

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00382 vom 25. Oktober 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-10-25, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00382

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00382 du 25 octobre 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00382 del 25 ottobre 2016

Erwägungen

E. 1

6. Mai 2012 (Urk. 10/54) . Infolge dessen

liess die Versicherte durch ihren Hausarzt mit Schreiben vom

E. 1.1

Nach Art. 17 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (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. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustands, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustands erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349 ff. mit Hinweisen). Dazu gehört auch eine Erhöhung der Arbeitsfähigkeit zufolge Adaption an das Leiden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_104/2015 vom 3. Juli 2015 E. 4.1). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustands auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen materiellen Revisionsgrund dar. Die Frage der wesentlichen Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der letzten rechtskräftigen und auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs (mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung) beruhenden Verfügung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung (BGE 134 V 131 E. 3, 133 V 108 E. 5.4; vgl. zum Ganzen Urteil des Bundesgerichts 9C_490/2014 vom 23. Januar 2015 E. 4.1). 1.

E. 1.2

Im September 2009 meldete sich die Versicherte

wegen Rückenbeschwerden bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle (nachfolgend: IV-Stelle), zum Leistungsbezug an (Urk. 10/5). Diese holte

neben einem Auszug aus dem Individuellen Konto (Urk. 10/8) auch

einen Bericht beim Hausarzt (Urk. 10/9), beim

Chiropraktiker (Urk. 10/13) sowie der Arbeitgeberin (Urk. 10/11) ein.

Zu dieser Zeit liess sich die Versicherte in einer Schmerzlinik behandeln und musste zufolge Kammerflimmerns nach einer Ropivacain-Infilt ration Anfang 2010 rund fünf Wochen hospitalisiert werden (Urk. 10/15 , 10/18 , 10/19/6 -9 und 10/19/12).

Des Weiteren unterzog sich die Versicherte i m April 2010

eine r Operation

ihrer Diskushernie L4/5 (Urk. 10/21/5-10) .

Nach Feststel lung einer

Rezidivhernie

wurde sie

im Dezember 2010 erneut operiert (Urk. 10/22/5 und 10/23/5-9) . Der postoperative Verlauf zeigte sich protrahiert

(Urk. 10/26/7, 10/27/5, 10/28/2 und 10/29/6) . Die IV-Stelle holte

einen weiteren Bericht beim Hausarzt

ein (Urk. 10/30) und klärte die Qualifikation ab

(Urk. 10/31) , bevor sie der Versicherten m it Verfügungen vom 1. März 2012 rückwirkend ab 1. März 2010 eine halbe, ab 1. März 2011 eine ganz e und ab 1. März 2012 wiederum eine halbe Invalidenrente zu sprach (Urk. 10/38 und 10/40 -42) . Den Anspruch auf berufliche Massnahmen hatte sie bereits zuvor mit Mitteilung vom 4. März 2010 verneint (Urk. 10/17).

Im April 2012 wurde bei der Versicherten eine

Spondylodese der Segmente

L2-L5 vorgenommen , da der knöcherne Durchbau nach der letzten Operation aus geblieben war und sich die Schraube gelockert hatte . Die Operation wurde, wie die beiden zuvor, von Dr. med. A.____ ,

Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, durc hge führt (Urk. 10/50/8).

Der s t ationäre Rehabilitation s aufenthalt

im Anschluss dauerte bis zum

E. 2

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, sind Verwaltung und Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeits unfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich ent scheidend, ob es

für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist und in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ferner ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, und der Experte nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.).

Im Revisionsverfahren ist darüber hinaus zu beachten, dass es einer von früheren medizinischen Einschätzungen abweichenden Beurteilung in der Regel am Beweiswert fehlt, wenn sie sich nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat, selbst wenn die Ausführungen für sich allein betrachtet vollständig, nachvollziehbar und schlüssig und daher für eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweistauglich wären. Eine verlässliche Abgrenzung der tatsächlich eingetretenen von der nur angenommenen Veränderung ist als erforderliche Beweisgrundlage nicht erreicht, wenn bloss nominelle Differenzen diagnostischer Art bestehen. Hingegen ist die Feststellung über eine seit der früheren Beurteilung eingetretene tatsächliche Änderung genügend untermauert, wenn der medizinische Sachverständige aufzeigt, welche konkreten Gesichtspunkte in der Krankheitsentwicklung und im Verlauf der Arbeitsunfähigkeit zu ihrer neuen diagnostischen Beurteilung und Einschätzung des Schweregrades der Störungen geführt haben. Je mehr bei einer Diagnose ärztliches Ermessen eine Rolle spielt, desto wichtiger sind klinische Feststellungen, gutachtliche Verlaufsbeobachtungen und anamnestiche Daten (Urteil des Bundesgerichts 9C_49/2012 vom 12. Juli 2012 E. 7.1 mit Hinweisen).

