

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00357 vom 30. August 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-08-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00357

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00357 du 30 août 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00357 del 30 agosto 2019

Erwägungen

E. 1

5. Juli 2015 rückwirkend vom 1. März 2010 bis 31. Dezember 2011 eine befristete ganze Invalidenrente zu (Urk. 10/95).

E. 1.1

X.____, geboren 1972, absolvierte in Portugal eine Ausbildung als Coiffeuse (Urk. 10/42/17). In der Schweiz arbeitete sie zuletzt ab Januar 2009 als Buffet-Angestellte (Urk. 10/14). Infolge eines Arbeitsunfalls im Februar 2009 (Urk. 10/27/99) wurde sie im Juli 2009 sowie im März und Oktober 2010 am rechten Fuss operiert (Urk. 10/30/1).

E. 1.2

Die Versicherte bezog zunächst

Unfalltaggeldleistungen der Schweizerischen Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG (Urk. 10/83/76 f.).

Gestützt auf das Gutachten von

Dr. med. Y.____, Facharzt für Chirurgie, vom 30. September 2011

(Urk. 10/42)

stellte

diese die Leistungen indes per Ende Februar 2012

ein. Mit der selben Verfügung, datiert vom 25. November 2011, verneinte sie einen Anspruch auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung (Urk. 10/43).

Es folgte ein Einspracheverfahren, in welchem die Unfallversicherung

Dr. Y.____ neben

den Einwänden der Versicherten auch Observationsmaterial

zur Stellungnahme vorlegte (Urk. 10/83/49-72). Alsdann wies sie die Einsprache ab (Urk. 10/82).

Der Entscheid wurde mit Urteil des Sozialversicherungsgerichts UV.2013.00172 vom 31. Oktober 2014 bestätigt (Urk. 10/88).

Bereits im September 2009 hatte sich die Versicherte zudem bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle zum Leistungsbezug angemeldet (Urk. 10/2). Diese holte insbesondere eine ergänzende Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen

Dienstes (RAD) ein (Urk. 10/44/7 ff.) . Nach Eintritt der Rechts kraft des obgenannten Gerichtsurteils (Urk. 10/91/3)

sprach sie der Versicherten am

E. 1.3

Drei Tage später meldete sich die Versicherte erneut bei der IV-Stelle an (Urk. 10/99). Diese setzte ihr mit Schreiben vom 22. Juli 2015 Frist an , um eine Änderung in den tatsächlichen Verhältnisse n glaubhaft

zu

machen unter der Androhung, andernfalls nicht auf die Neuanmeldung einzutreten (Urk. 10/100). Die Versicherte reichte hierauf zahlreiche Arztberichte ein (Urk. 10/101), welche die IV-Stelle dem RAD zur Stellungnahme vorlegte (Urk. 10/103/2 f.). Anschliessend kündigte sie der Versicherten mit Vorbescheid vom 31. August 2015 an, ihr Leistungsbegehren abzuweisen (Urk. 10/104). Dagegen erhob die Versicherte Einwand (Urk. 10/116) und liess das Verfahren später sistieren (Urk. 10/118,

10/120). Nach zwei weiteren Operationen am rechten Fuss im April 2016 (Urk. 10/125/6-9) und im April 2017 (Urk. 10/158) sowie einer Magenbypass-Operation im Juli 2016 (Urk. 10/144/9-11) gab die IV-Stelle ein internistisches, neurologisches, orthopädisches und psychiatrisches Gutachten in Auftrag (Urk. 10/170) . Dieses wurde am 4. Dezember 2017 vom Z.____ erstattet (Urk. 10/175). Nach einer Stellungnahme der Versicherten (Urk.

10/179) und des RAD (Urk. 10/180/12) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 6. März 2018 einen erneuten Anspruch der Versicherten auf Leistungen der Invalidenversicherung (Urk. 2). In der Zwischenzeit hatte sich diese im Januar 2018 einer Rückenoperation unterzogen (Urk. 3/1).

E. 2

0. April 2018, vertreten durch Rechtsanwältin Fleisch, Beschwerde (Urk. 1). Darin beantragte sie, ihr ab 1. November 2015 eine unbefristete ganze Invalidenrente zu zusprechen. Eventualiter sei die Invalidenrente bis 31. Juli 2018 zu befristen und die Sache zwecks Durchführung weiterer Abklärungen und neuer Entscheidung über den Rentenanspruch ab 1. August 2018 an die IV-Stelle zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2). In der Beschwerdeantwort vom 17. Mai 2018 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 9). Die von der Versicherten mit Eingaben vom 16. Mai (Urk. 6) , 4. Juni (Urk. 13), 6. Juli (Urk. 16), 25. September (Urk. 19) und 23. Oktober 2018 (Urk. 22) sowie 14. Januar 2019 (Urk. 24) nach gereichten Unterlagen (Urk. 7/1-4 , 14/1- 5, 17/1-3, 20, 23/1-2 und 25/1-3) wurden der IV-Stelle zur Kenntnis gebracht (Urk. 8 , 15, 18, 21 und 26).

Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

1. 1

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern

können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin erwog in der angefochtenen Verfügung, aufgrund des Z.____-Gutachtens liege spätestens seit November 2017 eine volle Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit vor. Die zahlreichen Operationen zwischen 2012 und 2017 hätten jeweils nur zu vorübergehenden und nicht dauerhaften Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit geführt, die seitens der Invalidenversicherung nicht berücksichtigt werden dürften (Urk. 2). Dazu wies sie auf die rechtlichen Bestimmungen zur Entstehung eines Rentenanspruchs sowie der Rentenrevision hin (Urk. 10/181/3 f.).

