

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.01071 vom 5. September 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-09-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.01071

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.01071 du 5 septembre 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.01071 del 5 settembre 2020

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetz es über den Allge meinen 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 kom menden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der ge sundheitlichen 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

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetz es über die Invalidenversicherung (IVG) sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines aner kannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 145 V 215 E. 5.1, 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.3

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.

E. 1.4

Ändert sich der Invaliditätsgrad 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 seit Zuspre chung 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). Hin gegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE

141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, 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).

E. 1.5

Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht haben den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Sie haben alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere dürfen sie bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum sie auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellen (BGE 125 V 351 E. 3a).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob er 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a).

E. 2

IVG).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin stellte sich im angefochtenen Entscheid vom 9. November 2018 auf den Standpunkt, das D.____-Gutachten habe eine erhebliche Verbesserung der medizinischen Situation zu Tage gefördert. Aus psychiatrischer Sicht lägen keine Einschränkungen mehr vor und auch die Einschränkung in den Fingern habe sich verringert. Die angestammte Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin nun wieder zu 90 % zumutbar, weshalb ein nicht mehr renten begründender Invaliditätsgrad von 10 % vorliege. Die Einschränkungen der linken Hand seien im Gutachten gewürdigt worden (Urk. 2).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin beanstandete in ihrer Beschwerde vom 10. Dezember 2018, dass die Begutachtung nur in zwei anstatt in - wie in den früheren Begutachtungen - vier Teilbereichen durchgeführt worden sei. Sie brachte vor, zumindest eine neurologische

Begutachtung hätte zwingend erfolgen müssen, da es sich beim im Vordergrund stehenden CRPS um eine neurologisch-orthopädisch-traumatologische Erkrankung handle. Auf das D.____-Gutachten dürfe nicht abgestellt werden (Urk. 1 S. 3 und S. 6 f.). Aufgrund der Begutachtung lediglich in zwei Fachgebieten sei auch ein Vergleich mit dem Sachverhalt bei der Rentenentscheidung unmöglich. Ihr Gesundheitszustand sei unverändert oder habe sich gar verschlechtert (Urk. 1 S. 8).

In ihrer Eingabe vom 13. Februar 2020 machte die Beschwerdeführerin unter Beilage eines Berichts der Fachpersonen des Zentrums F.____ vom 9. Dezember 2019 geltend, sie sei aus neurokognitiver Sicht zu 50 % in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt (Urk. 9 und 10).

E. 3.1

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und zur prozessualen Revision (BGE 133 V 108 E. 5.4).

Dabei braucht es sich nicht um eine formelle Verfügung (Art. 49 ATSG) zu handeln. Ändert sich nach durchgeführter Rentenrevision als Ergebnis einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs nichts und eröffnet die IV-Stelle dies wegen des Revisionsergebnisses gestützt auf Art. 74 ter

lit. f der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) auf dem Weg der blossen Mitteilung (Art. 51 ATSG), ist im darauffolgenden Revisionsverfahren zeitlich zu vergleichender Ausgangsachverhalt derjenige, welcher der Mitteilung zugrunde lag (Urteil des Bundesgerichts 9C_599/2016 vom 29. März 2017 E. 3.1.2 unter Hinweis auf 8C_441/2012 vom 25. Juli 2013 E. 3.1.2).

Die Viertelsrente der Beschwerdeführerin wurde letztmals mit Mitteilung vom 30. Dezember 2013 bestätigt (Urk. 7/119). Für diese Beurteilung wurden Angaben der Beschwerdeführerin (Urk. 7/113) sowie Formularberichte des behandelnden Psychiaters (Urk. 7/116) sowie der Hausärztin (Urk. 7/117) zu den Akten genommen. Zwar wurde das Dossier anschliessend dem RAD vorgelegt, doch äusserte sich der RAD-Arzt Dr. med. G.____, Facharzt für Allgemeinmedizin, einzig zum Bericht des behandelnden Psychiaters, welcher keine neuen Befunde und Diagnosen vorgebracht habe (Urk. 7/118/3-4). Diese Beurteilung erfolgte rudimentär und überdies fachfremd. Insgesamt kann nicht von einer rechtskonformen Sachverhaltsabklärung im Sinne von BGE 133 V 108 die Rede sein, welche - wenn sie inhaltlich zu einem anderen Ergebnis geführt hätte - geeignet gewesen wäre, eine Rentenerhöhung, -herabsetzung oder -aufhebung zu begründen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_52/2016 vom 23. März 2016 E. 3.1-3.2 und 9C_599/2016 vom 29. März 2017 E. 5.2-5.3, je mit Hinweisen).

Folglich bilden die rentenzusprechenden Verfügungen vom 10. Februar 2011 (Urk. 7/98 und Urk. 7/90) den zeitlichen Referenzpunkt.

