

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00734 vom 30. Dezember 2005

ZH Sozialversicherungsgericht, 2005-12-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00734

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00734 du 30 décembre 2005

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00734 del 30 dicembre 2005

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 Allge meinen 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 kom menden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der ge sundheitlichen 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 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) Versicherte, die: a.

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

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

E. 1.3

Nach lit . a Abs. 1 der am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Schlussbe stim mungen der Änderung vom 1 8. März 2011 des IVG (6. IV-Revision, erstes Mass nahmenpaket; 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 Ja h ren nach Inkrafttreten dieser Änderung überprüft. Sind die Voraussetzungen nach Artikel 7 ATSG nicht erfüllt, so wird die Rente herabgesetzt oder aufge hoben, 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 bezie hungsweise -aufhebung ist nicht auf vor dem 1. Januar 2008 zugesprochene Renten beschränkt. Erging die fragliche Rentenzusprache aber bereits in Beach tung 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). Demnach ist die Schlussbestimmung bei kombinierten Beschwerden anwendbar, wenn die unklaren und die «erklärbaren» Beschwerden – sowohl diagnostisch als auch hinsichtlich der funktionellen Folgen – auseinandergehalten werden können. Ein organisch bedingter Teil der Arbeitsfähigkeit kann bei Anwendbarkeit der Schlussbestimmung neu beurteilt werden, sofern eine Veränderung im Sinne von Art. 17 ATSG eingetreten ist. Insoweit wird im Anwendungsbereich der Schlussbestimmung vom Grundsatz abgewichen, dass die Verwaltung im Rahmen einer materiellen Revision – um eine solche handelt es sich auch hier – den Rentenanspruch in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht umfassend prüft (Urteil des Bundesgerichts 9C_121/2014 vom 3. September 2014 E. 2.4.2 mit Hinweisen).

Ist ein « Mischsachverhalt » gegeben, bei dem es unmöglich ist festzustellen, wie gross der Anteil der organisch bedingten Beschwerden bei der Rentenzusprechung war, wäre ein Abstellen auf die aktuelle gutachtliche Einschätzung nicht zu vereinbaren mit der Rechtsprechung, wonach der auf erklärbaren Beschwerden beruhende Teil der Invalidität unter dem Rechtstitel der Schlussbestimmung nicht überprüft werden kann. In einem solchen Fall bestimmt sich die (zu einer integralen

Neuprüfung führende) Anwendbarkeit der Schlussbestimmung nach folgenden dem Grundsatz: Besteht (im Zeitpunkt der Rentenzusprechung und/oder – überprüfung) neben dem syndromalen Zustand eine davon unabhängige organische oder psychische Gesundheitsschädigung, so hängt die Anwendbarkeit der Schlussbestimmung davon ab, dass die weitere (« nichtsyndromale ») Gesundheitsschädigung die anspruchserhebliche Arbeitsunfähigkeit nicht mitverursacht, das heisst letztlich nicht selbständig zur Begründung des Rentenanspruchs beigetragen hat. Wenn sie die Auswirkungen des unklaren Beschwerdebildes bloss verstärkte, bleibt eine Rentenrevision unter diesem Rechtstitel möglich (Urteil des Bundesgerichts 9C_121/2014 vom 3. September 2014 E. 2.6 mit Hinweisen).

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. 1.4

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, her abgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung 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). 2.

2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete den angefochtenen Entscheid (Urk. 2) wie folgt:
Gemäss Gutachten der Medas

Z. ___ seien der Beschwerdeführerin jegliche Tätigkeiten zu 64 % möglich. Dem könne jedoch aus versicherungsrechtlicher Sicht nicht gefolgt werden. Denn die somatische Beeinträchtigung werde mit den persönlichen Schmerzangaben begründet, was aufgrund von Beweis Schwierigkeiten nicht für eine Erwerbsunfähigkeit genüge. Die neuropsychologische Testung habe zwar eine deutliche kognitive Einschränkung ergeben, die jedoch aufgrund einer Leistungsverzerrung und einer ausgesprochenen Verdeutlichung nicht berücksichtigt werden könne. Weiter seien die psychiatrischen Befunde absolut unauffällig, weshalb auch die psychiatrisch begründete Arbeitsunfähigkeit nicht berücksichtigt werden könne. Zum heutigen Zeitpunkt liege deshalb keine erhebliche und langandauernde gesundheitliche Beeinträchtigung mehr vor, welche sich auf die Erwerbstätigkeit der Beschwerdeführerin auswirke, weshalb kein Rentenanspruch mehr bestehe. Selbst wenn auf die attestierte Arbeitsunfähigkeit von 36 % abgestellt würde, bestünde kein rentenbegründender Invaliditätsgrad mehr (S. 2). Zudem sei die Rente wiedererwägungsweise aufzuheben, denn in der Rentenverfügung vom 18. Mai 2006 sei als Validenein kommen dasjenige berücksichtigt und hochgerechnet worden, das die Beschwerdeführerin seit 2003 in der Wäscherei erzielt habe. Dabei habe es sich jedoch nicht um die im Gesundheitsfall ausgeübte Tätigkeit gehandelt. Die Verfügung vom 18. Mai 2006 sei somit bezüglich der Zusprache einer Viertelsrente ab Februar 2006 zweifellos unrichtig (S. 3).

Als weitere Begründung führte die Beschwerdegegnerin an (S. 3 unten), die körperlichen Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin seien gemäss Gutachten seit dem Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzusprache etwa gleich geblieben. Neu seien jedoch psychische Beeinträchtigungen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert worden, was einen Revisionsgrund darstelle. Auch aus diesem Grund sei die Rente per August 2016 aufzuheben (S. 4 Mitte). Da die Beschwerdeführerin seit März 2003 in einem Pensum von

24 % tätig sei, schöpfe sie ihre Restarbeitsfähigkeit, obwohl zumutbar, invaliditätsfremd nicht aus. Ein Anspruch auf Eingliederung bestehe nicht. Im Übrigen würde selbst dann kein Rentenanspruch mehr resultieren, wenn auf die Arbeitsunfähigkeit von 36 % abgestellt würde (S. 4-5). 2.2

