

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00044 vom 17. Dezember 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-12-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00044

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00044 du 17 décembre 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00044 del 17 dicembre 2020

Erwägungen

E. 1

1. Juli und 1 3. September 2019, Urk. 7/277 ,

Urk. 7/281 und Urk. 7/289) wies die IV-Stelle das Erhöhungsgesuch mit Verfügung vom 10. Dezember 2019 ab (Urk. 2).

E. 1.1

X.____ , geboren 1970, arbeitete ohne Berufsausbildung an verschiedenen Stellen im Gastgewerbe und meldete sich

am 16. September 1995 (Eingangsdatum) erstmalig bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/3).

Die Invalidenversicherung sprach ihr mit Verfügung vom 7. November 1996 (Urk. 7/15/1-2) berufliche Massnahmen im Sinne einer Einarbeitung als Bürohilfskraft vom 1. April bis 30. September 1997 sowie eine Ausbildung an der Eintageshandelsschule mit Bürofachdiplom an der Schule Y.____ vom 14. März 1997 bis Mitte Februar 1998 zu. Am 10. November 1997 (Urk. 7/33) stellte die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, den Abschluss der Einarbeitung als Bürohilfskraft fest und konstatierte, dass ihr damit möglich sei, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen von zirka Fr. 3'000.00 monatlich zu erzielen.

E. 1.2

Am 18. April 1998 erlitt die Versicherte einen schweren Autounfall. Die Suva entrichtete Taggelderleistungen und kam für die Heilungskosten auf.

Die IV-Stelle sprach der Versicherten hierauf mit Verfügungen vom 2. April 2001 (Urk. 7/82) gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 40% mit Wirkung ab 1. April 1999 eine Viertelsrente und ab 1. Oktober 2000 eine halbe Härtefallrente zu. Dabei ging sie von einem Valideneinkommen von Fr. 45'500. und einem Invalideneinkommen (50%ige Arbeitsfähigkeit in Bürotätigkeit) von Fr. 27'300. aus.

Die SUVA ihrerseits errechnete - ebenfalls ausgehend von einer 50%igen Restarbeitsfähigkeit - einen Invaliditätsgrad von 55%, wobei sie von einem Valideneinkommen von Fr. 65'000.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 29'250.-- ausging, welche Grössen sie mit dem Rechtsvertreter der Versicherten telefonisch abgesprochen hatte (vgl. Urk. 7/140/126-127). Die entsprechende Rente wurde mit Verfügung vom 22. Juli 2002 (Urk. 7/140/123 124) mit Wirkung ab 1. August 2002 zugesprochen.

Mit Verfügungen vom 12. Februar 2003 (Urk. 7/93 f.) nahm die IV-Stelle einerseits eine Neuberechnung der Rente infolge Scheidung vor, andererseits überprüfte sie den Anspruch

auf eine Härtefallrente und verneinte diesen mit Wirkung ab 1. Mai 2003, woran sie im Einspracheverfahren festhielt, wobei in Aussicht gestellt wurde, dass über die mit Einsprache beantragte höhere halbe Invalidenrente eine revisionsrechtliche Überprüfung folge (Einspracheentscheid vom 1. April 2004, Urk. 7/118). In der Folge tätigte die IV-Stelle weitere Abklärungen und sprach der Versicherten mit Verfügung vom 21. Juli 2004 (Urk. 7/127; Verfügungsteil 2, Urk. 7/

E. 1.3

Am 23. Januar 2005 (Urk. 7/131) stellte die Versicherte ein Gesuch um Rentenrevision unter Hinweis auf die zahlreichen Beschwerden betreffend Schulter- und Beckengürtel sowie seit Februar 2002 auftretende Irritationen verschiedener Wirbel. Nachdem die IV-Stelle medizinische Abklärungen getätigt hatte, wies sie das Rentenerhöhungsgesuch mit Verfügung vom 15. Februar 2006 (Urk. 7/146) ab. Die dagegen von der Versicherten am 9. März 2006 (Urk. 7/147) persönlich erhobene Einsprache wurde mit Entscheid vom 3. Oktober 2006 (Urk. 7/154) abgewiesen. Die hiergegen

am 6. November 2006 erhobene Beschwerde am hiesigen Gericht

(Urk. 7/158/3 ff.) wurde mit Urteil IV.2006.00972 vom 10. März 2008 abgewiesen (Urk. 7/165).

E. 1.4

Im Jahr 2011 leitete die IV-Stelle von Amtes wegen einer Revision ein (Revisionsfragebogen vom 1. April 2011, Urk. 7/171) und bestätigte die Rente am 23. Juni 2011 (Urk. 7/179). Mit Anfrage vom 19. Oktober 2011 ersuchte die Versicherte um Übernahme der Kosten für eine Zahnbehandlung (Urk. 7/181), welche mit Verfügung vom 7. Dezember 2011 abgewiesen wurde (Urk. 7/186).

E. 1.5

Die IV-Stelle leitete im Jahr 2016 erneut von Amtes wegen einer Revision ein (Revisionsfragebogen vom 16. Juli 2016, Urk. 7/190) und bestätigte die Rente wiederum bei unverändertem Invaliditätsgrad von 55 % (Verfügung vom 14. Oktober 2016, Urk. 7/196).

E. 1.6

Am 27. April 2017 ersuchte die Versicherte um Erhöhung der Invalidenrente, da sich ihr Gesundheitszustand in den letzten Jahren verschlechtert habe (Urk. 7/198). Die IV-Stelle tätigte daraufhin erwerbliche und medizinische Abklärungen und liess die Versicherte am 5. September 2017 von Dr. med. Z. ____, Facharzt für Chirurgie des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD), untersuchen (Urk. 7/208). Im Anschluss holte die IV-Stelle das polydisziplinäre Gutachten der A. ____, vom 4. November 2018 (Urk. 7/250) sowie das psychiatrische Gutachten von Dr. med. B. ____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 11. Februar 2019 ein (Urk. 7/263).

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Vorbescheid vom 29. März 2019, Urk. 7/268; Einwand vom 16. Mai 2019, Urk. 7/273, ergänzende Einwandbegründungen vom 20. Juni,

E. 2

Hiergegen erhob die Versicherte am 21. Januar 2020 Beschwerde und beantragte, es sei die bisherige halbe Invalidenrente per 1. Mai 2017 auf eine ganze Invalidenrente zu erhöhen,

eventualiter sei die Sache in Aufhebung der angefochtenen Verfügung zur Durchführung weiterer medizinischer Abklärungen und Neuentscheid an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. In prozessualer Hinsicht ersuchte sie um unentgeltliche Prozessführung und Bestellung von Rechtsanwalt Daniel Christe als unentgeltlichen Rechtsvertreter (Urk. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 20. Februar 2020 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk.

E. 2.1.1

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zuspreehung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabebereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

E. 2.1.2

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und zur prozessualen Revision (BGE 133 V 108 E. 5.4).

