

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00151 vom 22. Oktober 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-10-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2008.00151

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00151 du 22 octobre 2009

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00151 del 22 ottobre 2009

Erwägungen

E. 1

1.1 Am 1. Januar 2003 sind das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG) und die Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 11. September 2002 (ATSV) in Kraft getreten und haben in einzelnen Sozialversicherungsgesetzen und -verordnungen zu Revisionen geführt. Auf den 1. Januar 2004 sind sodann die im Zuge der 4. Revision der Invalidenversicherung statuierten Änderungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) und der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) in Kraft getreten. Weil in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen Rechtsätze massgebend sind, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben, ist der materielle Anspruch auf eine Invalidenrente für den Zeitraum bis zum 31. Dezember 2002 respektive 31. Dezember 2003 aufgrund der bisherigen und anschliessend nach den neuen Normen zu prüfen (BGE 130 V 446 Erw. 1.2, 127 V 467 Erw. 1).

Die Anwendung des ATSG führt in Bezug auf die Bestimmungen zur Arbeitsunfähigkeit (Art. 6), zur Erwerbsunfähigkeit (Art. 7), zur Invalidität (Art. 8) und zur Invaliditätsbemessung bei nichterwerbstätigen Versicherten (Art. 8 Abs. 3 ATSG; Art. 28 Abs. 3 IVG in Verbindung mit Art. 27 Abs. 1 und 2 IVV, seit 1. Januar 2004: Art. 28 Abs. 2 bis IVG) zu keinen materiellrechtlichen Änderungen. Die zu den entsprechenden, bis 31. Dezember 2002 respektive 31. Dezember 2003 gültig gewesenen Bestimmungen entwickelte Rechtsprechung kann folglich übernommen und weitergeführt werden (BGE 130 V 343).

1.2 Am 1. Januar 2008 sind die im Zuge der 5. IV-Revision revidierten Bestimmungen des IVG, der IVV, des 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. Weil die angefochtene Verfügung am 28. Dezember 2007 erging, als die revidierten materiellen Vorschriften des IVG, der IVV und des Bundesgesetzes über den ATSG noch nicht in Kraft standen, gelangen diese Vorschriften noch nicht zur Anwendung (vgl. BGE 127 V 467 Erw. 1, 126 V 136 Erw. 4b, je mit Hinweisen).

E. 2

/

E. 3

Prozent, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 Prozent, oder auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 Prozent invalid sind. In Härtefällen besteht gemäss Art. 28 Abs. 1 bis IVG bereits bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente.

Die seit dem 1. Januar 2004 massgeblichen Rentenabstufungen geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 1 IVG in der seit dem 1. Januar 2004 in Kraft stehenden Fassung).

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezieherin oder eines Rentenbeziegers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 41 IVG in der bis zum 31. Dezember 2002 gültig gewesenen Fassung sowie Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Eine Invalidenrente ist demgemäss nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 349 f. Erw. 3.5, 117 V 199 Erw. 3b, 113 V 275 Erw. 1a mit Hinweisen). Ob eine solche Änderung eingetreten ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten, der versicherten Person eröffneten rechtskräftigen Verfügung vorlag, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustandes) beruht, mit demjenigen zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung respektive des Einspracheentscheides (BGE 133 V 108 Erw. 5.4). Dabei stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG und alt Art. 41 IVG dar (BGE 112 V 372 Erw. 2b mit Hinweisen; SVR 1996 IV Nr. 70 S. 204 Erw. 3a; Urteil des Bundesgerichts in Sachen C. vom 3. November 2008, 9C_562/2008, Erw. 2.1 mit Hinweis).

Bei einer Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit ist die anspruchsbeeinflussende Änderung zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat (sowie Art. 88a Abs. 2 IVV).

Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an formliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange

umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 131 V 231 E. 5.1 S. 232; 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.1.1.1.1.1

3.1.1.1.1.1 Fest steht und ist unbestritten, dass die Beschwerdeführerin als Gesunde zu 60 % im Erwerbsbereich und zu 40 % im Haushalt tätig wäre (vgl. Urk. 7/21, Urk. 7/40, Urk. 7/75 S. 1).

