

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00812 vom 1. März 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-03-01, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00812

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00812 du 1 mars 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00812 del 1 marzo 2016

Erwägungen

E. 1

8. Januar 2008 (Urk. 8/106).

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie 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).

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. 1.3

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 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.

E. 2

8. September 2007, Urk. 8/103] per 1. Januar 2004) wie folgt zusammen (Urk. 8/84 S. 8 f.):

Die Beschwerdeführerin erlitt am 8. Oktober 2000 einen Unfall (Selbstunfall auf der Autobahn), der zu einer Hospitalisation bis 10. Oktober 2000 im Spital D.____ führte. Im Austrittsbericht vom 17. Oktober 2000 wurde der Beschwerdeführerin die Diagnosen „traumatische dorsale Ellbogenluxation rechts“ sowie HWS-Distorsion gestellt (Urk. 8/15/43). Beim Heilungsverlauf stand vorerst offenbar die Ellbogensymptomatik im Sinne einer massiven Bewegungseinschränkung im Vordergrund, weshalb am 18. Dezember 2000 und 5. Februar 2001 zwei Gelenkmobilisationen in Narkose durchgeführt wurden (vgl. Operationsberichte von Dr. med. E.____, Facharzt FMH für Chirurgie, Urk. 8/15/20-22). Nach der zweiten Mobilisation trat eine mit Lähmungserscheinungen verbundene Parese des Nervus

ulnaris auf, die sich in der Folge bis auf Dysästhesien

zurückbildete (Formularbericht von Dr. E.____ vom 31. August 2002, Urk. 8/17/5-8). In seinem Bericht vom 30. Juni 2003 qualifizierte Dr. E.____ den Befund am Arm als seit gut zwölf bis 18 Monaten stationär: Die Beweglichkeit sei im Bereich der Beugung und der Streckung deutlich eingeschränkt; die Läsion des Nervus

ulnaris habe sich erholt, soweit dies möglich gewesen sei, doch bestehe ein gewisser Restschaden (Urk. 8/46/2). Daneben klagt die Beschwerdeführerin über ein buntes Beschwerdebild nach einer Distorsion der Halswirbelsäule (Schleudertrauma), nämlich wiederkehrende Kopfschmerzen, schnelle

Ermüdbarkeit, Konzentrationsschwäche, Vergesslichkeit; diese Problematik scheint im Verlaufe der Zeit zunehmend in den Vordergrund getreten zu sein (vgl. insbesondere den Formularbericht von Dr. E.____ vom 10. Juli [richtig]:

E. 2.1

Das Versicherungsgericht des Kantons Aarau fasste die medizinische Situation (vorliegend massgebend für den relevanten Vergleichszeitpunkt der abgestuften Rentenzusprache mit zuletzt

unbefristeter Dreiviertelsrente [mit Einspracheentscheid vom

E. 2.2

Dr. E.____ diagnostizierte am 31. August

2002 (Urk. 8/17/5-8) einen Status nach PW-Selbstunfall mit schwerer Commotio cerebri und Ellbogenluxation rechts, Status nach notfallmässiger Reposition des rechten Ellbogens, Status nach zwei maliger Mobilisation des rechten Ellbogens in Narkose, Status nach iatrogenen Ulnarisparesen am rechten Arm nach Ellbogenmobilisation, ein HWS-Schmerzsyndrom mit chronisch rezidivierenden Kopfschmerzen, Konzentrationschwäche und

verminderter Belastbarkeit (Ad 1). In Bezug auf die Einschränkung am Ellbogengelenk erachtete er die Beschwerdeführerin als voll arbeitsfähig in ihrer Tätigkeit und machte für die Einschränkungen (Ermüdbarkeit, Konzentrationschwäche, Kopfschmerzen) die Folgen des Schleudertraumas und der Commotio cerebri verantwortlich (Beiblatt A). Er ging von einer Arbeitsfähigkeit von vier bis fünf Stunden – mithin 50 bis 75 % - aus (Beiblatt Ad 2.2 und Ad C).

E. 2.3

Am 21. April 2004 (Urk. 8/55/2-3) berichtete Dr. F.____ über drei wesentliche von der Beschwerdeführerin

– anlässlich der Konsultation vom 14. Oktober 2003 –

geklagte Probleme: (1) Ein Zervikalsyndrom mit Nackenschmerzen, Ausstrahlungen in die Schulter und Arme, abhängig auch von Belastungen und Arbeitspositionen, daran habe sie sich gewöhnt, jedoch versuche sie immer wie der möglichst wenig Medikamente zu nehmen; die Schmerzen seien einfach da. (2) Neurovegetative Symptome mit vor allem Müdigkeit, am Abend sei sie erschöpft,

schlafe vor dem Fernseher ein. (3) Neuropsychologische Probleme: Sie verliere den Faden im Gespräch, vergesse, müsse aufschreiben; dies sei am meisten bei ruhiger und ihr Partner sage, sie habe sich verändert. Dr. F.____ führte aus, die Beschwerdeführerin habe zwar Einsicht in ihr Leiden, jedoch falle es ihr manchmal sehr schwer, sich damit abzufinden angesichts ihres relativ jungen Alters. Sie habe ihr ganzes Leben lang gearbeitet und möchte gerne weiterarbeiten und produzieren, jedoch mit der jetzigen Arbeit bzw. mit 80 % Arbeitsfähigkeit sei sie auch am Limit, würde aber dieses Pensum weiterhin so behalten.

