

Die Verfassung über eine befristete Invalidenrente enthält gleichzeitig die Gewährleistung der Leistung und die Revision derselben (EVGE 1966 S. 130 Erw. 2; ZAK 1984 S. 133 Erw. 3). Wird vom Zeitpunkt des Verfassungserlasses an rückwirkend eine Rente zugesprochen und diese für eine weitere Zeitspanne gleichzeitig herabgesetzt oder aufgehoben, so sind nach der Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen analog anwendbar (BGE 121 V 275 Erw. 6b/dd; AHI 2002 S. 64 Erw. 1, 1999 S. 246 Erw. 3a; vgl. auch BGE 131 V 165 Erw. 2.2, 130 V 343 und 125 V 417 f. Erw. 2d). Nach Art. 41 IVG (seit 1. Januar 2003: Art. 17 Abs. 1 ATSG) ist eine Rente für die Zukunft entsprechend zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben, wenn sich der Grad der Invalidität der Person, die eine Rente bezieht, in einer für den Anspruch erheblichen Weise ändert. Setzt die Verwaltung bei der Leistungszusprechung die Rente nach Massgabe der Veränderung des Invaliditätsgrades rückwirkend herab oder hebt sie sie auf, richtet sich der Zeitpunkt der Rentenherabsetzung bzw. -aufhebung rechtsprechungsgemäss nach Art. 88a Abs. 1 IVV (BGE 125 V 417 f. Erw. 2d, 109 V 125, 106 V 16). Danach ist bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit (seit 1. Januar 2004: oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen) oder bei einer Verminderung der Hilflosigkeit (seit 1. März 2004: oder des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwandes) die anspruchsbeeinflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit andauern wird; sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird (BGE 109 V 126 f. Erw. 4a; AHI 2001 S. 159 f. Erw. 1 und S. 278 Erw. 1a, 1998 S. 121 Erw. 1b, ZAK 1990 S. 518 Erw. 2 mit Hinweis).

2.3 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfassung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 Erw. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 Erw. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 Erw. 4b.cc).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist 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 präferend 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 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 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.).

3. Die Beschwerdegegnerin stellt sich gestützt auf das MEDAS-Gutachten vom 24. Mai 2004 auf den Standpunkt, dass die Beschwerdeführerin nach Ablauf der einjährigen Wartezeit am 19. Juni 2001 nicht arbeitsfähig gewesen sei, weshalb sie Anspruch auf eine ganze Invalidenrente gehabt habe; seit dem 13. April 2004 habe sich ihr Gesundheitszustand jedoch soweit verbessert, dass ihr eine behinderungsangepasste Tätigkeit im Rahmen von 60 % zumutbar sei. Da die angestammte Tätigkeit als behinderungsangepasst anzusehen sei, könne sie ein Jahreseinkommen von Fr. 43'095.-- erzielen, was im Vergleich zu dem ohne gesundheitliche Beeinträchtigung erzielbaren Einkommen von Fr. 71'826.-- einen Invaliditätsgrad von 40 % ergebe, weshalb ab 1. August 2004 nur noch Anspruch auf eine Viertelsrente bestehe (Urk. 2 S. 3 und Urk. 8/38).

Die Beschwerdeführerin weist hingegen im Wesentlichen auf die Diskrepanz zwischen den Schlussfolgerungen im oben erwähnten MEDAS-Gutachten und den übrigen bei den Akten liegenden ärztlichen Beurteilungen hin, die ihr weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestieren (Urk. 1 S. 3-10).

Auf die Ausführungen der Parteien im Einzelnen wird - soweit erforderlich - in den Erwägungen eingegangen.

E. 4.1

4.1.1 Im Austrittsbericht der Klinik C.____ vom 3. Mai 2001, wo die Beschwerdeführerin vom 1. März bis 3. April 2001 hospitalisiert war, wurde ein Status nach HWS-Distorsionsstrauma am 6. Juni 2000 diagnostiziert. Die Beschwerdeführerin litt unter intermittierenden Kopf- und Nackenschmerzen, Kribbelparästhesien im Oberkörperbereich und in beiden Armen, rezidivierendem Auftreten von Hörminderungen, Schwindel, Schläufelheit und Schwindel. Im Vordergrund standen eine ausgeprägte Müdigkeit und Konzentrationsschwäche. Die Arbeitsunfähigkeit wurde bis 17. April 2001 auf 100 % und danach bis 1. Mai 2001 auf 75 % geschätzt (Urk. 8/47).