E. 3.2.1

Der Zuspreehung der Viertelsrente ab 1. November 2009

lag in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen das interdisziplinäre

Gutachten des A.____

vom 14. November 2008 (Urk. 7/59) zugrunde. Darin wurden folgende Diagnosen gestellt (Urk. 7/59/31): - chronifiziertes Schmerzsyndrom der linken Hand mit residuellen dystrophen Veränderungen bei Status nach CRPS Grad I mit unter anderem neuropathischer Schmerzkomponente und persistierendem Funktionsdefizit der Hand - Femoropatellararthrosen beidseits - intermittierendes leichtgradiges lumbovertebrales Schmerzsyndrom - intermittierende leichtgradige laterale Fusschmerzen links bei Status nach konservativ versorgter nicht dislozierter Basisfraktur metatarsale V links am 20. Juni 2006 - residuelle neuropathische Schmerzen in der linken Hand nach CRPS I infolge Fraktur der Metacarpalia II bis IV links durch den Unfall vom 26. März 2004 - residuelle Sensibilitätsstörung im linken lateralen Fussrand nach Fraktur der Metatarsale V am 20. Juni 2006 - rezidivierende depressive Störung, zum Untersuchungszeitpunkt leicht gradig ausgeprägt (ICD-10 F33.01) Der rheumatologischen Beurteilung ist zu entnehmen, es bestehe in der klinischen Untersuchung ein deutliches Funktionsdefizit der linken Hand mit weiterhin deutlichen Hinweisen für neuropathisch bedingte Schmerzen im Handrücken- und Fingerbereich. Hautfarbe und -temperatur, Haarbewuchs und Hautfeuchtigkeit seien mittlerweile im Bereich beider Hände symmetrisch.

Bildgebend habe sich eine Osteopenie gezeigt. Aus rheumatologischer Sicht liege in der bisherigen Tätigkeit als kaufmännische Angestellte eine 60%ige Arbeitsfähigkeit vor (Urk. 7/59/18). Prognostisch sei mit anhaltenden Beschwerden und einem anhaltenden Funktionsdefizit zu rechnen (Urk. 7/59/19). Anlässlich der neurologischen Untersuchung habe sich die Beschwerdeführerin passiv verhalten und geistig gedämpft gewirkt, möglicherweise aufgrund der zentralen aktiven Medikamente. Die Breite der linken Hand sei gegenüber rechts deutlich reduziert gewesen, was auf eine Atrophie der intrinsischen Handmuskulatur hinweise, welche sehr wahrscheinlich durch Schonung entstanden sei. Die Prüfung der Kraft der intrinsischen Muskeln der linken Hand sei ulnarbetont deutlich geschwächt gewesen, aber auch die Kraft der Fingerbeuger und Extensoren sei vermindert gewesen, wobei die Prüfung von Schmerzen begleitet gewesen sei. Die Prüfung der Sensibilität habe Regionen verminderter Wahrnehmung der Reize sowie fehlerhafte Wahrnehmungen (Dysästhesien) ergeben. Im Bereich der MCP Gelenke III, IV und V habe die Beschwerdeführerin brennende und stechende Spontanschmerzen angegeben, welche durch Berührung verstärkt worden seien, was auf einen neuropathischen Charakter hinweise. Kraft und Funktion der unteren Extremitäten seien unauffällig gewesen. Am Fussrücken links habe die Beschwerdeführerin eine leichte Minderung der Berührungswahrnehmung angegeben (Urk. 7/59/19). Diese sei funktionell ohne Auswirkung. Zu einer primären Schädigung der handversorgenden Nerven sei es anlässlich des Unfalls vom 26. März 2004 nicht gekommen. Als Komplikation der damals erlittenen Metacarpalefraktur II bis IV habe sich ein CRPS I (Complex Regional Pain Syndrom, Sudeck Dystrophie) eingestellt. Dieser Komplikation seien die neurologischen Störungen der linken Hand teilweise zuzuordnen. Beim veränderten Mentalstatus mit Energielosigkeit, Schläfrigkeit, Passivität und Ergebenheit in ihre gesundheitliche Situation mit weitgehender Übertragung der Verantwortung für den zukünftigen Verlauf auf die Ärzte handle es sich nicht um eine neurologisch erklärbare Verhaltensänderung. Allenfalls stelle sie teilweise eine unerwünschte Wirkung der sedierenden Medikamente dar (Urk. 7/59/20).