E. 2.2

Demgegenüber hielt die Beschwerdeführerin

dafür, die Beschwerdesymptomatik habe sich seit der Begutachtung durch Dr. Y.____ massiv verschlechtert. Bei nachgewiesener Arthrose sei sie inzwischen zweimal am Fuss operiert und ferner sei

eine Magenbypass-Operation durchgeführt worden. Hinzu komme eine Operation an der Wirbelsäule. Aufgrund der Akten sei eine volle Arbeitsunfähigkeit ab der Neuanmeldung bis zur Z.____-Begutachtung ausgewiesen. Dabei seien die Z.____-Gutachter von einer vollen Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten ab 1. November 2017 ausgegangen. Die von Dr. A.____ bis Mitte September 2017 attestierte volle Arbeitsunfähigkeit werde vom Gutachter

Dr. B.____ nicht in Frage gestellt, auch wenn er diese trotz Arthrose fälschlicherweise auf nicht-organische Faktoren zurückführe. Die Arbeitsunfähigkeit nach Mitte September 2017 sei gemäss Dr. B.____ hauptsächlich auf die Rückenbeschwerden zurückzuführen. Diesbezüglich habe Dr. C.____ eine volle Arbeitsunfähigkeit einstweilen bis April 2018 festgestellt. Demnach bestehe unter Berücksichtigung der üblichen dreimonatigen Frist bis mindestens Ende Juli 2018 Anspruch auf eine ganze Rente (Urk. 1 Rz

E. 6

des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art.

E. 8

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). 1. 2

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanmeldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 ATSG eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades

eingetreten ist (BGE 117 V 198 E. 3a mit Hinweis). Dies gilt auch im Falle einer Neuansmeldung nach einer früher rückwirkend zugesprochenen befristeten Rente, zumal für die Zeit unmittelbar vor Erlass der damaligen Verfügung eine Rentenleistung ebenso wie bei Verneinung eines Rentenanspruchs abgelehnt wurde (vgl. BGE 133 V 263).

Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E).

2.3, 134 V 131 E. 3). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

Erst wenn in diesem Sinne ein Revisionsgrund vorliegt, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen). 1. 3

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt – was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist –, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; Ulrich Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in: Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.). 2.

E. 9

-27). 3. 3.1

Streitig und zu prüfen ist somit, ob nach dem Auslaufen der befristeten Invalidenrente Ende 2011 erneut ein Rentenanspruch entstanden ist. Das beurteilt sich wie eingangs erläutert in analoger Anwendung der für die Rentenrevision geltenden Regeln. In zeitlicher Hinsicht bildet dabei die letzte, auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs beruhende, rechtskräftige Verfügung den Ausgangspunkt – hier der 15. Juli 2015 (Urk. 10/95) – und

die streitige Verfügung den Endpunkt – hier der 6. März 2018 - für die Beurteilung der Frage, ob eine wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die geeignet ist, einen neuerlichen Rentenanspruch zu begründen

(vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_37/2013 vom 25. April 2013 E. 3

mit Hinweis en). 3.2.3.2.1

In der Verfügung vom 15. Juli 2015 wurde festgestellt, der Beschwerdeführerin sei nach Ablauf des Wartjahres am 6. März 2010 keine Tätigkeit zumutbar gewesen. Indes habe sich ihr Gesundheitszustand per 22. September 2011 soweit gebessert, als ihr eine optimal leidensangepasste Tätigkeit (sitzende Tätigkeit, ohne im Stehen und Gehen auszuführende Arbeiten, ohne Heben und Tragen von Lasten über 5 bis 10 kg) in einem 100%- Pensum zumutbar sei. Dies sei vom Sozialversicherungsgericht im unfallversicherungsrechtlichen Verfahren rechtskräftig bestätigt worden (Urk. 10/95/8; zur Anlehnung an dieses Urteil ferner

Urk. 10/91/3). 3.2.2

Im

erwähnten Urteil UV.2013.00172 (Urk. 10/88/2-15) vom 31. Oktober 2014 stützte sich das Gericht

vollumfänglich auf das Gutachten von Dr. Y.____ vom 30. September 2011. Es stellte in Erwägung 3.4 fest, dieser

habe aufgezeigt, dass sich anlässlich der Bildgebung keine Grundlage für die Schmerzen der Beschwerdeführerin hätten finden lassen und aus diesem Grund von einer sich selbstständigen Schmerzproblematik auszugehen sei. Dass er unter diesen Umständen zum Schluss gekommen sei, der Beschwerdeführerin seien (ab der Begutachtung) alle sitzenden Tätigkeiten vollzeitig zumutbar, leuchte ein. Dies insbesondere deshalb, weil Dr. D.____ bereits am 7. Juli 2009 von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit ab 15. Juni 2009 ausgegangen sei und auch der behandelnde Chirurg Dr. E.____ eine volle Arbeitsfähigkeit ab 1. September 2009 attestiert habe. Die behandelnden Ärzte der F.____ seien nach dem Eingriff vom 31. März 2010 ab dem 1. August 2010 ebenfalls von einer mindestens 50%igen Arbeitsfähigkeit für sitzende Tätigkeiten ausgegangen und hätten die vollständige Arbeitsunfähigkeit nach dem Eingriff vom 13. Oktober 2010 vor allem aufgrund der vorgebrachten massivsten Schmerzen attestiert, die sie als chronifizierte Schmerzproblematik interpretiert hätten. Damit sei das Gutachten überzeugend und beweiskräftig.

Zum

Ergänzungsgutachten vom 6. Dezember 2012 hielt

das Gericht in Erwägung 3.5 fest, Dr. Y.____ zeige darin auf, dass die Observationsergebnisse aus medizinischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten nicht in Frage stellen, sondern bestätigen würden. Dabei habe es die Verwertbarkeit des Observationsmaterials der Unfallversicherung vorweg in Erwägung 1.3 geprüft und bejaht. Abschliessend wies das Gericht darauf hin, Dr. Y.____

habe im Weiteren

festgehalten, dass der Beschwerdeführerin ärztlicherseits schon mehrmals geraten worden sei, die Stöcke nicht mehr zu benutzen, weil dies aufgrund der objektiven Befunde nicht indiziert sei. Sie habe diese Anordnung aber nie befolgt (Urk. 10/88/8 f.). 3.2.3

Ergänzend hatte die Beschwerdegegnerin damals eine Stellungnahme des RAD-Arzt es Dr. med. G.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, eingeholt. Er berücksichtigte beim ausgewiesenen Gesundheitsschaden neben unfallkausalen Fussbeschwerden auch ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechtsbetont bei ausgeprägter muskulärer Dekonditionierung sowie ein patello femorales Schmerzsyndrom rechts. Gleichwohl bestätigte er die Arbeitsfähigkeits einschätzung von Dr. Y.____, einschliesslich des von ihm definierten Belastungsprofils (vgl. Urk. 10/44/8 f. und Urk. 10/42/26 f.). Mit anderen Worten kam der RAD zum Schluss, dass anhand der Akten kein organisches Korrelat für die Rücken- und Kniebeschwerden feststellbar war (vgl. auch im Gutachten, Urk. 8/42/24 -25) und diese dementsprechend nicht zu einer zusätzlichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führten. 3.3