E. 2.1

Gestützt auf das Gutachten der C.____ erwog die Beschwerdegegnerin, seit Januar 2014 sei der Beschwerdeführerin wieder ein 50%- Pensum in einer behinderungsangepassten Tätigkeit

zumutbar. Sie führte dementsprechend einen neuen Einkommensvergleich durch, wobei sie für das Belastungsprofil einen Abzug von 10 %

berücksichtigte. Es resultierte ein Invaliditätsgrad von 57 %

(Urk. 2). Im Übrigen verwies sie auf die letzte Stellungnahme des RAD

(Urk. 9).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin hielt dem entgegen, aufgrund ihres Alters, der langen Absenz vom Arbeitsmarkt und des ärztlich attestierten Risikos längerer Ausfälle am Arbeitsplatz sei eine Wiedereingliederung fast unmöglich. Dennoch sei man bisher bei der Eingliederung nicht behilflich gewesen. Die Schmerzen würden ferner zu einem Schlafmangel führen und die Medikamenteneinnahme zeitige beeinträchtigende Nebenwirkungen. Ausserdem müsse sie täglich 1.5 Stunden Turnübungen machen und benötige Hilfe im Haushalt. Schliesslich

plane sie , am 24. April 2015 einen unabhängigen Psychiater aufzusuchen und den ärztlichen Befund zeitnah nachzureichen (Urk. 1).

E. 3

.3

3.3.1

Die Gutachter der C.____

diagnostizierten ein chronisches lumbovertebrales und - spondylogenes Schmerzsyndrom mit/bei (1) einem Status nach Re- bzw. Verlängerungs- Spondylodese L2-L5 im April 2012 mit/bei vorausgegangener bisegmentaler Diskushernie L2/3 und L4/5, (2) einem Status nach primärer Dekompression L4/5 im April 2010 und nach Spondylodese L4/5 im Dezember 2010 mit postoperativer Entwicklung einer Schraubenlockerung und Ausbildung einer Pseudarthrose und (3) einem rumpfmuskulären Globaldefizit infolge Langstrecken- Spondylodese L2-L5 im April 2012, aber (4) ohne lumbalbezogene neurologische Ausfälle. Ferner

stellten sie die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, leichte depressive Episode (ICD-10: F33.0), und einer

asthen-dependente Persönlichkeit (ICD-10: F60.7; Urk. 10/85/19). 3.3.2

In der konsiliarischen Besprechung vom 12. Dezember 2014

erläuterten sie dazu , orthopädisch-somatisch handle es sich vorrangig um ein gravierendes lumbospondylogenes und -vertebrales Rückenproblem mit problematischen wirbelsäulenchirurgischen Verläufen. Im Rahmen einer langstreckigen

Spondylodese L2-L5 seien die vorbestehenden Rückenprobleme inzwischen soweit wie möglich chirurgisch austherapiert. Statistisch belastende Arbeiten wie z.B. ausschliesslich stehende Tätigkeiten als Bäckereiverkäuferin könnten naturgemäss nicht mehr geleistet werden. Dabei betonten die Gutachter insbesondere, dass erst mit Abschluss der medizinischen Rehabilitation Ende 2013 die Wiederherstellung einer Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten auf einem Halbtagsniveau erreicht worden sei . Die zweite Formulierung lautete zurückhaltender, leidensangepasste Tätigkeiten seien auf einem 50%-Niveau „vorstellbar“. Im Übrigen stand für die Gutachter fest, von einer weiteren Verbesserung der 50%- Arbeitsfähigkeit sei dauerhaft nicht mehr auszugehen, indessen sei die Prognose für deren Erhalt günstig (Urk. 10/85/ 19 -21) .

Hinsichtlich der

psychischen Störungen verwiesen die Gutachter auf die im psychiatrischen Teilgutachten attestierte Arbeitsfähigkeit von 70 % bzw. sechs Stunden pro Tag für die bisherige oder auch eine angepasste Tätigkeit. Die diesbezügliche Prognose sei offen. Ob mit psychopharmakologischen und intensiven psychotherapeutischen Massnahmen eine wesentliche Besserung der Arbeitsfähigkeit zu erreichen sei, sei mit Blick auf den langen Verlauf und der in der frühen Adoleszenz wurzelnden Persönlichkeitsstörung zu bezweifeln. Fachgebietsübergreifend resultiere somit für die bisherige Tätigkeit orthopädisch somatisch eine Arbeitsfähigkeit von 0 % und für eine angepasste Tätigkeit – ebenfalls auf den führenden orthopädisch somatischen Befunden gründend – eine solche von 50 % (Urk. 10/85/ 20 -21).

