

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01284 vom 15. Dezember 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-12-15, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.01284

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01284 du 15 décembre 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01284 del 15 dicembre 2015

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit beziehungsweise - bei Versicherten, die vor der Beeinträchtigung ihrer Gesundheit nicht erwerbstätig waren - die Unmöglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen (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).

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen).

Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig und daneben im Aufgabenbereich tätig sind, wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG festgelegt. Danach wird darauf abgestellt, in welchem Masse sie unfähig sind, sich im Aufgabenbereich zu betätigen. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad entsprechend der Behinderung in beiden Bereichen zu bemessen (Art. 28a Abs. 3 IVG; gemischte Methode der Invaliditätsbemessung).

E. 1.2

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 1.3

Nach Art. 17 ATSG sind laufende Renten für die Zukunft zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben, wenn sich der Invaliditätsgrad in einer für den Anspruch erheblichen Weise ändert. Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 134 V 131 E. 3 mit Hinweisen).

Fehlen die in Art. 17 ATSG genannten Voraussetzungen, so kann die Rentenverfügung lediglich nach den für die Wiedererwägung rechtskräftiger Verwaltungsverfügungen geltenden Regeln abgeändert werden. Danach ist die Verwaltung befugt, auf eine formell rechtskräftige Verfügung, welche nicht Gegenstand materieller richterlicher Beurteilung gebildet hat, zurückzukommen, wenn sich diese als zweifellos unrichtig erweist und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (Art. 53 Abs. 2 ATSG; BGE 110 V 176 E. 2a mit Hinweisen). 2.

2.1

Die Beschwerdegegnerin zog in der angefochtenen Verfügung in Betracht, dass beim Erlass der rentenzusprechenden Verfügung vom 3. Februar 2005

verschiedene Arztberichte vorgelegen hätten, in welchen man offensichtlich davon ausgegangen sei, dass die Beschwerdeführerin in einer angepassten Tätigkeit über eine Arbeitsfähigkeit verfüge. Art und Umfang einer solchen Tätigkeit seien jedoch nicht festgelegt beziehungsweise es sei auf zu erhebende medizinische Abklärungen und berufliche Massnahmen verwiesen worden. Dennoch habe die IV-Stelle damals weder weitere medizinische Abklärungen getroffen noch Eingliederungs- beziehungsweise berufliche Massnahmen geprüft. Vielmehr sei sie entgegen den vorliegenden Akten von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auch in angepasster Tätigkeit ausgegangen. Die rentenzusprechende Verfügung vom 3. Februar 2005 sei deshalb zweifellos unrichtig. Aus dem Gutachten der MEDAS Z. ___ vom 12. Dezember 2012 gehe sodann hervor, dass der Versicherten eine leichte körperliche Tätigkeit im Wechselrhythmus zwischen Stehen, Gehen und Sitzen und

unter Vermeidung von Zwangshaltungen, Nässe, Kälte und Zugluft zu 80 %

zumutbar sei. Die Beschwerdegegnerin nahm einen Einkommensvergleich vor und gelangte zum Schluss, dass im erwerblichen Bereich, den sie unverändert mit 71 % gewichtet, keine Einschränkung bestehe. Selbst wenn eine 100%ige Einschränkung im Haushaltsbereich bestünde, würde daher kein rentenbegründender Gesamtinvaliditätsgrad mehr resultieren (Urk. 2). 2.2

Die Beschwerdeführerin lässt demgegenüber im Wesentlichen den Standpunkt vertreten, dass auf das Gutachten der MEDAS Z. ___ vom 12. Dezember 2012 nicht abgestellt werden könne. Es sei unverständlich, dass keine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) stattgefunden habe. Die Potenzialabklärung bei der B. ___ habe gezeigt, dass das gutachterlich umschriebene Zumutbarkeitsprofil illusorisch sei. Im Verlauf der Potenzialabklärung

sei es auch zu einer derartigen Zunahme der Schmerzen gekommen, dass sie während dreier Wochen stationär im Spital D. ___ habe behandelt werden müssen. Überdies sei zu beachten, dass sich ihr psychischer Zustand nach der Begutachtung verschlechtert habe, werde im Austrittsbericht der Klinik E. ___ vom 26. Juli 2013 doch neu eine mittelgradige

Depression diagnostiziert (Urk. 1). 2.3

Zu Recht wurde von keiner Seite beanstandet, dass die Beschwerdegegnerin die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 31. Oktober 2014 (insoweit unverändert) als zu 71 % erwerbstätig und zu 29 % im Haushalt tätig qualifiziert hat (Urk. 2 ; vgl. Urk. 7/1/2, 7/2/2 ,

