

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01258 vom 1. Juni 2017**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-06-01, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2016.01258](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.01258)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01258 du 1 juin 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01258 del 1 giugno 2017

## **Erwägungen**

### **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). 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**

Nach lit. a Abs. 1 der am 1. Januar

2012 in Kraft getretenen Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 des IVG (6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket; kurz: lit. a Abs. 1 SchlB IVG 6. IV-Revision) werden Renten, die bei pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage gesprochen wurden, innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten dieser Änderung überprüft. Sind die Voraussetzungen nach Artikel 7 ATSG nicht erfüllt, so wird die Rente herab gesetzt oder aufgehoben, auch wenn die Voraussetzungen von Artikel 17 Absatz 1 ATSG nicht erfüllt sind. Diese Bestimmung ist verfassungs- und EMRK-konform (BGE 139 V 547 E. 3).

Die in lit. a Abs. 1 SchlB 6. IV-Revision vorgesehene Rentenherabsetzung beziehungsweise -aufhebung ist nicht auf vor dem 1. Januar 2008 zuge sprochene Renten beschränkt. Erging die fragliche Rentenzusprache aber bereits in Beachtung der jeweils relevanten Rechtsprechung zu pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage, bleibt kein Raum für ein Rückkommen unter dem Titel der Schlussbestimmung (BGE 140 V 8 E. 2).

Laufende Renten sind vom Anwendungsbereich von lit. a Abs. 1 SchlB zur 6. IV-Revision nur ausgenommen, wenn und soweit sie auf erklärbaren Beschwerden, das heisst auf einer nachweisbaren objektivierbaren Grundlage beruhen. Lassen sich unklare von erklärbaren Beschwerden trennen, können die Schlussbestimmungen der 6. IV-Revision auf erstere Anwendung finden (BGE 140 V 197 E. 6.2, in Präzisierung u.a. von BGE 139 V 547 E. 10.1.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_738/2013 vom 8. April 2014 E. 3.1.2.1 mit Hinweis).

Da der Bestand laufender Renten wesentlich von medizinischen Aspekten abhängt, sind an die entsprechenden Abklärungen besonders hohe Anforderungen zu stellen. Namentlich muss verlangt werden, dass die Untersuchungen im Zeitpunkt der Revision aktuell sind und sich mit der massgeblichen Fragestellung auseinandersetzen. Soweit die versicherte Person sich – auch mit Bezug auf die Chancen, welche die Wiedereingliederungsmassnahmen bieten – der Beurteilung durch die Verwaltung und deren regionalen ärztlichen Dienst nicht anschliessen kann, dürfte sich in der Regel eine neue, polydisziplinäre Begutachtung als unumgänglich erweisen (vgl. BGE 139 V 547 E. 10.2).

### **E. 1.3**

Gemäss der mit BGE 130 V 352 begründeten und seither stetig weiterentwickelten Rechtsprechung vermochten eine fachärztlich (psychiatrisch) diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung und vergleichbare psychosomatische Leiden (BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) in der Regel keine langdauernde, zu einer Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) führende Arbeitsunfähigkeit zu bewirken. Viel mehr bestand die Vermutung, dass solche Beschwerdebilder oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar seien und nur bei bestimmten Umständen, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machten, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt (zur Entstehungsgeschichte dieser Praxis: BGE 135 V 201 E.

7.1.2; Urteil des Bundesgerichtes 9C\_739/2014 vom 30. November

2015 E. 2.1). Ob ein solcher Ausnahmefall vorlag, entschied sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien (so genannte „Foerster-Kriterien“, vgl. BGE 130 V 352, BGE 131 V 39 E. 1.2, BGE 139 V 547 E. 3.2.3).

Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht die Überwindbarkeitsvermutung aufgegeben und das bisherige Regel-/Ausnahme-Modell durch einen strukturierten normativen Prüfungsraster ersetzt. In dessen Rahmen wird im Regelfall anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen ergebnisoffen und symmetrisch beurteilt, indem gleichermassen den äusseren Belastungsfaktoren wie den vorhandenen Ressourcen Rechnung getragen wird (BGE 141 V 574 E. 4.2 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichtes 9C\_534/2015 vom 1. März

2016 E. 2.2 mit Hinweisen). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; BGE 141 V 547 E. 2; Urteil des Bundesgerichtes 8C\_28/2016 vom 15. April 2016 E. 3.2).

