

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00084 vom 28. September 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-09-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2015.00084

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00084 du 28 septembre 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00084 del 28 settembre 2016

Erwägungen

E. 1.1

Gemäss Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung haben die Parteien Anspruch auf rechtliches Gehör. Das rechtliche Gehör dient einerseits der Sachaufklärung, andererseits stellt es ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht beim Erlass eines Entscheids dar, welcher in die Rechtsstellung einer Person eingreift. Dazu gehört insbesondere deren Recht, sich vor Erlass des in ihre Rechtsstellung ein greifenden Entscheids zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen (BGE 132 V 368 E. 3.1 mit Hinweisen).

E. 1.2

Der verfassungsmässige Anspruch auf Akteneinsicht als Teil des rechtlichen Gehörs verpflichtet die Behörden zu einer geordneten und übersichtlichen Aktenführung (in BGE 139 II 233 nicht publ. E. 4.4.1 des Urteils des Bundesgerichts 2C_978/2012 vom 4. Mai 2013). Gemäss Art. 46 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) hat der Versicherungsträger für jedes Sozialversicherungsverfahren alle Unterlagen, die massgeblich sein können, systematisch zu erfassen (BGE 138 V 218 E. 8.1.2). Die Akten sind von Beginn weg in chronologischer Reihenfolge abzulegen und nach Eingang eines Gesuchs um Akteneinsicht, spätestens aber im Zeitpunkt des Entscheids, durchgehend zu paginieren (z.B. Urteil des Bundesgerichts 8C_725/2012 vom 27. März 2013 E. 4.1.2 mit Hinweisen, vgl. auch: Barbara Kobel, in: Christian Zünd/Brigitte Pfiffner Rauber, Hrsg., Gesetz über das Sozialversicherungsgericht, 2. Auflage, Zürich/L. ___/Genf 2009, N 12 zu § 21).

E. 1.3.1

Die Beschwerdeführerin lässt eine rechtsverletzende Aktenführung sowohl durch die Beschwerdegegnerin als auch durch das Gericht rügen.

E. 1.3.2

Soweit sie geltend machen lässt, die Aktenführung der Beschwerdegegnerin sei mangelhaft, da es den in sechs Bundesordnern eingereichten mehreren 100 Aktenstücken an jeglicher Ordnung und Systematik fehle (Urk. 16 S. 25), ist ihr entgegenzuhalten, dass die von der Beschwerdegegnerin im Verfahren UV.2015.00074 eingereichten und in diesem Verfahren als Urk. 14/ZM1-ZM217 sowie Urk. 15/Z1-601 geführten Akten zwar nicht mit einem Aktenverzeichnis versehen, jedoch, was die Akten 15/Z1-601 anbelangt, durchgehend paginiert und chronologisch sind. So handelt es sich bei der Urkunde 15/Z1 um die

Unfallmeldung vom 22. Juni 1999 und beim neuesten Aktenstück Urk. 15/Z601 um ein Schreiben der Beschwerdegegnerin an den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin vom 12. Mai 2015. Die Chronologie spiegelt sich in der beschwerdegegnerischen Bezeichnung der Ordner als Korrespondenz I-V unter Notierung des Datums des jeweiligen letzten Aktenstücks. Der neueste Ordner wird davon abweichend zwar mit der Bezeichnung „Allgemeine Korrespondenz“ versehen, doch ergibt sich die Chronologie der Aktenführung wiederum aus der darauf versehenen Datumsbezeichnung, nunmehr des neuesten Aktenstücks, da es sich um den letzten, mithin noch nicht geschlossenen Ordner handelt.

Bei den Urk. 14/ZM1-ZM217, welche in einem Order zusammengefasst sind, handelt es sich um die medizinischen Akten, welche ihrerseits wiederum chronologisch geführt sind. Chronologische Ungereimtheiten erklären sich jeweils damit, dass die Berichte als Beilagen zu neueren Berichten eingereicht wurden (vgl. z. B. Aktennotizen zu Urk. 14/ZM147 bis 14/ZM160 und zu Urk. 14/ZM197-14/ZM204).

Die Systematik und Ordnung dieser Aktenführung ist entgegen den Behauptungen der Beschwerdeführerin nicht zu bemängeln. In Bezug auf das fehlende Aktenverzeichnis besteht klarerweise Optimierungsbedarf, ist ein solches doch in der Regel zu erstellen

(Urteil des Bundesgerichts 2C_327/2010 vom 19. Mai 2011 E. 3.2, nicht publiziert in BGE 137 I 247

; SVR 2011 IV Nr. 44 S. 131).

Eine nicht heilbare Verletzung des rechtlichen Gehörs, welche mit der Kassation des angefochtenen Entscheids zu ahnden wäre (vgl. BGE 132 V 387 E. 5.1; 127 V 431 E. 3d/aa), ist darin aber nicht zu erblicken. Der Beschwerdeführerin wäre eine Stellungnahme im gerichtlichen Verfahren zu den ihr aus mehreren Vorverfahren bereits bekannten Akten ohne Weiteres möglich gewesen.

E. 1.3.3

Soweit die Beschwerdeführerin das gerichtliche Aktenverzeichnis bemängeln lässt (vgl. Urk. 16 S. 24), ist sie darauf hinzuweisen, dass die kantonalen Gerichte weder zur Führung eines Aktenverzeichnisses noch eines Verfahrensprotokolls verpflichtet sind (Urteile des Bundesgerichts 5A_341/2009 vom 30. Juni 2009 E. 5.2 und 8C_319/2010 vom 15. Dezember 2010 E. 2.2.2).

Inwiefern es dem Beizug der Akten der Invalidenversicherung mit Verfügung vom 12. August 2015 an Förmlichkeit fehlen soll (vgl. dazu Urk. 16 S. 25), ist ebenso wenig nachvollziehbar wie der Einwand betreffend die angebliche Unvollständigkeit der beigezogenen IV-Akten. So liegen entgegen der Behauptung der Beschwerdeführerin diverse Feststellungsblätter in den IV-Akten (so z. B. Urk. 11/338, 11/340, 11/390) und die Durchsicht der Akten bietet keinen Anhaltspunkt, welcher auf fehlende Dokumente schliessen lässt. Was die angeblich fehlenden Dossiers des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) und der Ausgleichskasse (AK) anbelangt, fehlt es den Ausführungen der Beschwerdeführerin zudem an jeglicher Konkretisierung.