In der psychiatrischen Beurteilung wurde ausgeführt, es habe im psychopathologischen Befund eine feststellbar gedrückte, leicht freud- und ratlose Grundstimmung bei leicht verminderter affektiver Modulationsfähigkeit und leicht verminderte r emotionaler Reagibilität vorgelegen. Die ausgeprägte Tagesmüdigkeit sei wahrscheinlich multifunktionell verursacht durch schmerzbedingte Erschöpfung, Medikamente und Depressivität (Urk. 7/59/20). Die chronische Schmerzproblematik und die zum Untersuchungszeitpunkt bestehende depressive Symptomatik würden sich gegenseitig unterhalten beziehungsweise verstärken. Einerseits senke die depressive Störung die Schmerzschwelle mit vermehrter und fixierter Schmerz Wahrnehmung, andererseits triggere die anhaltende Schmerzproblematik das depressive Syndrom. Aus psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführerin eine Erwerbstätigkeit zu 80 % möglich (Urk. 7/59/21). Die Gutachterpersonen hielten fest, aus psychischer und somatischer respektive interdisziplinärer Sicht liege in der angestammten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 40 % vor (Urk. 7/59/29,

Urk. 7/59/32). Aus psychiatrischer Sicht sei die Etablierung einer psychiatrisch-psychotherapeutischen und optimierten medikamentösen antidepressiven Therapie geeignet, um das vorliegende depressive Störungsbild zu lindern und die Arbeitsfähigkeit entsprechend zu verbessern (Urk. 7/59/32).

Aus somatischer Sicht sei eine namhafte Verbesserung auf absehbare Zeit unwahrscheinlich (Urk. 7/59/33). Der RAD-Arzt Dr. G. ___ gab in seiner Stellungnahme vom 26. Januar 2009 an, das interdisziplinäre Gutachten sei umfassend und schlüssig (Urk. 7/74/7).

E. 3.2.2

Die Beschwerdegegnerin bemass gestützt auf die gutachterliche Beurteilung den Invaliditätsgrad für die Zeit ab 1. November 2009 unter Berücksichtigung einer Arbeitsunfähigkeit von 40 % in der angestammten Tätigkeit als Sachbearbeiterin (Urk. 7/90/2).

E. 3.3.1

-5 ,

E. 3.3.2

Dr. med. I. ___ , Leitende Ärztin Rheumatologie der Klinik B. ___ , nannte in ihrem Bericht vom 13. Juni 2017 - zusammengefasst wiedergegeben - folgende Diagnosen (Urk. 7/140/21): - CRPS Typ 1 am Fuss rechts , Erstdiagnose im November 2016

- Neuropathie des Nervus

suralis rechts

- Status nach CRPS der linken Hand - übermässiger Opiat-Konsum - zahlreiche Allergien, namentlich auf Medikamente - Depression Sie hielt fest, labormässig hätten sich abgesehen von diskret erhöhten Entzündungswerten keine Auffälligkeiten ergeben. Betreffend die Arbeitsunfähigkeit empfehle sie eine Anmeldung bei der Invalidenversicherung zur Neubeurteilung bei Verschlechterung des vorbestehenden Gesundheitszustands beziehungsweise mit der Frage nach einer Erhöhung der Invalidenrente (Urk. 7/140/23).

E. 3.3.3

Dr. med. J.____ , Oberärztin Fusschirurgie in der Klinik B.____ , äusserte am 18. Juli 2017 namentlich den Verdacht auf ein CRPS am rechten Fuss (Urk. 7/128/5). Sie gab an, aufgrund der Schmerzen im Bereich des rechten Fusses sei nach wie vor keine berufliche Tätigkeit möglich (Urk. 7/128/6).

E. 3.3.7

Am 12. Juli 2018 erstatteten die Experten der D.____ ihr bidisziplinäres Gutachten, welches namentlich ein orthopädisch-traumatologisches (Urk. 7/146/ 24 ff.) sowie ein psychiatrisches Teilgutachten (Urk. 7/ 146/45 ff.) und eine bidisziplinäre Gesamtbeurteilung (Urk. 7/146/5 ff.) umfasst. Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Experten eine persistierende Bewegungseinschränkung der Langfinger der linken Hand mit konsekutiv unvollständigem Faustschluss nach operativ behandelten Mittelhandfrakturen und algodystrophem Verlauf sowie eine rezidivierende depressive Störung, nicht näher bezeichnet (ICD-10 F33.9). Keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit massen sie der persistierenden Belastungseinschränkung des rechten Fusses nach mehreren Operationen, zuletzt Teilarthrodese der Fusswurzelknochen und algodystrophem Verlauf, sowie der persistierenden Bewegungseinschränkung des rechten unteren Sprunggelenkes und der Narbenüberempfindlichkeit zu (Urk. 7/146/6).