Die Beschwerde führerin machte geltend (Urk. 1), die Voraussetzungen für eine Wiedererwägung seien nicht erfüllt, denn die Höhe der Erwerbsunfähigkeit sei von der Suva zusammen mit dem damaligen Rechtsvertreter vereinbart worden, wobei die aktuelle Arbeitssituation berücksichtigt und der im Teilpensum erzielte Lohn auf 100 % hochgerechnet worden sei. Davon habe die Beschwerdegegnerin Kenntnis gehabt und sei von einer Arbeitsfähigkeit von 5 Stunden täglich ausgegangen (S. 4 Ziff. 3). Es sei nicht ersichtlich, inwiefern das angenommene Valideneinkommen wesentlich tiefer hätte sein sollen (S. 5 Ziff. 4). Ebenso liege kein Revisionsgrund vor, denn die Schlussbestimmungen der 6. IV-Revision fänden keine Anwendung, und die Zusprache der Rente sei auch aus somatischen Gründen erfolgt (S. 6 lit. B Ziff. 1). Der somatische Gesundheitszustand sei seit der Rentenprüfung gleich geblieben, und die psychischen Einschränkungen seien bereits vorhanden gewesen (S. 6 lit. B Ziff. 3). Es treffe entgegen dem Gutachten nicht zu, dass der Hydrozephalus keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit habe, es seien deshalb mehrfache Spitalbehandlungen nötig gewesen mit je weiliger vorheriger Zustandsverschlechterung. Diesbezüglich seien weitere Abklärungen zu treffen (S. 7 Ziff. 4.2). Aus näher dargelegten Gründen könne auf das neurologische Teilgutachten nicht abgestellt werden (S. 8 Ziff. 4.3). Weshalb die aus somatischen Gründen attestierte Arbeitsunfähigkeit von 36 % nicht versicherungsrelevant sein solle, sei nicht nachvollziehbar, ebenso wenig wie die fehlende Addition der Arbeitsunfähigkeit von 30 % aus psychischen Gründen (S. 8

Ziff. 5.1-2). Weiter seien Eingliederungsmassnahmen geschuldet (S. 9 lit. C). 2.3

Streitig und zu prüfen ist die Aufhebung der Viertelsrente per 31. August 2016. 3. 3.1

Vor Erlass der Rentenverfügung vom 18. Mai 2006 (Urk. 7/30; Urk. 7/25) lagen die folgenden medizinischen Akten vor: 3.2

Die Beschwerdeführerin erlitt bei einem Auffahrunfall vom 26. Oktober 2001 ein HWS-Distorsionsstrauma (Urk. 7/7/37 Ziff. 2 und 4-6, Urk. 7/7/8) ohne Kopfanprall (vgl. Urk. 7/7/34 S. 1). Der erstbehandelnde Hausarzt Dr. med. A.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte am Unfalltag ein Schlenkertrauma (Bericht vom 28. November 2011; Urk. 7/7/36). 3.3

Dr. med. B.____, Leiter Wirbelsäulenchirurgie an der Orthopädischen Universitätsklinik C.____, hielt mit Bericht vom 6. März 2002 (Urk. 7/7/32) fest, bildgebend liessen sich keine Hinweise auf eine Instabilität oder pathologische Bewegungen finden. Die Bandscheiben seien von normaler Höhe und es seien keine posttraumatischen ossären Veränderungen und keine degenerativen Veränderungen erkennbar (S. 1). Radikuläre Schmerzen oder Ausfälle seien nicht vorhanden. Zur Zeit bestehe keine Indikation für eine MR-Untersuchung der Halswirbelsäule. Er empfahl eine Physiotherapie zur Kräftigung der Nackenmuskulatur und bei Persistenz der Symptomatik eine Vorstellung beim Neurochirurgen für die Nachkontrolle des Hydrozephalus und zur Shuntkontrolle (S. 2). 3.4

Ein MRI des Schädels vom 7. Mai 2002 (Urk. 7/7/28) ergab ein schmales, mittel ständiges Ventrikelsystem und eine kleine zystische Läsion im Bereich des Splenium

corporis

callosi . Dazu hielten die Ärzte der Neurologischen Klinik am Universitätsspital D.____ am 26. August 2002 (Urk. 7/7/18) fest, diese Läsion stehe nicht in Zusammenhang mit der Kopfschmerzproblematik. Diese sei mit Magnesium sowie einer schmerzmodulierenden und schlaffördernden medikamentösen Therapie anzugehen. 3.5

Dr. A.____ stellte mit Bericht vom 11. März 2003 (Urk. 7/7/8-9) folgende Diagnosen (S. 1): - zerviko-zephalisches Schmerzsyndrom bei craniocervikalem Beschleunigungstrauma am 26. Oktober 2001 bei Commotio cerebri und HWS-Distorsion - Status nach ventrikulo-peritonealer Drainage am 20. September 1996 bei akuter Hirndrucksymptomatik mit Occlusions-Hydrocephalus - kleine zystische Läsion im Bereich des Splenium

corporis callosum, asymptomatisch Da die Patientin jetzt schon am Limit ihrer Belastbarkeit angelangt sei, sei es nicht zu verantworten, die Arbeitsleistung zu steigern. Ein Fehlen solcher Arbeit würde sie aber in eine tiefe Depression führen (S. 2). 3.6

Dr. med. E.____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie für Rheumatologie, hielt mit Bericht vom 17. April 2003 (Urk. 7/7/3-4) zu den klinischen Befunden fest, die Wirbelsäule sei statisch unauffällig. Die Kopf gelenke blockierten nach rechts, die übrige Halswirbelsäule sei frei beweglich, ebenso wie die Brust- und Lendenwirbelsäule. Es fänden sich Irritationszonen bei C2/3 rechts, thorakal 4 links und thorakal 8 links sowie eine minimale Verspannung der Trapezmuskulatur. Die vordere Halsmuskulatur sei weich, die Scalenii seien trotz des gut palpablen und auch sichtbaren Shunts rechts indolent. Im Übrigen finde sich eine indolente und weiche dorsale Nackenhaltemuskulatur (S. 1 unten f.). Bei der klinischen Untersuchung fänden sich eigentlich erstaunlich wenig Befunde, welche auf eine unbehandelbare oder aber inadäquat behandelte Störung hinweisen würden. Der Verlauf sei erwartungsgemäss als gut zu beurteilen (S. 2). 3.7

Suva-Kreisarzt Dr. med. F.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, führte in einem nicht datierten Bericht (Urk. 7/20/52-55) 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 rechts betont. 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 zu vereinbaren (S. 3 unten). 3.8

Prof. Dr. med. G.____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, erstattete am 21. April 2005 ein Gutachten (Urk. 7/20/26-36).

Prof. G.____ 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 3. Status nach ventrikuloperitonealem Shunt-Einbau nach akut aufgetre-

tener Hirndrucksteigerung aufgrund einer komplexen kongenitalen Missbildung des Aquäduktus

Sylvi

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 cerviko thorakalen 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 cervico thorakal 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.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 6.1

Es ist zunächst die Anwendbarkeit von lit . a Abs. 1 SchlB

6. IVG-Revision und mithin die Frage zu prüfen, ob die Rentenzusprache vom 18. Mai 2006 aufgrund eines pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildes ohne nachweisbare organische Grundlage erfolgte.

