

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.01186 vom 27. Februar 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-02-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2012.01186

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.01186 du 27 février 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.01186 del 27 febbraio 2013

Erwägungen

E. 1

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). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). 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).

1.2. Die am 1. Januar 2012 in Kraft getretene IVG-Revision hat zum Ziel, die Invalidenversicherung (IV) zu sanieren. Dabei steht der Eingliederungsgedanke im Zentrum. Insbesondere durch sogenannte eingliederungsorientierte Rentenrevisionen sollen laufende Renten erheblich reduziert oder gar aufgehoben werden können, indem systematisch überprüft wird, ob bei den Rentenbezügern und -bezügern Potential zur Wiedereingliederung vorhanden ist (Thomas Gächter/Eva Siki, Sparen um jeden Preis?, in: Jusletter 29. November 2010, S. 2).

1.3. Gemäss Schlussbestimmung a. der Änderung des IVG vom 18. März 2011 werden Renten, die bei pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage gesprochen wurden, innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten dieser Änderung überprüft. Sind die Voraussetzungen nach Art. 7 ATSG nicht erfüllt, so wird die Rente herabgesetzt oder aufgehoben, auch wenn die Voraussetzungen von Art. 17 Abs. 1 ATSG nicht erfüllt sind.

Mithin finden auf diese IV-Rentnerinnen und -rentner nicht die geplanten Bestimmungen über die eingliederungsorientierte Rentenrevision Anwendung, die mit flankierenden und begleitenden Massnahmen abgerundet werden. Vielmehr sind die Rentenansprüche, die etwa gestützt auf die Diagnose eines organisch nicht erklärbaren Schmerzzustandes gesprochen wurden, zu überprüfen und unter dem Gesichtspunkt der seit BGE 130 V 352 verschärften Praxis neu zu beurteilen (Gächter/Siki, a.a.O., S. 2).

1.4. Ausgangspunkt für die Bemessung der Invalidität bildet die Frage, ob und in welchem Ausmass es einer versicherten Person zumutbar ist, trotz ihres Gesundheitsschadens ein Erwerbseinkommen zu erzielen. In Art. 7 Abs. 2 ATSG, der mit der 5. IVG-Revision am 1. Januar 2008 in Kraft getreten ist, wird festgelegt, dass eine Erwerbsunfähigkeit nur vorliegt, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist. Damit wurde gesetzlich verankert, dass die Zumutbarkeit nicht nach dem subjektiven Empfinden der versicherten Person, sondern nach objektiven Gesichtspunkten zu beurteilen ist. Art. 7 Abs. 2 ATSG schreibt somit auf Gesetzesstufe das Erfordernis der Objektivierbarkeit fest, was nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (BGE 135 V 215 E. 7.3) seit jeher gilt (Gächter/Siki, a.a.O., S. 3).

Das Bundesgericht erachtete es aus Gründen der Rechtsgleichheit als geboten, sämtliche pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage den gleichen Anforderungen zu unterstellen, und hat in der Folge die im Bereich der anhaltenden somatoformen Schmerzstörungen entwickelte Schmerz-Rechtsprechung bei verschiedenen verwandten Diagnosen, so bei der Würdigung des invalidisierenden Charakters von Fibromyalgie, Chronic Fatigue Syndrome oder Neurasthenie, dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen, der dissoziativen Bewegungsstörung sowie einer spezifischen HWS-Verletzung ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle (HWS- oder Schleudertrauma) zur Anwendung gebracht (Gächter/Siki, a.a.O., S. 4, mit zahlreichen Hinweisen auf die Rechtsprechung des Bundesgerichts).

Das gemeinsame Merkmal dieser Beschwerdebilder, welche die einheitliche Anwendung der Schmerz-Rechtsprechung des Bundesgerichts rechtfertigt, besteht darin, dass die Betroffenen unter körperlichen Symptomen - wie Rückenschmerzen, Müdigkeit oder Magen-Darmproblemen - leiden, die sich nicht durch organische Befunde erklären lassen. Weder fallen unter die Anwendung der Schmerz-Rechtsprechung somit sämtliche psychiatrischen Diagnosen noch ist ausschlaggebend, ob ein bestimmtes Leiden organischen oder psychischen Charakter hat. So hat die Rechtsprechung die zu vorwiegend psychisch begründeten Schmerzstörungen (ICD-10: F45.4) entwickelten Regeln unter anderem bereits auf die als organisches Leiden qualifizierte Fibromyalgie (ICD-10: M79.0) übertragen (Gächter/Siki, a.a.O., S. 4, mit zahlreichen Hinweisen auf die Rechtsprechung des Bundesgerichts).

