

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00281 vom 21. Februar 2014

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-02-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2011.00281

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00281 du 21 février 2014

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00281 del 21 febbraio 2014

Erwägungen

E. 1.1

Gemäss Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden - soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt - die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt.

E. 1.2

Ist die versicherte Person infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid (Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG), so hat sie gemäss Art. 18 Abs. 1 UVG Anspruch auf eine Invalidenrente. Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 ATSG). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG; vgl. BGE 130 V 121).

E. 1.3

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder 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 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C_261/2009 vom 1. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar.

E. 1.4

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach

zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.). 2.

Die UVZ begründete die mit Verfügung vom 26. April 2011 (Urk. 11/G169) erfolgte und mit Einspracheentscheid vom 7. September 2011 (Urk. 2) bestätigte Reduktion der laufenden Rente damit, dass sich der Gesundheitszustand der Versicherten gemäss A.____ - Gutachten (Urk. 11/G166) insofern verbessert habe, als sie in der angestammten Tätigkeit als Allrounderin in einem Altersheim wieder zu 50 % und in einer leidensangepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei. Somit liege ein Revisionsgrund vor, aufgrund dessen die Rente – bei einem neu ermittelten Invaliditätsgrad von 36 % - herabzusetzen sei.

Im Rahmen der Beschwerde (Urk. 1), der Replik (Urk. 21), der nachfolgenden Eingaben (Urk. 26-27, Urk. 33-35) und der öffentlichen Verhandlung vom 24. April 2013 (Urk. 48-49) bringt die Beschwerdeführer in vor, es könne aus verschiedenen Gründen nicht auf das A.____ - Gutachten abgestellt werden, weshalb von einem unveränderten Gesundheitszustand auszugehen und ihr weiter hin die bisherige Invalidenrente auszurichten sei.

Strittig und zu prüfen ist somit, inwiefern auf das A.____ - Gutachten abgestellt werden kann und ob infolge einer seit der Begutachtung durch das Z.____

eingetretenen Verbesserung des Gesundheitszustandes ein Revisionsgrund vorliegt, aufgrund dessen die Rente herabzusetzen

ist. 3.

E. 2

S. 1).

Ausserdem erhielt die Versicherte ab dem 1. Juli 1997 eine ganze Invalidenrente der Eidgenössischen Invalidenversicherung

(Urk. 9/31 im Verfahren IV.2012.00607).

Im Jahr 2001 liess die UVZ die Versicherte durch das Z.____

internistisch, rheumatologisch, neurologisch/neuropsychologisch und psychiatrisch untersuchen (interdisziplinäres Z.____ - Gutachten vom 5. Juli 2001, Urk. 11 / M44), das ihr in einer leidensangepassten Tätigkeit eine etwa 30%ige Arbeitsfähigkeit attestierte, allerdings mit dem Hinweis, dass diese in der freien Wirtschaft nicht verwertbar sei (Urk. 11/M44 S. 41 Ziff. 6.1).

Mit Verfügung vom 13. Dezember 2002 sprach die UVZ der Versicherten ab dem 1. Januar 2002 eine Invalidenrente zu, basierend auf einem 100%igen Invaliditätsgrad (Urk. 11/G154) .

E. 2.1

Gegen den Einspracheentscheid vom 7. September 2011 (Urk. 2) liess die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt David Husmann (Urk. 3), am 10. Oktober 2011 Beschwerde erheben und folgende Anträge stellen (Urk. 1 S. 2): „1.

Der Einspracheentscheid sei aufzuheben und es sei der Versicherten weiterhin die bisherige UVG-Rente von 100 % auszurichten. %1. Es sei das Institut A.____ anzuweisen, die Arbeits- oder Auftragsverträge mit den einzelnen Ärztinnen und Ärzten aufzulegen. %1. Eventualiter sei ein gerichtliches Gutachten zum Gesundheitszustand der Versicherten und der Frage, ob sich dieser verbessert hat, durchzuführen. %1. Es sei dieser Beschwerde die aufschiebende Wirkung zu erteilen, weshalb die Beschwerdegegnerin anzuweisen ist, bis zum Endentscheid weiterhin die Renten im ursprünglichen Ausmass auszurichten. Der Entzug der aufschiebenden Wirkung sei aufzuheben. %1. Es sei ein zweiter Schriftenwechsel und eine öffentliche Verhandlung durchzuführen. %1. Es sei der Versicherten in der Person des Unterzeichneten ein unentgeltlicher Rechtsbeistand beizugeben und ihr die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin.“

Die UVZ schloss am 26. Oktober 2011 auf Abweisung der Beschwerde, ohne zum Begehren auf Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung Stellung zu nehmen (Urk. 10 und 10a).

E. 2.2

Mit Verfügung vom 12. Dezember 2011 wurde das Gesuch um Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung abgewiesen und der Beschwerdeführerin Rechtsanwalt David Husmann, Zürich, als unentgeltlicher Rechtsvertreter für das vorliegende Verfahren bestellt (Urk. 17 S. 5 Ziff. 1-2). Zudem wurde ein zweiter Schriftenwechsel angeordnet (Urk. 17 S. 5 Ziff. 3).

Mit Replik vom 17. April 2012 liess die Beschwerdeführerin folgenden Antrag stellen (Urk. 21 S. 1) : „, Dr. B.____ sei als Gutachter abzulehnen und in der Folge sei das Gutachten A.____ vom 6. Dezember 2010 aus dem Recht zu weisen. Es sei, gestützt auf die Tatsache, dass die übrigen medizinischen Akten keinen verbesserten Gesundheitszustand ausweisen, die Beschwerdegegnerin anzuweisen, eine 100%ige UVG-Rente auszurichten.“

Mit Eingabe vom 25. April 2012 (Urk. 26) liess die Versicherte sodann einen Zeitungsartikel der NZZ -Online vom 24. August 2011 (Urk. 27/2) und ein Schreiben an Dr. B.____ vom 17. April 2012 (Urk. 27/1) samt Antwort desselben vom 23. April 2012 (Urk. 27/3)

einreichen, die mit Verfügung vom 27. April 2012 (Urk. 28) der Beschwerdegegnerin zur Stellungnahme zugestellt wurden.

Am 9. Mai 2012 reichte die UVZ die Duplik (Urk. 31) und eine Stellungnahme (Urk. 30) zur Eingabe der Beschwerdeführerin vom 25. April 2012 (Urk. 26) ein, mit denen sie am Antrag auf Beschwerdeabweisung festhielt (Urk. 31 S. 3 am Ende und Urk. 30 S. 2 am Ende).

