

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00741 vom 23. Dezember 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-12-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2009.00741

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00741 du 23 décembre 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00741 del 23 dicembre 2010

Erwägungen

E. 3

3.1 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). Die angefochtene Verfügung ist am 26. Juni 2009 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 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). Dies fällt materiellrechtlich jedoch nicht ins Gewicht, weil die 5. IV-Revision hinsichtlich der Invaliditätsbemessung keine substanziellen Änderungen gegenüber der bis 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Rechtslage gebracht hat, so dass die zur altrechtlichen Regelung ergangene Rechtsprechung weiterhin massgebend ist (Urteil des Bundesgerichts in Sachen A. vom 19. Mai 2009, 8C_76/2009, Erw. 2). Im Folgenden werden die massgeblichen Gesetzesbestimmungen - soweit nichts anderes vermerkt ist - in der seit dem 1. Januar 2008 geltenden Fassung zitiert.

3.2 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).

in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung).

E. 3.3

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt.

Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 50 Erw. 1.2 mit Hinweisen).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nach der Rechtsprechung ist insbesondere eine diagnostizierte posttraumatische Belastungsstörung (zur Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung vgl. Urteile des EVG in Sachen B. vom 28. Dezember 2006, I 203/06, Erw. 4.4; in Sachen Z. vom 12. September 2006, U 422/05, Erw. 4.1; in Sachen B. vom 15. März 2006, U 213/04, Erw. 4.2; in Sachen P. vom 2. Februar 2006, U 381/04, Erw. 3.2 und in Sachen B. vom 27. Januar 2006, I 715/05, Erw. 6.2) nicht per se invalidisierend. Vielmehr muss diesbezüglich dargelegt sein, inwieweit sie nicht durch zumutbare Willensanstrengung überwindbar sein soll (Urteil des Bundesgerichts in Sachen G. vom 18. August 2009, 9C_554/2009, Erw. 7; Urteile des EVG in Sachen B. vom 28. Dezember 2006, I 203/06, Erw. 4.5, in Sachen G. vom 20. April 2006, I 696/05, Erw. 3.2.2). Es besteht eine Vermutung, dass die posttraumatische Belastungsstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung und therapeutisch überwindbar sind. Bestimmte Umstände können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess indes unzumutbar machen, weil die versicherte Person nicht über die dafür notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, bei welchem der Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar erscheint, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien (BGE 130 V 358 f. Erw. 3.3.2; Urteil des EVG in Sachen B. vom 28. Dezember 2006, I 203/06, Erw. 4.5). Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, so: chronische körperliche Begleiterkrankungen; ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne länger dauernde 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); das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person (BGE 130 V 352). 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 (BGE 131 V 49 Erw. 1.2 mit Hinweisen; Urteil des EVG in Sachen N. vom 16. Juni 2005, I 77/05, Erw. 1.2).

3.4 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. 2 IVG; bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 1 IVG).

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

E. 3.6

Die Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an formale Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu wärdigen. 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 wärdigen 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 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt grundsätzlich eine lege artis gemäss den Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (BGE 130 V 396). Eine solche Diagnose ist eine rechtlich notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung für einen invalidisierenden Gesundheitsschaden (BGE 132 V 69 Erw. 3.4). Entscheidend ist, ob und inwiefern, allenfalls bei geeigneter therapeutischer Behandlung, von der versicherten Person trotz des Leidens willensmässig erwartet werden kann, zu arbeiten (BGE 127 V 299 Erw. 5a), oder mit anderen Worten, ob die diagnostizierte Störung mit zumutbarer Willensanstrengung überwindbar wäre (BGE 131 V 50 Erw. 1.2; Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts, EVG, in Sachen B. vom 28. Dezember 2006, I 203/06, Erw. 4.1). Diese Frage beurteilt sich nach einem weitgehend objektivierbaren Massstab unter

Ausschluss von Einschränkungen der Leistungsfähigkeit, die auf aggravatorisches Verhalten zurückzuführen sind (BGE 130 V 353 ff. Erw. 2.2.3 und 2.2.4; BGE 127 V 297 f. Erw. 4b/cc; Urteil des Bundesgerichts in Sachen T. vom 11. April 2007, I 772/06, Erw. 4.1).