1.5. Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht 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 in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

E. 2

2.1. Strittig und zu prägen ist, ob die Beschwerdegegnerin die bisherige ganze Invalidenrente der Beschwerdeführerin zu Recht aufgehoben hat.

2.2. Die Beschwerdegegnerin stellte sich im angefochtenen Entscheid (Urk. 2) auf den Standpunkt, dass die bei der Beschwerdeführerin gestellten Diagnosen zu den

Ätiologisch-pathogenetisch unklaren syndromalen Zustandsbildern ohne nachweisbare organische Grundlagen gehören. Den medizinischen Unterlagen seien keine objektivierbaren anatomischen Befunde zu entnehmen, welche aus versicherungsmedizinischer Sicht eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit begründeten. Es lägen keine Anhaltspunkte für eine psychiatrische Komorbidität oder sonstige schwere Funktionseinschränkungen vor. Somit bestehe kein Anspruch mehr auf eine Invalidenrente (S. 1 f.).

2.3 Die Beschwerdeführerin machte in ihrer Beschwerde (Urk. 1) geltend, dass nicht alle Diagnosen, welche der ursprünglichen Rentenzusprache zugrunde gelegt hätten, den sogenannten pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern zuzuordnen seien. Die Beschwerdegegnerin habe es vorliegend unterlassen, eine exakte Abgrenzung der vorhandenen Störungsbilder und deren Auswirkungen auf die Erwerbstätigkeit vorzunehmen. Hierzu sei in jedem Fall eine umfassende medizinische Abklärung notwendig (S. 4). Für den Teil der pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern müsse sodann zwingend geprüft werden, ob eine Erwerbstätigkeit trotz der vorhandenen Beschwerden aus objektiver Sicht zumutbar sei (S. 5 oben). Seit der ursprünglichen Rentenzusprechung im Jahr 2001 habe sich leider keine Verbesserung des Gesundheitszustandes ergeben (S. 5 Mitte). Des Weiteren übte die Beschwerdeführerin insbesondere Kritik am Z.____-Gutachten. So seien verschiedene medizinische Akten nicht aufgelistet worden, weshalb das Gutachten nicht in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden sei (S. 5 f.). Soweit ihr, der Beschwerdeführerin, ein Aggravationsverhalten, mangelnde Mitarbeit und sogar Simulation vorgeworfen würde, seien diese Vorwürfe unberechtigt (S. 7 f.). Das Z.____-Gutachten sei offensichtlich mangelhaft. Es würden keinerlei Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt, obwohl sie seit über zwölf Jahren massiv und gutachterlich belegt in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei (S. 9 oben).

E. 3

3.1 Medizinische Grundlage für die ursprüngliche Rentenzusprache war insbesondere der Bericht von Dr. med. A.____, Allgemeine Innere Medizin FMH, vom 27. September 2001 (Urk. 7/12). Dr. A.____ nannte die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (lit. A):

- chronisches Schmerzsyndrom bei Status nach zweimaligem Schleudertrauma (1997, 2000)
- Status nach Schädelhirntrauma 1996, postkommotionelles Syndrom
- neuropsychologische Defizite
- chronische Migräne seit Jahren
- Staubasthma seit Jahren

Dr. A.____ führte aus, im Vordergrund stehe ein chronisches rezidivierendes Schmerzsyndrom mit Schulter-/Nackenschmerzen und einem reaktiven Panvertebralsyndrom. Zudem bestehe ein rezidivierendes Kopfschmerzsyndrom, exazerbiert durch regelmässig auftretende Migräne. Daneben beständen neuropsychologische Defizite mit Konzentrationsstörungen, Lern- und Gedächtnisstörungen, eine erhöhte Reizbarkeit und eine übermässige