Dr. B.____ attestierte der Beschwerdeführerin im Bericht vom 6. November 2001 (Urk. 8/49/1) eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % vom 19. Juni bis 15. August 2000 und wiederum vom 12. September 2000 bis 25. Januar 2001 sowie eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % ab 26. Januar 2001 (Urk. 8/49/1).

Im Bericht der Psychiatrischen Polyklinik des Spitals G.____ vom 1. November 2001 wurde die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung mit dissoziativen Symptomen erstmals in Vordergrund gestellt. Bei der psychosomatischen Abklärung habe die Beschwerdeführerin verschiedene dissoziative Symptome wie Schwindelgefühl, Gefühl nicht lebendig zu sein und nicht an der Umgebung teilzunehmen, Gedächtnisstörungen sowie Erstarrungsgefühl angeführt. Beim Erzählen des Unfallherganges reagiere sie mit "Hörnerhaut" und Vermeidungsverhalten. Sie fühle sich blockiert, wenn sie ein Auto der Unfallwagenmarke auf der Strasse sehe. Sie wirke stark verunsichert, könne sich nur noch schlecht organisieren und sei mit mehr als zwei Terminen pro Woche überfordert (Urk. 8/45/8).

Dr. D.____, der die Beschwerdeführerin seit dem 28. Januar 2002 psychiatrisch behandelt, diagnostizierte im Bericht vom 23. April 2002 ebenfalls eine posttraumatische Belastungsstörung mit depressiver, angstneurotischer und vegetativer Symptomatik sowie mit einem chronischen Schmerzsyndrom. Die Beschwerdeführerin sei seit dem Unfall hochgradig erschöpfbar sowie psychomotorisch und im Denken verlangsamt. Sie leide an hochgradigen Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, habe chronische Schmerzen im Kopf- und Nackenbereich sowie vegetative Symptome wie Schwindel und Nausea. Psychisch erlebe sie sich als reizbar und kränkbar, mit grossen Stimmungsschwankungen und generell überhaupt nicht belastbar. Die Unfallfolgen hätten zudem zu einem massiven Rückgang der sozialen Kontakte geführt. Dr. D.____ gab weiter an, eine Behandlung mit Psychopharmaka habe sich noch nicht als dringend notwendig erwiesen und werde von der Beschwerdeführerin auch keineswegs gewünscht. Abschliessend prognostizierte der Arzt, dass die Beschwerdeführerin nie wieder arbeitsfähig sein werde (Urk. 8/45/3). Im Bericht vom 31. Juli 2002 gab Dr. D.____ an, die posttraumatische Belastungsstörung bestehe bereits seit Herbst 2000. In den Monaten nach dem Unfall seien zunehmend ausgeprägte Konzentrations-, Auffassungs-, Gedächtnis- und Merkfähigkeitsstörungen, geistige Erschöpfbarkeit, körperlich reduzierte Belastbarkeit, zunehmend depressive Symptomatik mit Grübeln, Verzweiflung, Antriebsarmut und in den letzten Monaten auch suizidale Phantasien, Stimmungsschwankungen, Reizbarkeit, Kränkbarkeit, sozialer Rückzug, generelle Ängstlichkeit sowie Verunsicherung aufgetreten. Dazu beständen chronische Kopf-HWS-Rückenschmerzen, vegetative Symptomatik mit Schwindel, Nausea und hochgradige psychische und physische Erschöpfbarkeit. Weiterhin hielt Dr. D.____ an der attestierten 100%igen Arbeitsunfähigkeit fest (Urk. 8/46).

4.1.2. Im MEDAS-Gutachten vom 24. Mai 2004 wurden folgende Diagnosen mit wesentlicher Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gestellt (Urk. 8/44/1 S. 20):

Zustand nach Heckauffahrkollision am 6. Juni 2000 mit Distorsionstrauma der HWS (ICD-10 T 91.8)

- leichtes chronisches, myofasziales zervikozephal und zervikothorakales Reizsyndrom, rechtsbetont

- chronifizierte Nackenhinterkopfschmerzen im Rahmen des zervikozephalen Syndroms

- anhaltende ängstliche Anpassungsstörung mit Tendenz zu Selbstlimitierung (ICD-10 F 43.23)

- leichte neuropsychologische Funktionsstörung ohne Hinweise auf hirnorganische Schädigung, durch körperliche und psychische Beschwerden verursacht.