### **E. 2**

Der Ehemann der Versicherten reichte am 13. September 2016 bei der IV-Stelle eine Eingabe (Urk. 1/1) gegen die Verfügung vom 12. Juli 2016 (Urk. 2) ein, mit der er sinngemäss die Weiterausrichtung der bisherigen Rente beantragte (vgl. Urk. 10). Am

30. September 2016 beantragte die Versicherte die Weiterleitung der Eingabe vom 13. September 2016 als Beschwerde an das hiesige Gericht (Urk. 1/2). Die Beschwerde wurde dem Gericht am 10. November 2016 überwiesen (Urk. 4).

Am 16. November 2016 (Urk. 6) reichte die Versicherte weitere Arztberichte (Urk. 7/1-2) ein. Am 4. Dezember 2016 reichte sie dem Gericht eine verbesserte Eingabe (Urk. 10) und weitere Belege (Urk. 11/1-33) ein.

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 30. Januar

2017 (Urk. 13) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde der Beschwerdeführerin am 1. März 2017 zur Kenntnis gebracht (Urk. 15). Am 9. April 2017 (Urk. 16) reichte die Beschwerdeführerin weitere Unterlagen (Urk. 17/1-12) ein. Das Gericht zieht in Erwägung:

- 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin überprüfte die Rente der Beschwerdeführerin gestützt auf lit. a Abs. 1 der Schlussbestimmungen der Änderung des IVG vom 18. März 2011. Dabei kam sie zum Ergebnis, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin aus medizinischer Sicht verbessert habe und ihr neu eine Arbeitsfähigkeit von 100 % zugemutet werden könne (Urk. 2 S. 2 unten).

### **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin brachte vor, ihre Beschwerden hätten seit dem Unfall nur minimal nachgelassen. Ihre Schmerzen bestünden weiterhin (Urk. 1/1 S. 1 unten). Sie sei nicht in der Lage, den ganzen Tag zu sitzen oder zu stehen (Urk. 1/1 S. 2).

### **E. 2.3**

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die Rente zu Recht aufgehoben hat.

### **E. 3**

Status nach ventrikuloperitonealem Shunt-Einbau nach akut aufgetretener Hirndrucksteigerung aufgrund einer komplexen kongenitalen Missbildung des Aquäduktus Sylvii

Der Gutachter führte in seiner Beurteilung aus, im Mittelpunkt und Vordergrund stehe ein gegenseitig sich verstärkendes beziehungsweise sich negativ beeinflussendes Nebeneinander einerseits eines eindrücklich schweren und zusätzlich irritierbaren Irritations- und Überlastungssyndroms des cervikothorakalen Überganges einschliesslich der oberen Hälfte der Brustwirbelsäule (BWS) und der gesamten HWS und andererseits eines vertebralen Dysfunktionszustandes des cervikothorakalen Überganges (S. 8 oben). Soweit erkennbar habe die Beschwerdeführerin während des Heckauffahrunfalles keine milde traumatische Hirnläsion erlitten. Die Vergesslichkeit und die eingeschränkte Fähigkeit zum Lesen seien überwiegend wahrscheinlich fast nur schmerzbedingt. Zur Chronifizierung und zur bisherigen Therapieresistenz habe mit Sicherheit die vorbestehende ausgeprägte kurze Kyphose cervicothorakal beigetragen. Dabei handle es sich um eine Form des Überganges von der Brust- in die Halswirbelsäule, die in der Gesamtbevölkerung relativ häufig vorkomme (S. 8 unten).

Weder eine 1996 aufgetretene Hirndrucksymptomatik noch der Heckauffahrunfall vom Oktober 2001 hätten erfassbare spezifische neuropsychologische Störungen hinterlassen.

Die Vergesslichkeit sowie die Konzentrationsstörungen der Beschwerdeführerin seien minimal und mit Überwiegen der Wahrscheinlichkeit Folge der Schmerzzustände (S. 9 Mitte). Die Beschwerdeführerin arbeite seit dem 1. Januar 2003 im Umfang von drei Stunden pro Tag in einer körperlich leichten Tätigkeit. Die Tätigkeit schöpfe die Belastbarkeit aus. Das Arbeitspensum habe bisher trotz therapeutischer Bemühungen nicht erhöht werden können (S. 10 Ziff. 7).

### **E. 3.1**

Die Beschwerdeführerin erlitt bei einem Auffahrunfall vom 26. Oktober 2001 ein HWS-Distorsionstrauma (Urk. 14/7/37 Ziff. 2 und 4-6, Urk. 14/7/8).