3.3.1

In der Gesamtbeurteilung des polydisziplinären Z.____-Gutachtens vom 4. Dezember 2017 hielten die Gutachter fest, als Hauptdiagnosen fänden sich aus Sicht des Bewegungsapparates chronische Beschwerden an Fuss und Unterschenkel rechts sowie ein chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom unter lumbaler Betonung bei freier Beweglichkeit sämtlicher Wirbelsäulenabschnitte und bei insbesondere lumbal fehlender Beschwerdeäusserung. Durch die klinischen und radiologischen Befunde liessen sich die geklagten Beschwerden nicht vollständig begründen. Aus Sicht des Bewegungsapparates bestehe für körperlich mittelschwere und schwere sowie überwiegend stehende und gehende Tätigkeiten eine bleibende und vollständige Arbeitsunfähigkeit. In einer körperlich leichten, überwiegend sitzenden, adaptierten Tätigkeit unter Wechselbelastung bestehe eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 100%. Dabei seien das wiederholte Heben und Tragen von Lasten über 10 kg wie auch das häufige Überwinden von Treppen und Gehen auf unebenem Grund zu vermeiden (Urk. 10/175/30). 3.3.2

Keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit ergäben sich aus neurologischer Sicht. Für körperlich leichte bis punktuell mittelschwere, intellektuell einfache Tätigkeiten, vorzugsweise in sitzender Stellung, bestehe eine volle Arbeits- und Leistungsfähigkeit.

Aus psychiatrischer Sicht bestünden eine leichte depressive Episode (ICD-10: F32.0) und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41), welche jedoch keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen würden.

Aus allgemeininternistischer Sicht bestehe aufgrund des metabolischen Syndroms (Diabetes mellitus, arterielle Hypertonie, Hyperlipidämie und Adipositas) eine Arbeitsunfähigkeit für körperlich schwere Tätigkeiten. In körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeiten bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit (Urk. 10/175/29-31). 3.3.3

Es resultiere somit aus polydisziplinärer Sicht eine bleibende Arbeitsunfähigkeit für körperlich mittelschwere und schwere sowie überwiegend stehende und gehende Tätigkeiten. In einer körperlich leichten, überwiegend sitzenden Tätigkeit unter Wechselbelastung bestehe eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 100%. Aufgrund der anamnestischen Angaben, des eigenen Untersuchungsbefundes, der vorliegenden Dokumente sowie der früher attestierten Arbeitsunfähigkeiten könne mit Sicherheit ab

November 2017 von diesem Arbeits- und Leistungsprofil aus gegangen werden . Es gebe allerdings keine Hinweise darauf, dass die Arbeitsfähigkeit seit Januar 2012 länger dauernd und höhergradig eingeschränkt gewesen sei als heute. Eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes im Vergleich zum Dezember 2011 wurde verneint. Es bestehe eine deutliche Diskrepanz zur Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin, die sich nicht mehr arbeitsfähig fühle. Diese Selbsteinschätzung könne aufgrund der Befunde und Diagnosen indes nicht hinreichend begründet werden. Es bestünden Hinweise auf eine deutliche nicht-organische Beschwerdekompone nte (Urk. 10/175/31 -32). 3.4

3.4.1

Dem entscheidenden

Teilgutachten von Dr. med. B.____ , Facharzt für orthopädische Chirurgie, ist

zu den objektivierbaren klinischen Befunden zu entnehmen, der ebene Gang sei mitsamt den geprüften Varianten unauffällig, indem ein rechts seitiges Hinken im Rückwärtsgang fehle. Bei der Untersuchung der Wirbelsäule zeige sich eine freie Beweglichkeit sämtlicher Abschnitte, desgleichen an allen Extremitäten mit Ausnahme des arthrodesierten rechten oberen Sprunggelenks. Erwartungsgemäss sei der Unterschenkelumfang dieser Seite etwas vermindert. Die Beschwerdeführerin berichte sehr stockend und schleppend über ihre Beschwerden, so dass es schwer falle, den Leidensdruck im Alltag nachzuvollziehen. Bei der gesamten ausführlichen Untersuchung im Stehen, Gehen, Sitzen und Liegen komme es immer wieder zur Angabe massiver lumbaler Schmerzen, unter anderem in ausgeprägtem Ausmass während der funktionellen Prüfung der rechten unteren Extremität in Rückenlage, keinesfalls aber bei Vornahme der selben Manöver in sitzender Position mit hängenden Beinen. Fünf von fünf Waddell -Zeichen seien positiv (Urk. 10/175/22) . 3.4.2

Radiologisch , so Dr. B.____ weiter, zeigten sich die Arthrodeese des rechten oberen Sprunggelenks konsolidiert und das Osteosynthesematerial intakt. Am linken Knie sei eine Läsion des Aussenmeniskus und vorderen Kreuzbandes sowie eine lateral betonte Arthrose beschrieben worden, doch gebe die Beschwerdeführerin diesbezüglich Beschwerdefreiheit an. An der Lendenwirbelsäule bestünden ausgeprägte Spondylarthrosen, jedoch keine Neurokompression. In Anbetracht des klinisch objektiv ansonsten blanden Befundes, verzichte man auf die Anfertigung neuer Bilddokumente (Urk. 10/175/22). 3.4.3

Dr. B.____ schlussfolgerte, die geklagten Beschwerden liessen sich keinesfalls vollständig durch die klinischen und radiologischen Befunde begründen. Nach vollziehbar sei eine gewisse Minderbelastbarkeit der rechten unteren Extremität nach wiederholtem Eingriff einschliesslich Arthrodeese des oberen Sprunggelenks, keinesfalls aber der sehr inkonstant präsentierte, unter Ablenkung fehlende Leidensdruck , so dass von einer massiven nicht-organischen Beschwerdekompone nte ausgegangen werden müsse.