Sie führten aus, aufgrund der Funktionsbeeinträchtigung der linken Hand bestehe eine Einschränkung von 10 % für die bisherige Tätigkeit als Sachbearbeiterin, da die Beschwerdeführerin bei der Bedienung der Computertastatur vermehrte Pausen benötige. Die Funktionsbeeinträchtigung des rechten Fusses sei versicherungsmedizinisch für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit nicht relevant (Urk. 7/146/ 6) . In psychiatrischer Hinsicht habe sich eine reaktive Depressivität im Sinne einer über längere Zeit leichten depressiven Episode - inzwischen liege nur noch eine geringgradige depressive Symptomatik vor - im Übergangsbereich zu einer normalpsychologischen Reaktion auf eine körperliche Erkrankung entwickelt . Da durch, dass die Konzentration vermehrt ermüdbar sei, ergebe sich eine quantitative Verminderung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit, in einer optimal adaptierten Tätigkeit sei die Arbeitsfähigkeit hingegen nicht eingeschränkt (Urk. 7/146/6-7). Für die angestammte Tätigkeit liege eine vollzeitliche Arbeitsfähigkeit mit einer Leistungsfähigkeit von 90 % vor (Urk. 7/146/7-8). Dass sich die Beschwerdeführerin keinerlei berufliche Tätigkeit zutraue, sei unter Berücksichtigung des Aktivitätenniveaus in den Bereichen Freizeit und Haushalt nicht nachvollziehbar. Die Funktionseinschränkung der linken Hand sei nicht gravierend. Die grobe Kraft sei zwar vermindert demonstriert, jedoch inkonsistent. Die Zwischenhandmuskulatur sei im Seitenvergleich nicht wesentlich ver schwächtigt und klinische Hinweise für ein persistierendes chronisches Schmerz syndrom der linken Hand seien anlässlich der Begutachtung nicht zu finden gewesen. Insofern seien die Beschwerden der linken Hand nicht in Gänze zu objektivieren (Urk. 7/146/7). Die Schmerzen und Funktionseinschränkungen des rechten Fusses seien aufgrund einer geringen Schwellung sowie Bewegungseinschränkung des rechten unteren Sprunggelenkes, welche als schmerzhaft bezeichnet worden sei, nachvollziehbar (Urk. 7/146/7-8). Die zwischenzeitlich mitgeteilten Beschwerden der Wirbelsäule seien nicht mehr zu objektivieren und von der Beschwerdeführerin als nicht mehr vorhanden mitgeteilt worden (Urk. 7/146/8).

Nach der Rentenzusprechung vom 1. Dezember 2010 (vgl. Urk. 7/89) sei es zu einer nennenswerten Besserung der Funktion der linken Hand gekommen. Es bestehe eine

uneingeschränkte Streckung der Langfinger bei nur geringer Beuge beeinträchtigung der Finger 2, 3 und 4 und einer resultierenden Einschränkung des aktiven Faustschlusses von einem Zentimeter der Finger 2 bis 5 und einem passiv vollständigen Faustschluss (Urk. 7/146/8 , Urk. 7/146/10).

Psychiatrischer seits sei aufgrund der Berichterstattung davon auszugehen, dass von Mitte 2013 bis etwa Ende 2013 eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % vorgelegen habe. Insbesondere der Umstand, dass die Beschwerdeführerin sich nach Ende der Behandlung bei Dr. med. M.____ , Facharzt

für Psychiatrie und Psychotherapie, Ende 2013 nicht erneut in ambulante psychiatrische Behandlung begeben habe, deute darauf hin, dass die depressive Symptomatik sich gegen Ende 2013 wieder deutlich gebessert habe. Seit 2014 liege nur noch eine Arbeitsunfähigkeit von 10 % vor (Urk. 7/146/8).

Zur weiteren Begründung führten die Gutachter aus, die Beschwerdeführerin habe in ihrem Beschwerdevortrag hauptsächlich Beschwerden des rechten Fusses an gegeben. Sie sei beim Gehen behindert und merke eine Schwellung bei warmem Wetter. Weiterhin bestünden Schmerzen der linken Hand und ein unvollständiger Faustschluss

(Urk. 7/146/5).

E. 3.3.9

, 3.3.11) - ohne dass in diesem Zusammenhang

von der Expertise abweichende klinische Befunde geschildert worden wären - der gutachterlichen Schlussfolgerung nicht entgegen.

Auch die Annahme einer Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht fällt ausser Betracht beim Vorhandensein nur noch einer Restsymptomatik, welche nicht mehr den Schweregrad einer leichten depressiven Episode erreicht (vgl. vorstehende E. 4.2). Denn in Nachachtung der bundesgerichtlichen Rechtsprechung können grundsätzlich nur schwere psychische Störungen mit schweren Auswirkungen in wichtigen Funktionsbereichen invalidisierend sein (BGE 143 V 418 E. 5.2.2, Urteil des Bundesgerichts 9C_303/2018 vom 30. August 2018 E. 4.1). Ein indikatorengeleitetes Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 bleibt aus Gründen der Verhältnismässigkeit entbehrlich, weil im Rahmen fach ärztlicher Berichte - nämlich des psychiatrischen Teilgutachtens - eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wurde, und gegen teiligen Einschätzungen kein Beweiswert beigemessen werden kann (BGE 143 V 418 E. 7.1).