Im Rahmen der Konsultation vom 31. März 2004 schilderte die Beschwerdeführerin einen wellenförmigen Verlauf und verwies auf die durchgeführte Physiotherapie, sie sei jedoch an und für sich therapieermüdet, möchte Pause machen, etwas die ganze Angelegenheit mal auf die Seite tun. Bei der Arbeit gehe es ihr am Vormittag sehr gut, sie beginne um 09.00 Uhr, habe um 12.00 Uhr Pause bis 12.15 Uhr, dann arbeite sie bis ca. 17.00 Uhr, wobei ab 15.30 Uhr eine Müdigkeit eintrete und sie sich Mühe gebe, durchzuhalten. Dr. F.____ attestierte nach wie vor eine Arbeitsfähigkeit (richtig wohl: Arbeitsunfähigkeit) von 20 %.

E. 3

1. August] 2002 [Urk. 8/17/5-8] und Bericht von Dr. med. F.____, Facharzt FMH für Neurologie, vom 21. April 2004 [Urk. 8/55/2-3]). Allerdings hatte die Beschwerdeführerin schon im Mai 2001 gegenüber dem Schadeninspektor der Zürich-Versicherung fast tägliche Kopfschmerzen („selten zwei bis drei Tage ohne Kopfweh“), in beide Schultern ausstrahlende Nackenbeschwerden, erheblich verminderte Belastbarkeit, gelegentliche Wortfindungsstörungen unter Druck

so wie schlechtes Ertragen von Menschenansammlungen geschildert (Urk. 8/15/4-6).

E. 3.1

Zum Zeitpunkt der rentenaufhebenden Verfügung vom 20. Juni 2014 ergab sich folgender medizinischer Sachverhalt:

E. 3.2.1

Dr. med. G.____, Facharzt FMH Rheumatologie, Physikalische Medizin und Rehabilitation, Dr. med. H.____, Facharzt FMH Neurologie, Dr. I.____, Facharzt FMH Orthopädie, und Prof. Dr. J.____, Facharzt FMH Psychiatrie und Psychotherapie, von der B.____ fassten im Gutachten vom 6. Januar 2011 (Urk. 8/130/7-78) zu Händen des Unfallversicherers die anamnestischen Angaben in dem Sinne zusammen, dass gemäss den zur Verfügung stehenden, zeitlichen Dokumenten die Beschwerdeführerin beim Selbstunfall am 8. Oktober 2000 mit mutmasslich komplexem Unfallmechanismus ohne jeden Zweifel eine dorsale Ellbogenluxation rechts erlitten habe. Andere relevante Verletzungen, insbesondere am Kopf und an der HWS, liessen sich nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit annehmen. Inwiefern die nun angegebenen Verletzungen insbesondere am Kopf vom Erstbehandlungsspital nicht detailliert aufgenommen worden seien, lasse sich im Nachhinein nicht beurteilen. Betreffend den Aspekt einer allfälligen traumatischen Hirnverletzung präsentiere sich die Datenlage widersprüchlich: Während im Erstbehandlungsspital und vom Hausarzt keine Symptome einer Hirntraumatisierung dokumentiert worden seien, gebe die Beschwerdeführerin aktuell an, eine Bewusstseinsstörung erlitten zu haben sowie im weiteren Verlauf nach dem Unfall unter Symptomen, welche auf traumatische Hirnbeteiligung hindeuten könnten, gelitten zu haben.

