

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00089 vom 24. Februar 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-02-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00089

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00089 du 24 février 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00089 del 24 febbraio 2021

Erwägungen

E. 1.1

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

E. 1.2

) –

arterielle Hypertonie, Diabetes mellitus und Dyslipidämie als ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit taxiert (E. 4.16). Dr. H. ___ vom RAD bestätigte denn auch als Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie in seinen Stellungnahmen vom 23. Mai 2018, vom 24. Mai 2019 und vom 22. November 2019, dass sich aus somatischer Sicht keine wesentliche Veränderung ergeben hat (vgl. Urk.

10/217 S. 6 unten, S. 14 unten und S. 15 oben sowie Urk. 10/251 S. 3 f.).

Nach dem Gesagten liegt auch aus somatischer Sicht kein veränderter Gesundheitszustand vor, welcher eine wesentliche Veränderung des Sachverhaltes im Sinne eines Revisionsgrundes nach Art. 17 ATSG darstellen würde. 5. 4

Der medizinische Sachverhalt ist sowohl aus psychischer wie auch somatischer Sicht erstellt und die von der Beschwerdeführer in eventualiter beantragte polydisziplinäre Begutachtung (E. 2.2) erübrigt sich. Weitere entscheidungswesentliche Erkenntnisse sind davon nicht zu erwarten (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 122 V 157 E. 1d).

Demnach ist aus gesundheitlicher Sicht sowohl in somatischer als auch psychischer Hinsicht

keine wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit der ursprünglichen Rentenabweisung im Juli 2016 ausgewiesen, die geeignet wäre, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Eine wesentliche Veränderung des Sachverhaltes im Sinne von Art. 17 ATSG liegt folglich nicht vor. Es ist damit nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 6. Januar 2020 (Urk. 2)

einen Anspruch auf eine Invalidenrente abermals verneinte. Die Beschwerde ist in der Folge abzuweisen. 6.

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind auf Fr. 800.-- festzu setzen. Ausgangsgemäss sind sie der Beschwerdeführer in 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 zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.____ - 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, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mittel 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 VorsitzendeDer Gerichtsschreiber GräubMüller

E. 1.3

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 Hin weis).

Anlass zur Rentenrevision gemäss Art. 17 ATSG gibt jede wesentliche Ände rung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zuspreehung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheits zu standes revidierbar (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3).

E. 1.4

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 Schluss folgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). 2. 2 .1

Die Beschwerdegegnerin führte in der rentenabweisenden Verfügung vom 6. Januar 2020 (Urk. 2) aus, das aktuelle Gutachten habe gezeigt, dass sich die gesundheitliche Situation seit dem Jahr 2015 nicht verändert habe. Es liege somit eine unveränderte Situation im Vergleich zur Verfügung vom 13. Juli 2016 vor. Es handle sich bei der neuen Begutachtung um eine andere Beurteilung desselben Sachverhaltes. Es bestehe somit auch weiterhin kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung. Aufgrund der im Einwandverfahren eingereichten und ergänzend eingeholten medizinischen Berichte hätten keine neuen medizinischen Tatsachen festgestellt werden können (S. 1 f.). 2.2

Die Beschwerdeführer in stellte sich in ihrer Beschwerde vom 3. Februar 2020 (Urk. 1) hingegen auf den Standpunkt, sie leide an zahlreichen von den Behandelnden attestierten Beschwerden. Die Behauptung der Beschwerdegegnerin, ihre gesundheitliche Situation habe sich seit dem Jahr 2015 nicht verändert, sei mit nichts untermauert. Die beiden Gutachter im interdisziplinären orthopädisch-psychiatrischen Gutachten hätten zu optimistisch und versicherungsfreundlich gehandelt.

Ausserdem sei eine

interdisziplinäre medizinische Begutachtung in ihrem Fall unzureichend. Es bedürfe einer vom Gericht angeordneten polydisziplinären Begutachtung (S. 2-4). 2.3

Umstritten und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer in nach der Neuanmeldung vom 25. Oktober

2016 (Urk. 10 / 117) eine Rente der Invalidenversicherung zu steht.

Dabei im Vordergrund steht die Frage, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführer in

seit dem 25. Oktober 2016 insofern wesentlich verändert hat, als der veränderte Gesundheitszustand geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen respektive einen solchen zu begründen. 3.

3.1 3.1.1

Das hiesige Gericht stützte sich in seinem Urteil vom 29. März 2017 (Urk. 10/ 123), welches das Bundesgericht mit Urteil 8C_358/2017 vom 4. August

2017 (Urk. 10/ 132) bestätigte,

im Wesentlichen auf folgende medizinischen Berichte: 3.1. 2

Die Gutachter der Z.____ stellten in ihrer Expertise zuhanden der IV-Stelle in den Fachgebieten Allgemeine Innere Medizin (med. pract. B.____, Fachärztin FMH Allgemeine Innere Medizin), Orthopädie (Dr. med. C.____, Fachärztin

Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates), Neurologie (Dr. med. D.____ und Prof. Dr. med. E.____, Fachärzte FMH Neurologie) und Psychiatrie (med. pract. F.____, Facharzt FMH Psychiatrie und Psychotherapie) vom 15. April 2015 (Urk. 10/60) keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Die Diagnosen eines Senk-Spreiz-Platt-Knickfusses beidseits, einer Hypertonie, eines Diabetes mellitus sowie eines Opioid Fehlgebrauchs hätten nach Einschätzung der Gutachter keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 50).