E. 3.3.10

RAD-Arzt Dr. E.____ nahm am 15. Oktober 2018 dahingehend Stellung, dass die persistierende Belastungs- und Bewegungseinschränkung sowie Narbenüberempfindlichkeit des rechten Fusses im Gutachten berücksichtigt worden seien. Die Kriterien für ein CRPS seien indes nicht erfüllt gewesen. Die psychiatrische Beurteilung habe sich nicht einzig auf das Fehlen einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung gestützt. Sodann seien an beiden Ober- und Unterarmen identische Umfänge gemessen worden als Hinweise auf eine seitengleiche Ausbildung der Muskulatur. Er fügte an, gewisse Aussagen der Hausärztin liessen jegliche Objektivität missen (Urk. 7/175/3-4).

E. 3.3.12

vorstehend) bezieht sich auf die Untersuchung vom 9. Dezember 2019 und lässt keine Rückschlüsse auf den Zeitraum bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 9. November 2018 zu. Der Erlass des angefochtenen Entscheids bildet indes recht sprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungs befugnis (vgl. etwa BGE 131 V 407 E. 2.1.2.1 oder BGE 129 V 167 E. 1), weshalb auf den genannten Bericht nicht näher einzugehen ist.

E. 4

Dem Austrittsbericht der Universitätsklinik C.____ vom 5. August 2017 ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin vom 20. Juli bis am 5. August 2017 hospitalisiert gewesen sei (Urk. 7/133/13). Die Beschwerdeführerin sei ihnen zu gewiesen worden, weil trotz ausgebauter ambulanter Massnahmen ein therapie refraktärer Verlauf vorliege. Sie leide weiterhin unter permanente n Schmerzen im rechten Fuss. Schmerzexazerbierend seien Belastung sowie eine wärmere Um gebungstemperatur und jeglicher Wetterwechsel . Die Schmerzen infolge des CRPS der linken Hand würden ebenfalls persistieren und es bestehe eine Beweg lich keitseinschränkung in den Langfingern (Urk. 7/133/14). Bei der Erhebung der Befunde habe sich die Flexion in den Fingern III und IV um ein en Drittel ein geschränkt gezeigt . Die Flexion/Extension des rechten Fusses sei um zwei Drittel eingeschränkt gewesen. Klinisch habe sich die Beschwerdeführerin mit einem CRPS in partieller Remission präsentiert, wobei vor allem der neuropathische Schmerz im Vordergrund gestanden habe. Das Hauptziel sei daher gewesen, eine erträgliche Analgesie zu erreichen. Unterstützende Gespräche durch den Schm erz psychologen habe die Beschwerdeführerin hingegen abgelehnt (Urk. 7/133/15).

Sie habe antriebslos und müde gewirkt . Es habe noch keine optimale Analgesie erreicht werden können, doch die Beschwerdeführerin habe insgesamt von den vermittelten Copingstrategien profitiert (Urk. 7/133/16).

E. 4.1

Strittig ist, ob die Beschwerdegegnerin die Viertelsrente der Beschwerdeführerin zu Recht aufgehoben hat. In diesem Zusammenhang ist zunächst zu klären, ob ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG vorliegt. Die Beschwerde gegnerin bejahte dies mit der Begründung, dass sich sowohl die Einschränkungen in den Fingern verringert hätten als auch jene aus psychiatrischer Sicht nicht mehr vorhanden seien (Urk. 2). Im Gegensatz dazu argumentierte die Beschwer deführerin, dass ihr Gesundheitszustand gleich geblieben sei oder sich gege be nenfalls verschlechtert habe, weshalb eine Revision nicht zulässig sei. Ein Ver gleich sei überdies unmöglich, da die Begutachtung nur in zwei Fachgebieten erfolgt sei (Urk. 1 S. 8).

E. 4.2

Die Experten des A.____ erachtete n die Arbeitsfähigkeit primär aufgrund des deut lichen Funktionsdefizits der linken Hand sowie der neuropathisch bedingten Schmerzen im Handrücken- und Fingerbereich als eingeschränkt. Ebenfalls als limitierend erachtet wurde die zum Untersuchungszeitpunkt leichtgradig ausge prägte rezidivierende depressive Störung. Die Beschwer deführerin hatte im Rahmen der damaligen Begutachtung über brennende und stechende Spontanschmerzen im Bereich der MC P Gelenke III, IV und V geklagt , welche durch Berührung ver stärkt wurden (E. 3.2 .1 vorstehend). Der Faustschluss gelang mit einer Sperr distanz der Finger II bis IV von zwei Zentimetern (Urk. 7/59/12, Urk. 7/59/18). Anlässlich der D.____ -Begutachtung betrug der Abstand nur

noch einen Zenti meter (Urk. 7/146/8 , Urk. 7/146/44), womit eine Verringerung der Beugebeein trächtigung vorliegt. Ferner wurde im Jahr 2008 eine sehr diskrete Schwellung von Digitum IV fraglich auch V links beschrieben (Urk. 7/59/12), wohingegen im Jahr 2018 keine klinischen Hinweise für ein persistierendes chronisches Schmerz syndrom der linken Hand zu finden waren, namentlich keine Zeichen eines Morbus Sudeck (Urk. 7/146/36) . Ferner waren