7/32, 7/82, 7/92/28 und 7/92/29) . 3. 3.1

In medizinischer Hinsicht basierte die rentenzusprechende Verfügung vom 3. Februar 2005 auf den Berichten von Dr. med. F.____ , Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin , vom 19. März 2003 und vom 1. Mai 2004 , und von

Dr. med. G.____ , Facharzt FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation, speziell Rheumatologie , vom 16. April 2004 , sowie auf den

Stellungnahmen

von Dr. med. H.____ vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD)

vom

12. Mai und vom

E. 4

). Im November 200

E. 4.1

Die rentenzusprechende Verfügung vom 3. Februar 2005 wurde bereits im Rahmen einer von Amtes wegen durchgeführten Revision überprüft. Diese wurde mit der schriftlichen Mitteilung vom 22. Januar 2008 abgeschlossen, gemäss welcher keine leistungsbeeinflussende Änderung der Verhältnisse festgestellt und der Beschwerdeführer in weiterhin die bisherige ganze Invalidenrente aus gerichtet wurde (Urk. 7/ 64 ; vgl. Art. 74 ter

lit. f der Verordnung über die Invalidenversicherung; IVV). Eine solche Mitteilung ist in Bezug auf den Vergleichszeitpunkt einer rechtskräftigen Verfügung gleichgestellt (vgl. das Urteil 9C_882/2010 vom 25. Januar 2011 E. 3.2.1 mit Hinweisen). Sie gilt somit als zeitlicher Ausgangspunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung, wenn sie auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechts konformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigung) beruht (BGE 133 V 108 E. 5.4). Da damals nicht geprüft wurde, ob seit der Rentenzusprache eine Statusänderung eingetreten ist , trifft dies vorliegend nicht zu (vgl. Urk. 7/ 59 bis 7/ 63). Es ist deshalb korrekt, die rentenzusprechende Verfügung vom 3. Februar 2005 als massgeblichen Vergleichszeitpunkt heranzuziehen.

Es wurde zu Recht nicht geltend gemacht, dass aufgrund des Gutachtens der MEDAS Z.____ vom 12. Dezember 2012 (Urk. 7/92) von einer Verbesserung des Gesundheitszustands ausgegangen werden müsse, zumal die Gutachter selbst die Auffassung vertraten , sie hätten einen im Wesentlichen unveränderten medizinischen Sachverhalt anders bewertet (Urk. 7/92/21) . Auch in den weiteren medizinischen Unterlagen zeichnet sich keine Entwicklung in Richtung einer Besserung ab. Immerhin ist zu bemerken, dass sich die von

Seiten der Beschwerdeführerin behauptete Verschlechterung ihres psychischen Gesundheitszustandes (Urk. 1 S. 10)

ebenfalls nicht mit entsprechenden fachärztlichen Befunden untermauern lässt, sondern lediglich auf der blossen Erwähnung (nicht ICD-10-codifizierter) psychiatrischer Diagnosen in den Berichten der behandelnden Ärzte basiert (vgl. Urk. 7/126/5, 7/134/8, 7/134/12 und 7/146). Da keine revisionsrechtlich zu beachtende Änderung ersichtlich ist , welche

eine Aufhebung oder Herabsetzung der Invalidenrente gestützt auf Art. 17 ATSG zu rechtfertigen vermöchte, fällt eine solche ausser Betracht.

E. 4.2

Es bleibt zu prüfen, ob die Voraussetzungen für eine wiedererwägungsweise Rentenaufhebung gegeben sind. Das Erfordernis der zweifellosen Unrichtigkeit ist in der Regel erfüllt, wenn eine Leistungszusprache aufgrund falsch oder unzutreffend verstandener Rechtsregeln erfolgt ist oder wenn massgebliche Bestimmungen nicht oder unrichtig angewandt wurden. Anders verhält es sich, wenn der Wiedererwägungsgrund im Bereich materieller Anspruchsvoraussetzungen liegt, deren Beurteilung notwendigerweise Ermessenszüge aufweist. Erscheint die Beurteilung einzelner Schritte bei der Feststellung solcher Anspruchsvoraussetzungen (Invaliditätsbemessung, Arbeitsunfähigkeitschätzung , Beweiswürdigung, Zumutbarkeitsfragen) vor dem Hintergrund der Sach- und Rechtslage, wie sie sich im Zeitpunkt der rechtskräftigen Leistungszusprechung darbot, als vertretbar, scheidet die Annahme zweifelloser Unrichtigkeit aus. Zweifellos ist die Unrichtigkeit, wenn kein vernünftiger Zweifel daran möglich ist, dass die Verfügung unrichtig war. Es ist nur ein einziger Schluss - derjenige auf die Unrichtigkeit der Verfügung - denkbar (vgl. anstatt vieler das Urteil des Bundesgerichts 9C_215/2015 vom 10. Juni 2015 E. 2 mit zahlreichen Hinweisen).