Soweit sich die Gutachter mit den Vorakten auseinandersetzen, hielten sie fest, die von Dr. B.____ im Dezember 2012 prognostizierte Besserung sei eingetreten. Partielle Abweichungen ergäben sich zum Bericht von Dr. A.____ vom 19. Mai 2014. Indessen sei die Langstrecken- Spondylodese L2-L5 stabil. Mit diesem günstigen postoperativen Befund seien seit Ende 2013 adaptierte Tätigkeiten wie vorbeschrieben halbtägig möglich (Urk. 10/85/22). Damit habe sich der Zustand seit dem Jahr 2012 bzw. nach der zuletzt erfolgreich durchgeführten Langstrecken- Spondylodese L2-L5 gebessert (Urk. 10/85/25). 3.3.3

Ergänzend ist dem von Dr. med. D.____, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie, verfassten orthopädisch- traumatologischen Teilgutachten zu entnehmen, die Beschwerdeführerin beklage ständige intensive Beschwerden im Bereich der mittleren und unteren Wirbelsäule und des Rückens. Diese würden dumpf in das rechte Bein bis zum Fuss ausstrahlen. Sie könne maximal eine halbe Stunde zu Fuss gehen, dann müsse sie wegen Intensivierung der Rückenbeschwerden Pausen einlegen und absitzen. Bergabgehen verträge sie schlechter als Bergaufgehen. Aktuell nehme sie täglich bis zu vier Tabletten Irfen

(600 mg), vier bis fünf Tabletten Dafalgan (1 mg [recte: g]), zwei Kapseln Lyrica (75 mg), eine Tablette Seresta, Magnesium-Pulver und einen Magenschutz. Jeweils einmal pro Woche besuche sie die Physiotherapie und gehe mit ihrer Schwester schwimmen (Urk. 10/85/29).

Das Gangbild beschrieb Dr. D.____ als sicher und flott, indessen zeigten sich die Beschwerdeführerin beim An- und Auskleiden mit Beschwerden in der Höhe des thorakolumbalen Überganges, tieflumbal schmerzgeplagt und mit erhöhtem Zeitaufwand (Urk. 10/85/31). Zur Wirbelsäule und zum Rumpf hielt der Gutachter fest: massiver lumbosacraler Federungsschmerz, Rumpfmuskulatur mit ausgeprägtem Defizit der autochtonen Rückenstrecker, paralumbaler druckdolenter Hartspann, Bauchmuskulatur mit globalem Defizit, iliolumbale

Bänder teste negativ, aktives Anheben des Oberkörpers bei fixiertem Becken aus der Bauch- und Rückenlage nicht möglich, Weber-Krause-Test mit ausgeprägtem Defizit, Rumpfbeweglichkeit deutlich defizitär, Fingerbodenabstand bei nur angedeutet durchführbarer Rumpfbeuge 60 cm, Aufrichten aus der gering vorüber gebeugten Position mit positivem Kletterphänomen, Ott 30/31.5 cm, Schober 10/11 cm, Seitneigung rechts/links 10°-0-10° und Rotation links/rechts 30°-0-30°. Die Beschwerdeführerin sei mit einem Rückenstützmieder der Marke Orliman-Lumbitec aus Drellstoff mit Klettverschluss, elastischen Stäben und Bauhebezügen ausgestattet (Urk. 10/85/32).

Dr. D.____ kam zum Schluss, klinisch-funktionell finde sich postoperativ nach Langstrecken- Spondylodese L2-L5 eine konsekutiv weitgehend atrophierte Rumpfmuskulatur. In der Beschreibung der Röntgenbilder vom 16. Mai 2014 und 5. Dezember 2014 sei die Spondylodese L2-L5 als durchbaut interpretiert worden. Die beschriebene lumbosacrale Hyperlordose und Facettengelenkathetose gehe zumindest teilweise zulasten der postoperativen Fehlstatik (Urk. 10/85/33). Unter dem Titel „Würdigung der Akten“ beschränkte er sich im Grossen und Ganzen auf eine Zusammenfassung des Austrittsberichts der E.____ sowie der letzten Berichte von Dr. A.____

(Urk. 10/85/34). Zum retrospektiven Verlauf der Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit führt er wörtlich aus: „Nach der ersten Wirbelsäulenoperation mit Dekompression L4/5 war der Verlauf des Rückenleidens problematisch. Es erfolgte eine leider erfolglose Spondylodese L4/5 mit Ausbildung einer Pseudarthrose und der Notwendigkeit einer Schraubenentfernung / Pseudarthrosenanierung sowie einer Verlängerungs-Spondylodese der Etagen L2-5 am 19. April 2012. Inzwischen ist die medizinische Rehabilitation abgeschlossen. Seit ca. Dezember 2013 sind leidensadaptierte Tätigkeiten halbtags zumutbar. Eine weitergehende Besserung ist dauerhaft nicht mehr zu erwarten.“ 3.3.4