In der zusammenfassenden Konsensbeurteilung gaben die Gutachter an, die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in der zuletzt ausgeübten sowie auch einer anderen Tätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarkts sei nicht hinreichend wahrscheinlich als eingeschränkt anzusehen. Eine internistische Erkrankung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit liege nicht vor. Ein komplexes regionales Schmerzsyndrom (CRPS) sei allenfalls als möglich anzusehen. Eine namhafte psychiatrie Erkrankung liege ebenfalls nicht vor, insbesondere kein wesentliches depressives Syndrom (S. 46). 3.1. 3

Auf Bitte um eine Stellungnahme (Urk. 10/82) gaben die Gutachter der Z.____ am 18. März 2016 an (Urk. 10/97), im Bericht der Rheumaklinik des G.____ vom 2. September 2015 (Urk. 10/79) werde unter dem Rubrum «Diagnose» der Verdacht auf ein komplexes regionales Schmerzsyndrom («V.a. CRPS») genannt, im Befund und in den Zusatzuntersuchungen würden jedoch keine ausreichenden Zeichen eines CRPS beschrieben und in der Beurteilung werde von einer «massiven Schmerzverarbeitungsstörung» gesprochen. Der Bericht sei also in sich un schlüssig und in seiner Konklusion paradox. Die schliesslich im Bericht vorrangig postulierte Diagnose einer Schmerzverarbeitungsstörung repräsentiere zudem eine psychiatrische Entität. Die Berichtenden hätten also mangels einer ausreichenden somatischen Erklärung «qua Ausschluss» zu einer fachfremden Interpretation ohne Prüfung der diagnostischen Kriterien gegriffen, was versicherungsmedizinisch nicht genügen könne. 3.1. 4

Dr. med. H.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, vom regionalen ärztlichen Dienst (RAD) gab in seiner Aktenbeurteilung vom 12. Mai 2016 (Urk. 7/104 S. 4 f.) an, die Gutachter der Z.____

würden an ihrer Beurteilung, dass kein sicherer Hinweis für ein CRPS und kein Anhalt für eine Schmerzverarbeitungsstörung bestehe festhalten. Demgegenüber würden sowohl die Klinik I.____ (März 2015) als auch die Abteilungen Handchirurgie und Rheumatologie der Uniklinik J.____ (Februar 2015) die Diagnose eines CRPS I als gesichert ansehen, wohingegen die Rheumaklinik des Universitätsspitals G.____ (August 2015) aufgrund der Aktenlage und des Verlaufs von einer «massiven Schmerzverarbeitungsstörung» ausgegangen sei und eine stationäre Komplextherapie empfohlen habe, welche die Beschwerdeführerin damals und offenbar noch immer aus psychosozialen Gründen ablehne. Es stünden sich also eine somatische wie auch eine psychiatrische Diagnose diametral gegenüber, wobei es für jede gute Argumente dafür und dagegen gebe. Rein nach Aktenlage sei eine Entscheidung, welche Diagnose zutrefe, in diesem Fall nicht möglich. Aus versicherungsmedizinischer Sicht sei unter Berücksichtigung der aktuellen Arztberichte der Universitätsklinik J.____ im Rahmen der «normativen Kraft des Faktischen» von einer derzeit tatsächlich vorhandenen Funktionslosigkeit der (dominanten) linken Hand auszugehen, ungeachtet deren letztendlichen Ursache. Aus versicherungsmedizinischer Sicht sei selbst bei Anerkennung einer «funktionellen Einarmigkeit» von einer quantitativ uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit für eine körperlich sehr leichte Tätigkeit ohne Anforderungen an die Funktionsfähigkeit der (dominanten) linken Gebrauchshand auszugehen. 3.1. 5

Im dem im damaligen Beschwerdeverfahren aufgelegten Austrittsbericht der Klinik für Rheumatologie des G.____ vom 24. August 2016 betreffend eine Hospitalisierung vom 9. bis 24. August 2016 (Urk. 10/110/17-22) nannten Dr. med. K.____, Assistenzarzt, und Dr. med. L.____, Oberarzt, die folgenden Diagnosen: - CRPS Stadium I Hand links, EM 2013 - Schwere Depression (ICD-10 F32.2) - Chronische Schmerzstörung mit somatischen

und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - Diabetes Mellitus Typ II, insulinpflichtig - Arterielle Hypertonie 3.2

Das hiesige Gericht erwog hierzu im Urteil vom 29. März 2017 (Urk. 10/123),

hinsichtlich der Problematik der linken Hand könne offenbleiben, ob es sich um ein CRPS oder eine psychiatrische Erkrankung (namentlich eine Schmerzverarbeitungsstörung) handle, da selbst bei der Gewährung eines maximalen Abzuges vom Tabellenlohn von 25 % aufgrund der Handproblematik entsprechend einer funktionellen Einarmigkeit

ein Rentenanspruch ausgeschlossen sei (E. 4.1-4.2). Was weitere Diagnosen mit möglicher Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit angehe, sei den medizinischen Akten zu entnehmen, dass sich die Beschwerdeführerin stets ausschliesslich wegen den Beschwerden an der linken Hand habe behandeln lassen. In den Akten fänden sich als weitergehende (potentiell relevante) Diagnosen solche psychiatrischer Natur (Depression

respektive depressive Verstimmung, Schmerzverarbeitungsstörung, Verdacht auf posttraumatische Belastungsstörung [vgl.

Urk. 10/16/1-6,

Urk. 10/77/4-6,

Urk. 10/79]). Diese seien allerding nicht von Fachärzten gestellt worden, sondern vorwiegend von den behandelnden Ärzten organischer Fachrichtungen. Soweit eine Schmerzverarbeitungsstörung thematisiert wurde, gehe diese vollumfänglich in der Handproblematik auf. Die Beschwerdeführerin habe zu keinem Zeitpunkt über andere als Handbeschwerden geklagt. Zum geäusserten Verdacht auf das Vorliegen einer depressiven Verstimmung - soweit überhaupt eine eigenständige Depression vorliege - stünden einer invalidenversicherungsrechtlichen Relevanz bereits die fehlenden Therapiebemühungen entgegen. Damit bleibe als noch mögliches thematisierte Erkrankung die von den Ärzten der Klinik für Rheumatologie des G.____ am 24. August 2016 diagnostizierte schwere Depression.

