

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00383 vom 16. September 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-09-16, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2008.00383](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2008.00383)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00383 du 16 septembre 2009

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00383 del 16 settembre 2009

## Erwägungen

### E. 2

2.1. Gegen die Abweisung des Rentenerhöhungsgesuches liess X. am 16. April 2008 durch Rechtsanwalt Dr. Albrecht Metzger Beschwerde erheben und beantragen, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es seien weitere medizinische Untersuchungen, insbesondere eine radiologische Untersuchung der HWS (FMRI), sowie eine interdisziplinäre medizinische Begutachtung durchzuführen. Eventualiter sei der Beschwerdeführerin auf der Basis eines Invaliditätsgrades von mindestens 70 % eine Rente der Invalidenversicherung zuzusprechen (Urk. 1).

2.2. Nachdem die Beschwerdegegnerin mit Beschwerdeantwort vom 23. Juni 2008 (Urk. 7 unter Beilage ihrer Akten, Urk. 8/1-96) um Abweisung der Beschwerde ersucht hatte, wurde der Schriftenwechsel mit Verfügung vom 24. Juni 2008 (Urk. 9) geschlossen.

3. Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Das Gericht zieht in Erwägung:

#### 1. Streitgegenstand

1.1. Streitig und zu präzisieren ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Erhöhung der Invalidenrente.

1.2. Die Beschwerdegegnerin hatte dafürgehalten, dass der Beschwerdeführerin sowohl die bisherige Tätigkeit als Dentalassistentin als auch jegliche andere Beschäftigung zu 50 % zumutbar sei, was weiterhin einen Anspruch auf die bisherige Rente begründe (Urk. 2).

1.3. Demgegenüber liess die Beschwerdeführerin im Wesentlichen vorbringen, die nach dem ersten Unfallereignis vom 16. Dezember 1997 verbliebene Erwerbsfähigkeit sei durch ständige Nacken- und Kopfschmerzen, verursacht durch das beim Auffahrunfall vom 1. März 2005 erlittene HWS-Distorsionstrauma, zusätzlich beeinträchtigt (Urk. 1 S. 3-4). Diesbezüglich könne auf das von Dr. A. verfasste Gutachten nicht abgestellt werden, habe bei HWS-Distorsionen doch die primäre Untersuchung und Beurteilung federführend durch einen Neurologen zu erfolgen, seien die Streckhaltung der HWS bei C3-C5 nicht gewichtet worden (Urk. 1 S. 5) und fehle es Dr. A. an der Kompetenz zur Stellung einer psychiatrischen Verdachtsdiagnose (Urk. 1 S. 5-6). Auch das psychiatrische Gutachten von Dr. B. sei, da nicht umfassend und widersprüchlich, nicht beweiskräftig (Urk. 1 S. 8-9). Zusammenfassend erwiesen sich

daher die bisherigen medizinischen Abklärungen als ungenügend. Werde indes von weiteren Untersuchungen abgesehen, so sei - wie vom Unfallversicherer anerkannt - von einer zusätzlichen Einschränkung der bisherigen (Rest)Arbeitsfähigkeit auszugehen (Urk.1 S. 9).

## 2.2.2.2

2.1.2.2 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). Die angefochtene Verfügung ist am 20. März 2008 ergangen, wobei ein Sachverhalt zu beurteilen ist, der vor dem Inkrafttreten der revidierten Bestimmungen der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 begonnen hat. Daher und aufgrund dessen, dass der Rechtsstreit eine Dauerleistung betrifft, über welche noch nicht rechtskräftig verfügt wurde, ist entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln für die Zeit bis 31. Dezember 2007 auf die damals geltenden Bestimmungen und ab diesem Zeitpunkt auf die neuen Normen der 5. IV-Revision abzustellen (vgl. zur 4. IV-Revision: BGE 130 V 445 ff.; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 7. Juni 2006 in Sachen M., I 428/04, Erw. 1).

2.2.2.2 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG).