Die Beschwerdeführerin gab an, unter Kopf-, Nacken-, Rücken- und Ohrenscherzen sowie Tinnitus in wechselnden Kombinationen zu leiden. Auch sei sie nach wie vor vergesslich und ihre Konzentrationsfähigkeit sei schlecht (Urk. 8/44/1 S. 12 f.).

Die rheumatologische Untersuchung ergab eine leichte myofasziale Reizsymptomatik, zervikozephal und zervikothorakal sowie eine diskret eingeschränkte Beweglichkeit der Wirbelsäule. Klinisch konnten keinerlei Anhaltspunkte für eine traumatisch bedingte osteo-disko-ligamentäre Läsion im Bereich des Achsenorgans

nachgewiesen werden (8/44/1 S. 16 und S. 18, Urk. 8/44/4 S. 5 f.). In der neurologischen Untersuchung wurden keine Hinweise auf eine Hirnschädigung oder auf eine Schädelmarkschädigung des Rückenmarks oder von Nervenwurzeln gefunden, weshalb eine organische Unfallfolge für die geklagte Leistungsbeeinträchtigung ausgeschlossen wurde. Lediglich die Nackenhinterkopfschmerzen wurden auf den Unfall zurückgeführt (Urk. 8/44/1 S. 16 und S. 18, Urk. 8/44/5 S. 3). Die Testergebnisse der neuropsychologischen Untersuchung zeigten bei einem leicht überdurchschnittlichen Gesamtleistungsniveau ein nur leicht inhomogenes Leistungsprofil und ein durchschnittliches Arbeitstempo. Konzentration und Gedächtnis, welche von der Beschwerdeführerin subjektiv als schlecht empfunden worden seien, seien zwar testmäßig in Relation zu den anderen Funktionen tatsächlich etwas weniger gut, erhebliche neuropsychologische Defizite lägen aber nicht vor. Es sei keine deutliche Beeinträchtigung der Daueraufmerksamkeit mehr nachweisbar. Insgesamt bestehe eine leichte neuropsychologische Funktionsstörung ohne einheitlichen Fokus. Eine unfallbedingte hirnorganische Schädelmarkschädigung als Ursache der Leistungseinbußen sei aufgrund der Befunde unwahrscheinlich. Die Störung sei vielmehr erklärbar durch die körperlichen und psychischen Beschwerden. Von den höheren kognitiven Funktionen her wäre die Beschwerdeführerin in der Lage, eine ihrer Ausbildung entsprechende Berufstätigkeit auszuüben (Urk. 8/44/1 S. 16 f. und S. 19, Urk. 8/44/6 S. 5 f.).

Der psychiatrische Konsiliararzt kam gestützt auf die Akten, die Anamnese und die psychiatrische Untersuchung zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin nach ihrem Unfall eine ängstliche Anpassungsstörung entwickelt habe, zu der verschiedene Faktoren beigetragen hätten: Sie sei vor dem Unfall eine leistungs- und offenbar auch willensstarke Frau gewesen, welche in verschiedenen sozialen Kontexten den Ton angegeben und Führung übernommen habe. Der Umstand, dass sie aufgrund ihrer Beschwerden und Handicaps nach dem Unfall deutlich weniger leistungsfähig gewesen sei, habe sie erheblich verunsichert und ängstigt. Es habe sich eine Tendenz zur ängstlichen Selbstlimitierung entwickelt, wobei eine Zeit lang stärkere angstneurotische und auch depressive Symptome vorhanden gewesen seien als jetzt. Einige körperliche Beschwerden, insbesondere auch die Nacken- und Hinterkopfschmerzen, würden das Wohlbefinden der Beschwerdeführerin weiterhin beeinträchtigen. Die früher gestellte Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung konnte der Psychiater jedoch nicht bestätigen. Zur Begründung gab er an, in den früheren ärztlichen Berichten gebe es nur wenige Anhaltspunkte für eine mögliche posttraumatische Belastungsstörung. Insbesondere würden die im Bericht der Psychiatrischen Poliklinik des Spitals G.____ vom 1. November 2001 festgestellten dissoziativen Symptome für eine solche Diagnose nach ICD-10 F 43.1 kaum ausreichen. Unklar sei aufgrund der Aktenlage, ob die Diagnose, welche seither in den ärztlichen Berichten stets übernommen worden sei, nochmals eingehend überprüft worden sei. Zum Zeitpunkt der MEDAS-Untersuchung liege keine posttraumatische Belastungsstörung vor und die Diagnose scheine von Anfang an den ICD-Kriterien nicht vollständig entsprochen zu haben. Die posttraumatisch aufgetretene ängstliche Anpassungsstörung beeinträchtige die Arbeitsfähigkeit für sich allein betrachtet nur geringfügig (Urk. 8/44/1 S. 16 und S. 19, Urk. 8/44/3 S. 5).

