

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00538 vom 1. Dezember 2004

ZH Sozialversicherungsgericht, 2004-12-01, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2012.00538

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00538 du 1 décembre 2004

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00538 del 1 dicembre 2004

Erwägungen

E. 1

6. Juni 2008 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, es bestehe weiterhin Anspruch auf die bisherige halbe Rente (Urk. 6/27).

E. 1.1

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer rentenbeziehenden Person erheblich, so wird die Rente gemäss Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben. Anlass zu einer Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet dabei die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, die auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und prozessualen Revision (BGE 133 V 108). Eine bloss unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts stellt keine revisionsbegründende Änderung dar (BGE 112 V 372 E. 2 mit Hinweisen). Eine anspruchsbefehlende Änderung ist zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert und voraussichtlich weiterhin andauern wird (Art. 88a der Verordnung über die Invalidenversicherung; IVV). Eine Erhöhung der Rente erfolgt für den Fall, dass der Versicherte die Revision verlangt, von dem Monat an, in dem das

Revisionsbegehren gestellt wurde (Art. 88 bis

Abs. 1 lit . a IVV).

E. 1.2

Die Rentenabstufungen nach Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% Anspruch auf eine Viertelsrente , bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60% Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70% Anspruch auf eine ganze Rente.

E. 1.3

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 E. 4). Das Gericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und demnach zu prüfen, ob die vorliegenden Beweismittel eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a). Bei der Würdigung von Berichten der behandelnden Ärzte ist nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass es ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung wegen mitunter vorkommt, dass sie in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (so etwa der Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 329/06 vom 6. Dezember 2006 ; BGE 125 V 353 E. 3b/cc; vgl. Ulrich Meyer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, S. 229 f.). Der Umstand allein, dass eine Einschätzung vom behandelnden Mediziner stammt, darf aber nicht dazu führen, sie als von vornherein unbeachtlich einzustufen (vgl. Bundesgerichtsentscheid 9C_24/08 vom 27. Mai 2008). 2.

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführer in Anspruch auf eine höhere als eine halbe Rente hat. Dabei stellt sich zunächst die Frage, welcher Zeitraum für die Beurteilung des gesundheitlichen Verlaufs massgebend ist.

Im vorliegenden Fall ist zu beachten, dass vor dem aktuellen Revisionsverfahren eine externe medizinische Begutachtung nie stattgefunden hat. Die Invalidenrente, wie sie mit Verfügung vom 11. August 2004 bzw. vom 1. Dezember 2004 gesprochen wurde, basierte ausschliesslich auf den Einschätzungen der behandelnden Ärzte, konkret den Arztberichten von Dr. med. D.____, Orthopädische Chirurgie FMH, vom 20. Oktober 2003 und 27. Mai 2004 (Urk. 6/5 /1, Urk. 6/12) und von Dr. med. E.____, Spezialarzt für Chirurgie vom 28. Juni 2004 (Urk. 6/14). Im Rahmen des im Juli 2007 eingeleiteten Revisionsverfahrens stützte sich die IV-Stelle ebenfalls auf die Beurteilung eines behandelnden Arztes, konkret den Arztbericht von Dr. Z.____, Facharzt für Neurochirurgie FMH, datiert vom 6. Juni 2008 (Urk. 6/25/7). Aufgrund der Tatsache, dass dieser Verlaufsbericht äusserst knapp ausfiel, ist als Vergleichszeitpunkt der Sachverhalt, wie er sich zum Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung präsentierte, massgebend. Gemäss der bereits zitierten Bestimmung des Art. 88 bis

Abs. 1 lit. a IVV ist die Sachverhalt mit demjenigen im Zeitpunkt der Anmeldung des Rentenerhöhungsgesuchs zu vergleichen. Die Beschwerdeführerin wies diesbezüglich in ihrer Beschwerdeschrift zutreffend darauf hin, dass das Rentenerhöhungsgesuch am 10. Februar 2010 gestellt wurde, und nicht, wie dies irrtümlich auf der angefochtenen Verfügung vermerkt ist, am 23. Juni 2011. Im Ergebnis lautet die Fragestellung somit, ob zwischen dem 11. August 2004 und dem 10. Februar 2010 eine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin eingetreten ist. 3.