### **E. 3.2**

Suva-Kreisarzt Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, führte in einem nicht datierten Bericht (Urk. 14/20/52-55) nach der Untersuchung der Beschwerdeführerin vom 25. Mai 2004 aus, es finde sich eine etwas eingeschränkte Funktion der Halswirbelsäule (HWS) und eine leichte Verspannung der Nuchalmuskulatur rechtsbetont. Zudem bestehe eine ängstliche Grundhaltung der Patientin.

Auf rein medizinischer Ebene liessen sich die geklagten Beschwerden und auch die stark reduzierte Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin nicht befriedigend erklären. Die erhobenen Befunde seien mit einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer leichten oder gar mittelschweren Tätigkeit vereinbar (S. 3 unten).

### **E. 3.3**

Prof. Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, erstattete am 21. April 2005 ein Gutachten (Urk. 3/11 = Urk. 14/20/26-36).

Prof. C.\_\_\_\_ stellte folgende Diagnosen (S. 5 f.): 1. schwerstes kombiniert ligamentär-muskuläres Irritations- und Überlastungssyndrom des cervikothorakalen Überganges, der gesamten HWS, zusätzlich des occipitocervikalen Überganges und der oberen Hälfte der Brustwirbelsäule, teils subjektiv rechts schmerzhafter 2. befundmässig ausgeprägte, klinisch praktisch nur im Schultergürtel-Nacken-Bereich manifest gewordene generalisierte Myotendinose

### **E. 3.4**

Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, und Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Neurochirurgie, führten in einer Aktenbeurteilung vom 3. Oktober 2005 (Urk. 14/20/7-14) aus, die Beschwerdeführerin habe im Oktober 2001 bei guter Gesundheit eine heftige Auffahrkollision erlitten, die eine HWS-Distorsion mässiger Schwere verursacht habe. Nach der Klassifikation der Quebec Task Force handle es sich um eine Verletzung nach Grad 2 (S. 6 unten). Der Beschwerdeführerin sei eine leichte, wechselbelastende Arbeit während drei Stunden pro Tag zumutbar. In Frage komme eine Tätigkeit, die an das Erlernen von Neuem keine hohen zeitlichen und inhaltlichen Ansprüche stelle. Von einer Erhöhung der gegenwärtigen Arbeitsleistung von 35 % könne ausgegangen werden. Falls die Beschwerdeführerin neben einer adaptierten Arbeit keine wesentlichen häuslichen Arbeiten leisten müsse, könne sie eine Arbeitsfähigkeit von wahrscheinlich fünf Stunden pro Tag erzielen (S. 8).

### **E. 3.5**

Mit Verfügung vom 30. Dezember 2005 sprach die Suva der Beschwerdeführerin bei einem Invaliditätsgrad von 45 % eine Rente sowie eine Integritätsentschädigung zu (Urk. 14/22). Die Beschwerdegegnerin schloss sich der Invaliditätsbemessung der Suva an und sprach der Beschwerdeführerin mit Verfügungen vom 18. Mai 2006 (Urk. 14/30) ab dem 1. Oktober 2002 zunächst eine ganze, ab dem 1. Dezember 2003 eine halbe, ab dem 1. Januar 2004 eine Dreiviertelsrente und ab dem 1. Februar 2006 bei einem Invaliditätsgrad von 42 % eine Viertelsrente zu.

#### **E. 4.1**

Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, nannte im Bericht vom 11. November 2009 (Urk. 14/49) als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein cervicocephales Schmerzsyndrom nach Schleudertrauma vom 26. Oktober 2001 (Ziff. 1.1). Dr. F.\_\_\_\_ attestierte für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit vom 26. Oktober 2001 bis 17. August 2003 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Seit dem 18. August 2003 bestehe bis auf Weiteres eine Arbeitsunfähigkeit von 65 %. Die Arbeit in der Wäscherei und in der Cafeteria gehe gut. Das Arbeitspensum könne aber nicht gesteigert werden. Die Beschwerdeführerin arbeite unter Schmerzen (Ziff. 1.6-1.7).

#### **E. 4.2.1**

Die Beschwerdegegnerin gab bei der Medas A.\_\_\_\_ ein polydisziplinäres Gutachten (Urk. 14/72 = Urk. 11/19) in Auftrag, welches am 11. Oktober 2013 erstellt wurde.