Der Vollständigkeit halber sei angefügt, dass die Beschwerdeführerin laut internistischem Teilgutachten ebenfalls über Rückenschmerzen mit Ausstrahlung vor allem ins rechte Bein klagte und angab, sich nach kurzer Zeit Stehen oder Gehen hinlegen zu müssen (Urk. 10/85/56). Im Übrigen findet sich darin der Hinweis, dass sich die Beschwerdeführerin in der Mitte der 120minütigen Exploration wegen zunehmender Schmerzen habe hinlegen müssen (Urk. 10/85/58). Davon teilweise abweichend ist dem neurologischen Teilgutachten

zu entnehmen, die Schmerzen würden zwar nicht mehr ins rechte Bein ausstrahlen, die Beschwerdeführerin habe jetzt aber im Bereich des Beckens und der unteren Lendenwirbelsäule ein Brennen. Sie sei überempfindlich, die Schmerzen seien immer da, mal mehr, mal weniger (Urk. 10/85/39 und 10/85/43). Gleichzeitig wird in diesem Teilgutachten angemerkt, die leichte Gefühlsveränderung am rechten Fuß könnten Reste der ursprünglichen Wurzelkompression L5 rechts sein (Urk. 10/85/43). Das freie Gehen wurde überdies als schmerzgeplagt verlangsamt, sehr vorsichtig und mit verkürzter Schrittlänge beschrieben (Urk. 10/85/42).

E. 3.1

Der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin wurde letztmals mit Verfügung vom 7. Mai 2013 materiell beurteilt

(Urk. 10/66).

Damals sprach ihr die Beschwerdegegnerin aufgrund der Arbeitsfähigkeitseinschätzung des

RAD-Arzt Dr. B. rückwirkend ab 1. Juli 2012 eine ganze Invalidenrente zu (Urk. 10/55 und 10/58/3-4).

Der angefochtenen Verfügung legte die Beschwerdegegnerin

das Gutachten der C. vom 17. Dezember 2014 zugrunde, das die Fachrichtungen Orthopädie und Traumatologie, Neurologie, Psychiatrie und Innere Medizin umfasst (Urk. 10/85). Dr. B. hatte dieses in seiner Stellungnahme vom 5. Januar 2015 – ohne dies näher auszuführen – als umfassend, die beklagten Beschwerden berücksichtigend, in Kenntnis und Auseinandersetzung mit den Vorakten erstellt, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge einleuchtend und in Bezug auf die Herleitung der Schlussfolgerungen nachvollziehbar beurteilt (Urk. 10/87).

Es ist somit insbesondere anhand eines Vergleichs

der vorerwähnten medizinischen Unterlagen zu prüfen, ob zwischen dem 7. Mai 2013 und dem 5. März 2015 eine wesentliche Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse im Sinne eines materiellen Revisionsgrundes eingetreten ist.

E. 3.2.1

Bei der letzten Rentenprüfung stellte der RAD-Arzt Dr. B.____

am

5. Dezember 2012

fest, die Arztberichte – namentlich erwähnte er nur Berichte von

Dr. A.____

– seien schlüssig und weitgehend deckungsgleich bzw. sich ergänzend. Man könne sich darauf beziehen. Begründet mit zunehmenden Schmerzen liege ein relevanter Gesundheitsschaden seit 23. Januar 2012 vor. Indessen korreliere die von Dr. A.____ am 28. August 2012 festgestellte Arbeitsfähigkeit von 0 % nicht mit den von ihm angegebenen physiologischen Befunden, weshalb in Untersuchung in den Räumen des RAD geplant sei (Urk. 10/58/3).

E. 3.2.2

Nachdem Dr. B.____ die Beschwerdeführerin am 18. Dezember 2012 selbst untersucht hatte, diagnostizierte er in seiner Stellungnahme vom 23. Februar 2013

eine schmerzhafte Bewegungs- und Belastungseinschränkung der Lendenwirbelsäule (1) bei einem Status nach Verlängerungs- und Spondylodese L2 bis L5 am 19. April 2012 bei fehlendem Durchbau der Spondylodese L4/5 und Pedikelschraubenlockerung beidseits sowie ausgeprägter Osteochondrose L2/3, (2) bei einem Status nach perkutaner Spondylodese L4/5 und Dekompression L4/5 rechts am 16. Dezember 2010 bei foraminale Stenose L4/5 rechts und (3) bei einem Status nach Dekompression L4/5 rechts bei medianer Diskushernie am 21. Mai 2010. Er kam zum Schluss, damit sei ein somatischer Gesundheitsschaden ausgewiesen. In der bisherigen Tätigkeit als Bäckereiverkäuferin bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 0 % seit 16. Dezember 2010 auf Dauer. Dabei sei die bisherige Tätigkeit (in Urk. 10/55/3 definiert als typische Tätigkeit einer Bäckereiverkäuferin, aber ohne schweres Heben oder Tragen) als dem Belastungsprofil angepasste

anzusehen. Der Gesundheitszustand sei indes besserungsfähig, d.h. in einem Jahr sollte wieder eine Teilarbeitsfähigkeit bestehen (Urk. 10/58/3-4).

