

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00087 vom 29. Juni 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-06-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00087

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00087 du 29 juin 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00087 del 29 giugno 2015

Erwägungen

E. 1.1

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder 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 Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C_261/2009 vom 1. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 1 mit Hinweisen).

E. 1.2

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art.

E. 1.3

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art.

E. 1.4.1

Eine fachärztlich (psychiatrisch) diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung begründet als solche noch keine Invalidität. Nach der bisherigen Rechtsprechung bestand eine Vermutung, dass die somatoforme

Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Danach konnten bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund stand die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein konnten auch weitere mit gewisser Intensität und Konstanz erfüllte Faktoren, so: chronische körperliche Begleiterkrankungen; ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung; ein ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens; ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; „Flucht in die Krankheit“); ein unbefriedigendes Behandlungsergebnis trotz konsequent durchgeführter ambulanter und/oder stationärer Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) und gescheiterte Rehabilitationsmassnahmen bei vorhandener Motivation und Eigenanstrengung (kooperative Haltung) der versicherten Person. Je mehr dieser Kriterien zutrafen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellten, desto eher waren - ausnahmsweise - die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (BGE 130 V 352, 131 V 49 E. 1.2, BGE 139 V 547 E. 3).

E. 1.4.2

Mit zur Publikation vorgesehenem Entscheid 9C_492/2014 vom 3. Juni 2015 hat das Bundesgericht unlängst von dieser Rechtsprechung Abstand genommen und eine neue Basis für die Beurteilung somatoformer Schmerzstörungen begründet (E. 6):

„Zusammenfassend ergibt sich, dass die Invaliditätsbemessung bei psychosomatischen Störungen stärker als bisher den Aspekt der funktionellen Auswirkungen zu berücksichtigen hat, was sich schon in den diagnostischen Anforderungen niederschlagen muss (E. 2). Auf der Ebene der Arbeitsunfähigkeit (E. 3) bezweckte die durch BGE 130 V 352 begründete Rechtsprechung die Sicherstellung eines gesetzmässigen Versicherungsvollzuges (E. 3.4.1.1) mittels der Regel/Ausnahme-Vorgabe bzw. (seit E. 7.3 von BGE 130 V 396 und BGE 131 V 49) der Überwindbarkeitsvermutung (E. 3.1 und 3.2). Deren Rechtsnatur kann offen bleiben (E. 3.3). Demnach an dieser Rechtsprechung ist nicht festzuhalten (E. 3.4 und 3.5). Das bisherige Regel/ Ausnahme-Modell wird durch ein strukturiertes Beweisverfahren

ersetzt (E. 3.6). An der Rechtsprechung zu Art. 7 Abs. 2 ATSG - ausschliessliche Berücksichtigung der Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung und objektivierte Zumutbarkeitsprüfung bei materieller Beweislast der rentenansprechenden Person (Art. 7 Abs. 2 ATSG) - ändert sich dadurch nichts (E. 3.7). An die Stelle des bisherigen Kriterienkatalogs (bei anhaltender somatoformer Schmerzstörung und vergleichbaren psychosomatischen Leiden) treten im Regelfall beachtliche Standardindikatoren (E. 4). Diese lassen sich in die Kategorien Schweregrad (E. 4.3) und Konsistenz der funktionellen Auswirkungen einteilen (E. 4.4). Auf den Begriff des primären Krankheitsgewinnes (E. 4.3.1.1) und die

Präponderanz der psychiatrischen Komorbidität (E. 4. 3.1.3) ist zu verzichten. Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5 Ingress). Recht und Medizin wirken sowohl bei der Formulierung der Standardindikatoren (E. 5.1) wie auch bei deren - rechtlich gebotener - Anwendung im Einzelfall zusammen (E. 5.2). Im Grunde konkretisieren die in E. 4 und 5 formulierten Beweisthemen und Vorgehensweisen für die Invaliditätsbemessung bei psychosomatischen Leiden (E. 4.2) die gesetzgeberischen Anordnungen nach Art. 7 Abs. 2 ATSG. Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen.“ 1. 5

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art.

E. 2

Dagegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom 22. Januar 2014 Beschwerde und beantragte, es sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und festzustellen, dass weiterhin ein Invaliditätsgrad von 57 % bestehe . Eventuell sei ein medizinisches polydisziplinäres Gutachten in Auftrag zu geben. Sub eventuell sei die Sache zwecks Einholung eines medizinischen polydisziplinären Gutachtens an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. In prozessualer Hinsicht beantragte die Beschwerdeführerin die Durchführung eines zweiten Schriftenwechsels sowie einer öffentlichen Verhandlung, die Erteilung der aufschiebenden Wirkung der Beschwerde sowie die unentgeltliche Rechtspflege (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 3. März 2014 beantragte die Beschwerdegegnerin

die Abweisung der Beschwerde (Urk. 10) . Mit Eingabe vom 18. März 2014 reichte die Beschwerdeführerin unter Bezugnahme auf ihre Beschwerdeschrift vom 22. Januar 2014 eine Stellungnahme (Urk. 12) und diverse Unterlagen ein (Urk. 13/1-4). Mit Verfügung vom 26. März 2014 wurde das Gesuch um Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung der Beschwerde abgewiesen und die unentgeltliche Prozessführung gewährt. Sodann wurde der Beschwerdeführerin Rechtsanwalt Massimo Aliotta als unentgeltlicher Rechtsvertreter bestellt und ein zweiter Schriftenwechsel angeordnet (Urk. 14). Mit Eingabe vom 9. Mai 2014 erstattete die Beschwerdeführerin die Replik (Urk. 16). Die Beschwerdegegnerin verzichtete am 11. Juni 2014 auf eine Duplik (Urk. 19), was der Beschwerdeführerin am 4. Juli 2014 angezeigt wurde (Urk. 20). Mit Eingabe vom 20. Februar 2015 (Urk. 22) reichte die Beschwerdeführerin einen Bericht des F.____ vom 30. Januar 2015 (Urk. 23) ein. Diese Eingabe wurde der Beschwerdegegnerin samt Beilage am 29. Mai 2015 (Urk. 25) zugestellt. Mit Eingabe vom 29. Mai 2015 (Urk. 26) zog die Beschwerdeführerin ihren Antrag auf Durchführung einer öffentlichen Verhandlung zurück und reichte einen ärztlichen Bericht der Klinik G.____ vom 27. April 2015 (Urk. 27) ein. Mit Verfügung vom

1. Juni 2015 wurde der Beschwerdegegnerin Frist angesetzt zur freigestellten Vernehmlassung zur Ein gabe vom 2 9. Mai 2015 sowie zum beigelegten Bericht der Klinik G.____ (Urk. 28).

Innert Frist verzichtete die Beschwerdegegnerin auf eine Stellung nahme (Urk. 30).