Die retrospektive Einschätzung der Arbeitsfähigkeit anhand der anamnestischen Angaben und vorliegenden Akten sei schwierig, doch könne spätestens ab dem Zeitpunkt der Begutachtung für die definierten körperlich leichten Verrichtungen von einer zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden (Urk. 10/175/ 2

f.) . 3.5 3.5.1

Überdies setzte sich Dr. B.____ ausführlich mit den Vorakten auseinander. Dabei bestätigte er zunächst implizit das im letzten Verfahren als Grundlage dienende Urteil des Sozialversicherungsgerichts (vgl. E. 3.2.2), indem er festhielt,

er könne der Einschätzung von Dr. Y.____ dezidiert folgen. Den Berichten der F.____ mit Datum bis März 2015 könne gefolgt werden, soweit bei der aktuellen Begutachtung gleichfalls deutliche Hinweise auf ein nicht-organisches Geschehen bestanden hätten. Nicht nachvollziehbar sei aber die von der F.____

attestierten hochgradige Arbeitsunfähigkeit (vgl. Urk. 10/23/1), da eine arthrogene Schmerzursache bei vollständig fehlendem Ansprechen auf die Infiltration ausgeschlossen werden könne (Urk. 10/175/24). 3.5.2

Zur Beurteilung der Fussbeschwerden durch PD Dr. med. A.____, Facharzt für Orthopädie, führte Dr. B.____ aus, dieser habe am 27. April 2015 (Urk. 10/101/4 f.) eine posttraumatische Arthrose des rechten oberen Sprunggelenks beschrieben. Es hätten ein SPECT-CT sowie eine MR-Untersuchung erfolgen sollen. Am 7.

April 2016 habe Dr. A.____ über einen komplikationslosen Verlauf nach Kalkaneostomie berichtet (Urk. 10/125/9), während er die Beschwerde früher im Eintrag vom 25. August 2016 als verzweifelt bezeichnet habe. Diese habe trotz des initial guten Verlaufs wieder starke Schmerzen entwickelt (Urk. 10/151/1). Nach erfolgter Arthrodeese habe Dr. A.____ am 2. Mai

2017 noch leichte Schmerzen und am 27. Juni 2017 klinisch und radiologisch unauffällige Verhältnisse erwähnt. Am 8. August 2017 habe er neben einem massiven Übergewicht einen etwas schleppenden Verlauf, sicherlich ein depressives Zustandsbild sowie limitierte sozialökonomische Perspektiven genannt und eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bis zum 12. September 2017 attestiert. Im Eintrag vom 12. September 2017 habe er hauptsächlich über Rückenschmerzen berichtet und erklärt, der Fuss bereite ebenfalls noch Schmerzen, doch seien diese sicherlich in Zusammenhang mit der Wirbelsäulenproblematik zu deuten (Urk. 10/175/40-46).

Dr. B.____

erläuterte, diesen Einschätzungen könne insoweit gefolgt werden, als sie kein fassbares morphologisches Korrelat für die geklagte Symptomatik, wohl aber nicht-organische Faktoren nennen würden. Erstaunlich sei einerseits die Indikationsstellung zum wiederholten Eingriff bei in den Akten doch klar festgehaltenen Hinweisen für eine gestörte Schmerzverarbeitung und andererseits der unbeirrbar Glaube, das Geschehen durch die zuletzt suggerierte Radikulopathie erklären zu können (Urk. 10/175/25). 3.5.3

Bezüglich der Beurteilung der Rückenbeschwerden durch Dr. med. C.____, Facharzt für Neurochirurgie, fasste

Dr. B.____

zusammen, dieser habe am 5. Mai 2017 (vgl. Urk. 10/161)

eine chronische rechtsseitige Lumboischialgie bei beginnender Segmentdegeneration LWK4/5 mit Spondylarthrose diagnostiziert. Dazu habe er festgehalten, es bestehe eine geringe, am ehesten L5 entsprechende ischialgiforme Ausstrahlung ohne sensomotorisches Defizit, wobei die Fussfunktion aufgrund der Arthrodeese nur eingeschränkt beurteilbar sei. Der Patellarsehnenreflex sei symmetrisch, der Achillessehnenreflex nur links auslösbar.

Die vorgeschlagene Facetteninfiltration sei von der Beschwerdeführerin abgelehnt worden, für weitere Physiotherapie scheine sie nicht genügend motiviert zu sein. Am 22. September 2017 habe Dr. C.____ geschrieben, die Beschwerdeführerin nehme keine Analgetika ein. Wie schon zuvor festgestellt, liege keine Neurokompression vor, doch könne die schwere Spondylarthrose LWK4/5 ein morphologisches Korrelat darstellen (vgl. Urk. 10/175/58). Gemäss Bericht vom 3. Oktober 2017 zeige die im Liegen angefertigte Inklinationsaufnahme eine deutliche kyphotische Aufklappbarkeit des Segments, woraus Dr. C.____

auf eine Instabilität geschlossen habe, sodass die Spondylodese in Frage komme, deren Durchführung von der Beschwerdeführerin Anfang 2018 gewünscht werde (vgl. Urk. 10/175/52-53).

Diese Einschätzung beurteilte Dr. B.____ als sehr ungewöhnlich. Zum einen lasse sie die von zahlreichen Ärzten beschriebenen nicht-organischen Faktoren einschliesslich des sehr ungünstigen Verlaufes nach wiederholtem Fusseingriff ausser Acht, zum anderen äussere die Beschwerdeführerin heute klar ihre Überzeugung, dass der Leidensdruck von den eingebrachten Schrauben herrühre, so dass das Einbringen weiteren Metalls mit grosser Wahrscheinlichkeit per se zur subjektiven Verschlechterung führe. Weiter erscheine die von Dr. C.____ angegebene Anamnese und Klinik keinesfalls typisch für eine Instabilität. Es verwundere, Funktionsaufnahmen im Liegen anzufertigen; die kyphotische Aufklappbarkeit dürfte einem Normalbefund entsprechen, da ohne eine derartige Bewegung eine Inklinationsaufnahme der Wirbelsäule unmöglich wäre. Es bleibe zu hoffen, dass von weiteren Eingriffen und insbesondere vom Einbringen von Implantaten dringendst abgesehen werde (Urk. 10/175/25). 4. 4.1

Das Z.____-Gutachten ist für die streitigen Belange somit umfassend, beruht auf allseitigen klinischen und bildgebenden Untersuchungen und berücksichtigt die geklagten Beschwerden. Es wurde alsdann nicht nur in Kenntnis, sondern in ausführlicher Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben. Dabei legte der begutachtende Facharzt für orthopädische Chirurgie

nachvollziehbar dar, dass die behandelnden Ärzte nach wie vor kein sicheres organisches Korrelat für die geklagten Schmerzen objektivieren konnten und - im Gegensatz zu ihm - für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin abstellten, ohne ihrem inkonsistenten Verhalten sowie dem ausgebliebenen Erfolg der bisher durchgeführten medizinischen Massnahmen

Rechnung zu tragen.