E. 6.2

Am 26. Oktober 2001 erlitt die Beschwerdeführerin bei einem Auffahrunfall ein HWS-Distorsionstrauma (vgl. vorstehend E. 3.2). Die Anmeldung bei der Beschwerdeführerin erfolgte aufgrund von unfallbedingten Nackenschmerzen (vgl. Urk. 7/1 Ziff. 7.1-3).

Strukturelle Verletzungen wurden nicht festgestellt (vgl. vorstehend E. 3.3) und entgegen den Angaben von Dr. A.____ (vorstehend E. 3.5) erlitt die Beschwerdeführerin beim Unfall keinen Kopfanprall und damit auch keine Commotio cerebri. Der Hydrocephalus, bei dem 1996 eine Drainage vorgenommen worden war, wurde von allen beteiligten Ärzten als nicht beeinträchtigend gewertet. Die kleine zystische Läsion im Gehirn verursachte gemäss

neurologischer Beurteilung keine Kopfschmerzen (vgl. vorstehend E. 3.4). Dr. A.____ diagnostizierte ein Schmerz syndrom (vgl. vorstehend E. 3.5) -

was angesichts der von ihm genannten Hirner schütterung fraglich begründet ist - und Dr. E.____ stellte im Wesentlichen unauffällige organische Befunde fest (vgl. vorstehend E. 3.6). Aus dieser Akten lage erhellt, dass für die geklagten Beschwerden keine organische Ursache fest stellbar war. Dies erkannte auch Suva-Kreisarzt Dr. F.____ , indem er nach genauer Funktionsprüfung festhielt, dass sich die geklagten Beschwerden und auch die stark reduzierte Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin auf rein medizinischer Ebene nicht befriedigend erklären liessen und die erhobenen Befunde vielmehr mit einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer leichten oder sogar mittelschweren Tätigkeit zu vereinbaren seien (vgl. vorstehend E. 3.7). Dr. G.____

veranlasste keine bildgebende Abklärung für die Überprüfung des von ihm fest gestellten Irritations- und Überlastungssyndroms und die generalisierte Myo ten dinose . Ein objektiv ausgewiesenes somatisches Korrelat ist somit auch durch ihn nicht belegt. Die von ihm als minimal beurteilte Vergesslichkeit und Kon zen tra tionsstörung der Beschwerdeführerin führte er auf die Schmerzen zurück , denn weder die 1996 aufgetretene Hirndrucksymptomatik noch der Unfall hätten erfass bare spezifische neuropsychologische Störungen hinterlassen (vgl. vorstehend E.

3.8) . Dass kein organisches Korrelat vorhanden war, bestätigten Dr. H.____ und Dr. I.____ explizit (vgl. vorstehend E. 3.9):

Aus der klinischen oder labortechnischen Untersuchung hätten während des ganzen Verlaufs nach dem Unfall keine organischen Ursachen für die Beschwerden entdeckt werden können. Die von Prof. G.____ genannten pathologische Erklärungen stellten ihrer Ansicht nach aus neurologischer Sicht Hypothesen und keine faktisch nachgewiesenen medizinischen Prozesse dar .

E. 6.3

Somit steht fest, dass die Rentenzusprache vom 18. Mai 2006 aufgrund eines pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildes ohne nachweisbare organische Grundlage erfolgte. Nachdem anlässlich der Rentenzusprache

unbestrittenermassen keine Zumutbarkeits- beziehungsweise Überwindbarkeitsprüfung durchgeführt wurde und die Einleitung der Überprüfung rechtzeitig erfolgte,

war eine Überprüfung nach lit . a Abs. 1 SchlB IVG 6. IV-Revision zulässig (vgl. vorstehend E. 1.3) .

Sodann bezog die Beschwerdeführerin am 1. Januar 2012 die Invalidenrente noch nicht seit mehr als 15 Jahren und war auch noch nicht 55-jährig, weshalb sie nicht unter die für solche Rentenbezüger geltende Schutzbestimmung nach lit . a Abs. 4 der Schlussbestimmung zur 6. IV-Revision fällt.

Festzuhalten ist, dass nach Lage der Akten keine verlässliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin vorgenommen worden war, denn die diesbezüglichen Angaben der Ärzte ergingen soweit ersichtlich einzig aufgrund der anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin und des tatsächlich ausgeübten (kleinen) Pensums. Ebenfalls ist festzuhalten, dass die im Feststellungsblatt vom 1. Februar 2006 erwähnten Diagnosen (vgl. Urk. 7/23) unvollständig sind, handelt es sich dabei doch

lediglich um die von Dr. A. ____

in seinem Bericht vom 1. März 2003 (vgl. vorstehend E. 3.5) genannten. Entgegen den Vorbringen der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 6 lit. B Ziff. 1) erfolgte die Rentenzusprache nach dem Gesagten somit nicht aus somatischen Gründen. 7. 7.1

Zu prüfen ist im Folgenden, ob im Zeitpunkt der Revision im Jahr 2016 die Voraussetzungen nach Art. 7 Abs. 2 ATSG erfüllt waren, mithin, ob - unabhängig von Revisionsgründen nach Art. 17 ATSG - eine Erwerbsunfähigkeit vorliegt, die aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (vorstehend E. 1.3). Die Beschwerdegegnerin stützte sich zur Klärung dieser Frage zunächst auf das Gutachten der Medas

Y. ____ vom 1. Oktober 2013 (Urk. 7/72), welches jedoch vom Sozialversicherungsgericht in seinem Urteil vom 1. Juni 2017 als nicht genügend beurteilt wurde. Zudem war unklar, ob und inwieweit neuropsychologische Beeinträchtigungen bestehen und ob diese eine organische Ursache haben. 7.2

Vorauszuschicken ist, was folgt: Gemäss der mit BGE 130 V 352 begründeten und seither stetig weiter entwickelten Rechtsprechung vermochten eine fachärztlich (psychiatrisch) diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung und vergleichbare psychosomatische Leiden (BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3, 142 V 342) in der Regel keine langdauernde, zu einer Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG führende Arbeitsunfähigkeit zu bewirken. Vielmehr bestand die Vermutung, dass solche Beschwerdebilder oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar seien und nur bestimmte Umstände, 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. Ob ein solcher Ausnahmefall vorlag, entschied sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien (so genannte «Foerster-Kriterien», vgl. BGE 130 V 352, BGE 131 V 49 E. 1.2, je wiedergegeben BGE 139 V 547 E. 5 mit weiteren Hinweisen).