Dazu sei zu bemerken, dass bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung am 13. Juli 2016 nie von einer entsprechenden Pathologie ausgegangen worden sei und auch keine Befunde geschildert worden seien, welche auf eine derartige Erkrankung schliessen lassen würden. Insoweit habe eine allfällige Veränderung des Gesundheitszustandes Gegenstand eines allfälligen Neuanmeldeverfahrens zu bilden. Vorliegend reduziere sich die Beschwerdekongstellatation auf die verletzte linke Hand, welche Problematik umfassend gewürdigt worden sei, und allenfalls die psychische Verfassung, welche sich bis zum massgebenden Zeitpunkt nicht in relevanter Weise vermindert habe. Die Beschwerde sei abzuweisen (E. 4.3-4.5). 4. 4.1

Die rentenabweisende Verfügung vom 6. Januar 2020 (Urk. 2) beruht im Wesentlichen auf nachstehenden medizinischen Unterlagen: 4. 2

Dr. med. M.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. phil. klin. psych. N.____, klinischer Psychologe und Supervisor, vom Zentrum O.____, stellten in ihrem Bericht vom 17. Oktober 2016 (Urk. 10/135) folgende psychiatrische Diagnosen (S. 1) : - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2) - Störung durch Medikamente (ICD-10 F13.2)

Die Fachpersonen

berichteten

zu den aktuellen Beschwerden, es bestünden Schlafstörungen, eine Appetitverminderung, dauernde Müdigkeit, Lust- und Interessenlosigkeit, Rückzug, Antriebslosigkeit, Sinnlosigkeitsgedanken, Gedanken kreisen, Vergesslichkeit sowie

Konzentrationsstörungen und die Beschwerdeführerin verbringe teilweise ganze Nächte auf dem Balkon weinend (S. 1). Sie hielten die Beschwerdeführerin in seit 28. Februar 2013 für arbeitsunfähig (S. 3 oben). 4. 3

Dr. med. P.____, Fachärztin FMH für Rheumatologie und Innere Medizin, berichtete am 29. Mai 2017 (Urk. 10/199/171), die Beschwerdeführerin klagte weiterhin über strake immobilisierende Schmerzen an

der linken Hand mit Bewegungseinschränkungen. 4. 4

PD Dr. med. Q.____ und Dr. med. R.____ vom G.____

erklärten am 20. September 2017 (Urk. 10/199/170) zu einem gleichentags erstellten CT des Herzens, die Koronarien seien blande und die Koronaranatomie regelrecht. 4. 5

Dr. med. S.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, von der Kardiologie des Spitals T.____ führte in seinem Bericht vom 27. Oktober 2017 (Urk. 10/199/166 -168) aus, er habe eine 72h-Holter-EKG-Untersuchung durchgeführt, in welcher relevante tachy- und bradykarde Rhythmusstörungen hätten ausgeschlossen werden können (S. 3). 4. 6

Dr. med. U.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und Dr. phil. klin. psych. N.____

vom O.____ stellten in ihrem Bericht vom 6. November 2017 (Urk. 10/142) als psychiatrische Diagnose eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2) und hielten fest, seit Beginn der Behandlung bei ihnen im Oktober 2016 sähen sie ein schwer depressives Zustandsbild. Eine Arbeitsfähigkeit sei auch in reduziertem Ausmass undenkbar. 4. 7

PD Dr. med. V.____ und Dr. med. W.____ von der psychiatrischen Klinik AA.____, wo die Beschwerdeführerin vom 9. bis 26. Oktober 2017 stationär behandelt wurde, nannten in ihrem Bericht vom 6. Dezember 2017 (Urk.

10/145/1-8) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 2): - Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 32.2; seit 2013) - CPRS an linker Hand nach Handgelenksdistorsionstrauma am 28. Februar 2013 (seit 2013) - Diabetes Typ II - Tinnitus und Schwankschwindel unklarer Ätiologie, keine ätiologische Abklärung (seit 2017)

Dazu führten die Fachärzte aus, die Schmerzproblematik stehe im Vordergrund. In Kombination mit der depressiven Symptomatik sei die Prognose vermutlich auf längere Frist limitiert (S. 4). 4. 8

Dr. A.____

nannte in seinem psychiatrischen Gutachten vom 22. Mai 2018 (Urk. 10/160) folgende Diagnosen (S. 57 f.): - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) - Anankastisch-narzisstischer Persönlichkeitsakzent (ICD-10 Z73.1) - Verdacht auf iatrogenes low-dose

Benzodiazepinabhängigkeit (ICD-10 F13.22) und Verdacht auf iatrogene Abhängigkeit von niederpotenten Opioiden (ICD-10 F11.22)

Der Gutachter führte aus, in der Gesamtbeurteilung der Aktivität und Teilhabe lasse sich aus psychiatrischer Sicht keine relevante, zeitlich überdauernde Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit begründen, da ausser einer selbst deklarierten Schmerzhemmung der linken Hand keine psychiatrischen, dauerhaften Beeinträchtigungen der Arbeitsfähigkeit erkennbar seien (S. 57). Die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung lasse sich weder durch seine Untersuchung noch durch die zur Verfügung stehenden Akten bestätigen (S. 65). Die von der Beschwerdeführerin massgeblich geltend gemachten Funktions-

und Fähigkeitsstörungen beträfen die schmerzbedingte Immobilisierung der dominanten linken Hand. Das Krankheitsmodell der Beschwerdeführerin schliesse eine Genesung aus, sie stelle dabei ihre Selbstwirksamkeit und Fähigkeit zur Aktivierung grundsätzlich in Frage, was wesentlich über einen angstbedingten und nachvollziehbaren passiven Widerstand hinausgehe und das Ausmass eines selbst auferlegten aktiven Widerstandes bezüglich der Mobilisierung der linken Hand annehme. Der treibende Persönlichkeitsfaktor stelle dabei der anankastisch-narzisstische Akzent dar mit einer nicht überwundenen Kränkung beziehungsweise einem nicht überwundenen Unrechtsempfinden (S. 66 Mitte). Die Beschwerdeführerin präsentiere sich aufgrund der Schmerzstörung und aufgrund der Sekundärschäden als funktionell einarmig, obwohl organisch keine solche Einarmigkeit bestehe, wie die Aktenlage nahelege. Diese

funktionelle Einarmigkeit

sei als Teil einer psychischen Störung zu verstehen, welche therapierbar sei (S. 67).

