

Genesungsverlauf. Sie fÄ¼hrten aus, die BeschwerdefÄ¼hrerin habe berichtet, die radikulÄ¼ren Schmerzen seien regredient. Bis auf eine DysÄ¼sthesie des linken Handausenrands habe sie keine Hyp- oder ParÄ¼sthesien geÄ¼ussert. Die BeschwerdefÄ¼hrerin habe bei minimalen Restbeschwerden am 26. April 2007 aus der spitalÄ¼rztlichen Behandlung entlassen werden kÄ¼nnen (Urk. 8/8 S. 10).

Ä¼ber den weiteren Verlauf fÄ¼hrten die Ä¼rzte des Spitals F.____ am 2. August 2007 aus, es wÄ¼rde eine leichte Heiserkeit, jedoch keine Schluckbeschwerden bei der BeschwerdefÄ¼hrerin vorliegen. Die RÄ¼ntgenaufnahme der HalswirbelsÄ¼ule zeige eine regelrechte Lage des Cages mit beginnender knÄ¼cherner Konsolidierung. Bei zufriedenstellendem postoperativem Verlauf mit guter Regredienz der radikulÄ¼ren Symptomatik bestehe noch ein ausgeprÄ¼gtes Lokalsyndrom. Deshalb sei eine physiotherapeutische Behandlung verordnet worden (Urk. 8/16 S. 17).

Ä¼ber die Kontrolluntersuchung vom 18. September 2007 berichteten die Ä¼rzte des Spitals F.____ am 21. September 2007. Sie fÄ¼hrten aus, bei weiterhin regredienten radikulÄ¼ren Beschwerden wÄ¼rden unverÄ¼ndert die starken Nacken- und Hinterkopfschmerzen im Vordergrund stehen. Neurologisch wie radiologisch hÄ¼tte sich bei der Kontrolle Ende Juli ein regelrechter Befund gezeigt. Es sei offensichtlich, dass hier neben der radikulÄ¼ren Symptomatik, die sich nach der Diskektomie praktisch vollstÄ¼ndig zurÄ¼ckgebildet habe, ein chronisches Schmerzsyndrom mit therapieresistenten Cervicocephalgien bestehe (Urk. 8/16 S. 16).

3.1.6Ä¼ Dr. med. G.____, Facharzt FMH fÄ¼r OrthopÄ¼dische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, stellte am 8. Januar 2008 die folgende Diagnose: Status nach Cloward Robinson C5/C6 wegen radikulÄ¼rer Ausfallsymptomatik rechtsseitig am 19. April 2007. Nach wie vor GlobusgefÄ¼hl, Dysphagie und persistierende lokale Beschwerden mit pseudoradikulÄ¼rer Ausstrahlung.

Er berichtete weiter, die BeschwerdefÄ¼hrerin weise eine Unkovertebralgelenksarthrose auf praktisch allen Etagen auf, vor allem von C3 - C6. Entsprechend sehe man im CT kleine erosive Zysten. Ebenso sehe es so aus, als sei dieser Peek Cage in die WirbelkÄ¼rper eingesunken und es sei oft so, dass es durch die leichte RestinstabilitÄ¼t infolge des KunststoffelastizitÄ¼tsmoduls zu einer erosiven Osteochondrose komme. Die BeschwerdefÄ¼hrerin weise auch entzÄ¼ndliche VerÄ¼nderungen im Bereich beider WirbelkÄ¼rper in Form einer erosiven Spondylose auf und der WirbelkÄ¼rper, insbesondere C5, habe an Substanz vor allem dorsalseits verloren. Dr. G.____ fÄ¼hrte weiter aus, man sehe einzelne kleine BrÄ¼cken. Er denke allerdings, dass diese fÄ¼r die StabilitÄ¼t nicht ausreichend seien. ZusÄ¼tzlich werde eine kleine foraminale Diskushernie C6/C7 rechtsseitig bei deutlich segmentalem Knick beschrieben (Urk. 8/1 S. 4).

Dem weiteren Bericht des Dr. G.____ vom 13. MÄ¼rz 2008 kann entnommen werden, dass auch auf Grund einer psychischen Ä¼berlagerungssituation mindestens eine Teilberentung als gerechtfertigt scheine. Die BeschwerdefÄ¼hrerin habe er jedoch nur zwei Mal gesehen, weshalb weitere AuskÄ¼nfte primÄ¼r bei den behandelnden Ä¼rzten einzufordern seien (Urk. 8/11 S. 3).

