

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.01291 vom 26. Mai 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-05-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2008.01291

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.01291 du 26 mai 2009

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.01291 del 26 maggio 2009

Erwägungen

E. 1

1.1 Die Verwaltung hat die massgeblichen Gesetzesbestimmungen über die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 28 Abs. 1 IVG) sowie die Bemessung der Invalidität aufgrund eines Einkommensvergleiches (Art. 16 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG, in Verbindung mit Art. 28 Abs. 2 IVG) in der angefochtenen Verfügung zutreffend dargelegt (Urk. 2 S. 1), weshalb mit nachstehenden Ergänzungen darauf verwiesen werden kann.

1.2 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 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

1.3 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. Die Invalidenrente ist somit 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). Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleiches (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustandes) beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und prozessualen Revision (BGE 133 V 108 Erw. 5.4). Dagegen 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).

1.4. Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c).

1.5. Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Gemäss ständiger Rechtsprechung ist in der Regel von der Rückweisung - da diese das Verfahren verlängert und verteuert - abzusehen, wenn die Rechtsmittelinstanz den Prozess ohne wesentliche Weiterungen erledigen kann. In erster Linie kommt eine Rückweisung in Frage, wenn der Versicherungsträger auf ein Begehren überhaupt nicht eingetreten ist oder es ohne materielle Prüfung abgelehnt hat, wenn schwierige Ermessensentscheidungen zu treffen sind, oder wenn der entscheidungsrelevante Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. SVR 1995 ALV Nr. 27 S. 69).

E. 2

2.1. Die Beschwerdeführerin stellte sich im angefochtenen Einspracheentscheid auf den Standpunkt, gemäss B.____-Gutachten vom 25. Februar 2008 sei die Beschwerdeführerin sowohl in der angestammten als auch in einer behinderungsangepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig (Urk. 2 S. 2 oben). Entgegen dem Einwand der Beschwerdeführerin habe gestützt auf die Stellungnahme des B.____ vom 25. August 2008 keine zwingende Notwendigkeit für eine orthopädische, rheumatologische oder neuropsychologische Zusatzuntersuchung bestanden (Urk. 2 S. 3 oben).

2.2. Die Beschwerdeführerin machte demgegenüber im Wesentlichen geltend, das B.____-Gutachten sei nicht vollständig und beruhe auf ungenügenden Abklärungen. Es stehe im Widerspruch zu allen anderen medizinischen Beurteilungen bezüglich Arbeitsfähigkeit (Urk. 1 S. 10). Dem B.____-Gutachten könne nur insoweit rechtsgültige Beweiskraft und Bedeutung zuerkannt werden, als auch dieses Gutachten ausgeprägte degenerative Veränderungen bestimme. Gestützt auf die Beurteilung von Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, müsste jedoch von einer offensichtlichen Verschlechterung ausgegangen werden (Urk. 1 S. 16). Weiter sei zu berücksichtigen, dass sich die Beschwerden der Halswirbelsäule (HWS) und die damit verbundene Einschränkung der Belastbarkeit wie auch die Schmerzwirkungen auf die intellektuelle Fähigkeit im heutigen Alter der Beschwerdeführerin (57-jährig) zweifellos stärker auswirkten und sich daher ein zusätzlicher leistungsbedingter Abzug von zumindest 10-15 % rechtfertige. Ginge man von einem Leistungsabzug von 10 % aus, würde eine Arbeitsunfähigkeit von 60 % resultieren, was ohne weiteres einem Invaliditätsgrad von 60 % gleichzusetzen sei. Daher

bestehe ein Anspruch auf eine Dreiviertelsrente (Urk. 1 S. 17 lit. C.2).

2.3 Strittig ist die revisionsweise Aufhebung der bis anhin ausgerichteten halben Invalidenrente, wobei namentlich zu prüfen ist, ob eine anspruchserhebliche Änderung eingetreten ist. Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete), nach materieller Prüfung des Rentenanspruchs ergangene rechtskräftige Verfügung (Urteil des EVG vom 6. November 2006 in Sachen M., I 465/05).

Vergleichsreferenz für die Frage, ob eine rechtserhebliche Änderung eingetreten sei, ist hier somit der seitens der Beschwerdeführerin unbeanstandet gebliebene Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 3. September 2003 (Urk. 8/51), wonach das Gesuch um Erhöhung der halben auf eine ganze Rente abgewiesen wurde. Die damals vorgelegenen Verhältnisse sind somit zu vergleichen mit jenen im Zeitpunkt der hier angefochtenen Verfügung vom 27. November 2008 (Urk. 2).