Lärmempfindlichkeit. Die Beschwerdeführerin könne aufgrund der Schmerzen, welche täglich in unterschiedlicher Intensität auftreten, nur kurze Zeit eine Tätigkeit ausüben, müsse sich dann wieder hinlegen und benötige regelmäßig starke Schmerzmittel (lit. D.4). Bezüglich Arbeitsfähigkeit müsse zum heutigen Zeitpunkt eine schlechte Prognose gestellt werden. Die Beschwerdeführerin habe wahrscheinlich zeitlebens unter dem jetzigen Schmerzsyndrom zu leiden. Im heutigen Zeitpunkt könne sie knapp den Haushalt selber führen (lit. D.7). Dr. A. ___ attestierte der Beschwerdeführerin für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit (Heimarbeit) vom 5. August 2000 bis auf weiteres eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (lit. B).

3.2. Die weiteren damals vorliegenden Berichte datieren noch vor dem dritten Unfallereignis vom August 2000.

Die Aus dem Bericht des Universitätsspitals B. ___ (B. ___), Neurologische Klinik, vom 3. Dezember 1999 (Urk. 7/12/14-20) ergeben sich die Diagnosen eines leichten Schädelhirntraumas 1996 mit persistierendem postkommotionellem Syndrom und Anpassungsstörung, einer Migräne ohne Aura sowie eines Status nach HWS-Schleudertrauma 1997 (S. 6 Mitte). Dem Bericht des B. ___, Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, vom 29. Februar 2000 (Urk. 7/12/11-12) ist zu entnehmen, dass aus rheumatologischer Sicht kein organisches Korrelat für die starken Nackenschmerzen gefunden werden konnte (S. 2 oben). Eine neuropsychologische Untersuchung im März 2000 ergab eine Konzentrationsschwäche, leichte verbale und figurale Lern- und Gedächtnisprobleme und eine leicht verminderte Flexibilität in der Ideenproduktion (Bericht des B. ___, Neurologische Klinik, vom 10. März 2000, Urk. 7/12/9-10).

3.3. Vor diesem Hintergrund, insbesondere gestützt auf den Bericht von Dr. A. ___, sprach die IV-Stelle der Beschwerdeführerin bei einem Invaliditätsgrad von 100 % mit Wirkung ab dem 1. August 2001 eine ganze Rente der Invalidenversicherung zu (Urk. 7/23; vgl. auch Feststellungsblatt, Urk. 7/14).

E. 4

4.1. Die seither ergangenen Berichte ergeben über den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin folgendes Bild:

4.2. Das Gutachten der Ärzte des Z. ___ vom 5. Juni 2002 (Urk. 7/38) basiert auf einer rheumatologischen, einer psychiatrischen und einer neuropsychologischen Untersuchung der Beschwerdeführerin sowie den vorhandenen Akten (vgl. S. 1 Mitte). Darin werden folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit genannt (S. 20 Ziff. 4):

- belastungsabhängige Restbeschwerden im Bereich der HWS bei
- Status nach drei HWS-Traumen mit
- globalmuskulärer Insuffizienz
- Symptomausweitung im Sinne einer somatoformen Schmerzstörung
- leichte bis mittelgradige Beeinträchtigung der kognitiven Leistungsfähigkeit, vornehmlich der aufmerksamkeitsabhängigen Funktionen