Was letztlich den Beizug der von der Beschwerdegegnerin im Verfahren UV.2015.00074 eingereichten Akten anbelangt, welcher auf Bitte der Beschwerdegegnerin erfolgte (vgl. Urk. 8 S. 2), um ein nochmaliges Kopieren der umfangreichen Unterlagen zu vermeiden, wurde derselbe - wie gerichtsüblich - nicht formell verfügt, der Beschwerdeführerin in Ziffer 3 des Dispositivs der Verfügung vom 18. August 2015 aber mitgeteilt. Auch wurden

ihr die Akten verfügmässig zur Stellungnahme und Einsicht zugestellt (Urk. 12). Inwiefern diese Form des gerichtsinternen Aktenbeizugs die Beschwerdeführerin in ihrem verfassungsmässigen Anspruch auf Akteneinsicht einschränken soll, ist ebenfalls nicht nachvollziehbar, zumal sie in beiden Verfahren von Dr. Brusa vertreten war.

Damit aber liegt keine nicht heilbare Verletzung des rechtlichen Gehörs vor. 2.

E. 2

Dagegen liess die Versicherte am 12. Mai 2015 Beschwerde erheben und die Zusprechung der gesetzlichen Leistungen unter Aufhebung des angefochtenen Entscheids beantragen (Urk. 1). Die zwischenzeitlich ergangene Revisionsverfügung der IV-Stelle vom 24. April 2015 mit der Erhöhung der bisherigen halben auf eine Dreiviertelsrente ab 1. August 2008 (Urk. 11/395) liess sie unangefochten in Rechtskraft erwachsen. Die Beschwerdegegnerin schloss in der Vernehmlassung vom 10. August 2015 auf Abweisung der Beschwerde und beantragte den Beizug der im zwischen den Parteien ebenfalls hängigen Verfahren UV.2015.00074 eingereichten Akten (Urk. 8). Nach Beizug der IV-Akten (Urk. 11/1-397) mit Verfügung vom 12. August 2015 (Urk. 9) wurde mit Verfügung vom 18. August 2015 ein zweiter Schriftenwechsel angeordnet und der Beschwerdeführerin wurden die beigezogenen IV-Akten sowie die in diesem Prozess als Urk. 14/ZM1-ZM217 und Urk. 15/Z1-601 geführten Akten aus dem Prozess UV.2015.00.74 zur Einsicht zugestellt (Urk. 12). Mit der Replik vom

E. 2.1

Materiell im Streit steht, ob die bisherige Invalidenrente von 57 % infolge einer revisionsrechtlich relevanten Verschlechterung des Gesundheitszustandes respektive einer erheblichen erwerblichen Änderung zu erhöhen ist. 2.2.1

Die Revision einer Invalidenrente der Unfallversicherung richtet sich - vom vorliegenden nicht erfüllten Spezialfall von Art. 22 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) abgesehen - nach Art. 17 Abs. 1 ATSG. Gemäss dieser Norm wird die Rente dann von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben, wenn sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich ändert. 2.2.2

Eine revisionsrechtliche Rentenerhöhung im Sinne von Art. 17 ATSG setzt eine anspruchserhebliche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse voraus, welche entweder in einer objektiven Verschlechterung respektive Verbesserung des Gesundheitszustandes mit entsprechend geänderter Arbeitsfähigkeit oder in geänderten erwerblichen Auswirkungen einer im Wesentlichen gleich gebliebenen Gesundheitsbeeinträchtigung liegen kann. Demgegenüber stellt eine bloss abweichende Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes keine revisionsrechtlich relevante Änderung dar (BGE 112 V 371 E. 2b unten; SVR 2004 IV Nr. 5 E. 2, I 574/02; Urteil des Bundesgerichts 9C_603/2008 vom 4. Februar 2009 E. 2.2 mit weiteren Hinweisen).

Im Bereich der obligatorischen Unfallversicherung ist die erforderliche Erheblichkeit der Sachverhaltsänderung gegeben, wenn sich der Invaliditätsgrad um 5 % verändert (BGE 133 V 545 E. 6.2), wobei bei über 50 % liegenden Invaliditätsgraden kumulativ eine relative Veränderung von mindestens 10 % verlangt ist (Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. 2015, N 43 zu Art. 17 ATSG mit Hinweisen).

E. 2.3

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

E. 2.4

Aufgrund der Einheitlichkeit des Invaliditätsbegriffs (Art. 8 ATSG) in der Invaliden- und Unfallversicherung hat die Schätzung der Invalidität mit Bezug auf den gleichen Gesundheitsschaden in beiden Bereichen prinzipiell denselben Invaliditätsgrad zu ergeben, soweit nicht die unterschiedliche gesetzliche Regelung oder Rechtspraxis in den einzelnen Versicherungszweigen zu einer abweichenden Invaliditätsbemessung führen. Bereits abgeschlossene Invaliditätsfestlegungen sind mitzuberücksichtigen. Es besteht jedoch keine Bindungswirkung der Invaliditätsschätzung des einen Versicherers für den jeweils anderen Sozialversicherungszweig (Urteil des Bundesgerichts 8C_543/2011 vom 25. August 2011 E. 3 mit Hinweisen auf BGE 133 V 549

E. 6, 119 V 468 E. 2b). 3. 3.1

Die Beschwerdegegnerin verneinte einen Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine höhere als die bisherige Invalidenrente im Wesentlichen damit, dass eine Übernahme des von der IV-Stelle errechneten Invaliditätsgrades von 65 % grundsätzlich und angesichts der den Akten der Invalidenversicherung zu entnehmenden Zugeständnisse abzulehnen sei. Zudem sei der Revision im IV-Verfahren ein anderes zeitliches Revisionsfenster zugrunde gelegen als der hier zu beurteilenden Revision.

Was die behauptete Verschlechterung des Gesundheitszustandes anbelange, sei gestützt auf das überzeugende Gutachten der MEDAS A. ___ erstellt, dass aktuell sowohl körperlich wie auch psychisch der gleiche klinische Zustand vorliege wie 2008, in welchem die massgebliche Rentenverfügung erlassen worden sei. Daran würden auch die von der Beschwerdeführerin geltend gemachten zusätzlichen „indirekten unfallbedingten Gesundheitsbeeinträchtigungen“, deren Unfallkausalität sicherlich zum Teil fraglich sei, nichts ändern, bewirkten dieselben doch keine zusätzliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit.