Es sei anhand der verfügbaren Informationen darauf hinzuweisen, dass sich im Verlauf der ersten Monate nach dem Unfall keine (Residual)Symptome einer traumatischen Hirnbeteiligung fänden. So seien keine Konzentrations- oder Gedächtnisstörungen dokumentiert worden und auch nicht die aktuell von der Patientin angegebenen, unmittelbar nach dem Unfall aufgetretenen und persistierenden Kopfschmerzen, Schwindel und Übelkeit. Hingegen sei eine Ulnaris neuropathie im Sulcus rechts bei Status nach Reposition der Ellbogenluxation und zweimaliger Ellbogenmobilisation nachgewiesen. Darüber hinaus ein sporadisch auftretender linksbetonter Pfeiffinnitus, welcher auf das Knalltrauma durch den Airbag zurückgeführt worden sei. Erst im Bericht der Physiotherapie vom 1. April 2001 sei neben Ellbogenschmerzen rechts auf Kopfschmerzen im Hinterkopf und frontal, Verspannungen okzipital, Nackenschmerzen beidseits, Blockaden im Bereich der oberen und mittleren HWS, Schwindelattacken, intermittierendes Augenflimmern, grössere Ermüdbarkeit und reduzierte Belastbarkeit hingewiesen worden. Dabei sei im Besonderen darauf hingewiesen worden, dass sich die späte Aufnahme der Therapie bezüglich Nacken- und Kopfschmerzen zu Ungunsten des gesamten Heilungsprozesses auswirken würde. Feststehe, dass sich therapeutische Interventionen im weiteren Verlauf primär auf die Problematik des rechten Ellbogens (Bewegungseinschränkung und Läsion des Nervus

ulnaris) ausgerichtet hätten. Ende 2001 sei explizit auf ständig vorhandene Nackenschmerzen mit Verstärkung bei Belastung (z.B. unter „Stress“ oder beim Autofahren) hingewiesen worden. Gleichzeitig habe der dokumentierte klinische Befund an der HWS keine relevanten Bewegungseinschränkungen bei Verspannungen der Nacken- und Schultermuskulatur und der nuchalen

Muskelansätze mit Druckdolenzen insbesondere über den Dornfortsätzen der oberen und mittleren HWS gezeigt (S. 49 f.).

Im weiteren Verlauf ab ca. Ende 2001 seien gemäss verfügbarer Dokumentation die Nackenbeschwerden begleitet von Kopfschmerzen und Schwindelgefühl im Vordergrund

gestanden. Die native Radiographie der HWS (vom 29. November 2002) habe gemäss dem entsprechenden Bericht bei normalem Alignment der HWS-Segmente keine vorzeitigen degenerativen Veränderungen und keine Hinweise auf durchgemachte Frakturen gezeigt. Auch in diesem Bericht seien somit chronische Nackenbeschwerden und assoziierte Symptome (so Kopfschmerzen mit Ausstrahlung nach frontal) ohne strukturelle Läsion an der HWS hervor gehoben worden (S. 50 f.).

Den Akten seien im weiteren Verlauf nach 2003 keine nennenswerten Änderungen des Zustandes zu entnehmen. Auffallend sei, dass sich nach der ersten, nicht auf die Akten bezugnehmenden Erwähnung einer Hirnverletzung im Bericht vom 4. Dezember 2002 diese Diagnose (einmal als Contusio cerebri, ein anderes Mal als Commotio cerebri) in den Akten wiederholt habe und immer wieder auf neuropsychologische, d.h. kognitive Beschwerden hingewiesen worden sei (S. 51).

E. 3.2.2

Im Rahmen der Schilderung der Untersuchungsbefunde verwiesen die Gutachter auf die geklagten Beschwerden im Sinne von Nacken- und Schulterschmerzen, welche (gemäss Ausführungen dem neuropsychiatrischen Experten gegenüber) auf der rechten Seite lokalisiert seien. Hingegen würden gegenüber dem orthopädischen und rheumatologischen Experten die Beschwerden wechselseitig aber vorwiegend auf der linken Seite angegeben. Die Ausstrahlung der Schmerzen finde insbesondere zum rechten Schulterblatt statt. Dazu würden gelegentliche, offenbar periodisch auftretende Kopfschmerzen in unterschiedlicher Intensität angegeben, welche primär hinten im Kopf lokalisiert seien und oft zum rechten Auge ausstrahlten. Die Beschwerdeführerin klagte sodann über eine erhöhte Ermüdbarkeit und eine regelrechte Energielosigkeit („die Batterien nie voll“), wo bei sie den Energieverlust als Folge der kognitiven Anstrengungen insbesondere des beruflichen Alltags empfinde, was sie zwingt, die Arbeit über die Woche entsprechend dem subjektiven Energiezustand einzuteilen. Weiter werde aktuell eine reduzierte Belastbarkeit angegeben. Sehr stark leide sie unter subjektiven kognitiven Beschwerden (in erster Linie Konzentrationsprobleme und „Vergesslichkeit“). Weiter würden die als „Nervenschmerzen“ empfundenen Beschwerden im rechten Ellbogen angegeben, die zum Ring- und Kleinfinger (Finger IV und V) der rechten Hand ausstrahlten. Aufgrund dieser Beschwerden bestünden subjektiv deutliche Einschränkungen der Aktivitäten, welche den Einsatz des rechten Ellbogens und der rechten Hand erforderten (S. 52).