Die Rechtsprechung hat zu den «vergleichbaren psychosomatischen Leiden» ausdrücklich jene gezählt, die im Nachgang zu BGE 130 V 352 über die Jahre als sogenannte «pathogenetisch-ätiologisch unklare syndromale Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage» in invalidenversicherungsrechtlicher Hinsicht den gleichen sozialversicherungsrechtlichen Anforderungen (Regel-/Ausnahme-Modell mit «Überwindbarkeitsvermutung») unterstellt wurden (BGE 142 V 342 E. 5.2.1; BGE 141 V 281 E. 4.2; BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3), so auch spezifische und unfalladäquate HWS-Verletzungen (Schleudertrauma) ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle (BGE 136 V 279; Urteil des Bundesgerichts 9C_510/2009 vom 30. August 2010).

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. 4.1; Urteil des Bundesgerichts 9C_534/2015 vom 1. März 2016 E. 2.2).

An der Rechtsprechung zu Art. 7 Abs. 2 ATSG - ausschliessliche Berücksichtigung der Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung und objektivierte Zumutbarkeitsprüfung bei materieller Beweislast der rentenansprechenden Person - hat sich dadurch nichts geändert. Im Grunde konkretisieren die in BGE 141 V 281 E. 4 und E. 5 formulierten Beweisthemen und Vorgehensweisen für die Invaliditätsbemessung bei psychosomatischen Leiden die gesetzgeberischen Anordnungen nach Art. 7 Abs. 2 ATSG. 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 an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 142 V 106 E. 4.5; Urteil des Bundesgerichts 8C_676/2017 vom 28. Februar 2018 E. 6.3).

Gemäss BGE 143 V 418 (E. 7) sind neu sämtliche psychischen Leiden, laut BGE 143 V 409 (E. 4.5.2) namentlich auch leichte bis mittelschwere Depressionen, einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen (Änderung der Rechtsprechung). Gleiches gilt gemäss BGE 145 V 215 bezüglich fachärztlich einwandfrei diagnostizierter Abhängigkeitssyndrome beziehungsweise Substanzkonsumstörungen (E. 5.1 und E. 5.3.3).

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V

281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) - Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4). 7.3

Über das Zusammenwirken von Recht und Medizin bei der konkreten Rechtsanwendung hat sich das Bundesgericht verschiedentlich geäussert. Danach ist es sowohl den begutachtenden Ärzten als auch den Organen der Rechtsanwendung aufgegeben, die Arbeitsfähigkeit im Einzelfall mit Blick auf die normativ vorgegebenen Kriterien zu beurteilen. Die medizinischen Fachpersonen und die Organe der Rechtsanwendung prüfen die Arbeitsfähigkeit je aus ihrer Sicht. Bei der Abschätzung der Folgen aus den diagnostizierten gesundheitlichen Beeinträchtigungen nimmt zuerst der Arzt Stellung zur Arbeitsfähigkeit. Seine Einschätzung ist eine wichtige Grundlage für die anschliessende juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistung der versicherten Person noch zugemutet werden kann (BGE 141 V 281 E.

5.2.1).

Die Rechtsanwender prüfen die medizinischen Angaben frei insbesondere darauf hin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben und

ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen. Es soll keine losgelöste juristische Parallelüberprüfung nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens stattfinden, sondern im Rahmen der Beweiswürdigung überprüft werden, ob die funktionellen Auswirkungen medizinisch anhand der Indikatoren schlüssig und widerspruchsfrei festgestellt wurden und somit den normativen Vorgaben Rechnung tragen. Entscheidend bleibt letztlich immer die Frage der funktionellen Auswirkungen einer Störung, welche im Rahmen des Sozialversicherungsrechts abschliessend nur aus juristischer Sicht beantwortet werden kann. Nach BGE 141 V 281 kann somit der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweis themen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt. Fehlt es daran, ist der Beweis nicht geleistet und nicht zu erbringen, was sich nach den Regeln über die (materielle) Beweislast zuungunsten der rentenansprechenden Person auswirkt (BGE 144 V 50 E. 4.3).

7.4

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

Das Gutachten der Medas

Z. ___ vermag diesen Voraussetzungen zu genügen, weshalb grundsätzlich darauf abgestellt werden kann. Die Gutachter kamen darin zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin als Aushilfe in der Lingerie eines Alters heims im Umfang von 64 % arbeitsfähig sei. Dabei handle es sich gleichzeitig um eine behinderungsangepasste Tätigkeit. Seit 2010 seien psychische Gesundheitsstörungen aufgetreten, die jedoch keine höhergradige Arbeitsunfähigkeit zur Folge hätten. Dies vermag zu überzeugen, da die Gutachter einen erhöhten Pausenbedarf und eine verminderte Leistungsfähigkeit in ihrer Einschätzung bereits berücksichtigten. Die Beschwerdeführerin selbst erachtete sich nicht als psychisch krank oder beeinträchtigt, und die Untersuchung ergab bis auf eine Dysthymie und eine Schmerzverarbeitungsstörung keine Hinweise auf eine psychiatrische Erkrankung oder eine psychische Störung mit Krankheitswert (vgl. vorstehend E. 5.1.4).

Dass die Gutachter eine Addition der Arbeitsunfähigkeiten verneinten, ist damit nicht zu beanstanden .

In rheumatologischer Hinsicht wurde bildgebend eine weitgehend unauffällige Abbildung des Skeletts mit leichten degenerativen Veränderungen

festgestellt , welche die Beschwerden nicht erklären konnten. Der Gutachter verneinte zwar Inkonsistenzen, wies jedoch darauf hin, dass eine gewisse Diskrepanz zwischen dem Beschwerdeausmass und der dadurch verursachten Limitierungen und der zu erhebenden Einschränkungen bestehe. Eine Schmerzverarbeitungsstörung sei offensichtlich . Der Gutachter ging von einer Arbeitsfähigkeit von 80 % aus und führte dabei die Selbstlimitierung und die rheumatologisch nicht begründbare Schmerzverarbeitungsstörung ins Feld (vorstehend E. 5.1.2). Bei objektiver Betrachtungsweise und angesichts der

geringen Ausprägung der somatischen Befunde erscheint eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % aufgrund von Selbstlimitierung (zur Schmerzverarbeitungsstörung nachfolgend E. 7.5) jedoch nicht als schlüssig.

Aus neurologischer Sicht wurde nachvollziehbar begründet, weshalb der Shunt bei den Kopfschmerzen eine untergeordnete Rolle spielt. Aufgrund der Semiologie der Schmerzen und des normalen Neurostatus bestünden keine Anhaltspunkte für eine Krankheit oder eine Läsion des zentralen oder peripheren Nervensystems als mögliche Ursache des Schmerzsyndroms; aus rein neurologischer Sicht bestehe kein Grund für eine Arbeitsunfähigkeit (vgl. vorstehend E. 5.1.3).

