

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00398 vom 10. November 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-11-10, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00398

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00398 du 10 novembre 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00398 del 10 novembre 2017

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1958, arbeitete als Chefphysiotherapeutin im Y.____. Am 23. Juli 1996 erlitt sie einen Unfall, als sie im Rahmen einer Weiterbildung eine Patientin simulieren musste und bei einer an ihr durchgeführten Drehübung mit dem Rücken auf die Tischkante schlug (Urk. 8/16/3). In der Folge musste sie sich diversen Eingriffen am Rücken unterziehen. Für die bisherige Tätigkeit wurde sie arbeitsunfähig geschrieben (Urk. 8/12). Im April 1997 meldete sie sich bei der Invalidenversicherung und ersuchte um berufliche Massnahmen (Urk. 8/7). Solche wurden ihr gewährt (Urk. 8/17 [Mitteilung vom 9. Dezember 1997]).

Am 6. Januar 2010 glitt die mittlerweile als Case Managerin bei der Z.____ tätige Versicherte aus, was zu starken lumbosakralen Beschwerden führte (Urk. 8/31/13). Ärztlicherseits wurde sie zunächst ganz, dann teilweise arbeitsunfähig geschrieben (Urk. 8/31/9, 8/48/15). Im März 2010 meldete sie sich unter Hinweis auf Rücken- und weitere körperliche Beschwerden erneut bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug (berufliche Massnahmen, Invalidenrente) an (Urk. 8/32/1-9). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, tätigte eigene Abklärungen. Zudem zog sie fortlaufend die Akten der zuständigen Unfallversicherung, der AXA Winterthur, bei (Urk. 8/48, 8/53, 8/71, 8/74, 8/75, 8/76, 8/85, 8/103, 8/111). Im Laufe des unfallversicherungsrechtlichen Verfahrens wurde die Versicherte im Auftrag der AXA Winterthur durch Dr. med. A.____, Facharzt für Neurochirurgie, ehemaliger Leiter der Neurochirurgie am B.____, begutachtet (Gutachten vom 11. Oktober 2013, Urk. 8/111/2-7). Die IV-Stelle ihrerseits liess die Versicherte bei der MEDAS C.____ polydisziplinär begutachten (Gutachten vom 8. September 2014, Urk. 8/147). Nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens (Urk. 8/167, 8/181-182) sprach sie der Versicherten mit Verfügung vom 17. Februar 2016 eine befristete Dreiviertelsrente für die Zeit vom 1. September 2010 bis 30. Juni 2013 zu (Urk. 2/1-2).

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

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

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

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art.

E. 1.3

Die rückwirkend ergangene Verfügung über eine befristete oder im Sinne einer Reduktion abgestufte Invalidenrente umfasst einerseits die Zusprechung der Leistung und andererseits deren Aufhebung oder Herabsetzung. Letztere setzt voraus, dass Revisionsgründe (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen) vorliegen, wobei der Zeitpunkt der Aufhebung oder Herabsetzung nach Massgabe des analog anwendbaren (AHI 1998 S. 121 E. 1b mit Hinweisen) Art. 88a IVV festzusetzen ist (vgl. BGE 121 V 264 E. 6b/dd mit Hinweis). Ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten und damit der für die Befristung oder Abstufung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt der Rentenzusprechung oder des Rentenbeginns mit demjenigen zur Zeit der Aufhebung beziehungsweise Herabsetzung der Rente (BGE 125 V 413 E. 2d am Ende, 369 E. 2, 113 V 273 E. 1a, 109 V 262 E. 4a, je mit Hinweisen; vgl. BGE 130 V 343 E. 3.5). Spricht die Verwaltung der versicherten Person eine befristete Rente zu und wird beschwerdeweise einzig die Befristung der Leistungen angefochten, hat dies nicht eine Einschränkung des Gegenstandes des Rechtsmittelverfahrens in dem Sinne zur Folge, dass die unbestritten gebliebenen Bezugszeiten von der Beurteilung ausgeklammert bleiben (BGE 125 V 413 E. 2d mit Hinweisen). Die gerichtliche Prüfung hat vielmehr den Rentenanspruch für den gesamten verfü gungsw eise geregelten Zeitraum und damit sowohl die Zusprechung als auch die Aufhebung der Rente zu erfassen (Urteil des Bundesgerichts I 526/06 vom 31. Oktober 2006 E. 2.3 mit Hinweisen).

E. 1.4

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 aus geglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

Ausnahmsweise darf von der ärztlich geschätzten Arbeits(un)fähigkeit ohne Weiteres auf einen entsprechen den Invaliditätsgrad geschlossen werden (SVR 2011 IV Nr. 71 S. 213 E. 3.2.3 [9C_994/2010]). Dies trifft beispielsweise zu, wenn die beiden Vergleichsein kommen ausgehend vom selben Tabellenlohn zu ermitteln sind. Diesfalls ent spricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksich tigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn, der höchstens 25 % betragen darf (BGE 135 V 297 E. 5.2; Bundesgerichtsurteil 8C_450/2014 vom 2 4. Juli 2014 E. 7.3).

E. 1.5

Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztbe richtes ist also entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfas send ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwer den berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schluss folgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grund sätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gut achten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a).

2.

E. 2

Dagegen liess X.____ am 4. April 2016 Beschwerde erheben und beantragen, die Verfügung vom 17. Februar 2016 sei punkto Teil rente/Rentenskala aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, die Berechnungsgrundlagen für die Teilrenten auf den Zeitpunkt der Rentenzu sprache, den 1. September 2010, festzulegen. Im Weiteren sei die Beschwerde gegnerin zu verpflichten, ihr über den 1. Juli 2013 hinaus bis auf Weiteres eine Dreiviertelsrente auszurichten. Eventualiter sei ein neues Gutachten unter Be rücksichtigung der Fachdisziplinen Neurochirurgie und Rheumatologie einzu holen (Urk. 1 S. 2). Die Beschwerdegegnerin schloss in der Beschwerdeantwort vom 9. Mai 2016 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7). Die Beschwerdefüh rerin hielt in der Replik vom 19. Oktober 2016 an ihren Anträgen fest (Urk. 13 S. 1). Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine Duplik (Urk. 17).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei der befristeten Rentenzusprache auf das Gutachten der MEDAS C.____ und hielt in der angefochtenen Verfügung fest, seit August 1996 sei die Beschwerdeführerin in ihrer Arbeitsfähigkeit erheblich ein geschränkt. Nach dem Unfall [gemeint wohl: nach dem Rückfall vom 6. Januar 2010] habe zunächst eine Arbeitsfähigkeit von 40 % als Case Managerin be standen. Ab dem 1. April 2013 bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80 % in dieser als leidensangepasst zu qualifizierenden Tätigkeit. Aufgrund des auf dieser Basis vorzunehmenden Einkommensvergleichs resultiere ein vom

