

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00846 vom 7. Juli 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-07-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00846

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00846 du 7 juillet 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00846 del 7 luglio 2020

Erwägungen

E. 1.1

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 des Bundesgesetzes über den All gemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts ,

ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprennung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenan spruch 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). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen).

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).

E. 1.2

Ein Revisionsgrund im Sinn von Art. 17 Abs. 1 ATSG betrifft Änderungen in den persönlichen Verhältnissen der versicherten Person (BGE 133 V 545 E. 7.1). Dazu gehört namentlich der Gesundheitszustand (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_896/2011 vom 31. Januar 2012 = SVR 2012 IV Nr. E. 3.1 , 9C_410/2015 vom 13. November 2015 E. 2). Dabei ist nicht die Diagnose massgebend, sondern in erster Linie der psychopathologische Befund und der Schweregrad der Symptomatik (Urteil des Bundesgerichts 9C_634/2015 vom 15. März 2016 = SVR 2017 IV Nr. 5 E. 6.1, vgl. auch BGE 136 V 279 E. 3.2.1). Aus einer anderen Diagnose oder einer unterschiedlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus medizinischer Sicht allein kann somit nicht auf eine für den Invaliditätsgrad erhebliche Tatsachenänderung geschlossen werden (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_213/2015 vom 5. November 2015 E. 4.4.2; 9C_330/2014 vom 23. Juli 2014 E. 5.2).

E. 1.3

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). 1.

E. 4

). Die Gutachterinnen und Gutachter stützten sich auf die ihnen überlassenen Akten (S. 2 ff.) und die anlässlich der am 23., 25. und 30. Juni 2015 erfolgten Untersuchungen (S. 1 unten) erhobenen Befunde (S. 65 ff.).

Die Gutachterinnen und Gutachter nannten folgende Diagnosen mit qualitativer Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 102 Ziff. 3): - Adipositas permagna (Grad III, BMI 44.5 kg/m²) - mässige retropatellare Chondropathie beidseits

Als Diagnosen ohne Auswirkungen nannten sie eine Migräne mit Aura, Differentialdiagnose (DD) Analgetika-induzierter Kopfschmerz bei Analgetika-Fehlgebrauch (S. 102 Ziff. 3).

Zur Arbeitsfähigkeit führten sie aus, eine Arbeitsunfähigkeit sei zumindest in einer körperlich leichten, wechselbelastenden oder überwiegend sitzend ausgeübten Tätigkeit nicht als hinreichend wahrscheinlich einzuschätzen, diesbezüglich betrügen die Arbeitsfähigkeit und das Rendement 100 % (S. 104 Ziff. 3a). Das massive Übergewicht und die orthopädischen Befunde rechtfertigten allenfalls den Ausschluss körperlich schwerer und überwiegend stehend oder gehend ausgeübter Tätigkeiten, wobei auch diese Limitation durch eine Gewichtsreduktion besserbar sei. Durch alle erhobenen Befunde und auch in den Akten daten deutlich aufscheinend zögen sich wesentliche Hinweise auf eine mangelhafte Compliance, einen fehlenden nachhaltigen Leidensdruck und auf ein bewusstseinsnahe demonstrative Darbietung von Einschränkungen und Beschwerden, was die reklamierten Beschwerden in ihrer Glaubwürdigkeit und Ausprägung derart relativiere, dass eine Gesundheitsstörung mit genereller (über qualitative Einschränkungen hinausgehender) Limitierung der Arbeitsfähigkeit nicht mit der gebotenen Wahrscheinlichkeit attestiert werden könne (S. 104 Mitte).

Eine Veränderung des Gesundheitszustandes seit Juni 2012 bezeichneten die Gutachterinnen und Gutachter als nicht wahrscheinlich (S. 103 Ziff. 2). 3.

E. 4.1

Am 24. Juli 2019 erstatteten die Ärzte der A.____ ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 7/348). Sie stützen sich auf die ihnen überlassenen Akten (S. 15 ff., S. 124 ff.), die Angaben der Beschwerdeführerin (S. 41 ff., S. 67 ff., S. 89 ff., S. 108 ff.) und die am 15. und 30. April und 11. Juni 2019 erfolgte internistische, rheumatologische, neurologische und psychiatrische Untersuchung (S. 1 unten).