Dabei braucht es sich nicht um eine formelle Verfügung (Art. 49 ATSG) zu handeln.

Ändert sich nach durchgeführter Rentenrevision als Ergebnis einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs nichts und eröffnet die IV-Stelle deswegen das Revisionsergebnis gestützt auf Art. 74 ter

lit. f der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) auf dem Weg der blossen Mitteilung (Art. 51 ATSG), ist im darauffolgenden Revisionsverfahren zeitlich zu vergleichender Ausgangssachverhalt derjenige, welcher der Mitteilung zugrunde lag (Urteil des Bundesgerichts 9C_599/2016 vom 29. März 2017 E. 3.1.2 unter Hinweis auf 8C_441/2012 vom 25. Juli 2013 E. 3.1.2).

E. 2.2

Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht haben den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Sie haben alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere dürfen sie bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzu geben, warum sie auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellen (BGE 125 V 351 E. 3a).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob er 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a).

Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte (sogenannte Administrativgutachten) ist Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4; Urteil des Bundesgerichts 9C_823/2018 vom 11. Juni 2019 E. 2 mit Hinweisen). 3.

3.1

Die letzte materielle Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung und Beweiswürdigung erfolgte im Rahmen der von der Beschwerdeführerin eingeleiteten Revision im Jahr 2005 (vgl. Feststellungsblatt vom 15. Februar 2006, Urk. 7/145). Anlässlich der von Amtes wegen eingeleiteten Revisionen in den Jahren 2011 sowie 2016 wurden jeweils lediglich Arztberichte der behandelnden Ärzte eingeholt, entsprechend wurde keine rechtskonforme Sachverhaltsabklärung und Beweiswürdigung vorgenommen (vgl. Feststellungsblatt vom 23. Juni 2011, Urk. 7/178; Feststellungsblatt vom 14. Oktober 2016, Urk. 7/194).

Der Einspracheentscheid vom 3. Oktober 2006 (Urk. 7/154) basierte in medizinischer Hinsicht auf folgenden Berichten: 3.1.1

Die - soweit aus den Akten ersichtlich - einzige umfangreiche neuropsychologische Abklärung erfolgte am 23. Oktober 1998 durch

Dr. phil. E.____, Psychologin FSP, und Prof. Dr. med. F.____, Oberärztin Neurorehabilitation, an der Rehaklinik G.____ (Urk. 7/140/351 ff.). Sie führten aus, dass sich kognitiv deutliche Hinweise auf eine Störung der Exekutivfunktionen (insbesondere Handlungsplanung, d.h. unsystematisches, hastiges Problemlöseverhalten, fehlende Übersicht bei längeren Handlungsfrequenzen, aber auch Perseverations tendenz, Regelbrüche und Schwierigkeiten beim abstrakt-logischen Denken) sowie der Aufmerksamkeitsfunktionen (insbesondere geteilte und selektive Aufmerksamkeit) fänden. Die mnestischen Funktionen (sprachlich und visuell) seien unauffällig. Die Abweichungen der kognitiven Leistungen von der Norm für mit teleuropäische Personen beurteilten sie als

leicht bis mittelschwer.

Sie führten die Abweichungen der kognitiven Leistungen von der Norm auf den soziokulturellen Hintergrund, die psychische Problematik, das Polytrauma vom 18. Januar 1998 sowie auf eine allenfalls vorbestehende Hirnverletzung aus der Kindheit zurück. 3.1.2

Im Rahmen des Revisionsverfahrens berichtete Prof. Dr. med. H.____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, am 17. März 2005 (Urk. 7 /134) zu Händen der Beschwerdeführerin und diagnostizierte (1) ein wenig linksbetontes, beidseits schweres und zu sätzlich invalidisierendes Thoracic-outlet-Syndrom mit belastungsabhängigen, von einer vegetativen Symptomatik begleiteten Armschmerzen sowie zusätzlichen Missempfindungen, mit einer schnellen Ermüdbarkeit des Armes, der Hand und insbesondere der Finger während Haltungs- und Handlungsaufgaben, ohne Hinweise auf ein aktuelles Karpaltunnelsyndrom II. Sodann verwies er auf (2) eine seit zwei Jahren progrediente, zum Teil schubweise schmerzhafter werdende und gleichzeitig wesentlich teilinvalidisierende generalisierte Myotendinose mit einer schwer schmerzhaften Mitbeteiligung der ligamentären Strukturen des Beckengürtels einschliesslich des Beckenbodens, mit myofaszialen (d.h. Triggerpunkt-verursachten) Ausstrahlungen in die vier Extremitäten, mit einem brennenden Charakter der Schmerzen und Schmerzhaftigkeiten der oberflächlich gelegenen Ansatzstellen sowie zum Teil der Haut, mit rezidivierend auftretenden, phasenweise ausgeprägten symmetrischen okzipital betonten Kopfschmerzen samt Ausstrahlungen von Schmerzen und Druckmissempfindungen in die Parietalregionen, mit zu Engigkeitsmissempfindungen führenden Muskelverspannungen der ventrobasalen Halsmuskulatur sowie mit unvermittelt auftretenden vegetativen Dysregulationen des Gesamtkörpers, beispielsweise in Form von Herzklopfen. Prof. Dr. H.____ diagnostizierte schliesslich (3) nur intermittierend auftretende Phasen einer Subdepression mit einem Verlust an Geduld und Perspektiven und teils nur unregelmässig durchführbaren Eigenbehandlungen, ohne Hinweis auf eine major

depression, bei Status nach schwerem Verkehrsunfall und einer bedeutsamen Fehllage im Sinne einer Beckenprotraktion im Stehen und eines oberen, zum Teil fixierten Rundrückens.

Prof. Dr. H.____ hielt fest, im Verlaufe der beiden letzten Jahre und insbesondere seit Frühjahr 2004 habe sich die folgende Symptomatik trotz regelmässiger Therapie eher verschärft: (1) Bei intensitätsmässig gleichbleibendem Thoracic-outlet-Syndrom links habe sich die analoge Symptomatologie im rechten Arm wesentlich verstärkt, sodass sich die Intensität der Beschwerden, insbesondere aber auch die Funktionseinschränkungen unter Halte- und Handlungsleistungen zwischen links und rechts praktisch angeglichen hätten. (2) Immer regelmässiger und damit praktisch chronisch trätene Durchschlafstörungen auf, welche ungefähr ab 04.00 Uhr nur noch einen unregelmässigen, oberflächlichen Schlaf zuliessen, was zu einem müden und schweren morgendlichen Bewegungsstart führe. (3) Die Beschwerdeführerin bemühe sich um eine regelmässige Durchführung der verschriebenen Behandlungs- und Trainingsmassnahmen, wobei neben den gymnastischen Übungen das Walking über 20 bis 30 Minuten im Vordergrund stehe; daneben würden hydrothermotherapeutische Wickel und Güsse angewendet.