2.3.2.2 Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens, so auch einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, setzt zunächst eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 130 V 398 ff. Erw. 5.3 und Erw. 6). Wie jede andere psychische Beeinträchtigung begründet indes auch eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere

Faktoren, wie chronische körperliche Begleiterkrankungen, ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung, ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens, ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"), das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person (BGE 130 V 352 Erw. 2.2.3 in fine). Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gallen 2003, S. 77).

2.4  $\hat{A} \hat{A} \hat{A} \hat{A}$  Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte 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).

2.5  $\hat{A} \hat{A} \hat{A} \hat{A}$  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. 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\_562/2000, Erw. 2.1 mit Hinweis).

2.6  $\hat{A} \hat{A} \hat{A} \hat{A}$  Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an formliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu wurdigen. 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).

### E. 3

3.1. Vorab stellt sich die Frage nach der für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades massgeblichen Vergleichsbasis.

Die Beschwerdegegnerin sprach der Beschwerdeführerin mit unangefochten in formelle Rechtskraft erwachsenen Verfügung vom 15. Juni 2000 (Urk. 8/28 in Verbindung mit Urk. 8/30/3) gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 50 % eine halbe Rente der Invalidenversicherung mit Wirkung ab 1. September 1999 zu. Anlässlich des Revisionsverfahrens vom Frühjahr 2003 (Urk. 8/31/1) besttigte sie gestützt auf einen Bericht des Arbeitgebers (Urk. 8/33) sowie den äusserst kurzen Bericht von Dr. med. C. \_\_\_\_, Orthopädische Chirurgie FMH, vom 20. Juni 2003 (Urk. 8/34) mittels Mitteilung vom 30. Juni 2003, dass der Anspruch auf die bisherige Rente unverändert fortbestehe (Urk. 8/36). Angesichts dieser Sachlage kann nicht von einer umfassenden materiellen Prüfung mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung anlässlich des im Frühjahr 2003 durchgeführten Revisionsverfahrens gesprochen werden (vgl. Erw. 2.5), weshalb als massgebender Zeitraum jener zu gelten hat, welcher zwischen der Rentenverfügung vom 15. Juni 2000 und der angefochtenen Verfügung vom 20. März 2008 (Urk. 2) liegt.

3.2. Im Zeitpunkt der Rentenzusprache waren folgende ärztliche Berichte aktenkundig:

3.2.1. Gemäss Bericht von Dr. med. D. \_\_\_\_, Klinik E. \_\_\_\_, vom 22. Juli 1999 (Urk. 8/2/1-3) bestanden ein Status nach Aufrichtung einer LWK1-Fraktur (im Dezember 1997) sowie ein Status nach Implantatentfernung (im August 1998), wobei der Arzt eine schlechte Haltung mit Insuffizienz der Muskulatur und vermehrter thorakaler Kyphose beschrieb. Die Beschwerdeführerin sei fast beschwerdefrei, besuche nun zur Kräftigung der Muskulatur eine Physiotherapie sowie ein Haltungsturnen. Ab dem 1. Oktober 1998 bestehe keine Arbeitsunfähigkeit mehr (Urk. 8/2/2).

3.2.2. Dr. med. F. \_\_\_\_, FMH Allgemeine Medizin, hielt am 4. August 1999 (Urk. 8/9/1-3) bei LWS-Steifigkeit, sonst aber unauffälligem Körperstatus die bisherige Tätigkeit als halbtags, eine angepasste Tätigkeit (nach Abheilung) während acht Stunden täglich für zumutbar.

3.2.3. In Begutachtung der Beschwerdeführerin diagnostizierte Dr. C. \_\_\_\_ am 29. Oktober 1999 (Urk. 8/14/2-15) eine posttraumatische Wirbelsäulenfehlform nach Kompressionsverletzung LWK1 sowie eine muskuläre Dysbalance (Urk. 8/14/10). Er