Gemäss Art. 59 Abs. 2 in der damals gültig gewesenen Fassung des IVG standen den IV-Stellen beim Erlass der rentenzusprechenden Verfügung am 3. Februar 2005 zur Beurteilung der medizinischen Anspruchsvoraussetzungen interdisziplinär zusammengesetzte Regionale Ärztliche Dienste (RAD) zur Verfügung. Diese unterstanden der direkten fachlichen Aufsicht des Bundesamtes, waren aber bereits damals in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (vgl. heute auch : Art. 59 Abs. 2 bis IVG).

Die RAD konnten bei Bedarf selber ärztliche Untersuchungen von Versicherten durchführen und hielten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest, wobei den Versicherten eine Kopie der Untersuchungsergebnisse zuzustellen war (vgl. Art. 49 Abs. 2 in der damals gültig gewesenen Fassung der IVV). Für jeden geprüften Fall stellten die RAD den IV-Stellen einen schriftlichen Bericht mit den notwendigen Angaben zu. Dieser enthielt die Ergebnisse der medizinischen Prüfung und eine Empfehlung zur weiteren Bearbeitung des Leistungsbegehrens aus medizinischer Sicht (vgl. Art. 49 Abs. 3 IVV in der damals gültig gewesenen Fassung des IVG).

Bei der Stellungnahme des RAD vom 15. November 2004 handelt es sich nicht um einen Untersuchungsbericht im Sinne von Art. 49 Abs. 2 IVV, sondern um einen Bericht gemäss Art. 49 Abs. 3 IVV. Mit einem solchen ist der anderweitig erhobene medizinische Sachverhalt durch den RAD zusammenzufassen und

zu würdigen, wozu es auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen sei (vgl. das Urteil des Bundesgerichts I 143/07 vom 14. September 2007 E. 3.3).

Bezüglich der Diagnostik und der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit

schloss sich der RAD den insoweit unstrittigen und übereinstimmenden Beurteilungen in den vorhandenen Arztberichten an (vgl. Urk. 7/7/1, 7/21, 7/22/1 und 7/33/2 f.). Darüber hinaus vertrat er die Auffassung, dass der Beschwerdeführer im (mit 71 % gewichteten Erwerbsbereich)

nicht nur die angestammte, sondern keinerlei Tätigkeit mehr zumutbar sei, mithin ging er von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten aus (Urk. 7/33/3). Diese Einschätzung steht nicht in einem offenbaren Widerspruch zu den übrigen medizinischen Akten. Bei der ersten Beurteilung

durch Dr. F.____ vom 19. März 2003, wonach ab dem 1. Mai 2003 eine behinderungsangepasste Arbeitstätigkeit von 15 Stunden zumutbar sei, handelte es sich lediglich um eine prognostische Angabe (vgl. Urk. 7/7/4). Auch in seinem zweiten Bericht vom 1. Mai 2004 sprach sich

Dr. F.____ nicht klar für das Bestehen einer (teilweisen) Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit aus (Urk. 7/22/4); vielmehr hielt er weitere Abklärungen als indiziert (vgl. Urk. 7/22/2).

Dr. G.____

äusserte sich zur Zumutbarkeit einer behinderungsangepassten Tätigkeit ebenfalls nicht konkret (Urk. 7/21/4). Er beschränkte sich im Wesentlichen darauf zu schildern, welche Tätigkeiten die Beschwerdeführer seiner Auffassung nach nicht mehr ausüben könne. Der Hinweis allein, es wäre ein Arbeitsplatz anzustreben, der häufige Wechselstellungen garantiere (Urk. 7/21/2), lässt noch nicht auf das Bestehen einer (teilweisen) Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit schliessen. Darüber hinaus ist bei der vorhandenen medizinischen Aktenlage, welche nebst den ärztlichen Beschreibungen der Einschränkungen aufgrund des Gesundheitsschadens auch drei ausgefüllte Formulare betreffend die physischen Funktionen umfasste (vgl. Urk. 7/73, 7/21/3 und 7/22/3), auch nicht als offensichtlich unrichtig zu betrachten, dass der RAD weitere medizinische Abklärungen als verzichtbar beurteilt

und direkt eine Stellungnahme zur Arbeitsfähigkeit in behinderungsangepasster Tätigkeit abgab. Eine solche ist ihrer Natur nach stets ermessensgeprägt.

Unter den geschilderten Umständen erscheint es auch nicht als offensichtlich unrichtig, dass die Beschwerdegegnerin damals auf die Stellungnahme des RAD abstellte und die Beschwerdeführer in ihm (mit 71 % quantifizierten) Erwerbsbereich für sämtliche Tätigkeiten zu 100 %

arbeitsunfähig beurteilt.

