

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2006.00972 vom 9. März 2008

ZH Sozialversicherungsgericht, 2008-03-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2006.00972

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2006.00972 du 9 mars 2008

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2006.00972 del 9 marzo 2008

Erwägungen

E. 1

1.1. T. ____, geboren 1970, arbeitete ohne Berufsausbildung an verschiedenen Stellen im Gastgewerbe (Anmeldung bei der Invalidenversicherung vom 12. September 1994, Urk. 11/3 Ziff. 5.2 und Ziff. 5.3.1). Ab dem 1. September 1994 wurde sie wegen Schulterbeschwerden arbeitsunfähig geschrieben, worauf sie sich am 12. September 1994 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug anmeldete.

Am 16. Juni 1995 erfolgte eine transaxilläre Resektion der 1. Rippe links wegen eines neurovaskulären Schultergürtelkompressions-Syndroms links. Sodann litt sie an einem chronischen thorakospondylogenen Syndrom links bei Wirbelsäulenabflachung (Abflachung der Brustwirbelsäulen-[BWS-]Kyphose und leichte Lendenwirbelsäulen-[LWS-]Hyperlordosierung), einer Epikondylopathia humeri ulnaris links sowie einem Biceps brevis-Syndrom links. Die behandelnden Ärzte erachteten aufgrund dieser Beschwerden eine monoton repetitive Arbeit als nicht mehr möglich und empfahlen eine berufliche Umstellung.

Die Invalidenversicherung sprach ihr mit Verfügung vom 7. November 1996 (Urk. 11/15/1-2) berufliche Massnahmen im Sinne einer Einarbeitung als Bürohilfskraft vom 1. April bis 30. September 1997 sowie eine Ausbildung an der Eintageshandelsschule mit Berufsdiplom an der Handels- und Kaderschule Oerlikon vom 14. März 1997 bis Mitte Februar 1998 zu. Am 10. November 1997 (Urk. 11/33) stellte die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, den Abschluss der Einarbeitung als Bürohilfskraft fest.

1.2. Am 18. April 1998 erlitt T. ____, einen schweren Autounfall, wobei sie mit der REGA ins A. ____ geflogen und nach einer Woche ins B. ____ verlegt werden musste. Beim Unfall erlitt sie (1) eine Commotio cerebri, (2) ein stumpfes Thoraxtrauma links mit Pneumothorax links, multiplen Rippenfrakturen dorsal und nicht dislozierter lateraler Klavikulafraktur, (3) eine Beckenfraktur mit nicht dislozierter Acetabulumfraktur links, minim dislozierter, lateral verlaufender Fraktur der Massa lateralis des Os sacrum rechts ohne Beteiligung des Iliosakralgelenkes (ISG), mit parasymphysärer Fraktur links und mit oberer Schambeinastfraktur rechts. Im Verlauf diagnostizierten die Ärzte sodann eine beginnende Pneumonie im linken Oberlappen sowie eine Adnexitis links mit Verdacht auf Einblutung sowie mehrere Follikelzysten rechts. Am 7. Mai 1998 wurde sie in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen (Bericht des B. ____, Departement Chirurgie, Klinik für Unfallchirurgie, vom 14. Mai 1998, Urk. 11/89/132-133).

Die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA) entrichtete Taggeldleistungen und kam für die Heilungskosten auf. Im Rahmen der Rehabilitation

wurde die Versicherte unter anderem in der C.____ abgeklärt. Der damals dort tätige Prof. Dr. med. D.____, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation, verwies mit Bericht vom 2. November 2000 (Urk. 11/140/252-256) auf die verbleibenden Diagnosen eines myofaszialen Syndroms des Beckengürtels, lokalisierte Myotendinosen im Schultergürtel-Nackebereich sowie einen deutlichen Restbefund eines Thoracic-outlet-Syndroms beidseits. Er schloss vorerst auf eine 60%ige Arbeitsfähigkeit (im Rahmen einer entsprechend per 19. Juni 2000 gefundenen Anstellung bei der E.____, vgl. Arbeitsvertrag vom 15. Juni 2000, Urk. 11/140/156-157) und reduzierte dies am 23. November 2000 (Urk. 11/140/246-249 S. 4) im Zusammenhang mit aufgetretenen Fehlzeiten im Betrieb auf 50 %.