In neurologischer Hinsicht führten die Experten aus, die Beschwerdeführerin klagte einerseits über Beschwerden von Seiten der Ellbogenluxation rechts (eingeschränkte Beweglichkeit, belastungsabhängige Schmerzen am proximalen Unterarm), andererseits über die iatrogene Ulnarisläsion, die allerdings für sie kein grosses Problem darstelle. Auch sei die motorische Einschränkung der rechten Hand subjektiv offensichtlich nicht bedeutend. Die Beschwerdeführerin beklage sich des Weiteren über gehäufte Kopfschmerzen. Die aktuelle klinisch-neurologische Untersuchung zeige lediglich eine Hyposensibilität an der rechten Hand exakt im Versorgungsgebiet des Nervus

ulnaris. Die übrigen Zeichen einer Ulnarisläsion seien nicht vorhanden. Insbesondere komme eine Parese oder Atrophie der rechten Hand nicht zur Darstellung. Dementsprechend sei die Ulnarisanalyse rechts ebenfalls weitgehend normal. Lediglich sei die motorische Leitungsgeschwindigkeit im Sulcusbereich relativ gesehen etwas verlangsamt und das sensibel-antidrome Potenzial etwas schwierig zu reproduzieren. Im

Überprüfen ergaben sich in Bezug auf die zervikozephalen Schmerzen aktuell in der klinisch-neurologischen Untersuchung keine Hinweise für eine traumatisch bedingte Schädigung des zentralen oder peripheren Nervensystems. Aus neurologischer Sicht resultierte dementsprechend auch keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Beruf als Büroangestellte oder als Aussendienstmitarbeiterin (S. 53).

Die orthopädische Untersuchung ergab bei Zustand nach traumatischer Ellbogenluxation eine reproduzierbare Bewegungseinschränkung leichten Grades in Extension und Flexion, diskret ebenfalls in Pro-/Supination. Es sei zu nur geringen Verkalkungen gekommen, typischerweise des ulnaren Anteils. Eine bleibende Instabilität sei klinisch nicht nachweisbar. Dass es im Rahmen der Mobilisationen, wahrscheinlich aber schon im Zusammenhang mit dem Unfall zu einer gewissen Irritation des Nervus

ulnaris im Sulcus

nervi

ulnaris gekommen sei, sei wahrscheinlich. Der aktuelle Zustand am rechten Ellbogen könne bezüglich der Funktion und der Residuen als günstig beurteilt werden. Die Bewegungseinschränkung dürfte im Alltag kaum relevant sein, insbesondere unter Berücksichtigung, dass die berufliche Tätigkeit vorwiegend am PC ausgeübt werde und dabei keine relevanten Belastungen anzunehmen seien. Im Bereich der HWS könne aktuell klinisch lediglich ein leichtes myofaszielles

Schmerzsyndrom diagnostiziert werden. Zeichen einer segmentalen Instabilität bestünden klinisch nicht. Ebenso könnten (in Übereinstimmung mit dem neurologischen und rheumatologischen Experten) keine radikulären Reiz- oder Ausfallserscheinungen erkannt werden (S. 53 f.).

In rheumatologischer Hinsicht schilderten die Ärzte eine auffällige Tonusdifferenz der Nackenmuskulatur, vor allem am Oberrand des Trapeziusmuskels und Musculi

scaleni, die links deutlich verspannt seien. Die diffuse Druckdolenz des Nackens von der Dornfortsatzreihe über die dorsalen und lateralen bis zu den ventralen Nackenmuskeln sei auffällig und stehe im Zusammenhang mit einer Schmerzchronifizierung

samt entsprechender Vergrößerung des nozizeptiven Areals oder sei als Hinweis auf eine gewisse Schmerzverarbeitungsstörung zu deuten. Auffällig sei zudem die starke vegetative Reaktion mit Nausea und einem deutigen Blutdruckanstieg ohne Schwindel.

Die (passive) Beweglichkeit der HWS sei symmetrisch und im altersentsprechenden Normbereich. Hinweise für ein radikuläres Kompressionssyndrom oder eine andere neurologische Kompressionssymptomatik

finden sich nicht (S. 54).

Die radiologischen Befunde des Neurokraniums und der Halswirbelsäule ergaben vereinzelte unspezifische subcorticale Marklagerveränderungen in beiden Grosshirnhemisphären frontal. Zugleich werde insbesondere beim Fehlen von fokalen Hämosiderinablagerungen im Hirnparenchym kein Nachweis einer typischen postkontusionellen Läsion des Hirnparenchyms erbracht. Zudem hätten sich keine Mikroblutungen gefunden. Eine relevante Traumatisierung des Hirnparenchyms sei somit ausgeschlossen (S. 54 f.).