Jedenfalls ist ihr weder Aktenwidrigkeit noch ein offensichtlich unzulässiger Verzicht auf ergänzende Abklärungen vorzuwerfen. Ebenso wenig ist sonst eine offensichtliche

Unrichtigkeit auszumachen. Damit mangelt es an einer erforderlichen Voraussetzung für die wiedererwä gungswise Rentenaufhebung. Dies führt zur Guttheissung der Beschwerde.

Es bleibt zu bemerken, dass der jüngste Sohn der Beschwerdeführerin im August 1999 geboren ist (vgl. Urk. 7/1/2). Der Beschwerdegegnerin bleibt es unbenom men, im Rahmen eines weiteren Revisionsverfahrens zu prüfen, ob nach dem 3 0. Oktober 2014 (zum Beispiel durch den Wegfall von Betreuungs- und Erzie hungspflichten sowie von Kinderunterhaltsbeiträgen; vgl. Urk. 7/19 und 7/31) Änderungen in den persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Ver hältnisse n der Beschwerdeführerin eingetreten sind, welche eine Statusänderung und damit verbunden allenfalls auch einen Wechsel der konkret anwendbaren Invaliditätsbemessungsmethode zu begründen vermögen. Unter diesen Umstän den stünde es der Beschwerdegegnerin frei, auch die gesundheitlichen Verhält nisse und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit

in angestammter und behinderungsangepasster Tätigkeit neu zu überprüfen (vgl. das Urteil des Bun desgerichts 9C_427/2012 vom 5. Dezember 201 2 E. 3. 4 mit weiteren Hinwei sen).

5.

5.1

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrens aufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis 1'000.-- festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 8 00.-- festzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind die Kosten der unterliegenden Beschwerde gegnerin aufzuerlegen. 5.2

Überdies hat d i e obsiegende Beschwerdeführer in Anspruch auf den Ersatz der Partei kosten (§ 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht; GSVGer). Die Höhe der gerichtlich festzusetzenden Entschädigung wird ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierig keit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer). Vorliegend erscheint eine Prozessentschädi gung von Fr. 1' 6 00.-- als an gemes sen. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 3 1. Oktober 2014 aufgehoben und es wird festgestellt, dass die Beschwerdeführerin weiterhin Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800 .-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rech nung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechts kraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessent - schä digung von Fr. 1'600 .-- zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - TCL Treuhand Consulting Liegenschaften AG - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - 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 Bundes gesetzes 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 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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Grünig Gohl Zschokke

E. 7

leitete die IV-Stelle von Amtes wegen eine Überprüfung des Rentenanspruches ein, anlässlich welcher die Versicherte erklärte, ihr Gesundheitszustand habe sich verschlechtert (Urk. 7/59). Nachdem die IV- Stelle aktuelle IK- Auszüge (Urk. 7/54 bis 7/56) und einen ärztlichen Verlaufsbericht (Urk. 7/61 und 7/62) beigezogen hatte, teilte sie der Versicherten mit Schreiben vom 22. Januar 2008 mit, dass sie keine renten - relevante Änderungen festgestellt und die Versicherte weiterhin Anspruch auf die bisherige ganze Invalidenrente habe (Urk. 7/64).

E. 9

), das am

E. 12

Dezember 2012 von der Medizinischen Abklärungsstelle (MEDAS) Z.____, A.____, erstattet wurde (Urk. 7/92). Die IV-Stelle erteilte darauf Kostengutsprache für eine Potentialerhebung bei der B.____,

C.____, vom

E. 15

November 2004

(vgl. das Feststellungsblatt für den Beschluss vom 29. November 2004, Urk. 7/33).

Dr. F.____ diagnostizierte in seinem ersten Bericht vom 19. März 2003 (Urk. 7/7) – im Einklang mit den beigelegten Vorberichten des Spitals D.____ vom 12. Dezember 2002 (vgl. Urk. 7/7/5) und der Neurochirurgischen Klinik des I.____ vom 10. Januar 2003 (vgl. Urk. 7/7/9) – auf der rechten Seite eine mediolaterale Diskushernie L4/5 und eine grosse, frei sequestrierte, nach kranial luxierte mediolaterale Diskushernie L5/S1, weswegen die Beschwerdeführerin seit dem 30. November 2012 bis auf Weiteres zu 100 % arbeitsunfähig sei (Urk. 7/7/1). Eine behinderungsangepasste Tätigkeit sei ihr ab dem 1. Mai 2003 während 15 Stunden pro Woche zumutbar (Urk. 7/7/4).