3.1.7Ä¼ Dr. med. H.____, Facharzt FMH fÄ¼r Neurochirurgie, berichtete am 12. Februar 2008, dass die BeschwerdefÄ¼hrerin bei einem Status nach ventraler Mikrodiskektomie

HWK5/6 Mitte April 2007 unter einem chronischen, zervikozephalen Schmerzsyndrom leide, wie dieses in ähnlicher Form bereits präoperativ bestanden habe. In der klinischen Untersuchung würden sich jedoch keine Anhaltspunkte für eine radikuläre Beeinträchtigung finden. Dr. H. ___ führte sodann aus, grundsätzlich ziele eine Mikrodiskektomie und Foraminotomie im Bereich der Halswirbelsäule auf eine Linderung der radikulären Symptomatik ab. Nackenschmerzen könnten aber weiterhin bestehen. Dies sei offensichtlich auch bei der Beschwerdeführerin der Fall, wenn sich auch der Charakter der Nackenschmerzen postoperativ geändert habe. Der Cage selbst liege korrekt eingelegt im Zwischenwirbelraum HWK5/6. Ob die anfängliche Überdistraktion für ein Fortbestehen der zervikalen Schmerzen mitverantwortlich sei, lasse sich nicht sicher beurteilen. Vor allem degenerative Veränderungen dürften die Gründe für das Fortbestehen dieser Schmerzsymptomatik sein. Das Einsinken des Cages in Boden- und/oder Deckplatte sei ein Phänomen, das nicht selten beobachtet werde und meist asymptomatisch sei (Urk. 8/1 S. 6 f.).

3.1.8 Prof. Dr. med. I. ___, Facharzt FMH für Chirurgie und Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, führte in seinem Bericht vom 2. April 2008 aus, die klinische Untersuchung der Beschwerdeführerin habe eine weitgehend normale neurologische Situation für die Motorik, die Sensibilität und das Reflexverhalten der beiden oberen Extremitäten gezeigt. Obschon die Beschwerdeführerin in ihrer Persönlichkeitsstruktur sicherlich nicht einfach sei und eine wohl nicht vollständig bekannte komplexe Geschichte habe, gebe sie ein so eindeutiges Beschwerdebild wieder, das für eine Instabilität im operierten Bereich der Halswirbelsäule spreche und das mit dem radiologisch erhobenen Befund korreliere. Prof. Dr. I. ___ berichtete weiter, angesichts der guten Korrelation zwischen morphologischer Diagnose und klinischem Bild würde er eine Reoperation empfehlen, auch wenn damit zu rechnen sei, dass bei der Persönlichkeit der Beschwerdeführerin dieser Prozess nicht einfach sei (Urk. 8/16 S. 10).

3.2 In seinem Bericht vom 8. Juni 2010 führte Dr. Y. ___ aus, die Beschwerdeführerin sei in der alltäglichen Lebensverrichtung Ankleiden/Auskleiden regelmäßig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen, da sie weder enge Kleidung an- beziehungsweise ausziehen noch Schuhe binden könne. Dies gelte auch für die Bereiche Essen und Körperpflege, da die Beschwerdeführerin wegen der Dysphagie und der Dysphagie keine grösseren Stücke mehr hinunterschlucken könne und sich die Hiatushernie seit der Einnahme von nichtsteroidalen Antirheumatika (NSAR) verschlimmert habe, sodass die Einhaltung einer Diät erforderlich sei. Ferner bedinge die Bewegungseinschränkung, dass der Beschwerdeführerin ihre Ganzkörperpflege nicht mehr möglich sei und sie sich auch ihre Haare nicht selbstständig waschen könne. Die Hilflosigkeit müsse auch für die Lebensverrichtung Fortbewegung/Kontaktaufnahme bejaht werden, da die Beschwerdeführerin keine grösseren Strecken gehen und keine Lasten tragen könne und sie die Erschütterungen bei Bahn- und Busfahrten kaum ertrage. Gleiches gelte auch für die lebenspraktische Begleitung. Keine Hilflosigkeit bestehe hingegen in den Bereichen Aufstehen/Absitzen/Abiegen und Verrichtung der Notdurft. Überdies bedürfe die Beschwerdeführerin weder der dauernden Pflege noch der persönlichen Überwachung (Urk. 8/90).