Auf die Vorbringen der Parteien sowie die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Im angefochtene n Entscheid erwog die IV-Stelle, es sei zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin gekommen. Es bestehe eine mässige psychische Komorbidität; seit Sommer 2011 liege eine leichtgradige depressive Episode vor. Die Schmerzproblematik sei progredient und chronifi ziert . Unter Berücksichtigung der Försterschen Kriterien und der Mini-ICF-P sei die Beschwerdeführerin sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit zu 20-25 % eingeschränkt. Die psychische Komorbidität zeige einen günstigen Verlauf. Bei einem Invaliditätsgrad von 25 % bestehe kein Renten anspruch mehr (Urk. 2) .

E. 2.2

Demgegenüber brachte die Beschwerdeführerin vor, ihr Anspruch auf rechtli ches Gehör sei verletzt worden; die Beschwerdegegnerin habe ihr bei Einholung einer Stellungnahme der Gutachter zu den Berichten des E.____

keine Gelegenheit eingeräumt, ihrerseits Ergänzungsfragen zu stellen

(Urk. 1 S. 5). Darüber hinaus habe sich die Beschwerdegegnerin bei Erlass der Verfügung auf ein über zwei Jahre altes Gutachten gestützt, welches im massgebenden Verfügungszeitpunk t bereits veraltet gewesen sei. In der Zwischenzeit seien der Beschwerdegegnerin zahlreiche medizinische Unterlagen eingereicht worden, welche belegten, dass seit der Berentung eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin eingetreten sei. Dennoch habe die Beschwerdegegnerin bei der Begründung ihrer Verfügung lediglich auf eine einfache Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) a bgestellt (Urk. 1 S. 6). Es hätte eine Neu begutachtung der Beschwerdeführerin in den Fachdisziplinen Orthopädie, Rheumatologie, Innere Medizin, Neurologie, Neuropsychologie sowie Psychiatrie eingeholt werden müssen . Der Sachverhalt sei also nicht rechtsgenüßlich abge klärt worden (Urk. 1 S. 7).

E. 2.3

In der Beschwerdeantwort vom 3. März 2014 machte die Beschwerdegegnerin hinsichtlich des Vorwurfs einer Gehörsverletzung unter Verweis auf die Stel lungnahme des Rechtsdienstes vom 16. Mai 2013 (Urk. 11/158)

geltend, v on einer Verletzung des rechtlichen Gehörs und der Mitwirkungsrechte der Beschwerdeführerin könne vorliegend keine Rede sein. Ferner sei fraglich, ob die Zusprache einer halben Rente mit Verfügung vom 21. November 2008 über haupt vertretbar gewesen sei, oder ob sich die Aufhebungsv erfügung aufgrund der substituierten Begründung der Wiedererwäg ung nicht als schützenswert erw ei se . Auch die Annahme einer Arbeitsunfähigkeit in bisheriger und ange passter Tätigkeit von 20-25 % aus Sicht des Psychiaters Dr. D.____ erscheine nicht schlüssig aufgrund der Diagnosen einer anhaltenden

somatoformen Schmerzstörung und einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichten Grades (Urk. 10) .

E. 2.4

Die Beschwerdeführerin brachte in der Replik vom 9. Mai 2014 vor, es bestehe keine Veranlassung, die Verfügung vom 21. November 2008 mit einer substituierten Begründung der Wiedererwägung als nicht schützenswert zu erachten. Wie sie bereits in der Stellungnahme vom 18. März 2014 (Urk. 12) dargelegt habe, sei sodann eine erhebliche Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes bereits vor Erlass der angefochtenen Verfügung eingetreten (Urk. 16). 3.

3.1

Bevor in materieller Hinsicht auf die angefochtene Verfügung eingegangen werden kann, ist auf die Rüge der Gehörsverletzung einzugehen. 3.2

Das sozialversicherungsrechtliche Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht, indem Verwaltung und Sozialversicherungsgericht von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des Sachverhaltes zu sorgen haben. Dieser Grundsatz gilt indes nicht uneingeschränkt, sondern wird in zweifacher Hinsicht ergänzt: durch die Mitwirkungspflicht der versicherten Person sowie durch die im Anspruch auf rechtliches Gehör enthaltenen Parteirechte auf Teilnahme am Verfahren und auf Einflussnahme auf den Prozess der Entscheidungsfindung. In diesem Sinne dient das rechtliche Gehör einerseits der Sachaufklärung, andererseits stellt es ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht beim Erlass eines Entscheides dar, der in die Rechtsstellung des Einzelnen eingreift. Dazu gehört auch das Recht, an der Erhebung wesentlicher Beweise mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen. Im Verwaltungsverfahren gilt dieses Mitwirkungs- oder Äusserungsrecht der betroffenen Person namentlich im Zusammenhang mit der Durchführung eines Augenscheins, der Befragung von Zeugen sowie bezüglich eines Expertengutachtens. Infolgedessen darf auf diese Beweismittel bei der Entscheidung nicht abgestellt werden, ohne der betroffenen Person Gelegenheit zu geben, an der Beweisabnahme mitzuwirken oder wenigstens nachträglich zum Beweisergebnis Stellung zu nehmen (BGE 120 V 357 E. 1a mit zahlreichen Hinweisen = RKUV 1995 Nr. U 209 S. 27 f. E. 1a). 3.3

Der Vorwurf, die Beschwerdegegnerin habe das rechtliche Gehör verletzt, ist unbegründet. Die Beschwerdeführerin hatte die Beschwerdegegnerin im Einwandverfahren

darüber informiert, dass rund vier Monate nach der Begutachtung eine Operation an der Halswirbelsäule stattgefunden habe, und einen Arztbericht des E.____

vom 30. Januar 2012 ein gereicht

(Urk. 11/127 f.). In Nachachtung des Untersuchungsgrundsatzes holte die Beschwerdegegnerin

daraufhin einen weiteren Bericht des E.____

ein (Urk. 11/129), welcher am 23. Juli 2012 erstattet wurde (Urk. 11/132). Beide Berichte des E.____

wurden den Gutachtern zugestellt mit der Bitte um Stellungnahme zur Frage, ob die neuen medizinischen Erkenntnisse etwas an der gutachterlichen Einschätzung änderten und ob allenfalls weitere Untersuchungen notwendig seien (Urk. 11/133 f.). Mit Schreiben vom 29. August 2012 (Urk. 11/137) stellte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin sowohl den neu eingeholten Arztbericht des E.____ vom 23. Juli 2012 (Urk. 11/132) als auch die beiden Stellungnahmen der Gutachter vom 3. August 2012 (Urk. 11/135) und vom 10. August 2012 (Urk. 11/136) zu und räumt ihr eine Frist von 20 Tagen zur Stellungnahme ein. Damit kam die Beschwerdegegnerin dem Anspruch der Beschwerdeführerin auf rechtliches Gehör in rechtsgenügender Weise nach. 4.