E. 2

, es bestehe kein Anspruch auf eine höhere Invalidenrente (Urk. 2).

E. 3

Gegen den Entscheid der IV-Stelle vom 12. April 2012 liess die Versicherte mit Eingabe vom 15. Mai 2012 (Urk. 1) Beschwerde erheben, mit dem Rechtsbegehren, es sei ihr in Aufhebung der angefochtenen Verfügung mit Wirkung ab Februar 2010 eine ganze Invalidenrente zuzusprechen; unter Kosten- und Entschädigungsfolge zulasten der Beschwerdegegnerin. Die Beschwerdegegnerin stellte in ihrer Vernehmlassung vom 25. Juni 2012 (Urk. 5) den Antrag, es sei die halbe Rente im Sinne einer reformatio in peius wiedererwägungsweise aufzuheben, eventualiter sei die Beschwerde abzuweisen.

E. 3.1

Die Rentenzusprache mit Verfügung vom 11. August 2004 beruhte im Grundsatz auf folgenden ärztlichen Beurteilungen:

E. 3.1.1

Dr. D.____ hielt in seinem Arztbericht vom 20. Oktober 2003 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest: Degenerative Discopathie L5/S1, Status nach operativer Dekompression L5/S1 links 1997, Status nach operativer Dekompression L5/S1 rechts Mai 2003. Vom 26. Mai bis 13. Juli 2003 habe die Arbeitsunfähigkeit 100 % betragen, ab dem 14. Juli 2003 habe eine andauernde Arbeitsunfähigkeit von 50 % bestanden (Urk. 6/5/1).

E. 3.1.2

In einem weiteren Bericht vom 27. Mai 2004 hielt Dr. D.____ für den Zeitraum 14. Juli 2003 bis 27. Februar 2004 eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % fest. Die Beschwerdeführerin sei letztmals am 9. Januar 2004 bei ihm zur Kontrolle gekommen. Zur vereinbarten Kontrolle am 27. Februar 2004 sei sie unentschuldig nicht erschienen. Der weitere Behandlungsverlauf sei nicht dokumentiert. Aus wirbelsäulen-orthopädischer Sicht sei eine Belastungseinschränkung in der Grössenordnung von 30 – 50 % , je nach Pensum zu attestieren. Berufliche Umstellungen seien , bei bereits verfügbarer leichterer Tätigkeit im administrativen Bereich mit auch der Möglichkeit zur Wechselbelastung , kaum weiterführend (Urk. 6/12/2).

E. 3.1.3

Dr. E.____ hielt in seinem Bericht vom 28. Juni 2004 folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit fest: Lumbo-radikuläres Schmerzsyndrom bei degenerativen Veränderungen der LWS mit im MRI nachgewiesener Diskushernie L5/S1 medio-lateral links. Vom 4. bis 31. Mai 2004 habe die Arbeitsunfähigkeit 100 % betragen, ab dem 1. Juni 2004 bis auf weiteres 50 % . Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin sei besserungsfähig. Im Zusammenhang mit der Anamnese führte der Arzt aus , die Beschwerdeführerin habe 1997 ein Hebtrauma erlitten. Damals sei es zu einer Lumbo-Ischialgie links und zu einer Parese des linken Beins gekommen. Zuerst sei die konservative Therapie ambulant durchgeführt worden, anschliessend stationär, schliesslich sei die

Dischushernie L3/L4 links operiert worden, gefolgt von sechs Wochen Rehabilitation mit sehr gutem Verlauf, die Beschwerdeführerin sei danach wie der beschwerdefrei gewesen. Ab Anfang 2000 sei es indes wieder zu chronischen rezidivierenden Lumbalgien mit Ausstrahlung beidseits gekommen, die konservativ behandelt worden seien. Im Mai 2003 sei eine Operation einer Dischushernie L5/S1 rechts erfolgt. Die präoperativen

