Mai 2014 (Urk. 7/187/8-10 = Urk. 3/11) unter

anderem aus, lic. phil. P.____ behandle die Beschwerdeführerin

seit dem 30. August 2008 (S. 1 Mitte). Sie würden sich der in der Klinik N.____ gestellten Diagnose anschließen beziehungsweise eine depressive Störung,

zurzeit mittelgradige bis insbesondere schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome, Tendenz, Belastungen zu vermeiden, diagnostizieren. Als Differentialdiagnose sei eine Persönlichkeitsstörung vom paranoiden Typus (ICD-10 F60.0) zu erwägen (S. 2 unten). Die Versicherte sei aufgrund der zunehmend schwereren psychischen Krankheit bis auf weiteres, wahrscheinlich dauernd, zu 100 % arbeitsunfähig (S. 3 oben).

E. 5.4

Am 25. Juni 2015 erstatteten die Ärzte des A.____ ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 7/205 = Urk. 3/12). Sie stützten sich auf die ihnen überlassenen Akten (S. 3 ff.), die Angaben der Versicherten (S. 27 ff.), und die im Rahmen der Untersuchungen vom 13. bis 16. April 2015 (S.

1) erhobenen allgemeinmedizinischen (S.

31 f.), orthopädischen (S.

33 ff.) und psychiatrischen (S.

43 ff.) Befunde sowie das Ergebnis einer am 16. April 2014 (richtig: 2015) erfolgten Konsenskonferenz (S. 51).

Die Gutachter nannten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 52 Ziff. 7): - generalisiertes chronisches tendomyofasziales Schmerzsyndrom - zervikovertebrales Schmerzsyndrom - Röntgen: anteriore Spondylose C3/4 (SAM Gutachten 7. Juni 2010) - chronisches lumbospondylogenes Syndrom - breitbasige Diskusprotrusion L4/5 und diskrete Forameneinengung L4/5 rechts mit möglicher Reizung der Wurzel L4 rechts - klinisch keine Radikulopathie - muskuläre Dysbalance im HWS- und LWS-Bereich - chronisches Schmerzsyndrom Schulter, rechts mehr als links - bildgebend Supraspinatustendinose rechts - chronisches Schmerzsyndrom erste Extensorenloge linkes Handgelenk (de Quervain-Syndrom) - anamnestisch Verdacht auf beidseitiges CTS - bildgebend beginnende degenerative Veränderungen der Hüften (Röntgen 5. November 2010) - chronisches Schmerzsyndrom der Kniegelenke - beginnende, mediale betonte Gonarthrose beidseits, links mehr als rechts - Patella Chondropathie oder Chondromalazie beidseits - Chondrocalzinose rechtes Knie - Status nach arthroskopischer Meniskusoperation links 1996 - anamnestisch Status nach Patella-Luxation links - chronisches Schmerzsyndrom der Füße - Status nach Hallux valgus-Operation und Hammerzehen links (6. Juni 2012) - Status nach Hallux valgus-Korrektur rechts mit Osteotomie (28. September 2011) - anamnestisch Knochenmarksnekrose am linken Mittelfuss - beidseitige Calcaneodynie, klinisch Fersenspornsyndrom - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelschwere Episode (ICD-10 F33.1) - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4) - Differentialdiagnose (DD): chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) - DD: dissoziative Störung gemischt (= Konversionsstörung; F44.7) - kombinierte Persönlichkeitsstörung (histrionisch und narzisstisch)

Zur Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter aus, aus orthopädischen Gründen seien der Versicherten keine körperlich schweren Tätigkeiten zumutbar, insbesondere das repetitive