hielt dafür, dass die posttraumatische Wirbelsäulenfehlform mit Kyphoseknick die von der Beschwerdeführerin geklagten Restbeschwerden im thorakolumbalen und im mittellumbalen Bereich klinisch als auch radiologisch erklärten. Haltungskorrigierende und muskulär aufbauende therapeutische Massnahmen sowie Stabilisationsübungen seien notwendig. Der Arzt erachtete die Prognose für eine Beschäftigung als zahnmedizinische Praxisassistentin wegen dem Arbeiten in vorgeneigter Stellung als langfristig ungünstig und bezeichnete eine Umschulung als sinnvoll. Derzeit sei die Beschwerdeführerin im bisherigen Beruf zu 50 % einsetzbar, soweit sie vorwiegend Büroarbeiten erledige; in angepasster Tätigkeit sei sukzessive eine Arbeitsfähigkeit von 80 %, möglicherweise ein vollumfängliches Pensum, erreichbar (Urk. 8/14/11).

3.2.4.4 Am 7. Februar 2000 (Urk. 8/17) berichtete PD Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, die Beschwerdeführerin leide bei Belastung an thorakolumbalen Beschwerden ohne neurologische Ausfälle. Die Restinstabilität bei TH12/L1 verunmögliche es ihr, schwere Lasten zu heben oder längere Zeit zu sitzen oder zu stehen. Da sie als Zahnarztgehilfin mit Wechselbelastung bereits günstig reintegriert sei, erachte er eine Umschulung nicht als sinnvoll. Auch in einer modifizierten Tätigkeit sei eine Erhöhung der Arbeitsfähigkeit kaum zu erwarten. Die Beschwerdeführerin sei weiterhin in der Lage, ein Teilpensum von 40 - 50 % mit Wechselbelastung stehend/-sitzend/gehend auszuüben (Urk. 8/17/3).

3.3.1.1 Aus der Zeit nach Erlass der Verfügung vom 15. Juni 2000 liegen folgende Berichte auf:

3.3.1.1.1 Der nach dem Unfallereignis vom 1. März 2005 erstbehandelnde Arzt, Dr. med. H.\_\_\_\_, erhob am 3. März 2005 (Urk. 8/43/16) keinerlei Befunde, stellte aber gleichwohl die Diagnose einer HWS-Distorsion. In Bezug auf die Kausalität verneinte er das ausschliessliche Vorliegen von Unfallfolgen und gab an, dass keine Arbeitsunfähigkeit bestehe. Der Behandlungsabschluss finde voraussichtlich in acht Wochen statt.

3.3.2.1 Mit Bericht vom 9. März 2005 (Urk. 8/43/12) diagnostizierte Dr. med. I.\_\_\_\_, Wirbelsäulen- und Rückenmarkschirurgie, Y.\_\_\_\_ Klinik, ein Distorsionstrauma der HWS (nach Verkehrsunfall am 1. März 2005), einen Status nach traumatischer Keilwirbelbildung LWK1 sowie eine traumatische Osteochondrose BWK12 bis LWK2 mit operativer Spondylodese Th12/L1. Er führte aus, die Beschwerdeführerin habe mit ihrem Fahrzeug an einer Kreuzung stehend durch ein auffahrendes Auto einen Verkehrsunfall erlitten. Dabei sei es weder zu einem Aufprall am Lenkrad noch zu einer retrograden Amnesie gekommen. Die Schäden an ihrem Auto seien eher leicht gewesen. Fortan leide die Beschwerdeführerin unter Kopfschmerzen und Nuchalgien. Die HWS-Beweglichkeit habe sich schmerzbedingt als um einen Drittel reduziert erwiesen. Die radiologischen Aufnahmen im thorakolumbalen Übergangsbereich hätten keine Veränderungen zu den Voraufnahmen gezeigt. Insbesondere hätten auch auf den HWS-Aufnahmen, welche ein regelrechtes Alignment und unauffällige Befunde ergeben hätten, osteoligamentäre Verletzungen gefehlt.

3.3.2.2 Im ärztlichem Zeugnis vom 22. März 2005 (Urk. 8/39/11) attestierte Dr. I.\_\_\_\_ vom 11. bis zum 22. März eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % sowie ab dem 23. März 2005 eine solche von 50 %. Ab dem 4. April 2005 bestehe wieder eine vollständige Arbeitsfähigkeit. Mit Zeugnis vom 12. April 2005 bestätigte Dr.