Die Ärzte des Z.____ gaben an, die dauernden Beschwerden könnten aufgrund der rheumatologisch-orthopädischen Untersuchung nicht erklärt werden; es finde sich weder klinisch noch radiologisch ein genügendes Korrelat. Auch wenn die Beschwerdeführerin Beschwerden im Bereich der HWS beziehungsweise der Muskulatur verspüre, sei es ihr zumutbar und ohne weiteres möglich, ganztags einer körperlich leichteren Tätigkeit nachzugehen, bei der sie nicht monoton Gewichte heben und nicht über eine Stunde in monotonen Haltungen verharren müsse. Die maximale Einschränkung der Arbeitsfähigkeit werde diesbezüglich auf 20 % geschätzt (S. 21 Mitte/unten). Psychiatrischerseits müsse von einer Symptomausweitung im Sinne einer somatoformen Schmerzstörung ausgegangen werden. Dabei sei eine Ausweitung in mehrere Dimensionen gemeint: Verstärkung, Ausbreitung von Beschwerden wie auch von Behinderung über das Ausmass hinaus, welches aufgrund der Schädigung zu erwarten wäre. Psychiatrisch sei von einer verminderten Arbeitsfähigkeit von einem Drittel auszugehen (S. 22 oben). Die neuropsychologischen Funktionsstörungen könnten bei hoher Schmerzexazerbation zeitweise stärker in den Vordergrund treten und nicht unbeträchtliche Alltags- und Berufsrelevanz annehmen (S. 22 unten). Zusammenfassend wurde festgehalten, dass aus rheumatologischer Sicht eine Verminderung der Arbeitsfähigkeit von 20 % bestehe. Aus psychiatrischen und neuropsychologischen Gründen zusammen resultiere eine weitere Verminderung der Arbeitsfähigkeit von 30 %. In diesem Falle seien die Teilarbeitsunfähigkeiten additiv zu sehen, so dass eine Gesamtarbeitsunfähigkeit von 50 % für leichte wechselbelastende Tätigkeiten resultiere (S. 23 oben).

4.3 Im Rahmen der Revisionsverfahren in den Jahren 2002, 2004 und 2007 wurde jeweils ein Verlaufsbericht von Dr. A.____, dem Hausarzt der Beschwerdeführerin, eingeholt. Im Bericht vom 8. August 2002 (Urk. 7/41/3-6) nannte Dr. A.____ dieselben Diagnosen wie im früheren Bericht vom September 2001, ordnete das Staubasthma jedoch bei den Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein (vgl. lit. A). Er übte Kritik am Z.____-Gutachten und hielt fest, dass sich an der Situation der Beschwerdeführerin nichts verbessert habe (lit. D.3). Das Beschwerdebild habe sich kaum verändert. Es beständen weiterhin die früher beschriebenen Symptome in fluktuierendem Ausmass (lit. D.4).

Auch in den Berichten vom 28. September 2004 (Urk. 7/60/3-4) und 27. November 2007 (Urk. 7/73/3-4) verwies Dr. A.____ auf seine früheren Diagnosen und ging von einem stationären Gesundheitszustand und dementsprechend weiterhin von einer vollen Arbeitsunfähigkeit aus.

4.4 Dem Bericht des Spitals C.____ vom 16. November 2010 (Urk. 7/106/4-5) ist zu entnehmen, dass bei der Beschwerdeführerin ein nicht kontrolliertes Asthma bronchiale vorliegt. In der Lungenfunktion zeigte sich eine knapp leichtgradige, nicht reversible obstruktive Ventilationsstörung (S. 1).

4.5 Dr. A.____ verwies in seinem Bericht vom 17. November 2010 (Urk. 7/86/5-9) betreffend Diagnosen auf seine früheren Berichte (Ziff. 1.1). Er berichtete über einen stabilen Verlauf mit leichter Verschlechterung der Gesamtsymptomatik in den letzten drei Jahren. Wegen Therapieresistenz auf physikalische und komplementärmedizinische Behandlungen würden zurzeit keine derartigen durchgeführt. Betreffend Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit habe sich keine Änderung ergeben (Ziff. 1.4 ff.). Es beständen schmerzbedingte zeitliche und körperliche Einschränkungen im

bisherigen Rahmen (Ziff. 1.7).

4.6 Dr. med. D. ____, Spezialarzt FMH für Otorhinolaryngologie, nannte im Bericht vom 3. Januar 2011 (Urk. 7/94/46-53) im Wesentlichen folgende Diagnosen (S. 7):

- Status nach Schädel-Hirntrauma mit Comotio cerebri (1996) und zerviko-zephalem Akzelerations-/Dezelerationstrauma im Rahmen der Heckkollision (2000)
- postcommotionelles und zerviko-enzephalisches Syndrom mit Zerviko-Zephalgien und Schwindel- und Gleichgewichtsstörungen im Rahmen der Funktionsstörung des posturalen Kontrollsystems mit
- zentral-vestibulärer Funktionsstörung zervikogenen Ursprungs
- visuo-okulomotorischer Funktionsstörung und
- zerviko-proprio-nozizeptiver Funktionsstörung