Handbeschwiellung und Gebrauchs zeichen beider Hände seitengleich diskret ausgebildet und es traten keine augen fälligen Umfangsdifferenzen der oberen Extremitäten zu Tage (Urk. 7/146/30). Auch die orientierende neurologische Untersuchung ergab keinen auffälligen Befund, sondern die Sensibilität war uneingeschränkt (Urk. 7/146/31). Klinisch bestand kein Hinweis für ein CRPS der linken Hand (Urk. 7/146/31). Die Ein schränkung der groben Kraft der linken Hand konnte aufgrund der im Seiten vergleich nicht wesentlichen Umfangsdifferenz der Unterarme nicht vollum fän glich objektiviert werden (Urk. 7/146/35) . Vielmehr erwiesen sich die gemes senen Umfangmasse der Arme als identisch (Urk. 7/146/44). Im A.____ -Gutachten war eine deutlich reduzierte Handbreite der linken Hand beschrieben worden (Urk. 7/59/19). Bezüglich der Handmuskulatur sprach der orthopädische Gut ach ter der D.____

von einer nur geringgradigen

Verschmächtigung (Urk. 7/146/ 31). Die Hausärztin führte hingegen aus , man sehe deutlich, dass die Muskeln der linken Hand schwächer seien (Urk. 7/ 154/2). Diese Angabe erfolgte ohne objek tive Befunderhebung. Da indes anlässlich der D.____ -Begutachtung identische Armumfänge gemessen wurden und nicht ersichtlich ist , inwiefern die Beschwer deführerin ihren linken Arm ohne die Hand gebrauchen würde, vermag die Angabe der Hausärztin keine Zweifel an der gutachterlich festgehaltenen weit gehenden Unauffälligkeit der Muskulatur der linken Hand zu erwecken. Vor diesem Hintergrund ist nachvollziehbar, dass im D.____ -Gutachten eine nennens werte Besserung der Funktion der linken Hand angegeben wurde (Urk. 7/146/8, Urk. 7/146/10).

In psychisch er Hinsicht leuchtet die Schlussfolgerung des psychiatrischen D.____ -Gutachters ein , dass keine leichte depressive Episode, sondern nur noch eine depressive Restsymptomatik vorliege (Urk. 7/146/56 unten) ,

dies angesichts der erhobenen Befunde mit nicht reduziertem Antrieb, zwar bedrück t -dysphorisch-unzufriedener Stimmungslage, bei jedoch guter Auflocker - und Modulierbarkeit bei neutralen Themen, vielfältigen Interessen, positiv besetzten Aktivitäten, ohne erkennbarem Verlust von Interesse und Freude, bei nicht beeinträchtigt affektiver Schwingungsfähigkeit sowie beim Fehlen eines sozialen Rückzugs (Urk. 7/146/52). Ferner stehen dem keine im Zeitpunkt des Erlasses des ange fochtenen Entscheids aktuellen gegenteiligen fachärztlichen Beurteilungen ent gegen.

Ein Vergleich der gesundheitlichen Situation in den relevanten Zeitpunkten erweist sich nach dem Gesagten insoweit als möglich, als von einer verbesserten Funktion der linken Hand sowie von einem verbesserten psychischen Gesund heitszustand im Zeitpunkt des Erlasses des ange fochtenen Entscheids auszugehen ist. Demnach liegt ein Revisionsgrund vor. Dass sich gewisse Aspekte der ge sundheitlichen Situation der Beschwerdeführerin verschlechtert haben und be züglich des rechten Fusses eine neu e

Diagnose

hinzugetreten ist, steht einer Rentenrevision beziehungsweise einer umfassenden (« allseitigen ») Neuprüfung des Rentenanspruchs nicht entgegen (BGE 141 V 9 Regeste sowie E. 2.3, 5 und 6). 5.

E. 5

PD Dr. med. K.____, Chefarzt Rheumatologie der Universitätsklinik C.____, nannte in seinen Berichten vom 15. August, 19. September und 22. November 2017 die Diagnose eines CRPS Typ I am Fuss rechts, in partieller Remission (Urk. 7/133/7, 7/133/9, 7/133/11) und attestierte der Beschwerdeführerin für die Zeit vom 20. Juli bis zum 22. November 2017 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 7/133/10, Urk. 7/133/12). Am 28. November 2017 berichtete er zuhanden der IV-Stelle, die medizinische Behandlung sei nach wie vor im Gange, sodass er keine konklusiven Angaben zu ihren Fragen machen könne. Mittelfristig empfehle er eine vertrauensärztliche Untersuchung beziehungsweise allenfalls eine Begutachtung (Urk. 7/133/6).