Die neuropsychologische Begutachtung ergab deutliche Inkonsistenzen und es waren keine validen Resultate erzielbar. Die Leistungen seien sogar erheblich schlechter als bei Patienten mit mittelgradiger bis schwerer Hirnverletzung oder mit chronischen Schmerzen gewesen. Weder die Hirndrucksymptomatik noch das Schleudertrauma bildeten eine hinreichende Erklärung für das gezeigte Leistungsprofil. Die Neuropsychologin ging deshalb nach Rücksprache mit dem psychiatrischen Teilgutachter (vgl. Urk. 7/148/31 oben) von bewusster Leistungsverzerrung aus. Die in den Akten abgebildeten neuropsychologischen Vorbefunde seien nicht bezüglich ihrer Validität geprüft worden, weshalb nicht darauf abgestützt werden könne (vgl. vorstehend E. 5.1.5).

Die funktionellen Einschränkungen seien in allen Lebensbereichen in ungefähr gleichem Mass vorhanden; es sei zu einer Verschlechterung gekommen, da nun auch psychiatrische Gesundheitsstörungen bestünden, die die Arbeitsfähigkeit beeinflussten. Aus somatischer Sicht sei von einem konstanten Gesundheitszustand seit 2008 auszugehen (vorstehend E. 5.1.6). 7.5

Die Gutachter nahmen ausführlich zu den Standardindikatoren Stellung (vgl. S.

35 ff. des Hauptgutachtens; Urk. 7/148/35 ff.) und attestierten der Beschwerdeführerin eine Arbeitsfähigkeit von 64 %. Die funktionellen Auswirkungen der Störung sind jedoch aufgrund der objektiv ausgewiesenen Befunde als gering zu werten. Es stellen sich erhebliche Fragezeichen bei der Konsistenz. Zu Recht wies die Beschwerdegegnerin darauf hin, dass entgegen der Angaben der Gutachter keine gleichmässige Einschränkung der Aktivitäten in allen Lebensbereichen vorliegt (vgl. Urk. 7/151 S. 3). Eine psychiatrische Behandlung findet nicht (und fand nie) statt. Insbesondere fällt

aber entscheidend ins Gewicht, dass hinsichtlich der neuropsychologischen Funktionen eine eindeutige Aggravation (vgl. Urk. 7/148/36 Ziff. 4) festgestellt wurde, welche nicht auf eine blosser Verdächtigungs- oder eine psychische Beeinträchtigung zurückzuführen ist. Damit erhält das strukturierte Beweisverfahren eine untergeordnete Bedeutung. Denn

recht sprechungsgemäss liegt regelmässig kein versicherter Gesundheitsschaden vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation beruht. Dies trifft namentlich zu, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen oder Einschränkungen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird; demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken oder wenn schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses

verdeutlichendes Verhalten hin (BGE 141 V 281 E. 2.2.1, BGE 131 V 49 E. 1.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9 C_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.1).

Eine auf Aggravation oder vergleichbaren Konstellationen beruhende Leistungseinschränkung vermag einen versicherten Gesundheitsschaden nicht leichthin auszuschliessen, sondern nur, wenn im Einzelfall Klarheit darüber besteht, dass nach plausibler ärztlicher Beurteilung die Anhaltspunkte für eine klar als solche ausgewiesene Aggravation eindeutig überwiegen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens zweifellos überschritten sind, ohne dass das aggrava torische Verhalten auf eine verselbständigte, krankheitswertige psychische Störung zurückzuführen wäre (vgl. BGE 143 V 418 E. 8.2 ; vgl. Urteile des Bundesgerichts 8 C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 6.1 und 9C_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.2). Steht fest, dass eine anspruchsausschliessende Aggravation oder ähnliche Konstellation im Sinne der Rechtsprechung gegeben ist, erübrigt sich die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.2.2; Urteil des Bundesgerichts 9C_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.4).

Eine Aggravation wurde von den Gutachtern ausdrücklich bejaht. 7.6

Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist den Vorgaben des Art. 7 Abs. 2 ATSG folgend 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 an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (vgl. vorstehend E. 7.2). Insgesamt vermag das Gutachten der Medas

Z. ___ nach dem Gesagten nicht zu belegen, dass die Beschwerdeführerin aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen aus objektiver Sicht unüberwindbar erwerbsunfähig im Sinne von Art. 7 Abs. 2 ATSG ist. Bei diesem Resultat kann offen gelassen werden, ob die Rentenverfügung wiedererwägungsweise aufzuheben gewesen wäre.

Fehlt es dementsprechend an Invalidität, so sind auch keine Eingliederungsmassnahmen geschuldet. Ebenso entfällt die Durchführung eines Einkommensvergleiches. 7.7

Der angefochtene Entscheid ist rechtens. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 8.

Da es im vorliegenden Verfahren 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) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Markus Bischoff - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - 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 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, 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
Die Gerichtsschreiberin
Mosimann
Lienhard

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).

E. 10

Ziff. 7). 3.9

Dr. med. H.____, Facharzt für Neurologie, und Dr. med. I.____, Facharzt für Neurochirurgie, führten in einer Aktenbeurteilung vom 3. Oktober 2005 (Urk. 7 /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). Aus der klinischen oder labortechnischen Untersuchung hätten während des ganzen Verlaufs nach dem Unfall keine organischen Ursachen für die Beschwerden entdeckt werden können. Die von Prof. G.____ genannten pathologischen Erklärungen stellten aus neurologischer Sicht Hypothesen und keine faktisch nachgewiesenen medizinischen Prozesse dar (S. 6 Mitte). 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). 3.10

Mit Verfügung vom 30. Dezember 2005 sprach die Suva der Beschwerdeführerin bei einem Invaliditätsgrad von 45 % eine Rente sowie eine Integritätsschädigung zu (Urk. 7 /22). Die Beschwerdegegnerin schloss sich der Invaliditätsbemessung der Suva an und sprach der Beschwerdeführerin mit Verfügungen vom 18. Mai 2006 (Urk. 7 /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. 3.11

Im Rahmen der Rentenrevision vom Februar 20 09 (Urk. 7/41) stellte Dr. A.____

im Bericht vom 1 1. November 2009 (Urk. 7/49) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - zervikozephalales Schmerzsyndrom - Schleudertrauma Die folgenden Diagnosen hätten keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - VP-Shunt-Anlage wegen Hydrocephalus occlusivus - Shunt-Dysfunktion mit Obstruktion des Katheters - Arterielle Hypertonie In der angestammten Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin vom 2 6. Oktober 2001 bis zum 7. August 2003 vollständig arbeitsunfähig gewesen. Seither bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 65 % (Ziff. 1.6). Sie arbeite in der Wäscherei und einer Cafeteria, dies gehe gut. Das Arbeitspensum könne nicht gesteigert werden. Die Schmerzen nähmen zu und sie arbeite unter Schmerzen (Ziff. 1.7). 4.