Dr. G.____ hielt in seinem Bericht vom 16. April 2004 als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisch rezidivierendes lumbo-spondylogenes Syndrom bei Diskushernien L4/5 und L5/1, einen Status nach Diskushernienoperation L4/5 und L5/S1 im November 2002 und eine ausgeprägte muskuläre

Dekonditionierung fest. Als Hausfrau sei die Beschwerdeführerin seit November 2002 zu 50 % arbeitsunfähig. Im Erwerbsbereich kämen keine schweren beziehungsweise mittelschweren Arbeiten in Frage. Bei den leichten Arbeiten komme es ganz darauf an, wie

das Arbeitsumfeld sei. Repetitive Heben von Lasten über 10 kg über Hüfthöhe sei nicht zumutbar. Es wäre ein Arbeitsplatz anzustreben, der häufige Wechselstellungen garantiere. Längeres Stehen oder Sitzen mit nach vorne Übergeneigtem Körper sei zu vermeiden (Urk. 7/21).

Am 1. Mai 2004 bestätigte Dr. F. ___ aufgrund des diagnostizierten chronischen Lumbovertebralsyndroms, des Status nach Herniektomie L4/5 und L5/S1 am 12. Januar 2002 und eines lumbaradikulären Reiz- und sensiblen Ausfallsyndroms L5/S1 eine bis auf Weiteres bestehende 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 7/22/1). Gleichzeitig erachtete er deren Verifizierung durch die IV-Stelle als indiziert und bezeichnete Hausarbeit als zu 50 % möglich (Urk. 7/22/2). Eine behinderungsangepasste Tätigkeit sei nach einer Umschulung beziehungsweise einer Abklärung während 15 Stunden pro Woche zumutbar (Urk. 7/22/4).

Unter Verweis auf die ausführliche Dokumentation erachtete es Dr. H. ___ am 15. Mai 2004 als plausibel, dass eine 100%ige Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit bestehe. Die ärztlich attestierten Auswirkungen auf die Tätigkeit als Hausfrau erschienen ihm hoch gegriffen, weswegen er eine Abklärung durch den Abklärungsdienst vorschlug (Urk. 7/33/2). Nachdem eine solche stattgefunden hatte und die Beschwerdeführerin als zu 71 % erwerbstätig und zu 29 % im Haushalt tätig qualifiziert worden war, vertrat Dr. H. ___ die Auffassung, dass eine 100%ige Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit (bezogen auf die 71%ige Erwerbstätigkeit) bestehe (Urk. 7/33/3). 3.2

Im Rahmen des ersten Revisionsverfahrens, das mit der schriftlichen Mitteilung vom 22. Januar 2008 abgeschlossen wurde (vgl. Urk. 7/64), war ein Verlaufsbericht von Dr. F. ___ vom 3. und 12. Dezember 2007 eingeholt worden, gemäss welchem sich keine Änderungen ergeben hatten (vgl. Urk. 7/61 und 7/62). 3.3

3.3.1

Aus den anlässlich des aktuellen Revisionsverfahrens

zu den Akten genommenen medizinischen Unterlagen geht hervor, dass das J. ___ am 8. Januar 2010 eine magnetresonanztomographische Untersuchung der Lendenwirbelsäule durchgeführt hatte (Urk. 7/77/13). Diese ergab eine hochgradige Diskusdegeneration zwischen L2/3 bis und mit L5/S1 mit zum Teil ausgeprägten Osteochondrosen

vom Typ II nach Modic. Die degenerierten Bandscheiben wölbten sich allesamt zirkulär vor und imprimierten den Duralsack perlchnurartig, dies auf Höhe L3/4 und L4/5 etwas ausgeprägter. Durch die allseitige Diskusvorwölbung seien die Durchtrittsflächen für die Nervenwurzel in den Neuroforamen schulterförmig reduziert, zusätzlich bestehe eine Einengung der Neuroforamen durch die Spondylarthrose von dorsal her, so dass es für die L4-Wurzeln beidseits relativ knappe Durchtrittsöffnungen gebe.