Am 17. Januar 2018 führte er aus, die Beschwerdeführerin habe über eine Schmerzzunahme berichtet. Es handle sich um Dauerschmerzen mit Exazerbation bei Bewegung und Belastungen. Die aktuelle Schmerzintensität gebe sie mit 8-9 von 10 an. Die Schmerztherapie in der Klinik L.____ werde weitergeführt (Urk. 7/140/9).

E. 5.1

Bei der Neubeurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin stützte sich die Beschwerdegegnerin auf das D.____-Gutachten vom 12. Juli 2018. Dieses basiert auf einem orthopädisch-traumatologischen (Urk. 7/146/24 ff.) sowie einem psychiatrischen Teilgutachten (Urk. 7/146/45 ff.) mit bidisziplinärer Gesamtbeurteilung (Urk. 7/146/5 ff.). Die Beschwerdeführerin beanstandet diesbezüglich vor allem, dass keine neurologische Begutachtung erfolgte (Urk. 1 S. 3 und S. 7). Es trifft zu, dass das Bundesgericht das CRPS als neurologisch-orthopädisch-traumatologische Erkrankung bezeichnet hat (Urteile des Bundesgerichts 8C_232/2012 vom 27. September 2012 E. 5.3.1; 8C_1021/2010 vom 19. Februar 2011 E. 7, je mit Hinweis). Jedoch hat das Bundesgericht - entgegen dem Einwand der Beschwerdeführerin in jenem Verfahren - eine Ärztin mit Facharzttitel in Chirurgie und Schwerpunkt Allgemeinchirurgie und Traumatologie für kompetent befunden, um das CRPS zu beurteilen (Urteil des Bundesgerichts 8C_1021/2010 vom 19. Februar 2011 E. 6). Beim für die D.____ beurteilenden Dr. med. P.____ handelt es sich um einen Facharzt für Chirurgie, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates (Urk. 7/146/41). Demnach ist ihm die fachliche Eignung zur Beurteilung der Auswirkungen eines CRPS nicht abzusprechen.

Ferner setzten sich die Gutachter mit den geklagten Beschwerden und dem Verhalten der Beschwerdeführerin auseinander und berücksichtigten die medizinischen Vorakten. Folglich erfüllt das D.____-Gutachten die rechtsprechungsgemäss erforderlichen formellen Kriterien für beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen (vgl. E. 1.5 vorstehend).

E. 5.2

In materieller Hinsicht ist nachvollziehbar, dass bei nicht wesentlich verschmächtigter Handmuskulatur klinische Zeichen für ein persistierendes chronisches Schmerzsyndrom verneint wurden (Urk. 7/146/7). Die D.____-Beurteilung, wonach bei der Tätigkeit als Sachbearbeiterin nur noch ein erhöhter Pausenbedarf vorliegt, welcher mit einer Leistungseinschränkung um 10 % einher geht (Urk. 7/146/37), ist vor diesem Hintergrund

sowie bei überdies verbesserter Hand funktion plausibel.

Der Umstand, dass an

der linken Hand und am rechten Fuss Schmerzen in einem gewissen Umfang persistieren , wurde gewürdigt

(Urk. 7/146/34) . Ihm wurde mittels der Anerkennung eines erhöhten Pausenbedarfs gebührend Rechnung getragen.

Anlässlich der D.____ -Begutachtung beschrieb selbst die Beschwerdeführerin ihr aktuelles Leiden nicht als invalidisierend. Vielmehr führte sie aus, im Moment gehe es nicht so gut, was auch durch das warme Wetter bedingt sei (Urk. 7/146/26). Der rechte Fuss schwellt bei warmem Wetter an, was dann alles auf die Narbe schlage. Sie ertrage dann keine Schuhe auf der Narbe. Daneben erwähnte sie auf Nachfrage Schmerzen und Bewegungseinschränkungen der linken Hand (Urk. 7/146/27) . Vor diesem Hintergrund erübrigte sich eine detailliertere Auseinandersetzung mit den dem Gutachten widersprechenden Beurteilungen behandelnder Ärzte, wonach invalidisierende Schmerzen bestünden. Hinzu kommt, dass sich eine fundierte Auseinandersetzung mit einer nicht mit objektiven Befunden untermauerten Einschätzung regelmässig als unmöglich erweist (vgl. Urk. 7/146/ 36).