In neuropsychologischer Hinsicht wurde auf gewisse Hinweise auf ein (im weiten Sinne) „frontales“ neurokognitives Defizit verwiesen. Hier handelt es sich zwar in vielerlei Hinsicht um eine ätiologisch unspezifische Problematik, die insbesondere bei diversen psychischen Problemen manifest werden können. Doch findet sich der Schwerpunkt der neuropsychologischen Störungen tendenziell im Bereich der frontalen (exekutiven) Funktionen, wozu auch das Verhalten der Patientin in den Untersuchungen passt. Damit stimmen auch die radiologischen (unspezifischen) Befunde überein. Angesichts der dokumentierten Unfallparameter, welche gegen eine relevante traumatische Hirnbeeiligung sprechen und der aktuellen neuroradiologischen Befunde sind die neurokognitiven Störungen möglicherweise auf die unspezifische strukturelle Veränderung in den entsprechenden Hirnarealen zurückzuführen. Sie dürften unter anderem durch die Anpassungsproblematik (im Sinne einer gemischten affektiven Störung mit im Vordergrund stehender Depressivität) verstärkt sein (S. 55).

E. 3.2.3

Die B.____-Ärzte stellten (als Folge des Autounfalls) folgende Diagnose (S. 56): -

Status nach Ellbogenluxation rechts -

Belastungsabhängige Armschmerzen und reproduzierbare Bewegungseinschränkung leichten Grades in Extension und Flexion, diskret ebenfalls in Pro-/ Supination bei radiologisch nachweisbaren geringen Verkalkungen, typischerweise des ulnaren Anteils -

Hyposensibilität der rechten Hand bei Status nach wahrscheinlich iatrogenem (allenfalls primär traumatischer) Nervus

ulnaris rechts Läsion -

Spannungskopfschmerzen Status nach HWS-Distorsion am 23.11.2004 (Heckkollision) -

Kein Nachweis struktureller HWS-Läsionen (MRI vom 09.11.2010) -

Chronisches, linksbetontes (wechselseitiges) myofaszielles Schmerzsyndrom des Nackens -

Leichtes, unspezifisches Thorakovertebralsyndrom

-

Anpassungsstörung mit Depressivität und Beeinträchtigung der anderen Emotionen, aktuell leicht ausgeprägt -

Multikausale kognitive Beeinträchtigung leichter bis mittlerer Ausprägung bei: -

Vereinzelt unspezifischen subcorticalen Marklagerveränderungen in bei den Grosshirnhemisphären frontal beidseits (MRI vom 09.11.2010); Differenzialdiagnostisch neurasthenisches Syndrom

Reduziert auf die durch den Unfall hervorgerufenen Probleme (Ellbogen rechts und Verletzung des Nervus

ulnaris rechts) befanden die Gutachter die Beschwerdeführerin als nennenswert eingeschränkt bei Tätigkeiten, welche mit besonders schwerer Belastung oder frequentem repetitivem Einsatz der rechten oberen Extremität verbunden seien und besondere Sensibilität aller Teile der rechten Hand erforderten. Für alle anderen Tätigkeiten, insbesondere für die aktuell ausgeführte Arbeit, liessen sich keine relevanten Beeinträchtigungen postulieren (S. 62 Ziff. 8).

E. 3.3.1

Das Gutachten der MEDAS C.____ vom 22. Januar 2014 (Urk. 8/137/2-56) wurde von Prof. Dr. med. K.____, Facharzt Neurologie sowie Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie, Dipl.-Psych. L.____, Fachpsychologin Neuropsychologie FSP und med. prakt. M.____, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie, erstellt (S. 2).

Die Ärzte führten aus, die Beschwerdeführerin habe anlässlich der Untersuchung zahlreiche Beschwerden aufgezählt: Im Vordergrund stünden Nacken- und Schulterschmerzen, die linksbetont seien und in den Musculus

trapezius und das linke Schulterblatt ausstrahlten. Auch sei der Hinterkopf betroffen. Diese Beschwerden seien inzwischen permanent vorhanden. Als bisher nicht in den Akten berichtete Beschwerden gebe sie zudem eine zweite Kopfschmerzart an, die seit dem Unfall bestehe. Es komme zu fronto-temporalen, heftigen Cephalgien mit deutlicher Rechtsbetonung, die von Attacke zu Attacke die Seite wechseln könnten. Des Weiteren bestehe seit dem Unfall ein beidseitiger

Tinnitus. Zudem sei bis heute ihre Streckfähigkeit im rechten Arm eingeschränkt. Im Bereich der ulnaren

1½ Finger bestehe permanent eine Gefühlsstörung mit Verminderung der Berührungs- und Schmerzempfindlichkeit (S. 46).