I.\_\_\_\_ indes eine vollständige Arbeitsunfähigkeit ab 5. April 2005 bis auf Weiteres (Urk. 8/39/10).

Am 21. Juni 2005 (Urk. 8/43/7) berichtete Dr. I.\_\_\_\_, die Beschwerdeführerin leide nach wie vor an persistierenden Beschwerden nach HWS-Distorsion. Eine Facettengelenksinfiltration auf Höhe C2/3 und C3/4 habe gemäss ihren Angaben die Beschwerdesymptomatik in keiner Art und Weise beeinflusst. Auch die ausgiebigen physiotherapeutischen Bemühungen seien ohne Verbesserung geblieben, weshalb eine Unterbrechung dieser Therapien während der Ferien der Beschwerdeführerin im Tessin empfohlen werde. Offenbar wegen beruflicher Überlastung sei der Beschwerdeführerin nun die Kündigung ausgesprochen worden, weshalb auch so zusätzlicher psychischer Hintergrund der Beschwerden entstanden sei.

3.3.3 Prof. Dr. med. J.\_\_\_\_, Y.\_\_\_\_ Klinik, erklärte am 27. November 2005 (Urk. 8/60/17), die Situation sei unverändert. Die Frage, ob für die Zuweisung geeigneter Arbeit gesorgt werden solle, beantwortete er mit ja, diejenige nach einem bleibenden Nachteil mit nein.

3.3.4 Mit Bericht vom 16. Dezember 2005 (Urk. 8/60/9-15) machte Dr. K.\_\_\_\_, N.\_\_\_\_, aktenkundig, die Beschwerdeführerin habe angegurtet und auf das Lenkrad gestützt eine Heck- Auffahrkollision erlitten, als sie sich vom IKEA-Parkplatz herausfahrend nach rechts einordnete. Dr. K.\_\_\_\_ führte aus, die Untersuchungen hätten keinerlei kognitive Defizite zu Tage gefördert. Das Leistungsniveau entspreche auch heute dem Bildungs- und Ausbildungsniveau der Beschwerdeführerin. Ihres Erachtens seien die geklagten Konzentrationsstörungen in direktem Zusammenhang mit der Schmerzproblematik zu sehen, wobei der behandelnde Arzt festlegen müsse, inwieweit dadurch die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt sei (Urk. 8/60/14).

3.3.5 Am 30. Januar 2006 (Urk. 8/58) bestätigte Dr. med. L.\_\_\_\_, Y.\_\_\_\_ Klinik, dass seit dem 21. Juni 2005 - der letzten Untersuchung an der Y.\_\_\_\_ Klinik - eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bis auf Weiteres bestehe. Die Beschwerdeführerin gebe an, unter persistierenden Nacken- und Kopfschmerzen zu leiden. Neurologische Defizite seien keine erhoben worden. Die Beweglichkeit der HWS habe sich um einen Drittel eingeschränkt erwiesen.

3.3.6 Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, berichtete am 27. März 2006 (Urk. 8/60/5-6), er habe am 19. August 2005 eine mässig eingeschränkte Beweglichkeit der HWS mit ebenfalls nur mässig verdickter und druckdolenter Nacken- und Schultermuskulatur bei der Beschwerdeführerin festgestellt. Bis heute mache sie unveränderte Beschwerden, die ihr auch jede Teilzeittätigkeit verunmöglichen würden, geltend. Dr. M.\_\_\_\_ hielt dafür, dass diese Haltung aus medizinischer Sicht nicht gänzlich nachvollziehbar sei, weshalb er immer wieder auf eine Wiederaufnahme der Arbeit gedrängt habe. Angesichts dieser Sachlage empfehle sich die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch einen unabhängigen Gutachter.