Das Gutachten ist von Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, med. prakt. H.\_\_\_\_, Assistenzarzt, Dr. med. I.\_\_\_\_, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, und Prof. Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie und für Psychiatrie und Psychotherapie, unterzeichnet (S. 55). Die polydisziplinäre Besprechung der Gutachter fand am 29. August 2013 statt (S. 1).

Die Gutachter führten aus, die Beschwerdeführerin habe angegeben, dass sie im Haushalt nur leichte Arbeiten (Staubwischen, Kochen) verrichten könne, da sie durch die Schmerzen stark beeinträchtigt sei. Der Ehemann und ihre Tochter würden ihr im Haushalt helfen (S. 26 Ziff. 3.1.4). Als Hauptbeschwerden gebe sie eine Mischung aus Kopf-, Nacken- und Rückenschmerzen an, welche in wechselnder Intensität und Lokalisation auftreten würden. Bezüglich der Kopfschmerzen berichte sie, dass diese seit dem Unfall im Oktober 2001 bestünden (S. 27 Ziff. 3.4.1). Die Schmerzen würden sie davon abhalten, ihr Arbeitspensum zu erhöhen (S. 28 Ziff. 3.5).

Dr. J.\_\_\_\_ gab im psychiatrischen Teilgutachten vom 29. August 2013 auf die Frage der Beschwerdegegnerin an, ein direkter Zusammenhang zwischen den neurasthenischen Beschwerden der Beschwerdeführerin und dem Unfallereignis vom Oktober 2001 sei nicht ersichtlich (S. 35 Ziff. 4 oben).

Dr. I.\_\_\_\_ führte im orthopädischen Teilgutachten vom 27. August 2013 aus, es bestehe eine eingeschränkte Belastbarkeit der HWS für abrupte repetitive Drehbewegungen. Schweres Heben und Tragen und längeres Verharren in einer Position seien wegen der objektiv vorhandenen LWS-Symptomatik nicht durchführbar (S. 39 Ziff. 6.4.4). Für leichte bis mittel schwere Arbeiten ohne schweres Heben und Tragen von Lasten, ohne ständiges Bücken, ohne Zwangshaltung der Wirbelsäule sowie ohne ständige

Reklinationsbewegungen der HWS bestehe eine Belastbarkeit von 5-8 Stunden täglich (S. 42 Ziff. 8 oben).

#### **E. 4.2.2**

Die Gutachter stellten folgende Diagnosen mit Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit (S. 48 Ziff. 8.1.1): - chronische Zervikozephalgie, tendomyogen - Facettenarthrose HWK 2/3 - HWS-Distorsion Grad 2, Oktober 2001 - rezidivierendes lumbospondylogenes und -radikuläres Schmerzsyndrom mit/bei - lumbaler Diskushernie LWK5/SWK1 mit Radikulopathie S1 rechts - mässiger Spondylarthrose LWK4-SWK1 - chronisches Kopfschmerzen nach HWS-Beschleunigungstrauma - Verdacht auf Kopfschmerz bei Analgetikaübergebrauch

Die Gutachter stellten sodann folgende Nebendiagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 49 Ziff. 8.1.2): - Neurasthenie - mässige Adipositas mit einem BMI von 27 - arterielle Hypertonie - Hydrocephalus occlusus bei Aquäduktstenose 1996 - Anlage eines ventrikuloperitonealen Shunts 1996 - Shuntrevision Januar 2010 - Katheter-Rekonnektion occipital rechts bei Shuntdiskonnektion, November 2012

Bei der Beschwerdeführerin sei im September 1996 bei akuter Hirndruck symptomatik aufgrund eines Hydrocephalus occlusus bei komplexer kongenitaler Missbildung ein ventrikulo-peritonealer Shunt eingelegt worden. Am 26. Oktober 2001 sei es zu einem Heckauffahrunfall mit HWS-Distorsions trauma gekommen. Nach den Angaben der Beschwerdeführerin bestünden seither chronische Kopf- und Nackenschmerzen. Darüber hinaus bestünden Konzentrationsstörungen, eine vorschnelle Ermüdbarkeit und Schlafstörungen, die aus psychiatrischer Sicht unter der Diagnose einer Neurasthenie zusammengefasst worden seien. Die Beschwerdeführerin beschreibe ihre Beschwerden als stabil ohne wesentliche Schwankungen (S. 49 f. Ziff. 8.2.2).