Prof. Dr. H.____ führte weiter aus, auf Grund der bisher erfolglosen Suche nach einem Arbeitsplatz im Umfang von 40 % habe sich neben einer gewissen Unge duld und Resignation auch ein zunehmender Zustand mit Zukunftsängsten entwickelt, da die

finanzielle Situation nachweislich äusserst prekär sei. Es fehle ihr auch an einer wirkungsvollen Unterstützung zur Realisierung ihrer verbleibenden Arbeitskapazität.

Zusammenfassend hielt Prof. Dr. H.____ fest, auf Grund der Befunde innerhalb der beiden zervikothorakalen Engpässe sowie der ausgedehnten schmerzhaften Weichteilbefunde könne nach wie vor keine höhere Arbeitsbelastbarkeit als 40 % attestiert werden, wobei noch vor rund zwei Jahren eigentlich eine Arbeitsfähigkeit von 50 % in einem wechselbelastenden, körperlich nicht anstrengenden Beruf angestrebt worden sei. Die Entwicklung habe jedoch gezeigt, dass die Belastbarkeit ärztlicherseits eher zu hoch eingeschätzt worden sei. Nicht ausgeschlossen sei indessen eine trainingsunterstützte Adaption der Belastbarkeit an einem einmal gefundenen Arbeitsplatz, sodass in weiter Zukunft eine Erhöhung der Arbeitsbelastung von 40 auf 50 % nach wie vor nicht ausgeschlossen sei. 3.1 .2

SUVA-Kreisarzt Dr. med. I.____ nahm zu dieser Einschätzung am 25. Oktober 2005 (Urk. 7 /140/5) Stellung und hielt in Bezug auf den Themenkreis der generalisierten Myotendinose fest, dass dies ein nicht genau definiertes Krankheitsbild darstelle, das von gewissen Schulen der Rheumatologie stark in den Vordergrund gestellt und von anderen abgelehnt werde. In erster Linie sei es ein Ausdruck einer psychosomatischen Entwicklung wie die Fibromyalgie. Eine Einschätzung der Belastbarkeit sei bei diesen Konstellationen ausserordentlich schwierig, wobei eine Differenzierung um 10 % (d.h. Arbeitsbelastung 40 % oder 50 %) nicht zuverlässig und nachvollziehbar möglich sei, zudem müsste zuerst ein Arbeitsplatz definiert werden. Bei Stellenlosigkeit, wie bei der Beschwerdeführerin, müsste in erster Linie die Zumutbarkeit definiert werden, auch für diese Fragestellung sei es aus medizinischer Sicht ausserordentlich schwierig, eine Schätzung zu erarbeiten, genauer als 20-25 % für die zeitliche Belastung könne diese nicht ausfallen. 3.1 .3

Nach der Abweisung des Rentenerhöhungsgesuches am 15. Februar 2006 (Urk. 7 /146) wurde Prof. Dr. H.____ am 21. März 2006 (Urk. 7 /149) brieflich bei der Beschwerdegegnerin vorstellig und hielt fest, eine Verschlechterung habe sich in den folgenden Bereichen manifestiert: (1) Ausweitung der Problematik der Engpass-Symptomatik über biomechanische und muskuläre Wege der linken Schultergürtelseite auch auf die rechte samt den damit verbundenen Schmerzzuständen und den eingeschränkten Belastbarkeiten des Schultergürtels insgesamt, (2) Zunahme der vielfältig schmerz- und sorgenbedingten Schlafstörungen mit der tagsüber damit einhergehenden rascheren Ermüdbarkeit, (3) psychosomatisch begründbare Beschwerden bezüglich des Herzens sowie des linken Thoraxbereiches einschliesslich der Mamma. Er schloss, es sei ein begründbares Gebot der Einsicht in die Verschlechterungen und einer dadurch notwendig gewordenen Prävention, zuallermindest für die nächsten Jahre der Beschwerdeführerin eine 3/4 -Rente zuzugestehen. 3.1 .4

Am 31. Oktober 2006 (Urk. 7/158/14 ff.) berichtete Prof. Dr. H.____ zuhanden des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin und führte aus, die am 14. Juni 2004 (Urk. 7 /123/1-4) bestätigte Arbeitsfähigkeit von 50 % ab Juni 2002 sei so zu verstehen, dass man verkrampft an der Möglichkeit festgehalten habe, eine solche Stelle zu finden und dann auch ausfüllen zu können, da man davon ausgegangen sei, dass bei einer Arbeitsbelastbarkeit von unter 50 % praktisch kein Arbeitsplatz gefunden werden könne.

Die einzelnen Verschlechterungen legte er wie folgt dar: (1) Eine sukzessive Zunahme der schmerzhaften Probleme nicht nur innerhalb des Schultergürtels samt den beiden Armen,

sondern inn erhalb des gesamten Kö r pers seit Ende 1999. (2) Zugenommen habe eindeutig die Engpass-Symptomatik au f der rech ten Gegenseite, die sich überprüfbar in einer rascher als zuvor auftretenden Ermü dung der Faustschlusskraft, einer Ungeschicklichkeit der Handlungsfähigkeit der Hand und der Finger sowie in einer Zunahme der Armschmerzen als auch der vegetativen Begleitsymptome äussere. (3) Dieselbe negative Entwicklung habe auch den primär betroffenen linken Arm erfasst. (4) Die kontinuierliche Ausbrei tung der begleitenden myotendinotischen Befunde, insbesondere des gesamten Schultergürtels einschliesslich der beiden Arme, führe zu einer we sentlichen Ein busse der Handlungsfähigkeit insbesondere für feinmotorische Aufgaben. (5) Unübersehbar zugenommen hätten die weichteilrheumatischen Palpationsbe funde sowie die damit einhergehenden Beschwerden im Rahmen der generalisier ten Myotendinose : immer häufiger und akuter trete die Epikondylopathia

humeri

radialis auf beiden Seiten auf, die Periarthropathia

humero

scapularis links, die Periarthropathia

genu links sowie der mit den weichteil rheumatischen Befunden einhergehende Kraftverlust im linken Bein. (6) Schliess lich träten intermittierend immer wieder subdepressive Phasen auf, wel che die Durchführung der verordne ten Eigenbehandlung einschränke.