E. 4.2

Die Gutachter nannten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 4 Ziff. 4.1.1): - Status nach OSG-Distorsionsstrauma Fuss linksseitig mit möglicher Os naviculare -Fraktur und Ansatzentzündung des M. tibialis

tibialis

posterior

mit

Pe s

planovalgus , P e s

transverso planus - Budapest-Kriterien für chronic regional pain

syndrome (CRPS) nicht erfüllt - Spondylyse L WK 5/S WK 1 - Haltungsstörung bei Adipositas - Kopfprotraktion mit sekundärer myofaszialer Schmerzsituation durch

Verspannungen der Nacken-Schulterregion - klinisch Verdacht auf Supraspinatusläsion Schulter rechtsseitig - klinisch Tenosynovitis de Quervain Handgelenk linksseitig - Periarthropathie Knie beidseits bei verkürzter Muskulatur Quadrizeps ,

Hamstrings und Unterschenkelmuskulatur, Verdacht auf muskellösige retroperitoneale

Chondropathie beidseits - positives Zohlenzeichen beidseits - Hernia

inguinalis beidseits, aktuell klinisch rechts nachvollziehbar - Adipositas per magna, Grad III - chronische Kopfschmerzen bei Analgetikaüberkonsum - obstruktives Schlafapnoesyndrom - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10

F45.41) - leichte bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.0) - Panikstörung (ICD-10

F41.0)

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie eine aktuell nicht behandlungsbedürftige

Sarkoidose , ein nicht mehr behandlungsbedürftiges Mikroprolaktinom , eine Varikosis der Stammvene im Bereich des linken Beines mit rezidivierender

Thrombophlebitis , ein nicht malignes Fibroadenom

der Mamma rechtsseitig, eine chronische

Refluxsymptomatik und einen Status nach OSG- Supinationstrauma rechts am 19. Juni 2016 mit älterer Läsion Ligamentum

deltoidum gemäss Aktenlage (S. 4 f. Ziff. 4.1.2)

E. 4.3

Die Gutachter führten aus, die Patientin berichtete in den Fachgutachten wiederholt vor allem über Schmerzen an den Kniegelenken, der Halswirbelsäule, an der Lendenwirbelsäule, an den Schultern und von anhaltenden Schmerzen mit schlechtem Heilungsverlauf am linken Fuss . Es bestünden Schmerzen in den Leisten rechtsbetont, Schmerzen am ganzen linken Bein, Schmerzen an den Handgelenken. Neben Parästhesien am linken Fuss , am linken Arm und im linken Gesicht bestünden ein gestörter Schlaf und tagsmüdigkeit. Ebenso bestünden Kopfschmerzen verschiedener Qualitäten. Aufgrund der Schmerzen würden Erschöpfungszustände, Konzentrationsstörungen und Störungen des Affekts beklagt, im weiteren auch Panikattacken (S. 5 Ziff. 4.2.2).

Aus rheumatologischer Sicht hätten die genannten Beschwerden näher bezeichneten Beeinträchtigungen zugeordnet werden können (S. 6). In der neurologischen Begutachtung sei indes die klinische Präsentation eines sensiblen Hemisyndroms links unter Einschluss des Gesichts, des linken Arms und des linken Beines ohne weitere Zuordenbarkeit

geblieben. Auch Schmerzen am linken Handgelenk oder der linken Schulter seien nur bedingt aus somatischer Sicht erklärbar gewesen. Psychiatrischerseits werde hierzu angemerkt, dass die Beschwerdeschilderung diffus und ausgeweitet sei (S. 6 unten). Dies weise auf eine psychische Überlagerung hin, die nicht nur mit einer Somatisierung im Rahmen der Depression erklärt werden könne. Diagnostisch handle es sich hierbei daher um eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (S. 6 f.). Aus internistischer Perspektive sei neben einem übergewichtigen Ernährungszustand (BMI > 40) die Diagnose eines Obstruktiven Schlafapnoe-Syndroms als Teilaspekt für die geklagte Leistungsminderung und Tagesmüdigkeit erkannt worden. Auch aus psychiatrischer Sicht könne eine Erklärung für eine Leistungsminde rung erbracht werden: Es bestehe eine leichte bis mittelgradige depressive Episode, gekennzeichnet durch depressive Verstimmung mit verminderter Freude und einem gewissen Interessensverlust (S. 7 oben). Es bestünden zwar auch akzentuierte, histrionische und ängstlich - vermeidende Persönlichkeitszüge. Die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung habe aber nicht gestellt werden können, vor allem aufgrund des Längsverlaufs mit vor der Erkrankung sonst normaler Sozialisation und voller Leistungsfähigkeit. Die Angaben von Angstanfällen mit vegetativen Symptomen hätten einer Panikstörung zugerechnet werden können. Eine wahnhaftige Störung oder eine posttraumatische Belastungsstörung lasse sich nicht finden (S. 7). Aus neurologischer Sicht seien die geklagten Kopfschmerzen vorwiegend einer chronischen Analgetikaeinnahme zugeordnet worden. Ein sekundärer oder gefährlicher Kopfschmerz sei mit Verweis auf eine MRI-Untersuchung des Neurokraniums aus 2015 unwahrscheinlich. Zwar seien die diagnostischen Kriterien einer Migräne ohne sichere Aura-Symptomatik erfüllt. Die Patientin berichte im Rahmen der von ihr so bezeichneten Migräne über ein plötzliches Schwarzsehen während einer halben Stunde, diese Angaben seien aber nicht typisch für eine Migräne - Aura. Bei gleichzeitigem Analgetikaüberkonsum ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit primär von einem analgetikainduzierten Kopfschmerz auszugehen (S. 7 Mitte).