E. 3.2.3

Dem ausführlicheren Untersuchungsbericht von Dr. B.____ vom 29. Januar 2013 ist ergänzend zu entnehmen, die Beschwerdeführerin habe angegeben, sie leide an Schmerzen im Rücken und im rechten Bein vorne aussen im Oberschenkel über die Wade und das Schienbein bis zum Rist des rechten Fußes ziehend; die Schmerzqualität sei dumpf. Zudem habe sie Schmerzen in der Brustwirbelsäule bei vorgeneigter Haltung. Am belastendsten seien die immer vorhandenen Kreuzschmerzen mit belastungsabhängiger Schmerzverstärkung. Sie könne etwa eine halbe Stunde stehen, eine Stunde sitzen und eine Stunde langsam gehen. Danach müsse sie jeweils mit gekrümmtem Rücken abliegen. Liege sie gerade, bekomme sie starke einstrahlende Schmerzen ins rechte Bein (Urk. 10/55/1).

Sie nehme täglich eine Tablette Pantozol (40 mg), drei bis vier Tabletten Irfen (600 mg), zwei Kapseln Lyrica (75 mg) und je eine Tablette Remeron und Seresta . Zweimal pro Woche mache sie Aquagymnastik und täglich ihr Heimübungsprogramm (Urk. 10/55/2).

Ferner hielt Dr. B.____ fest, das Auskleiden sei flüssig im Stehen mit Block - bewegungen des Rumpfes erfolgt, ebenso das Ankleiden. Das Gangbild sei langsam, aber hinkfrei und ohne Hilfsmittel. Zur Brust-/Lendenwirbelsäule notierte er: Physiologische Schwingung der Brustwirbelsäule, aufgehobene Lendenlordose , Wirbelsäule im Lot, reizfreie Narben, physiologisch ausgebildete Paravertebralmuskulatur , muskulärer Hartspann lumbal-paravertebral beidseits, Klopfschmerz der Dornfortsätze der unteren Lendenwirbelsäule, Druckschmerz der Dornfortsätze der gesamten Lendenwirbelsäule, Federungsschmerz T12 bis S1, Druckschmerz iliolumbal , Druckschmerz der Iliosakralgelenke beidseits, Druckschmerz der Musculus

Piriformis -Gruppe beidseits, Laségue beidseits negativ, Langsitz nicht möglich, Valleix beidseits negativ, Nervus

Femoralis -Dehnungstest beidseits negativ, lumbaler Extensionsschmerz, Ott 30/31 cm, Schober 10/12 cm und Fingerbodenabstand Kniehöhe mit lumbaler Schmerzangabe , Rotation und Seitneigung rechts/links jeweils 20°-0-20° mit beidseits endgradiger Schmerzangabe und Reklination 0° mit lumbaler Schmerzangabe (Urk. 10/55/3-4).

E. 3.4

Es ist somit vorab festzustellen, dass die

Diagnosen in den vorerwähnten Arztberichten nicht auf eine zwischenzeitlich relevante Veränderung des Gesundheitszustandes

schliessen lassen . Die somatische Diagnose wurde im Gutachten der C.____

bloss anders formuliert als von Dr. B.____ . Sodann wurden zwar neu eine rezidivierende depressive Störung und eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert . Indessen hatte Dr. B.____ der Beschwerdeführerin im Jahr 2012 bereits aus somatischer Sicht eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert und sich daher nachvollziehbar nicht zu einer

möglichen psychischen Beeinträchtigung

geäußert . Es gab jedoch bereits damals konkrete Anhaltspunkte für das Bestehen einer solchen , da die Beschwerdeführerin in seiner Untersuchung angegeben hatte , regelmässig Psychopharmaka (Remeron und Seresta) einzu nehmen (Urk. 10/55/2) . Ausserdem waren

bereits im Austrittsbericht des F.____ vom 30. Oktober 2003 eine

rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F33.2) , und

der Verdacht auf eine abhängige Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.7)

diagnostiziert worden (Urk. 10/9/9-12 ; vgl. ferner auch Urk. 10/30) .

E. 3.5

Die Gutachter der C.____

massen den psychischen Störungen zumindest fachübergreifend für die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit keine Bedeutung bei. Das Bundesgericht hat wiederholt darauf hingewiesen, dass leichte bis höchstens mittelschwere Störungen aus dem depressiven Formenkreis in der Regel therapierbar seien und daher invalidenversicherungsrechtlich

zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen würden (vgl. z.B. Urteil des Bundesgerichts 9C_168/2015 vom 13. April 2016 E. 4.2). Dies muss für die diagnostizierte leichte depressive Episode umso mehr gelten, als die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der Begutachtung durch die C._____

keine regelmässige psychiatrische Behandlung in Anspruch nahm (Urk. 10/85/56) und offenbar heute noch nicht nimmt, zumal sie nicht wie angekündigt den Bericht eines neutralen Psychiaters nachreichte. Auch konnte die psychopharmakologische Behandlung seit dem Untersuchen im Jahr 2012 reduziert werden, insoweit die Beschwerdeführerin kein Remeron mehr benötigt.