Aus der zum Teil massiven multisegmentären Osteochondrose

vom Typ II nach Modic mit zirkulären Vorwölbungen der degenerierten Bandscheiben in den Segmenten L2/3 bis und mit L4/5 resultierten segmentale Einengungen des Spinalkanals Niveau L3/4 und L4/5, wobei die zirkulären Vorwölbungen auch die Neuroforamen beeinträchtigten. Die zusätzliche Spondylarthrose trage knöchern zu einer Einengung bei, so dass die L4-Wurzeln beidseits sehr enge Verhältnisse im Neuroforamen vorfinde. Für eine elektive sequestrierende Diskushernie gebe es keinen Beweis. 3.3.2

Dem Bericht des Spitals D.____ vom 23. März 2011 (vgl. Urk. 7/77/7) zufolge war die Beschwerdeführerin im Dezember 2010 in Y.____ wegen einer Pneumonie auf der linken Seite stationär behandelt worden. Nach ihrer Rückkehr in die Schweiz habe sie über Dyspnoe, vermehrten Husten und teils atemabhängige Thoraxschmerzen geklagt, weshalb sie im Spital D.____ erneut hospitalisiert worden sei. Computertomographisch hätten sich bilateral pneumonische Infiltrate und rechtshilär vergrösserte Lymphknoten nachweisen lassen. Es sei eine symptomatische Therapie mit NSAR erfolgt. Die Verlaufskontrolle vom 15. März 2011 in der ambulanten Tagesklinik sei positiv ausgefallen. Aktuell habe sich radiologisch ein vollständiger Rückgang der pneumonischen Infiltrate gezeigt. Die Lymphknotenvergrösserung rechtshilär sei ebenfalls regredient. Betreffend die Lungenfunktion sei eine Normalisierung der CO-Diffusion feststellbar. Es bestehe daher aktuell kein Anhaltspunkt für eine organisierende Pneumonie, und weitere Massnahmen oder Kontrollen in der Tagesklinik seien nicht notwendig. 3.3.3

Am 30. Juni 2011 erfolgte im Spital D.____ eine weitere magnetresonanztomographische Untersuchung der Lendenwirbelsäule. Dabei wurden im Vergleich zu den Voruntersuchungen vom 8. Januar 2010 und vom

E. 16

September 2008 mässiggradige degenerative Veränderungen im lumbosakralen Übergang mit Deck- und Bodenplattenveränderungen und fortschrittlicher Bandscheibendegeneration in den Segmenten L4/5 und L5/S1 festgestellt. In diesen Segmenten bestehe eine Protrusion. Offensichtliche Nervenwurzelaffektionen seien jedoch nicht erkennbar. Es gebe auch keine Spinalkanalstenose (Urk. 7/77/11). 3.3.4

Die Beschwerdeführerin stellte sich am 21. März 2012 wegen ihrer Rücken- und Beinschmerzen in der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin des Spitals K.____ vor (Urk. 7/77/5). Dort wurden chronische rechtsbetonte Lumboischialgien (Status nach Dekompression L4/5 rechts 2003, Segmentdegeneration L4/5 und L5/S1 mit multisegmentalen Spondylarthrosen, Verdacht auf S1- und L5-Radikulopathie rechts) diagnostiziert. Überdies wurde der Verdacht auf das Bestehen einer Angststörung als unabhängig schmerzverstärkender Faktor geäussert. Aufgrund der Anamnese, des klinischen Bildes und der radiologischen Befunde könne es sich bei den geschilderten Beschwerden um eine S1- und L5-Radikulopathie mit Allodynie im Dermatome S1 handeln. Es werde eine neurophysiologische Untersuchung empfohlen, um die Radikulopathie beurteilen zu können. 3.3.5

Gemäss dem nicht datierten Bericht der Klinik und Poliklinik für Innere Medizin des I.____ wurde die Beschwerdeführerin seit 8. Juli 2012

in der Adipositas-Sprechstunde ambulant behandelt (Urk. 7/76). Als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde ein chronisch rezidivierendes lumbo-spondylogenes Syndrom, 12/2002 Diskektomie L4/L5 rechts, L5/S1 festgehalten. Überdies bestünden Übergewicht und eine psychosoziale Belastungssituation; diesen Umständen sei jedoch keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zuzumessen. Die Patientin unterziehe sich regelmässigen Verlaufskontrollen in der Adipositas-Sprechstunde. Eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung habe man ihr dort nicht ausgestellt. 3.3.6

Dr. med. L.____, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin, führte in seinem Bericht vom 28. März 2012 (vgl. Urk. 7/77/1) als Diagnosen mit Auswirkung auf die

Arbeitsfähigkeit eine Radikulopathie mit Allodynie im Dermatom , eine multisegmentale Spondylarthrose der unteren Lendenwirbelsäule , einen Zustand nach Dekompression L4/5 rechts 2002, einen Zustand nach Diskushernienoperation L4/5 rechts 2003, Schlafstörungen und eine psychosoziale Belastungssituation auf. Er verzichtete auf eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, da eine solche seiner Auffassung nach durch Arbeits- oder Sozialmediziner erfolgen sollte. 3.3.7