Eine gänzlich fehlende Aktivierungsbereitschaft - wie dies aktuell bei der Beschwerdeführerin vorzuliegen scheine - sei auch unter Berücksichtigung sämtlicher erschwerenden Faktoren im Rahmen der Schmerzstörung nicht nachvollziehbar. Dementsprechend lasse sich eine zeitlich unbegrenzte und vollständige Arbeitsunfähigkeit nicht begründen (S. 68 oben).

Schliesslich führte Dr. A.____ zur zeitlichen Entwicklung des Gesundheitszustandes aus, aufgrund der zur Verfügung stehenden Akten und aufgrund der Schilderungen der Beschwerdeführerin sei davon auszugehen, dass sich erste Symptome einer somatoformen Schmerzstörung bereits vor der polydisziplinären Begutachtung vom 15. April 2015 gebildet hätten. Der Verlauf seit 2014 stelle sich im Sinne der Entwicklung einer prototypischen, anhaltenden somatoformen Schmerzstörung dar mit Symptomausweitung und selbst auferlegter Schonung bis hin zur Entwicklung von körperlichen, psychischen und sozialen Sekundärschäden (aktenkundige Muskelatrophie, vollständige Immobilisierung der dominanten linken Hand, Ausscheiden aus dem Arbeitsprozess, familiäre und finanzielle Schwierigkeiten, Verfestigung der Überzeugung Zielscheibe behördlicher und versicherungsrechtlicher Willkür zu sein; S. 71 unten). 4. 9

Dr. M.____

und Dr. phil. klin. psych. N.____ vom

O.____ kritisierten mit Schreiben vom 3. August 2018 (Urk. 3/2) das Gutachten von Dr. A.____ (E. 4.8 vorstehend). So bemängelten sie, der Gutachter gehe durchgängig und von vorn herein von einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung aus, ohne Alter nativdiskussion auch nur am Rande in Betracht zu ziehen. Dazu sei das Gutachten

widersprüchlich, bagatellisierend und eine Mischung von Meinung des Ehemannes und der Beschwerdeführerin. 4. 10

Dr. med. AB.____, Facharzt für Orthopädie und Handchirurgie FMH, hielt in seinem Bericht vom 9. Oktober 2018 (Urk. 10/207/11) fest, b ezüglich Invaliden versicherung könne er den Entscheid definitiv nicht akzeptieren, da, um ein hä ndig arbeiten zu können, die Schmerzen der dominanten Hand beseitigt oder zumindest im Griff sein müssten , da einhändig zu a rbeiten nur mit einer vollen Konzentration möglich sei. Dazu könne man einhändig nicht eine

hundert pro zentige Leistung erreichen, weil dies materiell unmöglich s ei . Die Beschwerdeführerin sei zu 100% arbeitsunfähig , da sie keine Zudi enhand habe. 4.

E. 6

Januar 20 20 (Urk. 2) ab. 2.

Die Versicherte erhob am 3 . Februar 20 20 (Urk. 1) Beschwerde gegen die Ver fü gung vom 6. Januar 2020 und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihr eine IV-Rente zuzusprechen; eventualiter sei der Fall zwecks ausführlicher medizi nischer und erwerblicher Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzu wei sen (S. 1) .

Am 13. Februar 2020 (Urk. 6) reichte die Beschwerdeführerin zwei Berichte ihrer Behandler nach (Urk. 7/1-2).

Die IV-Stelle schloss mit Beschwerdeantwort vom 4 . März 20 20 (Urk.

E. 9

) auf Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführer in mit Verfügung vom 5 . März 20 20 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk.

E. 11

PD Dr. med. AC.____ und Dr. med. AD.____ vom G.____ führten über ein MRI des Gehirns vom 8. November 20 18 (Urk. 10/199/197-198) aus, es finde sich keine frische Ischämie . 4.

E. 12

Oberarzt Dr. med. AE.____ und Ärztin AF.____ von der Klinik AG.____ , wo die Beschwerdeführerin vom 16. Oktober bis 13. November 2018 auf freiwillige Zu weisung durch das O.____

stationär behandelt wurde, nannten in ihrem Bericht vom 28. November 2018 (Urk. 10/190) folgende psychiatrischen Diagnosen (S. 1): - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2) - Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide; Abhä ngig keitssyn drom (ICD-10 F11.2) 4.

E. 13

Dr. med. AH.____, Fachärztin für Neurologie FMH, berichtete am 11. Februar 2019 (Urk. 10/199/89), die Anamnese sei eigentlich suggestiv für ein Karpaltunnelsyndrom (CTS) rechts und auch in den funktionell etwas überla gerten klinischen Lokalbefunden sei der Nervus medianus in der Sensibili tätsprüfung gut abgrenzbar. Die

Nervenleitgeschwindigkeiten des Nervus medianus über dem Karpaltunnel seien aber noch im Normbereich und nicht schlechter als diejenigen des gleichseitigen Nervus ulnaris . 4.

E. 14

Dr. med. AI.____ vom Institut AJ.____ berichtete am 28. Februar 2018 (Urk. 10/207/8-9) über je ein MRI vom linken und rechten Vorfuß vom gleichen Tag, dass kein Nachweis eines Mortonneuroms habe festgestellt werden können und die native Darstellung unauffällig sei. 4.15

Dr. U.____ , Dr. phil. klin . psych. N.____ und Dr. phil. AK.____, klinische Psychologin, vom O.____

hielten in ihrem Bericht vom 13 . März 2019 (Urk. 10/ 203/4-6) fest, seit Beginn der Behandlung bei ihnen im Oktober 2016 sähen sie ein schwer depressives Zustandsbild. Eine Arbeitsfähigkeit sei auch in reduziertem Ausmass undenkbar. 4.