Die IV-Stelle sprach T.____ hierauf mit Verfügungen vom 2. April 2001 (Urk. 11/82/1-4 und 7-10) gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 40 % mit Wirkung ab 1. April 1999 eine Viertelsrente und ab 1. Oktober 2000 eine halbe Härtefallrente zu. Dabei ging sie von einem Valideneinkommen von Fr. 45'500.-- und einem Invalideneinkommen (50%ige Arbeitsfähigkeit in Brotätigkeit) von Fr. 27'300.-- aus. Die SUVA ihrerseits errechnete - ebenfalls ausgehend von einer 50%igen Restarbeitsfähigkeit - einen Invaliditätsgrad von 55 %, wobei sie von einem Valideneinkommen von Fr. 65'000.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 29'250.-- ausging, welche Grössen sie mit dem Rechtsvertreter der Versicherten telefonisch abgesprochen hatte (vgl. Urk. 11/140/126-127). Die entsprechende Rente wurde mit Verfügung vom 22. Juli 2002 (Urk. 11/140/123-124) mit Wirkung ab 1. August 2002 zugesprochen.

Nachdem T.____ am 3. April 2004 (Urk. 11/120) eine Verschlimmerung ihres Zustandes geltend gemacht hatte, holte die IV-Stelle einen aktuellen Bericht bei Prof. Dr. D.____ ein, welcher am 13. Juni 2004 (Urk. 11/123/1-4) weiterhin eine unveränderte 50%ige Arbeitsfähigkeit attestierte. Mit Verfügung vom 21. Juli 2004 (Urk. 11/127) sprach ihr die IV-Stelle gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 55 % rückwirkend ab 1. August 2002 eine ordentliche halbe Rente zu unter dem Hinweis, dass für die Periode vom 1. August 2002 bis 30. April 2003 bereits eine halbe Rente ausgerichtet worden war (Härtefallrente). Zur Begründung des Invaliditätsgrades verwies sie auf den Entscheid der SUVA, welche ab 1. August 2002 eine 55%ige Invalidenrente gewährte.

Am 23. Januar 2005 (Urk. 11/131) stellte T.____ erneut ein Gesuch um Rentenrevision unter Hinweis auf die zahlreichen Beschwerden betreffend Schulter- und Beckengürtel sowie seit Februar 2002 auftretende Irritationen verschiedener Wirbel. Prof. Dr. D.____ berichtete am 17. März 2005 (Urk. 11/134), dass die Entwicklung gezeigt habe, dass ursprünglich die Belastbarkeit mit 50 % eher zu hoch eingeschätzt worden sei. Auf Grund der Befunde "innerhalb der beiden zervikothorakalen Engpässe" sowie der ausgedehnten schmerzhaften Weichteilbefunde attestierte er bloss noch eine 40%ige Arbeitsfähigkeit.

Nach dem Beizug einer Stellungnahme des SUVA-Kreisarztes Dr. med. F.____ vom 25. Oktober 2005 (Urk. 11/140/5) und dem Zugang eines weiteren Berichts von Prof. Dr. D.____ vom 21. März 2006 (Urk. 11/149) wies die IV-Stelle das Rentenerhöhungsgesuch mit Verfügung vom 15. Februar 2006 (Urk. 11/146) ab. Die dagegen von der Versicherten am 9. März 2006 (Urk. 11/147) persönlich erhobene Einsprache wurde mit Entscheid vom 3. Oktober 2006 (Urk. 2) abgewiesen.

2. Hiergegen erhob T. ___ durch Rechtsanwalt Dr. André Largier am 6. November 2006 Beschwerde mit den Anträgen, in Aufhebung des Einspracheentscheids vom 3. Oktober 2006 sei der Versicherten rückwirkend ab Januar 2005 eine Dreiviertelsrente zuzusprechen und auszurichten (Urk. 1 S. 2). Nachdem die IV-Stelle am 11. Dezember 2006 (Urk. 10) um Abweisung der Beschwerde ersucht hatte, wurde der Schriftenwechsel mit Verfügung vom 18. Dezember 2006 (Urk. 12) als geschlossen erklärt.

3. Auf die einzelnen Vorbringen der Parteien und die Akten wird, sofern für die Entscheidungsfindung erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Das Gericht zieht in Erwägung:

1. Am 1. Januar 2008 sind die im Zuge der 5. IV-Revision revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 6. Oktober 2006, der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 28. September 2007, des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) sowie das Bundesgesetz über die Schaffung und die Änderung von Erlassen zur Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) vom 6. Oktober 2006 in Kraft getreten. In materiellrechtlicher Hinsicht gilt jedoch der allgemeine bergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen sind, die bei Erlass des angefochtenen Entscheids respektive im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 467 Erw. 1, 126 V 136 Erw. 4b, je mit Hinweisen). Angesichts der beantragten Rentenerhöhung ab 1. Januar 2005 gelangen die revidierten materiellen Vorschriften des IVG, der IVV und des ATSG im vorliegenden Fall noch nicht zur Anwendung. Bei den im Folgenden zitierten Gesetzes- und Verordnungsbestimmungen handelt es sich deshalb - soweit nichts anderes vermerkt wird - um die Fassungen, wie sie bis Ende 2007 in Kraft gewesen sind