Soweit die Beschwerdeführerin ein höheres Valideneinkommen propagiere, bestünden zunächst keine Anhaltspunkte für eine andere „Validenkarriere“. Zudem würden die Vorbringen – soweit eine ursprüngliche Fehlerhaftigkeit der Invaliditätsberechnung geltend gemacht werde – die Frage der Wiedererwägung gemäss Art. 53 Abs. 2 ATSG beschlagen, welche nicht Gegenstand dieses Verfahrens bilde (Urk. 2, 8, 20). 3.2

Die Beschwerdeführerin lässt dagegen im Wesentlichen vorbringen, ihr Gesundheitszustand habe sich in den letzten Jahren kontinuierlich verschlechtert und zwar nicht nur in Bezug auf die augenfälligen Störungen im Bereich des Bewegungsapparats, sondern auch hinsichtlich der psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung und der intern-medizinischen Störungen im Bereich Magen/Darm und Drüsensystem. Nicht nur die IV-Stelle habe dies anerkannt; auch der Krankengrundversicherer habe sich mit der Verschlechterung beschäftigt und ein rehabilitatives Spezialmanagement vorgeschlagen. Der von der Beschwerdegegnerin vertretene Standpunkt mit der Berufung auf die angeblich fehlende Veränderung zwischen den beiden Verfügungserlassen sei formalistisch

und rechtsmissbräuchlich. Ausgangspunkt für den massgeblichen Vergleich bildeten vielmehr der Gesundheitszustand und die entsprechenden Berichte/Abklärungen, welche bei Erlass der Verfügung im Grundfall berücksichtigt worden seien.

Was die erwerbliche Situation anbelange, gelte es insbesondere die mutmassliche Entwicklung des Erwerbseinkommens und dabei die zu erwartende Karriere der Beschwerdeführerin mit hochschulanaloger Ausbildung in ihrer Heimat zu berücksichtigen (Urk. 1, 16). 4. 4.1

Was zunächst die für die Rentenrevision massgebenden Vergleichszeitpunkte betrifft, gilt es zu beachten, dass zeitlicher Ausgangspunkt für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades die letzte rechtskräftige Verfügung bildet, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs beruht (BGE 134 V 131 E. 3 mit Hinweisen, 133 V 108 E. 5.4). Es müssen mithin neue Elemente tatsächlicher Natur vorliegen, welche nach der ursprünglichen Rentenverfügung eingetreten und zu dem damals gegebenen Sachverhalt hinzugekommen sind oder diesen verändert haben (SVR 2004 IV Nr. 17). 4.2

Zeitliche Vergleichsbasis im hier zu beurteilenden Fall bilden - nach dem soeben Gesagten - die tatsächlichen Verhältnisse, welche im Zeitpunkt des Erlasses der Rentenverfügung vom 26. November 2008 vorlagen (Urk. 15/Z468). Da die Verfügung unangefochten in Rechtskraft erwuchs und auch durch die vergleichsweise Regelung in Bezug auf die vorübergehende Verschlechterung des Gesundheitszustandes in Folge der Diskushernie L5/S1 (Urk. 15/Z481 und 15/Z484) für die Zeit nach Verfügungserlass keine Änderung erfuhr, ist die Frage nach einer anspruchserheblichen Änderung im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG bezogen auf die tatsächlichen Verhältnisse im Zeitpunkt des Verfügungserlasses vom 26. November 2008 zu prüfen. Wie die Beschwerdegegnerin zu Recht erklärte, bildete Vergleichszeitpunkt im invalidenversicherungsrechtlichen Verfahren dagegen der am 1. September 2005 erlassene, gerichtlich bestätigte Einspracheentscheid der IV-Stelle. 4.3

In medizinischer Hinsicht stützte sich die Verfügung im Grundfall auf das interdisziplinäre Gutachten des C.____ vom 24. Juni 2005, welchem im Urteil IV.2007.00145 vom 23. September 2008 für das invalidenversicherungsrechtliche Verfahren volle Beweiskraft zuerkannt wurde.

Die beteiligten rheumatologischen und psychiatrischen Fachgutachter schlossen auf folgende Diagnosen (Urk. 14/ZM138 S. 34): - Fusschmerzen rechts bei/mit - Status nach Quetschtrauma des rechten Fusses mit proximaler Metatarsale-Fraktur IV und V, disloziert, geschlossen, bei Status nach Unfall am 28.05.1999 - Arthrose Metatarso-cuboidal (IV und V) - Status nach intermetatarsaler Fusion der Basen Metatarsalia IV und V rechts Mai 2000 (Malunion der Fraktur Metatarsale V sowie Arthrose intermetatarsal IV/V) - Hypästhesie des lateralen Fussrandes rechts - Vorfussschmerz rechts bei Defekt Metatarsaleköpfchen III lateral sowie Fehlstellung Digitus IV, Morton Neurom II/III

- Status nach Funktion eines plantaren Hämatoms rechts Juni 1999 - Status nach Schraubenentfernung Mai 2001 - Chronisches lumbospondylogenes Syndrom rechts bei Fehlhaltung und chronischer Fehlbelastung - Generalisierte Angststörung, teilremittierte Depression (Teilgutachten Dr. med. D.____) - Chronisch rezidivierendes zervikospondylogenes Syndrom - Anamnestisch Polyarthralgien.

Die Beschwerden wurden abgesehen vom zervikalen Syndrom und den anamnestischen Polyarthralgien als unfallkausal beurteilt, wobei die angestammte Tätigkeit als Lagermitarbeiterin, da Stehen und Gehen höchstens noch in kleinen Zeitabschnitten von 15 Minuten zumutbar erschien, als bleibend unzumutbar erachtet wurde. In einer angepassten, vorwiegend sitzenden, körperlich leichten Tätigkeit ohne Arbeiten über Kopf mit der Möglichkeit zu einer kurzen Entlastung pro Stunde sei eine 50%ige Tätigkeit zumutbar. Diese Zumutbarkeitsbeurteilung galt ab dem Zeitpunkt der Gutachtenserstellung; eine Besserung wurde als unwahrscheinlich erachtet (Urk. 14/ZM138 S. 34 ff.).

Nachdem Mitte August 2005 akute Beschwerden im Sinne eines lumbospondylogenen-lumboradikulären Syndroms aufgetreten waren (vgl. Urk. 14/ZM145), wurde mittels MRI-Untersuchung vom 3. September 2005 in E.____ eine paramediane kleine Diskushernie L5/S1 mit möglichem Kontakt zur Nervenwurzel S1 festgestellt (vgl. Urk. 14/ZM139) und zunächst mittels Cortison behandelt. Vom 17. Oktober bis 5. November 2005 folgte eine Hospitalisation im C.____ mit Wurzelinfiltration (Urk. 14/ZM139-145) und am 29. Dezember 2005 eine operative Diskushernienentfernung mittels Fenestration L5/S1 links (Urk. 14/ZM165), welche gemäss Bericht der F.____ Klinik vom 10. Februar 2006 ein sehr gutes Resultat nach sich zog und zum Behandlungsabschluss führte (Urk. 14/ZM195).