3.1.1.1.1.2 In der angefochtenen Verfügung vom 28. Dezember 2007 hielt die IV-Stelle gestützt auf eine Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) fest, gemäss Gutachten von Dr. C. ___ vom 9. November 2006 sei mangels nachvollziehbar begründeter Verschlechterung des Gesundheitszustandes davon auszugehen, dass der Beschwerdeführerin wie bis anhin eine leidensangepasste Tätigkeit im Rahmen eines Beschäftigungspensums von 50 % zumutbar sei. Für die Jahre 2001 bis 2006 weise die bildgebende Diagnostik zwar eine objektive Befundverschlechterung aus. Es könne aber für diesen Zeitraum von einem stationären Gesundheitszustand mit wellenförmigem Verlauf ausgegangen werden. Im September 2001 hätten subjektive Beschwerden im Vordergrund gestanden. Nach dem Rehabilitationsaufenthalt im Sommer 2002 habe sich die radikuläre Symptomatik aber beruhigt, so dass davon auszugehen sei, dass die Befundverschlechterung keine zusätzliche Symptomatik zur Folge gehabt habe. Deshalb sei das Gesuch um Erhöhung der Invalidenrente abzuweisen (Urk. 2; vgl. auch Urk. 6 und Urk. 7/83).

3.1.1.1.1.3 Die Beschwerdeführerin stellt sich dagegen auf den Standpunkt, ihre Beschwerden hätten sich nicht bloss kurzzeitig verschlechtert. Vielmehr sei im September 2001 - unmittelbar im Anschluss an die Abklärung in der Klinik A. ___ im August 2001 - eine wesentliche Verschlechterung der Beschwerdesituation eingetreten, welche zu einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit geführt habe und sich erst Jahre später wieder auf das Niveau vor der Abklärung in der Klinik A. ___ zurückgebildet habe. Aufgrund dieser Beschwerden sei sie auch von ihrem Arbeitgeber per Ende 2002 vorzeitig pensioniert worden. Deshalb habe sie Anspruch auf eine vorübergehende Erhöhung der Invalidenrente zwischen Juni 2002 und November 2006, als die Rückbildung der Beschwerden auf das Niveau vom Sommer 2001 erstmals ärztlich bescheinigt worden sei. Die Annahme des RAD, dass sich die Beschwerden bereits nach kurzer Zeit wieder zurückgebildet hätten, finde in den medizinischen Akten keinerlei Stütze, zumal der fragliche Bericht des RAD die Anforderungen an ein medizinisches Gutachten nicht erfülle (Urk. 1).

3.1.1.1.1.4 Strittig und zu prägen ist, ob die Beschwerdeführerin im Zeitraum zwischen Juni 2002 (Einreichung des Revisionsgesuchs) und November 2006 aufgrund einer Verschlechterung des Gesundheitszustands Anspruch auf eine ganze Rente hat (vgl. 1 S. 12).

E. 4

4.2.2.1. Gemäss Verlaufsbericht der behandelnden Rheumatologin Dr. C. ___ vom 3. Juni 2002 kam es im Rahmen der ergonomischen Belastungstests in der Klinik A. ___ zu einer Überbelastung der Strukturen der Halswirbelsäule und neu zunehmend zu einer in den linken Arm ausstrahlenden zervikoradikulären Irritations- bis Kompressionssymptomatik der Wurzel C7 links. MRI-Aufnahmen vom 1. November 2001 hätten im Vergleich zu Voraufnahmen vom 14. Februar 1997 neu eine linksseitige Diskushernie im Bereich C6/7 mit Beeinträchtigung der Wurzel C7 gezeigt. Die vermehrten Beschwerden hätten trotz angepasster Medikation, Kortikosteroid-Injektionen und intensivierter Physiotherapie-Behandlung angehalten. Seit dem Aufenthalt in der Klinik A. ___ bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit (Urk. 7/46).