Prof. Dr. H.____ schloss, es sei zugegebenermassen schwierig, eine lin eare Progres sion eines derart umfangreichen Leidens zu quantifizieren und Schritte von 10 % wirklich auch metrisch darzulegen. Die 50 % hätten sich immer als ein erstreb bares , aber illusionär es Ziel der Therapie erwiesen. 3.2

Die Beschwerdegegerin stellte in der angefochtenen Verfügung vom 1 0. Dezem ber 2019 (Urk. 2) im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten der A.____ vom 4. November 2018 (Urk. 7/250) sowie das psychiatrische Gutachten von Dr. B.____ vom 1 1. Februar 2019 (Urk. 7/263) ab. 3.2 .1

Die Gutachter der A.____

notierten folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/250/9): - Chronisches Panvertebralsyndrom bei Fehlhaltung und Fehlbelastung der Wirbelsäule sowie muskuläre Dysbalance - Chronische Spannungstypkopfschmerzen - leichte bis mittelstarke kognitive Störung und eine verminderte psycho mentale Dauerbelastbarkeit (es werden Auffälligkeiten im Bereich der Aufmerksamkeit, dem Gedächtnis und bei den exekutiven Leistungen objektiviert)

Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit qualifizierten sie folgende Diagno sen: - Nikotinabusus (ca. 30 py) - Insomnie , am ehesten schmerzbedingt (differentialdiagnostisch ps ychisch überl agert) - Status post stumpfes Thoraxtrauma links mit Pneumothorax links , mul tiplen Rippenfrakturen dorsal , nicht dislozierter lateraler Claviculafraktur links - Status post Beckenfraktur mit - nicht dislozierter Acetabulumfraktur links - minim dislozierter, l ateral verlaufender Fraktur der Massa lateralis des Os sacrum rechts ohne Beteiligung des Iliosacralgelenkes

- parasymphysärer Fraktur links - oberer Schambeinastfraktur rechts - Status post

transaxillärer Resektion der 1. Rippe links am 16.06.95 wegen neurovaskulärem Schultergürtelkompressions-Syndrom links - Thoracic- Outlet Syndrom beidseits

- Rezidivierendes Halswirbelsäulen(HWS) -Syndrom mit/bei - im Röntgen und MRI (30.09.2013) nachgewiesene n degenerative n Ver änderungen mit Spondylose C5/6, leichtere Spondylarthrosen in allen Etagen, Unkarthrose C6 beidseitig - Diskusprotrusionen ohne Kompressionseffekt C3/4, C4/5, C5/6, Dis kushernie C6/7

Aus neurologischer und orthopädischer Sicht sei die Beschwerdeführerin in der angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit zu 20 % arbeitsunfähig. Aus neuropsychologischer Sicht sei sie in der angestammten Tätigkeit als Daten erfasserin voll und in einer Verweistätigkeit zu 30-50 % arbeitsunfähig.

Hieraus ergebe sich aus interdisziplinärer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit von 100 % und in einer Verweistätigkeit von 30-50 % . Dabei gä lten die seitens des neuropsychologischen Teilgutachten s geäusserten Überlegungen: Bei der neuropsychologischen Untersuchung resultiere eine leichte bis mittelstarke kognitive Störung (wie bereits in der neuropsychologischen Untersuchung im Jahre 1998). Es zeig t en sich Auffälligkeiten im Bereich der Auf merksamkeit, bei den exekutiven Leistungen und auch im mnestischen Bereich. Mit d em erhobenen Leistungsprofil sei eine verwertbare Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit (erster Arbeitsmarkt) eher fraglich und es wäre eine Anstellung in einer leidensangepassten Tätigkeit sinnvoller.

Dabei sei von einer m ultifaktoriellen Genese auszugeh en. Aufgrund des kogniti ven Ausfallm usters sei anzunehmen, d ass dies eine Folge der Hirnverletzung beim Unfall sei, weiter habe die chronische Schmerzsymptomatik einen negativ beein flussenden Anteil auf die kognitive Leistung und aufgrund der Aktenlage und einzelnen Äusserungen der Beschwerdeführerin werde auch eine psychische Stö rung angenommen (dazu unte n mehr). Beim Aktenstudium falle auf, dass nach dem Unfall eine leichte bis mittelstarke kognit ive Störung diagnostiziert worden sei , jedoch im Verlauf kaum me hr darauf eingegangen worden sei. Es sei dazumal eine Bildgebung zur differenzierten Abklärung empfohlen worden , au fgrund der zur Verfügung gestellten Akten sei jedoch davon auszugehen, dass eine Bildge bung vom Hirn nie stattgefunden ha be. Es wü rden im Bericht aus dem Jahr 1998 Verhaltensauffälligkeiten beschrieben, welche einerseits auf vorbestehende psy chische Probleme zurückgeführt w ü rden, andererseits durchaus auch als Folge der Hirnverletzung (im Sinne einer dysexekutiven Verhaltensverände rung /Wesensveränderung) denkbar seien . Die ganze Geschichte sche ine sich über die Jahr e chronifiziert zu haben und die Beschwerdeführerin habe beispielsweise auch k aum noch soziale Kontakte. Sie zeige sich bei der Unt ersuchung auch auf fällig und sei sehr logorrhöisch. Gerade bei dysexekutiven Schwierigkeiten (nicht nur die kognitiven , sondern auc h betreffend Verhalten im sozialen Kontakt) k ö nn e sich die berufliche Wiedereinglieder ung sehr schwierig gestalten, we rd e dem nie eine Beachtung geschenkt, kö nn e dies zu ständigem Scheitern führen. Die Beschwerdeführerin habe selber den Fokus auch wenig auf die kognitiven Schw ierigkeiten gesetzt. Über die Jahre habe sie sich wahrsc heinlich daran gewöhnt und es sei für sie zur Normalität geworden. Weiter sei auch nicht aus zuschliessen, ob aufg rund der Hirnverletzung diesbezüglich eine allfällige ver minderte Störungseinsicht vorhande n sei. Weiter bestehe nun auch nach so lan ger Abwesenheit vom Arbeitsmarkt die Möglichke it, dass zusätzlich eine kogni tive Dekompensation im Gange sei. Betreffend Psychopathologie kö nn e f estge halten werden, dass sie viel Zeit für die Beschwerdeanamnese beansprucht habe . Da sie auc h zu spät zur Untersuchung gekommen

sei, habe bei der neuropsychologischen Untersuchung nicht noch detailliert auf das psychische Befinden und mögliche psychopathologische Symptome eingegangen werden können (ausser dem wäre dies ja auch ein Auftrag für den Psychiater). Dennoch zeigt es sich aus neuropsychologischer Sicht hierfür Hinweise - zu denken wäre an Symptome im Bereich Depression, Angststörung oder auch mögliche Zwangsgedanken auf der Grundlage einer schweren Kindheit und Jugendzeit. Weiter stelle sich auch die Frage, inwiefern die ganze chronische Schmerzgeschichte einzuordnen sei. Auf jeden Fall sei es unverständlich, dass kein psychiatrisches Gutachten beauftragt worden sei und für eine abschliessende Beurteilung wäre dies sehr wichtig.

Eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes, wie dies wiederholt von Prof. Dr. H.____ postuliert worden sei, konnten sie aus somatischer Sicht nicht erkennen. Sollte es zu einer Verschlimmerung gekommen sein, so wäre dies auf psychischer Ebene zu begründen (Urk. 7/250/11 f.). 3.2.2

Dr. B.____ notierte in seinem Gutachten vom 11. Februar 2019 keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte er eine Nikotinabhängigkeit (ICD-10 F17.25).