E. 4.4

Zu den funktionellen Auswirkungen der Befunde und Diagnosen führten die Gutachter aus, sie würden infolge sich summierender medizinischer Problemfelder eine verminderte Resilienz-Lage hinsichtlich der Überwindbarkeit der Diagnosen erkennen (S. 8 Ziff. 4.3): Aufgrund der Summe der Befunde am Bewegungsapparat bestehe die Notwendigkeit einer Wechselbelastung. Mehrere leichte Behinderungen in Kombination wirkten sich ungünstig auf die Belastbarkeit aus. Stehen und Gehen seien dabei gemäss rheumatologischem Gutachten im besonderen Masse schmerzverstärkend, sitzende und liegende Körperhaltung sei als günstiger zu betrachten. Eine primär stehende Tätigkeit oder gehende Tätigkeit sei aufgrund der Diagnosen an Füßen und Knien nicht möglich. Eine rein sitzende Tätigkeit sei im weiteren Sinne eine Zwangshaltung und sollte vermieden werden. Auch eine primär sitzende Tätigkeit mit Möglichkeit zu kleineren Pausen und Wechselbelastung verstärke Schmerzen in der Nacken- und Schulterregion durch die beschriebene Haltungsstörung. Auch seien Schmerzen beim Sitzen aus rheumatologischer und allgemeininternistischer Perspektive durch eine Leistenhernie rechts medizinisch nachvollziehbar. Daher bestünden komplexe Störungen, die sich gegenseitig negativ verstärkten (S. 8). Aus allgemeininternistischer Perspektive könne neben einer Adipositas - bedingten Minderbeweglichkeit eine reduzierte Leistung in Konzentration und Aufmerksamkeit abgeleitet werden: Bei medizinisch nachvollziehbarer Tagesmüdigkeit sei die allgemeine Leistungsfähigkeit durch unzureichende Erholung aufgrund der

diagnostizierten Schlafstörung reduziert. Daneben beding e gemäss allgemeininternistischem Gutachten die Adipositas eine allgemeine Dekonditionierung . Das kardiopulmonale System sei sekundär dekonditioniert . Auch aus psy chiatrische r Sicht werde aufgrund der durch die psychiatrischen Diagnosen bedingte n erhöhte n Ermüdbarkeit eine allgemeine Leistungseinschränkung erkannt (S. 8 Mitte) . Aus neurolo g ischer Sicht seien die körperlichen Ressourcen der Patientin nicht substantiell eingeschränkt, die chronische Kopfschm erzsymptomatik reduziere je doch nachvollziehbarer weise die allgemeine Lei s tungsfähigkeit. Zwar könne nicht abschliessend zwi schen einer Migräne und einem Kopfschmerz durch Analgetika-Überkonsum unt erschieden werden, hieraus ergebe sich jedoch kein substantieller Unterschied im Hinblick auf die versicherungsmedizinische Auswirkung (S. 8 unten) .

E. 4.5

Hinsichtlich eventuell relevanter Persönlichkeitsaspekte wurde ausgeführt, d ie Exp l orandin sei in geordneten familiären Verhältnissen auf gewachsen . Nach Schulabschluss habe sie auch einen Lehrabschluss

erreicht . Aktuell bezie h e sie Suva -Leistungen und sei darüber hinaus finanziell vom Sozialamt abhängig. Von der Persönlichkeit her sei sie als eher ängstlich und rasch verunsichert zu beschreiben. Es best ünd en akzentuierte, histrionische und ängstlich-vermeidende Persönlichkeitszüge. Vor dem Jahr 2006 habe aber eine sonst normale Sozialisa tion mit voller Leistungsfähigkeit bestanden . Seitens der Persönlichkeit zeig t en sich somit keine Befunde, welche die Teilhabe in relevantem Mass beeinträchtigt en (S. 9 Ziff. 4.4) .

Im Hinblick auf Belastungsfaktoren und Ressourcen wurde ausgeführt, d ie Explorandin erhalte viel Hilfe seitens ihrer Herkunftsfamilie im Haush a lt. Aus psychiatrischer Sicht werde hier zu vermutet, es könne ein sekundärer Krankheits gewinn entstehen. Als arbeitsplatzrelevante Ressourcen w ü rden Berufsabschluss und mehrjährige Berufserfahrung angeführt. Als zusätzlich positive Ressource werde eine erhaltene Kontaktfähigkeit angeführt. Allerdings sei der Verlauf chro nifiziert . Im allgemeininternistischen und psychiatrischen Gutachten werde hierdurch eine Dekonditionierung erkannt. Die Explorandin ha be sich gemäss der gutachterlichen Einschätzung längst darauf eingestellt, nicht mehr zu arbeiten , und erwarte finanzielle Leistungen (S. 9 Ziff. 4.5) .