E. 2

/

E. 3

3.1 Die letzte der Beschwerdeführerin rechtskräftig eröffnete Verfügung datiert vom 21. Juli 2004 (Urk. 11/127), wobei ihr gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 55 % mit Wirkung ab 1. August 2002 eine ordentliche halbe Rente zugesprochen wurde. Diese Verfügung beruhte auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruches, wobei die Beschwerdegegnerin einen aktuellen ärztlichen Bericht des Prof. Dr. D. ___ einholte (vom 13. Juni 2004, Urk. 11/123/1-4). Die Durchführung des Einkommensvergleichs reduzierte sich indessen auf eine blosser Übernahme der von der Unfallversicherung erhobenen Zahlen. Gleichwohl handelt es sich um eine begründete leistungsabändernde Verfügung, weshalb die Verhältnisse in jenem Zeitpunkt (21. Juli 2004) mit jenen im Zeitpunkt des Erlasses des nunmehr angefochtenen Einspracheentscheids (3. Oktober 2006) zu vergleichen sind.

E. 3.2

3.2.1 Im massgeblichen Bericht vom 13./14. Juni 2004 (Urk. 11/123/1-4) diagnostizierte des Prof. Dr. D. ___ (1) eine Engpass-Symptomatik am oberen Thorax (Thoracic-outlet-Syndrom) beidseits, links mehr als rechts, mit vielen myotendinotischen

und vegetativen Befunden/Beschwerden, (2) eine generalisierte Myotendinose bei Status nach schwerem Autounfall am 18. April 1998 sowie (3) Angst- und depressive Störung gemischt. Er attestierte eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit in einer Tätigkeit, welche er als geeignet bezeichnete.

Prof. Dr. D. ___ führte aus, tendenziell sei sowohl eine befundmäßige Ausweitung insbesondere in den rechten Arm, in die mittlere Halswirbelsäule (HWS) und besonders ins linke Bein festzustellen, wobei zahlreiche weichteilrheumatische Befunde vorliegen. Überdies würden immer wieder in verschiedenen Regionen vorübergehende Verschlechterungen auftreten mit Kopfschmerzen und Beschwerden an den Knien, dem Sacrum und dem ISG. Zudem bestehe eine sorgenvolle Ängstlichkeit. Er empfahl, mit Physiotherapie und selbst durchzuführenden Übungen eine Verschlechterung zu verhindern, wobei die Sicherung eines Arbeitsplatzes zu 50 % problematisch sei, daran jedoch festgehalten werden sollte.

3.2.2 Prof. Dr. D. ___ verwies sodann auf seinen Austrittsbericht vom 28. März 2002 (Urk. 11/123/5-8) über den stationären Aufenthalt in der Klinik G. ___ vom 18. Februar bis 8. März 2002. Darin diagnostizierte er vorweg (1) das bekannte schwere und dominierende Thoracic-outlet-Syndrom beidseits, links mehr als rechts, mit rezidivierend auftretenden sympathisch vermittelten Schmerzen, Parästhesien und vegetativen Symptomen der Hand unter sowie nach Belastungen samt schneller Ermüdbarkeit und feinmotorischen Störungen der Finger des linken Armes. Er verneinte einen Hinweis auf ein eigentliches Karpaltunnelsyndrom II der linken Hand und verwies auf den Status nach Teilresektion der 1. Rippe links im Jahr 1995. Sodann diagnostizierte Prof. Dr. D. ___ (2) eine unterschiedlich stark ausgeprägte, deutlich belastungsabhängige und teilinvalidisierende generalisierte Myotendinose mit den Hauptregionen linkes Bein, teils rezidivierend auch rechter Arm sowie vom Nacken aufsteigende symmetrische, teils auch das Gesicht miteinbeziehende Kopfschmerzen, mit ziehend-brennenden, symmetrisch-gürtelförmigen Kreuzschmerzen samt Ausstrahlungen in den Thorakalbereich und mit relativ plötzlich und unregelmäßig auftretenden vegetativen Ganzkörperpersymptomen wie Herzklopfen. Er erwähnte sodann einen Status nach Verkehrsunfall am 18. April 1998 mit Commotio cerebri, einem stumpfen Thoraxtrauma links samt Pneumothorax, multiplen Rippenfrakturen dorsal, einer nicht dislozierten lateralen Klavikulafraktur links, einer Beckenfraktur mit nicht dislozierter Acetabulum-Fraktur links, einer leicht dislozierten lateralen Fraktur der Massa lateralis des Os sacrum rechts ohne Beteiligung des ISG, einer parasymphysären Fraktur links und einer oberen Schambeinfraktur rechts. Er verwies weiter auf eine deutliche Fehlhaltung hauptsächlich im Sinne einer Beckenprotraktion und eines oberen Rundrückens.