Die Beschwerdegegnerin holte zur Klärung der Frage, ob die Voraussetzungen nach Art. 7 Abs. 2 ATSG erfüllt waren , bei der Medas

Y.____ ein polydisziplinäres Gutachten ein, welches am 1 1. Oktober 2013 erstattet wurde (Urk. 7/72). In der Folge ergingen weitere neuropsychologische und neurologische Berichte (Urk. 7/87; Urk. 7/91; Urk. 7/104), eine Stellungnahme der Gutachter der Medas

Y.____ (Urk. 7/93/6-7) und ein rheumatologischer Bericht (Urk. 7/108) ein. Zu dieser Aktenlage hielt das Sozialversicherungsgericht in seinem Urteil vom 1. Juni 2017 Folgendes fest (E. 5.3-4):

5.3

Das am 11. Oktober 2013 versandte Gutachten der Medas

Y.____ 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 Hydrocephalus occlusus .

In der Folge wurden bei einer neuropsychologischen Untersuchung der Beschwerdeführerin in der Klinik für Neurologie, D.____ , vom 30. April 2014 mittelschwere bis schwere Minderleistungen festgestellt.

5.4

Die Gutachter der Medas

Y.____ nahmen am 29. Oktober 2014 kurz zu den Arztberichten der Klinik für Neurologie, D.____ , vom 30. April und vom 29. August 2014 Stellung. Sie konnten jedoch nicht sicher beurteilen, ob die im D.____ festgestellten Minderleistungen organisch durch einen Hydrocephalus erklärt werden könnten. 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

Y.____ 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. J.____ vom 29. August 2014

ist die Beschwerdeführerin in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Die Beschwerdeführerin 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. 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. H. ___ und Dr. I. ___ bereits im Oktober 2005 für eine adaptierte Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von fünf Stunden pro Tag attestiert hatten. Wollte man auf eine zumutbare Arbeitsfähigkeit von fünf oder mehr Stunden pro Tag gemäss den Angaben im Gutachten der Medas

Y. ___ 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 nicht vereinbar. Aufgrund des 2014 nach der Erstellung des Gutachtens erhobenen neuropsychologischen Befundes kann nicht unbesehen auf das Gutachten der Medas

Y. ___ 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 Beschwerdeführerin hat den medizinischen Sachverhalt daher ergänzend abklären zu lassen.

Auf eine erneute Wiedergabe der genannten medizinischen Berichte ist deshalb zu verzichten. 5. 5.1

5.1.1

Das nach dem Rückweisungsurteil des hiesigen Gerichts eingeholte Gutachten der Medas Z. ___ vom 26. März 2018 (Urk. 7/148-149) erging nach Berücksichtigung der Akten, Erhebung der Anamnese und Durchführung einer internistischen, psychiatrischen, rheumatologischen, neurologischen und neuropsychologischen Untersuchung. Es wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (S. 37 unten f.): - Dysthymia (ICD-10 F34.1) - Schmerzverarbeitungsstörung (psychische und Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten; ICD-10 F54) - Adipositas mit BMI von 27 kg/m² - chronisches zervikozephalisches und tendinotisches Beschwerdebild - chronisches lumbospondylogenes Syndrom mit muskulärer Insuffizienz der Stütz- und Haltemuskulatur - in ihrer Ausprägung nicht-authentische kognitive Minderleistungen in den Bereichen Aufmerksamkeit, Neugeächtnis, Exekutivfunktionen, Sprache und Visuokonstruktion mit und bei Aggravation (bewusste Leistungszerrung) - möglicherweise bewusstseinsfernen Anteilen (= Verdeutlichungen den im Rahmen

der psychiatrischen Diagnose) Die folgenden Diagnosen hätten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 38): - arterielle Hypertonie unter Therapie - Hydrocephalus occlusivus bei chronischem Aquäduktverschluss, Status nach Anlage eines VP-Shunts und Status nach Revision, Rekonnektion, Explantation und verschiedenen Ventilumstellungen - Status nach Hysterektomie 2008 - Status nach Exzision eines hypermelanotischen melanozytären Naevus am Nasenrücken 2014 Unter Berücksichtigung der rheumatologischen und psychiatrischen Funktionsstörungen bestehe in der angestammten Tätigkeit als Aushilfe in der Lingerie eines Altersheims eine Arbeitsfähigkeit von 64 %. Es sei eine 80%ige zeitliche Präsenz mit einer verminderten qualitativen Leistungsfähigkeit von 20 % begründet durch die vermehrten Pausen und das verlangsamte Arbeitstempo aufgrund der Einhaltung von ergonomischen Positionen zu attestieren. Da diese Einschätzung schon durch die Funktionseinschränkungen im Bereich des Bewegungsapparates begründet sei und sich die somatischen Gesundheitsschädigungen seit der Revision 2010 nicht wesentlich verbessert oder verschlechtert hätten, gelte diese Einschätzung seit diesem Zeitpunkt. Die seit diesem Zeitpunkt aufgetretenen psychiatrischen Gesundheitsstörungen hätten keine höhergradige Arbeitsunfähigkeit zur Folge, da die Arbeitsunfähigkeiten der verschiedenen Fachgutachten nicht zu kumulieren seien (S. 40 unten f.). Im interdisziplinären Konsens erachteten die Gutachter die bisherige Tätigkeit in der Lingerie eines Altersheims als angepasste Tätigkeit. Die Beschwerdeführerin könne individuelle Wechselpositionen einnehmen und ihre Arbeitspausen individuell gestalten. Repetitives Heben und Tragen von Lasten über 15 kg sei zudem nicht nötig (S. 41) . 5.1.2

Der rheumatologische Teilgutachter hielt fest, die Beschwerdeschilderung sei insgesamt plausibel und konsistent (S. 3 unten des rheumatologischen Teilgutachtens; Urk. 7/148/60-64). Die aktuelle Bildgebung zeige eine weitgehend un auffällige Abbildung des Skeletts, es fänden sich altersentsprechende leicht gradige degenerative Veränderungen, welche die Beschwerden nicht zu erklären vermöchten. Die klinische Untersuchung zeige eine leichte bis mässige Einschränkung der Bewegung der Halswirbelsäule (HWS), zudem ein mässig ausgeprägtes tendomyotisches Beschwerdebild mit Dominanz der rechten Seite und auslösbare Beschwerden im Bereich der Glutealmuskulatur sowie der unteren Lendenwirbelsäule (LWS) bei insgesamt recht guter Beweglichkeit. Auffallend sei zudem ein ausgeprägtes Stabilisierungsdefizit der Wirbelsäule (S. 4 oben).