4.1.1.1.1.1.1

4.1.1.1.1.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei ihrer Verfügung vom 20. August 2004 (Urk. 8/121), in welcher sie der Beschwerdeführerin bei unveränderten Verhältnissen eine Dreiviertelsrente zusprach, indirekt auf das polydisziplinäre Gutachten des Zentrums E.____ vom 25. November 1989 (Urk. 8/61) und das polydisziplinäre Gutachten der Klinik F.____ vom 17. Oktober 1994 (Urk. 8/91/2-11):

4.1.1.1.1.1 Das polydisziplinäre Gutachten des Zentrums E.____ vom 25. November 1989 (Urk. 8/61) hielt folgende Diagnosen fest (S. 12):

- postkontusionelles leichteres organisches Psychosyndrom;
- Status nach Patellamehrfragmentenfraktur rechts, konsolidiert;
- posttraumatische femorpatellare Knochenschwundigung;
- Status nach Ausriss der Eminentia intercondylica lateralis rechts, konsolidiert;
- Status nach posttraumatischer Algodystrophie rechtes Knie;
- Status nach Weichteilverletzung der linken Hand mit Strecksehnedurchtrennung (heute geheilt) und Nervenverletzung mit ständigen Dysaesthesien im Bereich der Finger III und IV;
- abnorme seelische Entwicklung auf Polytrauma bei schwerem Verkehrsunfall.

4.1.1.1.1.1 Die geklagten Beeinträchtigungen der intellektuellen Funktionen seien nur zum Teil organischer Natur, teilweise seien sie Ausdruck einer abnormen seelischen Verarbeitung des Unfallgeschehens und deren Folgen. Auch die Beschwerden im Bereich des linken Kniegelenks könnten nicht mehr vollständig objektiviert werden. Die Stabilität sei kaum beeinträchtigt, die Beweglichkeit frei, dystrophische Zeichen würden klinisch fehlen. Zu objektivieren seien noch eine beginnende Knorpelschwundigung femoropatellar sowie radiologisch Residuen einer abgelaufenen Algodystrophie. Die noch objektivierbaren Unfallfolgen würden kein Entlasten mit Stücken mehr rechtfertigen. Im Bereich der linken Hand könnten die Beschwerden ebenfalls nur teilweise objektiviert werden, insbesondere finde sich kein Substrat für die angegebene Schwäche und Kraftlosigkeit. Hingegen seien immer noch ständige Dysaesthesien vorhanden (S. 13). Allgemein könne weitgehend ein Endzustand angenommen werden. Die Beschwerdeführerin sei bereits vor dem Unfallereignis psychisch auffällig gewesen und habe bereits damals psychisch abnorme Reaktionen gezeigt. Es bestehe zudem eine asthenische Persönlichkeit mit Neigung zu infantiler Verhaltensweise, zu Regression. Die Beschwerdeführerin zeige eine über das übliche Ausmass hinausgehende psychische Fehlentwicklung. Die vormalige urogenitale Affektion könne als abgeheilt angesehen werden (S. 14 f.). Eine dauernde, rein unfallbedingte Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit als Sekretärin bestehe nur wegen der Folgen der Contusio cerebri mit dem leichten psychoorganischen Syndrom, im Umfang von 25 %. Im Haushalt betrage die Beeinträchtigung aufgrund der noch bestehenden Einschränkungen im Bereich des Bewegungsapparates rund 20 % (S. 15).

4.1.2.2. Das neurologische Teilgutachten vom 17. Oktober 1994 des polydisziplinären Gutachtens der Klinik F.____ (Urk. 8/91/2-11) wurde vom leitenden Arzt der Neurorehabilitation der Klinik, Dr. med. G.____, Neurologie FMH, erstellt. Er hielt folgende Diagnosen fest (Urk. 8/91/9):

- mittelschwere posttraumatische Hirnfunktionsstörungen mit Wesensveränderungen;
- Kniegelenksarthrose rechts mit retropatellärer Präarthrose und leichte globalmotorische Störungen;
- posttraumatische Kopfschmerzen.