Die Schmerzen und die Funktionseinschränkungen des rechten Fusses konnten aufgrund einer geringen Schwellung sowie bei schmerzhafter Bewegungseinschränkung nachvollzogen werden (Urk. 7/146/7-8). Punkto Arbeitsfähigkeit hielten die Gutachter dazu fest, die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Versicherungssachbearbeiterin werde überwiegend im Sitzen ausgeübt und beinhalte die Möglichkeit der selbst gewählten Positionswechsel und des kurzfristigen Umherlaufens. Dies sei als Prophylaxe gegen vermehrte Schmerzen am rechten Fusses ausreichend (Urk. 7/146/35). Diese Ausführungen leuchten ein und stehen in Einklang mit den Angaben der Ärzte der Universitätsklinik C.____ , wonach primär die Belastung zu einer Schmerzexazerbation führt (Urk. 7/133/14, Urk. 7/140/9). Daher ist plausibel, dass die Beschwerdeführerin von Seiten des Fusses ein Exazerbieren der Schmerzen während der Arbeit vermeiden kann und demnach keine zusätzliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorliegt (Urk. 7/146/37).

Die D.____ -Gutachter haben unter Hinweis auf ihre klinische Untersuchung das Vorliegen eines CRPS mangels entsprechender Zeichen verneint (Urk. 7/146/34), was angesichts der detailliert beschriebenen unauffälligen Befunde an den unteren Extremitäten (Urk. 7/146/32) einleuchtet . Dabei kommt es rechtsprechungs gemäss nicht auf die Diagnose an, sondern darauf, welche Auswirkungen eine Krankheit auf die Arbeitsfähigkeit hat (Urteil des Bundesgerichts 9C_270/2011 vom 24. August 2011 E. 4.2 mit Hinweis). Daher steht die Nennung eines CRPS Typ 1 beziehungsweise eines partiell remittierten CRPS sowie eines CRPS II am rechten Fuss durch andere Ärzte (vgl. vorstehend e

E.

E. 5.3

Der von lic. phil. N.____ und Dr. O.____ verfasste Bericht (E.

E. 5.4

Zusammengefasst ist festzuhalten, dass das Gutachten den Anforderungen an eine beweiskräftige Entscheidungsgrundlage genügt und darauf abgestellt werden kann. Von

der Einholung eines Gerichtsgutachtens (vgl. den Antrag in Urk. 1 S. 2 f.) sind keine weitergehenden Erkenntnisse zu erwarten (antizipierte Beweis würdigung; BGE 122 V 157 E. 1d), weshalb davon abzusehen ist.

Nach dem Gesagten ist gestützt auf das beweiskräftige D.____-Gutachten von einer 90%igen Arbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit auszugehen, was zu einem nicht mehr rentenbegründenden Invaliditätsgrad von 10 % führt. Folglich ist die Rentenaufhebung, welche die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vorgenommen hat, nicht zu beanstanden. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 6.

Der Streitgegenstand des Verfahrens betrifft die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung . Das Verfahren ist daher kosten pflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ermessensweise auf Fr. 8 00. -- anzusetzen. Ausgangsgemäss sind die Gerichtskosten der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800 .-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Nadja Hirzel - 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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. 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 FehrWidmer

E. 6

In ihrem Bericht vom 1 1. Februar 2018 gab Dr. H.____ an, die Beschwerdeführerin sei immer wieder sehr intensiv bei ihr in Behandlung gewesen, indes nun seit dem 3. Oktober 2017 nicht mehr. Die Situation mit dem Fuss habe sich stetig verschlimmert und der Zustand sei nun seit mindestens Oktober 2016 unerträglich. Es liege durchgehend eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten vor (Urk. 7/140/2). Die Beschwerdeführerin kämpfe täglich damit, mit dem Alltag fertigzuwerden. Der rechte Fuss und die linke Hand seien unbrauchbar und es komme eine Depression hinzu, sodass die Belastbarkeit bei null liege (Urk. 7/140/4).

E. 8

RAD-Arzt Dr. E.____ schloss sich in seiner Beurteilung vom 19. Juli 2018 den gutachterlichen Schlussfolgerungen an und hielt fest, die ursprünglich invalidisierenden Beschwerden an der linken Hand sowie die psychische Situation hätten sich gebessert, sodass sich der Gesundheitszustand wesentlich verändert habe (Urk. 7/147/9-10).

E. 11

PD Dr. K.____ , Chefarzt der Rheumatologie der Universitätsklinik C.____ , führte am 19. September 2018 aus , die Beschwerdeführerin habe anlässlich der Verlaufskontrolle über unveränderte Beschwerden in Form von invalidisierenden rechtsseitigen Fuss- und linksseitigen Handschmerzen berichtet. Sie habe eine psychologische Begleitung aufgenommen. Ferner sei bei Durchsicht der Akten aufgefallen, dass im Rahmen der elektrophysiologischen Untersuchung vom 5. Mai 2016 in der Klinik B.____ eine periphere Impulsleitungsstörung habe objektiviert werden können. Entsprechend liege formal ein CRPS Typ II am rechten Fuss vor. Dies sei auf der Diagnoseliste entsprechend angepasst worden (Urk. 3).

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