Heben und Halten von Lasten über 10 kg, das Arbeiten in Zwangshaltung, das regelmässig sich Bücken müssen, regelmässiges Überkopfarbeiten und regelmässig in der Hocke arbeiten müssen. Bei Tätigkeiten, welche diese Bedingungen des Bewegungsapparates erfüllen, bleibe aus orthopädischer Sicht noch eine gewisse, mit 20 % einzuschätzende Einschränkung der Restarbeitsfähigkeit infolge der chronischen Schmerzsymptomatik, auch bei leichten Tätigkeiten, infolge der degenerativen Veränderungen (S. 54). Bei den zuletzt ausgeübten Tätigkeiten handle es sich im Wesentlichen um gemischte Arbeiten, wobei die Versicherte als Haushälterin ihre Arbeit frei einteilen könne, auch die Möglichkeit habe, regelmässig ihre Körperposition zu wechseln, so dass die genannte Einschränkung auch für die Tätigkeit als Haushälterin postuliert werde (S. 54 f.).

Im allgemeinmedizinischen Bereich lägen keine gesundheitlichen Probleme vor, welche die Versicherte in ihrer Arbeitsfähigkeit einschränkten (S.

55 oben).

Im psychiatrischen Fachbereich besteht eine Kombination einer Depression bei einer kombinierten Persönlichkeitsstörung und einer psychosomatischen Überlagerung, die bei Dominanz von Schmerzen im Bewegungsapparat als anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert worden sei. Bei gleichzeitig Vorhandensein auch von pseudoneurologischen Symptomen in den Händen und Füßen könne auch eine dissoziative Störung differentialdiagnostisch in Erwägung gezogen werden und bei gleichzeitigem Vorliegen von teilweise somatisch begründbaren Beschwerden auch die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Diese psychosomatische Symptomatik sei mit grosser Wahrscheinlichkeit eben falls seit Jahren vorliegend und in den Akten immer wieder diagnostiziert worden. Daneben bestehe eine chronische, histrionisch und narzisstisch strukturierte Persönlichkeitsstörung, die theoretisch überwiegend wahrscheinlich Ursache der gesamten psychosomatischen Entwicklung sei, auch wenn die Versicherte selbst aus Gründen einer Verdrängung und Abwehr keine psychischen Faktoren als Ursache ihres Leidens sehen könne. Begleitet werde der gesamte Symptomenkomplex von einer apathisch-gehemmten Depression von aktuell mittleren Schweregrad, die ebenfalls in den Akten immer wieder berichtet werde (S. 55).

Die Gutachter führten weiter aus, aufgrund der psychiatrischen Symptomatik beurteilten sie die Versicherte als insgesamt, also auch unter Berücksichtigung der somatischen Probleme, in ihrer angestammten Tätigkeit als Haushälterin zu 50 % eingeschränkt. Wesentliche Veränderungen im Verlaufe der seit 13 Jahren andauernden Berentung liessen sich nicht objektivieren (S. 55 unten).

Sie beurteilen die Versicherte in leichten, die genannten Bedingungen erfüllen den Tätigkeiten rein aufgrund ihrer somatisch begründbaren Schmerzsymptomatik aus orthopädischer Sicht als zu 20 % und insgesamt, unter Berücksichtigung der psychiatrischen Problematik, als zu 50 % in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt (S. 55 f.).

Im psychiatrischen Teil des Gutachtens wurde mit Blick auf das diagnostizierte psychosomatische Leiden unter anderem ausgeführt, eine chronische körperliche Begleiterkrankung bestehe insofern, als degenerative Veränderungen des Bewegungsapparates vorhanden seien. Psychiatrisch liege