E. 2.6

In diesem Bericht

wurde festgehalten, die Muskeleigenreflexe des linken Armes seien unauffällig, auf der rechten Seite (M. biceps, M. brachioradialis und M. triceps) seien sie jedoch nicht auslösbar (Urk. 11/153/5). Die Befunde seit der Begutachtung haben sich somit verändert. Dr. C.____ hatte noch symmetrisch auslösbare Muskeleigenreflexe beobachtet (Urk. 11/118/4) und zu Recht darauf hingewiesen, dass ein Muskeleigenreflex ein objektives Untersuchungskriterium darstelle, welches nicht von der Mitarbeit einer Patientin abhängig sei. Ein symmetrisch und nicht gesteigert auslösbarer Muskeleigenreflex setze voraus, dass keine relevante Störung der sensiblen Afferenz und/oder der motorischen Efferenz vorliege (Urk. 11/118/10). Angesichts der am E.____

festgestellten Asymmetrie der Muskeleigenreflexe erstaunt es daher nicht, dass in dessen Bericht vom 11. September 2013 ein neuropathischer Schmerzanteil als wahrscheinlich erachtet und eine radikuläre Reizsymptomatik klinisch für möglich gehalten wurde (Urk. 11/153/2; vgl. auch den im Beschwerdeverfahren aufgelegten Bericht des Schmerzzentrums des E.____ an den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin vom 17. März 2014 betreffend die Ergebnisse der dort am 11. Juni 2013 und am 17. Januar 2014 durchgeführten Untersuchungen [Urk. 13/1]). Im Zeitpunkt des Verfügungslasses (Dezember 2013) lagen somit nunmehr konkrete Anhaltspunkte für eine somatisch bedingte Schmerzsymptomatik vor. Einer solchen kann ein massgeblicher Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aber nicht ohne Weiteres abgesprochen werden. 5.3

Während im Gutachten der B.____ vom 15. Januar 2008 in psychischer Hinsicht lediglich eine Dysthymia (ICD-10 F34.1) diagnostiziert worden war (Urk. 11/37/15), erhob Dr. D.____ - unter Berücksichtigung von zwischenzeitlich wiederkehrend aufgetretenen mittelgradigen depressiven Episoden - die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung mit einer seit Sommer 2011 bestehenden leichtgradigen Episode. Weiter stellte er die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (Urk. 11/121/12), welche vom psychiatrischen Gutachter der B.____ noch verneint worden war (Urk. 11/37/39). Die von Dr. D.____ vorgenommene Einschätzung, wonach die Beschwerdeführerin aufgrund der von ihm gestellten Diagnosen sowohl in der angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit zu 20 bis 25 % eingeschränkt sei (Urk. 11/121/13), erscheint grundsätzlich nachvollziehbar, wobei sie mit Blick auf die von ihm zu den bisher für die Beurteilung somatoformer Schmerzstörungen massgeblichen Kriterien (vgl. E. 1.4.1) gemachten Feststellungen (Urk. 11/121/11) aus rechtlicher Sicht sogar als grosszügig zu betrachten ist. Dies gilt auch unter dem Gesichtspunkt der unlängst ergangenen Änderung der

Rechtsprechung (vgl. E. 4.1.2). Mit Blick auf den aktenkundigen weiteren Verlauf, namentlich auch auf die seither fortgeführten Behandlungsbemühungen sowohl hinsichtlich der Schmerz- als auch der depressiven Symptomatik (Urk. 11/151/1-3 und Urk. 11/151/4-5), kann jedoch nicht ohne Weiteres geschlossen werden, dass sich das bei der Beschwerdeführerin bestehende psychische Zustandsbild seit der Begutachtung durch Dr. D.____ im November 2011 bis zum massgeblichen Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung (Dezember 2013) massgeblich verschlechtert hat. 5.4

Die vom Beschwerdeführer – gut ein Jahr nach Beschwerdeerhebung – eingereichten Berichte

des F.____

vom 30. Januar 2015 (Urk. 23) sowie der Klinik

G.____ vom 27. April 2015 (Urk. 27) geben hinsichtlich des Gesundheitszustandes sowie der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin im Verfügungszeitpunkt keinen Aufschluss und sind deshalb unbrauchbar (vgl. E. 1.8). Beim Bericht des F.____ vom 30. Januar 2015 handelt es sich im Übrigen um eine Stellungnahme zur angefochtenen Verfügung vom 10. Dezember 2013, so dass dieser ohnehin nicht der Beweiswert eines ärztlichen Berichtes zukäme (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 8C_671/2014 vom 19. März 2015 E. 4.2.3). 5.5

Nach dem Gesagten ist aufgrund der vorliegenden Akten nicht beurteilbar, ob es seit der Rentenzusprache zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes gekommen ist oder nicht. Zwar lassen die gutachterlichen Feststellungen nach dem Gesagten auf eine relevante Verbesserung schliessen. Wie sich der Gesundheitszustand sowie die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin seit der Begutachtung im November 2011 bis zur angefochtenen Verfügung vom 10. Dezember 2013 entwickelt haben, kann aber nach dem Gesagten bei der gegebenen Aktenlage nicht zuverlässig beurteilt werden. Insofern liegt ein ungenügend abgeklärter medizinischer Sachverhalt vor. Aufgrund der unklaren medizinischen Sachlage lässt sich eine Rentenaufhebung sodann auch nicht mit Hilfe der substituierten Begründung der

Wiedererwägung der Verfügung vom 21. November 2008 rechtfertigen. 5.6

Die angefochtene Verfügung vom 10. Dezember 2013 ist deshalb aufzuheben und die Sache zur erneuten interdisziplinären Begutachtung der Beschwerdeführerin, vorzugsweise in den Fachdisziplinen Rheumatologie, Neurologie (inkl. elektrophysiologische Abklärung),

und, falls dies angezeigt sein sollte, in Neuropsychologie, Psychiatrie an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Diese hat bei der Auftragsvergabe darauf zu achten, dass die Fragestellungen in Bezug auf die psychischen Leiden der Beschwerdeführerin an die aktuelle Rechtsprechung des Bundesgerichts zu den anhaltenden somatoformen Schmerzstörungen (vgl. E. 1.4.2) angepasst sind. Je nach dem Ergebnis dieser sowie allfälliger weiterer medizinischer Abklärungen hat die Beschwerdegegnerin zu prüfen, ob Eingliederungsmassnahmen durchzuführen sind (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. a IVG). Danach hat sie über den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin neu zu verfügen. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen. 6.6.1

Gestützt auf Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und

unabhängig vom Streitwert unter Berücksichtigung des gesetzlichen Rahmens (Fr. 20 0.-- bis Fr. 1'000.--) auf Fr. 8 00.-- festzusetzen. 6 .2

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57 E. 2.2), weshalb die Gerichtskosten der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen sind. 6 .3

6.3.1

Ausgangsgemäss hat die vertretene Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Prozessentschädigung, wobei diese direkt dem ihr mit Verfügung vom 26. März 2014 (Urk. 14) für das vorliegende Verfahren bestellten unentgeltlichen Rechtsvertreter, Rechtsanwalt Massimo Aliotta, zuzusprechen ist. 6.3.2