Inkonsistenzen fänden sich nicht, ebenfalls fehlten Hinweise für eine Aggravation. Möglicherweise liege eine leichtgradige Selbstlimitierung vor. Insgesamt erscheine die aktuelle Tätigkeit als ideal. Die von Prof. G.____ gesehene mögliche Steigerung sei trotz intensiver therapeutischer Bemühungen nicht gelungen. Aus heutiger Sicht bestehe eine gewisse Diskrepanz zwischen dem Beschwerdeausmass der Explorandin und der hierdurch verursachten Limitierungen und der erhobenen nur eher leicht bis mässigen Einschränkungen. Ohne Zweifel bestehe ein chronifizierter Schmerz, welcher therapeutisch wahrscheinlich nicht mehr verbessert werden könne. Eine Schmerzverarbeitungsstörung sei aufgrund der Diskrepanz der nur leichten Befunde in der Untersuchung und Bildgebung zu den ausgeprägten Limitierungen in Beruf und Alltag offensichtlich. Die Beschwerdeführerin habe sich immer bemüht, die Beschwerden weiter zu verbessern und die Therapien zu befolgen. Unter Berücksichtigung der fehlenden therapeutischen Optionen, der fehlenden Inkonsistenzen und den Limitierungen im Beruf und Haushalt sei eine Tätigkeit im aktuellen Rahmen zu maximal 80 % zumutbar. Diese Einschätzung einer höheren Arbeitsfähigkeit zu dem ausgeübten Pensum begründe sich einerseits mit der

Selbstlimitierung und andererseits mit der rheumatologischenseits nicht begründbaren Schmerzverarbeitungsstörung, siehe psychiatrisches Gutachten. Es bestehe hierbei eine zusätzliche Leistungsminderung von 20 %

infolge des vermehrten Pausenbedarfs (S. 4 f.). Auch in den Haushaltstätigkeiten sei es plausibel, dass die Beschwerdeführerin in ähnlichem Umfang eingeschränkt sei. Diese Angaben gälten seit 2003. Hinweise für zwischenzeitlich wesentlich verbesserte oder verschlechterte Phasen seien aus der Aktenlage nicht erkennbar (S. 5). 5.1.3

Die neurologische Teilbegutachtung (Urk. 7/148/65-68) ergab, dass die Beschwerdeführerin seit mehr als 16 Jahren an einem chronischen täglichen Schmerzsyndrom mit hauptsächlich Nacken- und Kopfschmerzen und fast täglichen Thorakalgien, Lumbalgien und bilateralen Knieschmerzen, ohne neurologische Ausfälle und ohne Zervikovertebral- und Lumbovertebralsyndrom leide. Eine Dysfunktion des VP-Shunts bei chronischem Aquäduktverschluss könnte bei den Kopfschmerzen eine Rolle spielen, aber dagegen sprächen der Umstand, dass die bildgebenden Kontrollen im Jahr 2017 eine normale Shunt-Funktion gezeigt hätten, die Beschwerdeführerin im Falle einer Shunt-Dysfunktion nicht an täglichen, sondern an intermittierenden Kopfschmerzen leiden würde und dass die verschiedenen Ventilumstellungen zu keiner Verbesserung der Kopfschmerzen geführt hätten. Weiter wären, falls die Kopfschmerzen die Konsequenz einer Shunt-Dysfunktion wären, auch andere Beschwerden wie Urin-Inkontinenz oder Gangstörungen vorhanden. Aufgrund der Semiologie der Schmerzen und des normalen Neurostatus bestünden zur Zeit keine Anhaltspunkte für eine Krankheit oder Läsion des zentralen oder peripheren Nervensystems als mögliche Ätiologie des Schmerzsyndroms (S. 3 unten f.). Aus rein neurologischer Sicht bestehe kein Grund für eine Arbeitsunfähigkeit, eine solche müsse durch den Hauptbegutachter und den psychiatrischen und rheumatologischen Teilgutachter beurteilt werden (S. 4 oben). Allgemein sei die Arbeitsfähigkeit auf ca. 40 % zu schätzen. Es sei nicht möglich, den Verlauf seit 2006 zu beurteilen (S. 4 Mitte). 5.1.4

Im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung (Urk. 7/148/79-91) führte der Teilgutachter aus, die Beschwerdeführerin erlebe sich in ihrer Reisefähigkeit als leicht eingeschränkt, da sie selbst nicht mehr Autofahre. Es fänden sich in der klinischen Untersuchung deutliche kognitive Einschränkungen. Insbesondere betreffe dies die Merkfähigkeit, die Aufmerksamkeit, Wachheit, das Durchhaltevermögen und das Sprachverhalten (S. 4 Mitte). Die Prüfung der depressiven Items habe keine bis zu einer lediglich leichten Ausprägung ergeben, ausser einer bedeutsamen Ausprägung der Konzentrationsstörungen, welche neuropsychologisch zu untersuchen sei (S. 4 ff.).

Sich selbst erlebe die Beschwerdeführerin nicht als psychisch krank oder beeinträchtigt. In Zusammenhang mit den beklagten diversen Schmerzen sei, vor allem die Kopfschmerzen betreffend, ein ausgesprochenes Verdrängen der Beschwerden, eine Selbstlimitierung und eine Symptomausweitung erkennbar (S. 8).

Die aktuelle Untersuchung habe keine Hinweise auf das Vorliegen einer psychiatrischen Erkrankung oder einer psychischen Störung mit Krankheitswert und Relevanz für die Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit ergeben. Die Befundlage sei eindeutig. Eine leichtgradig ausgeprägte depressive Symptomatik sei jedoch unübersehbar. Diese erreiche aber nicht den Grad einer depressiven Störung mit Krankheitswertigkeit. Die Symptome liessen sich unter der Diagnose einer Dysthymia subsumieren. Die aussergewöhnliche Belastung als auslösendes reaktives Geschehen liege in Form der

therapieresistenten Schmerzproblematik vor, für die bisher keine, respektive nicht genügend ausreichende organische Korrelate gefunden worden seien und die diagnostisch letztlich in der Diagnose einer Schmerzverarbeitungsstörung geendet hätten (S. 9 unten f.).