Mit Eingabe vom 5. Juni 2012 (Urk. 33) liess die Beschwerdeführerin eine Kopie des Urteils des Verwaltungsgerichts des Kantons Luzern vom 8. Mai 2012 im Verfahren S 12 143 (Urk. 34) sowie einen Bericht der Zeitschrift Saldo vom 23. Mai 2012 (Urk. 35) einreichen und stellte das Begehren, das A.____-Gutachten sei aus dem Recht zu weisen und es sei eine faire Begutachtung anzuordnen, wobei sich die UVZ mit der Versicherten über die Gutachterstelle zu einigen habe (Urk. 33 S. 2).

Mit Stellungnahme vom 19. Juni 2012 (Urk. 38) zur Eingabe der Beschwerdeführerin vom 5. Juni 2012 (Urk. 33) hielt die Beschwerdegegnerin weiterhin am Antrag auf Beschwerdeabweisung fest (Urk. 38).

E. 2.3

Mit Vorladung vom 11. Februar 2013 (Urk. 40) wurden die Parteien auf den 24. April 2013 zur öffentlichen Hauptverhandlung vorgeladen.

Mit Eingabe vom 26. März 2013 (Urk. 43) stellte die UVZ folgende n

Antrag: „Das vorliegende Beschwerdeverfahren UV.2011.00281 sei bis zur Erledigung des parallel laufenden Beschwerdeverfahrens der IV-Stelle (IV) der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich (SVA) in derselben Angelegenheit zu sistieren.“

Am 17. April 2013 liess die Beschwerdeführerin die Abweisung des Sistierungsbegehrens beantragen (Urk. 47).

E. 2.4

Am 24. April 2013

fand die öffentliche Verhandlung statt, anlässlich welcher die Beschwerdeführerin Plädoyernotizen (Urk. 48) und eine Kopie der Aufsichtsbeschwerde der Rechtsberatungsstelle UP für Unfallopfer und Patienten gegen das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) an das Eidgenössische Departement des Innern (EDI), datiert vom 25. Juni 2010 (Urk. 49), ins Recht legen liess. Die Beschwerdegegnerin händigte der Beschwerdeführerin und dem Gericht je

eine Kopie des Urteils des Bundesgerichts 8C_948/2012 vom 7.

März 2013 (Urk. 50) aus.

Auf Anfrage des

Gerichts erklärten sich die Parteien damit einverstanden, dass das vollständige Exemplar des A.____-Gutachtens, welches im IV-Dossier enthalten ist (Urk. 9/73 im Verfahren IV.2012.00607), formlos in die Akten des vorliegenden Verfahrens als Ersatz des unvollständigen Gutachtens

(Urk. 11/G166) übernommen werde.

Mit Beschluss vom 13. Mai 2013 (Urk. 53) wurde das Sistierungsbegehren der UVZ abgewiesen und der Beschwerdeführerin eine Kopie von Urk. 49 zugeestellt. Zudem wurden beiden Parteien eine Kopie der ergänzten Plädoyernotizen der Beschwerdeführerin (Urk. 4

E. 3.1

Die Beschwerdeführerin bringt zunächst vor, es könne auf das A.____ - Gutachten aus formellen Gründen nicht abgestellt werden (Urk. 1 S. 8 ff. Rz 10 ff., insb. S.

10-17 Rz 20-38, Urk. 21 S. 1-4 Rz 1-9, Urk. 26-27/1-3, Urk. 33-35, Urk. 48/49).

Insbesondere lässt sie die Ablehnung von Dr. B.____ als Gutachter beantragen, da gegen ihn ein Strafverfahren laufe, weil er eine anderslautende Einschätzung des an einem Teilgutachten beteiligten Neurologen nicht berücksichtigt habe

(Urk. 21 S. 1-2 Rz 1-2).

Sodann habe

Dr. B.____ im Sommer 2011 unter schwerwiegenden gesundheitlichen und persönlichen Problemen gelitten. Dies ergebe sich aus einem in der NZZ-Online am 24. August 2011 (Urk. 24/2) erschienenen Artikel, wonach ein in C.____ ein

Suizidversuch unter Verwendung einer Faustfeuerwaffe und Abgabe eines Schusses stattgefunden habe. Es sei davon auszugehen, dass es sich dabei um Dr. B.____ gehandelt habe, weil er – darauf angesprochen (Schreiben vom 17. April 2012 an Dr. B.____ ,

Urk. 27/1) – im Schreiben vom 23. April 2012 (Urk. 27/3) angegeben habe, sich seit Anfang 2012 „wieder bester Gesundheit“ zu erfreuen und „wieder durchaus befähigt“ zu sein, Gutachten zu verfassen (Urk. 21 S. 3-4 Rz 4-9 und Urk. 26). Zudem habe die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts Luzern mit Urteil vom 8. Mai 2012 im Verfahren S 12 143 festgehalten, dass bei Dr. B.____ allein schon wegen des Strafverfahrens nicht von einer uneingeschränkten Vertrauenswürdigkeit ausgegangen werden könne, sich ein Anschein von Befangenheit nicht von der Hand weisen lasse und er als Gutachter vorläufig ausser Betracht falle, um zu vermeiden, dass er an der Erstellung weiterer Gutachten mitwirke, deren Beweiswert im Fall einer späteren Verurteilung in Frage gestellt oder doch zumindest erheblich geschmälert wäre (Urk. 34 S. 8-9 E. 6a).

Dem Bericht der Zeitschrift Saldo vom 23. Mai 2012 sei zudem zu entnehmen, dass auch das BSV dem Druck der Öffentlichkeit nachgegeben und Dr. B.____ mit seinem neu gegründeten D.____ von der Liste der geeigneten Gutachterstellen entfernt habe (Urk. 33 S. 1 Rz 2 und Urk. 35).

Zudem sei zu berücksichtigen, dass das A.____ den eigentümlichen Usus habe, die einzelnen Fachgutachten nicht von den jeweiligen Ärzten unterzeichnet beizulegen.

Die Gutachten bestünden vielmehr aus einem Schriftsatz und trügen lediglich die Unterschrift von Dr. B.____. Deshalb sei keine Gewähr dafür geboten, dass nicht auch im vorliegenden Fall Beurteilungen von Teilgutachtern unterschlagen worden seien (Urk. 21 S. 2 Rz 3).