Vom 4. bis zum 18. Juni 2002 hielt sich die Beschwerdeführerin in der F. ___ in G. ___ zur Rehabilitation auf. Im Austrittsbericht vom 19. Juni 2002 wird ebenfalls erwähnt, dass seit September 2001 nebst dem bekannten rechtsseitigen chronischen zervikovertebralen Syndrom neu eine intermittierende belastungsabhängige zervikoradikuläre Symptomatik linksseitig bestand. Die intensive stationäre Therapie in der Klinik habe zu einer ordentlichen Reduktion der radikulären Symptomatik geführt, bei Beibehaltung der bisherigen Schmerzmedikation (Urk. 7/54). Im Verlaufsbericht vom 11. Juli 2002 erwähnte Dr. C. ___ eine gewisse Verbesserung der Symptomatik seit der stationären Rehabilitation, zur Zeit bestehe indessen weiterhin eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 7/48).

4.2.3. Im Zusammenhang mit einem Arzthaftungsbegehren der Beschwerdeführerin gegen die Klinik A. ___ aufgrund des behaupteten Zusammenhangs zwischen einer Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes und der in der Klinik A. ___ durchgeführten EFL wurde im Einvernehmen mit der Haftpflichtversicherung der Klinik A. ___ eine Begutachtung im I. ___ in Auftrag gegeben (vgl. Urk. 7/57-58). Die klinische Untersuchung im I. ___ durch Dr. med. H. ___, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation/Rheumatologie, erfolgte am 1. März 2004, sein Gutachten wurde am 14. Juli 2006 erstattet. Daraus ergibt sich, dass die Beschwerdeführerin Dr. H. ___ angab, den ersten Tag in der Klinik A. ___ aufgrund unangenehmer Umstände (vorübergehende Lagerung auf der Notfallstation, späterer Zimmerbezug, zuerst keinen Arzt gesehen) als belastend bis traumatisierend erlebt zu haben. Im Anschluss an den Aufenthalt in A. ___ hätten sich die Beschwerden langsam verstärkt, mit der Zeit seien auch Ausstrahlungen zum linken Arm sowie Kribbelparästhesien in den Fingern aufgetreten. Anlässlich der klinischen Untersuchung am 1. März 2004 klagte die Beschwerdeführerin vorwiegend über Nackenschmerzen im unteren Teil der Halswirbelsäule mit Ausstrahlungen zur Trapeziusmuskulatur beidseits. Ausstrahlungen in die Arme traten ihren Angaben zufolge hingegen seit längerer Zeit nicht mehr auf. Der von Dr. H. ___ erhobene Neurostatus war unauffällig, hingegen fand sich eine schmerzhaft eingeschränkte Beweglichkeit der Halswirbelsäule beziehungsweise des zervikothorakalen Übergangsbereichs mit diskreten Myogelosen im Trapeziusbereich beidseits. Die vorliegenden Röntgen- und MRI-Bilder interpretierte Dr. H. ___ dahingehend, dass eine auf Höhe C6/7 über die Zeit weitgehend kontinuierlich zunehmende Segmentdegeneration vorliege. Die durch den Radiologen mit Bezug auf den MRI-Befund vom 11. November 2001 beschriebene Diskushernie C6/7 müsse retrospektiv in Frage gestellt werden. Die aktuellsten MRI-Bilder der Halswirbelsäule vom 25. September 2003 zeigten zwar eine Osteochondrose und beidseitige Foraminalstenosen im Bereich C6/7 mit geringgradiger