Die Schädigungen würden sich namentlich in einer stark reduzierten Arbeitsfähigkeit und in einer erheblich reduzierten Lebensqualität bemerkbar machen. Es ständen vorwiegend mittelschwere neuropsychologische Funktionsstörungen mit erhöhter Ermüdbarkeit, reduzierter Belastbarkeit, Störungen in Konzentration, Gedächtnis, Lernen und Umstellungsfähigkeit sowie Planen im Vordergrund. Es handle sich vorwiegend um ein organisches Psychosyndrom nach Schädel-Hirn-Trauma, nur möglicherweise komme eine neurotische Entwicklung mit mangelnder psychischer Belastbarkeit nach dem Unfall hinzu. Frühere, wahrscheinlich psychosomatische Störungen seien bis zum Zeitpunkt des Unfalls ausgeheilt und verschwunden gewesen, so dass eine vollständige Leistungsfähigkeit vorgelegen habe. Die Beschwerdeführerin habe im Dezember 1985 mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Contusio cerebri, verbunden mit einer wesentlichen Halswirbelsäulen (HWS) - Distorsion durchgemacht. Insgesamt seien die noch vorliegenden Beschwerden mit hoher Wahrscheinlichkeit posttraumatischer Art, unfallfremde Faktoren würden nunmehr eine vernachlässigbare Rolle spielen. Wesentliche Verbesserungen seien keine mehr zu erwarten. Arbeitsmäßig sei die derzeitige Belastung mit einem zeitlich selbst einteilbaren Pensum von rund einem Viertel beziehungsweise ausnahmsweise von rund einem Drittel zumutbar, sie entspreche etwa der möglichen Obergrenze. Die Haushaltführung sei zu 70 % zumutbar. Die posttraumatischen neuropsychologischen Funktionsstörungen würden die Belastbarkeit und damit namentlich die quantitative Arbeitsleistung erheblich reduzieren (Urk. 8/91/8-10).

Das psychiatrisch-psychosomatische Teilgutachten vom 1. September 1994 (Urk. 8/91/12-22) erstellten der leitende Arzt der psychosomatischen Abteilung der Klinik, Dr. med. H.____, FMH Neurologie, und der Oberarzt der psychosomatischen Abteilung, I.____, Psychiater. Sie stellten in psychiatrisch-psychosomatischer Hinsicht folgende Diagnosen (Urk. 8/91/21):

- organisches Psychosyndrom nach Schädel-Hirn-Trauma (ICD-10 F07.2);
- möglicherweise neurotische Entwicklung mit mangelnder psychischer Belastbarkeit nach dem Unfall.

Für Aggravation und Simulation beständen keine Anhaltspunkte, jedoch spiele natürlich die Tatsache eine Rolle, dass die Versicherte durch ihre berufliche Tätigkeit Fachkenntnisse im Versicherungswesen erworben habe (Urk. 8/91/21).

Im neuropsychologischen Bericht vom 24. August 1994 (Urk. 8/91/23 f.) hielten Dr. G.____ und Dr. phil. J.____, Psychologin FSP, zusammenfassend fest, es fände sich eine mittelschwere neuropsychologische Funktionsstörung. Im Gegensatz zu früheren Untersuchungen sei eine mögliche psychische Fehlverarbeitung nicht mehr

relevant. Die Resultate seien typisch für Patienten mit einer substantiellen traumatischen Hirnschädigung (Urk. 8/91/24).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In orthopädischer Hinsicht beschrieb der Co-Chefarzt der Klinik, Dr. med. K. ____, Orthopädische Chirurgie FMH, für das orthopädische Konsilium am 26. August 1994 als röntgenologische Diagnose eine beginnende mediale Arthrose sowie eine retropatellare Präarthrose (Urk. 8/91/27). Bei der Gesamtbeurteilung würden vier Probleme eine Rolle spielen. Eines sei die Bewegungskoordination, welche zumindest für den bewussten Bereich sichtlich gestört sei und welche vermutlich für das häufige Äbtreten des rechten Fusses mitverantwortlich sei. Das zweite sei ein vermutlich lumboradicularer Restzustand mit leichter Abschwächung der peronealen Muskulatur und der Zehenextensoren rechts, was die Propriozeption des rechten Fusses zusätzlich beeinträchtige. Der Restzustand nach der Kniebinnenläsion sei das dritte Element, wobei man innerhalb dieser Problematik einerseits die Schmerzhaftigkeit im Bereich von Gelenkspalt und Pes anserinus von den Problemen mit der Patella und dem Streckapparat unterscheiden könne. Die Entkalkung der rechten Patella und auch des rechten Knies sei relativ auffällig, aber nicht akut, sondern ein Restzustand nach Fraktur oder auch Sudeck'scher Dystrophie. Die Kniebeweglichkeit sei frei, die Trochik sei unauffällig, so dass man sicher sagen könne, dass heute keine Algodystrophie mehr mit im Spiel sei. Der röntgenologische Befund des Kniegelenkes sei erheblich, während der klinische Befund im Moment nicht sehr eindrücklich sei, was wahrscheinlich auf die Schonung des Knies durch die Beschwerdeführerin zurückgehe. Die Schmerzhaftigkeit im Bereich des Knies korrespondiere mit diesem Befund, nicht aber die konsequente Stockverwendung. Diese müsse man zum grösseren Teil der gestörten Propriozeption und der Koordinationsstörung zuschreiben. Für die Arbeit, welche die Beschwerdeführerin ausführe, sei der Befund nicht sehr stark beeinträchtigend. Es sei höchstens in Betracht zu ziehen, dass sie neben ihrer Arbeit einen Haushalt führe und wegen Verlangsamung in den Haushaltsarbeiten nicht mehr genügend Zeit zur Verfügung stehe, um im gleichen Umfang wie früher der Arbeit nachzugehen (Urk. 8/91/27 f.).