Der vergleichsweisen Erledigung vom 18. März respektive 25. Mai 2009 (Urk. 15/Z481 und 15/Z484), welche im Nachgang und in Anlehnung an die Schlussfolgerungen im Urteil IV.2007.00145 erging (vgl. Urk. 15/Z473), lag die Annahme einer vorübergehenden Verschlechterung des Gesundheitszustandes infolge der (vergleichsweise) als unfallkausal anerkannten Diskushernie zugrunde mit Anerkennung einer gänzlichen Arbeitsunfähigkeit vom 17. August 2005 bis 9. Februar 2006. Der Rentenanspruch von 57 % wurde dadurch nicht tangiert. 4.4

4.4.1

Im Rahmen des mit Schreiben vom 31. Oktober 2011 in die Wege geleiteten Revisionsverfahrens (Urk. 15/Z495/1) reichte der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin den Bericht von Prof. Z.____ vom 15. Dezember 2010 ein. Gemäss seinen Ausführungen zog die Fenestration L5/S1 vom 19. Dezember 2005 eine einjährige Schmerzfreiheit nach sich. Seit 2007 seien die Schmerzen im Bereich der LWS mit Ausstrahlung in die Hüften beidseits und das rechte Bein wieder aufgetreten. Eine MRI-Untersuchung vom 11. Dezember 2007 habe eine Protrusion auf zwei Ebenen mit Neuroforameneinengung gezeigt. Im Vergleich mit der Situation Mitte 2005 seien die Schmerzen im lumbalen und thorakolumbalen Bereich in ähnlichem Ausmass zu finden; neu seien die Ausstrahlungen in die Hüften. Die Schmerzintensität sei Ende 2008 zwischen 6-8 gelegen, mithin leicht höher als im Sommer 2005. Die Beschwerdeführerin klage zudem neu über Schmerzen in Schulter und Knien; im Bereich des rechten Fusses habe sich zwischenzeitlich eine sekundäre Arthrose gebildet/ausgeweitet. Die Ende 2008 geklagten Beschwerden seien nachgewiesen, es fänden sich keine Hinweise auf eine somatoforme Schmerzstörung, hingegen auf eine neuropathische Schmerzkomponente. Der Gesundheitszustand habe sich zwischen Sommer 2005 und Ende 2008 erheblich verschlechtert. Die Beschwerden in und aus der LWS hätten sich im Laufe des Jahres 2007 entsprechend dem Ausmass im Sommer 2005 entwickelt, im rechten Fuss habe sich zwischenzeitlich die Gelenkarthrose verstärkt. Zudem stehe man vor dem typischen Bild einer anhaltenden Dekonditionierung und Chronifizierung der Beschwerden und Schmerzen. Mit den Ende 2008 gefundenen Gesundheitsbeeinträchtigungen sei gemäss Prof. Z.____ keine Arbeitstätigkeit mehr

realisierbar (Urk. 15/Z495/2) 4.4.2

Eine vom Hausarzt Dr. med. G.____ in die Wege geleitete stationäre Abklärung und Therapie in der Rheumaklinik und dem Institut für Physikalische Medizin des C.____ vom 26. Oktober bis 5. November 2011 führte zu folgenden Diagnosen (Urk. 14/ZM205): - Chronisches lumbospondylogenes myofaszielles Schmerzsyndrom rechts mit/bei - Wirbelsäulenfehlhaltung und -belastung - Insuffizienz der rumpfstabilisierenden Muskulatur - Im MRT LWS/Becken vom 27.10.11: bei St.n. Hemilaminektomie und Diskusresektion links L5/S1 neu kleiner medianer Sequester bei weiteinseitiger nach links ausladender Protrusion L5/S1 und akuter vierter Osteochondrose L5/S1. Unveränderter Kontakt des Diskus zur Nervenwurzel L5 links foraminal. - Bursitis trochanterica bds: Infiltration mit je 10mg Kenacort und Lidocain 1% am 31.10. bzw 1.11.11, dadurch kurzfristige Verbesserung - Status nach Resektion einer Diskushernie L5/S1 2005 (F.____-Klinik) - CT-gesteuerter therapeutischer Epiduralinjektion L5/S1 am 04.11.2011 - V.a. undifferenzierte Kollagenose mit - Polyarthritiden, leicht erhöhter BSR 18mm/h und leicht erhöhten ANA 1:160. - Beginn einer Therapie mit Plaquenil am 4.11.11 - Karpaltunnelsyndrom bds (ENMG 2009) - Chronische Fuss-Schmerzen rechts mit/bei - Status nach Quetschtrauma mit proximaler MT-Fraktur IV/V 5/99, initial konservativ - posttraumatischer Arthrose und schmerzhafter Pseudoarthrosenentwicklung mit Malunion Basis Metatarsale IV und V Fuss rechts - 5/00: Arthrotomie, Gelenkstoilette mit Débridement und intermetatarsaler Fusion Basis Meta IV/V re Balgrist - 11/00 Infiltration Lisfrancgelenk IV/V rechts Balgrist - 05/01 MRI Morton-Neuron interdigital II/III rechts - Status nach OSME 5/01 - sekundärer Arthrose metatarsocuboidal IV/V - Dysästhesie des lateralen Fussrandes rechts - Vitamin B12 Mangel - Vitamin B12 am 27.10.11: 175ng/l - Substitution mit Vitarubin i.m. am 28.10.11 - Antiparietalzellantikörper: negativ - Vitamin D Mangel - 25-OH Vitamin D am 27.10.11: 19.5ug/l - Substitution mit ViDe 3 Tropfen - V.a. generalisierte Angststörung, teils depressiv.

Die Zuweisung sei aufgrund einer Zunahme der lumbalen Schmerzen mit Ausstrahlungen ins rechte Bein seit einigen Monaten erfolgt. Die von der Beschwerdeführerin geklagten lumbalen und glutealen Schmerzen seien im Rahmen der im MRI sichtbaren Osteochondrose L5/S1 sowie der Fehlbelastung bei diagnostizierter Fussbelastung interpretiert worden. Eine am 4. November 2011 durchgeführte Infiltration L5/S1 habe zur Regredienz der Beschwerden geführt. Eine kurzfristig deutliche Regredienz der als muskulär bedingt interpretierten Schmerzen über dem Trochanter major sei zudem mittels Infiltrationen der Bursae am 31. Oktober und 1. November 2011 erreicht worden. Bei persistierenden Fusschmerzen seien Röntgenbilder angefertigt worden, welche Aufhellungen beziehungsweise Usuren in Projektion auf die proximale Basis Os metatarsale 5 am ehesten im Rahmen degenerativer Veränderungen, jedoch im Übrigen keine wesentlichen degenerativen oder entzündlichen Veränderungen gezeigt hätten. Im Zusammenhang mit positiven Gänslenzeichen der Hände, einem Volarflexionsschmerz und Druckdolenz in allen PIPs und DIPs wurden weitere Abklärungen empfohlen. Für die Zeit des Spitalaufenthalts wurde der Beschwerdeführerin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (Urk. 14/ZM205).