E. 3

3.1 Die ursprüngliche Rentenzusprache vom 1. März 1999 (Urk. 8/16/1) stützte sich auf die folgenden medizinischen Unterlagen:

In ihrem Bericht vom 11. Januar 2000 stellten Dr. med. D., Chefarzt Rheumatologie, und Dr. med. E., Assistenzarzt, Z. Klinik, folgende Diagnosen (8/9/15 oben):

- chronisches zervikospondylogenes und intermittierend zervikozephalisches Schmerzsyndrom beidseits sowie Schmerzsyndrom am zervikothorakalen Übergang
- Status nach HWS-Distorsionstrauma am 1. März 1998 (Heckkollision)
- kleine mediolaterale Diskushernie C6/7 rechts ohne Myelonkompression, leichte Spondylarthrose C7/Th1 (MRI der HWS vom 10. August 1998); konventionell-radiologisch beginnende Spondylarthrose auch C3/4
- segmentale Dysfunktion C2/3 beidseits, Dysbalance von Nacken- und Schultergürtelmuskulatur
- Rehaklinik F. 15. Juni bis 17. Juli 1999: Zustandsverbesserung, 50 % Arbeitsunfähigkeit weiterhin bei eventueller Möglichkeit der Steigerung
- vertrauensärztliche Untersuchung Dr. G., 7. Juni 1999: Vorschlag zu wirbelsäulenorthopädischen Konsil (Dr. H., 17. November 1999: keine Operationsindikation)

Dr. D. und Dr. E. attestierten eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % (Urk. 8/9/16 oben). In ihrem Bericht vom 14. Januar 2000 wiederholten sie im Wesentlichen die Ausführungen des Berichts vom 11. Januar 2000 (vgl. Urk. 8/5/4-8).

3.2 Dr. phil. I., Neuropsychologisches Ambulatorium, J., erstattete am 24. Mai 2000 einen Bericht (Urk. 8/9/3-11), in welchem sie festhielt, die Befunde würden aus neurologischer Sicht einer leichten bis mittelschweren rechts-frontalen Funktionsstörung entsprechen. Obwohl die Beschwerdeführerin über keinerlei kognitive Probleme klagte, sei sie heute aufgrund der objektivierbaren kognitiven Leistungsdefizite in ihrer Tätigkeit als EDV-Spezialistin deutlich eingeschränkt. Die Einschränkung ihrer logisch-analytischen Fähigkeiten sowie das reduzierte

Umstellvermögen erschweren es der Beschwerdeführerin, effizient und zielgerichtet zu arbeiten und die einzelnen Handlungsabläufe optimal zu organisieren und auszuführen (Urk. 8/9/10 unten). Aus neuropsychologischer Sicht bestehe für die komplexe Tätigkeit als EDV-Spezialistin im Bereich der Datenbanken eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von circa 40 % (Urk. 8/9/11 oben).

E. 4

4.1.1.1.1 Dem rechtskräftig gewordenen Einspracheentscheid vom 3. September 2003 lagen das Gutachten vom 27. Dezember 2001 von Dr. med. K. ____, Leitender Arzt, und Dr. med. L. ____, Oberassistent, M. ____ (Urk. 8/30/15-31), und die Arztberichte vom 3. Oktober 2002 von Prof. Dr. N. ____, Klinikdirektor, und Dr. med. O. ____, Assistenzarzt, M. ____ (Urk. 8/32/5-8), und vom 13. Juni 2003 von Dr. C. ____ (Urk. 8/47/3) zugrunde.

4.2.1.1.1 In ihrem Gutachten vom 27. Dezember 2001 stellten Dr. K. ____ und Dr. L. ____, M. ____, folgende Diagnosen (Urk. 8/30/26):

- cervicovertebrales Syndrom mit intermittierend spondylogener Ausstrahlung bei
- degenerativen Veränderungen (leichte Osteochondrose C5/6, kleine mediolaterale Diskushernie C6/7 rechts ohne Myelonkompression [MRI 1998], Spondylarthrose C3/4, C7/Th1 beidseits)
- Fehlf orm thorakal (leichte rechtskonvexe Torsionsskoliose, Hyperkyphose der oberen Brustwirbelsäule [BWS] bei Status nach Morbus Scheuermann
- Status nach HWS-Distorsionstrauma am 28. Februar / 1. März 1998