Gestützt auf diese Befunde kamen die Gutachter zum Schluss, dass der Beschwerdeführerin in ihrer Tätigkeit als kaufmännische Angestellte oder in allen

anderen körperlich leichten Erwerbstätigkeiten eine Arbeitsfähigkeit von 60 % zuzumuten sei. Damit werde dem Umstand Rechnung getragen, dass sich bei der vorliegenden Konstellation Schmerzen und kognitive Störungen gegenseitig negativ beeinflussten, was indessen keine volle Arbeitsunfähigkeit rechtfertige. Insbesondere könne die erhebliche Selbstlimitierung, welche ein wesentlicher Bestandteil der Anpassungsstörung darstelle und nicht durch objektive Befunde untermauert werden könne, nicht als krankheitswertig eingestuft werden (Urk. 8/44/1 S. 19-21).

4.1.3.1 Zum MEDAS-Gutachten vom 24. Mai 2004 nahm Dr. D.____ am 19. Juni 2004 Stellung und hielt an der gestellten Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung fest. Denn bei einer anhaltenden ängstlichen Anpassungsstörung hielten die Symptome meist nicht länger als sechs Monate an. Auch würden Anpassungsstörungen üblicherweise bei leichteren und kürzer dauernden Leidenszuständen diagnostiziert. Beim Leiden der Beschwerdeführerin handle es sich hingegen um eine schwere und zeitlich anhaltende Erkrankung mit massiven psychischen und geistigen Einschränkungen im Beruf und Haushalt. Abschliessend hielt Dr. D.____ fest, dass die Beschwerdeführerin bei Aufbietung allen guten Willens nicht in der Lage sei, ihre Einschränkungen zu überwinden (Urk. 8/34).

Im Bericht vom 2. Dezember 2004 stellte Dr. E.____ die Diagnosen eines posttraumatischen Schmerzsyndroms mit HWS-Distorsionstrauma, Hals-Nackenbeschwerden, Tinnitus beidseits, ungestörter Wirbelsäulenstatik und neuropsychologischen Problemen. Die Arbeitsunfähigkeit schätzte er auf 100 % ein (Urk. 8/43).

E. 4.2

4.2.1.1 Aus somatischer Sicht wurden weitgehend übereinstimmend die Diagnosen eines HWS-Distorsionstraumas mit Kopf- und Nackenschmerzen sowie einer leichten neuropsychologischen Funktionsstörung gestellt. Umstritten ist hingegen die Klassifikation der von der Beschwerdeführerin geklagten psychischen Störungen. Dabei stehen sich die Diagnosen einer posttraumatischen Belastungsstörung und einer Anpassungsstörung gegenüber.