Die Neurologin Dr. med. H.____ beurteilte am 12. Juni 2012 das bereits im Juni 2005 diagnostizierte CTS klinisch und diagnostisch als progredient. Die Befunde hätten eine vordergründig demyelinisierende sensomotorische Medianusneuropathie im Carpalunnel rechts mittelschwer und links schwergradig gezeigt. Hinweise auf eine mitbedingende

Polyneuropathie verneinte Dr. H.____ und legte der Beschwerdeführerin dringend die Durchführung eines CTS-Release nahe (Urk. 14/ZM208). 4.4.3

Im Rahmen der Begutachtung in der MEDAS A.____ vom 10. bis 12. Juli 2012 wurde die Beschwerdeführerin allgemein-medizinisch, neurologisch, rheumatologisch und psychiatrisch abgeklärt. Die Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit lauteten wie folgt (Urk. 14/ZM212 S. 38 f.): - Chronifizierte, residuelle Fusschmerzen rechts bei Status nach Unfall am 28.05.1999 mit Quetschtrauma des rechten Fusses mit proximalen, dislozierten Metatarsalefrakturen IV und V - primär konservative Therapie mit Unterschenkel-Gehgips - Status nach Arthrotomie, Gelenkstoilette mit Débridement und Status nach intermetatarsaler Fusion der Basis Metatarsale IV und V - Status nach Schraubenentfernung am 16.05.2001 - Entwicklung einer sekundären Metatarso-Cuboidal-Arthrose IV und V, einer Fehlstellung des Digitus IV und Persistieren eines Defektes am Metatarsaleköpfchen III lateral - Chronisches lumbospondylogenes Syndrom myofaszialer Prägung rechts mit/bei - Fehlstatik mit muskulärer Dysbalance und Dekonditionierung sowie Fehlbelastung infolge Fusschmerz rechts - progredienter Segmentdegeneration L5/S1 - Status nach Diskushernienoperation L5/S1 links am 29.12.2005 - Nachheriger medio-linkslateraler, sequestrierender Diskusprotrusion L5/S1 links - (MRI vom 26.10.2011) - Chronisches zervikales Schmerzsyndrom myofaszialer Prägung, rechtsbetont sowie Periarthropathia humeroscapularis rechts mit Impingementsymp-tomatik bei Haltungsinsuffizienz und Fehlbelastung/Überlastung (Gang an zwei Stöcken) - Symptomatisches Karpaltunnelsyndrom beidseits - überlastungsbedingt durch anhaltenden Gang an zwei Stöcken - operationsbedürftig gemäss Neurologin - Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren ICD-10F45.41 - Dissoziative Bewegungsstörung ICD-10 F44.4.

Keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit massen die beteiligten Fachpersonen einem Verdacht auf eine undifferenzierte Konnektivitis mit/bei Polyarthralgien/Polyarthritis, ANA-Positivität, Müdigkeit und Siccasymptomatik sowie einem chronischen femoropatellären Schmerzsyndrom links bei.

Die angestammte Tätigkeit als Lageristin wurde weiterhin als unzumutbar erachtet; eine körperlich leichte, vorwiegend sitzende Tätigkeit mit der Möglichkeit, zwischendurch aufzustehen, ohne Arbeiten in stehender und gehender Position, ohne Verrichtungen mit dem rechten Arm beziehungsweise über der Schulterhorizontalen und – wegen des Karpaltunnelsyndroms – ohne seriell-repetitive sowie ohne extreme Hand(gelenks)bewegungen wurde als zu 40 % zumutbar beurteilt, wobei die Reduktion von 50 % auf 40 % in der rheumatologischen Beurteilung fusste (vgl. Urk. 14/ZM212 S. 34).

Abgesehen vom 2011 geäusserten Verdacht auf eine undifferenzierte Konnektivitis und dem linksseitigen femoropatellären Schmerzsyndrom handle es sich bei sämtlichen Beschwerdebildern um direkte und indirekte Unfallfolgen.

Zum Verlauf äusserten sich die beteiligten Ärzte dahingehend, dass sich kurz nach der Begutachtung im C.____ im Jahr 2005 im Herbst 2005 eine Verschlechterung eingestellt habe, indem eine Lumboischialgie mit Lumboradikulärsyndrom mit der nachfolgenden Diskushernienoperation eingetreten sei. Inzwischen hätten sich eine Segmentdegeneration L5/S1 und ein deutliches Karpaltunnelsyndrom durch den fehlindexierten Krückengang etabliert. Auch die psychische Situation habe sich verschlechtert, sei es doch zu einer Schmerzausweitung mit dissoziativen Störungen gekommen.

Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich zwar seit der Begutachtung von 2005 durch das C.____ etwas verschlechtert, jedoch sei bei Erlass der Rentenverfügung vom 26. November 2008 in etwa der gleiche klinische Zustand vorgelegen wie heute. Die leichte Verschlechterung seit 2005 habe sich 2008 bereits etabliert gehabt. Insgesamt sei die Verschlechterung bei diesem komplexen Zustandsbild (beispielsweise Krükkengang seit über 12 Jahren) aus der Retrospektive schwierig heraus zu differenzieren (Urk. 14/ZM212 S. 39 ff.). 4.4.4

Im Nachgang zum MEDAS-Gutachten liess die Beschwerdeführerin unter anderem einen Bericht der Klinik für Nuklearmedizin, Schilddrüsen-Sprechstunde des C.____ vom 29. Oktober 2012 einreichen, gemäss welchem eine unifokale Autonomie des rechten Schilddrüsenlappens vorliege, das restliche Schilddrüsenparenchym sei supprimiert. Besprochen worden sei die Möglichkeit einer Radiojodtherapie, wobei bei klinischer Symptomfreiheit und aktuell euthyreoner Stoffwechsellage mit einer Therapie zugewartet werden könne (Urk. 15/Z533/4).

Dr. med. I.____, Fachärztin FMH für Ohren-Nasen-Halskrankheiten, speziell Phoniatrie, stellte in ihrem Bericht vom 25. Oktober 2012 die Diagnose einer chronischen Laryngitis unklarer Ursache. Sie habe die Beschwerdeführerin bereits im Jahr 2006 wegen Stimmstörungen gesehen (Urk. 15/Z533/3).