Nach § 34 Abs. 3 GSVGer bemisst sich die Höhe der gerichtlich festzusetzenden Entschädigung nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens, jedoch ohne Rücksicht auf den Streitwert. Gemäss § 8 in Verbindung mit § 7 Abs. 1 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor Sozialversicherungsgericht (GebV

SVGer) wird namentlich für unnötigen Aufwand kein Ersatz gewährt. 6.3. 3

Rechtsanwalt Massimo Aliotta macht er mit seiner Honorarnote vom 19. Januar 2015 einen Aufwand von 15.6 Stunden und Barauslagen von Fr. 93.60 für Leistungen vom 21. Januar 2014 bis zum 3. Dezember 2014 geltend (Urk. 21). Mit seiner Honorarnote vom 23. Juni 2015 macht er einen Aufwand von

E. 2.17

Stunden und Barauslagen von Fr. 14.30 für Leistungen vom 20. Februar 2015 bis zum 2. Juni 2015 geltend (Urk. 31). 6.3. 4

Rechtsanwalt Massimo Aliotta

waren die Akten bereits aus dem Verwaltungsverfahren bekannt;

er wurde von der Beschwerdeführerin schon anfangs des Verfahrens mit Vollmacht vom 7. September 2007 mandatiert (Urk. 11/16). Aufgrund der Aktenkenntnis sowie des Umfangs der Beschwerde schrift (9 Seiten ohne Deckblatt) sind für das Abfassen der selben

anstelle der geltend gemachten 7 Stunden (vgl. die Position „Beschwerde verfassen“) lediglich 3 Stunden zu entschädigen.

Für das Jahr 2014 rechtfertigt sich somit ein Aufwand von 11.6 Stunden (15.6 Stunden abzüglich 4 Stunden). Unter Berücksichtigung des gerichtlichen Ansatzes von Fr. 200.-- zuzüglich einer Auslagenpauschale von 3 % auf Fr. 2'320.-- und einer Mehrwertsteuer von 8 % auf Fr. 2'389.60

ergibt dies eine Parteientschädigung von Fr. 2'580.75

für das Jahr 2014 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer). Die Eingaben vom 20. Februar 2015 (Urk. 22) und vom 29. Mai 2015 (Urk. 26) erweisen sich insofern als unnötig, als mit ihnen Beweismittel eingereicht werden, welche im vorliegenden Beschwerdeverfahren grundsätzlich nicht mehr zu berücksichtigen sind (vgl. E. 5.4). Für die Mitteilung, dass der Antrag auf Durchführung einer öffentlichen Verhandlung

zurückgezogen wird (Urk. 26), sowie die dazugehörige Rücksprache mit dem Klienten rechtfertigt sich ein Aufwand von maximal einer halben Stunde. Insgesamt erscheint ein Aufwand seit Februar 2015 von maximal einer Stunde gerechtfertigt. Unter Berücksichtigung des gerichtlichen Ansatzes von Fr. 220.-- pro Stunde ab dem 1. Januar 2015 zuzüglich einer Auslagenpauschale von 3 % auf Fr. 220.-- und einer Mehrwertsteuer von 8 % auf Fr. 226.60

ergibt dies eine Parteientschädigung von Fr. 244.70

für das Jahr 2015 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer). Die Beschwerdegegnerin ist deshalb zu verpflichten, Rechtsanwalt Aliotta eine Prozessentschädigung von Fr. 2'825.45 (Fr. 2'580.75 plus Fr. 244.70, inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 10. Dezember 2013 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit sie im Sinne der Erwägungen verfahren und hernach über den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin neu verfüge. 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, dem unentgeltlichen Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Massimo Aliotta, Winterthur, eine Prozessentschädigung von

Fr. 2'825.45 (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Massimo Aliotta, unter Beilage des Doppels von Urk. 30 - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage je eines Doppels von Urk. 21 und Urk. 31 - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

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 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).

Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin
HurstMuraro

E. 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.

E. 4.1

Hinsichtlich des medizinischen Sachverhalts bis zur in Rechtskraft erwachsenen Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 21. November 2008 kann auf das polydisziplinäre Gutachten der B.____ vom 15. Januar 2008 verwiesen werden. Das Gutachten basiert e auf internistischen, rheumatologischen, neurologischen, neuropsychologischen und psychiatrischen Untersuchungen sowie einer inter disziplinären Konsensbesprechung (Urk. 11/37/2). Es wurden die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt (Urk. 11/37/17): - c hronifiziertes

zerv ikovertebrales Schmerzsyndrom mit Schmerzausstrah lung in den Schultergürtelbereich rechts dorsal und in den rechten Arm und mit Kopfschmerzen - ausgeprägte Schon-Fehlhaltung des oberen Achsenskeletts und des rechtsseitigen Schultergürtels mit muskulären Verspannungen und Dolenzen , Schmerzvermeide ns verhalten - Status nach HWS-Distorsion bei Autoauffahrunfall am 30.09.2005 - unauffällige Radiomorphologie von HWS und BWS (Röntgen vom 30.09.2005, hochzervikales CT vom 26.10.2005, MRI der HWS vom 05.12.2005) - erfolglose zervikovertebrale Infiltrationen 2006, erfolglose stationäre Behandlungen 2005 und 2006 - mit fraglichem radikulärem sensiblem Reizsyndrom C8 rechts - radiologisch keine Myelopathie oder eine Affektion einer Nervenwur zel (MRI 05.12.2005) - e pisodale

lumbovertebrale Schmerzepisoden anamnestic - m ittelschwere neuropsychische Störung (Aufmerksamkeit; verbal-episodi sches Gedächtnis; Exekutivfunktionen) bei Status nach kranio zervikalem Beschleunigungstrauma am 30.09.2005 - DD affektiv - DD schmerzbedingt Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde eine Dysthymia (ICD-10 F34.1) genannt. In der polydisziplinären Gesamtbeurteilung wurde festgehalten, während d er rheumatologischen Exploration habe sich ein demonstratives Verhalten bei gehemmt-depressiv wirkender Beschwerdeführerin mit einer Steifhaltung von Kopf und Nacken, einer grotesken Fehlhaltung des oberen Achsenskeletts in Rechtsseitenneigung, Schultertiefhaltung rechts und Schulterhochstand links gezeigt. Im Weiteren sei ein ausgeprägtes Schmerzvermeide ns verhalten fest stellbar mit Schmerzmimik, Schmerzgestik und global rotativ kaum bewegtem Nacken sowie muskulärer Gegenbewegung in den Untersuchungen. Insgesamt lasse sich das somatisch e Beschwerdebild in der geltend gemachten Schmerzintensität und der hochgradigen de facto-Invalidisierung nicht erklären. Nicht erklärbar seien insbesondere die sich präsentierende groteske Fehlhaltung, die Muskelverspannungen und die palpatorischen