4.2.2.1 Die posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F 43.1) entsteht als eine verzerrte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmasses, die in fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Hierzu gehören eine durch Naturereignisse oder von Menschen verursachte Katastrophe, eine Kampfhandlung, ein schwerer Unfall oder der Umstand, Zeuge des gewaltsamen Todes anderer oder selbst Opfer von Folterung, Terrorismus, Vergewaltigung oder anderer Verbrechen zu sein. Typische und zur Klassifizierung notwendige Merkmale sind das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufrückenden Erinnerungen oder in Träumen vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtheit und emotionaler Stumpfheit, Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Anhedonie sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten. Üblicherweise findet sich Furcht vor und Vermeidung von Stichworten, die den Leidenden an das ursprüngliche Trauma erinnern könnten. Gewöhnlich tritt ein Zustand vegetativer Erregtheit mit Vigilanzsteigerung, einer übermässigen Schreckhaftigkeit und Schlaflosigkeit auf. Angst und Depression sind häufig mit den

genannten Symptomen und Merkmalen assoziiert und Suizidgedanken sind nicht selten. Die Störung folgt dem Trauma mit einer Latenz, die Wochen bis Monate dauern kann. Der Verlauf ist wechselhaft, in der Mehrzahl der Fälle kann jedoch eine Heilung erwartet werden. Bei wenigen Patienten nimmt die Störung über viele Jahre einen chronischen Verlauf und geht dann in eine dauernde Persönlichkeitsänderung über (ICD-10 F 62.0; Weltgesundheitsorganisation, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien, 5. Auflage, Bern 2005, S. 169 f.; vgl. auch Freyberger/Schneider/Stieglitz, Kompendium Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatische Medizin, 11. Aufl., Basel 2002, S. 139 ff.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Traumata geringeren Schweregrades als bei der posttraumatischen Belastungsstörung sind in der ICD-10 als Belastung charakterisiert, welche die Unversehrtheit des sozialen Netzes, das weitere Umfeld sozialer Unterstützung oder soziale Werte betrifft. Es handelt sich um Zustände von subjektivem Leiden und emotionaler Beeinträchtigung, die soziale Funktionen und Leistungen behindern und die während des Anpassungsprozesses nach einer entscheidenden Lebensveränderung, nach einem belastenden Lebensereignis oder auch nach schwerer körperlicher Krankheit auftreten können. Die Störungen, die als Reaktion auf solche Ereignisse auftreten, werden als Anpassungsstörungen (ICD-10 F 43.2) klassifiziert. Die Symptomatik ist geringer ausgeprägt und erfüllt nicht die Kriterien für eine spezifische Störung wie die posttraumatische Belastungsstörung, die depressive Episode oder die Panikstörung (Freyberger/Schneider/Stieglitz, a.a.O., S. 140). Die individuelle Disposition oder Vulnerabilität spielt bei dem möglichen Auftreten und bei der Form der Anpassungsstörung eine größere Rolle als bei den anderen Krankheitsbildern von ICD-10 F 43; es ist aber dennoch davon auszugehen, dass das Krankheitsbild ohne die Belastung nicht entstanden wäre. Die Anzeichen sind unterschiedlich und umfassen depressive Stimmung, Angst, Besorgnis, ein Gefühl, unmöglich zurechtzukommen, voranzuplanen oder in der gegenwärtigen Situation fortfahren zu können, ferner eine Einschränkung bei der Bewältigung der alltäglichen Routine. Die Störung beginnt im Allgemeinen innerhalb eines Monats nach dem belastenden Ereignis oder der Lebensveränderung. Die Symptome halten meist nicht länger als sechs Monate an, ausser bei der längeren depressiven Reaktion (ICD-10 F 43.21) (Weltgesundheitsorganisation, a.a.O., S. 170 f.). Die klinische Erfahrung weist indessen auch auf chronische Verläufe mit monate- bis jahrelangem Verlauf hin, was die in den ICD-10 festgelegten Zeitkriterien in Frage stellt (Freyberger/Schneider/Stieglitz, a.a.O., S. 145).

4.2.3 Ä Ä Entscheidend für die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung ist gemäss diesen, von der Weltgesundheitsorganisation aufgestellten Leitlinien folglich das Vorliegen eines traumatisierenden Ereignisses von aussergewöhnlicher Schwere. Es mag zwar sein, dass der erlittene Auffahrunfall von der Beschwerdeführerin als einschneidende Erfahrung erlebt wurde. Objektiv gesehen weist ein solcher Verkehrsunfall indessen bei Weitem nicht die in ICD-10 F 43.1 geforderte und anhand von Beispielen umschriebene Schwere auf. Darüber hinaus lassen sich die im Bericht der Psychiatrischen Polyklinik des Spitals G.____ vom 1. November 2001 wiedergegebenen Symptome (insbesondere das Gefühl nicht lebendig zu sein und nicht an der Umgebung teilzunehmen, die Reaktion mit "Höhnerhaut" und Vermeidungsverhalten beim Erzählen des Unfallherganges und die Blockade beim Anblick eines Autos der