Prof. Dr. D. ___ hielt fest, es werde auch zukünftig nicht möglich sein, die Vorbefunde auf Grund des 1995 eigentlich erfolglos operierten Thoracic-outlet-Syndroms exakt von den weichteilrheumatischen Folgen des schweren Unfalles vom 18. April 1998 zu trennen. Auf alle Fälle habe die an sich neurogene Symptomatik des vorbestandenen Thoracic-outlets im Zusammenhang mit der posttraumatisch aufgetretenen und heute generalisierten Myotendinose eine andauernde und deutliche Verstärkung erfahren. Der Verlauf während der Hospitalisation sei äußerst wechselhaft gewesen, wobei ein verhältnismäßig stabiler therapeutischer Zugang habe gefunden werden und die Beschwerdeführerin unter dem Eindruck einer erfolgreichen Selbstbehandlung die niedrigen Trainingsintensitäten sukzessive habe steigern können.

Prof. Dr. D. ___ führte aus, es werde eine zu sichernde und nicht immer wieder geförderte Arbeitsfähigkeit von 50 % an einem Büro-Arbeitsplatz (mit Wechselbelastung) angestrebt, wobei die physiotherapeutischen Behandlungen weiterhin erfolgen sollten.

E. 3.3

3.3.1 Im Rahmen des Revisionsverfahrens berichtete Prof. Dr. D. ___ am 17. März 2005 (Urk. 11/134) zu Händen der Beschwerdeführerin und diagnostizierte (1) ein wenig linksbetontes, beidseits schweres und zusätzlich invalidisierendes Thoracic-outlet-Syndrom mit belastungsabhängigen, von einer vegetativen Symptomatik begleiteten Armschmerzen sowie zusätzlichen Missempfindungen, mit einer schnellen Ermüdbarkeit des Armes, der Hand und insbesondere der Finger während Handlungs- und Handlungsaufgaben, ohne Hinweise auf ein aktuelles Karpaltunnelsyndrom II. Sodann verwies er auf (2) eine seit zwei Jahren progrediente, zum Teil schubweise schmerzhafter werdende und gleichzeitig wesentlich teilinvalidisierende generalisierte Myotendinose mit einer schwer schmerzhaften Mitbeteiligung der ligamentären Strukturen des Beckenquadranten einschliesslich des Beckenbodens, mit myofaszialen (d.h. Triggerpunkt-verursachten) Ausstrahlungen in die vier Extremitäten, mit einem brennenden Charakter der Schmerzen und Schmerzhaftigkeiten der oberflächlich gelegenen Ansatzentendinosen sowie zum Teil der Haut, mit rezidivierend auftretenden, phasenweise ausgeprägten symmetrischen okzipitalbetonten Kopfschmerzen samt Ausstrahlungen von Schmerzen und Druckmissempfindungen in die Parietalregionen, mit zu Engigkeitsmissempfindungen führenden Muskelverspannungen der ventrobasalen Halsmuskulatur sowie mit unvermittelt auftretenden vegetativen Dysregulationen des Gesamtkörpers, beispielsweise in Form von Herzklopfen. Prof. Dr. D. ___ diagnostizierte schliesslich (3) nur intermittierend auftretende Phasen einer Subdepression mit einem Verlust an Geduld und Perspektiven und teils nur unregelmässig durchführbaren Eigenbehandlungen, ohne Hinweis auf eine major depression, bei Status nach schwerem Verkehrsunfall und einer bedeutsamen Fehllage im Sinne einer Beckenprotraktion im Stehen und eines oberen, zum Teil fixierten Rundrückens.

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

Prof. Dr. D. ___ führte weiter aus, auf Grund der bisher erfolglosen Suche nach einem Arbeitsplatz im Umfang von 40 % habe sich neben einer gewissen Ungeduld und Resignation auch ein zunehmender Zustand mit Zukunftsängsten

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

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

3.3.2 Ä Ä SUVA-Kreisarzt Dr. med. F. ___ nahm zu dieser Einschätzung am 25. Oktober 2005 (Urk. 11/140/5) Stellung und hielt in Bezug auf den Themenkreis der generalisierten Myotendinose fest, dass dies ein nicht genau definiertes Krankheitsbild darstelle, das von gewissen Schulen der Rheumatologie stark in den Vordergrund gestellt und von anderen abgelehnt werde. In erster Linie sei es ein Ausdruck einer psychosomatischen Entwicklung wie die Fibromyalgie. Eine Einschätzung der Belastbarkeit sei bei diesen Konstellationen ausserordentlich schwierig, wobei eine Differenzierung um 10 % (d.h. Arbeitsbelastung 40 % oder 50 %) nicht zuverlässig und nachvollziehbar möglich sei, zudem müsste zuerst ein Arbeitsplatz definiert werden. Bei Stellenlosigkeit, wie bei der Beschwerdeführerin, müsste in erster Linie die Zumutbarkeit definiert werden, auch für diese Fragestellung sei es aus medizinischer Sicht ausserordentlich schwierig, eine Schätzung zu erarbeiten, genauer als 20-25 % für die zeitliche Belastung könne diese nicht ausfallen.