Dolenzen an den geprüften Lokalitäten. Somit müsse aus muskulärer Sicht einzig eine etwas verminderte Belastbarkeit des oberen Achsenskeletts und des Schultergürtelbereichs zuer kann werden. Die Befunde an der Lendenwirbelsäule vermöchten keine zusätz lichen Einschränkungen zu begründen . Hinweise für das Vorliegen einer statt gehalten MTBI beim Unfall im Jahre 2005 lägen keine vor. Zwar gebe die Beschwerdeführerin aktuell eine Amnesie respektive Bewusstlosigkeit an, hier von sei in den vorliegenden Akten jedoch nichts erwähnt. Es bestehe ein fragli ches sensibles Reizsyndrom von C8, jedoch ohne Korrelat in der radiologischen Untersuchung. Die angegebenen Kopf- und Nackenschmerzen würden im Rah men von Spannungskopfschmerzen mit einer

migräniformen Komponente beurteilt. Die neuropsychologische Testung habe formal mittelschwere kognitive Einschränkungen ergeben. Als Ursache werde einerseits eine affektive Erkrankung für möglich gehalten, andererseits könnten die Testresultate im Rahmen der verspürten Schmerzen begründet sein. Eine affektive Erkrankung, der man einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit attestieren könne, liege jedoch bei der Beschwerdeführerin nicht vor. Zwar sei eine Dysthymie vorhanden, welche mit Zukunfts- und Existenzängsten einhergehe und sich in einem ausgesprochenen selbstlimitierenden Verhalten zeige. Im Rahmen dieser Diagnose seien auch die intermittierend auftretenden Derealisationen - und Depersonalisationsphänomene erklärbar. Die Kriterien für eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung seien nicht erfüllt. Aufgrund der Verlaufsbeobachtungen müsse die Leistungsbereitschaft als eingeschränkt beurteilt werden und die Resultate im Symptomvalidierungstest seien auffällig. Die in der Untersuchung gezeigte affektive Stimmung sei vermindert und es falle eine Antriebsarmut auf. Insgesamt müsse dieses Verhalten als aggravatorisch gewertet werden, im Rahmen der tiefgreifenden Identifizierung mit der Krankenrolle. Dieses Verhalten habe sich bereits bei der Untersuchung in H.____ im September 2006 gezeigt. Die subjektiv erlebte Progredienz sei atypisch für ein Unfallereignis, wie es im September 2005 aufgetreten sei (Urk. 11/37/18). Die Gutachter hielten dafür, die bisherige Tätigkeit als Betriebsmitarbeiterin mit der Verrichtung von mittelschweren Arbeiten sei nicht möglich. Für eine körperlich leichte Tätigkeit, wechselbelastend, ohne repetitives Heben, Stossen oder Ziehen von Lasten von mehr als 3-5 kg, ohne monotone Bewegungsabläufe, ohne Überkopftätigkeiten oder gebückt zu verrichtende Tätigkeitsanteile und ohne repetitiv greifende Tätigkeiten bestehe eine Arbeitsfähigkeit von aktuell mindestens 50 %. Bei einer Überarbeitung des Krankheitskonzepts sei mit einer wesentlich besseren neuropsychologischen Leistungsfähigkeit zu rechnen und somit auch mit einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit (Urk. 11/37/19).

E. 4.2

8

Im Bericht des Schmerzzentrums des E.____ vom 11. September 2013 (Urk. 11/153)

wurden die folgenden Diagnosen aufgeführt: - chronisches cervicocraniales und cervicobrachiales Schmerzsyndrom rechts - mit neuropathischen Schmerzanteilen bei Status nach craniocervikalem Beschleunigungstrauma 2005 - parietooccipitaler Kopfschmerz mit/bei - referred

pain aus cervikalen Strukturen (z.B. Facettengelenk C2/3 rechts) -

medikamenteninduzierter Kopfschmerz - anamnestisch rezidivierende depressive Episoden
Im Bericht wurde auf ein aktuelles MRI-Bild vom 22. Januar 2013 verwiesen, in welchem auf dem Niveau C5/6 eine von links rezessal bis rechts rezessal reichende Diskushernie mit Kontakt zum Myelon ohne assoziiertes Myelonoedem dargestellt werde. Zudem bestehe Kontakt der C7 Wurzel rechts rezessal zur Diskushernie, lageabhängig sei hier eine Kompression denkbar (Urk. 11/153/2). Am 29. August 2013 sei ein Remifentaniltest durchgeführt worden. Remifentanyl, ein ultrakurzwirksames, hochpotentes Opioid, sei intravenös in steigender Dosierung unter laufender Kontrolle der Vitalparameter und des Schmerzverlaufs in Anästhesiebereitschaft appliziert worden. Es sei zu einer Schmerzabnahme von über 50 % am Nacken und an der rechten Schulter gekommen. Die Beschwerdeführer in Klage vor allem über einen zusammenhängenden Dauerschmerz der

HWS und des Kopfes parietooccipital , mit zusätzlich einschliessenden Anteilen von brennendem Charakter. Der Schmerz strahle auch in den rechten Arm aus und störe ihren Nachtschlaf erheblich. Klinisch fänden sich eine Allodynie im Bereich der rechtsseitigen HWS, die bis zur mittleren BWS und dem rechten Schulterblatt reiche, sowie eine Hypästhesie über dem M. deltoideus über dem lateralen Ober- und Unterarm radiallyseitig bis in die Finger I, II und III ziehend dorsalseitig. Ein neuropathischer Schmerzanteil erscheine wahrscheinlich. Die erzielte Punktzahl im Pain

Detect Fragebogen (welcher neuropathische von nociceptiven Schmerzen differenziere) unterstütze diese Vermutung. Für eine neuropathische Symptomatik spreche die einschliessende blitzartige Schmerzqualität in den rechten Arm. Eine radikuläre

Reizsymptomatik scheine klinisch möglich. Das MRI vom Januar 2013 zeige eine Diskushernie auf Höhe C5/6 mit Kontakt zum Myelon , aber ohne eindeutige Wurzelkompression (Urk. 11/153/2) . Im Bericht wurde sodann festgehalten, beim Untersuchung sei ein

weder der

M. biceps Reflex rechts noch die M. brachioradialis und M. triceps Reflexe auslösbar gewesen (Urk. 11/153/5). Zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin wurden keine Angaben gemacht. 5. 5 .1

Das bidisziplinäre Gutachten vom 1. Dezember 2011 (Urk. 11/118 f. und Urk. 11/121) basiert auf fachärztlichen Untersuchungen , wurde in Kenntnis der und Auseinandersetzung mit den Vorakten sowie insbesondere auch unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden erstattet. Es leuchtet in der Darstellung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge ein, und die Schlussfolgerungen wurden nachvollziehbar begründet. Das Gutachten erscheint daher grundsätzlich beweistauglich (vgl. E. 1.7). Dennoch kann darauf aus den nach folgenden Gründen nicht abgestellt werden.