dorsaler Erschlaffung und VorwÄ¶bung, ohne jedoch den Nachweis einer wesentlichen Spinalkanalstenose und einer eigentlichen Diskushernie zu ermÄ¶glichen. Dr. H. ___ fand keine Argumente, welche fÄ¶r eine relevante Verschlechterung der Gesundheitssituation aufgrund objektiver Befunde sprechen wÄ¶rden. GeÄ¶ndert habe sich die Umgebungssituation, nach der KÄ¶ndigung der Arbeitsstelle fehlten der BeschwerdefÄ¶hrerin aktuell berufliche Perspektiven, so dass heute ein deutliches resignatives Element ohne fassbare Depression im eigentlichen Sinne bestehe. Ein interkurrentes Auftreten eines radikulÄ¶ren C7-Reizsyndroms kÄ¶nne nicht ausgeschlossen werden. DiesbezÄ¶glich mÄ¶sse jedoch berÄ¶cksichtigt werden, dass Nervenreizerscheinungen in den oberen ExtremitÄ¶ten bei Fehlen nachweisbarer neurologischer AusÄ¶lle schwierig festzustellen seien. Eine erhebliche Beeinflussung von Dr. C. ___ sowie der Ä¶rzte der F. ___ bei der Diagnosestellung durch die seinerseits in Frage gestellte radiologische Beurteilung vom 11. November 2001 sowie zusÄ¶tzliche subjektive Faktoren bei der klinischen Beurteilung seien wahrscheinlich. Es kÄ¶nne nicht ausgeschlossen werden, dass die BeschwerdefÄ¶hrerin anÄ¶sslich der EFL-Tests an ihre Belastbarkeitsgrenze gegangen sei und die verstÄ¶rkten Beschwerden dadurch entstanden seien. Die allgemeine Erfahrung zeige sodann, dass bei solchen Tests bei PersÄ¶nlichkeiten mit narzisstischen PersÄ¶nlichkeitsstrukturen das Risiko einer "psychischen KrÄ¶nkung" bestehe, auch bei gutem Testklima und angemessenem Verhalten der Therapeuten. Abschliessend hielt Dr. H. ___ fest, dass die heute vorliegenden Beschwerden mit Ä¶berwiegender Wahrscheinlichkeit keine Folge der in der Klinik A. ___ durchgefÄ¶hrten EFL seien. Ein Zusammenhang der EFL mit den vorÄ¶bergehend geklagten Beschwerden sei lediglich als mÄ¶glich einzustufen. Zum heutigen Zeitpunkt kÄ¶nne von einer zumindest nicht verschlechterten gesundheitlichen Situation im Vergleich zu derjenigen anÄ¶sslich der Begutachtung in der Klinik A. ___ Ende August/Anfang September 2001 ausgegangen werden. Die ArbeitsfÄ¶higkeitseinschÄ¶tzung durch die Gutachter der Klinik A. ___ sei unter BerÄ¶cksichtigung des dysfunktionalen Krankheitsverhaltens aus heutiger Sicht absolut nachvollziehbar und sicher nicht zu Ungunsten der BeschwerdefÄ¶hrerin ausgefallen (Urk. 7/71 S. 17 ff.).

4.2.4Ä¶ Im Auftrag der BeschwerdefÄ¶hrerin erstellte Dr. C. ___ am 9. November 2006 ein Gutachten, welches sich mit dem aktuellen Gesundheitszustand sowie der Expertise des I. ___ auseinandersetzt. Zunächst Ä¶usserte Dr. C. ___ darin Kritik am Gutachten von Dr. H. ___ und wies darauf hin, dass sich die BeschwerdefÄ¶hrerin bereits sieben Tage nach der Begutachtung in der Klinik A. ___ bei ihr aufgrund einer Schmerzausstrahlung in den linken Arm gemeldet hatte. Die diagnostizierte Diskushernie auf der HÄ¶he C6/7 mit Nervenwurzelkompression C7 links sei sowohl vom Radiologen als auch von ihr gestÄ¶tzt auf die MRI-Bilder vom 1. November 2001 festgestellt worden. Diese Diagnose sei zweifellos richtig. Mangels eines vor der Testung in der Klinik A. ___ bestehenden radikulÄ¶ren Reizsyndroms sei, auch mit Blick auf die fÄ¶nf bis sieben Tage nach den Tests neu aufgetretenen Schmerzausstrahlungen und die MRI-Bilder vom 1. November 2001, eine Ä¶berlastung in der Klinik A. ___ als auslÄ¶sendes Ereignis fÄ¶r das C7-Reizsyndrom am wahrscheinlichsten. Ab Ende September/Anfang Oktober habe deshalb eine 100%ige ArbeitsunfÄ¶higkeit bestanden. Im Zuge der forcierten Behandlung hÄ¶tten dann die radikulÄ¶ren Ausstrahlungen in den linken Arm wieder abgenommen und sich zurÄ¶ckgebildet, und zwar vorwiegend im Anschluss an die Hospitalisation in der Privat-Klinik im F. ___. Die medizinischen Behandlungen entsprÄ¶chen nun im wesentlichen wieder den Therapien im Zeitraum vor September 2001 (Urk. 7/72).