Wie nachfolgend aufzuzeigen ist, ist dieser Beurteilung aus orthopädischer Sicht trotz der nachgereichten medizinischen Unterlagen zu folgen.

Ausführungen zu den weiteren Teilgutachten erübrigen sich, zumal diese von der Beschwerdeführerin nicht beanstandet wurden und überzeugend begründet sind. Zu betonen ist, dass ein psychisches Leiden mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit anhand der Befunde (Urk. 10/175/14), der Alltagsaktivitäten und des Verhaltens der Beschwerdeführerin während der Untersuchung (Urk. 10/175/17) sowie der bisher fehlenden Inanspruchnahme einer entsprechenden Therapie (Urk. 10/175/12 unten) trotz Hilfestellung bei der Aufgleisung (Urk. 10/144/8)

schlüssig verneint wurde (Urk. 10/175/15).

Da das leichte psychische Krankheitsgeschehen die Arbeitsfähigkeit aus gutachterlicher Sicht jedenfalls nicht beeinträchtigt und somit auch den Invaliditätsgrad nicht beeinflusst, kann darin kein Revisionsgrund erblickt werden (vgl. vorstehend E. 1.2). 4.2 4.2.1

Wie

gutachterlich dargelegt, wurde im Rahmen der Fussbeschwerden als Zufallsbefund zunächst eine osteochondrale Läsion der medialen Talusrolle erhoben, die nach Auffassung verschiedener Ärzte nicht zur Beschwerdeklage passte und deren Behandlung dementsprechend zu keiner Beschwerdebesserung führte (vgl. Urk. 10/21/11, 10/30 und 10/42/15 f.).

Umgekehrt wurde aufgrund der geklagten Beschwerden der Verdacht auf ein komplexes regionales Schmerzsyndrom bzw. ein Mortonneurom geäußert, der sich nicht erhärten liess (vgl. Urk. 10/21/9, 10/37/13 und 10/175/28). 4.2.2

Ähnliches ergibt sich aus den Akten für die seither erfolgten Fussoperationen. Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin stellte die Arthrose insofern keinen neuen respektive massgeblichen Befund dar, als bereits das Röntgenbild vom Juni 2014 eine beginnende, sekundäre, medial

betonte Arthrose im oberen Sprunggelenk zeigte (vgl. Urk. 10/101/12). Gemäss Bericht vom 31. März 2015, verfasst von Dr. med. H.____, Oberarzt in Vertretung in der F.____, vermochte diese die Beschwerden nicht zu erklären, zumal das Gelenk frei beweglich war und eine Infiltration auch nicht kurzzeitig zu einer Beschwerdeleitung geführt hatte (vgl. Urk. 10/101/6 f.). Darauf wies auch der Z.____-Gutachter hin. Soweit

Dr. A.____

im Bericht vom 27. April 2015

ferner angab, er habe die Beschwerdeführerin vor Jahren aufgrund einer «schwerwiegenden medial betonten Arthrose operiert, die symptomatisch im Sinne einer beschwerdeführenden

osteochondralen Läsion» gewesen sei (vgl. Urk. 10/101/4), erwies sich diese im MR des Folgetags als stabil (vgl. Urk. 10/101/3). 4.2.3

Es verwundert deshalb nicht, dass die Beschwerdeführerin nach der Fersenbein Osteotomie rechts im April 2016

weiterhin starke Schmerzen beklagte

(Urk. 10/141/4). Dabei hatte Dr. A.____

im Austrittsbericht vom 7. April 2016 bei komplikationslosem postoperativem Verlauf eine volle Arbeitsunfähigkeit zunächst nur bis zum 19. Mai 2016 attestiert (Urk. 10/125/9). Im gutachterlich nicht erwähnten

Bericht vom 1. Februar 2017 hielt er später fest, die bisherige Tätigkeit sei aufgrund zu starker Schmerzen bei Arthrose im Rückfuss nicht möglich. Eine angepasste Tätigkeit müsse wechselbelastend mit garantiert häufigem Sitzen sein. Die körperliche Leistungsfähigkeit sei sicherlich um 50 % reduziert, ohne die Frage nach derselben final beantworten zu können. Die Beschwerdeführerin sei bis dato massiv eingeschränkt und arbeitsunfähig, nicht zuletzt aufgrund ihrer metabolischen Konstellation mit massiver Adipositas. Diese

und die Arthrose seien auf längere Sicht nicht günstig für eine « sehr belastende » Tätigkeit. Unter Umständen benötige sie eine Invalidenrente. Eine Möglichkeit zur Verbesserung der Situation sei eine Arthrode

(vgl. Urk. 10/150/1).

Nach der am 5. April

2017 erfolgten

Arthrode

(Urk. 10/175/ 50 f.), die Dr. A.____

am 7. August 2017 als knöchern durchgebaute beschrieb (Urk. 10/175/45) , verwendete die Beschwerdeführerin indes

weiterhin Gehstöcke , klagte über Schmerzen

und begann nach eigenen Angaben einige Wochen nach der Operation wieder Analgetika einzunehmen (vgl. Urk. 10/ 175/22, 10/175/ 44, 10/175/ 46, 10/175/57 f. und 20) . Dr. A.____

attestierte ihr

alsdann bis zur letzten Eingabe ans Gericht im Januar 2019 eine volle Arbeitsunfähigkeit (vgl. Urk. 14/4/1-5, 17/1, 23/1-2, 25/2-3). Im

Austrittsbericht

vom 11. April 2017 hatte er eine volle Arbeitsfähigkeit einstweilen bis zum 4. Juni 2017 notiert.

Dazu erläutert er ,

dass für eine Operation sindikation nicht die zuvor bestehende Arbeitsfähigkeit allein , sondern sicherlich die Beschwerden

massgebend seien . Die Arbeitsfähigkeit nach der Genesungsphase sei im Bericht festgehalten. Alle anderen

Arbeitsfähigkeitsbestimmungen würden sukzessiv je nach Belastungsfähigkeit und klinischer Situation immer neu beurteilt und angepasst. Die weiteren

Arbeitsfähigkeiten sollten gemeinsam mit dem Hausarzt, der Beschwerdeführerin und ihm bestimmt werden (vgl. Urk. 10/ 175/37).