5.2

5. 2 .1

Dr. C.____

wies zutreffend darauf hin (Urk. 11/118/12) , dass sich radiologisch erhobene Veränderungen, namentlich im Wirbelbefund, nicht notwendigerweise im Ausmass der funktionellen Einschränkung niederschlagen müssen . Es gehört daher zur Aufgabe des Gutachters, derartige Befunde anhand der Klinik zu überprüfen und deren Auswirkungen bei der Untersuchung und im Alltag substantiiert darzulegen (Urteile des Bundesgerichtes 8C_282/2012 vom 11. Mai 2012 E. 5 und 9C_68/2014 vom 2. Juni 2014 E. 3.3). 5. 2 .2

Gemäss Radiologiebericht vom 2. September 2011 bestand bei der Beschwerdeführerin eine grosse Diskushernie C6/7 rechts mit Beeinträchtigung der Nervenwurzel C7 rechts sowie eine breitbasige

Diskusprotrusion C5/6 ohne eindeutige Nervenwurzelbeeinträchtigung (Urk. 11/151/16). Dass

Dr. C.____

diesem Befund keine Bedeutung zu mass , erscheint nachvollziehbar, zumal er in der klinischen Untersuchung anlässlich der Begutachtung keinen Hinweis auf ein radikuläres

Reiz- oder Ausfallsyndrom fand (Urk. 11/118/12). Auch waren die Muskelleitungen reflexiv allseits symmetrisch normal auslösbar (Urk. 11/118/4). Hinzu kam, dass die Beschwerdeführerin bereits anlässlich der Begutachtung durch die B.____ über Schmerzen im Nackenbereich mit Verbindung in den Hinterkopf und Schmerzen in der rechten Schulter geklagt hatte (Urk. 11/37/8); dabei war im Gutachten der B.____ noch eine unauffällige Radiomorphologie der HWS und BWS und damit keine Wurzelkompression dokumentiert worden (Urk. 11/37/11). 5.2 .3

Auch Dr. I.____

vom

E.____, welcher die Notwendigkeit eines operativen Eingriffs in Kenntnis der radiologischen Befunde zu prüfen hatte, äusserte in seinem Bericht vom 30. Januar 2012 (Urk. 11/127) deutliche Zurückhaltung und Skepsis hinsichtlich der Indikation eines operativen Eingriffs. So hielt er fest, beim gemischten C6/C7-Syndrom liege klinisch nur monosegmental eine eindeutige Wurzelkompression in Höhe HWK6/7 rechts vor. Die Sozialanamnese spreche gegen eine vollständige Restitutio, unabhängig von der angebotenen Therapie. Bei ausgeschöpftem konservativem Therapiekonzept und klarem Befund sei ein operatives Vorgehen jedoch schwer abzulehnen. Gegeben sei eine elektive Indikation zur ventralen Diskektomie und Foraminotomie HWK6/7 rechts (Urk. 11/127/2). Am 7. März 2012 führte er die Operation schliesslich durch (Urk. 11/151/17 und Urk. 11/151/24 ff.). Es stellte sich jedoch heraus, dass der chirurgische Eingriff nur einen kleinen Einfluss auf die Schmerzsymptomatik der Beschwerdeführerin hatte. Im Bericht des E.____ vom 28. Juni 2012 wurde festgehalten, die Beschwerdeführerin spreche zwar von einer rund 40%igen Besserung der Brachialgie, der Nackenschmerz sei jedoch unverändert bis VAS 7 trotz Schmerzmedikamenten. So habe sich die Situation zum präoperativen Zustand kaum verändert. Auch die bislang postoperativ sieben mal durchgeführten Physiotherapiemassnahmen hätten zu keiner Besserung der Beschwerden verholfen (Urk. 11/151/9). Dr. I.____ kam daher zum Schluss, es bestehe ein geringer Teilerfolg nach dem operativen Eingriff ohne Einfluss auf die chronifizierte

Nuchalgie. Es würden nur noch schmerztherapeutische Ansätze verbleiben, ein weiteres chirurgisches Verbesserungspotential bestehe nicht (Urk. 11/151/10). Im Bericht vom 23. Juli 2012 hielt Dr. I.____

sodann fest, bildmorphologisch bestehe ein zufriedenstellender postoperativer Verlauf bei anhaltender bekannter Nuchalgie-Problematik. Bei Chronifizierung und nun fehlendem bildmorphologischem Korrelat bestehe keine wesentliche Aussicht auf Besserung. Zu empfehlen seien schmerztherapeutische Ansätze (Urk. 11/132/6).

Das Ergebnis des operativen Eingriffs bestätigt demnach die Einschätzung von Dr. C.____, worauf dieser in seiner Stellungnahme vom 3. August 2012 (Urk. 11/135) auch hingewiesen hat. 5.2 .4

Ferner korrespondiert die Einschätzung von Dr. C.____ mit derjenigen von Dr. J.____, Facharzt FMH für Neurologie, leitender Oberarzt Neurologie der Klinik G.____. Dieser hielt im Bericht vom 3. Oktober 2012 (Urk. 11/151/21 ff.) fest, der aktuelle neurologische Befund sei normal mit Ausnahme einer generalisierten Armschwäche rechts und den angegebenen Sensibilitätsstörungen. Die Kraftminderung sei auf die Schmerzen zurückzuführen. Die von der Kooperation der Patientin unabhängigen Befunde (

Muskeltrophik und Muskelreflexe) seien normal. Es fänden sich noch gewisse Hinweise für eine zusätzliche Schulterpathologie rechts. Elektrophysiologisch sei die Ableitung einer normalen Medianus- und Ulnarisnerve rechts und normaler Nadelmyographien aus den typischen Kennmuskeln C5 und C6 rechts vorhanden. Im MRI der HWS vom 3. Oktober 2012 zeige sich der Befund einer Fusion mit Cage C6/7 sowie eine Diskusprotrusion C5/6 breitbasig ohne Kompression einer Spinalwurzel bzw. des Myelons. Das Myelon stelle sich regelrecht dar. Es lägen somit keine Hinweise auf eine Kompression einer Spinalwurzel, insbesondere der Wurzel C6 bzw. C7 rechts, oder des Myelons vor. Zusammengefasst liege eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychologischen Faktoren vor. In diesem Fall werde keine HWS-nahe Infiltration empfohlen. Die Indikation für ein chirurgisches Vorgehen sei nicht gegeben. Aus neurologischer Sicht werde die Fortsetzung der bisherigen Therapie mit Steigerung von Lyrica empfohlen. Zu diskutieren wäre ein nochmaliger stationärer Aufenthalt in einer spezialisierten Schmerzklinik (Urk. 11/151/23). 5.2.5

Würde auf die in den vorstehenden Erwägungen genannten Berichte abgestellt, wäre – im Vergleich zum Zeitpunkt der Rentenzusprache (Verfügung vom 21. November 2008 [Urk. 11/60])

– eine Verbesserung der somatischen Symptomatik mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausgewiesen; es kann auf die Feststellungen von Dr. C.____ zur Befundlage verwiesen werden (Urk. 11/118/10 ff.). Allerdings sind sämtliche Beweismittel

bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 10. Dezember 2013 (Urk. 2) zu würdigen (vgl. E. 1.6), weshalb die von den Ärzten des E.____ erhobenen Befunde im Bericht vom 11. September 2013 (Urk. 11/153; vgl. E. 4.2.8) nicht ausser Acht gelassen werden dürfen. 5.