ein deutlich eine in den Akten und im aktuellen Status bestätigte chronische depressive Symptomatik vor. Längerfristige Remissionen im Verlaufe dieser Krankheiten liessen sich in den Akten und der Anamnese nicht finden. Ein ausgewiesener sozialer Rückzug aus allen Belangen des Lebens bestehe par tiell, die Versicherte habe allerdings weiterhin Kontakte zu zwei Freund innen und ihrer Tochter und versorge auch einen kleinen Hund. Von einem ver festigten, therapeutisch nicht mehr angehbaren innerseelischen Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung im Sinne eines primären Krankheitsgewinnes oder einer Flucht in die Krankheit müsse theoretisch ausgegangen werden. Allerdings bestehe keine Einsichts fähigkeit seitens der Versicherten bezüglich Zusammenhang zwischen Psyche und Soma, so dass hier kein konkreter Konflikt genannt werden könne. Hin zu weisen sei auf die missglückte Ehe und das offenbar schlechte Verarbeiten des Ablebens der Eltern. Aufgrund der Chronifizierung und theoretischer Überlegungen müsse aber davon ausgegangen werden, dass hintergründig ein solcher Konflikt Ursache der psychosomatischen und depressiven Ent wicklung sei, der dieses Leiden unterhalte. Von unbefriedigenden Behand lungsergebnissen, trotz konsequent durchgeführter ambulanter oder stationä rer Behandlungsbemühungen, müsse insofern gesprochen werden, dass bis her alle psychiatrischen Behandlungsversuche gescheitert seien bezieh ungs weise keine eindeutige Verbesserung der Symptomatik gebracht hätten (S. 50, S. 58).

E. 5.5

Am 28. August

2015 nahmen Dr. O.____ und lic. phil. P.____ (vor stehend E.

5.3) auf Anfrage des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin Stellung (Urk. 7/213) und führten unter anderem aus, die verschiedenen psychiatrischen Diagnosen hätten einen gemeinsamen Nenner, es bestehe ein Defizit in den Grundstrukturen der Persönlichkeit (S.

3 unten). Aus ihrer Sicht sei die Patientin zu 100 % arbeitsunfähig und es seien die Kriterien erfüllt, nach denen eine Erwerbsunfähigkeit bestehe, die aus objektiver Sicht nicht überwindbar sei (S. 4 lit. e).

E. 5.6

Vom 8. bis 24. Juli 2015 war die Beschwerdeführerin in der Psychiatrischen Q.____ hospitalisiert, worüber am 3. September 2015 berichtet wurde (Urk. 7/212). Dabei wurden folgende Diagnosen nach ICD-10 genannt (S. 1 Mitte): - F33.2 rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Epi sode ohne psychotische Symptome - F61.0 Verdacht auf kombinierte Persönlichkeitsstörung (abhän gig, histrionisch, narzisstisch)

Es wurde ausgeführt, der Eintritt sei freiwillig auf Zuweisung des be han deln den Psychiaters Dr. O.____ erfolgt (S. 2 oben).

Beim aktuellen Zustandsbild und in der Verlaufsbeurteilung verfüge die Beschwerdeführerin über keine hinreichenden Ressourcen für den ersten Arbeitsmarkt (S. 6 oben).

E. 5.7

Am 25. November 2015 nahmen die Gutachter Stellung (Urk. 7/217) und führten unter anderem aus, aus dem Verlauf des Leidens seit dem Jahr 2001 lasse sich erkennen, dass sich ein psychosomatisches Leiden mit vorwiegend Beschwerden im Bewegungsapparat, mit

wechselnden Klagen über

Beschwerden und Schmerzintensität, mit den Diagnosen einer Fibromyalgie

als psychosomatische Diagnose, seit 2001 nachweisen lassen. Eine wesentliche Veränderung der subjektiven Klagen, insbesondere aber der grundlegenden diagnostischen Überlegungen, habe nicht stattgefunden. Auch im somatischen Bereich habe keine wesentliche Verschlechterung stattgefunden (S. 2 Mitte). Die von Dr. O.____ postulierte kontinuierliche Verschlechterung der Beeinträchtigungen scheine auf den subjektiven Angaben der Versicherten zu beruhen und werde im Bericht nicht weiter dokumentiert und begründet (S. 2 unten). Der Eintritt in die Q.____ sei vor dem Hintergrund einer akuten Belastungsreaktion nach Ablehnung des Rentenerhöhungsantrags erfolgt (S.