Unfallwagenmarke auf der Strasse; Urk. 8/45/8), zwar häufig in Zusammenhang mit posttraumatischen Belastungsstörungen beobachten, sind aber für die Diagnose nicht wesentlich. Ausserdem fehlen Hinweise auf das Auftreten einer wiederholten unausweichlichen Erinnerung oder Wiederinszenierung des Unfalles in Gedächtnis, Tagträumen oder Träumen, was neben dem schweren Trauma ein wesentliches Merkmal für die Diagnose wäre (Weltgesundheitsorganisation, a.a.O., S. 170). Im Gegenteil gab die Beschwerdeführerin gegenüber dem am MEDAS-Gutachten mitwirkenden psychiatrischen Konsiliararzt an, weder an Flashbacks zu leiden noch das Unfallgeschehen im Traum zu erleben. Sie leide auch nicht an einem andauernden Gefühl emotioneller Stumpfheit, an Teilnahmslosigkeit, Anhedonie oder Vermeidung von Situationen, die sie an den Unfall erinnern könnten. Sie würde sich - aus Sicherheitsbedenken - einfach nicht mehr in einen leichten Fiat Panda, das Auto mit dem sie den Unfall gehabt habe, setzen. Sie fahre jetzt einen Renault Megane und fühle sich darin wesentlich sicherer (Urk. 8/44/3 S. 4).

Es besteht somit der Eindruck, dass die früher leistungs- und offenbar auch willensstarke Beschwerdeführerin nicht (mehr) unter dem Unfallereignis an sich, sondern vielmehr unter den seither eingetretenen gesundheitlichen Folgen leidet, die zu einer bedeutenden Verminderung ihrer Leistungsfähigkeit und somit einer durchgreifenden Veränderung in ihrem Leben geführt haben. Unter diesen Umständen erscheint die Verwerfung der erstmals im Bericht der Psychiatrischen Poliklinik vom 1. November 2001 gestellten, allerdings nicht näher begründeten Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung durch die MEDAS-Gutachten als nachvollziehbar. Dass die Ärzte der Klinik A., Dr. D. und Dr. B. die in der Psychiatrischen Polyklinik diagnostizierte posttraumatische Belastungsstörung in ihren Berichten übernahmen, ändert daran nichts, setzten sie sich doch mit den (noch) bestehenden Symptomen und den in Frage stehenden Diagnosen nicht näher auseinander. Eine solche Auseinandersetzung fehlt auch in der von Dr. D. am 19. Juni 2004 verfassten Stellungnahme zum MEDAS-Gutachten vom 24. Mai 2005. Denn darin beschränkte er sich im Wesentlichen darauf, an der Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung festzuhalten (Urk. 8/34). Bei der Würdigung seiner Äusserung und derjenigen Dr. B.'s ist indes ohnehin der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass die behandelnden Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc).

4.2.4 Die im MEDAS-Gutachten vom 24. Mai 2005 gestellte Diagnose einer anhaltenden ängstlichen Anpassungsstörung erscheint demnach angesichts der von der Beschwerdeführerin genannten Symptome als überzeugend. Der von Dr. D. allein gestützt auf die diagnostischen Leitlinien der Weltgesundheitsorganisation geäusserte und von der Beschwerdeführerin übernommene Einwand, dass Anpassungsstörungen üblicherweise bei kürzer dauernden Leidenszuständen diagnostiziert würden (Urk. 8/34 S. 1, Urk. 1 S. 9 f.), lässt sich mit dem Hinweis auf die Lehre relativieren, wonach in der klinischen Praxis auch chronische Verläufe beobachtet werden können (vgl. Freyberger/Schneider/Stieglitz, a.a.O., S. 145).