E. 16

Dr. P.____ stellte am 10. Mai 2019 (Urk. 10/207) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein CRPS der linken Hand sowie eine depressive Episode (Ziff. 2.5) und daneben als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein

lumbospondylogenes Schmerzsyndrom, chronische Fersenschmerzen beidseits, ein Karpaltunnelsyndrom links, eine arterielle Hypertonie, ein insulinpflichtiger Diabetes mellitus und eine Dyslipidämie (Ziff. 2.6). Er attestierte aus rheumatologischer Sicht eine

100 % ige Arbeitsunfähigkeit (Ziff. 4.1) und hielt fest, dass die Beschwerdeführerin als Linkshänderin aktuell bei der Arbeit, wo sie ihre linke Hand benutzen müsse, eingeschränkt sei (Ziff. 3.4) . 4.

E. 17

Auf telefonische Rückfrage der Beschwerdegegnerin, ob es sich bei der gutachterlichen Beurteilung durch Dr. A.____ um eine andere Beurteilung desselben Sachverhaltes handle, und falls nicht, wann sich der Gesundheitszustand seit der ersten Begutachtung verändert habe, hielt Dr. med. AL.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (vgl. Urk. 10/217 S. 9 unten), vom RAD am 4. Juni 2019 fest, das Gutachten von Dr. A.____ sei ausserordentlich schlüssig. Somit sei aus versicherungsmedizinischer Sicht anzunehmen, dass die Beurteilung bereits für den Zeitraum der Verfügung gelte (Urk. 10/217 S. 15 unten) . 4.18

Dr. med. AM.____ und med. pract . AN.____ vom Spital AO.____ , wo die Beschwerdeführerin am 3. Juli 2019 auf Zuweisung durch die Sozialbehörde via Polizei via Ambulanz notfallmässig ambulant behandelt worden war, führten in ihrem Bericht vom 16. Juli 2019 (Urk. 10/230/8-11) aus, durch den Rettungsdienst, die Tochter und die Beschwerdeführerin selbst hätten sie erfahren, dass die Beschwerdeführerin bereits langjährig um den Erhalt einer IV-Rente kämpfe , da es ihr aufgrund des CRPS nicht möglich sei zu arbeiten. Anlässlich eines abermaligen Telefonates mit der Sozialbehörde am Morgen des Vorstellungstages habe sie suizidale Äusserungen verlauten lassen, sodass die Sozialbehörde die Polizei aufgeboten und zur Beschwerdeführerin nach Hause geschickt habe. Die Beschwerdeführerin selbst habe wiederholt berichtet, geäußert zu haben «wieviel schlechter muss es mir noch gehen, damit ich IV-Rente erhalten werde,

muss ich dafür sterben?». Suizidale Äusserungen im eigentlichen Sinn habe sie verneint (S. 1). Das Drogenscreening im Urin habe sich lediglich positiv für Tetrahydrocannabinol gezeigt. Die Überdosierung mit Insulin

scheine fraglich, da dies einerseits durch die Beschwerdeführerin verneint werde, andererseits die mitgebrachte Lantus-Injektionslösung noch komplett voll gewesen sei und es während des Aufenthaltes auf der Notfallstation nicht zu einem

Abfall des Blutzuckers gekommen sei. Die Tramadol-Überdosierung werde durch die Beschwerdeführerin

ebenfalls verneint und es hätten keine entsprechenden Befunde

objektiviert werden können. In einem längeren Gespräch habe sich die Beschwerdeführerin glaubhaft von akuter Suizidalität distanzieren können. Sie habe dementiert, die Medikamente in suizidaler Absicht eingenommen zu haben. Zudem scheine die Einnahme einer Überdosis, insbesondere des Insulins, unwahrscheinlich (S. 3) . 4.

E. 19

Am 18. Juli 2019 (Urk. 3/3) berichteten Dr. M.____

und Dr. phil. klin. psych. N.____ vom O.____,

die Aggression der Beschwerdeführerin habe sich verstärkt. Nach wie vor seien deutliche Schlafstörungen, Appetitverminderung, dauernde Müdigkeit, Lust- und Interessenlosigkeit, Rückzug, Antriebslosigkeit, Konzentrationsstörungen, teilweise ganze Nächte auf dem Balkon weinend und am 3. Juli 2019 ein schwerer Suizidversuch feststellbar. 4. 2 0

Am 9. August 2019 (Urk. 10/227/4-6) hielt Dr. P.____ fest, dass die Beschwerdeführerin wegen der chronischen Fusschmerzen aufgrund eines Senk- und Knickfusses beidseits ohne Zeitlimite orthopädischer Serienschuhe bedürfe (vgl. Ziffern 1.1, 1.3, 3.2, 3.4). 4.

E. 21

Am 2. Oktober 2019 (Urk. 10/246/8-9) berichtete Dr. med. AP.____, Facharzt für Neurologie FMH, ein CTS könne ausgeschlossen werden. Die Beschwerden stünden im Zusammenhang mit der psychologisch-psychiatrischen Problematik. 4.

E. 22

Nach Vorlage der neu eingegangenen Berichte der Behandler hielt Dr. AQ.____ vom RAD am 22. November 2019 (Urk. 10/251 S. 4) fest, er stütze die Beurteilung von Dr. H.____ vom gleichen Tag, worin Letzterer unter anderem darauf verwiesen hatte, dass sich seit dem 24. Mai 2019 aus versicherungsmedizinischer Sicht nichts geändert habe. 4.

E. 23

Dr. med. AR.____ und Dr. med. AS.____ von der Klinik für Neurologie des G.____, wo die Beschwerdeführerin am 3. Dezember 2019 (Urk. 7/1) notfallmässig untersucht wurde, führten aus, aufgrund der zur Zuweisung führenden Symptomatik hätten sie bei Verdacht auf eine subakute cerebrovaskuläre Ischämie eine CT-Angiographie durchgeführt, die keinen Hinweis auf eine Demarkation oder auf höhergradige Gefässstenosen intra- und extrakraniell ergeben habe. 4.