4.2 Ä Ä Ä Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei ihrer Verfügung vom 26. Juni 2009 auf ein psychiatrisches Gutachten von Dr. C. ____, einen Bericht des Hausarztes der Beschwerdeführerin, Dr. B. ____, sowie die Stellungnahmen von RAD-Arzt Dr. med. L. ____, Facharzt FMH für Chirurgie (Urk. 8/134):

4.2.1 Ä Dr. C. ____, stellte in seinem Gutachten vom 28. Oktober 2008 - die Begutachtung hatte am 25. Juni 2008 stattgefunden - zuhanden der SUVA (Urk. 8/130/9-20) fest, ein manifestes, schwer depressives Zustandsbild könne verneint werden (Urk. 8/130/15). In diagnostischer Hinsicht dürfte von einer Anpassungsstörung in Remission mit noch bestehender situativ getriggelter Angstsymptomatik (ICD-10 F43.22) ausgegangen werden. Die Remission sei so weit vorangeschritten, dass die Beschwerdeführerin nur noch in spezifischen Situationen eine manifeste Angstsymptomatik erlebe, welche die Schwelle einer Störung mit Krankheitswert übersteige. Ob neben dieser klar beschriebenen und umrissenen Beeinträchtigung noch eine weitere psychopathologische Symptomatik zumindest zeitweilig subsyndromal Einfluss auf das Erleben der Beschwerdeführerin nehme, welche in Bezug auf die erlittenen biographischen Belastungen oder eventuell auf das Unfallereignis vor über zwanzig Jahren stehe, lasse sich aufgrund der mangelnden Faktenkenntnis nicht abschliessend beantworten. Bislang habe aufgrund der Persistenz der

Symptomatik aber eine Wiederaufnahme der bisherigen Tätigkeit nicht realisiert werden können (Urk. 8/130/18). Der behandelnde Hausarzt Dr. B.____ habe ihm im Rahmen der telefonischen Nachfrage vom 25. Juni 2008 mitgeteilt, vor allem im Hinblick auf die bisherige Kiosk-Tätigkeit weiterhin an einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % festzuhalten, bezüglich einer beruflichen Alternative wäre eine Heraufsetzung der Arbeitsunfähigkeit möglich. Am 28. Oktober 2008 habe Dr. B.____ telefonisch dann die Absicht der Beschwerdeführerin mitgeteilt, einen Wiedereinstieg in eine berufliche Tätigkeit finden zu wollen, wobei die bisherige Kiosk-Tätigkeit wohl nicht in Frage kommen werde (Urk. 8/130/14). Es sei jedoch davon auszugehen, dass sich die vom Anfall her noch verbleibende Angstsymptomatik nicht mit der Stärke einer Stimmung von Krankheitswert manifestieren werde, so dass bei einer angepassten Tätigkeit (nicht im Kiosk, nicht alleine in einem Büro respektive Verkaufsraum, kein direkter Kontakt mit Geld oder mit Kunden an der Kasse, keine Tätigkeit, wo mit der plötzlichen Begegnung mit fremden Menschen gerechnet werden muss) keine Arbeitsunfähigkeit mehr bestehe, die auf die Folgen des Ereignisses vom 14. November 2007 zurückzuführen wäre (Urk. 8/130/19).

4.2.2.1 Dr. B.____ nannte in seinem Bericht vom 11. September 2008 zuhanden der Beschwerdegegnerin (Urk. 8/125) als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsunfähigkeit (Urk. 8/125/1):

- Status nach Polybleed bei einem Unfall im Dezember 1985;
- Status nach Contusio cerebri mit verschiedenen Hirnfunktionsstörungen, zusätzlich auch psychische Veränderungen im Sinne einer Konversionsneurose;
- derzeitige reaktive Depression, angedeutete Psychose mit Ängsten und Wahnvorstellungen.