3.3.3 Ä Ä Nach der Abweisung des Rentenerhöhungsgesuches am 15. Februar 2006 (Urk. 11/146) wurde Prof. Dr. D. ___ am 21. März 2006 (Urk. 11/149) brieflich bei der Beschwerdegegnerin vorstellig und hielt fest, eine Verschlechterung habe sich in den folgenden Bereichen manifestiert: (1) Ausweitung der Problematik der Engpass-Symptomatik über biomechanische und muskuläre Wege der linken Schultergürtelseite auch auf die rechte samt den damit verbundenen Schmerzzuständen und den eingeschränkten Belastbarkeiten des Schultergürtels insgesamt, (2) Zunahme der vielfältig schmerz- und sorgenbedingten Schlafstörungen mit der tagsüber damit einhergehenden rascheren Ermüdbarkeit, (3) psychosomatisch begründbare Beschwerden bezüglich des Herzens sowie des linken Thoraxbereiches einschliesslich der Mamma. Er schloss, es sei ein begründbares Gebot der Einsicht in die Verschlechterungen und einer dadurch notwendig gewordenen Prävention, zuallermindest für die nächsten Jahre der Beschwerdeführerin eine ¾-Rente zuzugestehen.

3.3.4 Ä Ä Am 31. Oktober 2006 (Urk. 3/3) berichtete Prof. Dr. D. ___ zu Händen des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin und führte aus, die am 14. Juni 2004 (Urk. 11/123/1-4) bestätigte Arbeitsfähigkeit von 50 % ab Juni 2002 sei so zu verstehen, dass man verkrampft an der Möglichkeit festgehalten habe, eine solche Stelle zu finden und dann auch ausfüllen zu können, da man davon ausgegangen sei, dass bei einer Arbeitsbelastbarkeit von unter 50 % praktisch kein Arbeitsplatz gefunden werden könne.

Die einzelnen Verschlechterungen legte er wie folgt dar: (1) Eine sukzessive Zunahme der schmerzhaften Probleme nicht nur innerhalb des Schultergürtels samt den beiden Armen, sondern innerhalb des gesamten Körpers seit Ende 1999. (2) Zugenommen habe eindeutig die Engpass-Symptomatik auf der rechten Gegenseite, die sich überprüfbar in einer rascher als zuvor auftretenden Ermüdung der Faustschlusskraft, einer Ungeschicklichkeit der Handlungsfähigkeit der Hand und der Finger sowie in einer Zunahme der Armschmerzen als auch der vegetativen Begleitsymptome äussere. (3) Dieselbe negative Entwicklung habe auch den primär betroffenen linken Arm erfasst. (4) Die kontinuierliche Ausbreitung der begleitenden myotendinotischen Befunde, insbesondere des gesamten Schultergürtels einschliesslich der beiden Arme, führe zu einer wesentlichen Einbusse der Handlungsfähigkeit insbesondere für feinmotorische Aufgaben. (5) Unübersehbar zugenommen hätten die weichteilrheumatischen Palpationsbefunde sowie die damit einhergehenden Beschwerden im Rahmen der generalisierten Myotendinose: immer häufiger und akuter trete die Epikondylopathia humeri radialis auf beiden Seiten auf, die Periarthropathia humero scapularis links, die Periarthropathia genu links sowie der mit den weichteilrheumatischen Befunden einhergehende Kraftverlust im linken Bein. (6) Schliesslich träten intermittierend immer wieder subdepressive Phasen auf, welche die Durchführung der verordneten Eigenbehandlung einschränke.

Prof. Dr. D. ___ schloss, es sei zugegebenermassen schwierig, eine lineare Progression eines derart umfangreichen Leidens zu quantifizieren und Schritte von 10 % wirklich auch metrisch darzulegen. Die 50 % hätten sich immer als ein erstrebbares, aber illusionäres Ziel der Therapie erwiesen.