Wie im Z.____ -Gutachten

ausgeführt , wies er

im Herbst 2017 schliesslich auf die negative Beeinflussung des Heilungserfolges durch das depressive Zustandsbild und die limitierten sozio-ökonomischen Perspektiven hin , erwähnte das massive Übergewicht (vgl. Urk. 10/175/45) und letztlich einen Zusammenhang mit der Wirbelsäulenproblematik (vgl. Urk. 10/175/46). 4.2. 4

Noch vor Erlass der angefochtenen Verfügung diagnostizierte Dr. A.____

den Verdacht auf ein Ganglion im Sinus tarsi rechts .

Vorgefunden und entfernt wurde am 5. Dezember 2017

ein Lipom (vgl. Urk. 25/1). 4.2. 5

Die von Dr. A.____ fortwährend attestierte 100%- Arbeitsunfähigkeit vermag unter mehreren Gesichtspunkten nicht zu überzeugen . Zunächst blieben alle aufgrund eines vermuteten organischen Korrelats durchgeführten Operationen

letztlich erfolglos (vgl. auch Urk. 10/175/17 f.) , so dass ein Zusammenhang zwischen den erhobenen Befunden und den geklagten Beschwerden nicht überwiegend wahrscheinlich ist .

Zudem blieb Dr. A.____ eine fachärztliche Begründung

für die während fast zwei Jahren nach der Operation im April 2017 attestierte volle Arbeitsunfähigkeit trotz nach wenigen Monaten gut verheilten Arthrose (Urk. 10/175/44 f.) und präoperativ positiver Prognose schuldig . Medizinische Komplikationen sind keine aktenkundig und – wie er im Austrittsbericht und mit der jeweils nur befristet bescheinigten Arbeitsunfähigkeit selbst andeutete –

ist nach einem Eingriff am oberen Sprunggelenk kaum mit anhaltender Arbeitsunfähigkeit zu rechnen. Darüber hinaus fällt ins Gewicht, dass er sich im Verlauf nicht mehr zur Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit äusserte.

Im Weiteren berücksichtigte er bei seiner Einschätzung Leiden ausserhalb seines Fachgebiets . Dies betrifft die gemäss Z.____ -Gutachten nur geringfügigen psychischen Beschwerden ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. E. 3.3.2) gleichermaßen wie die gemäss Rechtsprechung nicht als invalidisierend zu qualifizierende Adipositas (vgl. Urteil e des Bundesgerichts 9C_385/2014 vom 24. Oktober 2014)

E. 014

E. 4.3, 8C_372/2012 vom 13. Juni 2013 E. 2.2 und 9C_496/2012 vom 9. September 2012 E. 2.2 je

mit Hinweisen).

Zusätzlich lässt seine

offenkundige starke Gewichtung der subjektiven Beschwerdeklage

bei langjährigem , durch mehrere Operationen geprägtem Vertrauensverhältnis an seiner Objektivität zweifeln . Darauf deuten ebenso die von ihm postulierte allfällige Notwendigkeit einer Invalidenrente hin wie auch seine Bemerkung, die Arbeitsfähigkeit müsse (auch) in Absprache mit der Beschwerdeführerin festgelegt werden. Auf seine Beurteilung kann umso weniger abgestellt werden , als sich die Angaben der Beschwerdeführerin wiederholt als unzuverlässig erwiesen (z.B . Urk. 10/83/68 f. und E. 3.4.1).

Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine (nennenswerte) Arbeitsunfähigkeit in einer dem gutachterlichen Belastungsprofil entsprechenden Tätigkeit verurteilt das nach der Z.____ -Begutachtung

am 5. Dezember 2018 komplikationslos entfernte Lipom am rechten Fuss , wie das im Operationsbericht erwähnte postoperative Prozedere (keine eingeschränkte Belastbarkeit, keine Analgetika) deutlich macht (vgl. Urk. 25 /1). 4.3 4.3.1

Bereits

im Bericht der F.____ vom 15. Juli 2010 fand sich die Diagnose lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechtsbetont. Damals wurde bei noch unauffälligem MRI-Befund auf die ausgeprägte muskuläre Dekonditionierung

hingewiesen (Urk. 10/101/25).

Ebenso gab die Beschwerdeführerin in der Begutachtung

am 22. September 2011 an, es komme in der letzten Zeit oft zu Schmerzen im Rücken auf Höhe der lumbalen Wirbelsäule (Urk. 10/42/16). 4.3.2

Im nach der letzten Rentenprüfung verfassten Bericht der I.____ vom 23. Juli 2015 wurde konstatiert, die chronischen Lumbalgien bestünden seit einigen Wochen. Im MRI vom 23. Juli 2015 würden sich eine ausgeprägte Facettengelenksarthrose L4/5 und L5/S1 mit einer aktivierten Komponente rechtsseitig mit Signalintensitätserhöhung in der STIR-Sequenz zeigen, die «möglicherweise» Auslöser für die Schmerzen seien (Urk. 10/101/1 f.).

Gemäss Bericht der I.____

zum MRT vom 21. November 2016 zeigte sich im Verlauf eine deutliche Zunahme der Facettengelenksarthrose S1/L5 mit erheblich vermehrter Flüssigkeit im Gelenk rechtsbetont bei stationärer Dehydrierung und leichter Protrusion der Bandscheibe auf diesem Niveau (Urk. 10/175/54).

In der Verlaufskontrolle bei Dr. A.____ vom 18. April 2017 gab die Beschwerdeführerin wiederum an, seit einiger Zeit auch

Rückenschmerzen im Bereich der Lendenwirbelsäulen zu haben, die nicht ausstrahlen würden,

und wünschte eine fachärztliche Beurteilung (Urk. 10/175/44).