Schliesslich habe der Rechtsvertreter der Versicherten im Zusammenhang mit dem vorliegenden Sachverhalt (Urk. 48/5 in der Mitte) namens der Rechtsberatungsstelle UP für Unfallopfer und Patienten dem Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) eine Aufsichtsbeschwerde gegen das BSV eingereicht (Urk. 49). 3. 2

Die von der Beschwerdeführerin vorgebrachten Argumente vermögen eine Ablehnung von Dr. B.____ sowie der weiteren Gutachter des A.____ und eine damit zusammenhängende Nichtberücksichtigung des A.____ - Gutachtens nicht zu begründen.

Einerseits hat das Bundesgericht im Urteil 9C_970/2012 vom 23. April 2012 E. 4.3.2 festgehalten, dass sich das Dr. B.____ strafrechtlich zur Last gelegte Verhalten auf das Jahr 2007 beziehe und nicht den Anschein von Befangenheit bei einer Begutachtung zu wecken vermöge, welche Jahre später erfolgt sei und eine andere Person betreffe als die damals untersuchte. Die dem A.____ Gutachten zugrunde liegenden Untersuchungen der Beschwerdeführerin fanden im September 2010 und somit auch etwa 3 Jahre nach dem Dr. B.____

vorgeworfenen Verhalten statt,

weshalb aufgrund des genannten Bundesgerichtsentscheids eine Befangenheit von Dr. B.____ zu verneinen ist. Zu berücksichtigen ist zudem, dass Dr. B.____

in der Zwischenzeit auch vom Obergericht des Kantons Zürich

freigesprochen wurde (Urteil vom 5. Februar 2013, Verfahrensnummer SB120296).

Was den in C.____

erfolgten

Suizidversuch angeht, ist zunächst festzuhalten, dass nicht feststeht, ob es sich dabei tatsächlich um Dr. B.____ handelte. Denn allein aus der Tatsache, dass er im Schreiben vom 23. April 2012 (Urk. 27/3) angegeben hat, sich seit Anfang 2012 „wieder besser Gesundheit“ zu erfreuen und „wieder durchaus befähigt“ zu sein, Gutachten zu verfassen, kann nicht abgeleitet werden, dass er die Person ist, die in C.____ versuchte, sich das Leben zu nehmen. Zu berücksichtigen ist zudem, dass, auch wenn es sich dabei tatsächlich um Dr. B.____ gehandelt haben sollte, sich diese Umstände erst etwa 8 Monate nach der Verfassung des A.____ - Gutachtens ereignet haben, weshalb eine Beeinflussung der Gutachtensergebnisse durch einen allfälligen Suizidversuch nicht erstellt ist.

Was den Einwand betrifft, die Gutachten des A.____ bestünden lediglich aus einem Schriftsatz und trügen lediglich die Unterschrift von Dr. B.____, weshalb keine Gewähr dafür geboten sei, dass nicht Beurteilungen von Teilgutachtern unterschlagen worden seien (Urk. 21 S. 2 Rz 3), ist zu berücksichtigen, dass vorliegend dem von Dr. B.____ unterzeichneten Hauptgutachten des A.____ (Urk. 11/G166/1-76) das von Dr. med. E.____, Facharzt für Neurologie, unterzeichnete neurologische (Urk. 11/G166/77-82), das von Dr. med. F.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie und Zertifizierte Medizinische Gutachterin SIM, unterzeichnete psychiatrische (Urk. 11/G166/83-90) und das von Dr. G.____, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation und Zertifizierte Medizinische Gutachterin SIM, unterzeichnete rheumatologische Teilgutachten (Urk. 11/G166/91-106) beigelegt wurden. Dass die Ergebnisse der neurologischen, psychiatrischen und rheumatologischen Untersuchung in das Hauptgutachten übernommen wurden, konnte deshalb von der Beschwerdeführerin überprüft werden. Dass bei der Übernahme der Ergebnisse der Teilgutachten in das Hauptgutachten Ungereimtheiten vorgelegen haben, ist nicht ersichtlich und wird auch von der Versicherten nicht geltend gemacht.

Auch die Behauptung der Beschwerdeführerin, die Teilgutachten seien von Dr. B.____ und nicht von den entsprechenden Spezialärzten verfasst worden, weil sie jeweils mit dem Kürzel „H.____“ versehen seien, entbehrt jeglicher Grundlage

(Urk. 48 S. 5) . 3. 3

Die weiteren Einwände der Beschwerdeführerin betreffend mangelhafte Rechtstaatlichkeit und Unabhängigkeit des A.____ (Urk. 1 S. 11 ff. Rz 24 ff.) hat das Bundesgericht bereits mit BGE 137 V 210 entkräftet, so dass nicht weiter darauf einzugehen ist. 3. 4

Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin ist das A.____ - Gutachten somit verwertbar. Zu prüfen bleibt, ob das Gutachten inhaltlich eine ausreichende Grundlage zur Klärung der sich stellende Frage bildet. 4 . 4 . 1

Das Z.____ stellte im Gutachten vom 5. Juli 2001 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 11/M44/39-40 Ziff. 5.1): 1.

Autounfall vom 28. Juli 1996: -

Schädel-Hirn-Trauma, persistierende, insgesamt mässig ausgeprägte, kognitive Defizite -
Halswirbelsäule (HWS)- Distorsions- oder/und Abknickverletzung, persistierendes, aktuell mässiges, linksbetontes, vorwiegend unteres Zervikalsyndrom mit leichter bis mässiger, schmerzhafter Funktions Einschränkung auch im Bereich der obersten HWS-Segmente und Kopf gelenke und zervikozephaler Symptomatik von teilweise migränoformer Natur -

Verdacht auf Analgetika-induzierte Kopfschmerzen -

Sympathicusläsion, diskretes Horner-Syndrom und Quadranten-Syndrom rechts -

zentrale oder/und zervikogene Gleichgewichtsstörungen -

diverse Frakturen und innere Verletzungen -

dem Schädel-Hirn-Trauma zuzuordnende kognitive Defizite, wobei die chronifizierten Schmerzen und die Einnahme von teilweise zentral wirkenden Medikamenten eine zusätzlich verursachende Rolle spielten -

der HWS-Verletzung zuzuordnende zervikale und zervikozephaler Beschwerden, wobei die Kopfschmerzen sowohl auf die HWS-Verletzung als auch auf das Schädel-Hirn-Trauma zurückgeführt werden können. Zusätzlich bestehender Verdacht auf Analgetika-induzierte Kopfschmerzen aufgrund der chronischen Einnahme von hohen Analgetika-Dosen aufgrund der posttraumatischen Schmerzen -

der Sympathicusläsion zuzuordnende Beschwerden beim Essen -

Status nach Claviculafraktur beidseits, Rippenfraktur Th9 laterobasal links, zentraler Leberruptur, Pankreas- sowie Milzkontusion -

Rissquetschwunde Kinn und Ohrmuschel rechts, versorgt -

Verdacht auf beginnende Coxarthrose links und residuelle neuropathische Schmerzen (möglicherweise Ramus cutaneus Nervi femoralis links) nach -

traumatischer lateraler Beckenimpressionsfraktur Typ B 2.2 und zentraler Hüftluxation links mit T-förmiger Acetabulumfraktur Typ B 2.3 links sowie Femurfraktur links nach Unfall am 28. Juli 1996 -

Status nach Marknagelung am 28. Juli 1996 und Nagelentfernung am 28. April 2000 -

Status nach Beckenosteosynthese am 9. August 1996 links 2.