1.1.1.1.1 Die neuropsychologische Teilbegutachtung im M. ____ (vgl. Urk. 8/30/32-34) habe einen insgesamt normalen neuropsychologischen Status gezeigt, so dass diesbezüglich keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit bestehe (Urk. 8/30/24 Ziff. 3.6, Urk. 8/30/27 oben). Dr. K. ____ und Dr. L. ____ führten weiter aus, dass aufgrund ihrer Befunde Limitierungen im Heben und Tragen von mittelschweren bis schweren Gewichten sowie Einschränkungen bei monoton-statischen Belastungen wie längeren vornbergeneigten Haltungen sowie Tätigkeit mit bei längeren sitzenden Tätigkeiten resultierten. Eine leichte Tätigkeit mit Möglichkeit der Wechselbelastung und Wechselpositionierung sei der Beschwerdeführerin zu 50 % zumutbar. Allerdings sei aufgrund der bisher noch nie durchgeführten konsequenten aktiven Physiotherapie mit muskulärer Kräftigung der Nacken- und Schultergürtelmuskulatur noch nicht ein Endzustand erreicht; daher würden Dr. K. ____ und Dr. L. ____ eine aktive Physiotherapie entweder im ambulanten Rahmen, dreimal pro Woche über zwei bis drei Monate mit anschließender Trainingstherapie über weitere drei bis sechs Monate, oder eine stationäre Therapie in einer Rehaklinik für drei bis vier Wochen empfehlen; ferner sei nach durchgeführter Therapie eine weitere gutachterliche Reevaluation durchzuführen (Urk. 8/30/27 Mitte).

4.3.1.1.1 Mit Bericht vom 3. Oktober 2002 hielten Prof. N. ____ und Dr. O. ____, M. ____, wo die Beschwerdeführerin vom 10 bis 27. September behandelt wurde, bei unveränderter Diagnose fest, die objektiven Befunde hätten sich gegen Ende der Hospitalisation verbessert (praktisch uneingeschränkte HWS-Rotation rechts, um 1/3 eingeschränkte Rotation links, deutlich reduzierter Muskeltonus). Auf Wunsch der Beschwerdeführerin sei die stationäre Physiotherapie am 27. September 2002 abgeschlossen worden (Urk. 8/32/5 unten). Das CT der HWS am 23. September 2002 habe

ausgeprägte degenerative Veränderungen der HWS mit Osteochondrose C5/6 und eine ausgeprägte Spondylarthrose C3/4 und C6/7, weniger C5/6 und C7/Th1, links grÄsser als rechts, gezeigt (Urk. 8/32/8 oben). Dr. N.____ und Dr. O.____ attestierten eine ArbeitsfÄhigkeit von 50 % in einer leichten, wechselbelastenden TÄtigkeit (Urk. 8/32/6 oben).

4.4Ä Ä Ä Ä Im Ärztlichen Zeugnis vom 13. Juni 2003 fÄhrte Dr. C.____ aus, die BeschwerdefÄhrerin stehe wegen Beschwerden der Beine seit 16. April 2003 in seiner Behandlung. Es sei nicht ausgeschlossen, dass diese in Zusammenhang mit dem erlittenen Unfall stÄnden. Derzeit werde mit Medikamenten versucht, diese Situation zu verbessern, was bisher recht gut gelungen sei (Urk. 8/47/3).

E. 5

5.1Ä Ä Ä Ä Im Zeitpunkt der Rentenaufhebung (VerfÄgung vom 27. November 2008, Urk. 2) lagen folgende medizinische Berichte vor:

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In seinem Bericht vom 14. Mai 2003 stellte Dr. med. P.____, Facharzt FMH fÄr Neurologie, folgende Diagnose (Urk. 8/56/6 Mitte):

- HWS Schleudertrauma 1998
- polyneuropathisches Syndrom vorerst ungeklÄrter Genese
- Differentialdiagnose: Halsmarkreizung

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Ursache des polyneuropathischen Syndroms sei offen. Ferner vermute er eine leichte cerebellÄre FunktionsstÄrung (Urk. 8/56/7 Mitte).