4.3.1.1

4.3.1.1 Eine zwischenzeitliche Erholung der Arbeitsunfähigkeit im Zeitraum zwischen der Begutachtung in der Klinik A. und November 2006 wurde einzig von der behandelnden Rheumatologin Dr. C. attestiert. Ihrem Gutachten vom 9. November 2006 (Urk. 7/72), wo sie von einer Normalisierung der Beschwerdesituation auf das Niveau vor der Begutachtung in der Klinik A. berichtete, lassen sich indes keine detaillierten Angaben über die Entwicklung der Arbeitsunfähigkeit im massgeblichen Zeitraum zwischen Juni 2002 (Revisionsgesuch vom 14. Juni 2002 [Urk. 7/47]; vgl. Art. 88 bis IVV) und der Erstellung ihres Gutachtens entnehmen. Die in ihren Verlaufsberichten vom 3. Juni (Urk. 7/46) sowie 19. Juli 2002 (Urk. 7/48) bescheinigte vollständige Arbeitsunfähigkeit begründete sie mit einer Überbelastung der Strukturen der Halswirbelsäule im Rahmen der ergonomischen Belastungstests in der Klinik A., welche zu der auf den MRI-Bildern vom 1. November 2001 sichtbar gewordenen Diskushernie auf Höhe C6/7 links mit zunehmender, in den linken Arm ausstrahlender zervikoradikulärer Irritations- bis Kompressionssymptomatik der Wurzel C7 links geführt habe (Urk. 7/46, Urk. 7/48). Gegen diese Einschätzung spricht zum einen, dass im Gutachten von Dr. H. gestützt auf die bisher ergangene bildgebende Diagnostik (vgl. dazu Urk. 7/18 S. 12 f., Urk. 7/19 S. 3 f., Urk. 7/39 S. 9 f., Urk. 7/46 S. 1, Urk. 7/54 S. 3, Urk. 7/71 S. 8 und 12, Urk. 7/72 S. 2 f.) in nachvollziehbarer Weise aufgezeigt wurde, dass bei der Beschwerdeführerin ein kontinuierlicher degenerativer Prozess im Segment C6/7 dokumentiert ist, welcher eine plötzliche Traumatisierung der Halswirbelsäule während der EFL in der Klinik A. nicht als überwiegend wahrscheinlich erscheinen lässt (Urk. 7/71 S. 11 ff.). Zum andern ist die von Dr. C. vertretene erhebliche und langanhaltende Verschlechterung der Arbeitsunfähigkeit allein aufgrund der von ihr neu diagnostizierten Diskushernie bei vorbestehenden degenerativen Wirbelsäulenveränderungen nicht nachvollziehbar. Dies gilt umso mehr angesichts dessen, dass Dr. C. im November 2006, bei unverändert fortschreitender Segmentdegeneration, von einer Rückbildung der zwischenzeitlich verstärkten und ihrer Ansicht nach über eine längere Zeit anhaltenden Beschwerdesymptomatik berichtete, ohne dass die Wirbelsäulendegenerationen inzwischen mittels einer operativen Intervention oder dergleichen korrigiert worden wären (Urk. 7/72 S. 5). Auch hat sie in ihrem Gutachten vom 9. November 2006 den Ausführungen von Dr. H., wonach auf den damals neusten MRI-Bildern vom 25. September 2003 der Nachweis einer wesentlichen Spinalkanalstenose und einer eigentlichen Diskushernie nicht (mehr) möglich war, nicht widersprochen (vgl. Urk. 7/72), was dafür spricht, dass die degenerativen Wirbelsäulenbefunde doch nicht so ausgeprägt sind, wie dies ursprünglich von Dr. C. und den Ärzten der F. angenommen worden war. Auf die von Dr. C. in den Berichten vom 3. Juni und 11. Juli 2002 attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit kann deshalb mangels Nachvollziehbarkeit nicht abgestellt werden.