Anpassungsstörung (ICD-10: F43.2) -

differenzialdiagnostisch: rezidivierende depressive Störung gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1) .

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte das Z. ___ einen fortgesetzten Nikotinkonsum (ca. 15 pack-years; Urk. 11/M44/40 Ziff. 5.2).

Für die Behinderung der Versicherten und das Schmerzempfinden hauptsächlich beeinflussenden Schmerzanteile bestehe aus rheumatologischer Sicht des Bewegungsapparates keine spezifische Erklärung. Auch die HWS scheine in der klinischen Untersuchung nur wenig eingeschränkt, und radikuläre Zeichen liessen sich zervikal und lumbal nicht provozieren. Aus Sicht des Bewegungsapparates sei für eine vorwiegend sitzende leichte körperliche Tätigkeit ohne Überkopfarbeiten, Knien, Heben und Tragen von Lasten von mehr als 5 kg eine mindestens 50%ige Arbeitsfähigkeit zumutbar. Es bestehe jedoch eine massive Dekonditionierung im Alltag, indem sich die Versicherte stündlich hinlegen müsse. Der Hauptanteil der Beschwerden sei somit pathogenetisch nicht in erster Linie dem Bewegungsapparat zuzuordnen (Urk. 11/M44/ 18) .

In psychiatrischer Hinsicht wurde festgehalten, dass sich der postoperative Verlauf zuerst ziemlich erfreulich gestaltet habe, sich dann aber bald Anzeichen einer Anpassungsstörung gezeigt hätten, indem die Versicherte Mühe gehabt habe, die Beschwerden seelisch zu verarbeiten. Trotz Aufenthalten in zwei Kliniken und intensiven ambulanten Therapien persistierten fast am ganzen Körper Schmerzen, welche einerseits belastungsabhängig zu sein schienen, andererseits aber auch spontan vorhanden seien. Möglicherweise bestehe eine gewisse Tendenz zur Somatisierungsstörung, was aufgrund der primären Unfallfolgen allerdings eher vorsichtig zu diagnostizieren sei. Psychisch bestünden eine subdepressive Stimmungslage mit teilweiser Nervosität und Gereiztheit, Schlafstörungen, eine verminderte Belastbarkeit und kognitive Schwierigkeiten. Zudem zeigten sich Anzeichen einer Angststörung (Urk. 11/M44/23).

Die neurologische Untersuchung zeigte im Wesentlichen unauffällige Hirnnerven, und ein Elektroenzephalogramm

(EEG)

ergab

eine leichte, unspezifische Allgemeinveränderung mit leichter, intermittierender Funktionsstörung fronto-temporal beidseits. Es bestünden keine Hinweise für eine Depression oder eine Persönlichkeitsstörung. Es fielen hingegen offensichtliche Gedächtnislücken und Schwierigkeiten auf, sich länger zu konzentrieren. Der Antrieb sei vermindert, das Arbeitstempo eingeschränkt und die Versicherte ermüde rasch (Urk. 11/M44/ 33-35) .

Im Rahmen der neuropsychologischen Abklärung wurden Anhaltspunkte für ein diskretes Horner-Syndrom sowie ein Quadrantensyndrom rechts und Hinweise für leichte Gleichgewichtsstörungen festgestellt. Im Bereich der HWS bestünde ein mässiges, linksbetontes, vorwiegend unteres Zervikalsyndrom mit leichter bis mässiger, schmerzhafter Funktionseinschränkung. Ein EEG habe immer noch fronto-temporale

Funktionsstörungen beidseits, Konzentrationsstörungen und eine Antriebsminderung ergeben (Urk. 11/M44/35-38).

Insgesamt sei davon auszugehen, dass sich die Versicherte anlässlich des Unfalls vom 28. Juli 1996 im Rahmen eines erheblichen Polytraumas neben verschiedenen Frakturen und der in der Folge teilweise persistierenden Schmerzsymptomatik mit hoher Wahrscheinlichkeit ein Schädel-Hirntrauma mit konsekutiven und weiter persistierenden kognitiven Defiziten zugezogen habe, was durch die mnestischen Lücken anlässlich des Unfalls, die festgestellten Wunden am Kopf sowie die in der Folge immer wieder angegebenen und auch wiederholt dokumentierten verhaltensneurologischen und neuropsychologischen Störungen gestützt werde. Bezüglich der feststellbaren kognitiven Störungen bestünden sicher auch mitverursachende Faktoren wie die chronifizierten Schmerzen und der immer noch erhebliche Medikamentenbedarf.

Zusätzlich zur Schädel-Hirn-Verletzung habe die Beschwerdeführerin eine Traumatisierung der HWS erlitten, wobei nicht differenziert werden könne, ob diese einem Abknicktrauma und/oder einer Distorsion zuzuordnen sei (Urk. 11/M44/38-39).

Die Betrachtungen aus den verschiedenen Disziplinen zeigten jeweils eine unfallkausale deutliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. In der Konsensbesprechung sei für alle Untersucher klar, dass keine Hinweise auf Aggravation oder Simulation auszumachen seien, die Beschwerden übereinstimmend mit den objektivierbaren Befunden konsistent wiedergegeben worden seien, die Aktenlage mit den aktuellen Untersuchungen übereinstimme, ein deutlicher Krankheitswert für die geklagten Symptome bestehe, die Situation chronifiziert sei, aus somatischer Sicht keine relevante Besserung mehr zu erwarten sei und das ganze Geschehen einen Krankheitswert habe, von dem sich die Versicherte nicht aus eigener Kraft befreien könne.

In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Hilfskraft im Altersheim im Sinne einer Hausangestellten sei die Beschwerdeführerin bleibend voll arbeitsunfähig zu betrachten.