Im Gutachten der Medas

Y.____ würden keine psychiatrisch auffälligen Befunde beschrieben. Eine Erklärung dafür könne aus dem Gutachten nicht abgeleitet werden. Es sei denkbar, dass die heutigen Befunde zur damaligen Zeit nicht entsprechend ausgebildet gewesen oder vom Untersucher nicht erfasst worden seien (S. 10 Mitte). Aus rein psychiatrischer Sicht sei von einer gegenwärtigen Arbeitsunfähigkeit von maximal 30 % auszugehen. Dies betreffe alle beruflichen Tätigkeiten, da nicht die Arbeitsplatzbedingungen, sondern die psychiatrischen Befunde für die Einschränkungen verantwortlich seien. Ab wann die festgestellte Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin rückwirkend betrachtet bestehe, könne aus den Akten nicht abgeleitet werden, da entsprechende Beschreibungen fehlten (S. 12) . 5.1.5

Die neuropsychologische Teilgutachterin hielt fest (Urk. 7/148/69/78), es hätten keine validen Resultate erzielt werden können. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit entsprächen die gezeigten Leistungen nicht der tatsächlichen Leistungsfähigkeit. Denn die erhaltenen Ergebnisse seien erheblich schlechter gewesen, als sie zum Beispiel bei Personen mit mittelgradiger bis schwerer Hirnverletzung vor kämen. Die Leistungen seien auch erheblich schlechter, als sie bei Patienten mit chronischen Schmerzen aufträten. Weiter zeigten sich ausgeprägte Inkonsistenzen, die einer Plausibilitätsprüfung nicht standhalten könnten (beispielsweise keine wesentliche Verlangsamung im Gespräch oder einfachen Alltagshandlungen gegenüber schweren Verlangsamungen in Tests, ausreichend differenziert Auskunft gebend, innerhalb der Untersuchung auf zu Beginn gegebene Informationen Bezug nehmend gegenüber schweren Gedächtnisdefiziten, dem Anamnesegespräch ohne Schwierigkeiten folgen können gegenüber schwerst defizitärer Merkspanne). Die Testergebnisse und die geschilderten Beschwerden seien zudem mit Autofahrten nicht vereinbar. Könnte die Beschwerdeführerin sich tatsächlich so schlecht konzentrieren und wäre sie so verlangsamt wie teilweise präsentiert, so wäre sie aus rein kognitiver Sicht fahrungsungeeignet (S. 7). Es sei insgesamt von einer Leistungsverzerrung auszugehen, welche vorwiegend als bewusst zu werten sei (Aggravation). Verdeutlichungstendenzen im Rahmen der psychiatrischen Diagnosen seien nach Rücksprache mit dem psychiatrischen Gutachter allerdings nicht auszuschließen (S. 8).

Negative und bewusste Antwort- und Leistungsverzerrungen seien belegbar, so dass kein gültiges Testprofil erhalten werden können und das tatsächliche Leistungsniveau und -profil unklar blieben. Auch wenn tatsächlich geringfügige echte kognitive Einschränkungen bestehen würden, könnten sie weder die Auffälligkeiten im Performanzvalidierungsverfahren noch die Diskrepanzen erklären. Weder die Hirndrucksymptomatik noch das Schleudertrauma bildeten eine hinreichende Erklärung für das gezeigte Leistungsprofil. Kognitive Einschränkungen seien im Rahmen der Dysthymia und der Schmerzverarbeitungsstörung möglich, allerdings würden sie ein leichtes Ausmass nicht überschreiten (S. 9).

Es könne kein differenzierter Verlauf allfälliger kognitiver Einschränkungen beschrieben werden, da die neuropsychologischen Vorbefunde nicht bezüglich ihrer Validität geprüft worden seien und deshalb nicht darauf abgestützt werden könne. Wären aber die damaligen

wie auch die aktuellen Befunde valide, so hätte sich die kognitive Leistungsfähigkeit seit 2014 erheblich verschlechtert. Damals durchschnittliche Leistungen fielen nun weit unterdurchschnittlich aus. Es gebe jedoch keine hinreichende ätiologische Erklärung dafür (S. 9). 5.1.6

In der Konsensbeurteilung (S. 34 ff. des Hauptgutachtens) wurde festgehalten, dass eine Wechselwirkung zwischen den psychiatrischen und den somatischen Diagnosen bestehe. Die funktionellen Einschränkungen seien in allen Lebensbe reichen in ungefähr gleichem Mass vorhanden (S. 38 Mitte). Im Vergleich zum Gutachten der Medas

Y.____ sei es in dem Sinne zu einer Verschlechterung gekommen , als auch psychiatrische Gesundheitsstörungen zu diagnostizieren seien, welche die Arbeitsfähigkeit beeinflussten. Bezüglich der somatischen Beur teilung der Arbeitsfähigkeit sei das Gutachten der Medas

Y.____ inkonsistent. Berücksichtige man jedoch die dort genannte mögliche Belastung von 5 bis 8

Stunden täglich, so entspreche dies ziemlich genau den genannten fünf Stun den. In den Akten finde sich ansonsten keine Herleitung einer Arbeitsunfähigkeit aufgrund von beschriebenen Funktionsstörungen. Aus rheumatologischer Sicht sei anhand der Akten von einem mehr oder weniger konstanten Gesundheits zustand am Bewegungsapparat seit 2010 auszugehen (S. 41). Der somatische Zustand seit 2008 sei ungefähr gleich geblieben; neu sei aus psychiatrischer Sicht eine Gesundheitsstörung feststellbar (S. 42). 5.2

Die Ärzte des Universitätsspitals D.____ , Klinik für Neurochirurgie, diagnos tizierten mit Bericht vom 2 2. November 201 9 (Urk. 7/158) unter anderem einen Status nach Hydrocephalus oclusus bei chronischem Aquäduktverschluss mit aktuell Verdacht auf eine Unterdrainage (S. 1). Die Beschwerdeführerin habe sich notfallmässig selbst vorgestellt bei seit etwa vier Tagen progredienter Sympto matik mit Verschwommensehen, Kopfschmerzen und Schwindel einhergehend mit Gangunsicherheit. In der klinischen Untersuchung habe sich bis auf eine Unsicherheit im Gang und in den Standprüfungen kein fokal-neurologisches Defizit gezeigt. Die Beschwerden seien im Rahmen einer Unterdrainage zu werten und es sei eine Ventilkorrektur erfolgt. Bei bereits klinischer Besserung am Folge tag sei eine Shunt dysfunktion eher unwahrscheinlich, weshalb die Patientin in deutlich besserem Allgemeinzustand und mit sicherem Gangbild wieder in ihr häusliches Umfeld entlassen worden sei (S. 3). 6.

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