4.3.2 Auch die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin nach eigenen Angaben bereits drei Monate nach der Begutachtung in der Klinik A. wieder zumindest teilweise ihr früheres Arbeitspensum versah (vgl. Urk. 7/71 S. 6), steht mit der von Dr. C. im Juni/Juli 2002 bescheinigten Arbeitsunfähigkeit im Widerspruch. Gestützt auf die schlüssig begründete Expertise von Dr. H. ist davon auszugehen, dass aufgrund der fortschreitenden Degeneration der Halswirbel zwar möglicherweise kurzzeitig ein radikuläres Reizsyndrom im Bereich C7 bestand und/oder dass durch eine leichte

Überlastung anlässlich der EFL in der Klinik A.____ die Halswirbelsäulenbeschwerden vorübergehend zugenommen hatten. Da die Ärzte der Klinik A.____ in nachvollziehbarer Weise aufgezeigt haben, dass bei der Beschwerdeführerin psychische Faktoren für den Grossteil der Beschwerden verantwortlich sind (vgl. Urk. 7/39 S. 26 f. und 30 ff.), kann davon ausgegangen werden, dass ein möglicherweise für die Beschwerdezunahme verantwortliches radikales Reizsyndrom beziehungsweise eine vorübergehende Wirbelsäulenüberlastung jedenfalls nicht zu einer wesentlichen Verschlechterung der von der Klinik A.____ anerkannten grosszügigen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 % führte. Dr. H.____ legte schlüssig dar, dass anlässlich seiner Untersuchung vom 1. März 2004 wieder im Wesentlichen die gleiche gesundheitliche Situation bestand, wie sie sich anlässlich der Begutachtung in der Klinik A.____ darstellte (Urk. 7/71 S. 12). Nach dem Gesagten und mit Blick auf die im Bericht der F.____ über die stationäre Hospitalisation vom 4. bis zum 18. Juni 2002 dokumentierte Beschwerdereduktion (Urk. 7/54 S. 2) ist davon auszugehen, dass sich die mögliche zwischenzeitliche (geringgradige) Zustandsverschlechterung aufgrund von somatisch begründbaren Beschwerden spätestens im Juni 2002 im Wesentlichen zurückgebildet hatte.

4.3.3.3. In den Akten fehlen Anhaltspunkte für eine wesentliche Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes, auf welche die verschlechterte Befindlichkeit nach dem Aufenthalt in der Klinik A.____ zurückgeführt werden könnte. Sowohl Dr. C.____ und die Ärzte der F.____ als auch Dr. H.____ erwähnten in ihren Berichten keine psychischen Auffälligkeiten (vgl. insbesondere Urk. 7/71 S. 7 und 12). Die von Dr. H.____ im allgemeinen, nicht konkret bezogen auf die Beschwerdeführerin, diskutierte These einer im Rahmen der EFL und Begutachtung in der Klinik A.____ erlittenen "psychischen Kränkung" (Urk. 7/71 S. 16) würde jedenfalls keine psychisch bedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit rechtfertigen, welche über die vom psychiatrischen Gutachter der Klinik A.____ anerkannte Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 50 % (Urk. 7/39 S. 27) hinaus reichen würde.