3.3.7 Im Gutachten vom 1. Februar 2007 (Urk. 8/65/1-19) nannte Dr. A.\_\_\_\_ die Diagnosen eines (1) chronischen Zervikalsyndroms bei Status nach HWS-Distorsionstrauma (1.3.05) mit Verdacht auf Schmerzverarbeitungsstörung und Verdacht auf reaktive Depression sowie eines (2) chronischen Lumbovertebralsyndroms bei Status nach traumatischer Keilwirbelbildung LWK1 sowie traumatischer Osteochondrose BWK12 bis LWK2 mit Status nach operativer Spondylodese Th12/L1 (Urk. 8/65/16). Er

fÄhrte aus, dass sich radiologisch der Verlauf der Keilfraktur Äber 10 Jahre zeige, wobei eigentlich ein schÄ¶nes Resultat mit erhaltenem Segment L1/L2 und doch deutlicher Osteochondrose bestehe. Die HWS-Bilder zeigten eine altersentsprechende Degeneration ohne ossÄre AuffÄlligkeiten (Urk. 8/65/14). Dr. A. \_\_\_ erklÄrte, die von der BeschwerdefÄhrerin geklagten Beschwerden seien bezÄglich der HWS nicht objektivierbar. Seiner Ansicht nach liege derzeit eine somatoforme SchmerzverarbeitungsstÄ¶rung bzw. eine depressive Entwicklung vor. Aus orthopÄdischer Sicht sei weiterhin eine ArbeitsunfÄhigkeit von 50 % gegeben und in Bezug auf die HWS keinerlei EinschrÄnkung fÄr die angestammte TÄtigkeit zu sehen (Urk. 8/65/17).

3.3.8Ä Ä Der Psychiaterin Dr. B. \_\_\_ (Gutachten vom 17. April 2007, Urk. 8/71/1-16) prÄsentierte sich die BeschwerdefÄhrerin am 16. April 2007 als bewusstseinsklar, ohne EinschrÄnkung von Auffassung, Konzentration und MerkfÄhigkeit. Ich-StÄ¶rungen oder SinnestÄuschungen seien ebenso wenig festzustellen gewesen. Das formale und inhaltliche Denken habe sich geordnet, jedoch auf die reduzierte Lebensweise und Schmerzsymptomatik der BeschwerdefÄhrerin eingengt gezeigt. Sie habe erklÄrt, schmerzbedingt absolut nicht mehr arbeiten zu kÄnnen. Die BeschwerdefÄhrerin habe affektiv schwingungsfÄhig, aber auch stark affektkontrollierend gewirkt (Urk. 8/71/11). Sie habe berichtet, heute bedeutend ruhiger als noch vor einem halben Jahr zu sein, da sie ihre Behinderung akzeptiert habe. Schuld- und InsuffizienzgefÄhle bestÄnden nicht. Indes habe sich die BeschwerdefÄhrerin Äber die Leistungsorientierung unserer Gesellschaft verbittert gezeigt. Schmerz- und positionsbedingt leide sie an Ein- und DurchschlafstÄ¶rungen. Hinweise fÄr bestehende SuizidalitÄt gebe es nicht, eine solche habe die BeschwerdefÄhrerin explizit verneint. Sozial lebe sie in familiÄrem Umfeld und mit Kollegen (im Hundesport) gut vernetzt, habe aber gelegentlich Ängste bezÄglich der entfernten Zukunft. Dr. B. \_\_\_ bezeichnete die Schmerzen, KonzentrationsstÄ¶rungen und GerÄuschempfindlichkeit als im Vordergrund des Beschwerdebildes stehend (Urk. 8/71/12) und hielt dÄr, dass die Invalidisierung des Ehemannes der BeschwerdefÄhrerin als relevante psychosoziale Belastung eine SchmerzverarbeitungsstÄ¶rung angestossen haben dÄrte. Eine eigentliche Depression jenseits der bedrÄckten Stimmung aufgrund der Schmerzsituation und des reduzierten Alltags lasse sich nicht ausmachen. Damit fehle es an einer psychiatrischen KomorbiditÄt (Urk. 8/71/13). Endlich lasse sich auch eine primÄre psychische Erkrankung mit Schmerzen als Ausdruck dieser Krankheit ausschliessen. Die Psychiaterin erhob zusammenfassend die Diagnose einer anhaltenden somatoformen SchmerzstÄ¶rung (ICD-10: F45.4). Dadurch sei die ArbeitsfÄhigkeit der BeschwerdefÄhrerin aktuell fÄr leichte kÄrperliche oder administrative Arbeiten (bisherige und angepasste) aus psychiatrischer Sicht um 50 % eingeschrÄnkt. Indes seien die Foersterkriterien nicht erfÄhlt, lÄgen doch kein chronischer oder therapeutisch nicht mehr wesentlich beeinflussbarer Verlauf, kein relevanter sozialer RÄckzug sowie keine psychiatrische KomorbiditÄt vor (Urk. 8/71/14-15).