Bei der Beschwerdeführerin lägen keine klinischen Spätfolgen des Verschluss hydrocephalus vor, der zu mehreren neurochirurgischen Eingriffen in den Folgejahren geführt habe. Insbesondere bestehe kein Zusammenhang zwischen den beklagten Konzentrationsstörungen und dem geschunteten Verschluss hydrozephalus (S. 50 Ziff. 8.2.3).

#### **E. 4.2.3**

Die Beschwerdeführerin sei seit dem 3. Januar 2003 mit einem Pensum von 35 % als Arbeiterin in der Wäscherei eines Altersheimes tätig. Die Tätigkeit umfasse leichte körperliche Arbeiten und bestehe im Glätten und Zusammenlegen von Wäsche, abwechselnd im Stehen und Gehen (S. 51 f. Ziff. 9.1.1). Aus orthopädischer Sicht bestehe in der derzeit ausgeübten Tätigkeit eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Es handle sich um eine wechselbelastende Tätigkeit ohne schweres Heben und Tragen und ohne einseitige Zwangshaltung, abwechselnd im Stehen und Gehen, die dem zu leistenden Arbeitsprofil entspreche. Aus neurologischer Sicht bestehe keine Schädigung mit Auswirkung auf das berufliche Leistungsvermögen der Beschwerdeführerin. Aus psychiatrischer Sicht zeige sich eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Die sogenannten Förster-Kriterien seien nicht erfüllt. Aus polydisziplinärer Sicht betrage die Arbeitsfähigkeit als Arbeiterin in einer Wäscherei 100 % (S. 52 Ziff. 9.1.1). Der Beginn der genannten Arbeitsfähigkeit sei auf den Zeitpunkt des Gutachtens zu datieren (S. 52 Ziff. 9.1.2).

Auf stressbehaftete Tätigkeiten und solche im Nacht- und Wechsel schicht betrieb sollte verzichtet werden. Leichte bis mittelschwere Arbeiten ohne schweres Heben und Tragen von Lasten, ohne ständiges Bücken, ohne Zwangshaltung der Wirbelsäule sowie ohne ständige Reklinationsbewegungen der HWS seien ab dem Zeitpunkt des Gutachtens zumutbar. Für eine solche Tätigkeit bestehe eine Belastbarkeit von 5-8 Stunden täglich (S. 54 Ziff. 8).

#### **E. 4.3**

Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Regionalärztlicher Dienst der Beschwerdegegnerin (RAD), führte in einer Stellungnahme vom 1. November 2013 (Urk. 14/74 S. 4) aus, gemäss dem Gutachten der Medas A.\_\_\_\_ bestehe in der Tätigkeit als Wäschereimitarbeiterin und in einer angepassten Tätigkeit seit Oktober 2013 eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. Mangels hinreichender Dokumente seien für die Zeit zwischen 2004 und dem jetzigen Gutachten keine Angaben möglich. Die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin habe sich seit dem Jahr 2004 verbessert.

#### **E. 4.4**

Dr. phil. N.\_\_\_\_, Neuropsychologin, und Dr. med. O.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, Oberarzt, Klinik für Neurologie, P.\_\_\_\_, führten im Bericht vom 30. April 2014 (Urk. 14/87 = Urk. 11/5) zur Anamnese aus, die Beschwerdeführerin habe berichtet, dass sie seit dem letzten operativen Eingriff sehr vieles vergesse. Darüber hinaus verspüre sie eine grosse Müdigkeit und erlebe sich als lustlos (S. 1 unten). Sie leide täglich unter Kopf-, Nacken- und Rückenschmerzen, die sie medikamentös behandle (S. 2 oben). Die neuropsychologische Untersuchung habe insgesamt eine mittelschwere bis schwere Minderleistung in den Bereichen Aufmerksamkeit (selektive Aufmerksamkeit, kognitive Verarbeitungsgeschwindigkeit), Erfassungsspannen, modalitätsspezifisches episodisches Gedächtnis und in exekutiven Teilleistungen ergeben. Zudem bestünden leichte Minderleistungen im Arbeitsgedächtnis, in der verbalen und figuralen Ideenproduktion sowie der tonischen Alertness. In den übrigen geprüften Bereichen zeigten sich normgerechte testdiagnostische Befunde (S. 3 oben).