1. September 2010 (Beginn des Rentenanspruchs sechs Monate nach dessen Geltendmachung) bis 30. Juni 2013 befristeter Anspruch auf eine Dreiviertelsrente (Urk. 2/2). In der Beilage zur Beschwerdeantwort führte die Beschwerdegegnerin zur Rentenberechnung aus, es würden nur Beiträge und Erwerbseinkommen bis zum 31. Dezember vor Eintritt des Versicherungsfalles berücksichtigt. Dieser sei bei der Beschwerdeführerin im August 1997 eingetreten (Urk. 7, 9).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin macht geltend, sie leide an multiplen Beschwerden. Neben der Rückenprobleme bestünden Befunde mit strukturellen Schäden am Arm und Ellbogen rechts, am Knie rechts, an der Hüfte rechts, an den Fingern beidseits, an den Zehen, an den Sprunggelenken beider Füsse und am Oberschenkel links (Urk. 1 S. 9, Urk. 4 S. 2). Gemäss dem von der Unfallversicherung eingeholten Gutachten von Dr. A. ___ bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 60 %. Davon sei im konkreten Fall auch in der Invalidenversicherung auszugehen (Urk. 1 S. 11 ff.). Auf das Gutachten der MEDAS C. ___ könne nicht abgestellt werden. Die orthopädische Teilgutachterin Dr. med. D. ___ sei offensichtlich vorbefasst gewesen. Dem Gutachten komme daher von vornherein keine Beweistauglichkeit zu. Auch inhaltlich vermöge das MEDAS-Gutachten nicht zu überzeugen. Insbesondere sei keine rheumatologische Untersuchung erfolgt, was aber im Falle der Beschwerdeführerin unerlässlich gewesen wäre (Urk. 1 S. 17). Zudem hätten sich die Gutachter auf veraltete Röntgenbilder gestützt. Auf jeden Fall habe sich das Gutachten im Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung nicht mehr als aktuell erwiesen (Urk. 13 S. 4 ff.). Eine Verbesserung des Gesundheitszustandes ab 1. April 2013 sei nicht nachgewiesen, was aber Voraussetzung für die Rentenaufhebung beziehungsweise -befristung wäre (Urk. 1 S. 21, Urk. 13 S. 8). Ihr stehe daher eine unbefristete Dreiviertelsrente zu. Was die Rentenberechnung anbelange, seien die Beitragsjahre bis 1. September 2010 anzurechnen (Urk. 1 S. 11). 3.

E. 3

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

E. 3.1

Zunächst ist der Rentenanspruch zu prüfen. Danach ist auf die Rentenberechnung einzugehen.

E. 3.2

Im Zuge der Abklärungen nach dem Unfall vom 23. Juli 1996 liess die AXA Winterthur die Beschwerdeführerin durch Dr. med. E. ___, Leitender Arzt der Neurochirurgischen Klinik am F. ___, begutachten. Im Gutachten vom 23. September 1998 diagnostizierte er ein multifaktorielles, vorwiegend posttraumatisches Geschehen mit zurückgebliebener hyperästhetischer Femoralgie links (Urk. 8/27/5).

Er hielt fest, die nach dem Unfall vom 23. Juli 1996 durchgeführte Computertomographie der Lendenwirbelsäule habe eine kleine laterale Diskushernie L4/L5 links, eine kleine mediane Diskushernie L5/S1 und einen kongenital engen lumbalen Spinalkanal gezeigt. Auf dem weiter veranlassten MRI seien eine kleine mediane Diskushernie L5/S1, eine kleine dorsale Diskushernie L4/L5 medio-lateral links mit wahrscheinlicher Behinderung der Nervenwurzel L5 links und ein anlagebedingt enger Spinalkanal ersichtlich gewesen.

Vom behandelnden Arzt seien eine analgetische Therapie, inklusive kontinuierliche Periduralanästhesie, und eine stationäre Physiotherapie angeordnet worden. Mangels Erfolgs dieser Massnahmen seien am 20. August 1996 operativ Diskektomien L4/L5 und L5/S1 links vorgenommen worden. Postoperativ seien zur präoperativen Femoralgie links lumboischialgische Schmerzen (Dermatomal L5 oder S1 links) dazugekommen. Daher sei am 4. September 1996 eine erneute Operation im Bereich des Segmentes L5/S1 erfolgt. Dabei sei eine luxierte Diskushernie entfernt und der Raum L5/S1 ausgeräumt worden. Zur Dekompression sei der Rezessus lateralis S1 links erweitert worden. Gemäss dem Bericht des Operateurs vom 18. Dezember 1996 habe sich die Situation danach zwar gebessert, sei aber nach wie vor unbefriedigend gewesen. Der vor der ersten Operation bestandene Femur-Schmerz links und der nach der ersten Operation aufgetretene ischialgieförmige Schmerz seien unverändert geblieben (Urk. 8/27/1-2).

Weiter führte Dr. E.____ aus, im Rahmen seiner Untersuchung habe die Beschwerdeführerin als Beschwerden eine ständige, hyperästhetische Femoralgie links und eher hintergründige Rückenschmerzen, wenn überhaupt im oberen (kranialen) Lendenwirbelsäulenbereich, angegeben. Die Femoralgie sei als Grundschmerz ständig vorhanden und könne bewegungs- und belastungsbedingt bis zur Blockade zunehmen (Urk. 8/27/4). Er schloss auf ein posttraumatisches, multisegmentales vertebrales Geschehen aufgrund mehrerer pathologischer Komponenten. Die wahrscheinlichste Ursache sei die Wurzelkontusion L4 links nach Bandscheibentraumatisierung L4/5 vor allem im lateralen Bereich links, dies auf dem Boden eines bis zum Unfall klinisch völlig stummen, leichten thorakolumbalen Morbus Scheuermann (Urk. 8/27/5-6).

Zur Arbeitsfähigkeit führte er aus, als Physiotherapeutin sei die Beschwerdeführerin seit dem 23. Juli 1996 bis auf Weiteres zu 100 % arbeitsunfähig. In einer anderen, den Unfallfolgen angepassten Tätigkeit, z.B. vorwiegend sitzend oder wechselseitig belastend, sei die Beschwerdeführerin zu 40 % arbeitsunfähig. Voraussetzung sei, dass die Wechselseitigkeit der Belastung lediglich das Sitzen und das Stehen betreffe. Sobald andere Belastungen wie Tragen, Drehen, Beugen, Strecken oder Rotieren dazukämen, vermindere sich die Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/27/7). Hinsichtlich einer Anpassung an die Unfallfolgen erklärte er, dass eine solche zwar qualitativ, aber nicht quantitativ einschätzbar sei (Urk. 8/27/8).