#### **E. 4**

4.1Ä Ä Ä Vorab ist festzuhalten, dass VerfÄgungen der VersicherungstrÄger eine BegrÄndung enthalten mÄssen, d.h. eine Darstellung des vom VersicherungstrÄger als relevant erachteten Sachverhaltes und der rechtlichen ErwÄgungen (Art. 49 Abs. 3 Satz 2 Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]). Dabei muss die

Begründung eines Entscheides so abgefasst sein, dass die betroffene Person ihn gegebenenfalls anfechten kann. In diesem Sinne müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich der Versicherungsträger leiten liess und auf welche sich der Entscheid stützt. Dies bedeutet indessen nicht, dass sich die Verwaltung ausdrücklich mit jeder tatbestandlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinandersetzen muss; vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken (BGE 126 V 80 Erw. 5b/dd mit Hinweis, 118 V 58 Erw. 5b).

4.2.1.1.1 Aus der Begründung des angefochtenen Entscheides geht hervor, dass die Beschwerdegegnerin ihren Entscheid auf die Gutachten der Dres. A. \_\_\_ und B. \_\_\_ stützte. Auf die Einwände der Beschwerdeführerin vom 3. September 2007 (Urk. 8/88) ging die Beschwerdegegnerin insoweit ein, als sie erklärte, dass keine neuen medizinischen Tatsachen und Befunde vorgebracht worden seien, welche in den beiden Gutachten nicht bereits gewürdigt worden seien. Es war somit für die Beschwerdeführerin erkennbar, dass die Beschwerdegegnerin die genannten Gutachten als voll beweiskräftig und den Sachverhalt als genügend abgeklärt erachtete. Um der Begründungspflicht zu genügen, musste sich die Beschwerdegegnerin nicht mit jeder vorgebrachten Behauptung auseinandersetzen und kam daher mit dieser Stellungnahme ihrer Begründungspflicht, wenn auch in minimaler Weise, nach. Die Rüge der Beschwerdeführerin (Erw. 1.3) geht damit fehl.

## E. 5

5.1.1.1.1 Zu Recht machte die Beschwerdeführerin in Bezug auf die lumbalen Beschwerden keine Verschlechterung ihres gesundheitlichen Zustandes geltend. Zwar hatte der Gutachter Dr. A. \_\_\_ neben einem Status nach traumatischer Keilwirbelbildung auch eine traumatische Osteochondrose diagnostiziert, indes dafür gehalten, das Segment L1/L2 sei erhalten und aus orthopädischer Sicht sei weiterhin von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % auszugehen (Erw. 3.3.7). Hinweise dafür, dass nicht auf die Einschätzung des sachverständigen Orthopäden abgestellt werden könnte, liegen nicht vor.

5.2.1.1.1 Demgegenüber ist strittig und zu prüfen, ob und allenfalls wieweit die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin durch die persistierenden Beschwerden im Kopf- und Nackenbereich eingeschränkt ist.