In einer weiteren Verlaufskontrolle vom 12. September 2017 berichtete sie

alsdann, starke Schmerzen vor allem im Bereich der Wirbelsäule auf Höhe des Beckenkammes (L5/S1, L4/L5 aber auch leicht L3/4, L2/3 paravertebral) zu haben mit Ausstrahlung in die untere Extremität entsprechend der L5/S1 Wurzel (lateraler Ober-/Unterschenkel, Dig. IV und leicht V; Urk. 10/175/45). 4.3.3

Zwischen diesen Kontrollen hatte

die Beschwerdeführerin

Dr. med. C.____, Facharzt für Neurochirurgie, aufgesucht, dessen Bericht im Z.____-Gutachten zutreffend wiedergegeben wurden. So erwog Dr. C.____ am 5. Mai 2017, es bestehe eine chronische Lumboischialgie, wobei die beginnende Segmentdegeneration L4/5 mit Spondylarthrose rechts ein morphologisches Korrelat sein könne. Die vorgeschlagene Infiltration der Facetten habe die Beschwerdeführerin abgelehnt, weil sie Kortison nicht vertrage. Zwar könnte man auch eine Infiltration ohne Kortison durchführen, doch dies wolle sie

momentan auch nicht. Die therapeutischen Möglichkeiten seien gering, da die Physiotherapie bisher

ebenfalls nicht geholfen habe und die Beschwerdeführerin für eine Fortsetzung derselben nicht motiviert genug erscheine (vgl. Urk. 10/175/62) .

Im

Bericht vom 22. September 2017

wurde vermerkt, dass die Beschwerdeführerin keine

Schmerzmedikamente einnehme (vgl. Urk. 10/175/57) . Schliesslich schlussfolgerte Dr. C.____ am 3. Oktober 2017, in den neuen Bilddokumenten zeige sich eine Instabilität L4/L5 bei Degeneration, wiederum ohne feststellbare eindeutige Neurokompression.

« Bei mässigem bis hohem Leidensdruck käme hier die

Spondylodese in Frage »

(vgl. Urk. 10/175/52 f.). 4.3. 4

Gemäss Austrittsbericht des J.____

zur nach der Z.____ -Begutachtung , aber vor Erlass der angefochtenen Verfügung durchgeführten Spondylodese

L4/5

und Fenestration L4/5 mit Arthrektomie

vom 11. Januar 2018 gestaltete sich der intra- und postoperative Verlauf komplikationslos. Die Schmerzen habe man mit Analgesie zufriedenstellend kontrollieren können, die radikuläre Schmerzproblematik habe sich kurzfristig postoperativ regredient gezeigt. Die Mobilisation sei durch die Schmerzen und zusätzlich

eine reflektorische Hypotonie mit assoziiertem Schwindel protrahiert gewesen . Die radiologische Stellungskontrolle habe eine regelrechte Lage des Spondylodesematerials gezeigt. Bis zur Nachkontrolle in sechs Wochen soll e

keine lumbal mobilisierende Physiotherapie erfolgen, ein isometrisches Krafttraining sei

erlaubt. Das Heben und Tragen von schweren Lasten sowie Zwangshaltungen sei zu vermeiden und die lumbalaktive Mobilisation nicht zu forcieren (vgl. Urk. 3/1). Dr. C.____ attestierte der Beschwerdeführerin sodann noch

bis Mai 2018 eine volle Arbeitsunfähigkeit (Urk. 3/3 und 7/1). 4.3. 5

Ergänzend zur gutachterlichen Würdigung (E. 3.5.3)

ist

festzustellen , dass nach der letzten Rentenprüfung in Bezug auf den Rücken bildgebend neue Befunde erhoben wurden, die sich in der Folge verschlechterten. Indessen ist der von Dr. C.____ angegebene mässige bis gar hohe Leidensdruck behandlungsanamnestisch nicht plausibel .

Er

sprach zudem selbst nur von einem «möglichen» organischen Korrelat und bejahte die Operationsindikation aufgrund der Beschwerdeklage bzw. auf Wunsch der Beschwerdeführerin . Daraus lässt sich nicht schliessen, die Beschwerden seien überwiegend wahrscheinlich auf die bildgebend festgestellten Befunde zurückzuführen .

Dies muss umso mehr gelten,

als sich trotz intensiver Abklärungen keine Neurokompression darstellen liess

und die Beschwerdeführerin infolge einer muskulären Dekonditionierung schon früher über Rückenschmerzen geklagt hatte. Daran dürfte sich bei fehlender Motivation für eine Physiotherapie und Weiterbenützung der Gehstöcke

wenig geändert haben.

Die Ausstrahlung in Bein und Nacken bezeichnete sie selbst zudem nur als gering und gab an, die Hauptschmerzen kämen unter Belastung / Bewegung. Sie könne nur 20 Minuten gehen, dann würden die Rückenschmerzen zunehmen. Sie müsse stehen bleiben oder idealerweise sich hinsetzen (vgl. Urk. 10/161/2 f.). Insoweit sind die subjektiv geklagten Beschwerden ohne Weiteres mit dem gutachterlich definierten Belastungsprofil vereinbar.

Letztlich im Einklang mit dem Z.____ -Gutachten attestierte Dr. C.____

der Beschwerdeführerin einzig im Zusammenhang mit der Operation und zudem nur bis Ende Mai 2018

eine

(volle) Arbeitsunfähigkeit.

Dass sich diese auch auf angepasste Tätigkeiten erstreckt, kann seinen

Zugnissen nicht entnommen werden.

Es bestehen daher keine Anhaltspunkte dafür, dass sich an der gutachterlichen Zumutbarkeitsbeurteilung im weiteren Verlauf wesentliche Änderungen ergeben hätten. 4.4

4.4.1

Schliesslich wurde bereits in der ersten Begutachtung im Jahr 2011

aufgrund der Beschwerdeklage ein patellofemorales Schmerzsyndrom rechts

diagnostiziert (Urk. 10/42/16 und 10/42/24). Im MRI vom 5. März 2013

zeigte sich nach einer Distorsion des linken Knies sechs Wochen zuvor ein Lappenriss des lateralen Menis kushinterhorns mit neben die Eminentia

intercondylaris geschlagenem Flapp. Ferner

wurden neben wenig Gelenkerguss eine mässiggradige laterale Femorotibalgelenksarthrose und

eine leichte lateralbetonte Femoropatellarge lenks arthrose

festgestellt (Urk. 10/101/18). 4.4.2

Die Befunde und Diagnosen lagen in der Z.____ -Untersuchung vor, doch gab die Beschwerdeführerin damals keine Knieschmerzen an (Urk. 10/175/17). Es ist deshalb nicht zu beanstanden, dass solche

nicht berücksichtigt wurden. Allerdings schliesst das von den Z.____ -Gutachten definierte Belastungsprofil kniebelastende Tätigkeiten weitestgehend aus. 4.4.3

Im nachgereichten Bericht vom 7. September 2018 bezieht sich Dr. med. K.____, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie, auf eine Untersuchung am Vortag. Er

diagnostizierte eine lateral betonte Gonarthrose links. Im klinischen Untersuchung zeige sich eine anhaltend schmerzhafte Situation. Eine Infiltration des Kniegelenks werde nicht gewünscht. Es sei formal über die Implantation einer Knieprothese aufgeklärt worden. Es bleibe abzuwarten, ob durch die Behandlung des Sprunggelenks (punktieren respektive infiltrieren?) eine Entlastung des linken Kniegelenks erreicht werde (Urk. 20).