Bei der Beschwerdeführerin könne aktenmässig von einem schweren Verkehrsunfall am 18. April 1998 mit leichter Hirnverletzung sowie nachfolgender Entwicklung einer Angst- und depressiven Störung gemischt ausgegangen und als sehr plausibel angenommen werden. Unter den etablierten therapeutischen Massnahmen, auch wenn gleich unregelmässig, könne bis 2005 von einer Verbesserung der psychischen Verfassung und nur intermittierenden Phasen der subdepressiven Symptomatik mit Verlust von Geduld und Perspektiven ausgegangen werden. Seit 2005 nehme sie keine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung wahr, was auf fehlende psychische Probleme mit Krankheitswert bereits seit mindestens 2005 hindeute.

Anlässlich der Untersuchung vom 4. Februar 2019 präsentiere sie sich in psychopathologischer Hinsicht weitgehend unauffällig. Ergänzend zu den anamnestischen Angaben über jahrelange Schlafstörungen, eine vollständig erhaltene Tagesstruktur, regelmässige Pflege der sozialen Kontakte sowie erhaltene Fahrtauglichkeit, könne gegenwärtig von keiner Störung aus dem affektiven Formenkreis ausgegangen werden. Aufgrund der erhobenen anamnestischen Angaben ergäben sich keine Hinweise auf eine genetische Vorbelastung oder Persönlichkeitsfaktoren für die Entwicklung psychiatrischer Erkrankungen. Sie sei zwar ohne Mutter aufgewachsen, ihre Kindheit sei aber ohne traumatische Ereignisse verlaufen und damit ergäben sich keine Hinweise auf die Bildung einer Persönlichkeitsstörung in der frühen Kindheit. Sie habe im Heimatland die Primarschule mit besten Noten abgeschlossen, womit bei ihr sowohl eine Intelligenzminderung als auch Verhaltensstörungen oder sonstige psychische Probleme mit Krankheitswert in der Kindheit, Pubertät und frühen Erwachsenenalter ausgeschlossen werden könnten. Sie habe bis zum Unfall am 18. April 1998 ein ganz unauffälliges Leistungsniveau aufgewiesen. Dazu ergäben sich bis zum Unfallereignis keine Hinweise auf ein anhaltend auffälliges Verhaltensmuster bezüglich Kognitionen, Wahrnehmungen und sozialen Interaktionen sowie keine Hinweise auf anhaltende Störungen der Impuls- und Affektkontrolle, womit die prämorbid psychischen Probleme mit Krankheitswert inklusive einer Persönlichkeitsstörung klar ausgeschlossen werden könnten. Unmittelbar nach dem Unfall vom 18. April 1998 könne aktenmässig und anamnestisch sehr plausibel von der Entwicklung einer Angst- und depressiven Störung gemischt ausgegangen werden,

die ganz klar auf die veränderte Lebenssituation und auf die quälenden körperlichen Schmerzen zurückzuführen sei und damit als reaktives Geschehen betrachtet werden könne. Auch ohne psychopharmakologische Behandlung sei es sowohl aktenmässig als auch anamnestisch gelungen, die veränderte Lebenssituation funktional zu verarbeiten und das eigene Leben den körperlichen Beschwerden anzupassen und funktional zu gestalten. Aufgrund der entwickelten Angst- und depressiven Störung gemischt könne in sozialmedizinischer Hinsicht nach dem Unfall von einer vorübergehenden Teilarbeitsunfähigkeit ausgegangen werden, wobei ihr seit mindestens 2005 aus psychiatrischem Fachgebiet bei fehlenden Hinweisen auf psychische Probleme mit Krankheitswert keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Längsschnitt mehr attestiert werden könne. Auch anlässlich der jetzigen psychiatrischen Exploration weisen sie objektiv ganz unauffällige psychokognitive Funktionen auf und bei anamnestisch erhaltenen sozialen Fertigkeiten könne weder in der Querschnittsbeurteilung noch in der Längsschnittbeurteilung zukünftig eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht attestiert werden. Sie nehme anamnestisch seit über 10 Jahren die Therapieoptionen auf psychiatrischem Fachgebiet nicht mehr wahr und zur Erhaltung der vollen Arbeitsunfähigkeit seien

diese auch nicht notwendig. Allerdings könne ihr bei geklagten Schlafstörungen und anhaltenden muskuloskelettalen Schmerzen eine schlaffördernde und schmerzdistanzierende medikamentöse Behandlung empfohlen werden. Mit Verbesserung der Schlafqualität sei auch mit einer Verbesserung der allgemeinen psychischen Belastbarkeit der Beschwerdeführerin, Rückbildung der intermittierenden Gereiztheit und der affektiven Schwankungen und somit mit einer Verbesserung der allgemeinen Lebensqualität zu rechnen (Urk. 7/263/11 f.). 3.2.3

Am 10. Mai 2019 nahm Prof. Dr. H. ___ zuhanden des Rechtsvertretes der Beschwerdeführerin Stellung (Urk. 7/276).

Prof. Dr. H. ___ führte aus, er betreue die Beschwerdeführerin seit 1998, damals noch in der Rehaklinik G. ___. Im Jahr 2004 sei als Versuch einer Reintegration in den Arbeitsprozess eine Beschäftigung an einem Arbeitsplatz mit einer Belastung von 50 % aufgenommen worden, der auf Grund der zunehmenden Befunde und Beschwerden wiederum habe abgebrochen werden müssen. Die damalige - offenbar euphorische - Beurteilung sei auch unter der therapeutischen Unterstützung offensichtlich nicht realisierbar gewesen. Die aktuelle Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit betrage gemäß der Konsensbeurteilung vom 4. November 2018 50- 70 % in einer angepassten Tätigkeit. Auf die verschiedenen Fachdisziplinen bezogen betrage die Restarbeitsfähigkeit 80 % (Neurologie), 100 % allgemeine Innere Medizin, 80 % Orthopädie und 50 - 70 % Neuropsychologie. Allerdings werde im neuropsychologischen Gutachten die bestehende Arbeitsunfähigkeit bezogen auf ein 100%-Pensum auf 70 %

festgelegt. Aus den Gutachten werde der Unterschied zwischen Restarbeitsfähigkeit auf Grund der neuropsychologischen Beurteilung von 50 - 70% (Konsensbeurteilung) und 30% (neuropsychologische Beurteilung) nicht ersichtlich bzw. nicht begründet. Wenn man vom Aspekt der Chronifizierung der Befunde und Beschwerden und der aktuellen gesamtheitlich bestehenden Befundsituation ausgehe, betrage eine einigermaßen regelmäßig realisierbare Arbeitsbelastung nicht mehr als 30 %, wobei auch diese praktisch unmöglich zu realisieren sei.