3.3 Dem Bericht über die Abklärung an Ort und Stelle vom 18. Mai 2010 kann entnommen werden, dass die Beschwerdeführerin eine Halskrause trägt. Nach

Angaben der Beschwerdeführerin habe sie diese immer an, wenn sie sich häufiger bewegen oder Kleinigkeiten herumtragen müsse. Die Abklärungsperson führte weiter aus, im Bereich Ankleiden/Auskleiden sei die Beschwerdeführerin selbständig. Sie trage keine Socken, weil - so die Angabe der Beschwerdeführerin - sie sich nicht richtig bücken könne. Da es der Beschwerdeführerin aber zumutbar sei, eine Sockenanziehhilfe zu benutzen, sei eine Hilflosigkeit in diesem Bereich nicht ausgewiesen. Gleiches gelte auch für die alltäglichen Lebensverrichtungen Aufstehen/Absitzen/Abliegen und Verrichtung der Notdurft. Die Beschwerdeführerin habe angegeben, sie habe Mühe, Speisen zu zerkleinern und bei Magenproblemen oder Schluckbeschwerden müsse sie ihr Essen pürieren. Weil das Zerkleinern und Pürieren der Speisen nicht regelmässig nötig sei, könne auch diesbezüglich keine Hilflosigkeit bejaht werden. In den Bereichen Körperpflege und Fortbewegung/Kontaktaufnahme hingegen sei die Hilflosigkeit gegeben, da sich die Beschwerdeführerin ihre Haare nicht mehr selber waschen könne und ihr die selbständige Erledigung ihres Einkaufs und die Wahrnehmung von Terminen ohne Dritthilfe nicht möglich seien. Zudem sei sie auf dauernde medizinisch-pflegerische Hilfe angewiesen. Sie benötige jedoch weder eine dauernde persönliche Überwachung noch eine lebenspraktische Begleitung (Urk. 8/87 und 8/99).

3.4.4 Die Beurteilung des Dr. Y. ___ beruht im Wesentlichen auf den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin statt auf objektiven Befunden, mit welchen die geltend gemachten Einschränkungen der körperlichen und geistigen Funktionen begründet werden könnten. Die Dr. Y. ___ vorgelegten spezialärztlichen Berichte geben zu keiner anderen Beurteilung Anlass. Insbesondere geht aus diesen weder hinsichtlich der HWS- noch der Hals- oder Magenbeschwerden (Dysodie, Dysphagie und Hiatushernie) hervor, dass die Beschwerdeführerin bei den alltäglichen Lebensverrichtungen aufgrund objektiver klinischer Befunde eingeschränkt wäre. Die von der Beschwerdeführerin hauptsächlich beklagten Bewegungseinschränkungen liessen sich denn auch nicht objektivieren. So diagnostizierte Dr. B. ___ einzig Myogelosen im Trapezbereich ohne radikuläre Symptomatik (Urk. 8/8 S. 23). Nach erfolgter Bandscheiben-Operation führten die Ärzte des Spitals F. ___ aus, neurologisch und radiologisch hätte sich ein regelrechter Befund gezeigt (Urk. 8/16 S. 16), was durch Dr. H. ___ bestätigt wurde, welcher von einem korrekt eingelegten Cage im Zwischenwirbelraum HWK5/6 berichtete (Urk. 8/1 S. 7). Im Bericht des Prof. Dr. I. ___ ist die Rede davon, dass die klinische Untersuchung der Beschwerdeführerin eine weitgehend normale neurologische Situation für die Motorik, die Sensibilität und das Reflexverhalten der beiden oberen Extremitäten gezeigt habe (Urk. 8/16 S. 10) und Dr. H. ___ berichtete am 12. Februar 2008, dass er keine Anhaltspunkte für eine radikuläre Beeinträchtigung gefunden habe (Urk. 8/1 S. 7). Sodann führten die Ärzte der Klinik E. ___ aus, die Beschwerdeführerin leide unter einem akuten zervikospondylogenen Schmerzsyndrom. Sie berichteten weiter, die ausstrahlenden Schmerzen würden nicht mit den MRI-Befunden korrelieren, wobei diese auch nicht durch die leichten degenerativen Veränderungen erklärt werden könnten (Urk. 8/8 S. 16). Dr. G. ___ wiederum sprach von einer psychischen Überlagerungssituation (Urk. 8/11 S. 3), derweil Dr. C. ___ eine psychiatrische Untersuchung empfahl und den Verdacht auf eine allfällige Somatisierung und/oder Aggravation äusserte (Urk. 8/8 S. 19 f.). Ausserdem konnte eine Inkonsistenz zwischen den beklagten Beschwerden und den fehlenden Funktionseinschränkungen festgestellt werden (vgl. Urk. 8/1 S. 7, 8/8 S. 16 und 8/8 S. 23). Hinsichtlich der

Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückergeben wird, damit sie im Sinne der Erwägungen verfahren und hernach über den Anspruch der Beschwerdeführerin auf Hilfenentscheidung neu verfahren.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentscheidung von Fr. 2'500.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Stephan Käbler

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage des Doppels von Urk. 32 und einer Kopie von Urk. 33

- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

5. Gegen diese Entscheidung 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).

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