5.2Ä Ä Ä Ä Im seinem Bericht vom 19. MÄrz 2004 hielt Dr. med. Q.____, Leitender Arzt Fusschirurgie, Z.____ Klinik, fest, die BeschwerdefÄhrerin leide an einer peripheren Neuropathie, wofÄr er jedoch keine ErklÄrung habe. Ein Zusammenhang mit dem erlittenen Schleudertrauma erscheine als eher unwahrscheinlich. Es wÄrden keine orthopÄdischen Ursachen fÄr die Beschwerden bestehen (Urk. 8/56/8 unten). Daher seien auch keine spezifischen orthopÄdisch-technischen Massnahmen zu treffen, insbesondere werde das weitere Tragen von Einlagen oder die Anpassung am Schuhwerk nichts an den Beschwerden Ändern (Urk. 8/56/9 oben).

5.3Ä Ä Ä Ä Dr. P.____ diagnostizierte im Bericht vom 23. MÄrz 2007 ein Schleudertrauma HWS 1998 und eine Polyneuropathie (sehr wahrscheinlich Alkoholabusus, psychiatrische, psychosoziale Problematik; Urk. 8/64/1 lit. A). Er attestierte eine ArbeitsfÄhigkeit von 50 % in der angestammten TÄtigkeit als EDV-Spezialistin (Urk. 8/64/1 lit. B). Der Gesundheitszustand der BeschwerdefÄhrerin sei stationÄr (Urk. 8/64/2 lit. C.1). Die Anamnese sei sehr schwierig; die BeschwerdefÄhrerin mache diffuse Angaben und wirke psychisch verÄndert sowie ungepflegt. Es bestehe ein polyneuropathisches Syndrom. Die Hirnnerven seien unauffÄllig. Ferner verwies Dr. P.____ auf seinen Bericht vom 14. Mai 2003 (Urk. 8/64/2 lit. D.7, vgl. vorstehend Erw. 5.2).

5.4Ä Ä Ä Ä Am 10. und 11. Dezember 2007 wurde die BeschwerdefÄhrerin im Auftrag der Beschwerdegegnerin durch die Ärzte des (B.____) polydisziplinÄr untersucht. Dr. med. R.____, Facharzt FMH fÄr Innere Medizin, Dr. med. S.____, Facharzt FMH fÄr Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. T.____, Facharzt FMH fÄr Neurologie, welche das Gutachten vom 25. Februar 2008 unterzeichneten, stÄtzten sich dabei auf die vorliegenden Akten, eigene internistische (Urk. 8/70 S. 9 f. Ziff. 3.3), psychiatrische (Urk.

8/70 S.10 ff. Ziff. 4.1) und neurologische (Urk. 8/70 S. 12 ff. Ziff. 4.2) Untersuchungen. Zusammenfassend nannten die Gutachter im Wesentlichen folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/70 S. 16 Ziff. 5.1):

- chronisches zervikozephalisches Schmerzsyndrom bei degenerativen Veränderungen der HWS und Status nach HWS-Distorsionsstrauma 1998

Neurologisch seien weder aufgrund der anamnestischen Angaben noch aufgrund der aktuellen klinischen Befunde Hinweise für eine radikuläre Reizbeziehungswise sensomotorische Ausfallssymptomatik gefunden worden. Weiter fehlten auch Hinweise für eine Störung der langen Bahnen. Klinisch beständen Hinweise auf eine leichte, vorwiegend sensible Polyneuropathie an beiden Füssen. Die Beschwerden der Beschwerdeführerin würden relativ gut auf die Neurontin-Medikation ansprechen. Hinsichtlich der Nackenschmerzen zeige die Beschwerdeführerin eine erhebliche Schonhaltung und bei fokussierter Untersuchung fänden sich deutliche Hinweise auf demonstrative Tendenzen, die bei unauffälliger Beobachtung in diesem Ausmass nicht nachvollziehbar seien. Gewisse Beschwerden im HWS-Bereich seien aufgrund der ausgeprägten degenerativen Veränderungen erklärbar. Die von der Beschwerdeführerin angegebene hochgradige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei jedoch aus somatischer Sicht schwierig nachvollziehbar. Aus somatisch-neurologischer Sicht bestehe in einer leichten, wechselbelastenden Tätigkeit, welche nicht ausschliesslich in monotoner Körperhaltung ausgeführt werden müsse, eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. Die polyneuropathischen Fusschmerzen hätten unter diesen Bedingungen auch gemäss Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/70 S. 16 Ziff. 6.2). Körperlich mittelschwere bis schwere Tätigkeiten seien aus neurologischer Sicht nicht zumutbar (Urk. 8/70 S. 16 f. Ziff. 6.2).