E. 4.2.1

Im

Radiologiebericht vom 2. September 2011 wurde das MRI-Bild der HWS vom 1. September 2011 beurteilt. Es seien eine grosse Diskushernie C6/7 rechts mit Beeinträchtigung der Nervenwurzel C7 rechts sowie eine breitbasige

Diskusprotrusion C5/6 ohne eindeutige Nervenwurzelbeeinträchtigung erkennbar (Urk. 11/151/16).

E. 4.2.2

Im bidisziplinären Gutachten von Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, und Dr. med. D.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 1. Dezember 2011 wurden die folgenden interdisziplinären Diagnosen aufgeführt (Urk. 11/118/9; vgl. auch Urk. 11/121/12): - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) - rezidivierende depressive Störung, seit Sommer 2011 - leichtgradige Epilepsie (ICD-10 F33.0) - chronisches Schmerzsyndrom - nicht ausreichend somatisch abstützbar - cervico-thorakale Komponente mit diffuser Ausstrahlung in den Kopf, den Schultergürtel rechtsbetont, den rechten Arm und phasenweise caudalwärts bis ins rechte Bein - diffuse Druckschmerzangabe - nicht dermatombezogene Hyposensibilität ganzer rechter Unterarm für ausschliesslich taktile Reize bei allseits normalem Lage- und

Vibrationssinn - multiple Beschwerden wie Schlafstörungen, Müdigkeit, ungerichtete Steh- und Gehunsicherheit, Nausea - Übergewicht mit Body-Mass-Index von 26,8 kg/m³ - anamnestisch Reizmagen-Syndrom - anamnestisch lumbovertebrales Syndrom Dr. C.____

hielt

fest, in der klinischen Untersuchung würden eine schmerzvermittelnde Mimik und Gestik, nicht dermatombezogene Sensibilitätsstörungen am rechten Unterarm, diffuse Druckschmerzen und darüber hinaus, abgestützt auf objektivierbare Befunde, ein weitgehend normaler Habitus imponieren. Es seien fünf von fünf Waddell-Zeichen nachweisbar, weshalb die körperliche Untersuchung

derart durchgeführt werden müsse, dass die Beschwerdeführerin nicht immer realisiere, auf welchen Körperabschnitt er sich gerade konzentriere. In Bauchlage auf der Untersuchungsfläche liegend könne die Beschwerdeführerin die Arme vollständig eleviert und flektiert neben dem Kopf und den Kopf frei auf die rechte und die linke Gesichtshälfte ablegen (Urk. 11/118/9).

Weiter führte Dr. C.____ aus, die geschilderte Steh- und Gehunsicherheit könne nicht nachgewiesen werden. Auch die nicht dermatombezogene Hyposensibilität ausschliesslich für taktile Reize des ganzen Unterarmes könne nicht auf ein bekanntes somatisch-rheumatologisch-neurologisches Krankheitsbild abgestützt werden (Urk. 11/118/10). An den oberen Extremitäten könnten kein klinisch-pathologischer Befund und keine Hinweise auf eine funktionelle Einschränkung objektiviert werden. Die Beschwerdeführerin schildere diffuse Druckschmerzen im Bereich des periskapulären Gleitlagers, rechtsbetont, und des rechten Arms, die nicht mit einem klinisch-pathologischen Befund, wie einer Myogelose, korrelierten. Es bestünden zudem keine Hinweise auf eine subacromiale

Sehnen einklemmungsproblematik, auf eine Läsion der Rotatorenmanschette oder auf eine periphere Nerveneinklemmungsproblematik, wie zum Beispiel ein Karpal tunnel-Syndrom. Die ergänzend durchgeführten Röntgenaufnahmen der Schultern dokumentierten beidseits normale Befunde. Wenn die Befunde im Bereich der oberen Extremitäten mit denjenigen im rheumatologischen Teilgutachten vom 3. Januar 2008 verglichen würden, könne eine Verbesserung des Gesundheitszustandes bestätigt werden. Die Beschwerdeführerin bewege ihre Arme beidseits wieder in allen Gelenken frei, die Schulterbeweglichkeit rechts sei nicht mehr eingeschränkt, der Schürzengriff habe sich beidseits normalisiert, der Nackengriff werde beidseits wieder ausgeübt, es bestehe kein Schulterhochstand links mehr und die rechts Schulter sei nicht mehr nach ventral gekippt (Urk. 11/118/11). Dr. C.____ hält dafür, dass die geschilderte Schmerzhaftigkeit der Bewegungen aller axialen Bewegungssegmente im Bereich der oberen Wirbelsäulenhälfte nicht nachvollziehbar sei. Die Bewegungen würden in allen Ebenen als gleich schmerzhaft bezeichnet, unabhängig davon, ob die Untersuchung in aufrechter, stehender oder sitzender Körperhaltung, in der die axialen Bewegungssegmente durch das Körpergewicht belastet würden, oder in möglichst entspannter, liegender Körperhaltung erfolge, in der die Bewegungssegmente entlastet würden. Dies weise auf vordergründig nicht somatisch abstützbare Beschwerden hin, denn für diese sei zu erwarten, dass die eine Bewegungsrichtung als eindeutig schmerzhafter geschildert werde als die andere. Insofern relativiere sich die Bedeutung von allenfalls objektivierbaren somatisch-pathologischen Befunden. Die neueste MRI-Abklärung der Halswirbelsäule vom 1. September 2011 (vgl. Urk. 11/118/19 beziehungsweise