3 f.); dies ändere aber nichts an der grundsätzlichen Diagnose (S. 4). Schliesslich wiesen sie darauf hin, dass der Grossteil der orthopädischen Diagnosen zu keiner wesentlichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führe und die Schwere einer Einschränkung nicht analog zur Länge der Diagnoseliste sei (S. 4 f.). Das psychiatrische und psychosomatische Leiden der Versicherten stehe insgesamt im Vordergrund des gesamten Krankheitsbildes und die somatischen Befunde seien untergeordneter Natur (S. 5 oben).

E. 5.8

Am 31. Dezember 2015 nahmen Dr. O.____ und lic. phil. P.____ noch einmal Stellung (Urk. 7/221/1-3), am 20. Januar 2016 die Ärzte der Q.____

(Urk. 7/221/4-5), am 25. Januar 2016 die Ärztin der R.____, wo die Beschwerdeführerin seit Anfang November 2015 in tagesklinischer Behandlung steht (Urk. 7/221/6-8), und am 24. Februar 2016 die Gutachter (Urk. 7/224).

E. 6

4

Anhaltende somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden waren bis Mitte 2015 unter Bezugnahme auf eine Überwindbarkeitsvermutung zu prüfen. Mit BGE 141 V 281 wurde davon Abstand genommen; nunmehr kommt ein strukturierter, normativer Prüfungsraster zur Anwendung und es erfolgt anhand eines Katalogs von Indikatoren eine ergebnisoffene Beurteilung des tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6). Dementsprechend leitet sich die Arbeitsunfähigkeit gleichsam aus dem Saldo aller wesentlichen Belastungen

und

Ressourcen ab (BGE 141 V 281 E. 3.4.2).

Erwartet wird eine gutachterliche Stellungnahme insbesondere zu den folgenden, als Standardindikatoren bezeichneten Aspekten (BGE 141 V 281 E. 4.1.3):

- Gesundheitsschädigung: Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde, Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz, Komorbiditäten - Persönlichkeit:

Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen - sozialer Kontext - Konsistenz: gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus, behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck

E. 6.1

Im Jahr 2001/2002 wurde bei diagnostizierter Rücken-, Knie- und Schulterproblematik eine Arbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit von 50 % attestiert und in der Folge eine halbe Rente zugesprochen (vorstehend E. 3.1). Im Jahr 2004 wurde weiterhin aufgrund somatischer Beeinträchtigungen eine auf 50 % reduzierte Arbeitsfähigkeit angenommen, die damals zusätzlich diagnostizierte Fibromyalgie sinngemäss als somatoforme Schmerzüberlagerung verstanden und als nicht invalidisierend eingestuft, und weiterhin eine halbe Rente zugesprochen (vorstehend E. 3.2). Das Festhalten an einer halben Rente im Jahr 2006 wurde vom hiesigen Gericht mit der Begründung bestätigt, die hinzugekommene somatoforme Schmerzstörung wirke sich nicht invalidisierend aus und auf die vom Hausarzt und dem behandelnden Psychiater attestierte Arbeitsunfähigkeit von 100 % sei nicht abzustellen (vorstehend E. 3.3).

Im 2009 erstatteten Gutachten wurde aus rheumatologischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit für leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten und aus psychiatrischer Sicht eine solche von 60 % attestiert (vorstehend E. 4.1). Im Jahr 2011 attestierten der behandelnde Psychiater (vorstehend E.

E. 6.2

Aus dem geschilderten Verlauf ist als Konstante ersichtlich, dass von behandelnden der Seite seit 2006 eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde, während in den Gutachten von 2009 und 2015 zwar auch eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert wurde, aber keine vollständige.

Berichte behandelnder Ärzte sind nach der Rechtsprechung aufgrund der auf tragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Die unterschiedliche Beurteilung ergibt sich aus der Divergenz zwischen Behandlungs- und Abklärungsauftrag (Urteile des Bundesgerichts 8C_260/2011 vom 25. Juli 2011 E. 5.2, 8C_567/2010 vom 19. November 2010 E.