E. 3.3

Dr. med. G.____, Facharzt für Neurochirurgie, hielt im Bericht vom 30. Oktober 1998 fest, die Beschwerdeführerin klagte nach wie vor über die residuelle Lumboischialgie links mit einer Ausstrahlung in den Oberschenkel ventral und ins Dermatom L5 (Urk. 8/48/74, vgl. auch Urk. 8/147/11). Am 15. Dezember 1998 berichtete er von einem erfreulichen Verlauf. Die Beschwerden hätten sich deutlich gebessert. Die Beschwerdeführerin arbeite nun zu 100 % (Urk. 8/48/73). Dazu ist den Akten zu entnehmen, dass im Jahr 1997 das Arbeitsverhältnis mit dem Y.____ aufgelöst worden war. Danach hatte sich die Beschwerdeführerin im Bereich funktionelle Evaluationssysteme weitergebildet. Im Oktober 1998 (vgl. Urk. 8/45/3) hatte sie bei der H.____ eine Stelle als Underwriting Consultant angenommen (Urk. 8/31/1, 8/40).

E. 3.4

Aufgrund des Rückfalls vom 10. Januar 2010 liess die AXA Winterthur die Beschwerdeführerin durch Dr. A.____ begutachten. Im Gutachten vom 11. Oktober 2013 stellte

er die Diagnosen eines chronifizierten, therapieresistenten Lumbovertebralsyndroms mit vordergründig stark verminderter Belastbarkeit der Lendenwirbelsäule bei Status nach Traumatisierung vorbestehender, degenerativ bedingter Diskopathien L4/L5 und L5/S1 bei Bandlaxität mit Hypermobilität der ganzen Wirbelsäule und leichter Form eines Morbus Scheuermann und Status nach vier Rückenoperationen im Bereich von L4/L5 und L5/S1, einer residuellen Sensibilitätsstörung am linken Oberschenkel infolge einer traumatisch bedingten Meralgie, eines Status nach Knieverletzung 1993 so wie einer posttraumatischen Gonarthrose (Urk. 8/111/5).

Dazu erklärte er, 1993 habe sich die Beschwerdeführerin eine Knieverletzung zugezogen, die in der Folge zu sechs Operationen geführt habe. Inzwischen bestehe eine posttraumatische Gonarthrose (Urk. 8/111/3). Am 23. Juli 1996 habe die Beschwerdeführerin ein Rückentrauma erlitten. Seit 1. Oktober 2002 sei sie nun nach einer weitgehend selber finanzierten Umschulung bei der Z.____ als Case Managerin angestellt. Zunächst habe sie ein 100 %-Pensum ausgeübt, seit dem Jahr 2005 habe sie nunmehr ein 80 %-Pensum inne (Urk. 8/111/3). Bezüglich des Rückens sei im Januar 2010 ein Rückfall eingetreten, nachdem die Beschwerdeführerin ausgerutscht sei, jedoch ohne dabei zu stürzen. Die behandelnden Ärzte hätten eine Instabilität im Segment L5/S1 angenommen. Deshalb sei am 24. Februar 2011 eine Versteifungsoperation (Spondylose) im Segment L5/S1 vorgenommen worden. Diese Operation habe zu keiner Verbesserung geführt, weshalb am 9. Januar 2013 operativ das Metall entfernt worden sei. Die danach durchgeführten MRI-Untersuchungen zeigten durchwegs einen normalen postoperativen Status. Als Grund für die anhaltenden Gefühlsstörungen im Bereich der Vorder- und Innenseite des linken Oberschenkels sei von den behandelnden Neurologen eine Meralgie diagnostiziert worden. Dabei handle es sich um eine Irritation des N. cutaneus femoralis lateralis (Hautnerv, der in der Leiste das Foramen inguinale durchlaufe, wo Schädigungen auftreten können). Ärztlicherseits sei die Beschwerdeführerin für das 80 %-Pensum zu 50 % arbeitsunfähig geschrieben worden, was einer Arbeitsunfähigkeit von 60 % entspreche (Urk. 8/111/4).

Gegenüber Dr. A.____ erklärte die Beschwerdeführerin, dass sie noch immer an einem steifen Rücken sowie Blockierungen leide. In diesem Jahr habe sie schon dreimal solche Blockierungen erlitten. Nach einer konsequenten Ruhephase würden die Schmerzen sich jeweils nach zwei bis drei Tagen bessern. Die Belastbarkeit sei allgemein stark vermindert. Sie habe ständig Kreuzschmerzen, die sich nach der Arbeit noch verstärkten. Obwohl rückengerecht eingerichtet (auch mit Stehpult), sei ihre Leistungsfähigkeit vermindert, da sie wegen der Knieverletzung auch nicht allzu lange stehen könne. Sie müsse ca. alle 15 Minuten eine kurze Pause einschalten. Als Case Managerin der Z.____ sei sie neben der Bürotätigkeit auch im Aussendienst an der I.____ tätig und mache Patientenbesuche. Offiziell arbeite sie Montag bis Donnerstag von 8 bis 12.30 Uhr, wegen der vermehrten Pausen jedoch häufig länger. Sie habe mehrmals versucht, ihre Arbeitsleistung zu steigern, was jedoch nicht gelungen sei (Urk. 8/111/4).

Dr. A.____ stellte in der klinischen Untersuchung eine deutliche Überbeweglichkeit der Lendenwirbelsäule, eine leichte Druckdolenz im Segment L5/S1 und eine leichte verminderte Sensibilität am linken Oberschenkel fest (Urk. 8/111/5). In der Beurteilung führte er aus, dass bei der Beschwerdeführerin vor dem Unfall vom 23. Juli 1996 ein krankhafter Vorzustand bestanden habe. Die im Jahr 1996 durchgeführten Operationen könnten als richtungsgebende Verschlechterung angesehen werden. Heutzutage werde eine

schonende, mikro technische Operationsmethode angewendet, was aber bei der Beschwerdeführerin nicht der Fall gewesen sei. Es sei auf zwei Segmenthöhen operiert worden und bereits nach wenigen Tagen sei eine Reoperation erfolgt, was einen invasiven Eingriff darstelle. Die Anwendung eines Operationsmikroskops sei in den Berichten nicht erwähnt (Urk. 8/111/6-7).

In Hinblick auf die Arbeitsfähigkeit hielt er fest, dass er eine Einschränkung von 60 % für gerechtfertigt halte. Dabei berücksichtige er auch die posttraumatische Gonarthrose, zu deren Beurteilung er nach eigenen Angaben die Berichte des (behandelnden) Rheumatologen Dr. med. J. ___ bezog. Eine Steigerung des Arbeitspensums erachtete er nicht als angezeigt. Die Angaben der Beschwerdeführerin, wonach die entsprechenden Versuche misslungen seien, seien glaubhaft (Urk. 8/111/7).