Dr. D. ____ führte aus, es handle sich vor allem um Folgen des ersten und dritten Unfalls mit multisegmentaler Funktionsstörung der zervikalen Bewegungssegmente mit Betonung am Niveau der zervikalen Facettengelenke. Sowohl die therapieresistenten Zerviko-Zephalgien als auch die fluktuierenden Schwindel- und Gleichgewichtsbeschwerden liessen sich seiner Ansicht nach mit einem erhöhten Reizzustand des proprio- und nozizeptiven Rezeptoren-pools erklären (S. 7 unten). Neuro-otometrisch habe man eine Funktionsstörung entlang aller regulativen Reflexbahnen des posturalen Kontrollsystems objektiv erfassen können und durch die postural evozierten Potentiale auch eine Funktionsstörung entlang des vestibulo-spinalen und zerviko-spinalen Reflexes. Die Durchführung eines diagnostisch-therapeutischen Verfahrens nach N. Bogduk sei indiziert (S. 8).

4.7 Das Gutachten der Ärzte des Z. ____ vom 5. Dezember 2011 (Urk. 7/94/1-38) basiert auf den vorhandenen Akten (vgl. S. 1) sowie einer allgemeinen internistischen, einer neurologischen, einer neuropsychologischen sowie einer psychiatrischen Untersuchung der Beschwerdeführerin. Darin werden keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit genannt (S. 31 Ziff. 6.1), indessen folgende Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 31 Ziff. 6.2):

- Migräne mit Aura
- Spannungskopfschmerz
- HWS-Syndrom ohne wesentliche Bewegungseinschränkung sowie ohne radikuläre Symptomatik bei Status nach drei HWS-Traumata

Die begutachtenden Ärzte gaben an, die Beschwerdeführerin beklage aktuell vor allem kontinuierliche Nackenschmerzen, episodische Kopfschmerzen, episodischen Schwindel und Wortfindungsstörungen. Sie beurteile sich als nicht mehr arbeitsfähig, vor allem wegen ihrer starken Schmerzen (S. 33 Ziff. 7.3).

Der neurologische Gutachter führte aus, die geschilderten Migräne-Attacken mit Kopfschmerzen, vegetativer Symptomatik und Sprachstörungen, welche ein- bis zweimal monatlich auftreten, entsprechen einer typischen Migräne mit Aura. Die etwa viermal wöchentlich auftretenden Kopfschmerzen mit occipitaler Betonung entsprechen einem Spannungskopfschmerz (S. 19 unten). Die Migräne und der Spannungskopfschmerz könnten als episodische Störungen prinzipiell keine

anhaltende und dauerhafte Arbeitsunfähigkeit begründen (S. 20 oben).

Die Schwindelattacken - soweit sie nicht durch die Migräne vollständig erklärbar seien - entsprechen in ihrer Schilderung keiner peripher- oder zentral-vestibulären Symptomatik. Die Untersuchungen durch Dr. D. ___ hätten keinen objektiv nachvollziehbaren Befund ergeben. Die von ihm beobachtete und berichtete Unsicherheit in Romberg und Unterberger Versuch stehe in eklatantem Widerspruch zu dem sonst völlig normalen Gangbild. Als klinisch tätiger Arzt habe er diese Demonstration der Beschwerdeführerin offensichtlich nicht kritisch hinterfragt und entsprechend sorgfältig geprüft (S. 20 Mitte).

Die Schmerzsymptomatik an der HWS lasse sich nicht objektiv nachvollziehen. Die Spontanbewegungen von Kopf, HWS und Schultergürtel seien normal flüssig und ohne ersichtliches schmerzbedingtes Schonverhalten erfolgt. Bei der ärztlichen Untersuchung seien initial durch aktives Blockieren der Beschwerdeführerin die Bewegungen gegenüber den Spontanbewegungen deutlich reduziert gewesen. Eine radikuläre Symptomatik habe sich an der HWS nicht auslösen lassen, ebenfalls hätten sich kein wesentlicher Druckschmerz und kein muskulärer Hartspann gefunden. Es handle sich um ein leichtes, unspezifisches myofasiales Schmerzsyndrom (S. 20 unten).