Die aktuellen Diagnosen und Probleme seien folgende: - Seit langem chronifizierte neurogene Engpass-Symptomatik der oberen Thorax-apertur (thoracic

outlet

syndrome; TOS) beidseits, links mehr als rechts, mit - über die Zeit summiert kontinuierlich zunehmender Kraftlosigkeit der Arme samt den Händen bei repetitiver oder andauernder Belastung der Arme bzw. der Hände - gewissen Symptomen in Richtung eines CRPS I links (Bericht der Rheumatik)

des J. ___ vom 31.05.2012, Hospitalisation 29.05.-01.06.2012) - Sekundär-reaktive generalisierte Myotomie mit nachweisbarem Übergang in eine Fibromyalgie mit - Schwerpunkten (zusätzlich zu den beiden Armen): rechtes Handgelenk; Periarthropathia coxae und genu links; Periarthropathia

coxae rechts seit Sommer 2018; Beschwerden rund um die beiden Kniegelenke - gehäuft symmetrischen occipito-parietalen Kopfschmerzen - immer neuen dazugekommenen vegetativ-dysregulatorischen Symptomen, u.a. anamnestischen vasovagalen Synkopen - verschieden stark, aber teils sehr stark ausgeprägten Schlafstörungen samt damit verbundenen Leistungsdefiziten am Folgetag - schmerzhafter Kibler-Falte und lokal schmerzhafter Panniculose auf Grund lokaler Schwellungen des subkutanen Fettgewebes - Aktiviertes Os tibiale externum samt Ganglion sowie leichter Tendinopathie der Tibialis

posterior-Sehne links (Bericht der Klinik K. ___ vom 09.01.2019) mit - Beschwerdebeginn im Verlauf November 2018 unter ungewohnten körperlichen Belastungen (Wohnungswechsel) - Langjährige, nie zu einem Abschluss gekommene Zahn- und Biss-Probleme - Persönlichkeit und Verhaltens-Auffälligkeiten (aus rehabilitativer Sicht) - situativ-reaktive Einbrüche der Belastbarkeit, der vegetativ-emotionalen Ausgeglichenheit/Stabilität und der seelischen Befindlichkeit (verborgene Ängste; depressive und Hypervigilanz-Phasen; Zwanghaftigkeit) - unnachgiebig und teils aggressiv das Recht suchend (Kohlhaas-Verhalten) - stark auf Äusserlichkeiten achtend: Kleidung, teils ausgewählte Mahlzeiten; verminderte Selbstreflexion; teils unangenehm fordernd bei - meines Erachtens ausgezeichnet-differenziert dargestellter Persönlichkeit mit ihrem besonderen Verhalten und den belegten kognitiven Einschränkungen im neuropsychologischen Teilgutachten - seines Erachtens nicht überzeugende psychiatrischen Teilgutachten

Im Unterschied zu den vorliegenden polydisziplinären Gutachten gehe es in der vorliegenden Darstellung um die Begründung einer Verschlechterung seit 2002/2004. Die Verschlechterung/Chronifizierung entspreche einem aktiven Prozess, der sich in Form einer lokalen Ausweitung der Befunde/Beschwerden, in einer Häufung von jeweils aktuellen, teils zu Notfallbehandlungen führenden akuten Beschwerdepunkten zeige und zu immer neuen diagnostischen Abklärungen führe, wobei es bisher nicht gelungen sei, diesen Prozess zu unterbrechen. Dieser Chronifizierungs-Prozess äussere sich hauptsächlich einerseits in einer Abnahme der funktionellen Belastbarkeit des linken Armes bzw. der linken Hand sowie in einer sekundären Zunahme derselben Symptomatik auch im rechten Arm und andererseits in einer zunehmenden topographischen Ausweitung der schmerzhaften Weichteilbefunde, zu der sich zunehmend vegetativ-dysregulatorische Symptome gesellten, die auf den Übergang in Richtung einer Fibromyalgie hinwiesen. Es

sei schwierig, diesen fortschreitenden Prozess zu übersehen.

Prof. Dr. H. ___ kritisierte am Gutachten der A. ___ , dass verschiedene Standardtests zur Bestimmung des Vorhandenseins bzw. der aktuellen Schwere des TOS sowie keine Muskel- und Dehnstest durchgeführt worden seien. Die Tatsache, dass erst im Verlaufe einer fortgesetzt repetitiven Belastung die Beschwerden/ Schwächen entstanden, sei ausser Acht gelassen worden. Bei der Symptomatologie des TOS seien ein- oder mehrmalige Arm- oder Handbeanspruchungen

typischer Weise (noch) nicht beeinträchtigt .

Nicht erkannt und deshalb im Sinne einer Zusammenschau nicht gewürdigt worden

sei das ganz charakteristische Befund-/Beschwerdebild der sich progredient ausweitenden Weichteilsymptomatik im Sinne einer generalisierten Myotendinose

mit dem allmählichen Übergang in eine Fibromyalgie auf Grund der sich häufig und immer wieder einstellenden vegetativ-dysregulatorischen Symptome - dazu gehören die schmerzhaften, symptomreichen Haut- und Unterhaut. Die Literatur zur wissenschaftlich überzeugend dargestellten Entstehung solcher ganz charakteristischen Ganzkörper-Befunde sei zahlreich.

An keiner Stelle sei auf das Vorhandensein von myofaszialen Triggerpunkten in der hauptsächlich der Schultergürtelmuskulatur mit ihren provozierbaren Schmerz-Ausstrahlungen hingewiesen worden. 3.

E. 2.4

Am 16. September 2019 (Eingangsdatum) nahm Prof. Dr. H. ___ erneut zu Handen der Beschwerdeführerin Stellung (Urk. 7/290).

Darin listete er neu ausgewählte diverse Berichte bzw. Behandlungen und Untersuchungen auf, welche seit 2002 durchgeführt wurden , und konstatierte, dass dies ausgewählte Hinweise auf den fortschreitenden Chronifizierungsprozess seien. Des Weiteren listete er auf, welche Untersuchungen seines Erachtens noch notwendig gewesen wären , und nennt Befunde, welche seines Erachtens nicht erkannt oder zu wenig gewürdigt worden seien. 4.

Strittig und zu prüfen ist, ob ein Revisionsgrund bzw. eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin überwiegend wahrscheinlich erstellt ist. 4.1

Das Gutachten der A. ___ vom 4. November 2018 sowie das psychiatrische Gutachten von Dr. B. ___ vom 11. Februar 2019 erfüllen sämtliche rechtsprechungsgemäss erforderlichen Kriterien für beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen (vgl. E. 2. 2). Sie beruhen auf fachärztlichen Untersuchungen durch die Gutachter (Urk. 7/250/83 ff.; Urk. 7/250/109 ff.; Urk. 7/250/129 ff.; Urk. 7/250/ 163 ff.