Die mnestischen Störungen würden auf Funktionsstörungen hippocampaler und diencephaler (anteriorer Thalamus) Areale hinweisen, insbesondere der nicht-sprachdominantseitigen Hemisphäre. Die attentionalen und leicht aufgetretenen exekutiven Defizite würden auf zusätzliche Dysfunktionen frontaler beziehungsweise subkortikaler Areale hinweisen. Darüber hinaus seien eine negative Einwirkung der Schmerzen sowie psychisch-effektiver Faktoren auf die kognitive Leistungsfähigkeit, insbesondere der exekutiven und Aufmerksamkeitsfunktionen, anzunehmen. Eine Verbesserung der bekannten Nacken-Kopfschmerzen könne zu einer Verbesserung der kognitiven Leistungen und des allgemeinen Befindens beitragen (S. 3).

#### **E. 4.5**

Dr. N.\_\_\_\_, P.\_\_\_\_, gab in einem Bericht vom 29. August 2014 (Urk. 14/91) an, man habe die Patientin einmalig am 30. April 2014 gesehen (Ziff. 1.2). Dr. N.\_\_\_\_ nannte als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit Funktionsstörungen hippocampaler oder diencephaler (anteriorer Thalamus) Areale, insbesondere der nicht sprachdominantseitigen Hemisphäre. Die Funktionsstörungen seien mittelschwer bis schwer. Weiter bestünden Hinweise auf eine zusätzliche frontale Funktionsstörung (Ziff. 1.1). Die festgestellten

Minderleistungen wirkten sich dahingehend auf die Arbeitsfähigkeit aus, als die Beschwerdeführerin langsam arbeite und eine erhöhte Fehleranfälligkeit und eine Vergesslichkeit bestehe (Ziff. 1.7).

#### **E. 4.6**

Dr. G.\_\_\_\_, med. prakt. H.\_\_\_\_ und Prof. L.\_\_\_\_, Medas A.\_\_\_\_, nahmen am 29. Oktober 2014 (Urk. 14/93/6-7) zu einer Rückfrage der Beschwerdeführerin vom 23. September 2014 Stellung. Die Beschwerdeführerin stellte den Gutachtern die Frage, ob die kognitiven Einschränkungen der Beschwerdeführerin durch einen Hydrocephalus organisch zu erklären seien. Die Gutachter gaben an, im Bericht des P.\_\_\_\_ vom 30. April 2014 würden mnestiche und attentionale Störungen beschrieben. Diese würden auf „Funktionsstörungen hippocampaler oder diencephaler (anteriorer Thalamus) Areale respektive frontaler beziehungsweise subkortikaler Areale“ hindeuten. Grundsätzlich sei ein solches Muster mit dem Vorliegen eines Hydrocephalus vereinbar. Inwieweit sich zwischenzeitlich (seit der Erstellung des Gutachtens im August 2013) neue Aspekte ergeben hätten, die den Befund ebenfalls erklären würden, lasse sich nicht beurteilen. Ein neuropsychologischer Befund müsse grundsätzlich immer im Kontext mit dem zum Untersuchungszeitpunkt bestehenden somatischen Befund und den aktuellen Begleitumständen interpretiert werden. In diesem Zusammenhang sei die im Bericht ebenfalls erwähnte und wohl fortbestehende Kopfschmerzsymptomatik bei Analgetikaübergebrauch zu erwähnen, welche das Testergebnis beeinflusst haben könnte. Inwieweit und ob die gefundenen neuropsychologischen Auffälligkeiten mit dem bestehenden Hydrocephalus zu erklären seien, könnten die Gutachter nicht sicher beurteilen (S. 1).

#### **E. 4.7**

Dr. M.\_\_\_\_ führte in einer Stellungnahme vom 16. März 2015 (Urk. 14/97 S. 3 unten) aus, aus Sicht des RAD sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer Korrelation der kognitiven Einschränkungen mit dem Hydrocephalus auszugehen. Dies, da in der Zwischenzeit keine wesentlichen Ereignisse eingetreten seien, die zu einer Änderung der Befunde beziehungsweise des Gesundheitszustandes geführt hätten.

#### **E. 4.8**

Die Ärzte der Klinik für Neurologie, P.\_\_\_\_, führten in einem Bericht vom 21. März 2016 (Urk. 14/104) nach der gleichentags erfolgten Untersuchung (Kopfwehspruchstunde) aus, klinisch-neurologisch zeige sich kein fokales neurologisches Defizit. Die primären Kopfschmerzen hätten sich nach einem HWS-Beschleunigungstrauma entwickelt. Diesbezüglich seien die diagnostischen Kriterien für posttraumatische Kopfschmerzen erfüllt. Aufgrund des jahrelangen Analgetikaabusus bestehe zudem ein Medikamentenübergebrauchs-Kopfschmerz (S. 2).