Die von der Beschwerdeführerin vorgetragene Wortfindungsstörung liess sich im verhaltensneurologischen Status nicht nachvollziehen. Es habe nicht der geringste Anhalt für eine aphasische Störung bestanden. Dies schliesse episodische Wortfindungsstörungen im Rahmen der Migräne nicht aus. Zusammenfassend lasse sich auf neurologischem Fachgebiet keine andauernde Minderung der Arbeitsfähigkeit begründen (S. 21 oben).

Im Rahmen des neuropsychologischen Teilgutachtens wurde ausgeführt, die Zusammenstellung der Befunde (Testergebnisse) lasse auf ein Aggravationsverhalten der Beschwerdeführerin schliessen. Daher könnten die Ergebnisse der Leistungstests nicht inhaltlich ausgewertet werden und lieferten wegen mangelnder Mitarbeit keine verwertbaren neuropsychologischen Befunde, da sie wahrscheinlich nicht das effektiv vorhandene kognitive Leistungsniveau abbildeten (S. 26 unten).

Bei der psychiatrischen Untersuchung wurde ein psychischer Normalbefund erhoben. Die Beschwerdeführerin befinde sich nicht in psychiatrischer und/oder psychotherapeutischer Behandlung und nehme keine Psychopharmaka ein. Anhaltspunkte für psychische Traumafolgen aufgrund des Autounfalls finden sich nicht (S. 29 unten). Ein emotionaler Konflikt oder psychosoziale Probleme, die schwer genug seien, um als entscheidende ursächliche Einflüsse für die von der Beschwerdeführerin beschriebenen Schmerzen zu gelten, seien nicht festgestellt worden. Es finden sich Hinweise auf sekundären Krankheitsgewinn und dysfunktionales Verhalten ohne Krankheitswert (S. 30 oben).

Im Rahmen der Gesamtbeurteilung gaben die begutachtenden Ärzte an, die Beschwerdeführerin sei sowohl in den zuletzt ausgeübten Tätigkeiten als Heimarbeiterin und Hauswartin als auch in einer Verweistätigkeit voll arbeitsfähig (S. 34 Ziff. 7.4; S. 37 Ziff. 7.6 und Ziff. 7.7). Eine objektive kognitive Störung lasse sich nicht nachvollziehen, weder aus den Akten noch aus der neuropsychologischen Testung oder der verhaltensneurologischen Untersuchung. Die früher diagnostizierte

somatoforme Schmerzstörung sei aus ihrer Sicht nicht nachvollziehbar, weder in der Vergangenheit noch in der Gegenwart (S. 36 oben). Das aktuelle Belastungsprofil gelte seit Mai 2002, also seit der damaligen Begutachtung (S. 37 oben).

E. 5

5.1 Die Rentenzusprache per August 2001 erfolgte im Wesentlichen aufgrund von Beschwerden im Zusammenhang mit HWS-Verletzungen ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle. Gemäss Bericht von Dr. A. ___ vom September 2001 stand ein chronisches Schmerzsyndrom mit Schulter-/Nackenschmerzen im Vordergrund. Er gab an, die Beschwerdeführerin könne aufgrund der Schmerzen nur kurze Zeit eine Tätigkeit ausüben. Ein organisches Korrelat für die starken Nackenschmerzen konnte nicht gefunden werden, wie sich auch aus dem Bericht des B. ___ vom Februar 2000 ergibt. Im kurz nach der Rentenzusprache ergangenen Z. ___-Gutachten wurde unter anderem eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit wesentlichem Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin diagnostiziert (Einschränkung um einen Drittel).

Soweit die Beschwerdeführerin antwortete, dass nicht alle Diagnosen, welche der ursprünglichen Rentenzusprache zugrunde lagen, zu den pathogenetisch-etiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern gehörten, ist dies wohl richtig. Die übrigen Diagnosen, wie beispielsweise die neuropsychologischen Defizite, fielen indessen neben dem Schmerzsyndrom nicht wesentlich ins Gewicht. Dies wird auch durch den seitens der Beschwerdeführerin eingereichten Bericht des B. ___ betreffend Arbeitsplatzabklärung vom 7. April 2000 (Urk. 7/106/1-3) verdeutlicht, in welchem als Diagnosen lediglich ein chronisches Schmerzsyndrom bei Status nach zweimaligem Schleudertrauma sowie Migräne angeführt wurden (S. 1).