E. 3.3.2

In der neurologischen Untersuchung habe eine Hyposensibilität im Ulnarisversorgungsbereich rechts unverändert zu den Voruntersuchungen gefunden werden können. Dort finde sich auch ein endgradiges Streckdefizit im Ellbogengelenk. Dieser Befund sei unverändert zu den Vorbefunden. Zudem bestünden muskuläre Anspannungen im Schulter-Nackengebiet. Die Beschwerdeführerin klagt des Weiteren über Beschwerden, die gemäss IHS-Klassifikation einer Migräne ohne Aura zuzuordnen seien (S. 46).

E. 3.3.3

f.). Diese Umstände können - nicht zuletzt wegen der diesbezüglich eher dürftigen Abklärungen bei der Renten zu Sprache - angesichts sämtlicher übriger Umstände, namentlich den Feststellungen des Arbeitgebers (vgl. hierzu auch Urteil des Bundesgerichts 9C_91/2013 vom 17. Juni 2013 E.

4.1.2), nicht als ausreichend für die Annahme einer relevanten Verbesserung der gesundheitlichen Situation erachtet werden. Im Gegenteil zeigt die Beschwerdeführerin ein im Wesentlichen unverändertes Leistungsbild.

E. 3.3.4

Im Neuropsychologischen hätten sich aktuell und im Vergleich zu den Voruntersuchungen folgende Befunde gefunden: Aus der Zusammenschau der aktuellen Befunde, der testpsychologischen Vorbefunde sowie der Bildungs- und Tätigkeitsanamnese sei von einem prämorbidem intellektuellem Begabungsniveau im Normbereich auszugehen. Aus der Zusammenschau des kognitiven Profils, der Verhaltensbeobachtung und den Ergebnissen der Symptomvalidierung

sei von einer nicht ausreichenden Anstrengungsbereitschaft auszugehen. Die Ergebnisse der neuropsychologischen Untersuchung seien daher insgesamt als nicht valide

einzuschätzen. In der aktuellen neuropsychologischen Untersuchung erbringe die Beschwerdeführerin unterdurchschnittliche Leistungen in den Bereichen Aufmerksamkeit, Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit und verbales episodisches Gedächtnis. Die erbrachten verbalen Gedächtnisleistungen seien in sich nicht konsistent und liegen

zum Teil auf dem Niveau von Patienten mit beginnendem Alzheimer. Derart stark gestörte Gedächtnisfähigkeiten, wie sie die Versicherte in der Untersuchung präsentiere, seien nicht mit einer HWS-Distorsion, einer leichten depressiven Störung oder einer chronischen Schmerz Erkrankung erklärbar. Ebenso bestehe eine deutliche Diskrepanz zwischen dem Funktionsniveau im Alltag und den in der Untersuchung gezeigten Aufmerksamkeits- und Gedächtnisproblemen. Zur Erklärung des inkonsistenten Leistungsprofils

sei am ehesten eine suboptimale, möglicherweise schwankende Leistungsmotivation anzunehmen. Dabei könne nicht geschlossen werden, dass gar keine kognitiven Einbußen bestünden, die Abschätzung eventuell tatsächlich vorhandener Leistungseinbußen sei auf Grundlage der vorliegenden Testergebnisse jedoch nicht möglich. Eine relevante Einschränkung der

Arbeitsfähigkeit auf Grund kognitiver Leistungsminderungen sei aber unwahrscheinlich.

Zum

Ableich mit den neuropsychologischen Vorbefunden sei festzuhalten, dass in der neuropsychologischen Untersuchung vom 24. Juli 2008 eine leichte neuropsychologische Funktionsstörung nach dem Unfall festgestellt worden sei mit weit im Vordergrund stehender reduzierter Konzentration/Aufmerksamkeit, reduzierter kognitiver Dauerbelastbarkeit, reduziertem Erfassen und elementarem Lernen. In der aktuellen Untersuchung zeigten sich Abweichungen von den damals beschriebenen Auffälligkeiten. Beispielsweise zeigten sich aktuell keine Auffälligkeiten in der Perseveration, Konfabulation und Fehlerkontrolle, dafür bestünden eher Verlangsamungen bei komplexen Anforderungen. Insgesamt sei das Leistungsprofil vom Ausmass und Schwerpunkten der Defizite her jedoch vergleichbar.

In der neuropsychologischen Untersuchung vom 2. November 2010 sei das Leistungsprofil als mittelschwer beeinträchtigt beurteilt worden. Auch hätten nicht alle vorgesehenen Tests durchgeführt werden können, da die Beschwerdeführerin über Ermüdung und Übelkeit geklagt habe und wegen des Stressses, den ihr die Testung bereite. Der Vergleich der Testbefunde zeige, dass sich in der aktuellen Testung sowohl auf der Verhaltensebene als auch auf der Testebene Verbesserungen zeigten. Hinsichtlich des Verlaufs der kognitiven Leistungsfähigkeit mit teils Verbesserungen, teils Verschlechterungen in den Testleistungen über die drei Testzeitpunkte hinweg sei zu vermuten, dass es sich hier vor allem um Schwankungen in der Testleistungsmotivation und nicht um tatsächliche Leistungsveränderungen handle (S. 47).