Urk. 7/263/6 ff.) und wurden in Kenntnis der relevanten Vorakten (Urk. 7 /250/21 ff.; 7/250/145 ff.; Urk. 7/263/2 ff.) abgegeben. Sie würden die vorhandenen Arztberichte sorgfältig (Urk. 7/250/122 f.; Urk. 7/250/136; Urk. 7 /263/5 f., Urk. 7/263/15.), berücksichtigen die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden und setzen sich mit diesen hinreichend auseinander. Die Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ist für die in casu streitigen Belange einleuchtend und die Gutachten sind

diesbezüglich schlüssig. 4.2

Aus neurologischer , allgemein internistischer und orthopädischer Sicht

ist eine wesentliche Verschlechterung - entgegen den Ausführungen von Prof. Dr. H.____ - nicht überwiegend wahrscheinlich. 4.2.1

Die Gutachter der A.____ stellten in der Konsensbeurteilung zuerst die früher beklagten Beschwerden und den Krankheitsverlauf dar und hielten die aktuell beklagten Beschwerden fest (Urk. 7/250/7 f.). Sie legten bezüglich des Verlaufs dar, dass eine retrospektive abschliessende Überprüfung der echtzeitlich erhobenen Befunde und gestützt darauf vorgenommenen Diagnosen nicht möglich sei. Auf Grundlage der aktuell erhobenen Befunde und daraus abgeleiteten Diagnosen erschienen die echtzeitlich vorgenommenen, als wesentlich erachteten Beurteilungen als nachvollziehbar, da sie die Arbeitsfähigkeit auf die bisherige Tätigkeit bemessen hätten. Sie sähen auch eine volle Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Arbeit. Hingegen sähen sie eine Restarbeitsfähigkeit von 50-70 % in einer angepassten Tätigkeit, welche seit mindestens 10 Jahren gegeben sei. Eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes könnten sie aus somatischer Sicht nicht erkennen (Urk. 7/250/13; vgl. E. 3.2.1).

Der neurologische Gutachter hielt fest, dass wie bereits bei früheren aktenkundigen Untersuchungen kein klar greifbares neurologisches-fokales Defizit bestehe und im Vergleich zu früheren Untersuchungen keine sichere Verschlechterung festgehalten werden könne (Urk. 7/250/86). Die neurologisch attestierte Arbeitsunfähigkeit von 20 % sei in den letzten 10 Jahren stationär geblieben (Urk. 7/250/89).

Auf allgemein-internistischem Fachgebiet wurde keine Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit festgehalten - ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wurde ein Nikotinabusus diagnostiziert (Urk. 7/250/111).

Der orthopädische Gutachter verzichtete auf die Vornahme einer retrospektiven Beurteilung einer potenziellen Entwicklung einer Verweistätigkeit, da dies als spekulativ erachtet werde. Für die zukünftige Entwicklung der Arbeitsfähigkeit sei in der Tätigkeit als Bürokraft/Datenerfasserin von einer Arbeitsfähigkeit im Umfang von 100 % Präsenzzeit bei 80 % Leistungsfähigkeit auszugehen (Urk. 7/250/139). 4.2.2

Die von Prof. Dr. H.____

in seinem Bericht vom 10. Mai 2019 und vom

16. September 2019 attestierten Beschwerden und Diagnosen (vgl. E. 3.2.3 und E. 3.2.4) wurden von ihm wiederholt bereits im Rahmen der Revision im Jahr 2006 (vgl. E. 3.1.2, E. 3.1.3 und E. 3.1.4) beschrieben. Des Weiteren beschreibt er eine seines Erachtens eingetretene Chronifizierung, allerdings wurden diese Befunde im Wesentlichen auch von den Gutachtern selbst erhoben und berücksichtigt. Darüber hinaus macht er keine konkreten, objektiv fassbaren Aspekte namhaft, die den ärztlichen Experten entgangen sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 2. August 2006 U 58/06 E. 2.2) oder die zu einer anderen rechtlichen Beurteilung Anlass geben würden. 4.2.3

Der im Rahmen des Beschwerdeverfahrens

eingereichte Bericht von Dr. med. L.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates (Urk. 12/2), vom 15. April 2020 ist im vorliegenden Beschwerdeverfahren grundsätzlich nicht mehr zu berücksichtigen. Der Vollständigkeit halber ist allerdings festzuhalten, dass Dr. L.____ keine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bzw. keine detaillierte Beschreibung der funktionellen Auswirkungen eines allfälligen Gesundheitsschadens vornimmt und nebst den somatischen Diagnosen

auch die von der Beschwerdeführerin beklagten psychischen Beschwerden berücksichtigt. Damit vermag er - entgegen den Ausführungen der Beschwerdeführerin - das Gutachten nicht in Zweifel zu ziehen.

Auch aus den Ausführungen aus dem Bericht von Dr. Dr. C.____, Chiropraktor SCG/ECU, vom 9. Juli 2020 gehen keine Befunde hervor, welche eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes überwiegend wahr scheinlich erscheinen lassen (Urk. 14) . Eine nachvollziehbare Begründung der durch ihn geschätzten Arbeitsfähigkeit von 10-20 % in geschütztem Rahmen unterbleibt. Dieser Bericht vermag entsprechend keinen weiteren Abklärungsbedarf zu begründen oder das Gutachten in Zweifel zu ziehen. 4.3 4.3.1

Die Beschwerdeführerin brachte insbesondere vor, dass gestützt auf das neuropsychologische Gutachten von einer Verschlechterung auszugehen sei. Diese werde mit einer Chronifizierung der neuropsychologischen Symptomatik wie auch der Schmerzsymptomatik begründet, woraus eine Arbeitsunfähigkeit von 70 % in einer leidensangepassten Tätigkeit erfolge (Urk. 1). 4.3.2

Die neuropsychologischen Gutachterinnen der A.____ diagnostizierten eine leichte bis mittelstarke kognitive Störung und eine verminderte psychomentele Dauerbelastbarkeit. Es seien Auffälligkeiten im Bereich der Aufmerksamkeit, dem Gedächtnis und bei den exekutiven Leistungen objektiviert worden (Urk. 7/250/165). Dies entspricht im Wesentlichen den von Prof. Dr. F.____ sowie Dr. phil. E.____ erhobenen Befunden aus dem Jahr 1998 (vgl. E. 3.1.1).

Dementsprechend konstatierten die neuropsychologischen Gutachterinnen der A.____, dass sich im Vergleich zu vor 20 Jahren eine gleich stark ausgeprägte kognitive Störung objektivieren lasse, so dass von einer Chronifizierung ausgegangen werde. Weiter werde auch ein zusätzlicher negativer Einfluss der chronischen Schmerzsymptomatik sowie einer wahrscheinlich bestehenden psychopathologischen Symptomatik angenommen (Urk. 7/250/169).