Die psychiatrische Untersuchung hätte keine psychopathologischen Symptome ergeben und es könne keine psychiatrische Diagnose gestellt werden. Somit sei die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht nicht eingeschränkt. Aus internistischer Sicht bestehe ebenfalls keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/70 S. 17 Ziff. 6.2 oben).

Insgesamt seien die Ärzte aus polydisziplinärer Sicht zum Schluss gekommen, dass in einer körperlich mittelschweren bis schweren Tätigkeit keine Arbeitsfähigkeit bestehe. In einer leichten, wechselbelastenden Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsfähig; dies gelte auch für die angestammte Tätigkeit der Beschwerdeführerin (Urk. 8/70 S. 17 Ziff. 6.2 oben, Urk. 8/70 S. 17 Ziff. 6.8).

5.5 Dr. C.____ nannte im Bericht vom 21. April 2008 folgende Diagnosen (Urk. 8/79 S. 1):

- chronische Nacken-, Hals-, Schulter-, Hinterkopfbeschwerden
- intellektuelle Minderleistung
- Nervenschädigung (Polyneuropathie) der Beine

Die neuropsychologische Beurteilung des M.____ (vgl. Urk. 8/30/32-34) stehe im Widerspruch zum Bericht von Dr. I.____ vom 24. Mai 2000 (vgl. vorstehend Erw. 3.2). Dieser Widerspruch sei zu klären. Die Polyneuropathie der Beine stelle ein eigenes Krankheitsbild dar. Die Beschwerdeführerin könne diese Krankheit nur durch

Einnahme von sechs Tabletten Neurontin 800 mg pro Tag einigermaßen ertragen. Diese Situation sei für jede berufliche Tätigkeit hinderlich, nicht nur wegen der Schmerzen, sondern auch wegen der regelmässigen Tabletteneinnahme. Weiter sei die Beschwerdeführerin durch die Ärzte des B. ___ lediglich neurologisch und psychiatrisch untersucht worden. Es fehle eindeutig ein orthopädisch-rheumatologischer Status der HWS und Umgebung sowie eine neuropsychologische Beurteilung. Ferner hielt Dr. C. ___ fest, die Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin habe ja beinahe ausschliesslich aus diesen beiden Fachgebieten gestammt (Urk. 8/79 S. 1 unten). Dr. C. ___ attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % in der angestammten Tätigkeit (Urk. 8/79 S. 2 oben).

5.6. U. PD Dr. rer. nat. U. ___, Leiter Neuropsychologie, und lic. phil. Yvonne Wicky führten im neuropsychologischen Untersuchungsbericht des Schweizerischen Epilepsie-Zentrums vom 6. August 2008 aus, die Untersuchungsergebnisse würden nicht für stabile kognitive Leistungsbeeinträchtigungen sprechen, sondern vielmehr darauf hinweisen, dass die Leistungsfähigkeit stress- und schmerzabhängig sei. Die im Vordergrund stehende psychomotorische Verlangsamung bei Reaktionen auf externe Reize aber auch bei selbst bestimmtem Tempo würde sich vermehrt am Ende der Untersuchung finden und sei vermutlich eine Leistungsschonhaltung bei geschwindigkeitssensitiven Verfahren. Aufgrund der Variabilität in den Ergebnissen seien hirnganorgisch bedingte neuropsychologische Funktionsstörungen unwahrscheinlich (Urk. 8/89 S. 5 oben).

E. 6

6.1. Vorab ist festzuhalten, dass sowohl die ursprüngliche Rentenzusprache vom 28. August 2000 wie auch die erste Revision (Einspracheentscheid vom 3. September 2003) auf eingehenden rheumatologischen Untersuchungen beruhen (vgl. Bericht der Z. ___ Klinik vom 11. Januar 2000, Urk. 8/9/15, sowie das Gutachten des M. ___ vom 27. Dezember 2001, Urk. 8/30/26 sowie deren Bericht vom 3. Oktober 2002, Urk. 8/32/5-8), welche jeweils zum Schluss führten, dass die Beschwerdeführerin zu 50 % arbeitsunfähig war. Demgegenüber erhob das B. ___-Gutachten vom 25. Februar 2008 (Urk. 8/70) keinen aktuellen rheumatologischen Status. Dies kann nicht angehen, ist doch im Rahmen einer Revision stets zu prüfen, inwiefern sich der Gesundheitszustand seit der letzten Rentenzusprache, die auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs beruhte, in massgeblicher Hinsicht verändert hat (Erw. 1.3). Ein solcher Vergleich ist - jedenfalls für die rechtsanwendenden und gerichtlichen Behörden - in der Regel nur dann nachvollziehbar, wenn die diesem zugrunde liegenden Untersuchungen jeweils (auch) von Ärztinnen und Ärzten derselben Fachrichtung vorgenommen werden.