Im Vergleich mit dem Zustand vor vier Jahren verursache nun langes Stehen, Sitzen etc. Rückenweh mit Parästhesien in beiden Beinen und ischialgieformen Schmerzen, ferner leide die Beschwerdeführerin an den Folgen eines Cervikalsyndroms (CVS). Sie sei seit einem Anfall im Kiosk am 14. November 2007 infolge der reaktiven psychischen Störungen (Ängste, Verfolgungsideen) zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 8/125/1).

4.2.3.1 Der RAD-Arzt Dr. D.____ hielt in seiner Stellungnahme vom 20. Oktober 2008 zuhanden der Beschwerdegegnerin fest, die von Dr. B.____ angegebenen Diagnosen seien in keiner Weise befundunterlegt, weshalb es medizinisch nicht nachvollziehbar sei, weshalb eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestehen solle. Schon in seinem Bericht vom 19. März 2004 habe der Hausarzt eine Arbeitsunfähigkeit nicht schlüssig belegt. Ohne Begutachtung durch einen Psychiater sei eine Zustandsabklärung nicht zu erreichen. Wahrscheinlich müsse zusätzlich noch ein orthopädisches Gutachten, möglicherweise ein neurologisches Gutachten und eine neuropsychologische Testung durchgeführt werden, um den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin belegen zu können. Es wäre somit ein polydisziplinäres Gutachten anzustrengen. Aus den vorliegenden Unterlagen lasse sich keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes herleiten (Urk. 8/134/2 f.).

In seiner Stellungnahme vom 10. Februar 2009 zuhanden der Beschwerdegegnerin hielt der RAD-Arzt Dr. D.____ fest, die Aussage von Dr. C.____, er

sehe keine Arbeitsunfähigkeit für eine angepasste Tätigkeit mehr, sei befundunterlegt und umfassend begründet. Darauf könne abgestellt werden. Es könne somit keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes gesehen werden (Urk. 8/134/3 f.).

4.3 Nach abgeschlossenem zweiten Schriftenwechsel im vorliegenden Verfahren liess die Beschwerdeführerin ein Gutachten vom 7. Januar 2010, das zuhanden der SUVA Basel erstellt worden war, einreichen (Sachverhalt Erw. 2.4):

Med. pract. M. ____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, stellte in seinem Gutachten für die SUVA vom 7. Januar 2010 (Urk. 18) fest, die Beschwerden der Versicherten liessen sich als ängstliche Reaktion (Schockreaktion) verstehen, wobei nicht das Vollbild einer posttraumatischen Belastungsstörung zu finden sei. Die Reaktion lasse sich als abklingende posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) klassifizieren (S. 6) und sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Folge des Ereignisses vom 14. November 2007. Es handle sich um eine ereignisreaktive Störung im Sinne einer Anpassungsstörung oder einer abklingenden posttraumatischen Belastungsstörung. Eine traumaspezifische Behandlung könne zu einer weiteren Besserung der Symptomatik führen. Die Prognose sei allerdings zurückhaltend zu stellen. Für eine Arbeit am Kiosk bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Wegen der fortbestehenden psychischen Beeinträchtigung durch die abklingende posttraumatische Belastungsstörung mit wiederkehrenden Schreckerlebnissen und reaktivem Freezing, also Bewegungslosigkeit als Schreckfolge und der daraus resultierenden Erholungszeit, bis die Versicherte wieder in der Lage sei, sich zu bewegen und planvoll zu handeln, sei die Restarbeitsfähigkeit momentan auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht verwertbar (S. 7).

5. Unbestritten ist, dass die Beschwerdeführerin in ihrer zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Kioskverkäuferin aufgrund ihres psychischen Leidens nicht mehr arbeitsfähig ist. Strittig und zu präzisieren ist dagegen ihre Restarbeitsfähigkeit in ihrer angestammten Tätigkeit als angelernte kaufmännische Angestellte beziehungsweise in einer behinderungsangepassten Tätigkeit.