Vom 16. bis zum 20. Juni 2012 war die Beschwerdeführerin im Spital D.____ hospitalisiert, nachdem sie sich wegen aggravierten

lumboradikulären Schmerzen im rechten Bein selbst dort zugewiesen hatte. Es wurden keine Veränderungen im Vergleich mit den Vorbefunden der magnetresonanztomographischen Untersuchung vom Juni 2011 festgestellt, insbesondere keine Kompression im Bereich der rechten S1-Wurzel . Es habe ein neurologisches Konsil stattgefunden , in welchem die Beschwerden bis auf einen fehlenden rechten Achilles - sehnensreflex nicht hätten objektiviert werden können. Des Weiteren hätten sich Anzeichen einer funktionellen Überlagerung ergeben. Man vermute die aggravierten Beschwerden am ehesten in Richtung einer funktionellen Genese. In Rücksprache mit dem behandelnden Anästhesisten habe man eine fixe Analgesie mit Novalin und dem schmerzmodulierenden Lyrica in auf steigender Dosierung installiert, worunter die Beschwerden regredient gewesen seien (Urk. 7/80). 3.3.8

Das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS Z.____ vom 12. Dezember 2012 (Urk. 7/ 92) enthält die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: -

chronisch rezidivierendes Lumbovertebralsyndrom bei Osteochondrose , Spondylose und Spondylarthrose der Lendenwirbelsäule

-

Zustand nach Bandscheibenoperation L4/5 und L5/S1 (2002).

Ohne Relevanz auf die Arbeitsfähigkeit seien die ebenfalls diagnostizierten beginnenden degenerativen Veränderungen der Hals- und Brustwirbelsäule sowie die Gonarthrose am linken Knie.

In den angestammten Tätigkeiten als Reinigungskraft und als

Zeitungsverträge rein bestehe retrospektiv und auf Dauer eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. In einer ideal angepassten , leichten körperlichen Tätigkeit , im Wechselrhythmus zwischen Stehen, Gehen und Sitzen und unter Meidung von Zwangshaltungen, Nässe, Kälte und Zugluft , sei hinsichtlich der medizinisch zumutbaren Arbeitspräsenz keine Einschränkung zu konstatieren. Hinsichtlich des Rendements sei dabei eine nur leichte Leistungseinschränkung für diese Tätigkeit von 20 % zu begründen (Urk. 7/92/21).

Soweit aus den Akten zu beurteilen, handle es sich vorrangig um eine Andersbewertung des gleichen Sachverhaltes, insbesondere zur Frage der Verweistätigkeit (Urk. 7/92/21). Von einer relevanten Veränderung des Gesundheitsschadens sei nicht auszugehen, jedoch sei die Bewertung der Gutachter in versicherungsmedizinischer Hinsicht gegenüber den früheren Bewertungen deutlich abweichend. Unter Zugrundelegung der aktuellen

Untersuchungsbefunde und auch der bildmorphologischen Gegebenheiten sehe man nur teilweise eine Erklärung für die beklagten Beschwerden, könne aber aus medizinischer

Sicht die von der Versicherten angegebene hochgradige Schmerzproblematik nicht nachvollziehen. Wohl aber ergäben sich diverse Befundinkonsistenzen, welche es notwendig machten, auf subjektive Beschwerdeangaben gründende Beurteilungen der Arbeitsfähigkeit in der Vergangenheit eher mit Vorsicht zu bewerten. Hieraus begründe sich auch wahrscheinlich zumindest teilweise die Diskrepanz zu den früheren Bewertungen (Urk. 7/92/22). 3.3.9

Am 13. März 2013 überwies das Spital C.____ die Beschwerdeführerin wegen eines chronisch lumbospondylogenen Schmerzsyndroms (ED 2002), einer Depression mit somatoformer Störung (ED 03/2013) und einer Peroneusläsion auf der rechten Seite (ED 05/2012) in die M.____ zur stationären Rehabilitation. Diese dauerte dem Austrittsbericht vom 28. März 2013 zufolge bis zum 2. April 2013 und bezweckte eine Rumpfstabilisierung, eine Gangschulung und eine Verbesserung des Schmerzzustandes. Unter intensiver physiotherapeutischer Therapie hätten eine Stabilisierung des Rumpfes und eine Abnahme der Schmerzen erreicht werden können. Im Verlauf hätten sich auch eine deutliche Besserung der Aufrichtung und eine damit einhergehende Besserung des Gangbildes gezeigt. Die Sitzdauer habe ausgebaut werden können. Aktuell klagt die Beschwerdeführerin über ziehende Schmerzen in beide Oberschenkel, jedoch weniger als bei m Eintritt. Vor allem die Wassertherapie habe zu einer wesentlichen Besserung geführt. Aus internistischer Sicht hätten sich keine Komplikationen ergeben. Man habe die Beschwerdeführerin in einem gutem Allgemeinzustand in ambulante Weiterbehandlung entlassen können. Die Weiterführung der Physiotherapie im ambulanten Setting und eine weiterführende ambulante psychiatrische Anbindung, welche die Beschwerdeführerin bei der Reintegration ins Berufsleben unterstützen könnte, seien zu empfehlen (vgl. Urk. 7/134/8 ff.). 3.3.10