Im Übrigen wurde die Persönlichkeitsstörung im psychiatrischen Teilgutachten, verfasst von Dr. med. G._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologie, ohne Bezug zu konkreten Vorkommnissen begründet

(vgl. Urk. 10/85/51). Zudem finden sich in der Erwerbsbiographie der Beschwerdeführerin (Urk. 10/8 und Urk. 10/56) keine augenfälligen Besonderheiten. Es ist daher nicht ohne Weiteres ersichtlich, inwiefern die angegebene

Störung der Affektregulation, der Ausdauer und des Durchhaltungsvermögens, die lediglich Tätigkeiten einfacher geistiger Natur mit geringen Verantwortungsbereichen, ohne besondere Anforderungen an die Team- und Konfliktfähigkeit

im Umfang von täglich sechs Stunden erlaubt, nicht bloss auf die

grundsätzlich therapierbare leichte depressive Episode zurückzuführen ist. Die Feststellung, dass der Persönlichkeitsstruktur im Sinne einer vermehrten Dekompensationsbereitschaft bei Belastungen eine nicht unwesentliche Rolle zukommt (vgl. Urk. 10/85/53), leuchtet angesichts der einmaligen zweiwöchigen psychiatrischen Hospitalisation im Jahr 2003 (Urk. 10/9/9) vorderhand nur für ausserordentliche emotionale Belastungen ein.

E. 3.8

Zusammenfassend ist mit dem blossen Hinweis auf den Abschluss der Rehabilitation nicht dargetan, inwiefern bei der über 50jährigen, psychisch beeinträchtigten Beschwerdeführerin mit mehrsegmentaler Versteifung der Lendenwirbelsäule und neuen Beschwerden zufolge Überbelastung der Nachbarsegmente, die sich fortwährend in Therapie befindet, im zweiten Jahr postoperativ eine erhebliche Verbesserung des Gesundheitszustandes oder eine bessere

Leidensadaption eingetreten sein soll, die eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf 50% überwiegend wahrscheinlich erscheinen lässt. Die überzeugende Arbeitsfähigkeitseinschätzung

des

operierenden Wirbelspezialisten geht vorliegend der Erfahrungstatsache

vor, dass behandelnde Arztpersonen mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 4 65 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc). In Würdigung der gesamten Umstände ist daher festzuhalten, dass sich im Gutachten der C.____

keine konkreten Anhaltspunkte für das Vorliegen eines Revisionsgrundes im Sinne von Art. 17 ATSG finden. Ebenso wenig gibt es Anlass zu weiteren Abklärungen.

4. 4.1

Das Gericht kann eine zu Unrecht ergangene Revisionsverfügung

gegebenenfalls mit der substituierten Begründung schützen, dass die ursprüngliche (noch nicht gerichtlich beurteilte) Rentenverfügung zweifellos unrichtig und die Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist. Mit anderen Worten kann es die Rentenverfügung unter den Voraussetzungen nach Art. 53 Abs. 2 ATSG in Erwägung ziehen (BGE 110 V 176 E. 2a und 125 V 368 E. 2 mit Hinweisen; BGE 128 V 272 E. 5b/bb; Urteile des Bundesgerichts 9C_121/2014 vom 3. September 2014 E. 3.2.2, 9C_762/2013 vom 24. Juni 2014 E. 4.2 und 9C_562/2008 vom 3. November 2008 E. 2.2 je mit Hinweisen).

4.2

Der RAD-Arzt Dr. B.____ hatte die Beschwerdeführerin im Dezember 2012 im Sinne von Art. 49 Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) selbst untersucht und das Untersuchungsergebnis schriftlich festgehalten (Urk. 10/55). Der Beweiswert eines solchen RAD-Berichts ist mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxisgemässen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1) genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (BGE 137 V 210 E. 1.2.1). Letzteres steht bei Dr. B.____ ausser Frage. Indessen verwies er für die medizinisch-technischen Untersuchungen nur auf das Dossier und obschon er sich mit den Vorakten offensichtlich auseinandersetzte und eine Untersuchung anordnete, versäumte er es, seine Überlegungen zu notieren. So erschliesst sich einem medizinischen Laien letztlich nicht, inwiefern seine eigene Untersuchung ein vollkommen anderes Bild ergeben haben soll, als von Dr. A.____ dargestellt (Urk. 10/55/6).

4.3

Indessen geht es bei Beschwerden hauptsächlich somatischen Ursprungs und Einigkeit aller untersuchenden

Fachärzte bezüglich der Diagnosen letztlich einzig um die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit. Wie das Bundesgericht bereits mehrfach festhielt, weist die medizinische Folgenabschätzung notgedrungen eine hohe Variabilität auf und trägt unausweichlich Ermessenszüge (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.1). Dabei haben der operierende Wirbelsäulenchirurg Dr. A.____ und der RAD-Arzt Dr. B.____

nach eigener Untersuchung im Vorfeld der Rentenverfügung vom 7. Mai 2013 generell eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert (Urk. 10/50/6, Urk. 10/55/6). Unter diesen Gesichtspunkten kann jene Verfügung nicht als offensichtlich unrichtig qualifiziert werden. Daran vermag auch die Arbeitsfähigkeitseinschätzung des Gutachters Dr. D.____

nichts zu ändern, welche bei Erlass jener Verfügung noch nicht vorlag und darüber hinaus mit einem maximal einschränkenden Belastungsprofil verknüpft wurde

(vgl. Urk. 10/85/34 f.) . 5.