5.1 Die Beschwerdeführerin liess erklären, ärztlich bestärkt sei zurzeit und bis auf Weiteres keine verwertbare Restarbeitsfähigkeit mehr vorhanden (Erw. 1.2). Diesbezüglich ist darauf hinzuweisen, dass für die Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit die subjektive Einschätzung der Beschwerdeführerin nicht entscheidend ist. Massgebend ist allein die medizinisch begründete und nachvollziehbare Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, wobei es sich hierbei um eine medizinisch-theoretische Beurteilung handelt, weshalb nicht entscheidend ist, ob eine versicherte Person die ihr aufgrund der medizinischen Befunde und Diagnosen an sich mögliche Arbeitsfähigkeit auch tatsächlich verwertet.

5.2 Die mit der Beschwerdeführerin befassten Ärzte sind uneins hinsichtlich der Diagnose sowie bezüglich der Frage der leidensbedingt zumutbaren Leistungsfähigkeit (vgl. Erw. 4.2 f.):

Hinsichtlich des Ereignisses vom 14. November 2007 erachtet Dr. C. ____, die Beschwerdeführerin als nunmehr in einer angepassten Tätigkeit im bisherigen Arbeitspensum von rund 30 % wieder zu 100 % arbeitsfähig (Erw. 4.2.1). Dr. B. ____, geht demgegenüber von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit im bisherigen Arbeitspensum von rund 30 % aus (Erw. 4.2.2), wobei er in seinem Bericht vom 17. Juli

2009 zuhanden von Rechtsanwältin Dr. V. G. Galli ausdrücklich darauf hinwies, dass sie für eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit plädiere und er ihr dies bestätige (Urk. 8/143/23). Der RAD-Arzt Dr. D. ___ wiederum vertritt die Ansicht von Dr. C. ___, wonach keine Arbeitsunfähigkeit für eine angepasste Tätigkeit mehr bestehe und eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes nicht ersichtlich sei (Erw. 4.2.3).

5.2.1.1 Die Begutachtung durch Dr. C. ___ vom 25. Juni 2008 (Erw. 4.2.1) wurde von einem Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie vorgenommen (vgl. Erw. 1.2). Das Gutachten beruht auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden und setzt sich mit diesen sowie dem Verhalten der Beschwerdeführerin umfassend auseinander. Das Gutachten wurde sodann in Kenntnis der Vorakten abgegeben, leuchtet in der Darlegung der medizinischen Situation ein, und die Schlussfolgerung des Experten ist in nachvollziehbarer Weise begründet. Insbesondere seine Diagnose, dass in Bezug auf das Ereignis vom 14. November 2007 nunmehr bloss von einer Anpassungsstörung in Remission mit einer noch bestehenden situativ getriggerten Angstsymptomatik auszugehen sei (Erw. 4.2.1), erscheint befundunterlegt und begründet. Der Experte hatte Kenntnis davon, dass möglicherweise eine weitere, sich bereits (lange) vor dem Ereignis vom 14. November 2007 manifestierende psychische Beeinträchtigung zumindest zeitweilig subsyndromal Einfluss auf das aktuelle Beschwerdebild nehme (Erw. 4.2.1). Er konnte dies aufgrund seiner eigenen Untersuchungen zwar nicht ausschliessen, aber aufgrund fehlender Ersichtlichkeit im Rahmen der eigenen Untersuchungen auch nicht bestätigen (vgl. Erw. 4.2.1). Insgesamt erscheint das Gutachten nachvollziehbar und vermag zu überzeugen. Es erfüllt die praxisgemässen Anforderungen (Erw. 3.6) vollumfänglich, so dass für die Entscheidungsfindung darauf abgestellt werden kann.

5.2.2.1 Die Begutachtung durch med. pract. M. ___ vom 7. Januar 2010 (Erw. 4.3) wurde ebenfalls von einem Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie vorgenommen (vgl. Erw. 4.3). Das Gutachten beruht auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden und setzt sich mit diesen sowie dem Verhalten der Beschwerdeführerin umfassend auseinander. Das Gutachten wurde sodann in Kenntnis der Vorakten abgegeben. Die Darlegung der medizinischen Situation, wonach sich die ängstliche Reaktion (Schockreaktion) der Beschwerdeführerin als abklingende posttraumatische Belastungsstörung klassifizieren lasse und mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Folge des Ereignisses vom 14. November 2007 sei (Erw. 4.3), leuchtet zwar noch ein. Die Schlussfolgerung des Experten aber, dass die Restarbeitsfähigkeit infolge der wiederkehrenden Schreckerlebnisse, des reaktiven Freezings als Schreckfolge und der von der Beschwerdeführerin daraufhin benötigten Erholungszeit momentan auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht verwertbar sei (Erw. 4.3), ist demgegenüber nicht nachvollziehbar. Denn nicht nur Dr. C. ___, sondern auch der Hausarzt, Dr. B. ___, und die Beschwerdeführerin selbst haben die Aufnahme einer angepassten Tätigkeit als durchaus zumutbar erachtet (vgl. Erw. 4.2.1). Insbesondere hat M. ___ seine Schlussfolgerung nicht nachvollziehbar begründet. Eine Unzumutbarkeit jeglicher Erwerbstätigkeit infolge entsprechender Häufigkeit und Intensität der Schreckerlebnisse kann nicht als erstellt betrachtet werden. Das Gutachten vermag infolgedessen insgesamt nicht zu überzeugen. Die praxisgemässen Anforderungen (Erw. 3.6) sind damit nicht vollumfänglich erfüllt, so dass für die Entscheidungsfindung nicht darauf abgestellt werden kann.