E. 24

Oberärztin Rheumatologie Dr. med. AT.____ und stellvertretende Oberärztin in Rheumatologie Dr. med. AU.____ von der Klinik AV.____, wo die Beschwerdeführerin vom 6. bis 29. Januar 2020 im Rahmen einer multimodalen Schmerzkomplextherapie stationär behandelt worden war, führen in ihrem Bericht vom 29. Januar 2020 (Urk. 7/2) aus, zusammenfassend bestehe bei der Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht ein CRPS der linken Hand und eine am ehesten diabetische Polyneuropathie in beiden unteren Extremitäten und aus psychiatrischer Sicht eine rezidivierende schwere depressive Episode und eine instabile Persönlichkeit mit schädlichem Gebrauch von Sedativa oder Hypnotika und eine Opiatabhängigkeit (S. 4). 5.

5.1

Vorweg zu bemerken ist, dass für die Verschlechterung des Gesundheitszustandes im invalidenversicherungsrechtlichen Sinne nicht die Art der Verletzung und diesbezügliche Veränderung des medizinischen Sachverhaltes, sondern einzig die damit einhergehenden funktionellen Einschränkungen entscheidend sind. So kann gestützt auf andere Diagnosen bzw. Leiden aber mit entsprechend gleicher Funktionseinschränkung nicht auf eine wesentliche Veränderung im invalidenversicherungsrechtlichen Sinne geschlossen werden. Zu prüfen ist daher, ob in psychischer (E. 5.2) oder

somatischer (E. 5.3) Hinsicht

eine gesundheitliche Veränderung vorliegt, die eine weitergehende funktionelle Einschränkung als anlässlich der ursprünglichen Rentenverneinung

festgestellt

worden war (vgl. E. 3)

besteht, und die somit geeignet wäre, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen.

Aus medizinischer Sicht lag dem Urteil vom 29. März 2017 mit welchem die rentenabweisende Verfügung vom 13. Juli 2016 bestätigt wurde, eine funktionelle Einarmigkeit

aufgrund der Einschränkungen der linken Hand zugrunde, wobei unklar blieb, ob dies psychisch oder somatisch bedingt war (vgl. E. 3.2). 5.2 5.2.1

Im Vordergrund der Frage betreffend eine wesentliche Veränderung steht die Entwicklung des psychischen Gesundheitszustandes. Die Beschwerdeführerin stützte sich zur Beurteilung in erster Linie auf das Gutachten von Dr. A.____ sowie daneben auf die Berichte der Behandler und die Beurteilung durch den psychiatrischen Facharzt des RAD Dr. AQ.____ (vgl. die versicherungsinternen Feststellungsblätter vom 1. Juli 2019 [Urk. 10/217] und vom 6. Januar

2020 [Urk. 10/251]). 5.2.2

Das psychiatrische Gutachten von Dr. A.____ vom 22. Mai 2018 (E. 4.8) beruht auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen, was bei einer psychiatrischen klinischen Untersuchung eine Anamneseerhebung (Urk. 10/160 S. 10-32, S. 36-44), Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung (S. 32-35, S. 48-57) umfasst (Urteil des Bundesgerichts 8C_47/2016 vom 15. März 2016 E. 3.2.2). Dabei stützt sich das Gutachten insbesondere auf einen Befund nach AMDP, ein Screening für somatoforme Symptome

(SOMS) und einen Mini-ICF-App (S. 49-57). Das Gutachten wurde in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den Vorakten – insbesondere mit der Beurteilung der Fachpersonen des O.____ und der Fachärzte der AA.____ (E. 4.2, E. 4.6-7) - erstellt (S. 25, S. 28 f.). Das Gutachten berücksichtigt ferner

die geklagten Beschwerden und setzt sich mit diesen sowie dem Verhalten der Beschwerdeführerin

auseinander (S. 35 , S. 45-47).

Dr. A.____ legte die medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtend dar und begründete

seine Schlussfolgerung nachvollziehbar. Er zeigte plausibel auf, dass ausser einer selbst deklarierten Schmerzhemmung der linken Hand

keine psychiatrischen, dauerhaften Beeinträchtigungen der Arbeitsfähigkeit erkennbar sind und erläuterte schlüssig, dass der treibende Persönlichkeitsfaktor für die geltend gemachten Funktions- und Fähigkeitsstörungen der schmerzbedingte Immobilisierung der linken Hand der anankastisch-narzisstische Akzent mit einer nicht überwundenen Kränkung beziehungsweise einem nicht überwundenen Unrechtsempfinden ist . Dies so, dass sich die Beschwerdeführerin aufgrund der Schmerzstörung und aufgrund der Sekundärschäden als funktionell einarmig präsentiert .

Dr. A.____ legte denn auch einleuchtend dar, dass die von der Beschwerdeführerin an den Tag gelegte gänzlich fehlende Aktivierungsbereitschaft auch unter Berücksichtigung sämtlicher erschwerender Faktoren im Rahmen der Schmerzstörung nicht nachzuvollziehen ist (E. 4.8).

Zudem zeigte Dr. A.____

überzeugend auf, dass die von ihm diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung bereits zur Zeit der Begutachtung durch die Z.____ im April 2015 – wo die Diagnose einer Schmerzstörung zumindest als möglich erachtet worden war (E. 3.1. 2 in

fine) – vorgelegen haben muss und sich in der Folge mit Symptomausweitung und selbst auferlegter Schonung bis hin zur Entwicklung von Sekundärschäden entwickelt hat (E. 4.8).

Entgegen der von den O.____ -Fachpersonen in ihrem Schreiben vom 3. August 2018 (E. 4.9) geäusserten Kritik geht aus dem Gutachten klar hervor, welche Äusserungen von der Beschwerdeführerin stammten und welche von ihrem Ehemann, was von Dr. A.____ äusserst genau aufgeführt wurde (Urk. 10/160 S. 32 ff.). Von einer Vermischung kann nicht die Rede sein. Zudem ist der Vorwurf der O.____ -Fachpersonen im Gutachten seien anderweitige Diagnosen neben einer somatoformen Schmerzstörung nicht auch nur am Rande in Betracht gezogen worden, aktenwidrig . Dr. A.____ hat sich gerade mit der möglichen Diagnose einer depressiven Störung sehr eingehend auseinandergesetzt (vgl. E. 5.2.3 nachstehend) und seine auf einem AMDP, der Mini-ICF-App und die SOMS gestützte Diagnosestellung detailliert erläutert (S. 49-60). Von einer bagatelisierenden Einschätzung kann keine Rede sein. Die Kritik der O.____ -Fachpersonen am Gutachten verfängt daher nicht.