Somit ist unklar, inwiefern sich der rheumatologisch fassbare gesundheitliche Zustand seit der letzten Rentenrevision verändert hat oder gleich geblieben ist, weshalb die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache zur ergänzenden rheumatologischen Abklärung zurückzuweisen ist.

6.2. In neurologischer Hinsicht verneinten Dr. P. ___ und der B. ___-Gutachter Dr. T. ___ übereinstimmend eine Störung der langen Bahnen (Urk. 8/64/5 und Urk. 8/70/14-15). Beide erhoben eine sich in Fussbeschwerden äussernde Polyneuropathie. Diese Beschwerden für sich genommen sind gemäss Angaben der Beschwerdeführerin selber sowie Dr. T. ___s (Urk. 8/70/15) ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Darauf ist abzustellen, wenngleich Dr. C. ___ aufgrund der

Medikamenteneinnahme von einer Leistungsminderung von 10 % in jedem Beruf ausging. In Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc). Die vom Neurologen Dr. P.____ attestierte Arbeitsunfähigkeit von 50 % als EDV-Spezialistin (Urk. 8/64/3) ist nicht nachvollziehbar, da der Bericht zuhanden der IV-Stelle sich im Wesentlichen auf die Angaben von Diagnosen beschränkt und betreffend polyneuropathisches Syndrom auf den eigenen Bericht vom 14. Mai 2003 zuhanden des Hausarztes verweist, worin er sich aber nicht zur Arbeitsunfähigkeit geäußert hat. Die polyneuropathischen Beschwerden bedürfen daher keiner weiteren Abklärung zur Beurteilung, inwiefern sie die Arbeitsunfähigkeit beeinflussen.

6.3. Eine neuropsychologische Einschränkung kann gestützt auf den Bericht des M.____ vom 27. Dezember 2001 (Erw. 4.2) und denjenigen der U.____-Klinik vom 6. August 2008 (Erw. 5.6) verneint werden. Die von Dr. I.____ am 24. Mai 2000 attestierte Arbeitsunfähigkeit von 40 % in neurologischer Hinsicht erscheint in diesem Lichte überholt. Daran ändert nichts, dass gemäss Bericht der U.____-Klinik auf unmittelbare und mittelbare Schmerzwirkungen zurückzuführende Minderleistungen beobachtet werden konnten. Schmerzen alleine ohne organisches Korrelat gelten gemäss Rechtsprechung grundsätzlich als überwindbar (BGE 131 V 49), weshalb eine entsprechende Einschränkung somatisch begründet werden müsste.

6.4. Das psychiatrische Teilgutachten Dr. S.____s (Erw. 5.4) entspricht den rechtsprechungsgemässen Anforderungen an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens (Erw. 1.4), weshalb darauf abzustellen ist, zumal die Beschwerdeführerin psychische Einschränkungen selber auch verneint (Urk. 1 S. 10).

6.5. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass aus internistischer, neurologischer, neuropsychologischer und psychiatrischer Sicht keine weiteren Abklärungen zu tätigen sind. Hingegen ist die Sache an die Beschwerdegegnerin zur Einholung eines rheumatologischen Gutachtens zurückzuweisen. Dabei ist auch ein aktueller Status der Wirbelsäule bildgebend zu erheben. Gestützt auf die neue ärztliche Beurteilung des Gesundheitszustandes sowie der Arbeitsunfähigkeit wird die Beschwerdegegnerin über den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin neu zu befinden haben.

E. 7

7.1. Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG in der seit dem 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Fassung) und auf Fr. 800.-- anzusetzen.

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung einer Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfolgung als vollständiges Obsiegen (vgl. Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts vom 10. Februar 2004 in Sachen K., U 199/02, Erw. 6 mit Hinweis auf BGE 110 V 57 Erw. 3a; SVR 1999 IV Nr. 10 S. 28 Erw. 3), weshalb die Gerichtskosten entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen sind.

7.2. Nach § 34 Abs. 1 GSVG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVG). Vorliegend erscheint eine Prozessentschädigung von Fr. 2'400.-- (inkl. Mehrwertsteuer und Barauslagen) als angemessen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 27. November 2008 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Rentenanspruch neu verfähre.

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

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2'400.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Martin Kuhn

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

5. 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.