Sie sei auch glaubhaft in ihrem Alltag vollkommen eingeschränkt und erfahre Hilfe durch ihren Ehemann, der eigens die Schichtarbeit auf den Abend verlegt habe (Urk. 11/M44/40 Ziff. 6.1).

Ergänzend zu den somatischen, neurologischen und psychiatrischen Feststellungen sei festzuhalten, dass der Versicherten aus medizinisch-theoretischer Sicht nur noch eine absolut einfache und adaptierte Tätigkeit zu maximal 30 % zumutbar sei. Dabei sei an eine vorwiegend sitzende Tätigkeit zu denken mit der Möglichkeit, nach Belieben aufzustehen, umherzugehen und Pausen einzuschalten. Die Arbeitszeit müsse auch nach eigenem Gutdünken über den Tag verteilt werden können. Tatsächlich müsse deshalb davon ausgegangen werden, dass keine relevant verwertbare Restarbeitsfähigkeit in der freien Wirtschaft mehr bestehe

(Urk. 11/M44/41 Ziff. 6.1). 4.2

Lic. phil.

I.____, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP,

hielt in ihrem Verlaufsbericht vom 4. Dezember 2003 (Urk. 11/M56) fest, dass die Versicherte nach wie vor an wechselnd starken Schmerzen an verschiedenen Stellen ihres Körpers leide, weshalb sie von ihren Ärzten im J.____ starke, zum Teil morphinhaltige

Schmerzmittel erhalte. Da die langdauernde Einnahme solcher Mittel selbst wieder Schmerzen erzeuge, sei vorgeschlagen worden, die Versicherte zwecks Entzugs zu hospitalisieren. Dank der regelmässigen psychotherapeutischen Gespräche hätten jedoch ihre Ressourcen aktiviert werden können, und sie sei ohne Hospitalisation von den Medikamenten losgekommen. Im Laufe des Jahres 2002 sei zudem versucht worden, während drei Monaten die Therapiefrequenz zu reduzieren. Die durch Kopfschmerzen ausgelösten

Ängste seien jedoch grösser und unkontrollierbar geworden und hätten zu einer Alarmsituation geführt. Seit die Beschwerdeführerin wieder einmal pro Woche in die Therapie komme, habe sich die Situation deutlich beruhigt und auch nie mehr so drastisch zugespitzt.

Im Verlaufsbericht vom 6. Januar 2005 (Urk. 11/M57) führte Lic. phil.

I. ___

aus, dass bei der Versicherten eine Stabilisierung des Gesundheitszustandes eingetreten sei. Seit September 2004 habe

die Sitzungsfrequenz auf durchschnittlich zwei pro Monat reduziert werden können. Bis spätestens Mitte 2005 sei eine weitere Reduktion auf etwa eine Sitzung pro Monat vorgesehen. Diese Angaben wiesen auf eine günstige Prognose hin. Nun sei das gelungen, was bereits im Jahr 2002 versucht worden sei, sich jedoch im Nachhinein als verfrüht herausgestellt habe. 4.3.4.3.1

In dem Verlaufsbericht vom 8. Juni und 17. August 2009 an die IV-Stelle wies der Hausarzt der Versicherten

Dr. med. K. ___, Facharzt für Arbeitsmedizin und Innere Medizin, darauf hin, dass sich in den letzten Jahren an der Gesundheitsituation nichts Grundsätzliches verändert habe. Es bestehe weiterhin das beschriebene chronische Schmerzsyndrom, ausgelöst durch das Polytrauma vom 28. Juli 1996. Die Versicherte sei wegen der chronischen Schmerzsituation weiterhin ganz arbeitsunfähig. Phasenweise werde Physiotherapie eingesetzt, aber es würden keine spezifischen Therapien oder Abklärungen mehr durchgeführt. Seit November 2005 wohne die Versicherte zeitweise in ihrer Heimat in L. ___, werde durch Familienmitglieder unterstützt und habe zwei Mal wöchentlich eine Haushilfe. Eine berufliche Reintegration in der gegebenen chronischen Schmerzsituation sei 13 Jahre nach dem schweren Unfall aus hausärztlicher Sicht unrealistisch. Die letzte Konsultation datiere vom 7. Oktober 2008. Damals sei wegen Gefühlsstörungen im Bereich der rechten Hand in der Röntgenabteilung M. ___ ein MRI der HWS durchgeführt worden, welches keine Neurokompression ergeben habe (Urk.

E. 3.4

= BGE 138 V 147 E. 3.4) könne eine im Rahmen eines Vergleichs zugeprochene Rente nur in Wiedererwägung gezogen werden, wenn der Vergleich inhaltlich offensichtlich unrichtig gewesen sei (Urk. 21/4 ff. Rz 11 ff. und Urk. 48/3 ff.), nicht weiter einzugehen. Denn diese Rechtsprechung bezieht sich auf Fälle, in denen eine Rente im Rahmen einer Wiedererwägung, nicht hingegen wie hier im Rahmen einer Revision, abgeändert werden soll. 5. 4

Das A.____ - Gutachten erweist sich somit als überzeugend. Es genügt in jeder Hinsicht den für ein derartiges Beweismittel geltenden Anforderungen, weshalb darauf abgestellt werden kann und infolge der seit der Begutachtung durch das Z.____ eingetretenen Gesundheitsverbesserung von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit der Versicherten in einer leidensangepassten Tätigkeit auszugehen ist.

Die von der UVZ zur Vornahme des Einkommensvergleichs herangezogenen Zahlen (Urk. 11/G169) erweisen sich als richtig und werden von der Beschwerdeführerin nicht bestritten, weshalb darauf abzustellen und von einer 36%igen Invalidität auszugehen ist.

Unbeachtlich sind auch die Ausführungen der Versicherten, wonach die Beschwerdegegnerin die gesamten Rentenleistungen bei der im Zusammenhang mit dem Unfall vom 28. Juli 1996 Haftpflichtigen regressiert habe und sich somit mit der Revision an der Beschwerdeführerin bereichern würde (Urk. 1 S. 3 Rz 3, S. 7 Rz 9 und S. 18 Rz 40). Denn das Verhältnis zwischen der UVZ und dem Haftpflichtversicherer steht hier nicht zur Diskussion, und die Regressnahme auf den Haftpflichtversicherer kann einer Rentenrevision bei veränderten Verhältnissen nicht entgegenstehen.

Die angefochtene Verfügung erweist sich somit als richtig, und die Beschwerde ist abzuweisen. 6 .