E. 6.3

In diagnostischer Sicht springt ins Auge, dass jedenfalls seit 2004 ein Mischsachverhalt von geklagten, ansatzweise somatisch fundierten Beschwerden und psychischen Beeinträchtigungen im Sinne einer somatoformen Schmerzstörung, seit 2014 auch einer Depression, beschrieben wurde. Ob solches möglicherweise schon früher zugetroffen haben könnte, aber von den behandelnden Ärzten damals (noch) nicht erkannt wurde, kann dabei offen bleiben.

Erstellt ist jedenfalls, dass im aktuellen Zeitpunkt unter anderem und hauptsächlich eine somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert wurde, der auch im 2015 erstatteten Gutachten durchaus Relevanz für die Arbeitsfähigkeit zugbilligt wurde.

E. 6.5

Das A.____-Gutachten vom 25. Juni 2015 wurde noch in Unkenntnis der mit BGE 141 V 281 eingeleiteten Rechtsprechung erstattet. Gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten verlieren jedoch nicht per se ihren Beweiswert, sondern sind im Einzelfall auf ihre Verwendbarkeit zu prüfen (BGE 141 V 281 E. 8).

Auch wenn die heute massgebende Terminologie zum Zeitpunkt, in welchem das Gutachten erstellt wurde, noch nicht bekannt war, enthält das Gutachten (vorstehend E. 5.4) zusammen mit der ergänzenden Stellungnahme (vorstehend E. 5.7) in materieller Hinsicht dennoch substantielle Angaben zu den genannten Indikatoren.

E. 6.6

So geht aus dem Gutachten klar hervor, welchen Stellenwert die einzelnen Diagnosen im Lichte der sie begründenden Befunde haben und wie sich der Behandlungsverlauf gestaltet hat. Hinsichtlich allfälliger Komorbiditäten wurde schlüssig dargelegt, dass die aus somatischer Sicht gestellten Diagnosen eine eher untergeordnete Rolle spielen. Aus dem psychiatrischen Teil des Gutachtens ergibt sich sodann ein nachvollziehbares Bild der Persönlichkeit, der nur beschränkt vorhandenen Ressourcen - aber auch der erlebten psychosozialen Belastungen - und des nur teilweise intakten sozialen Kontexts. Hinweise auf eine mangelnde Konsistenz ergeben sich aus dem Gutachten nicht.

Schlüssig ist insbesondere die Würdigung, wonach - seit Jahren - ein hauptsächlich psychosomatisches Leiden vorliegt, das sich in subjektiven Klagen unterschiedlicher Akzentuierung und Intensität äussert, wie auch die Feststellung, dass - entgegen der Beurteilung aus behandelnder Sicht - insgesamt keine Verschlechterung anzunehmen ist, dies namentlich angesichts des Umstandes, dass von dieser Seite bereits 2006 (vorstehend E. 3.3) und 2011 (vorstehend E. 4.6 und 4.7) und wiederum 2014 (vorstehend E. 5.2) eine vollständige Arbeitsunfähigkeit postuliert - teils mit nicht der Medizin obliegender Empfehlung zum Umfang des Rentenanspruchs (vorstehend E. 5.2) - worden war.

E. 6.7

Vor dem Hintergrund der massgebenden Indikatoren (vorstehend E.

6.4) erweist sich die Schlussfolgerung der Gutachter, dass die Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht um 20 % und infolge der psychischen Beeinträchtigungen insgesamt um 50 % reduziert ist, als fundiert und nachvollziehbar. Es sind keine Gründe ersichtlich, ihr nicht zu folgen.

Die Beschwerdegegnerin hat ihre Beurteilung, wonach hinsichtlich der für die Invaliditätsbemessung massgebenden Arbeitsfähigkeit im Vergleich zu früheren Anspruchsprüfungen keine revisionsrelevante Veränderung eingetreten ist, auf die Feststellungen im Gutachten abgestützt. Dies ist aus den dargelegten Gründen nicht zu beanstanden.

Damit erweist sich die angefochtene Verfügung als rechtmässig und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

E. 7

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. 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 zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - TCL Treuhand Consulting Liegenschaften AG - 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, 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

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