E. 3.5

Im polydisziplinären (internistischen, neurologischen, orthopädischen, dermatologischen und psychiatrischen) Gutachten der MEDAS C. ___ vom 8. September 2014 wurde mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein lumbovertebrales Syndrom ohne radikuläre Zeichen bei Status nach Nukleotomie und Dekompression lateral L4/5 und L5/S1 vom 29. August 1996 und notfall mässiger linksseitiger Rehemilaminektomie L5/S1 vom 4. September 1996, Status nach dorsaler Dekompression L5/S1 links und transforaminaler lumbaler intersomatischer L5/S1 mit Spanentnahme aus dem rechten Beckenkamm vom 24. Februar 2011 und Status nach Metallentfernung L5/S1 am 8. August 2013 diagnostiziert. Keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden der beginnenden Gonarthrose rechts bei Status nach diversen Knieoperationen seit 1993, der diskreten Degeneration Hüfte rechts, der Heberdenarthrosen beidseits, der beginnenden OSG-Arthrosen beidseits, dem Karpaltunnel-Syndrom, dem neuropathischen Schmerz nach zweimaliger Operation des Musculus tibialis anterior beidseits, der Refluxkrankheit bei bekannter Hiatushernie (anamnestisch), dem Status nach Exanthenen, dem bekannten Asthma bronchiale allergicum/pollinosum, der bekannten Rhinoconjunctivitis allergica/pollinosa, den zahlreichen reizlosen Narben, der keloidartigen Narbe in der rechten Handfläche, der strangförmigen Narbe über dem linken Fussriss sowie den multiplen Nävi beige gemessen (Urk. 8/147/42).

Gegenüber den Gutachtern gab die Beschwerdeführerin an, von Seiten des Rückens habe sie die Schmerzen mit dem von ihr ausgeübten 40 %-Pensum ordentlich im Griff. Sie arbeite als Case Managerin bei der Z. ___ und sei für die Betreuung von paraplegischen Patienten in der I. ___ verantwortlich. Sie könne sich die Arbeit gut einrichten. Die Arbeit bestehe aus der Patientenbetreuung, Gesprächen mit Ärzten und Therapeuten und viel administrativer Arbeit verbunden mit vielen Meetings. Es handle sich um eine leichte, wechselseitige Arbeit. Sie übe diese Arbeit seit zwei Jahren aus. Bei der Z. ___ angestellt sei sie seit 2002 (Urk. 8/174/24). Im Rücken habe sie lokale Schmerzen im Bereich der Lendenwirbelsäule ohne Ausstrahlungen. Sie habe jedoch meralgische Schmerzen im rechten Oberschenkel ventral. Aufgrund der ersten Operationen seien die radikulären Symptome verschwunden. Zudem leide sie an einer starken Steifigkeit im Rücken, die aber mit Sirdalud gut therapierbar sei (Urk. 8/147/24+29). Im rechten Knie habe sich eine Gonarthrose entwickelt, die sich in Anlaufschmerzen medial äussere. Daneben habe sie Beschwerden in der rechten Hüfte, verschiedene Tendinitiden, Karpaltunnelsyndrom-Beschwerden und neuropathische Beschwerden in den Füßen (Urk. 8/147/30).

Klinisch stellten die Gutachter ein flüssiges Gangbild mit leichtem Schonhinken links, eine volle Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule mit Kletterphänomen und Schmerzen beim Aufrichten ohne Ausweichen sowie ein geringer paravertebraler Hartspann ohne radikuläre Zeichen fest. Die beiden Schultern waren ohne Befund, ebenso beide Ellbogen. Die Gutachter äusserten aufgrund der klinischen Untersuchung einen Verdacht auf Rhizarthrose links, welcher sich radiologisch nicht bestätigte. Klinisch feststellbar waren weiter ein Karpaltunnelsyndrom rechts, Heberdenarthrosen beidseits mit entsprechenden lokalen Druckdolenz. Die beiden Hüften waren bis auf eine lokale Druckdolenz unauffällig. Das rechte Knie zeigte die Narben, aber keinen Erguss und keine Schwellung. Die Funktion war normal. Medial bestand eine lokale Druckdolenz, ebenso im oberen Sprunggelenk (Urk. 8/147/33). Radiologisch zeigte sich auf dem im Rahmen der Begutachtung angefertigten MRI der Lendenwirbelsäule eine Streckfehlhaltung, ein Status nach Diskushernienoperation und Hemilaminektomie links L5/S1 mit leichtgradiger Dorsalverziehung des Duralschlauchs sowie von S1 links mit diskreten narbigen Veränderungen entlang von S1/S2, jedoch ohne Nervenwurzelkompression, sowie eine mässige Osteochondrose L4/5. Im Bereich der beiden Hände fanden sich Heberdenarthrosen dig. II-V beidseits. Auf den Beckenröntgen war eine minimale Hüftgelenkspaltverschmälerung am Pfannenrand rechts ohne weitere wesentliche degenerative Veränderungen ersichtlich. Die Röntgenbilder des rechten Knies zeigten postoperative Veränderungen sowie eine diskrete mediale Gelenkspaltverschmälerung mit Osteophyten, zusammengefasst eine minimale mediale Gonarthrose. Im Röntgen beider Füsse fand sich eine beginnende Arthrose. Im Bereich der oberen Sprunggelenke waren leichte degenerative Veränderungen sichtbar (Urk. 8/147/33).

In der Beurteilung führten die Gutachter aus, die Beschwerden seien klinisch und objektiv durch die neuen radiologischen Abklärungen teilweise nachvollziehbar. Dies entspreche auch der Beurteilung des KSW [richtig: Dr. med. K.____, L.____] vom 30. April 2013, in dem Folgendes ausgeführt werde: „Eine Ursache der von Fr. X.____ beklagten Schmerzen findet sich nicht. Zwar zeigt die Bandscheibe L4/5 eine gewisse Dehydrierung. Neurale Strukturen werden aber nicht beeinträchtigt“. Diese Einschätzung habe nach wie vor Gültigkeit. Es sei festzuhalten, dass keine radikulären Zeichen vorhanden seien und die degenerativen Veränderungen im Bereiche des rechten Knies, der rechten Hüfte und der beiden oberen Sprunggelenke nicht sehr ausgeprägt seien. Allenfalls könne man von beginnenden Arthrosen in diesen Bereichen sprechen. Zudem bestünden klinisch gut ausgebildete Heberdenarthrosen beidseits. Das Ausmass der ausgeführten Operationen sei ausserordentlich eindrucksvoll. Die offensichtlich bejahte Unfallkausalität hinsichtlich der Lendenwirbelsäule wäre nach heutigem Verständnis nicht gegeben (Urk. 8/147/33).