E. 3.3.5

Die Gutachter stellten zusammenfassend folgende Diagnosen (S. 49): -

Status nach Ellenbogenluxation rechts nach Autoselbstunfall vom 8. Oktober 2000 mit -
endgradigem Streckdefizit im Ellenbogengelenk rechts ohne funktionelle
Einschränkungen und -

sensiblen Sulcus

ulnaris -Restsyndrom bei wahrscheinlich iatrogen (allfällig primär traumatischer)
Läsion des Nervus

ulnaris rechts -

Status nach HWS-Distorsion vom 23. November 2004 (Heckkollision) mit -

chronifiziertem

myofaszialem

cervicocephalem Schmerzsyndrom -

ohne Nachweis struktureller HWS-Läsionen (MRI vom 09. November 2010)

-

Status nach Anpassungsstörung -

Akzentuierte Persönlichkeit mit leistungsorientierten Zügen (ICD-10: Z73.0) -

Tinnitus aurium -

Migräne ohne Aura

Die Gutachter attestierten eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit unter dem Hinweis, dass aufgrund der Einschränkung der Ellbogenbeweglichkeit keine schweren Arbeiten ausgeführt werden sollten und auch keine Arbeiten, welche repetitive Armbewegungen im rechten Ellbogengelenk oder eine uneingeschränkte Sensibilität der rechten Hand erforderten (S.

50 Ziff. 8).

E. 4.1

Die gesundheitlichen Beschwerden der Beschwerdeführerin gehen auf den Unfall vom 8. Oktober 2000 zurück, bei welchem sie sich eine HWS-Distorsion sowie eine Ellbogenluxation zuzog (Urk. 8/15/43). Bei der Rentenzusprache (abgestufte Renten ab 1. Oktober 2001 mit zuletzt unbefristeter Dreiviertelsrente

ab 1. Januar 2004, Urk. 8/103) ging die Invalidenversicherung - entsprechend den Ausführungen im Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons Aargau vom 8. November 2005 (Urk. 8/84 E. 4c/bb) - von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit in der effektiv ausgeübten Tätigkeit als Verkaufssachbearbeiterin aus und legte im Rahmen des Einkommensvergleichs das in diesem Pensum tatsächlich erzielte Einkommen als Invalideneinkommen zu Grunde (Urk. 8/103; vgl. auch Urk. 8/84/16).

Das Attest der genannten Arbeitsfähigkeit von 80 % stammt von Dr. F. ___ und wurde mit dem Zervikalsyndrom, neurovegetativen Symptomen und neuropsychologischen Problemen begründet. In befundmässiger Hinsicht schilderte der Neurologe Nackenschmerzen, Müdigkeit und Vergesslichkeit. Namentlich ermüde

die Beschwerdeführerin - bei Arbeitsbeginn um 09.00 Uhr - bereits ab 15.30 Uhr

(E. 2.3).

Weitere Grundlage für die Einschätzung der Invalidenversicherung bildeten so dann die Feststellungen des Versicherungsgerichts des Kantons Aargau, wonach die Beschwerdeführerin ihrer ursprünglichen Tätigkeit bei der Y. ___ nicht mehr gewachsen

gewesen sei und sich nach der vollzeitlichen Arbeitsaufnahme bei der Z.____ herausgestellt habe, dass sie dieses Vollen sum auf Dauer nicht zu erbringen vermöge, sondern vielmehr ihr Pensum per März 2003 auf 80 % habe reduzieren müssen, nachdem schon ab Oktober 2002 eine Lohnreduktion erfolgt sei . Seit 1. August 2005 arbeite sie im selben Um fang bei der A.____ (Urk. 8/84 E. 4c/ bb und E. 4c/ aa).

E. 4.2

In faktischer Hinsicht gestaltet sich der Sachverhalt als seither unverändert : Die Beschwerdeführerin wird von den behandelnden Ärzten nach wie vor als zu 20 % arbeitsunfähig beurteilt (zuletzt durch Dr. med. O.____ , Spezialarzt FMH für Chirurgie, am 6. Juni 2010 [Urk. 8/137/18 f.; vgl. auch Urk. 8/115) und sie arbeitet auch unverändert im Umfang von 80 % bei der A.____ . De ssen Inhaber bestätigte am 9. April 2014 (Urk. 3/ 5), dass keine Genesung ein getreten sei, die Beschwerdeführerin lange Pausen mache und nur 80 % (verteilt auf fünf Tage) arbeite. Dennoch stosse sie an ihre Belastungsgrenzen und könne zusätzlich je nach ihrer gesundheitlichen Verfassung später zur Arbeit kommen oder den Arbeitsplatz früher verlassen.