Damit

erfüllt die Expertise von Dr. A.____ die bundesgerichtlichen Vorgaben an ein beweiskräftiges Gutachten (vgl. E. 1. 4). 5.2.3

Abweichend von Dr. A.____ (E. 4 . 8) gingen die Fachpersonen des O.____ von der Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung mit konstant schwerer Episode und die AA.____ -Fachärzte zumindest für die Zeit im Oktober 2017

von einer schweren depressiven Episode aus (E. 4. 2, E. 4.6 - 7) .

Dieser Ansicht kann nicht gefolgt werden. So legte Dr. A.____ nachvollziehbar dar, dass die durch die Fachärzte des O.____ und der AA.____ gestellte Diagnose einer depressiven Störung nicht zu überzeugen vermag. Er zeigte auf , dass die Diagnose durch die AA.____ nicht nachvollziehbar ist, weil der im Bericht festgehaltene Befund mehrheitlich unauffällig war und sich allein auf selbst deklarierte suizidale Gedanken – welche im Übrigen bereits anlässlich der ursprünglichen Rentenabweisung vorlagen (vgl. Urk. 10/ 60 S. 39) - abstützte (Urk. 10/160 S. 59 oben) . Weiter zeigte Dr. A.____

überzeugend auf, dass die Diagnose des O.____ nur auf anamnestiche und subjektiv geschilderte Beschwerden sowie krankheitsfremde, psychosoziale Belastungen abgestützt worden war und eine passende Beschreibung objektivierbarer Merkmale fehlte (S. 25 und S. 28).

Dem gegenüber stützte sich die Diagnostik von Dr. A.____

auf die Anamnese, das Interaktionsverhalten der Beschwerdeführerin während der Untersuchung sowie auf den AMDP und den SOMS-2-Befund (S. 58 f.). Dr. A.____ wies zutreffend darauf

hin, dass bei der Diagnose des

O.____ und der AA.____ insbesondere eine Diskussion zur Abgrenzung depressiver Symptome von anankastisch-narzisstischen Persönlichkeitsmerkmalen mit einer Verbitterung, welche durch ein ausgeweitetes Unrechtsempfinden aufrechterhalten wird, fehlt (S. 65).

Weder die Fachpersonen des O.____ noch die Fachärzte der AA.____ benannten darüber hinaus wichtige Aspekte, die im Rahmen der Begutachtung durch Dr. A.____ unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären, womit ihre abweichenden Beurteilungen

das Gutachten nicht in Frage zu stellen vermögen (Urteil des Bundesgerichts vom 16. August 2018 9C_246/2018 E. 4.1 mit Hinweis). Zudem haben sich weder die Fachpersonen des O.____ noch die Fachärzte der AA.____ , was bei einer Revision entscheidend

ist, über eine allfällige Veränderung gegenüber dem ursprünglichen Gutachten hinlänglich geäußert , womit ihnen hinsichtlich des Vorliegens einer wesentlichen Veränderung kein genügender Beweiswert zukommt (Urteil des Bundesgerichts 8C_322/2018 vom 12. Dezember 2018 E. 2.3). 5.2.4

Was die Entwicklung des psychischen Gesundheitszustandes im Nachgang zur Begutachtung angeht, zeigt sich ebenfalls

keine Verschlechterung .

Dies ergibt sich

aus den Berichten der Behandler, insbesondere aus den Berichten des O.____ vom 13. März 2019 (E. 4.15) und vom 18. Juli 2019 (E. 4.19) .

So äusserten sich die Fachpersonen des O.____ im März 2019 dahingehend , dass sich seit dem Beginn der bei ihnen durchgeführten Behandlung im Oktober 2016 ein schwerer depressiver Zustand bildete mit durchgehender vollständiger Arbeitsunfähigkeit

Die Angaben über eine Veränderung der Befunde und Einschränkungen liessen sie offen, sprachen nicht von einer Verschlechterung, sondern gaben lediglich an, dass auch die vorübergehende Hospitalisation nicht zu einer Verbesserung geführt habe (Urk. 10/203/4-6 S. 2 oben, S. 3 oben) . Von einer Verschlechterung ist nicht die Rede.

Gleiches ergibt sich aus ihrem Bericht vom 18. Juli 2019 (E. 4. 19) . Darin wird ein auf den Angaben der Beschwerdeführerin beruhender Befund wiedergegeben, der demjenigen vor der gutachterlichen Beurteilung (Schlafstörungen, Appetitverminderung, dauernde Müdigkeit, Lust- und Interessenlosigkeit, Rückzug, Antriebslosigkeit, Konzentrationsstörungen, teilweise ganze Nächte auf dem Balkon weinend) vom 17. Oktober 2016 weitestgehend entspricht.

Zudem werden im neueren Bericht vom Juli 2019 im Gegensatz zum Bericht aus dem Jahr 2016 Sinnlosigkeitsgedanken, Gedankenkreisen und Vergesslichkeit nicht mehr aufgeführt, was gar für eine Verbesserung sprechen würde (vgl. E. 4.2 und E. 4.18) . Hinsichtlich des genannten schweren Suizidversuchs vom 3. Juli 2019

ist zu bemerken, dass ein solcher nicht stattfand. Dies ergibt sich aus dem Notfallbericht des Spitals AO.____ vom 16. Juli 2019 (E. 4. 18) .

Aus dem Bericht geht hervor, dass die Beschwerdeführerin suizidale Äusserungen im eigentlichen Sinn verneinte, sondern wiederholt gesagt haben soll: «wieviel schlechter muss es mir noch gehen, damit ich IV-Rente erhalten werde, muss ich dafür sterben?» und ihre Tochter darauf die Behörden verständigt hatte, wobei das anschliessend durchgeführte Screening keine überhöhte Einnahme von Medikamenten nahelegte (E. 4. 18) .