E. 4.6

Zur Konsistenz wurde ausgeführt, die private Partizipation und Teilhabe sei, soweit erhebbar , dem krankheitsbedingten Leiden angepasst. Die Einschränkun gen des Aktivitätsniveaus betr ä fen den privaten und den beruflichen Bereich relativ gleichmässig. Als Ausdruck der Relevanz der geklagten Beschwerden könne eine konsistente Beanspruchung medizinischer Leistung dokumentiert werden. Eine allfällige Schmerzausweitung am Bewegungsapparat habe

psychi atrischerseits durch die Diagnose einer Schmerzstörung mit somatischen und psy chischen Faktoren erklärt werden können (S. 9 Ziff. 4.6) . Auffallend sei hierbei eine diffuse Beschwerdeschilderung gewesen . Im psychiatrischen Gutachtenteil sei daher eine Verdeutlichungstendenz mit Hinweisen auf eine (bewusstseins ferne) Aggravation festgehalten worden . Auch im neurologischen Fachgutachten würden die Angaben zur

Kopfschmerzsymptomatik als inkonsistent beschrieben, beispielsweise hinsichtlich des Beginns (S. 9 unten). Im rheumatologischen und allgemeininternistischen Gutachten würden keine Inkonsistenzen dokumentiert. Beschwerden am Bewegungsapparat sowie Einschränkungen durch das Apnoe-Syndrom würden hierbei in sich konsistent als Folge eines massiven Übergewichts abgeleitet (S. 9 f.). In der Vorbegutachtung aus dem Jahr 2015 sei in den verschiedenen Begutachtungsteilen bemerkt worden, dass eine konsistente klinische Untersuchung kooperationsbedingt nur partiell möglich gewesen sei. In der aktuellen Untersuchung sei zwar von der Versicherten mehrfach darauf hingewirkt worden, dass die Untersuchung in einem verlangsamten Tempo erfolgen müsse und dass die Anforderungen hierbei leistungsadaptiert zu erfolgen hätten. Eine gründliche klinische Untersuchung sei jedoch gut möglich gewesen. Diskrepante klinische Befunde in der aktuellen Untersuchung im Vergleich zum Vorgutachten hätten indes nur ungenügend erklärt werden können. Entweder sei

eine substantielle Verschlechterung eingetreten oder die Untersuchung sei aktuell besser toleriert worden und im Gegensatz zu 2015 nicht führend durch Kooperationsprobleme geprägt gewesen. Zusammenfassend entsteht durch die Explorationen das Bild einer im Kern substantiellen Einschränkung mit Tendenz zum Vermeidungsverhalten in gutachterlichen Situationen (S. 10 oben).

E. 4.7

Bezüglich der zuletzt ausgeübten Tätigkeit im Verkauf machen die Gutachter folgende Einschränkungen: Aus rheumatologischer Sicht sei die mehrheitlich stehende Tätigkeit im Verkauf aufgrund der Dekonditionierung und der Schmerzverstärkung an Knien und Füßen nicht mehr möglich. Diese Einschätzung könne mit Datum des Gutachtens aus dem Jahr 2011 als gesichert gelten. Subsidiär hierzu würden im neurologischen, psychiatrischen und allgemeininternistischen Fachgutachten jeweils nur Teilbeschränkungen der angestammten Tätigkeit genannt (S. 10 Ziff. 4.7).

Zur Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit wurde ausgeführt, aus rheumatologischer Sicht bestünden auch in einer angepassten Tätigkeit zahlreiche Einschränkungen: Eine primär stehende oder gehende Tätigkeit sei aufgrund der Diagnosen an Füßen und Knien nicht möglich. Eine rein sitzende Tätigkeit sei im weiteren Sinne eine Zwangshaltung und sollte vermieden werden. Die einzelnen Diagnosen müssten hierbei gemeinsam betrachtet werden, da sie sich funktionell verstärken. Eine optimal angepasste Arbeit bestehe aus einer primär sitzenden Tätigkeit mit Möglichkeit zur Wechselbelastung (S. 10 Ziff. 4.8). Aufgrund der Summe der Diagnosen könne hierbei jedoch die Arbeitsfähigkeit nur geschätzt werden. Realistisch sei hierbei eine Verminderung der Arbeitsfähigkeit auf zirka 50

% Präsenzzeit bei gleichzeitiger Halbierung der Leistungsfähigkeit in dieser Zeit (S. 10 f.), was im Ergebnis eine Arbeitsfähigkeit von 25 % ergebe. Da sich diese Einschätzung aus der Summe der nach und nach entstehenden Gesundheitsstörungen ergebe, könne als Beginn der genannten Einschätzung lediglich der Zeitpunkt des aktuellen Gutachtens als gesichert angegeben werden, auch wenn die Einschränkungen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit schon zuvor bestanden hätten (S. 11 oben). Aus allgemeininternistischer Perspektive sei in einer angepassten Tätigkeit eine rein sitzende Tätigkeit nicht möglich. Eine primär sitzende Tätigkeit mit Wechselbelastung sei trotz der Diagnosen im normalen Pensum möglich. Allerdings ergebe sich hierbei eine Reduktion der Leis

tungsfähigkeit während der Präsenz von zirka 20 % durch einen vermehrten Pausenbedarf (S. 11) . Aus neurologischer Sicht sei aktuell aufgrund der gestellten Diagnose kein Unterschied in der Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zwischen der angestammten und einer angepassten Tätigkeit gesehen worden : Auch in einer angepassten Tätigkeit lasse sich aufgrund der Kopfschmerzsymptomatik eine Einschränkung des Arbeitspensums um 20