Zur Arbeitsfähigkeit erklärten die Gutachter, dass aufgrund der verminderten Rückenbelastbarkeit, der leicht verminderten Belastbarkeit im Bereiche des rechten Knies, der rechten Hüfte, beider oberen Sprunggelenke und im Bereiche beider Hände Einschränkungen bestünden. Nicht mehr zumutbar seien der Beschwerdeführerin das Heben und Tragen von schweren Lasten über 10 kg, rein stehende, rein gehende und rein sitzende Arbeiten, Arbeiten in gehockter und gebückter Stellung, Zwangshaltungen des Rumpfes, das Gehen auf unebenem Gelände, ständiges Treppensteigen und Arbeiten, die mit grossem Kraftaufwand beider Hände verbunden seien (Urk. 8/147/34). Da die Beschwerdeführerin seit 2002 in einer angepassten Tätigkeit als Case Managerin bei der Z.____ arbeite und nicht mehr als Physiotherapeutin, werde die nunmehr ausgeübte Tätigkeit

als die angestammte definiert. Die Arbeit als Case-Managerin weise keine Inkonsistenzen zum obgenannten Zumutbarkeitsprofil auf und sei als ideal zu bewerten. In dieser Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80 %. Die Reduktion begründe sich mit der verminderten Leistungsfähigkeit sowie dem vermehrten Pausenbedarf bei chronischen Schmerzen. Für die Tätigkeit als Leiterin einer Physiotherapieabteilung könne je nach Aufwand und Anteil der Leistungsfunktion und administrativen Aufgaben eine Arbeitsfähigkeit von 50 % attestiert werden (Urk. 8/147/34+42-43). Da die Beschwerdeführerin immer wie der operiert worden sei, seien die jeweiligen Phasen der Hospitalisation mit entsprechender jeweiliger postoperativer Phase von der Beurteilung ausgenommen. Dementsprechend könne postuliert werden, dass die beschriebene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ab April 2013 gelte (Urk. 8/147/43). Im Weiteren äusserten sich die MEDAS-Gutachter zum Gutachten von Dr. A. ___ insofern, als sie dieses als schlüssig und nachvollziehbar bezeichneten (Urk. 8/147/44). 4. 4.1

Zunächst ist zu prüfen, ob dem Gutachten der MEDAS C. ___ bereits aus formalen Gründen die Beweistauglichkeit abzusprechen ist. Die Beschwerdeführerin macht dazu geltend, die orthopädische Teilgutachterin Dr. D. ___ sei vorbefasst gewesen (Urk. 1 S. 14). Befangenheit ist anzunehmen, wenn Umstände vorliegen, die geeignet sind, Misstrauen in die Unparteilichkeit zu erwecken. Bei der Befangenheit handelt es sich allerdings um einen inneren Zustand, der nur schwer bewiesen werden kann. Es braucht daher für die Ablehnung nicht nachgewiesen zu werden, dass die sachverständige Person tatsächlich befangen ist. Es genügt vielmehr, wenn Umstände vorliegen, die den Anschein der Befangenheit und die Gefahr der Voreingenommenheit zu begründen vermögen. Bei der Beurteilung des Anscheins der Befangenheit und der Gewichtung solcher Umstände kann jedoch nicht auf das subjektive Empfinden einer Partei abgestellt werden. Das Misstrauen muss vielmehr in objektiver Weise als begründet erscheinen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztgutachten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters ein strenger Massstab anzusetzen (BGE 132 V 93 E. 7.1). 4.2

Primär begründet die Beschwerdeführerin ihren Standpunkt damit, dass sich Dr. D. ___ zur Unfallkausalität der Rückenbeschwerden geäussert respektive diese verneint habe. Sie habe damit unzulässigerweise eine juristische Wertung vorgenommen (Urk. 1 S. 14). Dem kann nicht gefolgt werden. Die Beschwerdeführerin erkennt, dass die Frage nach der natürlichen Unfallkausalität eine medizinische Frage ist. Die von ihr zitierte Rechtsprechung, die sich auf unzulässige juristische Ausführungen in Gutachten bezieht (Urk. 1 S. 14), erweist sich daher als nicht einschlägig. Die Invalidenversicherung hat als finale Versicherung auch für nicht unfallkausale Gesundheitsschäden aufzukommen. Die Frage nach der Unfallkausalität spielt im vorliegenden Zusammenhang also keine Rolle. Bei den Vorakten handelte es sich indessen zur Hauptsache um Unfallakten, in denen zur Unfallkausalität (kontrovers) Stellung genommen wurde. Soweit sich Dr. D. ___ zur Unfallkausalität äusserte (Urk. 8/147/33), sind ihre Ausführungen in diesem Zusammenhang zu sehen. 4.3

Es ist Sache des (begutachtenden) Mediziners, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig dessen Entwicklung im Zeitverlauf zu beschreiben, d.h. mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Hiermit erfüllt der Sachverständige seine genuine Aufgabe, wofür Verwaltung und im Streitfall das

Gericht nicht kompetent sind. Zu dem nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, d.h. sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substantiell wie möglich begründet (BGE 140 V 193 E. 3.2). Es gehört somit zur ureigenen Aufgabe der Gutachter person, eine Zumutbarkeitsbeurteilung abzugeben. Dabei besteht naturgemäss ein gewisser ärztlicher Ermessensspielraum (vgl. Bundesgerichtsurteil 9C_359/2010 vom 9. Juli 2010 E. 4.2). Entgegen der Ansicht der Beschwerde führerin lässt sich mit dem Argument, Dr. D.____ habe dabei ein zu strenger Massstab angelegt, keine Befangenheit begründen (Urk. 1 S. 14). Entsprechendes gilt für den Umstand, dass Dr. D.____ allenfalls ausserhalb der MEDAS C.____ einer weiteren Gutachtertätigkeit nachgeht. Deren Relevanz im vorliegenden Zusam menhang ist nicht ersichtlich und wird auch nicht dargetan (vgl. Urk. 1 S. 14). Beim Hinweis im Gutachten, die Beschwerdeführerin erwarte von der IV eine Rente (Urk. 8/147/26), wird bloss die entsprechende Aussage der Beschwerde führerin wiedergegeben. Dieses Zitat begründet keine Befangenheit der Gutach terin. Da auch sonst keine Anhaltspunkte hiefür vorliegen, besteht kein Grund, dem Gutachten der MEDAS C.____ aus formellen Gründ en die Beweiskraft abzu sprechen. 4.4 4.4.1

Weiter kann der Beschwerdeführerin nicht gefolgt werden, soweit sie unter Einrei chung diverser Arztbeichte (Urk. 14/1-5) geltend macht, das MEDAS-Gut achten basiere auf einer veralteten Aktenlage (Urk. 13 S. 3). 4.4.2

Im Bericht des M.____ betreffend das MRI der Lendenwirbelsäule vom 12. August 2016 wird eine unveränderte Fazettengelenksarthrose festge halten (Urk. 14/2). Dazu bemerkt die Beschwerdeführerin zutreffend, dass im MEDAS-Gutachten in der Diagnosenliste eine solche nicht erwähnt wurde (Urk. 13 S. 5). Dies schadet jedoch nicht. Dort aufgenommen wurde im Sinne eines Oberbegriffs ein lumbovertebrales Syndrom. Das Bestehen von Arthrosen, auch im Bereich der Facettengelenke, insbesondere auf der Höhe L4/5 und L5/S1, war den Gutachtern bekannt und wurde von ihnen berücksichtigt (Urk. 8/147/31). Gleiches gilt auch für die im erwähnten MRI-Bericht weiter festgehaltene Tangierung der L5-Wurzel rezessal sowie die aktivierte Osteo chondrose (Urk. 14/2). Auch diese zwei Befunde werden im Gutachten erwähnt (Urk. 8/147/31). 4.4.3