Die im O.____ -Bericht vom 18. Juli 2019 (E. 4. 19) erwähnten aggressiven Ausbrüche konnten bereits von Dr. A.____ festgestellt werden, wurde die Beschwerdeführerin ihm gegenüber doch richtig laut und wütend, als er sie etwa auf eine Reha-Behandlung angesprochen hatte (Urk. 10/160 S. 39 unten).

Was den Bericht der Klinik AG.____ vom 28. November 2018 (E. 4.12) angeht, lässt auch dieser nicht auf eine Verschlechterung im Nachgang zu Dr. A.____ s Begutachtung schliessen .

So gab die Beschwerdeführerin anlässlich des Eintritts an , sie könne ihren Alltag aufgrund der Schmerzen in der Hand nicht mehr bewältigen (Urk. 10/190 S. 2 oben), was darauf schliessen lässt , dass die bekannte funktionelle Einarmigkeit im Vordergrund stand. Zudem ist darauf hinzuweisen , dass es sich bei den berichtenden Dr. AE.____ und AF.____ nicht um Fachärzte der Psychiatrie handelt (vgl. Medizinalberufregister der Schweizerischen Eidgenossenschaft) , weshalb ihre Beurteilung die Einschätzung von Dr. A.____ nicht in Frage zu stellen vermag. Gleiches gilt für den Bericht der Dr. AT.____ und AU.____ (E. 4.24) , welche fachfremd psychiatrische Diagnosen stellten.

Damit ist auch im Nachgang zum Gutachten von Dr. A.____ , was den psychischen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin angeht, keine Verschlechterung ausgewiesen,

wie dies auch von Dr. AQ.____ vom RAD (E. 4. 1 7 und E. 4. 21) als Facharzt für Psychiatrie bestätigt wurde. Keine neuen Erkenntnisse für die vorliegend zu beurteilende Frage über eine wesentliche gesundheitliche Veränderung in der massgeblichen Zeit seit der Verfügung vom 16. Juli 2016 bis zum Verfügungserlass am 6. Januar 2020 (Urk. 2) ergeben sich aus dem von der Beschwerdeführerin im Zuge des vorliegenden Verfahrens eingereichten Bericht der Klinik AG.____ vom 24. Februar 2020 (Urk. 13/1). 5.2.5

Zusammenfassend ist gestützt auf das beweiskräftige Gutachten von Dr. A.____ (E. 4.8 , E. 5.2.2-3) und den Umstand, dass auch in dessen Nachgang bis zum Zeitpunkt der Verfügung vom 6. Januar 2020 keine Verschlechterung ausgewiesen ist (E. 5.2.4) ,

überwiegend wahrscheinlich erstellt , dass sich die funktionellen Einschränkungen aus psychiatrischer Sicht auch

weiterhin auf die funktionelle Einarmigkeit wegen der Beschwerden der linken Hand beschränken, wobei die von der Beschwerdeführerin an den Tag gelegte gänzlich fehlende Aktivierungsbereitschaft auch unter Berücksichtigung sämtlicher erschwerender Faktoren im Rahmen der Schmerzstörung nicht nachzuvollziehen ist (E. 4.8 , E. 5.2.2). Da sich die psychischen Einschränkungen weiterhin in einer funktionellen Einarmigkeit erschöpfen – wie sich auch aus dem Bericht vom 3. Juli 2019 (E. 4.18) ersehen lässt, wo die Beschwerdeführerin sich darüber beklagte, dass sie keine IV-Rente erhalte, obwohl es ihr wegen dem CRPS nicht möglich sei , zu arbeiten - liegt keine gesundheitliche Veränderung vor . 5. 3

Was die von den behandelnden Ärzten beschriebenen somatischen Beschwerden angeht, beziehen sich diese – soweit sie

überhaupt funktionelle Einschränkungen beschreiben – auf Einschränkungen der linken Hand (E. 4. 3, E. 4.10 , E. 4.16 , E. 4. 23) . Die übrigen seit der Verfügung vom 13. Juli 2016 gemachten Untersuchungen zeigen weitgehend unauffällige oder bereits vorab bestehende Befunde respektive Leiden.

So zeigte sich bei Untersuchungen des Herzens im Herbst 2017 die Koronararterienarteriosklerose regelrecht und Rhythmusstörungen konnten ausgeschlossen werden (E. 4.4-4.5). Explorationsuntersuchungen auf eine Ischämie im Gehirn im November 2018 und Dezember 2019 verliefen ergebnislos (E. 4. 1 1 , E. 4. 22). Abklärungen zu einem Karpaltunnelsyndrom der rechten Hand im Februar 2019 ergaben eine Nervenleitgeschwindigkeit des Nervus medianus über dem Karpaltunnel im Normbereich (E. 4 .13). Ein solches schloss denn auch Dr. AP.____ im Oktober 2019 aus (E. 4. 21). Zudem konnte bei Untersuchungen der Vorfüsse kein Nachweis eines Mortonneuroms festgestellt werden und die native Darstellung der Vorfüsse war unauffällig (E. 4.1 4). Was die Fussproblematik aufgrund der Senk- und Knickfüsse angeht – welche im Übrigen bereits bei der ursprünglichen Leistungsprüfung festgestellt worden war (E. 3.1 .2) – erfolgte die Behebung des Leidens durch orthopädische Serienschuhe , für welche die Beschwerdegegnerin eine Kostengutsprache erteilte (vgl. Urk. 10/245) .

Dr.

P.____ hat denn auch explizit einzig das CRPS der linken Hand als somatisches Leiden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

beurteilt und ausdrücklich das von ihm diagnostizierte lumbospondylogene Schmerzsyndrom, die chronischen Fersenschmerzen beidseits, das Karpaltunnelsyndrom links - sowie die bereits vorbestehende (E. 3.

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