Mit Verfügung vom 12. Dezember 2011 (Urk. 17) wurde Rechtsanwalt David Husmann als unentgeltlicher Rechtsvertreter bestellt. Mit Eingabe vom 31. Januar 2014 reichte er im Verfahren IV.2012.00607 die Honorarnote sowohl für das IV-Verfahren als auch für das vorliegende Verfahren ein (Urk. 22 und 23 im Verfahren IV.2012.607). Er ist daher im parallel laufenden IV-Verfahren zu entschädigen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt David Husmann, Zürich, wird für das vorliegende Verfahren im Verfahren IV.2012.00607 entschädigt. 4 .

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt David Husmann - Unfallversicherung Stadt Zürich - Bundesamt für Gesundheit

sowie an: - Gerichtskasse 5 .

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

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

E. 8

) und die Seiten

E. 9

Hypercholesterinämie, medikamentös behandelt

E. 10

Nikotinabusus .

Aktuell im Vordergrund der g eklagten Beschwerden gebe die Versicherte Kopf schmerzen an, die sowohl betreffend Lokalisation als auch hinsichtlich der Inten sität stark variierten. Im Bereich des Nackens gebe sie ebenfalls praktisch permanent vorhandene Schmerzen an, die in den Hals und in den Schultergürtel rechtsbetont ausstrahlten. Sie klage auch über Brust-, Magen- und Kreuz schmerzen, die belastungsabhängig in den rechten Oberschenkel bis zum Knie oder gelegentlich bis in die Grosszehe ausstrahlten.

Insbesondere die Nächte seien schlimm, denn sie müsse über ihre Situation grübeln und werde zu nehmend verzweifelt. Die Wiederaufnahme einer Arbeitstätigkeit sei für sie völ lig unmöglich (Urk. 9/73/66

Ziff. 7.3 im Verfahren IV.2012.00607) .

Die im Rahmen der aktuellen interdisziplinären Begutachtung durchgeführte internistische Untersuchung ergebe das Bild einer 47jährigen, schlanken und weit gehend unauffälligen Versicherten in gutem Allgemeinzustand. Der klini sche Status sei altersentsprechend normal, ohne Hinweise auf eine Herz- oder Lungenerkrankung. Auch im Abdominal- und Neurostatus fänden sich, abgese hen von einem Horner-Syndrom rechts, keine pathologischen Befunde. Das EEG

zeige einen unauffä lligen Erregungsablauf und die S pirometrie liefere keine Hinweise für eine obstruktive oder restriktive Ventilationsstörung. Auch die Laboruntersuchungen seien weitgehend unauffällig. Aus internistischer Sicht könne derzeit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründet werden, weder in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Hausangestellte in einem Alters heim, noch in einer sonstigen dem Alter und dem Habitus entsprechenden Ver weistätigkeit (Urk. 9/73/67

Ziff. 7.3 im Verfahren IV.2012.00607) .

Bei der rheumatologischen Untersuchung imponiere eine auffallende Diskrepanz zwischen den objektivierbaren klinischen und radiologischen Befunden und den von der Versicherten sehr demonstrativ präsentierten Beschwerden und Schmerzen. Es bestehe eine erhebliche Tendenz zur Selbstlimitation mit zahlrei chen Inkonsistenzen. So sei die teilweise massive Bewegungsverminderung im Bereich des Haltungs- und Bewegungsapparates während der Begutachtung deutlich variabel und klinisch im demonstrierten Ausmass nicht plausibel. Zu objektivieren sei eine ausgeprägte Insuffizienz insbesondere der wirbelsäulen stabilisierenden Muskulatur, welche zusammen mit der Fehlhaltung und der minimalen Fehlstatik zu einer ständigen Fehl- und Überbelastung insbesondere des Achsenorgans mit multiplen Insertionstendinopathien und Tendinosen führe. Die aktuellen konventionellen Röntgendarstellungen des Achsenorgans, der Hüft- und Kniegelenke und des rechten Schultergelenkes ergäben – abgese hen von einem Verdacht auf eine Stufenbildung in der zentralen Hüftpfanne – keine über das altersentsprechende Mass hinausgehende n degenerativen Verän derungen oder sonstige Pathologien , welche die von der Versicherten

geklagten Beschwerden und insbesondere deren Intensität in ausreichendem Mass erklären könnten. Insbesondere fänden sich bei m Status nach multiplen Frakturen mit teils osteosynthetischer und teils konservativer Therapie knöchern konsolidierte Verhältnisse. Eine sekundäre Coxarthrose könne weder klinisch noch radiologisch objektiviert werden. Auch im Bereich beider Kniegelenke fänden sich altersentsprechend regelrechte Befunde bei Patelladysplasie Typ II nach Wiberg. Es könne jedoch von einem so genannten femoropatellaren Schmerzsyndrom ausgegangen werden. Für den im Z.____ - Gutachten postulierten Status nach HWS Verletzung und einen sekundären evolutiven Prozess, der für eine initial übersehene Läsion sprechen würde, fänden sich keine Hinweise. Auch in den Funktionsaufnahmen der HWS fänden sich keinerlei Hinweise für eine segmentale Mikroinstabilität. Zusammenfassend lässt sich der ausschliesslich die Arbeitsfähigkeit limitierende Gesundheitsschaden auf rheumatologischem Fachgebiet durch die eingeschränkte Belastbarkeit der linken unteren Extremität formulieren. Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Allrounderin in einem Altersheim mit wiederholt anfallendem Tragen und Heben von mittelschweren Lasten, Arbeiten in Zwangshaltungen sowie primär im Gehen und Stehen zu verrichtenden Tätigkeiten sei die Versicherte nur noch zu 50 % arbeitsfähig. In einer optimal dem Leiden angepassten, leichten wechselbelastenden, primär im Sitzen auszuübenden Tätigkeit ohne das Arbeiten in kniender und hockender Stellung, ohne repetitive, stereotype Bewegungsabläufe im Bereich der linken unteren Extremität, ohne das mehr als gelegentliche Bewältigen von Treppen und Leitern und ohne Stoss-, Zug- und Druckeinwirkungen auf das linke Bein, sei bezogen auf ein Vollschichtpensum aus versicherungsmedizinischer Sicht hin gegen eine unlimitierte Arbeitsfähigkeit von 100 % zu attestieren (Urk. 9/73/ 67-68 Ziff. 7.3 im Verfahren IV.2012.00607).