Der Bericht gibt weder Aufschluss über die gesundheitliche Situation bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung, noch finden sich darin objektive Befunde, die auf eine Verschlechterung der Kniebeschwerden seit der Begutachtung durch Dr. Y.____

hinweisen. Es fällt eher auf, dass sich weder links noch rechts deutliche Atrophien der Streck-/Beugemuskulatur

fanden. 4.5

4.5.1

Das

Z.____-Gutachten leuchtet somit in allen Teilen in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ein und enthält nachvollziehbar begründete Schlussfolgerungen, so dass vollumfänglich darauf abzustellen ist. Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin kann es in Anbetracht der Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag in umstrittenen Fällen letztlich nicht Sache der therapeutisch tätigen Arztperson sein, zur Arbeitsunfähigkeit verbindlich Stellung zu nehmen. Die bloße Bescheinigung einer höhergradigen Arbeitsunfähigkeit durch Dr. A.____ ist daher belanglos, weil er diese nicht mit Aspekten begründete, welche in der Z.____-Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind und weiterer Abklärung bedürften (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts 8C_677/2014 vom 29. Oktober 2014 E. 7.2 mit Hinweisen, u.a. auf SVR 2 008 IV Nr. 15 S. 43 E. 2.2.1 [I 514/06]; Urteil des Bundesgerichts 9C_319/2014 vom 8. September 2014 E. 3.2).

4.5.2

Nichts zu ihren Gunsten ableiten kann die Beschwerdeführerin aus der Feststellung von Dr. B.____, eine rückwirkende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei schwierig.

Der Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG) schliesst eine Beweisführungslast zwar begriffsnotwendig aus. Erweist es sich jedoch trotz eingehender Abklärungen als unmöglich, einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen, so trägt diejenige Partei die Folgen der Beweislosigkeit, welche daraus Rechte ableiten wollte (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_398/2018 vom 5. Dezember 2018 E. 3.2 mit Hinweis auf BGE 138 V 218 E. 6).

In der Gesamtbeurteilung des Z.____-Gutachtens wurde ausdrücklich festgehalten, es weise nichts darauf hin, dass die Arbeitsfähigkeit nach Auslaufen der letzten Rente länger dauernd und höhergradig eingeschränkt gewesen sei (vgl. E. 3.3.2). Dem ist, wie der RAD-Arzt am 15. Dezember 2017 postulierte (Urk. 10/180/12), beizupflichten. Nach dem vorstehend Ausgeführten lässt sich aufgrund der

Berichte von Dr. C.____ und

Dr. A.____

kein Leiden feststellen, das die der Rentenverfügung vom 15. Juli 2015 zugrundeliegende volle Arbeitsfähigkeit in einer sitzenden Tätigkeit, ohne im Stehen/Gehen auszuführende Arbeiten und ohne Heben/Tragen von Lasten über 5 bis 10 kg zu irgendeinem Zeitpunkt mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit zusätzlich eingeschränkt hätte.

Dies gilt selbstredend auch für die darauf basierenden, ohne eigene Befunderhebung abgegebenen Arbeitsfähigkeitseinschätzungen des Hausarztes

Dr. med. L. ___ (etwa

Urk. 10/135, 7/2 und 17/2) . 4.5.3

Eine Arbeitsunfähigkeit auch in angepassten Tätigkeiten

bestand

also nur während der Rekonvaleszenz nach den Operationen. Es finden sich indessen keine Anhaltspunkte dafür, dass diese nach den komplikationslos verlaufenen Fussoperationen im April 2016 und April 2017 jeweils während mindestens drei Monaten mindestens 40 %

betrug. Nur so liesse sich jedoch im Rahmen der analogen Anwendung der Revisionsregeln ein relevantes Ausmass der gesundheitlichen Veränderung

bei einem vorbestehenden Invaliditätsgrad von 0 % (Urk. 10/95/8) und damit ein materieller Revisionsgrund begründen (vgl. Art. 88a IVV, Urteil des Bundesgerichts 9C_496/2018 vom 21. November 2018 insbesondere E. 4.2.1).

Wie lange die

Rekonvaleszenz nach der Rückenoperation

am 11.

Januar 2018 dauerte, kann

letztlich offen gelassen werden, da

die angefochtene Verfügung bereits knapp zwei Monate später erging. Es bleibt zu ergänzen, dass im Bericht vom 28. Oktober 2016 eine Arbeitsunfähigkeit in einer Verweistätigkeit

infolge der am 20. Juli 2016 erfolgten

Magenbypass-Operation

verneint wurde (Urk. 10/144/2 f.). Dass die Arbeitsfähigkeit allenfalls über die einwöchige Hospitalisation

hinaus im Rahmen der Rekonvaleszenz eingeschränkt war, ist dem Bericht nicht zu entnehmen. Eine Thromboseprophylaxe, die auf eine eingeschränkte Mobilität hindeutet, wurde im Austrittsbericht allerdings nur für drei Wochen postoperativ angeordnet (Urk. 10/144/10) und die Beschwerdeführerin gab bereits in der Nachkontrolle vom 2. September 2016 als einzige Beschwerde noch seltenes Erbrechen nach zu schnellem Essen an (Urk. 10/144/12 f.) . 5.

Zusammenfassend ist also nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin mit der angefochtenen Verfügung einen erneuten Rentenanspruch der Beschwerdeführerin mangels entsprechender Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit (Art.

E. 17

ATSG)

verneinte. Die Beschwerde ist folglich abzuweisen. 6.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Sie sind vorliegend auf Fr. 1'000.-- anzusetzen und der unterliegenden Beschwerdeführer in aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Christine Fleisch - 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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Fehr Bonetti

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