E. 4.1

4.1.1 Aufgrund der medizinischen Unterlagen ergibt sich, dass die Beschwerdeführerin bereits vor dem Autounfall im Jahr 1998 an einem Thoracic-outlet-Syndrom litt, welches im Jahr 1995 erfolglos operiert worden war. Diese Engpass-Symptomatik behinderte die Beschwerdeführerin auch nach dem Unfall erheblich, wobei im Jahr 2002 (dem Jahr der Wirksamkeit der Rentenerhöhung, vgl. Urk. 11/127) ein schweres und dominierendes Thoracic-outlet-Syndrom diagnostiziert wurde. Bereits damals litt die Beschwerdeführerin einhergehend unter rezidivierend auftretenden Schmerzen, Parästhesien und vegetativen Symptomen, schneller Ermüdbarkeit und feinmotorischen Störungen der Finger des linken Armes (Urk. 11/123/5-8).

Im Jahr 2004 (Rentenzusprache) wurde keine Besserung des Zustandes geschildert, sondern vielmehr unverändert auf die bekannte Engpass-Symptomatik beidseits mit vielen myotendinotischen und vegetativen Beschwerden verwiesen (Urk. 11/123/1-4).

4.1.2 Im Rahmen des Revisionsverfahrens war immer noch von einem beiseitigen Thoracic-outlet-Syndrom die Rede, welches schwer sei. Sodann wurde auf belastungsabhängige, von einer vegetativen Symptomatik begleitete Armschmerzen mit Missempfindungen und eine schnelle Ermüdbarkeit des Armes verwiesen. Dabei wurde das Syndrom als gleichbleibend geschildert, wobei sich indes die analoge Symptomatik im rechten Arm wesentlich verstärkt habe (Urk. 11/134). Im Hinblick auf das vorliegende Gerichtsverfahren wurde dann die Zunahme der Engpass-Symptomatik damit begründet, dass sich auf der rechten Seite eine raschere Ermüdung der Faustschlusskraft,

Ungeschicklichkeit der Handlungsfähigkeit der Hand und Finger sowie eine Zunahme der Armschmerzen samt vegetativen Begleitsymptomen gezeigt hätten.

4.1.3.1 Bei einer objektiven Würdigung der aktenkundigen Befunde und Diagnosen fällt auf, dass das Thoracic-outlet-Syndrom sowohl in den Jahren 2002/2004 als auch im revisionsweise relevanten Zeitpunkt (2006) als "schwer" bezeichnet wurde (Urk. 11/123/5-8 und Urk. 11/134). Ebenso finden sich in beiden Vergleichszeitpunkten Schilderungen vegetativer Befunde/Beschwerden mit feinmotorischen Störungen der Finger, Parästhesien und schneller Ermüdbarkeit.

Als einziger Unterschied ist den Beurteilungen des Prof. Dr. D. ___ zu entnehmen, dass sich die Problematik, welche seit jeher beidseitig vorlag, im rechten Arm verstärkt hat und nun praktisch identisch wie auf der linken Seite gegeben ist. Hierzu ist jedoch zu bemerken, dass die genannte raschere Ermüdung der Faustschlusskraft und eine Ungeschicklichkeit der Handlungsfähigkeit der Hand und Finger bereits anlässlich der Rentenerhebung auf eine halbe Rente berücksichtigt wurden. Dass die Beschwerdeführerin nun auf beiden Seiten rascher ermüdet, führt nicht zwangsläufig zu einer geringeren Belastbarkeit, zumal mit keinem Wort die erhobenen konkreten Befunde geschildert, sondern bloss generell auf eine Verschlechterung auf der rechten Seite verwiesen wurde, die offenbar jedermann, der klinisch untersuchen könne, erheben würde (Urk. 3/3 S. 3).

E. 4.2

4.2.1.1 Betreffend die Myotendinose finden sich anlässlich der Rentenerhebung (2002/2004) die Hinweise auf eine Lokalisation im linken Bein, im rechten Arm sowie im Nacken, im Kreuz, verbunden mit Herzklopfen. Dabei wurde die Erkrankung als "teilinvalidisierend" qualifiziert und auf ziehende sowie brennende Kreuzschmerzen mit Ausstrahlungen in den Thorakalbereich sowie Kopfschmerzen und Herzklopfen verwiesen (Urk. 11/123/1-4 und Urk. 11/123/5-8).

4.2.2.1 Auch revisionsweise schilderte Prof. Dr. D. ___ eine "teilinvalidisierende" Myotendinose mit einer schmerzhaften Mitbeteiligung der ligamentären Strukturen des Beckenquartels und des Beckenbodens samt Ausstrahlung in die vier Extremitäten und den Kopf. Die Schmerzen wurden als brennend beschrieben unter Hinweis auf Ausstrahlungen in die Parietalregionen und Muskelverspannungen der Halsmuskulatur sowie Herzklopfen (Urk. 11/123/5-8). Als Veränderung beschrieb er eine kontinuierliche Ausbreitung in den gesamten Schulterquartel einschliesslich beider Arme.