Darüber hinaus beantwortet das MEDAS-Gutachten vom 24. Mai 2005 die gestellten Fragen umfassend, stützt sich auf eine eingehende und umfassende Untersuchung der geklagten Beschwerden, berücksichtigt sie und setzt sich mit diesen

sowie dem Verhalten der Beschwerdeführerin auseinander. Diesbezüglich kann insbesondere der von der Beschwerdeführerin erhobene Einwand, dass die psychiatrische Beurteilung summarisch und ohne eine eingehende Untersuchung erfolgt sei (Urk. 1 S. 12), nicht gehört werden, ergibt sich doch aus dem Gutachten, dass die Beschwerdeführerin ihre Beschwerden darlegen konnte und vom Psychiater darüber hinaus noch gezielt nach Hinweisen auf eine posttraumatische Belastungsstörung gefragt wurde. Des Weiteren setzt sich das Gutachten mit den Vorakten auseinander und leuchtet in der Darlegung der medizinischen Situation ein, weshalb es die von der Rechtsprechung gestellten Kriterien vollumfänglich erfüllt (BGE 122 V 160 Erw. 1c) und darauf abgestellt werden kann. Hinweise auf eine Parteilichkeit der Gutachter bestehen keine und wurden von der Beschwerdeführerin auch nicht konkret geltend gemacht, weshalb es keiner weiteren psychiatrischen Abklärung bedarf (vgl. entsprechender Eventualantrag in Urk. 1 S. 11).

Es ist somit davon auszugehen, dass die nach dem Unfall zu 100 % arbeitsunfähige Beschwerdeführerin spätestens ab 19. Mai 2004 (Datum der Schlussbesprechung der Gutachter) in ihrer angestammten Tätigkeit wie auch in einer anderen körperlich leichten Tätigkeit zu 60 % arbeitsfähig ist. Die verbleibende Einschränkung rührt aus dem Zusammenwirken von psychiatrischen, neuropsychologischen, neurologischen und rheumatologischen Gründen her (Urk. 8/44/1 S. 21 f.).

E. 5

Zu prüfen bleibt, wie sich die Behinderung in erwerblicher Hinsicht auswirkt.

5.1 Gemäss Angaben der Beschwerdeführerin war sie im Zeitpunkt des Unfalles vom 6. Juni 2000 für drei verschiedene Arbeitgeber als kaufmännische Angestellte mit einem Pensum von insgesamt 100 % tätig. Bei einem Arbeitgeber verdiente sie einen Stundenlohn von Fr. 28.-- bei einem Pensum von 20 %, was ein Jahreseinkommen von Fr. 13'104.-- (28.-- x 45 Wochenstunden x 52 Wochen x 20 %) ergibt (Urk. 8/82). Bei einem weiteren Arbeitgeber erzielte sie ein monatliches Einkommen von Fr. 1'466.--, beziehungsweise ein Jahreseinkommen von Fr. 17'592.-- bei einem Pensum von 30 % (Urk. 8/82 und Urk. 8/86). Im Rahmen eines dritten Arbeitsverhältnisses wurde ihr schliesslich für ein Arbeitspensum von 50 % ein Monatslohn von Fr. 2'900.-- zuzüglich 13. Monatslohn und eine Gratifikation in Höhe von etwa einem halben Monatslohn ausbezahlt, somit Fr. 39'150.-- pro Jahr (Urk. 8/82 und Urk. 8/98). Insgesamt ergibt sich für das Jahr 2000 ein Valideneinkommen von Fr. 69'846.--.

5.2 Lässt sich das Invalideneinkommen nicht konkret ermitteln, weil die versicherte Person die restliche Arbeits- beziehungsweise Erwerbsfähigkeit nicht zumutbarerweise voll ausnutzt, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne herangezogen werden. Abzustellen ist auf die vom Bundesamt für Statistik herausgegebene Schweizerische Lohnstrukturerhebung (LSE), wobei jeweils vom Zentralwert (Median) der standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) auszugehen ist (BGE 126 V 76 Erw. 3b/bb).

Nach dem Unfall gab die Beschwerdeführerin die beiden ersten Anstellungen auf. Die dritte Anstellung wurde wegen ihrer Arbeitsunfähigkeit per 31. Januar 2002 gekündigt. Seither geht die Beschwerdeführerin keiner Erwerbstätigkeit

mehr nach (Urk. 8/44/1 S. 10 und Urk. 8/98). Spätestens seit dem 19. Mai 2004 wäre ihr indessen die Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit als kaufmännische Angestellte mit einem Arbeitspensum von 60 % medizinisch zumutbar gewesen (Urk. 8/44/1 S. 22).