Zusammenfassend ist weder ein Revisionsgrund nach Art. 17 ATSG noch ein Wiedererwägungsgrund nach Art. 53 Abs. 2 ATSG gegeben. Angesichts dieses Verfahrensausgangs erübrigen sich Ausführungen zu m geltend gemachten Eingliederungsbedarf . Die Beschwerde ist gutzuheissen und die Verfügung vom 5. März 2015 folglich vollumfänglich aufzuheben sowie festzustellen, dass die Beschwerdeführerin weiterhin Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat. 6.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200. -- bis Fr. 1'000. -- festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis

des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). Sie sind auf Fr. 800. -- anzusetzen und der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Damit erweist sich das Gesuch der Beschwerdeführerin um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung als gegenstandslos. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der IV-Stelle des Kantons Zürich vom 5. März 2015 aufgehoben, und es wird festgestellt, dass die Beschwerdeführerin ab 1. Mai 2015 weiterhin in Anspruch auf eine ganze Rente hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Das Gesuch der Beschwerdeführerin um unentgeltliche Prozessführung wird als gegenstandslos erledigt abgeschrieben. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.____ unter Beilage eines Doppels von Urk. 14 - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle , unter Beilage eines Doppels von Urk. 14 - Bundesamt für Sozialversicherungen - Y.____ 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 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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Grünig Bonetti

E. 6

Folgerichtig waren für die Gutachter der C.____ , wie bereits für Dr. B.____ , letztlich die somatischen Beschwerden ausschlaggebend . Dabei führten sie die Wiedererlangung der

Arbeitsfähigkeit von 50 % stets auf den Ende Dezember 2013 erfolgten Abschluss der Rehabilitation

zurück, ohne jedoch deren Verlauf in der konsiliarischen Besprechung oder im orthopädisch- traumatologischen

Teilgutachten darzulegen. Ebenso verzichteten

sie

darauf, eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit anhand der Befunde, der geklagten Beschwerden oder der Medikation

zu plausibilisieren. Vielmehr noch wird – allerdings nur im neurologischen Teilgutachten – festgehalten, sämtliche bisher durchgeführten Massnahmen hätten zu keiner wesentlichen Befundänderung geführt

(Urk. 10/85/42). Vergleicht man die von den beiden Orthopäden erhobenen Befunde, fällt denn auch einzig eine Verbesserung des Druckschmerzes im Hüftbereich auf. Zudem

ist aus den Angaben der Beschwerdeführerin zu schliessen, dass sie sich wohl weniger oft, aber immer noch regelmässig zum Ausruhen hinlegen muss (vgl. auch Tagesablauf Urk. 10/85/29, Selbsteinschätzung Urk. 10/85/41). Kleine Abweichungen in der Anamnese lassen sich mit den unterschiedlichen

Untersuchungsdaten und dem Fokus auf der eigenen Fachrichtung erklären. Hervorzuheben ist indessen, dass die Schmerzmittelmedikation

nach wie vor beachtlich und die Ausdauer, soweit sich dazu überhaupt aktuelle Angaben finden, gering ist. Auf einen andauernd hohen Leidensdruck weisen

ferner die täglichen Heimübungen, das regelmässige Schwimmen und der Besuch der Physiotherapie hin.

Es lässt sich daher nicht ergründen, welche Massnahmen und Fortschritte zwischen Mai und Dezember 2013 – mithin 20 Monate nach der letzten Spondylodese – eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit von 0 auf 50 % bewirkt haben sollen.

Dies muss umso mehr gelten, als einerseits grundsätzlich da mit zu rechnen ist, dass leichte Tätigkeiten schon nach wenigen Wochen und solche mit grösserer körperlicher Belastung innerhalb eines halben Jahres nach einer Spondylodese

wieder aufgenommen werden können. So beträgt auch die Dauer bis zum knöchernen Durchbau in der Regel nur ein halbes bis ein Jahr. Andererseits sind vor allem dann gute Operationsresultate zu erwarten, wenn nur ein oder zwei Segmente versteift wurden und die übrige Wirbelsäule weitgehend gesund und frei beweglich ist. Die verloren gegangene Beweglichkeit muss

nämlich in den Nachbarsegmenten kompensiert werden, wobei die zusätzliche Beanspruchung zu neuen Schmerzen führen kann – wie dies offenbar vorliegend der Fall ist (vgl. auch E. 3.7).