Im weiter von der Beschwerdeführerin eingereichten Bericht der L.____ vom 28. September 2016 wird eine bekannte Rhizarthrose sowie ein Kar paltunnelsyndrom links erwähnt (Urk. 14/4). Richtig weist die Beschwerdefüh rerin darauf hin, dass im MEDAS-Gutachten unter dem Titel „Fingerarthrosen“ der Befund eines Röntgenbilds vom 30. Juni 2004 wiedergegeben wird, in dem ein entzündlich-rheumatisches Geschehen (noch) ausgeschlossen worden war (Urk. 8/147/32). Dass im Gutachten im Zusammenhang mit den Händen eben dieses Röntgenbild zitiert wird, ist tatsächlich schwer verständlich. Denn die Fingerpolyarthrose wie auch das Karpaltunnelsyndrom waren den Gutachtern aufgrund der Vorakten, etwa dem Bericht des Rheumatologen Dr. med. J.____ vom 12. Juli 2012 (Urk. 8/111/41, 8/147/21), wie auch aufgrund der eigenen bildgebenden Abklärungen (Urk. 8/147/28) bekannt. Aufgrund der klinischen Untersuchung äusserten sie sodann den Verdacht auf eine Rhizarthrose. Die Beschwerden im Bereich der beiden Hände wurden denn auch im Rahmen der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt. Sie fanden Eingang in die Um schreibung der noch zumutbaren Arbeitsverrichtungen, indem festgehalten wurde, dass Arbeiten, die mit grossem Kraftaufwand der Hände verbunden seien, nicht mehr zumutbar seien (Urk. 8/147/33-34). 4.4.4

Ebenfalls gehen aus dem eingereichten Bericht zum Arthro-MRI des Hüftgelenks vom 2 1. September 2015 (Urk. 14/5) keine relevant en neuen Erkenntnisse her vor . Die Probleme

an der Hüfte nach einer Labrumteilresektion am 22. September 2009 wurden im MEDAS-Gutachten thematisiert und im Rahmen der Formulierung des verbliebenen Zumutbarkeitsprofils berücksichtigt. Insbesondere war den Gutachtern die im besagten Arthro-MRI gestellte Diagnose einer Coxarthrose bekannt (Urk. 8/147/22+32+34+36).
4.4.5

Anlässlich der MEDAS-Begutachtung gab die Beschwerdeführerin multiple Beschwerden an. Im Vordergrund stand eindeutig die Rückenproblematik. Von Schmerzen in der rechten Schulter berichtete sie indessen nicht (Urk. 8/147/24+30). Selbst in der Beschwerde vom 4. April 2016 werden solche mit keinem Wort erwähnt (Urk. 1, 4). Erst nach Einreichung der Beschwerde wurde die rechte Schulter bildgebend untersucht. Dabei ergab sich, dass die Subscapularissehne ansatznah artikularseits kranial ausgefranst und deutlich signalalteriert ist, dies jedoch bei regelrechter Muskelqualität (Urk. 14/1+3). Da diese Beschwerden erst nach Einreichung der Beschwerde vorgebracht und erst danach entsprechende Abklärungen durchgeführt wurden, ist davon auszugehen, dass sie sich im Zeitpunkt der Erlassung der Verfügung noch nicht in relevanter Weise ausgewirkt hatten. 4.4.6

Massgeblich für die richterliche Überprüfungsbefugnis ist der Zeitpunkt des Verfügungserlasses (BGE 132 V 215 E. 3.1.1, 129 V 167 E. 1), vorliegend also der 17. Februar 2016. Als Grundlage für die Rentenbeurteilung stehen das Gutachten von Dr. A. ___ vom 11. Oktober 2013 respektive das Gutachten der MEDAS C. ___ vom 8. September 2014 in Frage (siehe dazu nachfolgende Erwägungen), wobei sich der Gesundheitszustand anlässlich der beiden Begutachtungen - wie sich aus dem MEDAS-Gutachten ergibt und was insoweit unbestritten ist - in etwa gleich präsentierte. Die im Zeitpunkt der Verfügung vom 17. Februar 2016 vorhanden gewesenen ärztlichen Entscheidungsgrundlagen erweisen sich nach dem Gesagten als aktuell, da eine massgebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes nach erfolgter Begutachtung an der MEDAS C. ___, wie ausgeführt, auszuschliessen ist. 4.5

Die Beschwerdeführerin moniert sodann das Gutachten der MEDAS C. ___ als ungenügend, weil trotz eines entsprechenden Antrags ihrerseits keine rheumatologische Begutachtung stattgefunden habe (Urk. 1 S. 17). Dazu ist festzuhalten, dass die Wahl der Fachdisziplinen, welche im Einzelfall zu begutachten sind, im pflichtgemässen Ermessen der Begutachtungsstelle liegt (vgl. etwa Bundesgerichtsurteil 8C_820/2016 vom 27. September 2017 E. 5.5 mit diversen Hinweisen). Im konkreten Fall empfahl die IV-Stelle die Fachgebiete orthopädische Chirurgie, Neurologie, Innere Medizin und Dermatologie (Urk. 8/165/11). Dem folgte die MEDAS C. ___, erachtete aber zusätzlich auch eine psychiatrische Abklärung als nötig, die dann auch stattfand (Urk. 8/165/11). Das gewählte Vorgehen steht somit im Einklang der Rechtsprechung und ist nicht zu beanstanden.

In ihrer Begründung führt die Beschwerdeführerin primär die diversen Arthrosen für die Notwendigkeit einer rheumatologischen Begutachtung an (Urk. 1 S. 17 f.). Dazu ist festzuhalten, dass sich mit Diagnose und Behandlung von Arthrosen sowohl der Fachbereich der Orthopädie (vgl. z.B. Alfred M. Debrunner, Orthopädie, orthopädische Chirurgie: patientenorientierte Diagnostik und Therapie des Bewegungsapparates, 4. Aufl. 2002, S. 579 ff.) als auch derjenige der Rheumatologie (vgl. z.B. Wolfgang Bolton, Rheumatische Krankheiten, in: Fritze/Mehrhoff [Hrsg.], Die ärztliche Begutachtung, 7. Aufl. 2008, S. 448) befassen (vgl. Bundesgerichtsurteil 9C_793/2016 vom 3. März 2017 E. 4.1.1).