Urk. 11/151/16) dokumentiere, im Vergleich zu den Voraufnahmen vom 26. Juni 2009, neu eine leichtgradige mediane Diskusprotrusion auf Höhe von HWK5/6 ohne eine Neuro- oder Myelonkompression und neu eine rechts- mediolaterale Diskushernie auf Höhe von HWK6/7, die Kontakt zur Nervenwurzel C7 rechts habe, ohne dass diese bildgebend komprimiert werde. Bezüglich dieser MRI-Befunde sei auf die epidemiologische Datenlage zu verweisen. Bei asymptomatischen Probanden könnten mittels MRI-Abklärungen cervical in bis zu 50 % der Fälle Diskushernien mit und ohne neurokompressiven Befund und enge Spinalkanäle dokumentiert werden. Das heisse konkret, dass ein allenfalls in der bildgebenden Abklärung dokumentierter pathologischer Befund immer nur unter Berücksichtigung der klinischen Befunde und der Beschwerdeschilderung interpretiert werden sollte. Einerseits aufgrund dieses Aspektes und andererseits aufgrund der seit Oktober 2005 in etwa unverändert anhaltenden Beschwerden - mit Hinweisen auf vordergründig nicht abstützbare Beschwerden, bei gleichzeitig normalen Befunden in den konventionellen Abklärungen und in den MRI-Abklärungen der Halswirbelsäule (zuletzt datiert vom 26. Juni 2009) – habe er Mühe, diese in der MRI-Abklärung vom 1. September 2011 dokumentierten Befunde als relevant einzustufen. Die anlässlich der aktuellen Begutachtung ergänzend durchgeführten Röntgenaufnahmen der Halswirbelsäule dokumentierten, im Vergleich zu den Voraufnahmen vom 26. Oktober 2005 und 22. Juni 2009, weiterhin normale Befunde. Wenn die aktuellen Befunde im Bereich der Wirbelsäule, welche er anlässlich der aktuellen Untersuchung objektivieren könne, mit denjenigen im rheumatologischen Teilgutachten vom 3. Januar 2008 verglichen würden, könne eben falls eine Verbesserung des Gesundheitszustandes bestätigt werden. Das Lot der Wirbelsäule falle wieder in die Mittellinie. Die Lendenwirbelsäule sei nicht mehr eingeschränkt beweglich. Die Beweglichkeit der Halswirbelsäule habe deutlich zugenommen, so dass für die Flexion und die Extension eine maximal zu 1/3 eingeschränkte Beweglichkeit bestehe. Es sei aber auch denkbar, dass je nach Mitarbeit der Beschwerdeführerin die Flexion und die Extension in kürzerer Zeit frei seien, zumal kein somatisch-pathologischer Befund objektivierbar sei, der eine Bewegungseinschränkung begründen könne. Als Ausdruck der unterdessen deutlich verbesserten cervicalen Beweglichkeit habe sich der Kinn-Sternum-Abstand unterdessen weitgehend normalisiert (Urk. 11/118/11 ff.). Dr. C. ___ kam zum Schluss, die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin sei, aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt, spätestens seit der Begutachtung nicht mehr eingeschränkt (Urk. 11/118/16). Dr. D. ___ hielt fest, dass bei der Beschwerdeführerin die psychosomatische Überlagerung der Schmerzen im Rahmen der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung im Vordergrund stehe. Die psychische Komorbidität zeige einen relativ günstigen Verlauf, seit Sommer 2011 bestehe eine leichtgradige depressive Episode. Die Arbeitsfähigkeit werde dadurch in Hinsicht auf die bisher durchgeführten beruflichen Tätigkeiten sowie angepasste Tätigkeiten zu 20-25 % eingeschränkt (Urk. 11/119 und Urk. 11/121/10 f.).

E. 4.2.3

Im Bericht vom 30. Januar 2012 hielt Dr. med. I. ___, Facharzt FMH für Neurochirurgie, Oberarzt am E. ___, fest, es liege ein gemischtes C6/C7-Syndrom klinisch bei nur monosegmental eindeutiger Wurzelkompromittierung in Höhe HWK6/7 rechts vor. Die Sozialanamnese spreche gegen eine vollständige Restitutio, unabhängig von der angebotenen Therapie. Bei ausgeschöpftem konservativem Therapiekonzept und klarem Befund (MRT der HWS nativ vom 1. September 2011) sei ein operatives Vorgehen jedoch schwer abzulehnen. Gegeben sei eine elektive Indikation zur ventralen Diskektomie und

Foraminotomie HWK6/7 rechts (Urk. 11/127/2).

E. 4.2.4

Gemäss Operationsbericht von Dr. I.____ vom 12. März 2012 wurde in Anbetracht des diagnostizierten chronifizierten C7-Syndroms (sensomotorisch rechts bei grosser Diskushernie HWK6/7 rechts)

am 7. März 2012 eine Operation mit mikrochirurgischer Diskektomie HWK6/7 von rechts, Retrospondylosenabtragung / Sequestrektomie und Cage Fusion (AMT Shell 5/16 mm) durchgeführt (Urk. 11/151/17).

E. 4.2.5

Im Verlaufsbericht vom 28. Juni 2012 hielt Dr. I.____ fest, es bestünden eine wenig gebesserte Cervikobrachialgie rechts und damit ein geringer Teilerfolg ohne Einfluss auf die chronifizierte

Nuchalgie. Es würden nur noch schmerztherapeutische Ansätze verbleiben, ein weiteres chirurgisches Verbesserungspotential bestehe nicht (Urk. 11/151 /

E. 4.2.6

Im Bericht vom 23. Juli 2012 hielt Dr. I.____

sodann fest, bildmorphologisch bestehe ein zufriedenstellender postoperativer Verlauf bei anhaltender bekannter Nuchalgie-Problematik. Bei Chronifizierung und nun fehlendem bildmorphologischem Korrelat bestehe keine wesentliche Aussicht auf Besserung. Zu empfehlen seien schmerztherapeutische Ansätze (Urk. 11/132/6).

E. 4.2.7

Dr. C.____

führte in seiner Stellungnahme vom 3. August 2012 zu den Berichten des E.____ vom 30. Januar 2012 und 23. Juli 2012 (vgl. E. 4.2.3 und E. 4.2.6)

aus, in seinem Gutachten habe er unter anderem die MRI-Abklärung der Halswirbelsäule vom 1. September 2011 diskutiert. Damals sei keine Neurokompression dokumentiert worden, wobei die rechts mediolateral gelegene Diskushernie im Segment von HWK5/7 Kontakt zur Wurzel C7 rechts gehabt habe. In der klinischen Untersuchung habe er keinen Hinweis auf ein radikuläres Reiz- oder Ausfallsyndrom erkennen können und die Muskeleigenreflexe seien allseits symmetrisch normal auslösbar gewesen. Dem Bericht des E.____ vom 30. Januar 2012 entnehme er, dass das MRI der HWS vom 1. September 2011 mit einer „eindeutigen Kompression der Wurzel C7 rechts“ (Zitat) interpretiert worden sei. Er nehme diese Einschätzung zur Kenntnis. Es überrasche ihn nicht, dass nach der am E.____ durchgeführten Operation keine wesentliche Besserung der Schmerzproblematik eingetreten sei. Er habe in seinem Gutachten auf Diskrepanzen zwischen den geschilderten Beschwerden und den objektivierbaren Befunden hingewiesen (Urk. 11/135).

E. 7

Abs. 2 ATSG).

E. 8

Für die Beurteilung der Gesetzmässigkeit der angefochtenen Verfügung ist für das Sozialversicherungsgericht in der Regel der Sachverhalt massgebend, der zur Zeit des

Erlasses des angefochtenen Verwaltungsaktes gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung bilden (BGE 130 V 138 E. 2.1 mit Hinweis). Sie können indessen, unter Wahrung des rechtlichen Gehörs, berücksichtigt werden, wenn sie kurze Zeit nach dem Erlass des angefochtenen Entscheids eingetreten sind, sich ihre Beachtung aus prozessökonomischen Gründen unbedingt aufdrängt und sie hinreichend klar feststehen (BGE 105 V 156 E. 2d; ZAK 1984 S. 349 E. 1b). Dies ist der Fall, wenn sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Entscheiderlasses zu beeinflussen (BGE 99 V 98 E. 4 mit Hinweisen). 2.

E. 9

10).

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