Bei der neurologischen Untersuchung hätten sich keinerlei Hinweise auf eine (floride) neuroradikuläre Symptomatik ergeben, sämtliche Nervenkompressions- bzw. Dehnungszeichen seien negativ, insbesondere fänden sich keine Hinweise auf (dermatombezogene) Störungen der Oberflächensensibilität, der Reflexe oder der Kraft der peripheren Kennmuskeln. Die seitenvergleichende Umfangsmessung beider oberen und unteren Extremitäten ergebe keine pathologische Differenz, sodass insbesondere die längerfristige Schonung des linken Beines mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden könne. Als einzige pathologische Befunde fänden sich ein rechtsseitiges Horner-Syndrom sowie eine Läsion des Nervus cutaneus femoris lateralis links. Angesichts der unfallbedingten gut dokumentierten Verletzungen (Schädel-Hirn-Trauma, ausgedehnte Beckenverletzung) seien die genannten nervalen Störungen als sehr wahrscheinlich unfallkausal einzuordnen. Die von der Versicherten vorgetragene Kopfschmerzsymptomatik sei hingegen angesichts der migräne-typischen Begleitphänomene am ehesten als Migräne zu klassifizieren. Die fehlende Kopfschmerzdokumentation sowie die Diskrepanz zwischen der anamnestisch angegebenen aktuellen Schmerzstärke und dem unbeeinträchtigten klinischen Eindruck liessen dabei eine sichere Quantifizierung von Ausprägung und Krankheitswertigkeit nicht zu. Die Migräne sei eine eigenständige biologische Entität ohne Kausalbezug zu Verletzungsereignissen im Bereich des Kopfes oder der HWS, sodass eine unfallkausale Genese nicht wahrscheinlich sei. Auch fänden sich in der durchgeführten Untersuchung keine ausreichenden Anhaltspunkte für behindernde kognitive Defizite, was im Einklang mit den unauffälligen bildmorphologischen Befunden des Hirnes stehe. Eine hirnorganische Beeinträchtigung mit behinderndem Effekt könne also nicht attestiert werden (Urk. 9/73 /68-69 Ziff. 7.3 im Verfahren IV.2012.00607).

Bei der psychiatrischen Exploration werde bezüglich der geschilderten Schmerzen keinerlei Leidensdruck spürbar. Deutlich werde hingegen, dass die Versicherte stark unter der Trennung vom Ehemann leide, sodass sie seit etwa einem Jahr sehr viel mehr weine, Angst vor dem Alleinsein habe und Zukunftsängste aufträten, was aus ihr werden solle und wer sich später um sie kümmern werde. Nach ihren Angaben sei die Versicherte seit mindestens zwei bis drei Jahren während der Hälfte des Jahres in ihrem eigenen Haus in L. ____ wohnhaft. Dort gehe es ihr gemäss ihren eigenen Angaben psychisch deutlich besser, da sie den Kontakt zu Schwester und Mutter, die beide dort lebten, genieße. Im Untersuchungsgespräch werde deutlich, dass die Versicherte am liebsten ganz nach L. ____ ziehen würde, allerdings Angst habe, sich in der Schweiz abzumelden, weil sie nicht wisse, ob sie dann noch alles zahlen könnte. Im Gegensatz zur psychiatrischen Begutachtung vom 7. Februar 2001 im Z. ____ zeige die Versicherte abhängige Persönlichkeitszüge. So berichte sie von einem unbehaglichen Gefühl, nun alleine zu sein und nicht für sich alleine sorgen zu können. Sie berichte von einer früheren Furcht, vom Ehemann verlassen zu werden, und es scheine für sie schwierig zu sein, eigene Lebensentscheidungen zu treffen, zum Beispiel bezüglich ihres Lebensmittelpunktes. Bezüglich der abhängigen Persönlichkeitszüge sei noch anzumerken, dass die Versicherte immer noch unter der Kinderlosigkeit leide. Deutlich werde also eine eher passive Haltung mit dem Wunsch nach Zuwendung und Versorgung. Zuletzt nehme die Versicherte im Sinne einer low dose Abhängigkeit regelmässig Benzodiazepine ein. In der Vorgeschichte werde immer wieder auf die missbräuchliche Einnahme von Schmerzmitteln und Hypnotika hingewiesen. Diagnostisch zeigten sich also eine Anpassungsstörung mit einer längeren depressiven Reaktion nach Trennung vom Ehemann sowie eine Benzodiazepin-Abhängigkeit und abhängige Persönlichkeitszüge. Daraus ergebe sich aus versicherungspsychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 9/73 /69 Ziff. 7.3 im Verfahren IV.2012.00607).

Zusammenfassend und unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde sei die Versicherte aus rheumatologischer Sicht für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Allrounderin in einem Altersheim mit wiederholt anfallendem Tragen und Heben von mittelschweren Lasten, Arbeiten in Zwangshaltungen sowie primär im Gehen und Stehen zu verrichtenden Tätigkeiten nur noch zu 50 % arbeitsfähig. In einer optimal dem Leiden angepassten, leichten, wechselbelastenden, primär im Sitzen auszuübenden Tätigkeit ohne das Arbeiten in kniender und hockender Stellung, ohne repetitive, stereotype Bewegungsläufe im Bereich der linken unteren Extremität, ohne das mehr als gelegentliche Bewältigen von Treppen, ohne das Bewältigen von Leitern und ohne Stoss-, Zug- und Druckeinwirkungen auf das linke Bein, sei ihr bezogen auf ein Vollschichtpensum aus versicherungsmedizinischer Sicht hingegen eine unlimitierte Arbeitsfähigkeit von 100 % zu attestieren. Die internistischen und neurologischen Diagnosen schränken ihre Arbeitsfähigkeit nicht ein. Auch aus versicherungspsychiatrischer Sicht bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit; es wäre sogar dringend indiziert, dass die Versicherte einer Tagesstruktur nachgehen könnte, um wieder eine Eigenständigkeit zu entwickeln, aber auch um Kontakte zu knüpfen (Urk. 9/73 /70 Ziff. 7.4 im Verfahren IV.2012.00607).