4.2.3.1 Angesichts der ärztlichen Befundschilderungen ist eine eigentliche, die Arbeitsfähigkeit beschneidende Verschlechterung nicht ersichtlich. Wohl wurden die Beschwerden etwas ausgeweitet geschildert, doch kamen keine neuen Befunde dazu und erscheint die Beschwerdeschilderung lediglich als etwas akzentuiert. Dass nun nebst dem linken Arm und dem rechten Bein alle Extremitäten betroffen sind, kann in der vorliegend geschilderten Intensität der Beschwerden nicht zur Nachvollziehbarkeit einer Verminderung der Arbeitsfähigkeit führen.

E. 4.3

4.3.1.1 In Bezug auf die psychische Problematik lag der Rentenerhebung vom Jahr 2004 die Diagnose einer Angst- und depressiven Störung gemischt zugrunde im Sinne einer sorgenvollen Ängstlichkeit (Urk. 11/123/1-4).

Beschwerdegegnerin nicht bloss seine medizinische Einschätzung deponierte, sondern namentlich um die Zusprache einer $\frac{3}{4}$ -Rente für die Beschwerdeführerin ersuchte. Damit aber missverstand er seine Aufgabe im invalidenversicherungsrechtlichen Verfahren, wonach es Sache der Ärzte ist, den Gesundheitszustand einer versicherten Person zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten sie arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 Erw. 4). Mit dieser ergebnisorientierten Eingabe, welche zudem in keiner Weise die Elemente des zur Errechnung des Invaliditätsgrades erforderlichen Einkommensvergleichs berücksichtigt, tat Prof. Dr. D. ___ kund, dass ihm wesentlich an der finanziellen Absicherung der Beschwerdeführerin gelegen ist. Dies aber ist wohl das Tätigkeitsfeld des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin und nicht des Arztes.

4.4.4.4 Zusammenfassend hat es mit dem Hinweis auf den Bericht von SUVA-Kreisarzt Dr. F. ___ vom 25. Oktober 2005 (Urk. 11/140/5) sein Bewenden, wonach bei der vorliegenden Konstellation eine Differenzierung der Arbeitsfähigkeit um 10 % gar nicht möglich ist, was Prof. Dr. D. ___ sinngemäss auch eingestand (Urk. 3/3 S. 2). Damit aber ist eine überwiegend wahrscheinliche Verminderung der Arbeitsfähigkeit nicht ausgewiesen. In diesem Sinne ist auch nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin auf die ursprünglich geplante Einholung eines polydisziplinären Gutachtens verzichtet hat (Urk. 11/143 und Urk. 11/145 S. 4). Dieses erweist sich angesichts der Umstände - keine relevanten neuen Befunde, sondern bloss eine Akzentuierung der vor allem subjektiv geklagten Beschwerden bei jahrelanger Arbeitslosigkeit - als unnötig, sind doch davon keine neuen Erkenntnisse zu erwarten.

E. 5

5.1.1.1 In erwerblicher Hinsicht wurden keine Veränderungen geltend gemacht und solche sind auch nicht ersichtlich. Hierzu ist jedoch zu bemerken, dass die Invalidenversicherung bei ihrer ursprünglichen Rentenzusprache vom 2. April 2001 (Urk. 11/82/1-4 und 7/-10) bei einem Invalidenlohn von Fr. 27'300.-- von einem Valideneinkommen von Fr. 45'500.-- (Service) ausging, und - in Anpassung an den SUVA-Entscheid - am 21. Juli 2004 (Urk. 11/126-127) diese unkommentiert auf Fr. 29'250.-- bzw. Fr. 65'000.-- erhöhte (Brotätigkeit).

5.2.1.1 In Bezug auf die Berechnung des Valideneinkommens ist festzuhalten, dass dieses revisionsweise unkorrekt angepasst wurde. Die Beschwerdeführerin hätte als ungelernete Angestellte im Service ohne Gesundheitsschaden keine Umschulung im Bereich erhalten, und es ist davon auszugehen, dass sie nach wie vor im angestammten Beruf arbeiten würde. Dabei könnte sie als ungelernete Arbeitskraft einen Verdienst von Fr. 44'318.70 pro Jahr erzielen (Fr. 3'466.-- [Wert: 2004] bei einer 40-Stunden-Woche aufgerechnet auf 41,7 Stunden [durchschnittliche Arbeitszeit im Jahr 2006] unter Berücksichtigung der Lohnentwicklung von 1,2 % und 1,0 % bis ins Jahr 2006, vgl. Schweizerische Lohnstrukturerhebung 2004 S. 13 Tabelle TA1 Rubrik 55 sowie Die Volkswirtschaft 12-2007 S. 98 Tabelle B 9.2 und S. 99 Tabelle B 10.2 Rubrik G,H).