Am 22. Mai 2013 untersuchte Dr. med. N.____, Fachärztin FMH für Neurologie im nerv!, Zentrum für Neurologie, die Beschwerdeführerin wegen seit November 2012 geklagter schmerzhafter Missempfindungen in beiden Armen und Händen, die bis zu den Schultern reichten und vorwiegend in der Nacht aufträten. Aufgrund der Konstellation der erhobenen Befunde sei als Ursache der Beschwerden suggestiv von einem Thorac

outlet -Syndrom auszu gehen, das sich mit einem leichtgradigen

sensiblen Karpaltunnel-Syndrom rechts, beginnend links, überlagere. Für eine cervicale Genese hätten weder eine MRI-Untersuchung noch klinische Untersuchungen Anhaltspunkte ergeben. Das übrige Beschwerdebild habe aus neurologischer Sicht bis auf eine regrediente

Peroneus -Druckparese keine neuen Aspekte aufgezeigt . Da die Beschwerde führerin bereits ein gut zusammengesetztes Therapieprogramm absolviere, könne das Thorac outlet -Syndrom im Rahmen der Physiotherapie und MTT behandelt werden (vgl. Urk. 7/134/5 ff.). 3.3.11

Vom 31. Mai bis zum 13. Juni 2013 hielt sich die Beschwerdeführerin stationär im Spital D.____ auf. Dessen Bericht vom 28. Juli 2013 (Urk. 7/126) zufolge war sie wegen einer Exazerbation der bekannten chronischen Rückenschmerzen notfallmässig zur Behandlung zugewiesen worden. Es wurde eine regelmässige physiotherapeutische Behandlung und eine analgetische Therapie empfohlen und eine gute Prognose gestellt. Die bisherige Tätigkeit wurde aus medizinischer Sicht als zumutbar erachtet. 3.3.12

Einem weiteren Bericht vom 26. Juli 2013 zufolge suchte die Beschwerdeführerin am 28. Juni 2013 die Notfallstation der E.____

auf, nachdem sie kurz zuvor aus Y.____ zurückgekehrt sei, wo ihr Vater vor zwei Tagen verstorben sei. Sie habe über eine Zunahme der bekannten lumbalen Rückenschmerzen mit Ausstrahlung ins rechte Bein und insbesondere über einen vermehrten Kraftverlust geklagt. Nach ihrem Austritt aus dem Spital D.____ am 13. Juni 2013 habe sie die analgetische Medikation deutlich reduziert. Nach erneutem Ausbau der analgetischen Therapie seien die Schmerzen wieder regredient, so dass im Rahmen einer multimodalen Schmerztherapie zusätzlich Physiotherapie durchgeführt werden können. Insbesondere die Wassertherapie habe die Patientin sehr motiviert absolviert. Am Ende der bis zum 6. Juli 2013 dauernden Hospitalisation habe sie fünf Treppenstufen gut bewältigen können. Situationsabhängig habe sie eine wechselnde Belastbarkeit gezeigt. Die Anfang Juni durchgeführte Bildgebung habe man hier erneut beurteilt, und aufgrund der Befunde und der Anamnese keine Operationsindikation gesehen (Urk. 7/146). 3.3.13

Am 4. März 2014 wurde wegen seit rund einem Jahr geklagter Schmerzen im rechten Schultergelenk eine MR-Arthrographie der rechten Schulter erstellt. Diese ergab eine ansatznahe Tendinopathie der Supraspinatussehne ohne Anhalt auf eine Ruptur, eine AC-Gelenksarthrose mit wenig Flüssigkeit in der Bursa subacromialis und geringe degenerative Veränderungen am posterioren

Humeruskopf mit subchondralen Zysten ebendort (Urk. 7/134/3). 3.3.14

Dr. L.____ hielt am 25. April 2014 als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Radikulopathie mit Allodynie im Dermatome S1, einen Zustand nach Dekompression L4 bis L5 auf der rechten Seite, eine multisegmentale

Spondylarthrose der unteren Lendenwirbelsäule, einen Zustand nach Diskushernienoperation L4-L5 auf der rechten Seite, Schlafstörungen und eine psychosoziale Belastungsreaktion fest. Er beurteilte die Prognose insgesamt als ungünstig. Die Patientin sei physisch und psychisch kaum belastbar (Urk. 7/134/1). 4.

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