Die Versicherte sei nach ihrem Unfall zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben, nach zahlreichen gescheiterten Rehabilitationsversuchen im Jahr 2001 vom Z. ____

begutachtet und rückwirkend ab 1997 von der Invalidenversicherung berentet worden. Widersprüchlich zu den von der Versicherten geschilderten Beschwerden und insbesondere zur subjektiven Beschwerdeintensität fänden sich ab dem Jahr 2001, abgesehen von zwei

Berichten des Hausarztes, keinerlei ärztliche Atteste. Zudem stehe die Versicherte gemäss eigenen Angaben in keiner fachärztlichen (orthopädischen, neurologischen oder psychiatrischen) Behandlung. Somit sei kein erhöhter Behandlungsbedarf erkennbar, wie er durch eine höher gradige Schmerzintensität (gemäss Angaben der Versicherten VAS bis 10/10) eigentlich zu erwarten wäre. Die aktuell erhobenen gutachterlichen Befunde legitimierten gewisse qualitative Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit, vor allem wegen der verminderten Belastbarkeit der linken unteren Extremität. Ansonsten lässt sich aktuell aus interdisziplinärer Sicht für eine dem Leiden optimal angepasste Tätigkeit keine dauerhaft e Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen. Seit wann diese behinderungsangepasste volle Arbeitsfähigkeit bestehe, könne aufgrund der Aktenlage nicht rekonstruiert werden, sie gelte somit spätestens ab dem Zeitpunkt der aktuellen Begutachtung

(Urk. 9/73 /70-71 Ziff. 7.5 im Verfahren IV.2012.00607). 5. 5.1

Die Begutachtung des A.____ beruht auf den erforderlichen fachärztlichen Untersuchungen internistischer, neurologischer, rheumatologischer und psychiatrischer Art, die in einer internen Konsensbesprechung ausgewertet wurden (Urk. 9/73 ff. im Verfahren IV.2012.00607). Die medizinischen Zusammenhänge und die medizinische Situation werden eingehend erörtert und die Schlussfolgerungen sind begründet , womit das Gutachten die formellen Anforderungen gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung erfüllt. 5.2

In materieller Hinsicht attestierten die Ärzte des A.____ der Beschwerdeführerin eine massgebliche Besserung des Gesundheitszustands. Die Beschwerdeführerin klagte zwar nach wie vor über persistierende starke Schmerzen, insbesondere über Kopf- und Nackenschmerzen, die seit der Begutachtung durch das Z.____ sogar zugenommen hätten (Urk. 9/73/27 im Verfahren IV.2012.00607). Indes machte sie weder dem rheumatologischen noch dem psychiatrischen Gutachter einen schmerzgequälten Eindruck, und wie im Gutachten zu Recht vermerkt wurde und nach der medizinischen Aktenlage ausgewiesen ist, begibt sich die Beschwerdeführerin nur noch sporadisch in ärztliche Behandlung (Urk. 9/73/27 im Verfahren IV.2012.00607), was ebenfalls gegen eine Zunahme der Beschwerden und gegen einen grossen Leidensdruck spricht. Bei der körperlichen Untersuchung fiel die Beschwerdeführerin durchwegs durch Selbstlimitation und Inkonsistenzen auf, die sich einerseits darin zeigten, dass sie im gerichteten Untersuchungsgang ein linkshinkendes Gangbild zeigte, während sie im unge richteten Untersuchungsgang hinkfrei ging (Urk. 9/73/45 im Verfahren IV.2012.00607), und andererseits darin, dass sie bei der Untersuchung massgebliche Funktionseinschränkungen der Schultergelenke und der Kopffrotation demonstrierte, in Bauchlage auf der Liege jedoch beide Arme problemlos und ohne Schmerzäusserung neben dem Kopf ablegen und den Kopf auf der linken Gesichtshälfte platzieren konnte (Urk. 9/73/44 im Verfahren IV.2012.00607). Auch bei der Funktionsüberprüfung der HWS habe sie zunächst eine erhebliche Einschränkung für alle Ebenen demonstriert, unter Ablenkung hätten hingegen deutlich bessere beziehungsweise normale Funktionsausmasse erzielt werden können (Urk. 9/73/45 im Verfahren IV.2012.00607).

Die kognitiven Defizite, die den Gutachtern des Z.____ aufgefallen waren und die die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit massgeblich beeinflusst hatten, konnten in der neurologischen und in der psychiatrischen Begutachtung im A.____ nicht mehr festgestellt werden (Urk. 9/73/53 und 9/73/58 im Verfahren IV.2012.00607). Der Anpassungsstörung

mit längerer depressiver Reaktion seit der Trennung vom Ehemann und den neu erhobenen abhängigen Persönlich keitszügen massen die Gutachter keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bei. Gegenteils wiesen sie darauf hin, es wäre dringend indiziert, dass die Beschwer deführerin wieder einer Tagesstruktur nachginge, um wieder Eigenständigkeit zu entwickeln und Kontakte zu knüpfen (Urk.

9/73/60 im Verfahren IV.2012.00607).

Die vom A.____ beschriebene Besserung des Gesundheitszustands ist damit ausrei chend dargetan. Die weiteren bei den Akten liegenden Arztberichte führen zu keinem anderen Ergebnis. Gegenteils ist darauf hinzuweisen, dass die behan delnde Psychotherapeutin lic. phil. I.____ im Verlaufsbericht vom 6.

Januar 2005 (Urk. 11/M57) eine Stabilisierung des Gesundheitszustands beschrieben und eine günstige Prognose gestellt hatte, so dass sie eine Reduktion der Sitzungsfrequenz ins Auge fasste. Auch aus den Berichten des Hausarztes Dr. K.____ vom 8. Juni und vom 1 7. August 2009 ergibt sich, dass die Beschwer deführerin nur phasenweise Physiotherapie benötigte und die sp e zifischen The rapien und Abklärungen abgebrochen hatte. Dass er nach wie vor eine vollstän dige Arbeitsunfähigkeit attestierte, ist darauf zurückzuführen, dass er im Wesentlichen nur auf die subjektiven Aussagen der Versicherten abstellte. 5. 3

Aufgrund der ausgewiesenen Verbesserung des Gesundheitszustands erweist sich die Kritik der Beschwerdeführerin, wonach das A.____ lediglich eine andere Beurteilung eines unveränderten Gesundheitszustandes vorgenommen habe, als unzutreffend. Das A.____ legte begründet dar, dass die vom Z.____ anlässlich der im Jahr 2001 erfolgten Begutachtung festgestellten Einschränkungen nicht mehr beziehungsweise nicht mehr im gleichen Ausmass vorhanden sind. Dass das A.____ Kritik an der Beurteilung des Z.____ übte, weil dabei zum Teil stark auf die subjektiven Angaben der Versicherten abgestellt worden sei, vermag nichts daran zu ändern, dass sich der Gesundheitszustand der Versicherten tatsächlich verbessert hat.

Damit ist auf den Einwand der Versicherten, gemäss höchstrichterlicher Recht sprechung (Entscheid des Bundesgerichts 8C_727/2011 vom 1. März 2012 E.

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