% rechtfertigen. Argumentiert werde hierbei, dass die Einschätzung bei ähnlicher Symptomatik einem Vorgutachten aus 2011 entspreche (S. 11 Mitte). Auch im psychiatrischen Fachgutachten werde analog eine Einschränkung des Arbeitspensums auch in einer angepassten Tätigkeit auf 20

% geschätzt. Der Verlauf sei zumindest seit der aktuellen Begutachtung sicher anzunehmen. Zuvor könne auf das Gutachten 2015 abgestützt werden, als gemäss dem damaligen Fachgutachten keine Einschränkung formuliert worden sei . Ab 2015 sei eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten. Ein genauer Beginn lasse sich dabei nicht formulieren (S. 11 unten) .

E. 4.8

Zusammenfassend wurde zur Arbeitsfähigkeit ausgeführt, aus gesamtmedizinischer Sicht bestehe eine Reduktion der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit . Aus der Summe der Diagnosen und unter Einbezug aller Fachgebiete bestehe eine funktionelle Verstärkung der arbeitsplatzrelevanten Diagnosen (S.

E. 4.9

Im Hinblick auf medizinische Massnahmen wurde ausgeführt, aus allgemeiner medizinischer und rheumatologischer Sicht bestehe die Notwendigkeit zu einer substantiellen Gewichtsreduktion. Sekundär sei dabei eine Verbesserung der Beschwerden am Bewegungsapparat (beispielsweise über Entlastung der Füsse) wie auch der Schlafstörung zu erwarten. Sollte es über diätische Massnahmen und oder bariatrische Eingriffe gelingen, dass Gewicht um zirka 40

kg zu reduzieren, wären die medizinische Situation und die versicherungsmedizinischen Auswirkungen erneut zu prüfen. Auch eine Verbesserung des Schlafes mittels Maskenbeatmung könnte, sofern toleriert, die Beschwerden und damit die versicherungsmedizinische Relevanz der Beschwerden substantiell verbessern. Eine pneumologische Anbindung an die Lungenliga sei empfohlen. Ein operatives Angehen der Inguinalhernie rechts sei im Falle eines zunehmenden Leidensdrucks zu diskutieren. Aus neurologischer und psychiatrischer Sicht würden keine Massnahmen zur substantiellen Verbesserung des Gesundheitszustandes gesehen. Vom psychiatrischen Gutachter würden zwar Vorschläge zur medikamentösen Optimierung angeregt, die Prognose sei jedoch aufgrund der deutlich ausgeprägten Krankheits- und Behinderungsüberzeugung und des chronischen Verlaufs ungünstig, und nach Einschätzung des Gutachters sei durch die medikamentöse Verbesserung keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu erwarten (S. 12 Ziff. 4.10) .

E. 4.10

Zur Frage, ob sich der Gesundheitszustand seit 2015 wesentlich verändert habe, wurde ausgeführt, unter Berücksichtigung der Teilgutachten werde aus allgemeiner internistischer Sicht eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes durch neue Diagnosen (obstruktives

Schlafapnoesyndrom , Hernierung) sicher angenommen. Aus psychiatrischer Sicht werde ebenfalls von einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes ausgegangen : Da die Schilderung der Beschwerden im Vorgutachten 2015 diffus, unpräzise und wenig nachvollziehbar gewesen sei , hätten 2015 keine versicherungsmedizinischen Diagnosen gestellt werden können . In

der aktuellen Exploration und unter Einbezug der Vorbefunde seien jedoch davon abweichend aktuell mehrere arbeitsplatzrelevante Diagnosen gestellt worden . Aus rheumatologischer Sicht habe hauptsächlich durch kooperationsbedingte sorgfältige Exploration ein differenzierteres Bild des Gesundheitszustandes erarbeitet werden können . Neurologischerseits habe sich der Gesundheitszustand der Versicherten seit der letzten Begutachtung im Jahr 2015 nicht wesentlich verändert (S. 13 Ziff. 4.11) . Hinsichtlich des Verlaufs könnten die Gutachter aufgrund der Vielschichtigkeit mit veränderten Befunden keine valide Aussage machen: Es sei anzunehmen, dass die Beurteilung aus 2015 durch Annahme eines essentiellen Veränderungsverhaltens geprägt gewesen sei . Als Beginn der genannten Einschätzung der Arbeitsfähigkeit sei daher der Zeitpunkt des aktuellen Gutachtens als gesichert anzusehen, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gelte diese Einschätzung aber auch schon ab einem früheren Zeitpunkt (S. 13 Mitte). 5.