#### **E. 4.9**

Dr. med. Q.\_\_\_\_, Assistenzärztin, und Dr. med. R.\_\_\_\_, Fachärztin für Rheumatologie, Oberärztin, Klinik für Rheumatologie, P.\_\_\_\_, führten in einem Bericht vom 16. Juni 2016 (Urk. 14/108) aus, bei der Patientin liege ein zervikozephalisches Schmerzsyndrom vor, welches seit einem Beschleunigungstrauma 2001 bestehe. Klinisch zeigten sich im Wesentlichen eine Dysfunktion der HWS sowie ein muskulärer Hartspann im Bereich des M. trapezius beidseits. Radiologisch zeige sich eine Streckhaltung der HWS ohne Hinweise für degenerative Veränderungen. Die geschilderten Kopfschmerzen würden als multifaktoriell-bedingt angesehen, im Rahmen des zervikozephalischen Schmerzsyndroms bei

Verdacht auf Medikamentenübergebrauch-Kopfschmerzen sowie bei einem Status nach Hydrozephalus occlusivus (S. 2 unten).

#### **E. 4.10**

Dr. Q.\_\_\_\_ und Dr. R.\_\_\_\_ berichteten am 7. November 2016, eine eingeleitete medikamentöse Therapie mit Saroten sei von der Patientin wieder gestoppt worden bei subjektiver Unverträglichkeit. Insgesamt habe mit den eingeleiteten Massnahmen keine deutliche Beschwerdeminderung erzielt werden können (Urk. 7/1 S. 2).

#### **E. 5.1**

Nach Abs. 4 der Schlussbestimmungen der Änderung des IVG vom 18. März 2011 findet Abs. 1 der Bestimmung keine Anwendung auf Personen, die im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Änderung das 55. Altersjahr zurückgelegt haben oder im Zeitpunkt, in dem die Überprüfung eingeleitet wird, seit mehr als 15 Jahren eine Rente der Invalidenversicherung beziehen.

Die Beschwerdeführerin ist am 2. April 1960 geboren (Urk. 14/1 Ziff. 1.3). Zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderung vom 18. März 2011 per 1. Januar 2012 war sie 51 Jahre alt. Die Rentenzusprache erfolgte am 18. Mai 2006 per 1. Oktober 2002 (Urk. 14/30). Die Revision wurde im Februar 2013 eingeleitet (vgl. Urk. 14/63). Die Beschwerdeführerin bezog folglich seit weniger als 15 Jahren eine Invalidenrente. Da die Voraussetzungen von Abs. 4 der Schlussbestimmungen nicht erfüllt sind, war eine Überprüfung der Rente gestützt auf lit. a Abs. 1 der Schlussbestimmungen der Änderung des IVG vom 18. März 2011 grundsätzlich zulässig.

#### **E. 5.2**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

#### **E. 5.3**

Das am 11. Oktober 2013 versandte Gutachten der Medas A.\_\_\_\_ beruht auf Untersuchungen in den Fachgebieten Neurologie, Orthopädie, Psychiatrie und Psychotherapie sowie Allgemeine Innere Medizin. Die Gutachter nannten als Diagnosen mit Einschränkung der Arbeitsfähigkeit eine chronische Zervikozephalgie, Tendomyogen, eine Facettenarthrose bei HWK 2/3, eine HWS-Distorsion Grad 2, ein rezidivierendes lumbospondylogenes und -radikuläres Schmerzsyndrom und chronische Kopfschmerzen nach HWS-Beschleunigungstrauma. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie unter anderem eine Neurasthenie und einen Hydrozephalus occlusivus (E. 4.2.2).

In der Folge wurden bei einer neuropsychologischen Untersuchung der Beschwerdeführerin in der Klinik für Neurologie, P.\_\_\_\_, vom 30. April 2014 mittelschwere bis schwere Minderleistungen festgestellt (E. 4.4 hiervor).