Währenddem sich die Gutachter der B.____ einzig über die Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit in unfallkausaler Hinsicht äusserten (E. 3.2.3), gingen die Ärzte der MEDAS C.____ von einer - sämtlichen Aspekten Rechnung tragenden - vollumfänglichen Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit aus (E.

3.3.5) und erkannten demgemäss eine Verbesserung von 80 % auf 100 % . Die Begründung hierfür ist indes nicht nachvollziehbar, schilderten doch die Ärzte eine praktisch identische Befundlage. So vermerkten sie die nach wie v or bestehende n

Na cken schmerzen (E.

3.3.1) wie auch ein unveränderte s neuropsychologische s Leis tungs profil

(E.

3.3.4). Die erwähnte Verbesserung bezog sich auf die Testung an lässig des B.____ -Gutachtens, welches vorliegend indes - da nach der ur sprüng lichen Rentenzusprache ergangen - nicht als Vergleich herangezogen werden kann. Die MEDAS-Gutachter schlossen auf eine Verbesserung der Müdigkeits problematik hauptsächlich wegen der Fähigkeit der Beschwerdefüh rerin, auch bei Stau motorisiert den Heimweg zu bewältigen, sowie den schwankenden Leistungen bei den Testungen, was sie als Motivationsproblem und nicht als Leistun g sveränderung fassten (E.

E. 4.3

Die Problematik liegt vorliegend denn auch vielmehr darin begründet, dass die ursprüngliche Rentenzusprache gestützt auf nicht vollumfänglich nachweisbare Gesundheitsbeeinträchtigungen erfolgte. Dies hat indes nicht die Beschwerde führerin zu vertreten und rechtfertigt keine Revision der Rente, auch wenn nach heutigen Masstäben eine vertiefte Prüfung der medizinisch -theoretischen Relevanz der geklagten Beschwerden Platz greifen würde (vgl. in Bezug auf die geänderte Rechtsprechung zu den somatoformen Schmerzstörungen bzw. äqui va lenten Beschwerdebildern : BGE 141 V 585

E. 5.3). Eine Wiedererwägung fällt sodann schon deshalb ausser Betracht, weil die Rentenzusprache basierend auf einem Gerichtsurteil erfolgte.

E. 4.4

Damit steht fest, dass kein Revisionsgrund gegeben ist, nachdem sich auch in erwerblicher Hinsicht keine massgeblichen

Veränderungen eingestellt haben. Hierzu ist zu bemerken, dass die Angabe des aktuell zu erzielenden Durchschnittslohnes der Beschwerdeführerin von Fr. 180'000.-- gemäss Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin (Urk. 13) nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Veränderung der erwerblichen Verhältnisse darzulegen vermag. Die Zu sprache einer (zuletzt) Dreiviertelsrente basierte auf einem Valideneinkommen von Fr. 205'326.-- (Urk. 8/103). Wenn die Arbeitgeberin aktuell einen etwas tieferen Lohn nennt und diesen als „Durchschnittslohn eines Regionalleiters“ bezeichnet, kann daraus nicht abgeleitet werden, dass die Beschwerdeführerin, welche mittlerweile ein massgebliches Dienstalter erreicht hätte, sich mit über wiegender Wahrscheinlichkeit damit zu begnügen gehabt hätte. Bei einem nach wie vor in ähnlichem Umfang zu erwartenden Einkommen in gleicher Tätigkeit beim gleichen Arbeitgeber können solche kleineren Schwankungen nicht als Revisionsgrund gefasst werden (so zu

Änderungen statistischer Daten : BGE 133 V 545) .

Damit hat die Beschwerdeführerin weiterhin Anspruch auf eine Dreiviertelsrente der Invalidenversicherung, weshalb die Beschwerde gutzuheissen ist.

E. 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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthal ten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der VorsitzendeDer Gerichtsschreiber GräubSonderegger

E. 5.1

Die

Verfahrenskosten

gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind auf Fr. 800.-- fe stzule gen und ausgangsgemäss der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

E. 5.2

Die Beschwerdegegnerin ist sodann gestützt auf § 34 Abs. 1 und 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) zu verpflichten, de r Beschwer deführer eine Prozessentschädigung zu entrichten, wobei ein Betrag von Fr. 2'800.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen er scheint. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 20. Juni 2014 aufgehoben und es wird festgestellt, dass die Beschwerdeführerin weiterhin Anspruch auf eine Dreiviertelsrente der Invalidenversicherung hat. 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 Prozessentschädigung von Fr. 2'800.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Martin Hablützel unter Beilage einer Kopie von Urk. 21 - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage einer Kopie von Urk. 21 - Bundesamt für Sozialversicherungen - BVG-Sammelstiftung Swiss Life sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

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