Am 31. Juli 2019 gab Dr. med. E.____ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, RAD, eine Beurteilung ab (Urk. 7/349 S. 8 f.). Er führte aus, im extrem umfangreichen Gutachten würden 13 Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgelistet, davon 8 auf rheumatologische , 3 auf psychiatrische und je eine auf neurologische und internistischem Fachgebiet. Die darauf basierenden Schlussfolgerungen bezüglich der bestehenden Leistungsfähigkeit seien jedoch nur teilweise nachvollziehbar (S. 8 Ziff. 1).

Im Vordergrund hinsichtlich der im Gutachten postulierten massiven Verschlechterung des Gesundheitszustands und ausgeprägten Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit selbst in einer angepassten Tätigkeit stehe das rheumatologische und, etwas weniger, das internistische Teilgutachten (S. 8 Ziff.

2). In der interdisziplinären Konsensbeurteilung werde denn auch hinsichtlich der Beurteilung der

Leistungsfähigkeit vorwiegend auf das rheumatologische Teilgutachten abgestellt. Es sei gesamthaft nur

noch eine zeitliche Präsenz von 40 % mit zusätzlicher Leistungsminderung « um die Hälfte » zumutbar,

also eine Arbeitsfähigkeit von 20

%. Von psychiatrischer und internistischer Seite hingegen werde nur eine leichte

Verschlechterung festgestellt, von neurologischer Seite keine wesentliche Veränderung (S. 9 oben) .

Dass im aktuellen Gutachten auf rheumatologischem Fachgebiet im Gegensatz zum

Vorgutachten aus dem Jahr 2015 derart viele Diagnosen mit Auswirkung auf die

Arbeitsfähigkeit gestellt würden, werde im aktuellen rheumatologischen Teil-Gutachten damit

erklärt, dass die Versicherte die aktuelle Untersuchung besser toleriert und dabei besser kooperiert habe, weshalb jetzt eine objektivere Befunderhebung möglich gewesen sei. Anzumerken sei, dass im Vor gutachten aus dem Jahr 2015 interdisziplinär mehrfach auf « durchgehend erhebliche Inkonsistenzen und Zeichen der mangelhaften Mitarbeit » hingewiesen worden sei. Demnach seien dieselben Befunde, die bereits im Jahre 2015 vor gelegen hätten, jetzt besser feststellbar gewesen, woraus sich eine andere Beurteilung ergebe (S. 9 Ziff. 3).

Die Verschlechterung auf internistischem Fachgebiet werde damit begründet, dass zwar im Jahr 2015 schon die Adipositas per magna vorgelegen habe, aber erst ab März 2017 die Diagnose eines obstruktiven Schlafapnoesyndroms als gesichert gelten könne (S. 9 Ziff. 4).

Im psychiatrischen Teil-Gutachten werde ausdrücklich darauf hingewiesen, dass es Hinweise für einen sekundären Krankheitsgewinn gebe, die Versicherte « sich längst darauf eingestellt hat, nicht mehr zu arbeiten » und « finanzielle Leistungen erwartet, da sie krank und arbeitsunfähig » sei. Die im Gegensatz zu 2015 neu festgestellten, psychischen Störungen bedingten allerdings nur eine Leistungseinschränkung von 20 % (S. 9 Ziff. 5).

Aus neurologischer Sicht habe sich der Gesundheitszustand seit 2015 nicht wesentlich verändert. Die angegebenen Beschwerden seien weder sehr konsistent noch sehr plausibel bei « zweifelsohne als diffus einzustufender Beschwerdeschilderung ». Somit bestehe aus neurologischer Sicht nur wegen der Kopfschmerzen eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % (S. 9 Ziff. 6).

Es bestehe selbst innerhalb des Gutachtens eine gewisse Inkonsistenz bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit für eine adaptierte Tätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarktes: Im rheumatologischen Teilgutachten werde eine zumutbare

/ mögliche Präsenz von 50 % bei gleichzeitiger « Halbierung der Leistungsfähigkeit » angegeben, in der Konsensbeurteilung aber dann nur eine Präsenz von 40 %, bei Reduktion der Leistungsfähigkeit wiederum um die Hälfte (S. 9 Ziff. 7).

Aus versicherungsmedizinischer Sicht könnte zusammenfassend nicht auf die Beurteilung der Rest-Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit abgestellt werden, da überwiegend wahrscheinlich zumindest teilweise (Rheumatologie) eine andere Beurteilung derselben medizinischen Tatsachen vorliegt, andererseits jedoch auch Anhaltspunkte für eine gewisse Verschlechterung des Gesundheitszustandes bestehen, deren Auswirkung allerdings überwiegend wahrscheinlich nicht so gross sei, dass damit eine derart niedrige Rest-Arbeitsfähigkeit von de facto 20 % gerechtfertigt wäre (S. 9 Ziff. 8). 6.