5.2.3 Â Dr. B.____ ist der Hausarzt der BeschwerdefÃ¼hrerin. BezÃ¼glich seinen Aussagen ist die Erfahrungstatsache zu berÃ¼cksichtigen, dass HausÃ¤rzte und Ãrzte in einer vergleichbaren Stellung im Hinblick auf ihre Vertrauensstellung im Zweifelsfall zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Vorliegend wies der Hausarzt ausdrÃ¼cklich darauf hin, dass die Rechtsvertreterin der BeschwerdefÃ¼hrerin fÃ¼r eine 100%ige ArbeitsunfÃ¤higkeit plÃ¤diere und er ihr dies bestÃ¤tige (Erw. 5.3). Entsprechend kann fÃ¼r die Entscheidungsfindung auch auf die Aussagen von Dr. B.____ nicht abgestellt werden.

5.2.4Â Â Aus der medizinischen Aktenlage ergibt sich seit dem Ereignis vom 14. November 2007 keine Ãnderung des somatischen Gesundheitszustandes der BeschwerdefÃ¼hrerin mit Auswirkung auf deren ArbeitsunfÃ¤higkeit. Zwar wies Dr. B.____ darauf hin, dass der BeschwerdefÃ¼hrerin nun unter anderem langes Stehen und Sitzen RÃ¼ckenweh mit ParÃ¶sthesien in beiden Beinen sowie ischialgieformen Schmerzen verursache und sie an den Folgen eines Cervikalsyndroms leide (Erw. 4.2.2). Eine ArbeitsunfÃ¤higkeit aus diesem Grunde hielt Dr. B.____ jedoch nicht fest. Auch seitens der Parteien ist unbestritten, dass sich der somatische Gesundheitszustand der BeschwerdefÃ¼hrerin seit dem Ereignis vom 14. November 2007 nicht verÃ¤ndert hat. Die Mutmassung des RAD-Arztes Dr. D.____ beziehungsweise das auf diese Mutmassung gestÃ¼tzte Begehren der BeschwerdefÃ¼hrerin, es sollte ein polydisziplinÃ¤res (insbesondere orthopÃ¤disches und neurologisches) Gutachten durchgefÃ¼hrt werden (Erw. 4.2.3; Sachverhalt Erw. 2.1), stÃ¼tzt sich nicht auf aktenkundige arbeitsunfÃ¤higkeitsrelevante Anhaltspunkte, die seit dem Ereignis vom 14. November 2007 neu eingetreten wÃ¤ren. Es kann demzufolge mit dem Hausarzt Dr. B.____ davon ausgegangen werden, dass sich in Bezug auf das "Urleiden" keine VerÃ¤nderung ergeben hat (vgl. Urk. 8/125/1).

5.2.5Â Â In medizinischer Hinsicht ist somit zusammenfassend festzuhalten, dass der BeschwerdefÃ¼hrerin im Anschluss an den Ãberfall vom 14. November 2007 spÃ¤testens ab dem Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. C.____ am 25. Juni 2008 eine ArbeitstÃ¤tigkeit in bisher geleistetem Umfang in angepasster TÃ¤tigkeit wieder zumutbar gewesen ist.