Die Chronifizierung alleine vermag keine wesentliche Veränderung der kognitiven Störung überwiegend wahrscheinlich machen, da die Gutachterinnen konstatierten, dass diese gleich stark ausgeprägt sei wie im Zeitpunkt der Untersuchung durch Prof. Dr. F.____ und Dr. phil. E.____ im Jahr 1998. 4.4

4.4.1

Die Beschwerdeführerin brachte des Weiteren vor, dass gestützt auf den im Beschwerdeverfahren eingereichten Bericht von Dr. med. D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 10. Februar 2020 eine wesentliche Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes ausgewiesen sei (Urk. 11, Urk. 12/1). 4.4.2

Dr. B.____ führte aus, dass die Beschwerdeführerin nach dem Verkehrsunfall 1998 eine Angst- und depressive Störung gemischt entwickelt habe. Unter den etablierten therapeutischen Massnahmen, auch wenn gleich unregelmässig, könne bis 2005 von einer Verbesserung der psychischen Verfassung und nur intermittierenden Phasen der subdepressiven Symptomatik mit Verlust von Geduld und Perspektiven ausgegangen werden. Seit 2005 habe sie keine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung aufgenommen, was auf fehlende psychische Probleme mit Krankheitswert seit mindestens 2005 hinweise (Urk. 7/263/11).

Dr. D.____ behandelt die Beschwerdeführerin nach notfallmässiger Intervention bei subakuter suizidaler Krise im November 2019. Die Beschwerdeführerin zeige klinisch-objektiv bei ausgeprägten Dissimulationstendenzen ausgeprägte atypische depressive Kernsymptome mit hoher intrapsychischer Spannung, verminderter affektiver Modulationsfähigkeit und streckenweise ausgeprägter Starrheit im Gefühlsausdruck, negatives Gedankenkreisen und subjektiv erlebte grosse Hilflosigkeit mit Lebensüberdruß/Todeswunsch durch eine beklagte überdauernde Schmerzsymptomatik mit Limitierung der sozialen und privat-persönlichen Lebensbereiche. Entsprechend der störungstypisch beklagten Symptomatik mit Stimmungstiefs, Handlungsblockaden, hoher Reizbarkeit, regelmässigen Problemen bei der Impulskontrolle bzw. Affekt- und Emotionsregulation mit Affektlabilität und sensitiver emotionaler Ansprechbarkeit, erhöhter Ambivalenz und verminderter Durchhaltefähigkeit für Alltagsbelastungen ergebe der BDI-Summenwert eine relevante affektpathologische Störung (26 Punkte). Die regelmässigen krisenhaften Zuspitzungen würden durch spezifische psychotherapeutische Strategien der Stabilisierung und Ressourcenaktivierung, auch mit akzeptanzorientierten Strategien, medikamentös anxiolytisch mit Seroquel /Temesta behandelt (Urk. 12/1). 4.4.3

Die Aufnahme einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Therapie seitens der Beschwerdeführerin alleine reicht - gerade auch mit Blick darauf, dass dies im Rahmen des bereits laufenden Revisionsverfahrens und nach in Aussicht stellen der Abweisung des Erhöhungsgesuches erfolgte - nicht, um eine relevante Verschlechterung des psychiatrischen Gesundheitszustandes nach der Begutachtung durch Dr. B.____

überwiegend wahrscheinlich erscheinen zu lassen. Eine allfällige Verschlechterung des Gesundheitszustandes müsste darüber hinaus von einer gewissen Dauer sein, damit dies invalidenversicherungsrechtlich relevant wäre (vgl. Art. 88a Abs. 2 IVV) - dies kann bei einer subakuten suizidalen Krise nicht ohne Weiteres angenommen werden. In casu vermag der Bericht von Dr. D.____ keine relevante langandauernde Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes überwiegend wahrscheinlich erscheinen lassen, welche einen weiteren Abklärungsbedarf im aktuellen Verfahren begründen würde. 4.5

Zusammenfassend ist aufgrund der insoweit hinreichend aufschlussreichen und aussagekräftigen Aktenlage festzuhalten, dass sich die Verhältnisse der Beschwerdeführerin seit Erlass des Einspracheentscheids vom 3. Oktober 2006 bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 10. Dezember 2019 (Urk. 2) nicht anspruchrelevant verändert haben, womit es an einem Revisionsgrund fehlt. Damit erübrigen sich – entgegen den Ausführungen der Beschwerdeführerin (Urk. 1, Urk.

E. 6

unter Beilage ihrer Akten, Urk. 7/1-296). Mit Schreiben vom 25. März 2020 zog die Beschwerdeführerin das Gesuch um unentgeltliche Rechts pflege zurück (Urk. 9) und nahm am 19. Mai 2020 erneut Stellung (Urk. 11), worüber die Beschwerdegegnerin am 25. Mai 2020 in Kenntnis gesetzt wurde (Urk. 13). Am 21. Oktober 2020 (Urk. 14) legte die Beschwerdeführerin den Bericht von Dr. C.____, Chiropraktor SCG/ECU, vom 9. Juli 2020 ins Recht (Urk. 15). 3.

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

1.

Die Beschwerdegegnerin hielt in der angefochtenen Verfügung dafür, dass unter Berücksichtigung des polydisziplinären Gutachtens der A. ___ sowie des psychiatrischen Gutachtens von Dr. B. ___ von einer unveränderten Restarbeitsfähigkeit auszugehen sei, womit weiterhin Anspruch auf eine halbe Rente bestehe (Urk. 2).

Die Beschwerdeführerin hielt demgegenüber dafür, dass gestützt auf das neuropsychologische Teilgutachten von einer Arbeitsunfähigkeit von 70 % auszugehen sei, womit ab dem Zeitpunkt des Revisionsgesuches per Mai 2017 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente bestehe. Es sei nicht nachvollziehbar, warum in der Konsensbeurteilung lediglich von einer 30-50%igen Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ausgegangen werde. Hinzu kämen Mängel des neurologischen Gutachtens und der Verdacht, dass die Ergebnisse der ENMG-Abklärung manipuliert worden seien. Auch das psychiatrische Gutachten vermöge nicht zu überzeugen - hinzu komme, dass die Beschwerdeführerin seit einigen Monaten in psychiatrischer Behandlung sei und der behandelnde Psychiater Dr. med. D. ___ eine wesentliche psychische Gesundheitsstörung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit attestiere. Aus somatischer Sicht sei das Gutachten unter Berücksichtigung der Berichte der behandelnden Ärzte ebenfalls stark bagatellisierend. Wenn folglich nicht die Einschätzung des neuropsychologischen Gutachtens übernommen werde, sei die Sache zurückzuweisen zu weiteren Abklärungen (Urk. 1 und Urk.

E. 11

) - weitere Abklärungen .

Die angefochtene Verfügung erweist sich als rechtens und die Beschwerde ist entsprechend abzuweisen . 5.

Gestützt auf Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert unter Berücksichtigung des gesetzlichen Rahmens (Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.--) auf Fr. 800.-- festzusetzen und der unterliegenden Beschwerdeführer in aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2 .

Die Gerichtskosten von Fr. 800 .-- werden Beschwerdeführerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zuge stellt. 3 .

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Daniel Christe - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle , unter Beilage je einer Kopie von Urk.

E. 14

und Urk.

E. 15

- 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 Bundesge

setzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

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