Mit Schreiben vom 8. Januar 2013 nahmen der federführende Gutachter der MEDAS A.____, Dr. med. J.____, Facharzt FMH für Innere Medizin, Zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, und Dr. med. K.____, Facharzt FMH für Rheumatologie, EMBA, University Professional of Advances Studies Insurance Medicine, Chefarzt, Stellung und erklärten, dass weder die diagnostizierte Laryngitis noch das autonome Adenom der Schilddrüse einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten (Urk. 14/ZM216).

Im Rahmen des Einspracheverfahrens liess die Beschwerdeführerin unter anderem einen Bericht der Schmerzlinik L.____ zu einem stationären Aufenthalt zur multimodalen Schmerztherapie vom 27. Juni bis 17. Juli 2013 einreichen, welchem die Nebendiagnosen einer Struma multinodosa bei Euthyreose (Status nach Radiojod-Therapie) und eines Verdachts auf ein Karzinoid zu entnehmen sind (Urk. 14/ZM215).

In einem Bericht des Spitals M.____ vom 14. Oktober 2013 findet sich die Diagnose einer diffusen Gastropathie (Urk. 14/ZM213). Mit Bericht vom 12. August 2014 führte der Hausarzt Dr. G.____ hierzu aus, dass bei der Beschwerdeführerin histologisch ein Gastritis Typ C diagnostiziert worden sei, welche im Allgemeinen medikamentenbedingt sei, typischerweise durch Antirheumatika. Er erachtete dieses als langjährig bezeichnete Problem primär als Folge der medikamentösen Schmerztherapie. Nach der Rückkehr der Beschwerdeführerin von den Ferien werde er die Möglichkeit einer Reduktion der Medikamente sowie den Einsatz eines Motilitätsbeschleunigers wie im Jahr 2008 prüfen (Urk. 14/ZM217/1). 5. 5.1

Der Vergleich der medizinischen Unterlagen, welche der Rentenverfügung vom 26. November 2008 zugrunde lagen, mit den im Revisionsverfahren zu den Akten genommenen medizinischen Berichten macht deutlich, dass sich die gesundheitliche Situation der Beschwerdeführerin seit der Begutachtung im C.____ im Juni 2005 verschlechtert hat. Hierfür sprachen sich nicht nur die zuständigen Gutachter der MEDAS A.____, sondern auch Prof. Z.____ und Dr. H.____ sowie der Hausarzt Dr. G.____ (vgl. zu letzterem: Urk. 11/234) aus. So blieb von der Beschwerdegegnerin denn auch unbestritten,

dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit Sommer 2005 insofern verschlechtert hat, als sich die lumbospondylogene Schmerzproblematik, welche nach der Diskushernienoperation im Dezember 2005 zunächst deutlich besserte, zwischenzeitlich sowohl befundmässig als auch bildgebend nachweisbar bei insbesondere zunehmender Segmentdegeneration und zwischenzeitlich radikulären Komponenten im Vergleich zur Begutachtungssituation des C. ___ im Juni 2005 verschlechtert hat. Ebenfalls erstellt ist angesichts der diesbezüglich über einstimmenden medizinischen Aktenlage eine Verschlechterung des bereits 2005 vorhanden gewesenen (vgl. zu Urk. 14/ZM148) Karpaltunnelsyndroms beidseitig (vgl. dazu insbesondere Urk. 14/ZM208, 14/ZM212 S. 41) und eine Zunahme der chronifizierten weichteilbedingten Schmerzproblematik im Nackenbereich mit Periarthropathia humeroscapularis rechts (Urk. 14/ZM212 S. 41). 5.2

Jedoch rechtfertigen sich angesichts der Aktenlage auch keine erheblichen Zweifel daran, dass sich die gesundheitliche Situation der Beschwerdeführerin seit Erlass der Rentenverfügung vom 26. November 2008 nicht mehr wesentlich verändert hat. Hierfür spricht sich nicht nur das Gutachten der MEDAS A. ___ aus, sondern auch Prof. Z. ___ in seinem dem Revisionsbegehren bei gelegten Bericht vom 15. Dezember 2010 (Urk. 15/Z495/1). Der auf umfassender Aktenkenntnis beruhenden Beurteilung der MEDAS A. ___ lagen unter anderem die vollständigen Akten der IV-Stelle zugrunde, so auch ein von der IV-Stelle eingeholter Bericht von Dr. G. ___ vom 19. März 2009, wonach das Schmerzsyndrom mit Rückenschmerzen, Ausstrahlungen in die Hüfte und ins rechte Bein sowie die rechte Fussaussenseite, Kribbelparästhesien bis in die rechte Hand und Schmerzen in allen Fingergelenken seit 2007 in der beschriebenen Art vorliege und es seither nur noch zu einer leichten Verschlechterung der chronifizierten Schmerzen gekommen sei (Urk. 11/234). Gestützt auf einen ebenfalls den IV-Akten zu entnehmenden Bericht der Interdisziplinären Schmerzprechstunde des C. ___ vom 3. Dezember 2008 lässt sich auf eine Verschlechterung der Situation nach der vorübergehenden Verbesserung nach der Diskushernienoperation spätestens seit 2007 (Urk. 11/244) schliessen und einem Bericht der interdisziplinären Schmerzprechstunde der RehaClinic N. ___ vom 17. März 2009 ist eine Exazerbation des rechtsakzentuierten chronisch lumbospondylogenen Schmerzsyndroms bei reaktiver kompensatorischer Wirbelsäulenfehlhaltung mit muskulärer Dysbalance infolge chronischer schmerzbedingter Entlastung des rechten Fusses seit zwei bis drei Jahren zu entnehmen (Urk. 11/242/3-6).

In Übereinstimmung mit dieser Aktenlage erklärte denn auch die Beschwerdeführerin im von der IV-Stelle im August 2008 eingeleiteten Revisionsverfahren, ihr Gesundheitszustand habe sich seit zirka einem Jahr verschlimmert. Die Schmerzen in allen Gelenken hätten sich verstärkt; insbesondere sei es zu einer massiven Zunahme der Schmerzen im Kreuzbereich gekommen (Urk. 11/221). Mit anwaltlichem Schreiben vom 5. September 2008 an die IV-Stelle liess sie sodann ausführen, ihr Gesundheitszustand habe sich noch einmal massiv verschlechtert: Die arthrotischen Schmerzen der verletzten Gelenke hätten zugenommen, ebenso die Rückenschmerzen. Infolge der Fehlbelastung und fehlender Belastung leide sie zudem an über den ganzen Bewegungsapparat verteilten rheumatischen Schmerzen; im Gleichschritt damit habe sich die psychische Gesundheit verschlechtert (Urk. 11/222/5-6).