4.3.4. Es ist davon auszugehen, dass der Hauptgrund für die Meinungsverschiedenheiten zwischen der Beschwerdeführerin und der IV-Stelle hinsichtlich der Entwicklung ihrer Arbeitsfähigkeit ab September 2001 darin besteht, dass die Beschwerdeführerin ihre Arbeitsfähigkeit geringer und ihre Beschwerden als schwerwiegender einschätzt als die (meisten) Ärzte gestützt auf die objektivierbaren Untersuchungsbefunde (vgl. etwa Urk. 7/18 S. 19, Urk. 7/39 S. 10 f., Urk. 7/71 S. 13, 15 und 17; vgl. auch die auf diese Problematik hinweisende Stellungnahme des Bundesamtes für Sozialversicherung BSV [Urk. 7/32]). Illustriert wird dies etwa dadurch, dass sie - unterstützt durch den Rechtsvertreter Dr. Pribnow - nach Vorliegen der ihrer Ansicht nach zu optimistisch ausfallenden Beurteilungen ihres Gesundheitszustandes durch die Gutachter vom D.____ (Urk. 7/18) sowie vom I.____ (Urk. 7/71) die Einschätzung der Spezialisten nicht akzeptierte und private Gegengutachten in Auftrag geben liess, das erste Mal bei Dr. E.____ (Urk. 7/19), das zweite Mal bei Dr. C.____ (Urk. 7/72). Ebenfalls in diese Richtung weist, dass die Beschwerdeführerin die Schlussfolgerung des Gutachtens von Dr. C.____ vom 9. November 2006, wonach der Gesundheitszustand zwischenzeitlich das Niveau vor September 2001 wieder erreicht habe (Urk. 7/72 S. 5 f.), anfänglich nicht akzeptierte, liess sie doch mit Schreiben vom 22. November 2006 zunächst die Ausrichtung einer unbefristeten vollen (richtig: ganzen) Invalidenrente beantragen (Urk.

7/73). Erst in der Stellungnahme zum Vorbescheid der IV-Stelle vom 14. August 2007 (Urk. 77) anerkannte sie, dass ihr Gesundheitszustand inzwischen wieder einen Invaliditätsgrad von 50 % rechtfertigt (Urk. 7/80). Schliesslich fñhlt auf, dass sich die Beschwerdefñhrerin wiederholt gegen von der IV-Stelle geplante unabhñngige medizinische Begutachtungen sowie berufliche Abklñrungen wehrte (vgl. etwa Urk. 7/25, Urk. 7/27, Urk. 7/33-34, Urk. 7/49, Urk. 7/57). Eine subjektiv (zu) geringe und mit den gestñtzt auf objektive Untersuchungsbefunde erklñrbaren Einschrñnkungen divergierende Einschñtzung der eigenen Leistungsfñhigkeit (vgl. auch die Hinweise auf die zu geringe Selbsteinschñtzung der Beschwerdefñhrerin wñhrend der EFL im Gutachten des I.____ [Urk. 7/71 S. 9]) bildet fñr sich allein indes noch keinen Gesundheitsschaden im Sinne von Art. 4 IVG. Massgeblich ist allein, ob die Beschwerdefñhrerin unter objektivem Gesichtspunkt bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfñhigkeit zu verwerten, arbeiten kñnnte (vgl. vorstehend Erw. 2.2).

4.3.5.5. Es ergibt sich, dass eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes im Zeitraum Juni 2002 und November 2006 nicht ausgewiesen ist. Dies fñhrt zur Abweisung der Beschwerde.

5. Die Verfahrenskosten von Fr. 900.-- gehen zulasten der unterliegenden Beschwerdefñhrerin (Art. 69 Abs. 1 bis IVG).

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden der Beschwerdefñhrerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. Volker Pribnow
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zñrich, IV-Stelle
- Bundesamt fñr Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes ùber das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht wñhrend 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 Begrñndung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdefñhrers 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.