5.2.1.1.1.1 Ihr Vorbringen, auf das Gutachten von Dr. A. \_\_\_ sei nicht abzustützen, da eine primäre Untersuchung nach HWS-Distorsionstraumen federführend durch einen Neurologen stattzufinden habe (Erw. 1.3), stützt ins Leere. Zutreffend ist, dass nach der präsizierten Schleudertraumapraxis - welche wohlbemerkt erst am 19. Februar 2008 erging - eine interdisziplinäre Abklärung und Beurteilung durch Fachärzte angezeigt ist, sofern die Beschwerden längere Zeit andauern (BGE 134 V 109 Erw. 9.3). Dabei hält das Bundesgericht fest, es sei empfehlenswert, dass die Begutachtung durch mit den Verletzungsarten besonders vertraute Spezialärzte erfolge, wobei Untersuchungen in neurologisch/-orthopädischer und psychiatrischer sowie gegebenenfalls auch neuropsychologischer Fachrichtung im Vordergrund ständen (BGE 134 V 109 Erw. 9.5). Fanden die zur Diskussion stehenden ärztlichen Abklärungen allesamt vor Erlass des genannten höchstgerichtlichen Urteils statt, handelt es sich bei den im vorliegenden Fall involvierten Ärzten um Spezialisten der Wirbelsäulen- und Rückenmarkschirurgie (Erw. 3.3.2), Neuropsychologie (Erw. 3.3.4), Neurologie (Erw. 3.3.6), Chirurgie (Erw.



Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Schliesslich ist auch der Einwand der Beschwerdeführerin, das Gutachten von Dr. B. \_\_\_ sei widersprüchlich, werde doch eine psychische Erkrankung verneint, indes nicht dargelegt, weshalb sich die Beschwerdeführerin seit geraumer Zeit in psychiatrischer Behandlung befinde (Urk. 1 S. 9), nicht geeignet, etwas zu ihren Gunsten abzuleiten. Fanden die erwähnten psychiatrischen Konsultationen offenbar aufgrund einer Frühmenopause statt, war eine antidepressive Pharmakotherapie aber nicht von Nützlich (Urk. 8/71/6), so ergibt sich mit hinreichender Klarheit, dass diesbezüglich keine invalidenversicherungsrechtlich relevante psychiatrische Erkrankung besteht.

5.2.4 Ä Ä Endlich ist das Vorliegen eines fachärztlich ausgewiesenen psychischen Leidens - entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin genügt auch hier ein psychiatrisches Gutachten, während eine interdisziplinäre Begutachtung nicht verlangt wird (BGE 130 V 352 Erw. 2.2.2; Urteil des Bundesgerichts ins Sachen D. vom 10. Dezember 2007, 9C\_694/2007, Erw. 3.3.1) - mit Krankheitswert, worunter anhaltende somatoforme Schmerzstörungen zu zählen sind, Voraussetzung, nicht aber hinreichende Basis für die Annahme einer invalidisierenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (BGE 130 V 352 Erw. 2.2.3). Eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im Sinne eines verselbständigten Gesundheitsschadens (BGE 127 V 294 Erw. 5a; Urteil des Bundesgerichts in Sachen M. vom 29. Juli 2008, 9C\_830/2007, Erw. 4.2), welcher unabhängig von der somatoformen Schmerzstörung als erhebliche psychische Komorbidität ausnahmsweise auf die Unzumutbarkeit einer willentlichen Schmerzüberwindung schliessen liesse (Erw. 2.3), ist gestützt auf das Gutachten von Dr. B. \_\_\_ klar zu verneinen. Damit liegt in Bezug auf die diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung keine erhebliche psychische Komorbidität vor. Dafür, dass andere Kriterien, welche eine Schmerzüberwindung als unzumutbar erscheinen liessen, erfüllt wären, bestehen - wie Dr. B. \_\_\_ richtig feststellte - keine hinreichende Hinweise. Infolgedessen vermag die Diagnose der somatoformen Schmerzstörung keine relevante (weitergehende) Einschränkung der Leistungsfähigkeit zu bewirken.

5.2.5 Ä Ä Es ergibt sich, dass eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes in invalidenversicherungsrechtlicher Hinsicht nicht ausgewiesen ist, weshalb die Beschwerdegegnerin das Rentenerhaltungsgesuch der Beschwerdeführerin zu Recht abwies.

6. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Diese Erwägungen führen zur vollumfänglichen Abweisung der Beschwerde.

7. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. Albrecht Metzger
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für 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 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.