Entsprechend ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin gestützt auf die Erkenntnisse der MEDAS A. ___, - wobei insbesondere das rheumatologische Teilgutachten von Dr. med. O. ___ in der Darlegung der Zusammenhänge und der Beurteilung der

Arbeitsfähigkeit zu überzeugen vermag (Urk. 14/ZM211) - als erstellt betrachtete, dass die leichte Verschlechterung des Gesundheitszustandes in Bezug auf die rheumatologisch bedingten Beschwerden am Bewegungsapparat, welche in der Senkung der attestierten Arbeitsfähigkeit in einer Verweisungstätigkeit auf 40 % ihren Ausdruck fand, im vergleichsrelevanten Zeitpunkt des Erlasses der Rentenverfügung vom 26. November 2008 bereits eingetreten war.

Was die ebenfalls objektiv ausgewiesene Verschlechterung des Karpaltunnelsyndroms (vgl. Urk. 14/ZM208) anbelangt, lagen gemäss Angaben von Dr. G.____ Kribbelparästhesien bis in die rechte Hand und Schmerzen in allen Fingergelenken seit 2007 in der am 19. März 2009 beschriebenen Art vor (Urk. 11/234). Gemäss anamnestischer Feststellung von Dr. H.____ vom 12. Juni 2012 sei die Verschlechterung des Zustandes zeitlich nicht klar eruierbar, was ebenfalls auf einen bereits längere Zeit verschlechterten Zustand schliessen lässt.

Weiter konnte die von der Rheumaklinik und dem Institut für Physikalische Medizin des C.____ im November 2011 in diesem Zusammenhang gestellte Verdachtsdiagnose einer undifferenzierten Kollagenose (vgl. Urk. 14/ZM205 S. 1) auch von der MEDAS A.____ nicht erhärtet werden. Der weiterhin lediglich als Verdachtsdiagnose aufgeführten undifferenzierten Konnektivitis, welche die zuständigen Ärzte nachvollziehbar als nicht unfallkausal erachteten, wurde zudem kein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen (Urk. 14/ZM212 S. 42).

Was die von der Beschwerdeführerin geltend gemachte Verschlechterung des Gesundheitszustandes infolge einer Schilddrüsenerkrankung mit Radiojod-Therapie im Dezember 2012 (vgl. Urk. 11/250/12-13) sowie der Laryngitis anbelangt, fehlt es den ärztlichen Akten an jeglichem Hinweis auf eine dadurch verursachte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, zumal die Beschwerdeführerin gemäss Bericht der Klinik für Nuklearmedizin des C.____ vom 29. Oktober 2012 klinisch symptomfrei gewesen sei (Urk. 14/Z533/4) und sich am 12. März 2013 ein gutes posttherapeutisches Ergebnis gezeigt habe (Urk. 11/350/9-10, vgl. auch Verlaufsberichte vom 29. August 2013 und vom 18. Januar 2014, Urk. 11/377/1-4). Die diesbezügliche Stellungnahme von Dr. J.____ und Dr. K.____ vom 8. Januar 2013 (Urk. 14/ZM216) korrespondiert mit dem Schluss der RAD-Ärztin Dr. med. P.____ vom 14. März 2014, wonach die diagnostizierte Euthyreose nicht die Annahme einer höheren Arbeitsunfähigkeit rechtfertigt (Urk. 11/390/4), was nachvollziehbar erscheint. Hinsichtlich der am 14. Oktober 2013 im Spital M.____ diagnostizierten Gastritis lässt das Behandlungskonzept von Dr. G.____ vom 12. August 2014, welches demjenigen im Jahr 2008 entsprach (vgl. Urk. 14/ZM217/1), auf einen ebenfalls im Wesentlichen unveränderten Zustand seit 2008 schliessen. 5.3

In Bezug auf den psychischen Gesundheitszustand vermag das Gutachten der MEDAS A.____ zwar insofern nicht gänzlich zu überzeugen, als der psychiatrische Teilgutachter Dr. med. Q.____ in Abweichung zur übrigen Aktenlage, welche im Wesentlichen übereinstimmend auf eine Erkrankung aus dem depressiven Formenkreis einhergehend mit einer Angststörung schliessen lässt (vgl. Urk. 11/242/2, 11/131/45 ff., 11/302, 11/315, 11/331/7, 14/ZM205, 14/ZM206), auf eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren gemäss ICD-10 F45.41 und eine dissoziative Bewegungsstörung gemäss ICD-10 F44.4 schloss (vgl. Urk. 14/ZM209). Jedoch rechtfertigen sich weiterhin keine ernsthaften Zweifel daran, dass der psychische Gesundheitszustand im revisionsrelevanten Zeitraum seit Stellung des Revisionsbegehrens im Oktober 2011 bis

zum Erlass des hier angefochtenen Entscheids vom 27. März 2015 keine höhere, als die bisher anerkannte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 % in angepasster Tätigkeit nach sich zog.

Gegen eine höhere psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit spricht sich nicht nur Dr. Q.____ aus; vielmehr lassen unter anderem auch die Diagnosen der Reha clinic N.____ vom 26. April 2009 in Form einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion, Probleme in Verbindung mit Arbeitslosigkeit und Schwierigkeiten bei der kulturellen Eingewöhnung (Urk. 11/302/1-2) wie auch diejenige der Schmerzklinik L.____ vom 22. Juli 2013 (chronische Depression, gegenwärtig leichte Episode, Urk. 11/364/3) nicht auf eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer psychischen Einschränkung schliessen. Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtes fallen leichte bis mittelgradige depressive Störungen, seien sie im Auftreten rezidivierend oder episodisch, einzig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent sind (statt vieler: BGE 140 V 193 E. 3.3 mit Hinweis). Die Beschwerdeführerin trat, obwohl sie seit Jahren antidepressive Medikamente einnahm (vgl. u.a. Urk. 11/234/214/ZM137 S. 6 f.), erstmals im September 2011 eine ambulante psychiatrische Behandlung bei Dr. med. R.____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, an, welche sich jedoch neben der Medikation auf zirka einmal monatlich anfallende Behandlungstermine beschränkte (vgl. Beilage zu Urk. 15/Z554/3). Bereits dieser äusserst bescheidene zeitliche Behandlungsumfang steht dem Schluss auf eine überwiegend wahrscheinliche Therapieresistenz entgegen. Damit aber erübrigen sich weitere Ausführungen zum psychischen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin. 5.4

Zusammenfassend folgt aus dem oben Gesagten, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin zwar zwischen 2005 und 2008 verschlechtert, nicht mehr aber seit Erlass der ursprünglichen Rentenverfügung vom 26. November 2008 massgeblich verändert hat. Wie unter Erwägung 4.1 ausgeführt, setzt eine anspruchserhebliche Änderung im Revisionsverfahren aber voraus, dass neue Elemente tatsächlicher Natur vorliegen, welche nach der ursprünglichen Rentenverfügung eingetreten und zu dem damals gegebenen Sachverhalt hinzugekommen sind oder diesen verändert haben.