E. 6

Im Urteil des hiesigen Gerichts vom 24. Januar 2018 (Urk. 7/311) wurde unter anderem ausgeführt, auf das Gutachten sei aus näher dargelegten Gründen abzustellen und somit auch der gutachterlichen Beurteilung, wonach im Vergleich zu 2012 keine revisionsrelevante Verschlechterung ausgewiesen sei, zu folgen. Damit entfalle eine weitere Anspruchsprüfung und der gewisse Unterschied zwischen den Gutachten von 2012 und 2015 in der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit erweise sich als nicht relevant (S. 14 E. 5.5). 4.

E. 6.1

Die im Gutachten von 2019 genannten Diagnosen (vorstehend E. 4.2) sind überwiegend nicht neu, sondern finden sich bereits im Gutachten von 2011 (vorstehend E. 3.1), den 2014 vom Hausarzt und seitens der C.____

(vorstehend E. 3.3) und 2015 den Ärzten des D.____ (vorstehend E. 3.4) erstatteten Berichten oder im Gutachten von 2015 (vorstehend E. 3.5).

So findet sich die führend diagnostizierte Schmerzproblematik am linken Fuss bereits im Gutachten von 2011 wie auch unter den 2014 vom Hausarzt und 2015 den Ärzten des D.____ (vorstehend E. 3.4) genannten Diagnosen. Die Spondylolyse L5/S1 wurde bereits 2015 von den Ärzten des D.____ diagnostiziert. Die Adipositas ist sodann durchgehend erwähnt worden. Dass mit ihr eine Haltungsstörung (Kopfprotraktion mit sekundärer myofaszialer Schmerzsituation durch Verspannungen der Nacken-Schulterregion) einhergehe, ist insoweit auch nicht neu, als bereit 2014 eine Cervikobrachialgie diagnostiziert wurde. Die aktuell als klinisch linksseitig eingeordnete Tenosynovitis

de Quervain

wurde ebenfalls schon 2014 und 2015 diagnostiziert. Auch die aktuell als Periarthropathie erhobene Knieproblematik wurde bereits 2014 und 2015 benannt. Gleiches gilt für die Diagnose von Kopfschmerzen (Migräne). Eine Schmerzverarbeitungsstörung wurde schon 2011 als Diagnose (ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) genannt. Eine leichte bis mittelgradige depressive Episode wurde 2014 fach ärztlich diagnostiziert, und die aktuell - aufgrund der Angaben der Beschwerdeführerin (vgl. Gutachten S. 120 oben) - als Panikstörung erfasste psychische Problematik wurde ebenfalls bereits 2014 (als Angststörung bezeichnet) aufgeführt.

E. 6.2

Es verbleiben nur wenige nicht schon früher aktenkundige Diagnosen. Es sind dies die rechte Schulter betreffend eine Verdacht sdiagnose (Supraspinatusläsion

Schulter rechtsseitig) , eine (nur rechts klinisch nachvollziehbare) Inguinalhernie sowie ein Schlafapnoesyndrom.

Dazu wurde im Gutachten unter anderem ausgeführt, die Inguinalhernie sei von einer untergeordneten Relevanz (S. 51 Ziff. 7.2 am Ende) und durch sie verur sachte Beschwerden im Sitzen könn t en bei einer wechselbelastenden Tätigkeit mit mehrheitlichem Sitzen durch die Wechselbelastung ausgeglichen werden (S. 53 oben und Ziff. 8.4) .

Zum Schlafapnoesyndrom wurde ausgeführt, es sei mit der Adipositas assoziiert (S. 47 Ziff. 6.3), weshalb von einer Gewichtsreduktion auch eine Verbesserung der Schlafstörung zu erwarten sei (S. 53 Ziff. 8.3). Die Diagnose sei zwar im Gut achten von 2015 nicht gestellt worden beziehungsweise sei «noch nicht akten kundig» gewesen, das Hauptrisiko für ein Schlafapnoesyndrom sei mit einer Adipositas Grad III jedoch bereits gegeben gewesen (S. 53 f.).

E. 6.3

Auch im Gutachten selber wurde n ausdrücklich und lediglich das Schlafapnoe syndrom und die Inguinalhernie als neue Diagnosen bezeichnet (vorstehend E. 4.10). Es wurde ausgeführt, im Rahmen der Begutachtung von 2015 sei eine klinische Untersuchung kooperationsbedingt nur partiell möglich gewesen; nunmehr sei entweder eine substantielle Verschlechterung eingetreten oder die aktu elle Untersuchung sei im Gegensatz zu 2015 nicht führend durch Kooperations probleme geprägt gewesen (vorstehend E. 4.6). 2015 hätten keine (richtiger: nur wenige) versicherungsmedizinischen Diagnosen gestellt werden können, da die Beschwerdeschilderungen diffus, unpräzise und zu wenig nachvollziehbar gewe sen seien, während aktuell hauptsächlich durch kooperationsbedingte sorgfältige Exploration ein differenzierteres Bild des Gesundheitszustandes habe erarbeitet werden können (vorstehend E. 4.10).