5.2 Nach dem Gesagten stützte sich die Rente der Beschwerdeführerin massgeblich auf ein pathogenetisch-etiologisch unklares syndromales Beschwerdebild ohne nachweisbare organische Grundlage im Sinne von lit. a der Schlussbestimmungen der Änderung des IVG vom 18. März 2011.

Die Ausschlusskriterien gemäss Abs. 4 (Erreichen des 55. Altersjahres im Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderung oder Bezug einer Rente seit mehr als 15 Jahren im Zeitpunkt der Änderung) sind vorliegend nicht gegeben und die Änderung der Rente erfolgte innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten der Änderung am 1. Januar 2012. Folglich ist lit. a der Schlussbestimmungen der Änderung des IVG vom 18. März 2011 anwendbar und eine Herabsetzung oder Aufhebung der Rente der Beschwerdeführerin ist grundsätzlich möglich, auch wenn die Revisionsvoraussetzungen nach Art. 17 Abs. 1 ATSG nicht erfüllt sind. Zu prüfen bleibt damit das Vorliegen einer Erwerbsunfähigkeit im Sinne von Art. 7 ATSG.

5.3 In Bezug auf den aktuellen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin liegen die Beurteilungen von Dr. A. ___ sowie der Ärzte des Z. ___ vor. Während Dr. A. ___ im November 2010 nach wie vor gestützt auf dieselben Diagnosen (chronisches Schmerzsyndrom bei Status nach zweimaligem Schleudertrauma, Status nach Schädelhirntrauma, postkommotionelles Syndrom, neuropsychologische Defizite, chronische Migräne) von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausging, konnten die Ärzte des Z. ___ im Dezember 2011 keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit stellen. In den übrigen aktuellen medizinischen Berichten erfolgte

keine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit.

5.4 Die ausführliche Expertise des Z. ___ setzt sich mit allen Aspekten der gesundheitlichen Beeinträchtigungen auseinander. So beklagt die Beschwerdeführerin insbesondere Kopf- und Nackenschmerzen, Migräne, Schwindel und Wortfindungsstörungen. Die Gutachter kamen zum Schluss, dass die Kriterien für die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nicht erfüllt seien und gingen lediglich von einem leichten Schmerzsyndrom aus. Des Weiteren ist nachvollziehbar, dass auch Spannungskopfschmerzen, Migräne und gelegentliche Schwindelattacken keine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit zu begründen vermögen. Insgesamt erfüllt das Z. ___-Gutachten vom Dezember 2011 die Anforderungen an den Beweiswert eines medizinischen Berichts (vgl. E. 1.5) und vermag auch angesichts der Diagnosen und Befunde in den übrigen medizinischen Berichten zu überzeugen. Zu bemerken ist, dass der Beschwerdeführerin bereits im Z. ___-Gutachten vom Juni 2002 lediglich eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit attestiert wurde.

Soweit Dr. A. ___ - bei welchem die Beschwerdeführerin seit 1990 in Behandlung steht (vgl. Urk. 7/86/6) - (weiterhin) von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit ausgeht, kann diese Einschätzung das eingehend begründete Untersuchungsergebnis gemäß Gutachten der Ärzte des Z. ___ nicht entkräften, zumal bei der Beweiswürdigung der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen ist, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. BGE 125 V 352 ff.).

Auch der Bericht von Dr. D. ___, wonach Schwindel- und Gleichgewichtstörungen hätten objektiviert werden können, vermag das Z. ___-Gutachten nicht in Zweifel zu ziehen. Nach der Rechtsprechung ist der Aussagewert von Erkenntnissen, welche mit der von Dr. D. ___ zur Abklärung nicht fassbarer Gleichgewichtstörungen angewandten Untersuchungsmethode der dynamischen Posturographie gewonnen wurden, insofern begrenzt, als sie keine Informationen zur Ätiologie solcher Störungen liefern. Mehrfach schon hat sich das Bundesgericht zu dieser Methode geäußert und dabei festgehalten, dass sich eine Unfallfolge mittels Posturographie nicht organisch objektiv nachweisen lässt (statt vieler: Urteil vom 29. November 2010, 8C_416/2010, E. 3.4).