E. 6

6.1Â Â Â Â Â Â Â Entgegen der Ã¼bereinstimmenden Annahme der Parteien (Urk. 1 S. 5; Urk. 8/134/3 f.) ist nicht mit dem Beweisgrad der Ã¼berwiegenden Wahrscheinlichkeit ausgewiesen, dass die BeschwerdefÃ¼hrerin im Gesundheitsfall mittlerweile voll erwerbstÃ¤tig wÃ¤re. GemÃ¤ss statistischen Untersuchungen arbeitet die Mehrheit der erwerbstÃ¤tigen Frauen mit schweizerischer StaatsangehÃ¶rigkeit nur Teilzeit (Bundesamt fÃ¼r Statistik, ErwerbstÃ¤tigenstatistik, ETS, Tabelle T1.3 ErwerbstÃ¤tige nach Wirtschaftsfaktoren, Alter, BeschÃ¤ftigungsgrad, Erwerbsstatus, Geschlecht und NationalitÃ¤t, Urk. 22/1), was noch stÃ¤rker fÃ¼r Frauen im Alter zwischen 55 und 64 Jahren gilt (BeschÃ¤ftigungsgrad der erwerbstÃ¤tigen Frauen nach Altersgruppe, Tabelle T 03.02.01.15, Urk. 22/2). Die BeschwerdefÃ¼hrerin hÃ¤tete zum Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. C.____ einen Tag pro Woche ihren damals zweijÃ¤hrigen Enkel (Urk. 8/130/43) und hat anÃ¤sslich der polizeilichen Befragung im Anschluss an den Ãberfall ihr Einkommen als "willkommenen Zustupf" - und nicht etwa als Einkommen, auf welches sie finanziell angewiesen wÃ¤re - bezeichnet (Urk. 8/130/32). Bei dieser Aktenlage bestehen keine objektiven Anhaltspunkte dafÃ¼r, abweichend von

der statistischen Wahrscheinlichkeit eine volle Erwerbstätigkeit im Gesundheitsfall anzunehmen. Demzufolge bleibt es bei der Aufteilung 20 % Haushaltstätigkeit und 80 % Erwerbstätigkeit, wie sie erstmals im Jahre 1995 durch die IV-Stelle angenommen und worauf gestützt ein Invaliditätsgrad von 64 % errechnet worden war (Beiblatt zur Rentenverfugung, Urk. 8/98/2).

6.2 Die Versicherte erzielte im Jahre 2007 einen Stundenlohn von Fr. 22.-- (Urk. 8/126/3), was umgerechnet gemäss Schweizerischer Lohnstrukturerhebung, herausgegeben vom Bundesamt für Statistik, einem monatlichen Bruttolohn von Fr. 3'813.35 entspricht (Fr. 22.-- x 4 1/3 Wochen = 40 Arbeitsstunden). Im Jahre 2006 betrug der monatliche Bruttolohn (Zentralwert) nach Wirtschaftszweigen, Privater Sektor (Tabelle TA1) im Anforderungsniveau 4 (einfache und repetitive Tätigkeiten) für Frauen Total Fr. 4'019.--. Im Jahre 2007 war dieser Vergleichslohn teuerungsangepasst um rund 1,5 % höher (vgl. Die Volkswirtschaft 12/2010 S. 91 Tabelle 10.3, Nominallohnindex 1939 = 100; 2006: 2417; 2007: 2453). Bei dieser Sachlage darf mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass die seit dem Überfall bestehenden zusätzlichen qualitativen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit (nicht im Kiosk, nicht alleine in einem Büro respektive Verkaufsraum, kein direkter Kontakt mit Geld oder mit Kunden an der Kasse, keine Tätigkeit, wo mit der plötzlichen Begegnung mit fremden Menschen gerechnet werden muss) zu keiner Lohneinbusse im Vergleich zur bisherigen Beschäftigung führen, jedenfalls zu keiner, die eine Erhöhung des Invaliditätsgrades von 64 % auf 70 % bewirken würde.

7. Zusammenfassend ist im Zeitpunkt, in welchem die Revision vorgesehen war bzw. die Beschwerdeführerin der Beschwerdegegnerin von ihrem Überfall berichtete (August 2008, vgl. Urk. 8/123), von keiner erheblichen Veränderung der Sachlage mehr auszugehen (vgl. Art. 88 bis Abs. 1 lit. a und b IVV), weshalb der von der Beschwerdegegnerin verfolgte unveränderte Anspruch auf eine Dreiviertelsrente im Ergebnis nicht zu beanstanden ist. Die angefochtene Verfügung erweist sich somit als rechtens, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

E. 8

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, in der seit dem 1. Juli 2006 geltenden Fassung) und auf Fr. 1'000.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der Beschwerdeführerin aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.
3. Zustellung gegen Empfangsschein an:
 - Rechtsanwältin Dr. Nicole Vögeli Galli unter Beilage des Doppels von Urk. 21
 - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. 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.