Das Revisionsverfahren darf nicht dazu dienen, die rechtskräftige frühere – allen falls sogar unrichtige – Schätzung der Invalidität in Frage zu stellen (Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 3. Auflage, 2003, Art. 22 S. 151).

Auch wenn der Beschwerdeführerin zugute zu halten ist, dass sich der Erlass der Verfügung vom 26. November 2008 verzögerte und die Beschwerdegegnerin die Verfügung, welche materiell einer vergleichweisen „Interimslösung“ vom 19. Oktober 2005 entsprach, erst im Nachgang zum Urteil UV.2007.00091 und der damit gutgeheissenen Rechtsverzögerungsbeschwerde erliess. Dennoch hätte die Beschwerdeführerin eine gesundheitliche Verschlechterung bis zum Erlass der Rentenverfügung respektive mittels Einsprache im Grundfall jederzeit vorbringen können. Aus welchem Grund die auch dannzumal anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin die Verschlechterung des Gesundheitszustandes gegenüber der Beschwerdegegnerin weder bei respektive unmittelbar nach Erlass der Verfügung vom 26. November 2008 noch im Rahmen der vergleichweisen Erledigung betreffend die Leistungspflicht im Zusammenhang mit der Diskushernie L5/S1 vom 18. März respektive 25. Mai 2009 (Urk. 15/Z481, 15/Z484) geltend machen liess, ist nicht nachvollziehbar, zumal sie von diesem Mitwirkungsrecht im

invalidenversicherungsrechtlichen Revisionsverfahren am 5. September 2008 ausdrücklich Gebrauch machte (Urk. 11/222/5). Die IV-Stelle erhöhte denn auch angesichts der rechtzeitigen Geltendmachung der Verschlechterung des Gesundheitszustandes die bisherige halbe Invalidenrente per 1. August 2008 auf eine Dreiviertelsrente (Urk. 11/395). Hieraus vermag die Beschwerdeführerin aber mangels Bindungswirkung der Invaliditätsfestlegung für die Beschwerde gegnerin (vgl. obige Erwägung 2.4) nichts für sich abzuleiten.

Entsprechend entfällt die Möglichkeit einer auf Art. 17 ATSG gestützten revisionsweisen Abänderung der ursprünglichen Rentenverfügung aufgrund eines erheblich verschlechterten Gesundheitszustands. 5.5

Ein wiedererwägungswises Zurückkommen gestützt auf Art. 53 Abs. 2 ATSG liegt - beim Fehlen eigentlicher Revisionsgründe (vgl. Art. 53 Abs. 1 ATSG) - im Ermessen des Versicherungsträgers. Es besteht demnach grundsätzlich kein gerichtlich durchsetzbarer Anspruch auf Wiedererwägung (BGE 133 V 50). Eine Abänderung einer (aktuellen) Rentenverfügung zu Gunsten einer versicherten Person könnte ausnahmsweise und nur dann in Betracht gezogen werden, wenn infolge Mangelhaftigkeit der ursprünglichen Rentenverfügung erst gar nicht überprüft werden kann, ob sich seither der Invaliditätsgrad erheblich verändert hat (Urteil des Bundesgerichts 9C_602/2007 vom 11. April 2008 E. 5.1 f.). Wie unter Erwägung gefolgert, liess die Aktenlage eine Überprüfung des Gesundheitszustandes in den massgebenden Vergleichszeitpunkten im hier zu beurteilenden Fall jedoch zu. Dass die Verwaltung den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin bei Erlass der Verfügung vom 26. November 2008 nicht neuerlich überprüfte, muss sich die Beschwerdeführerin selber zuschreiben, hatte die Beschwerdegegnerin doch mangels entsprechender Mitwirkung der Beschwerdeführerin im Sinne einer Geltendmachung der Verschlechterung keinen Anlass zu ergänzenden Abklärungen, weshalb auch der Rechtsbehelf der Wiedererwägung der Beschwerdeführerin nicht weiter hilft. 5.6

Was die Beschwerdeführerin letztlich im Zusammenhang mit ihrer erwerblichen Leistungsfähigkeit vorbringen lässt, beschlägt grossmehrheitlich keine Revisionsgründe, sondern, wenn überhaupt, ebenfalls den Anwendungsbereich von Art. 53 Abs. 2 ATSG. Soweit sie geltend machen lässt, ihre mutmassliche beruflichen Karriere sei mitzuberücksichtigen (Urk. 1 S. 21), wird sie, wie auch hinsichtlich ihrer weiterführenden Vorbringen zur „Mindestlohn-Politik“ und zur verlangten Korrektur „nach Massgabe der notorischen Lohndiskriminierung“ vollumfänglich auf die zutreffenden Ausführungen der Beschwerdegegnerin verwiesen (Urk. 8 S. 7 f.). Weiterungen hierzu erübrigen sich angesichts der offensichtlichen Aussichtslosigkeit der diesbezüglichen beschwerdeführerischen Argumente. 5.7

Nach dem Gesagten ist die Beschwerde mangels einer revisionsrechtlich relevanten erheblichen Verschlechterung der Gesundheitszustandes oder der erwerblichen Verhältnisse im vergleichsrelevanten Zeitraum abzuweisen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Guido Brusa - Zürich
Versicherungs-Gesellschaft AG - Bundesamt für Gesundheit 4.

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

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

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

E. 6

Oktober 2015 liess die Beschwerdeführer in an ihrem Antrag festhalten und eine Verletzung der Aktenführungspflicht durch die Verwaltung und das Gericht geltend machen (Urk. 16). Die Duplik mit unverändertem Antrag auf Abweisung der Beschwerde datiert vom 3. November 2015 (Urk. 20). Ein mit Eingabe der Beschwerdeführerin vom 12. November 2015 eingereichter wissenschaftlicher Artikel (Urk. 22, 23) wurde der Beschwerdegegnerin zur Kenntnis gebracht (Urk. 24).

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich, nachfolgend eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung:
1.

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