Unter Zugrundelegung eines durchschnittlichen Monatseinkommens für Sekretariats- und Kanzleiangestellten mit Berufs- und Fachkenntnissen im privaten und öffentlichen Sektor von Fr. 5'198.-- (inklusive Anteil 13. Monatslohn) im Jahre 2000 (LSE 2000 S. 40, Tabelle A7, Zeile 22, Anforderungsniveau 3), der damals betriebsüblichen Arbeitszeit im Dienstleistungssektor von 41,9 Stunden (Die Volkswirtschaft, 5-2006, S. 86, Tabelle B 9.2) ergibt sich ein Einkommen von Fr. 65'338.85. Bei der zu berücksichtigenden Arbeitsfähigkeit von 60 % resultiert ein hypothetisches Invalideneinkommen von Fr. 39'203.30.

Die Frage, ob und in welchem Ausmass der statistische Lohn zu korrigieren ist, hängt von den gesamten persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad; BGE 126 V 75). Die Beschwerdeführerin kann zwar weiterhin für Brotarbeiten oder weitere körperlich leichte Arbeiten eingesetzt werden, jedoch ist ihre Arbeitsfähigkeit aus gesundheitlichen Gründen eingeschränkt, so dass sie auf dem Arbeitsmarkt in Konkurrenz mit gesundheitlich nicht beeinträchtigten Bewerberinnen und Bewerbern benachteiligt ist, was sich negativ auf das Lohnniveau auswirkt. Da die Beschwerdeführerin schon vor dem Unfall in mehreren Arbeitsverhältnissen teilweise tätig war, wird dieser Nachteil durch die Tatsache, dass teilzeitbeschäftigte Frauen, vor allem bei einem Beschäftigungsgrad zwischen 50 und 89 % im Rahmen des Anforderungsniveaus 3 und 4, im Allgemeinen mehr verdienen als Vollzeitbeschäftigte (LSE 2000 S. 24), nicht ohne weiteres ausgeglichen. Jedoch wirkt sich das Alter der im Zeitpunkt des Einspracheentscheides 50jährigen Beschwerdeführerin nicht lohnsenkend aus (vgl. AHI 1999 S. 242 Erw. 4c). Insgesamt erscheint daher eine Herabsetzung des statistischen Lohnes um 5 % als gerechtfertigt, so dass per 2000 von einem Invalideneinkommen von rund Fr. 37'243.-- auszugehen ist.

5.3 Aus dem Vergleich zwischen dem Valideneinkommen von Fr. 69'846.-- und dem Invalideneinkommen von Fr. 37'243.-- resultiert ein Invaliditätsgrad von (aufgerundet) 47 %. Da die seitherige Nominallohnentwicklung bezüglich beider Vergleichseinkommen gleich verlaufen ist, kann auch für 2004, dem Jahr der strittigen Rentenherabsetzung, von diesem Invaliditätsgrad ausgegangen werden (vgl. BGE 128 V 148). Damit erweist sich die per 1. August 2004 (Art. 88a Abs. 1 IVV) verhängte Herabsetzung der ganzen Rente auf eine Viertelsrente als rechtens.

6. Die von der Beschwerdeführerin nach Abschluss des Schriftenwechsels unaufgefordert eingereichten Akten (Urk. 11/1-3) betreffen teilweise die Zeit nach Erlass des Einspracheentscheides vom 23. Dezember 2004 (Urk. 11/3) und vermögen im Übrigen nichts zur Feststellung des rechtlich massgebenden Sachverhaltes beizutragen (Urk. 11/1-2), weshalb sie aus dem Recht zu weisen sind.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. Alfred Schätz
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherung
- Pensionskasse '___'

4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Eidgenössischen Versicherungsgericht Verwaltungsgerichtsbeschwerde eingereicht werden.

Die Beschwerdeschrift ist dem Eidgenössischen Versicherungsgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, in dreifacher Ausfertigung zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift der beschwerdeführenden Person oder ihres Vertreters zu enthalten; die Ausfertigung des angefochtenen Entscheides und der dazugehörige Briefumschlag sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die beschwerdeführende Person sie in Händen hat (Art. 132 in Verbindung mit Art. 106 und 108 OG).

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