Die Beschwerdeführerin kritisierte, dass das Z. ___-Gutachten vom Dezember 2011 mangelhaft sei, da unter Ziffer 1.2 Vollständige Auflistung der Akten verschiedene medizinische Berichte nicht aufgeführt worden seien, mithin den Gutachtern nicht vorgelegen hätten (Urk. 1 S. 6 Ziff. 20 ff.). Einige der genannten Berichte wurden bereits im früheren Z. ___-Gutachten vom Juni 2002 zitiert. Dementsprechend konnten die Gutachter davon Kenntnis nehmen. Was die weiteren Akten angeht, ist festzuhalten, dass sowohl der Bericht über die kreisärztliche Untersuchung aus dem Jahr 1999 als auch die Berichte des B. ___ aus den Jahren 1999 und 2000 noch vor dem dritten Unfall im August 2000 datieren und somit nur beschränkt aussagekräftig sind. Des Weiteren nannte Dr. A. ___ in seinem Bericht vom August 2002 dieselben Diagnosen wie früher und beschrieb keine Veränderung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin. Dem ebenfalls nicht aufgeführten Bericht des Spitals C. ___ vom November 2011 ist die Diagnose eines Asthma bronchiale bei einer knapp leichtgradigen obstruktiven Ventilationsstörung zu entnehmen; Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit

ergeben sich dadurch nicht. Soweit den Ärzten des Z. ___ die genannten Akten tatsächlich nicht vorlagen, vermag dies das Gutachten somit nicht in Zweifel zu ziehen. Vor diesem Hintergrund erweist sich die Expertise der Ärzte des Z. ___ entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin als beweiskräftig und es kann darauf abgestellt werden.

5.5 Nach dem Gesagten kann in Bezug auf den aktuellen Gesundheitszustand auf das Z. ___-Gutachten vom Dezember 2011 abgestellt werden, wonach bei der Beschwerdeführerin sowohl in den bisherigen als auch in angepassten Tätigkeiten eine volle Arbeitsfähigkeit besteht. Der medizinische Sachverhalt ist

als in diesem Sinne erstellt zu betrachten. Ein weiteres interdisziplinäres Gutachten, wie von der Beschwerdeführerin eventualiter beantragt (Urk. 1 S. 2 Ziff. 3), ist nicht erforderlich.

Da weder eine somatoforme Schmerzstörung noch eine verwandte Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt wurde, erbringt sich auch die Prüfung der Frage der Überwindbarkeit, wie sie die Beschwerdegegnerin vornahm (vgl. Urk. 2 S. 4 f.). Angesichts dessen ist auch die Kritik der Beschwerdeführerin, im Z. ___-Gutachten werde nicht zwischen den pathogenetisch-etiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern und den weiteren vorhandenen Beschwerdebildern differenziert (Urk. 1 S. 5 oben), nicht nachvollziehbar.

Soweit die Beschwerdeführerin geltend machte, dass sich ihr Gesundheitszustand nicht verbessert habe, ist festzuhalten, dass im Rahmen einer Rentenaufhebung gestützt auf lit. a der Schlussbestimmungen der Änderung des IVG vom 18. März 2011 die Revisionsvoraussetzungen nach Art. 17 Abs. 1 ATSG gerade nicht erfüllt sein müssen.

Zusammenfassend besteht keine Erwerbsunfähigkeit im Sinne von Art. 7 ATSG und die Beschwerdegegnerin hat die Rente der Beschwerdeführerin zu Recht gestützt auf lit. a der Schlussbestimmungen der Änderung des IVG vom 18. März 2011 aufgehoben. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.

6. Die Kosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 800.-- festzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdeführerin aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

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

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Daniel Wenger

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. Gegen diese Entscheidung kann innerhalb 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 dem 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.