Mit diesen Ausführungen tragen die Gutachter dem Umstand nicht Rechnung, dass sie selber lediglich zwei der von ihnen gestellten Diagnosen als neu erach teten. Alle übrigen Diagnosen lagen schon 2015 vor und waren den damaligen Gutachtern aufgrund der Akten auch bekannt.

Dies führt zur Feststellung, dass sich der Sachverhalt seit 2015 in diagnostischer Hinsicht nur höchst minim verändert hat, zumal die beiden hinzugetretenen Diagnosen auf die Zumutbarkeit leidensangepasster Tätigkeiten kaum einen beziehungsweise bestenfalls einen marginalen Einfluss haben dürften.

Objektiv betrachtet hat sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin somit seit 2015 nicht in relevanter Weise verändert und die (divergente) Einschät zung ihrer Arbeitsfähigkeit durch die Gutachter der A.____ stellt lediglic h eine andere Beurteilung des gleichgebliebenen Sachverhalts dar.

E. 6.4

Damit erübrigen sich vertiefte Betrachtungen zu r Schlüssigkeit der gutachterlich postulierten Arbeitsunfähigkeit. Immerhin sei angemerkt, dass die Begründung für eine Reduktion der Arbeitsfähigkeit um (im Ergebnis) 75 % aus rheumatolo gischer Sicht

(vorstehend E. 4.7) beziehungsweise sogar um 80 % (vorstehend 4.8) wenig nachvollziehbar erscheint, wurde doch einzig auf sich summierende medizinische Problemfelder verwiesen und darauf, dass sich «mehrere leichte Behinderungen in Kombination» ungünstig auf die Belastbarkeit auswirkten (vorstehend E. 4.4). Dieser Mangel fällt umso mehr ins Gewicht, als es die Gutachter unterliessen, die folgenden von ihnen berichteten Umstände kritisch zu würdigen: nicht objektivierbare klinische Präsentation eines sensiblen Hemisyndroms links (vorstehend E. 4.3), inkonsistente Angaben zur Kopfschmerzproblematik (vorstehend E. 4.6), eine diffuse und ausgeweitete Beschwerdeschilderung (vorstehend E. 4.3), ein zu vermutender sekundärer Krankheitsgewinn sowie ihre Einschätzung, die Beschwerdeführerin, die sich längst darauf eingestellt habe, nicht mehr zu arbeiten, erwarte finanzielle Leistungen (vorstehend E. 4.5), eine deutlich ausgeprägte Krankheits- und Behinderungsüberzeugung (vorstehend E. 4.9), die Aussage der Beschwerdeführerin, sie erhoffe sich über das Gutachten eine finanzielle Entlastung über Anerkennung ihres Leidens (Gutachten S. 44 Ziff. 3.2.9), und eine erhebliche Diskrepanz zwischen den zahlreichen und ausgeprägten subjektiven Beschwerden und den nur wenigen und kaum objektivierbaren Befunden (Gutachten S. 98 oben).

E. 6.5

Zusammengefasst bleibt festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin zu Recht auf die Beurteilung seitens des RAD (vorstehend E. 5) abgestellt hat und die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit im A.____-Gutachten als lediglich andere Beurteilung eines nicht relevant veränderten Sachverhalts eingestuft und deshalb nicht darauf abgestellt hat. Ein Revisionsgrund ist somit zu verneinen.

Somit erweist sich die angefochtene Verfügung als zutreffend, was zur Abweisung der dagegen erhobenen Beschwerde führt. 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: - Rechtsanwalt Dr. Massimo Aliotta - 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

E. 11

Ziff. 4.9) . Aus gesamtmedizinischer Sicht könne bei Teilbeschränkungen in den Fachgebieten zwar nicht von einer vollen Aufsummierung der Einschränkungen ausgegangen werden, dies wäre mit dem klinischen Bild, den vorhandenen Ressourcen und unter Zusammenschau des Verlaufs und den bisherigen Beurteilungen nicht konsistent (S. 11 f.) . Aufgrund sich gegenseitig negativ verstärkender Teilaspekte sei gesamtmedizinisch jedoch eine höhere Einschränkung der Arbeitsfähigkeit anzunehmen als aus den einzelnen Gutachten individuell ableitbar. Hierbei würden gesamtmedizinisch aufgrund des führenden Charakters somatischer Diagnosen am Bewegungsapparat die rheumatologischen Diagnosen besonders gewichtet, Diagnosen der übrigen beteiligten Fachgebiete sind in der Beurteilung der Gutachter hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit mehr im Hintergrund. In der Einschätzung der Gesamtarbeitsfähigkeit sei daher unter besonderer Gewichtung der Diagnosen am Bewegungsapparat und der daraus resultierenden Einschränkung unter funktioneller Verstärkung der übrigen Beurteilungen von einer erhaltenen Präsenzzeit in einer angepassten Tätigkeit von 40

% auszugehen. Innerhalb dieser Präsenzzeit bestünde eine Reduktion der Leistungsfähigkeit um die Hälfte (S. 12), was im Ergebnis eine Arbeitsfähigkeit von 20 % ergäbe .

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