1.1.1.1 Geht man von den eigenen Angaben der Beschwerdeführerin und einem letzten Lohn im Jahr 1994 von Fr. 4'000.-- x 12 (Verlaufsprotokoll, Urk. 11/14 S. 2) aus, ergäbe sich unter Berücksichtigung der Lohnentwicklung von 1,5 %, 1,0 %, 0,3 %, 0,7 %, 0,4 %, 1,0 %, 2,4 %, 1,9 %, 1,5 %, 1,0 %, 1,2 %, 1,0 % (Die Volkswirtschaft 7-2001 S. 97 Tabelle B 10.2 Rubrik G,H und Die Volkswirtschaft 12-2007 S. 99 Tabelle B 10.2

Rubrik G,H) ein Einkommen im Jahr 2006 von Fr. 55'103.30.

5.3. Seitens des Invalideneinkommens ging die Beschwerdegegnerin von einem Verdienst von Fr. 29'250.-- (Wert: 2004) aus (Urk. 11/126). Gemäss den Salärsempfehlungen des kaufmännischen Verbandes verdiente eine kaufmännische Angestellte im untersten Ausbildungsniveau im Jahr 2006 durchschnittlich Fr. 61'657.--, wobei angesichts der regionalen Unterschiede eine Anpassung nach Wohnort zu erfolgen hat, was vorliegend einem Wert von 6 % entspricht (Salärsempfehlungen 2006 des KV Schweiz, S. 5 und S. 8/9). Damit hätte die Beschwerdeführerin im Jahr 2006 einen Lohn von Fr. 65'356.40 bzw. angesichts ihrer bloss von 50%igen Arbeitsfähigkeit einen solchen von Fr. 32'678.20 erwarten können.

5.4. Vergleicht man das zugunsten der Beschwerdeführerin bemessene Valideneinkommen von Fr. 55'103.30 mit dem Invalideneinkommen von Fr. 32'678.20 ergibt sich eine Einkommenseinbusse von Fr. 22'425.10 oder einen Invaliditätsgrad von 40,7 %. Damit stände der Beschwerdeführerin an sich bloss eine Viertelsrente der Invalidenversicherung zu. Daraus erhellt, dass die Beschwerdeführerin selbst bei einer bloss noch 40%igen Arbeitsfähigkeit kein Anrecht auf eine Dreiviertelsrente der Invalidenversicherung hätte (Invalideneinkommen von Fr. 26'142.55 und Invaliditätsgrad von 52,6 %).

5.5. Nach dem Gesagten erweist sich die halbe Rente nach wie vor als angemessen, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

E. 6

6.1. Da die Voraussetzungen für die unentgeltliche Rechtspflege erfüllt sind, ist der Beschwerdeführerin in Gutheissung der Gesuche vom 6. November 2006 (Urk. 1 S. 2) die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen sowie Rechtsanwalt Dr. André Largier als unentgeltlicher Rechtsbeistand für das vorliegende Verfahren zu bestellen.

6.2. Gestützt auf Art. 69 Abs. 1 bis IVG in der seit dem 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Fassung ist das Verfahren für die unterliegende Beschwerdeführerin kostenpflichtig. Die Kosten sind unabhängig vom Streitwert nach dem Verfahrensaufwand festzulegen und vorliegend auf Fr. 1'000.-- anzusetzen, zufolge der Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

6.3. Der unentgeltliche Rechtsbeistand der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Dr. André Largier, ist ausgangsgemäss aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Nach Einsicht in die Kostennote vom 7. Februar 2008 (Urk. 16/2) und in Anwendung von Art. 34 Abs. 1 und 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ist die Entschädigung auf Fr. 1'554.80 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen.

6.4. Soweit der Beschwerdeführer um Ersatz der Kosten des Berichtes von Prof. Dr. D. ___ vom 31. Oktober 2006 (Urk. 3/3) in Höhe von Fr. 400.-- (vgl. Urk. 7) ersucht, kann dem nicht stattgegeben werden, da der Bericht nichts zur Klärung des Sachverhalts beigetragen hat.

Das Gericht beschliesst:

In Bewilligung der Gesuche vom 6. November 2006 wird der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Prozessführung gewährt und Rechtsanwalt

Dr. André Largier als unentgeltlicher Rechtsbeistand für das vorliegende Verfahren bestellt,

und erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Die Beschwerdeführerin wird auf § 92 ZPO hingewiesen.

3. Der unentgeltliche Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Dr. André Largier wird mit Fr. 1'554.80 (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Die Beschwerdeführerin wird auf § 92 ZPO hingewiesen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Rechtsanwalt Dr. André Largier
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- die Gerichtskasse

5. Gegen diese Entscheidung 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).

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