Überdies ist bei älteren Patienten meist

von eingeschränkten Adaptionsmöglichkeiten auszugehen

(vgl. dazu Alfred M. Debrunner , Orthopädie, orthopädische Chirurgie: patientenorientierte Diagnostik und Therapie des Bewegungsapparates, 4. Aufl., Bern 2002, S. 870 f.; Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin [Hrsg.], Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung, 7. Aufl., Berlin/Heidelberg/New York 2011, Tabelle 7.7 Postoperative Belastbarkeit ; Urteil des Bundesgerichts 8C_222/2010 vom 19. Juli 2010 E. 4.2 zur Begründung eines verzögerten postoperativen Verlaufs; www.balgrist.ch/Portaldata/1/Resources/_files/orthopaedie/WEB_Wirbelsaeule4_Spondylodese_Web.pdf ; Einschätzung des RAD bei den früheren Operationen Urk. 10/34/4 und 10/34/6) .

Es

kommt hinzu, dass Dr. G.____ im psychiatrischen Teilgutachten anmerkte, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung im engeren Sinne liege nicht vor. Im Zuge der asthen-dependenten Persönlichkeit sowie der depressiven Symptomatik neige die Beschwerdeführerin aber zu einer vermehrt nach innen gerichteten Selbstwahrnehmung mit einer ausgeprägt verstärkten Empfindung von Schmerzen sowie einer dysfunktionalen Schmerzverarbeitung (Urk. 10/85/52, vgl. auch Urk. 10/85/53).

Gegen eine wesentliche Besserung der somatischen

Beschwerden in der zweiten Jahreshälfte 2013 spricht letztlich auch, dass die Gutachter der C.____

im Gegensatz zu Dr. B.____ die stehende Tätigkeit als Bäckereiverkäuferin nicht mehr als angepasste beurteilten . Vielmehr

definierten sie ein äusserst eingeschränktes

Belastungs-/Ressourcenprofil ,

wonach der Beschwerdeführerin nur noch körperlich sehr leichte bis maximal leichte Tätigkeiten zumutbar sind . Sie müsse zudem in der Lage sein, ihre jeweilige Arbeitsposition im freien Ermessen zwischen Sitzen, Gehen und Umhergehen wechseln zu können. Weder längerfristig sitzende noch längerfristig stehende Tätigkeiten seien möglich. Das Heben, Tragen und Bewegen von Lasten sei mit 5 kg bis in seltenen Fällen allenfalls 10 kg limitiert. Rückenbelastende Tätigkeiten in Zwangshaltungen wie vornüber gebeugt stehend, kniend, hockend, kauend, repetitiven Bewegungsanforderungen an den Rumpf etc. seien zu meiden (Urk. 10/85/20) . Nicht gewürdigt wurde von den Gutachtern dabei der von der Beschwerdeführerin mehrfach erwähnte Umstand, dass sie sich immer wieder ausruhen bzw. hinlegen müsse . Mit anderen Worten fehlt es an einer Auseinandersetzung mit

der Frage nach der Leistungsfähigkeit gemessen an der Präsenzzeit bzw. dem Pausenbedarf . 3.

E. 7

Ergänzend ist auf die Berichte zu den Verlaufskontrollen bei

Dr. A.____

hinzu weisen. Er berichtete bei der letztmaligen Rentenprüfung am 28. August 2012, die Beschwerdeführerin habe beim Gehen deutlich weniger lumbale Schmerzen, aber ein sehr starkes Ermüdungsgefühl im Rücken und könne sich nicht gut bücken. Das Gangbild sei normal, die Wirbelsäulen-Inklination sei eingeschränkt und der Fingerbodenabstand betrage 30 cm. Obschon die Schmerzen

abgenommen hätten, sei die Beschwerdeführerin in diesem Zustand nicht arbeitsfähig (Urk. 10/50/6). Daran hielt er in der Folge fest. So führte er auch im letzten Bericht vom 19. Mai 2014 aus, er sehe nicht, dass die Beschwerdeführerin in einen Arbeitsprozess eingegliedert werden könne. Klinisch und morphologisch sei die Spondylodese zwar stabil, doch habe die Beschwerdeführerin erhebliche Restschmerzen. Sie gehe regelmässig Schwimmen und mache etwas Bewegungstherapie, was sie fortführen solle. Es sei leider mit einem gleichbleibenden Verlauf zu rechnen (Urk. 10/72/2).

Hinsichtlich der Befunde notierte Dr. A. ___ im

Bericht vom 25. Oktober 2013, die Beschwerdeführerin habe nach wie vor einen sehr wechselhaften Verlauf mit wiederkehrenden lumbalen Schmerzen sowie persistierenden krampfartigen Schmerzen im rechten Bein. Aufgrund der erheblichen Restbeschwerden veranlasse er eine Magnetresonanz-Abklärung (Urk. 10/71/6). Bei der bildgebenden Untersuchung zeigte sich gemäss Bericht vom 12. November 2013

auf Höhe Th12/T1 eine paramediane und foraminale Diskushernie links sowie eine Eindehnung des Duralsacks. Dr. A. ___ interpretierte die Beschwerden ausgehend vom lumbosakralen Übergang mit Überbelastung der Fazettegelenke L5/S1. Die Diskushernie Th12/L1 sei wahrscheinlich nicht schmerzverursachend (Urk. 10/75/5).

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