Gleiches gilt im Übrigen für das Gutachten von Dr. A.____, auf welches sich die Beschwerdeführerin beruft. Gemäss eigenen Angaben war ihm aufgrund der eigenen Untersuchung und der bestehenden Vorakten, insbesondere der zahlreichen Berichte des behandelnden Rheumatologen Dr. J.____ (vgl. etwa Urk. 8/58, 8/62, 8/68, 8/71/8, 111/41, 111/43), eine umfassende Beurteilung möglich (Urk. 8/111/7). Eine zusätzliche Begutachtung durch einen Rheumatologen erachtete auch er nicht als notwendig. 5. 5.1

Die AXA Winterthur als Unfallversicherer stellte auf das von ihr eingeholte Gutachten von Dr. A.____ ab (Urk. 8/157). Zwischen Unfallversicherung und Invalidenversicherung besteht keine strikte Bindungswirkung (BGE 133 V 549 E. 6). Der Beschwerdeführerin kann daher nicht gefolgt werden, soweit sie geltend macht, die IV-Stelle sei verpflichtet, auf das von der AXA Winterthur eingeholte Gutachten abzustellen (Urk. 1 S. 11). Die IV-Stelle verzichtete von vornherein ausdrücklich darauf, sich am unfallversicherungsrechtlichen Gutachten zu beteiligen (Urk. 8/165/9). Ihr Gutachten gab sie zwar erst nach Erhalt des Gutachtens von Dr. A.____ in Auftrag (vgl. Urk. 8/111/1, 8/123), was aber nichts daran ändert, dass es ihr frei stand, ein eigenes einzuholen. Eine Bindungswirkung ist zu verneinen. Vielmehr sind die einzelnen Gutachten frei zu würdigen. 5.2

Im Vordergrund steht - wie sich aus den medizinischen Akten ergibt - die Rückenproblematik. Nach dem Unfall vom 23. Juli 1996 war die Beschwerdeführerin als Physiotherapeutin arbeitsunfähig (Urk. 8/12/7). Dr. E.____ attestiert ihr im Gutachten vom 23. September 1998 eine Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit von 40 % (Urk. 8/27/7). Entgegen der ärztlichen Prognose vermochte die damals 40jährige Beschwerdeführerin alsbald ihre Arbeitsfähigkeit auf 100 % zu steigern (Urk. 8/48/74), zunächst in der Tätigkeit als Underwriting Consultant bei der H.____ und ab 2002 als Case Managerin bei der Z.____ (Urk. 8/31/1). Im Jahr 2005 reduzierte sie ihr Pensum auf 80 % in Hinblick auf Ausbildungen als Sozialversicherungsfachfrau und CAS Case Managerin, die sie im 2009 abschloss (Urk. 8/40/2, 8/116/1). Aus den Akten geht das Bemühen der Beschwerdeführerin um eine Wiedereingliederung klar hervor. So schulte sie sich - offenbar primär auf eigene Kosten - um und unterzog sich wegen ihrer Beschwerden stetigen physiotherapeutischen Behandlungen (vgl. etwa Urk. 8/48/71). 5.3

Nach dem Rückfall vom 10. Januar 2010 bescheinigte Dr. A.____ im Gutachten vom 11. Oktober 2013 ebenfalls eine Arbeitsfähigkeit von 40 % in einer leidensangepassten Tätigkeit. Dabei berücksichtigte er auch die zusätzlichen Einschränkungen aufgrund der Gonarthrose (Urk. 8/111/6-7). Die strukturellen Befunde am Rücken beurteilte er als erheblich. Plausibel führte er aus, dass insbesondere der im Jahr 1996 durchgeführte chirurgische Eingriff erhebliche (negative) Auswirkungen hatte, da auf zwei Segmenthöhen operiert wurde und bereits nach wenigen Tagen eine Reoperation erfolgte (Urk. 8/111/6). Eine Steigerung des Arbeitspensums als Case Managerin hielt er für nicht angezeigt. Die Angaben der Patientin, wonach ihre diesbezüglichen Versuche misslungen seien, erachtete er als glaubhaft (Urk. 8/111/7). Dazu ergibt sich aus den Akten, dass die Beschwerdeführerin auch nach dem Rückfall ihr ausgeübtes Arbeitspensum von 40 % (bei einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % bezogen auf ein 80 %-Pensum) mehrmals zu steigern versuchte, sie dies aber wegen verstärkter Schmerzen nicht schaffte. Wegen der Schmerzen unterzog sie sich - nebst konservativen Therapien - am 24. Februar 2011 einer dorsalen Dekompression L5/S1 und liess sich am 8. Januar 2013 das Metall des Fixateurs L5/1 entfernen (vgl. Urk. 8/111/15). Per 1. März 2012 wechselte sie innerhalb der Z.____ als Case

Managerin ihre Position (mit einer Zuständigkeit für die I.____ als neuen Aufgabenbereich). Eine Erhöhung der Arbeitsfähigkeit stellte sich aber auch so nicht ein (Urk. 8/71/3, 8/74/55, 8/75/20, 8/76/5, 8/76/31, 8/78/3-4, 8/97/1). 5.4

Sowohl Dr. E.____ als auch Dr. A.____ verfügen über Erfahrung als leitende Ärzte in der Neurochirurgie. Beide kamen als unabhängige Gutachter zum Schluss, dass der Gesundheitsschaden bei der Beschwerdeführerin derart sei, dass eine höhere Arbeitsfähigkeit als 40 % nicht realisierbar sei. Im Jahr 1998 gelang ihr die Realisierung eines vollen Pensums dennoch, nach dem Rückfall im Januar 2012 allerdings nicht mehr. Eine Erklärung dafür findet sich in den medizinischen Akten nicht. Jedoch ist zu beachten, dass im Zeitpunkt des Rückfalls die Beschwerdeführerin mit 52 Jahren nun 12 Jahre älter war. Inzwischen hatte sie 16 Operationen hinter sich (Urk. 8/40/2); in den letzten Jahren vor allem im Bereich der Füsse und Hüfte (Urk. 8/147/12-17). Es hatte sich ein ausgeprägter degenerativer Verlauf eingestellt, welcher sich unter anderem in diversen Arthrosen äusserte. Der Gutachter Dr. A.____ wusste um den Umstand, dass die Beschwerdeführerin ab 1998 trotz gegenteiliger gutachterlicher Einschätzung eine volle Arbeitsfähigkeit realisieren können. Gleichwohl schätzte er aufgrund des gesundheitlichen Verlaufs nach dem Rückfall und der sich präsentierenden Befunde die Arbeitsfähigkeit auf 40 %. 5.5