#### **E. 5.4**

Die Gutachter der Medas A.\_\_\_\_ nahmen am 29. Oktober 2014 kurz zu den Arztberichten der Klinik für Neurologie, P.\_\_\_\_, vom 30. April und vom 29. August 2014 Stellung. Sie konnten jedoch nicht sicher beurteilen, ob die im P.\_\_\_\_ festgestellten Minderleistungen organisch durch einen Hydrocephalus erklärt werden könnten (E. 4.6 hiervor). Mit der Stellungnahme der Gutachter vom 29. Oktober 2014 lässt sich nicht abschliessend beurteilen, ob es sich hierbei um einen neuen Befund handelt, der zum Zeitpunkt der Begutachtung in der Medas A.\_\_\_\_ noch nicht vorlag und ob die Minderleistungen eine organische Ursache haben. Ebenso ist unklar, ob und in welchem Umfang die Beschwerdeführerin dadurch in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist. Nach dem Bericht von Dr. N.\_\_\_\_ vom 29. August 2014 ist die Beschwerdeführerin in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt (E. 4.4). Die Beschwerdegegnerin hätte daher die Auswirkungen der Minderleistungen auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin weiter abklären lassen müssen.

Sodann äusserten sich die Gutachter uneinheitlich zur zumutbaren Arbeitsfähigkeit. Einerseits attestierten sie für die derzeitige Tätigkeit der Beschwerdeführerin in einer Wäscherei eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. Andererseits gaben sie an einer anderen Stelle des Gutachtens für eine angepasste Tätigkeit eine zumutbare Belastbarkeit von 5-8 Stunden täglich an (E. 4.2.3). Die zweite Angabe erweist sich als äusserst unbestimmt und es bleibt unklar, ob daraus auf einen Mittelwert von 6.5 Stunden zu schliessen wäre. Zu beachten ist sodann, dass Dr. D.\_\_\_\_ und Dr. E.\_\_\_\_ bereits im Oktober 2005 für eine adaptierte Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von fünf Stunden pro Tag attestiert hatten (E. 3.4). Wollte man auf eine zumutbare Arbeitsfähigkeit von fünf oder mehr Stunden pro Tag gemäss den Angaben im Gutachten der Medas A.\_\_\_\_ abstellen, ist fraglich, ob sich in organischer Hinsicht der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin verglichen mit 2005 tatsächlich verbessert hat.

Gegen das Gutachten spricht sodann, dass es zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung bereits knapp drei Jahre alt war. Dies ist mit dem Anspruch der besonders hohen Anforderungen im Zusammenhang mit der Rentenüberprüfung nach lit. a Abs. 1 SchIB 6. IV-Revision (vorstehend E. 1.2) nicht vereinbar. Aufgrund des 2014 nach der Erstellung des Gutachtens erhobenen neuropsychologischen Befundes kann nicht unbesehen auf das Gutachten der Medas A.\_\_\_\_ abgestellt werden. Nachdem der Befund möglicherweise eine organische Ursache hat, kann auch der Einschätzung der Gutachter, wonach die anhaltenden Beschwerden wesentlich durch eine Neurasthenie zu erklären sind, nicht ohne Weiteres gefolgt werden. Insbesondere ist fraglich, ob die Rentenüberprüfung gesamthaft auf unklare Beschwerden gestützt werden kann, denn eine genaue Trennung von erklärbaren und unklaren Beschwerden ist bislang zu wenig sorgfältig erfolgt. Die Beschwerdegegnerin hat den medizinischen Sachverhalt daher ergänzend abklären zu lassen.

### **E. 5.5**

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Gemäss ständiger Rechtsprechung ist in der Regel von der Rückweisung – da diese das Verfahren verlängert und verteuert – abzusehen, wenn die Rechtsmittelinstanz den Prozess ohne wesentliche Weiterungen erledigen kann. In erster Linie kommt eine Rückweisung in Frage, wenn der Versicherungsträger auf ein Begehren überhaupt nicht eingetreten ist oder es ohne

materielle Prüfung abgelehnt hat, wenn schwierige Ermessensentscheide zu treffen sind, oder wenn der entscheidungsrelevante Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts U 209/02 vom 10. September 2003 E. 5.2).

#### **E. 5.6**

Zusammenfassend kann auf das Gutachten der Medas A. \_\_\_ nicht abgestellt werden. Die Sache ist daher zur ergänzenden Abklärung des medizinischen Sachverhaltes unter Differenzierung zwischen erklärten und unklaren Beschwerden sowie unter nachvollziehbarer Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen.

#### **E. 6**

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Vorliegend sind die Kosten auf Fr. 800.-- festzusetzen und der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 12. Juli 2016 aufgehoben und die Sache an diese zurückgewiesen, damit sie, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Y. \_\_\_ - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage einer Kopie von Urk. 16 sowie Urk. 17/1-12 - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

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  
Der Vorsitzende  
Der Gerichtsschreiber  
Mosimann  
Brugger

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