Wie ausgeführt legte Dr. A.____ die medizinischen Zustände und Zusammenhänge, insbesondere die Folgen des chirurgischen Eingriffs im Jahr 1996, einleuchtend dar. Daher vermag auch seine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit zu überzeugen. Demgegenüber fällt die (massgebende) Beurteilung im (63 Seiten umfassenden) Gutachten der MEDAS C.____ äusserst knapp aus und ist letztlich ungenügend begründet. Nach Zusammenfassung der Diagnosen wird bloss festgehalten, die Beschwerden seien klinisch und objektiv durch die neuen radiologischen Abklärungen teilweise nachvollziehbar. Sodann wird auf die Beurteilung von Dr. K.____, L.____, vom 30. April 2013 verwiesen, wo nach sich keine Ursache für die geklagten Schmerzen finde. Zudem wird festgehalten, dass keine radikulären Zeichen beständen und die degenerativen Veränderungen im Bereich des rechten Knies, der rechten Hüfte und der beiden oberen Sprunggelenke nicht sehr ausgeprägt seien (Urk. 8/147/33). Dazu ist festzuhalten, dass das Fehlen von radikulären Zeichen unbestritten ist. Davon ging auch Dr. A.____ aus. Tatsache ist aber, dass bei der Beschwerdeführerin ein chronisches Schmerzsyndrom mit Instabilität besteht. Damit setzen sich die Gutachter der MEDAS C.____ nur ungenügend auseinander. Insbesondere äussern sie sich - im Gegensatz zu Dr. A.____ - nicht zu den Auswirkungen der bestehenden strukturellen Befunde. Der Verweis auf den Bericht von Dr. K.____ vom 30. April 2013 ist in diesem Zusammenhang wenig aussagekräftig. Dr. K.____, Chefarzt Wirbelsäulenchirurgie an der L.____, nahm die Rückenoperationen vom 24. Februar 2011 und 8. Januar 2013 vor. Der Bericht vom 30. April 2013 bezieht sich auf ein MRI vom 26. April 2013, das angefertigt wurde, nachdem trotz der beiden Operationen keine Verbesserung der Beschwerden eingetreten war (Urk. 8/90, 8/96, 8/111/15-16). Der Bericht erging also vor dem Hintergrund eines aus Sicht der Beschwerdeführerin unbefriedigenden Operationsresultats. Auch dem Gutachter Dr. A.____ war dieser Bericht bekannt (vgl. Urk. 8/111/3). Seiner Auffassung nach liessen sich die Beschwerden aber erklären, was er auch begründete. 5.6

Nach dem Gesagten ist gestützt auf das Gutachten von Dr. A.____ von einer Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit von 40 % auszugehen. 6.

Im Rahmen des Einkommensvergleichs stellte die IV-Stelle für die Bestimmung des Valideneinkommens auf die Tätigkeit als Case Managerin ab (Urk. 2, 8/164/1). Diese Festlegung blieb unbestritten; ihr ist beizupflichten. Die Beschwerdeführerin hatte sich bereits vor dem Unfall vom 23. Juli 1996 um ihr berufliches Fortkommen bemüht. Nach dem Unfall bildete sie sich zur Case Managerin weiter. Es ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass sie auch im Gesundheitsfall einen entsprechenden beruflichen Werdegang zu rückgelegt hätte. Da das Validen- und Invalideneinkommen auf gleicher Basis, nämlich auf dem Lohn als Case Managerin, zu bestimmen ist, rechtfertigt es sich, den Grad der Arbeitsunfähigkeit von 60 % dem Invaliditätsgrad gleichzu setzen. Es resultiert mithin ein (unbefristeter) Anspruch auf eine Dreiviertelsrente. 7. 7.1

In Bezug auf die Rentenberechnung stellt sich IV-Stelle auf den Standpunkt, der Versicherungsfall sei im August 1997 eingetreten. Es seien deshalb nur Beiträge und Erwerbseinkommen bis zum 31. Dezember 1996 zu berücksichtigen (Urk. 2/1, 7, 9). Die Beschwerdeführerin macht demgegenüber geltend, in der ersten Anmeldung bei der Invalidenversicherung vom 23. Juli 1996 habe sie bloss um berufliche Massnahme ersucht. Anspruch auf eine Invalidenrente habe sie erst mit der Anmeldung vom 4. März 2010 erhoben. Die erste Anmeldung dürfe nun nicht dazu führen, dass die dazwischen liegenden Jahre bei der Rentenberechnung unberücksichtigt blieben (Urk. 1 S. 11, Urk. 13 S. 3). 7.2

Nach Art. 36 Abs. 2 Satz 1 IVG sind für die Berechnung der ordentlichen Renten die Bestimmungen des AHVG sinngemäss anwendbar. Laut Art. 29 bis

Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung

(AHVG) werden für die Rentenberechnung Beitragsjahre, Erwerbseinkommen sowie Erziehungs- oder Betreuungsgutschriften der rentenberechtigten Person zwischen dem 1. Januar nach Vollendung des 20. Altersjahres und dem 31. Dezember vor Eintritt des Versicherungsfalles (Rentenalter oder Tod) berücksichtigt.

Der Eintritt des Versicherungsfalles ist für jede Leistungsart einzeln festzulegen (leistungsspezifischer Invaliditätseintritt). Der Versicherungsfall Rente tritt mit der Entstehung des Rentenanspruchs nach Ablauf der Wartezeit ein (Art. 29 Abs. 1 lit. b und Abs. 2 IVG, in der bis 31. Dezember 2002 gültig gewesenen Fassung). Die Beschwerdeführerin war ab dem 23. Juli 1996 als Chefphysiotherapeutin arbeitsunfähig. Nach Ablauf des Wartejahres im Juli 1997 lag indessen kein (leistungsbegründender) Invaliditätsgrad von mindestens 40 % vor. Ihr Einkommen als Chefphysiotherapeutin hätte zu jenem Zeitpunkt Fr. 92'500.-- betragen (Urk. 8/18/1). Als Underwriting Consultant verdiente sie ebenfalls in diesem Umfang (später als Case Managerin war ihr Lohn gar höher; Urk. 8/162). Die Anstellung bei der H.____ hatte sie zwar erst ab Oktober 1998 inne (vgl. E. 3.3 hievor). Doch bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass ihr die Realisierung der entsprechenden Arbeits- und mithin Erwerbsfähigkeit nicht bereits im 1997 möglich gewesen wäre, weshalb ihr dieses Einkommen anzurechnen ist. Dies schloss den Anspruch auf eine Invalidenrente zum damaligen Zeitpunkt aus. Abgesehen davon wurden ihr im Dezember 1997 noch Taggelder für gewährte berufliche Massnahmen (diverse Kurse) ausbezahlt (Urk. 8/21-23). Für die Dauer der gewährten Eingliederungsmassnahmen konnte der rentenspezifische Invaliditätsfall nicht eintreten (vgl. Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Aufl., N 7 zu Art. 28 IVG).

Der Versicherungsfall Rente trat nach dem Gesagten erst ein Jahr nach dem Rückfall vom 6. Januar 2010 ein. Auf dieser Basis wird die IV-Stelle die (rechtliche) Höhe der

Invalidenrente neu bestimmen.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 8

ATSG) sind.

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).

Der Rentenanspruch entsteht, sofern die entsprechenden Anspruchs - voraussetzungen (Art. 28 Abs. 1 IVG) gegeben sind, frühestens sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruches (Art. 29 Abs. 1 IVG).

E. 8.1

Nach § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hat die obsiegende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer). Ausgangsgemäss ist die IV-Stelle daher zu verpflichten, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2'700.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

E. 8.2

Die Gerichtskosten (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) sind auf Fr. 800.-- festzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 17. Februar 2016 (Urk. 2/2) aufgehoben und es wird festgestellt, dass die Beschwerdeführerin auch nach dem 30. Juni 2013 Anspruch auf eine im Sinne der Erwägungen neu zu berechnende Dreiviertelsrente 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. 2'700.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt David Husmann - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen 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, 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
Der Vorsitzende
Der Gerichtsschreiber
Gräub
Sonderegger

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