Kreuzschmerzen mit Ausstrahlungen in das rechte Bein, seien nur für etwa zwei Wochen zurückgegangen, danach sei wie der das gleiche Beschwerdebild wie vor der Operation vorhanden gewesen. Dieses Beschwerdebild habe sich bis heute praktisch nicht verändert, die Beschwerdeführerin beklage ständige Kreuzschmerzen mit Ausstrahlung in das rechte Bein und seit Herbst letzten Jahres komme es auch gelegentlich zu Schmerzausstrahlungen ins linke Bein. In seiner Beurteilung hält Dr. E. ___ fest, auf dem operierten Niveau L5/S1 bestehe eine mässiggradige

Segmentdegeneration mit Chondrose sowie postoperativen Alterationen rechts seitig (bei Status nach Diskushernienoperation) sowie einer umschriebenen medio-lateralen linksseitigen Diskushernie, welche vor allem die Nervenwurzel S1 linksseitig behindere. Dies würde die klinischen Symptome erklären. Auf dem Niveau L4/L5 bestehe eine Diskopathie mit breitbasiger medianer Diskushernie und nur leichter Impression des Duralsacks. Die übrigen Bandscheibenniveaus hätten sich regelrecht dargestellt (Urk. 6/14).

E. 3.2

Im Rahmen des im Juli 2007 eingeleiteten Revisionsverfahrens stütze sich die Beschwerdegegnerin für ihre Beurteilung auf den Arztbericht von Dr. Z. ___ vom 6. Juni 2008 (Urk. 5/25). Dieser hielt folgende Diagnosen fest: Chronisches Lumbovertebralsyndrom; Zustand nach Diskushernienoperation und Re-Operation mit Stabilisation L5/S1; Zervikobrachialgie mit chronischem zervikobrachialem Schmerzsyndrom; liegender intrathekaler Katheter mit Medikamentenpumpe. Seit dem 3. Januar 2005 bestehe eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit. Die Beschwerdeführerin beklage seit langem ein rezidivierend auftretendes lumbovertebrales Schmerzsyndrom. Sie leide unter primär ischialgieformen Schmerzen mit Diskushernie. Im September 2004 sei eine Diskushernienoperation erfolgt. Im weiteren Verlauf sei wegen Therapieresistenz und persistierenden, vorwiegend vertebralen Schmerzen im August 2005 eine Stabilisation vorgenommen worden. Wegen persistierenden invalidisierenden Schmerzen sei im August 2005 eine intrathekale Medikamentenabgabe mit Medikamentenpumpe eingesetzt worden. Bei der Beschwerdeführerin komme es zwischenzeitlich zu Schmerzschüben mit Arbeitsausfällen. Ansonsten habe man es im Rahmen der verminderten Belastung mit einem ordentlichen Verlauf zu tun. Unter den subjektiv angegebenen Beschwerden sind in dem Bericht aufgeführt: Belastungsabhängige Rückenschmerzen, Nackenschmerzen; zum Teil Verspannungsgefühl und Kopfschmerzen. Die Prognose sei in Bezug auf das subjektive Schmerzempfinden unter entsprechender körperlicher Schonung günstig. Bezüglich Belastbarkeit sei die Prognose ungünstig (Urk. 6/25/7-8).

E. 3.3

3

In seinem Bericht vom 14. Juli 2010 nahm Dr. Z. ___ dahingehend Stellung, die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin habe sich deutlich verschlechtert. In letzter Zeit leide sie vermehrt unter lumboischialgieformer invalidisierender Schmerzausstrahlung. Trotz verschiedener konservativer Massnahmen, Chiropraktik, Erhöhung der Schmerzmittel sei keine Beschwerdefreiheit eingetreten. Die Beschwerdeführerin erleide immer wieder schwerere Exazerbationen, die sie deutlich zurückwerfen würden. Sie leide aktuell unter rezidivierenden schweren Schmerzschüben, die eine völlige Invalidisierung zur Folge hätten. Er habe sie deshalb seit dem 9. November 2009 zu 100% arbeitsunfähig

geschrieben. (Urk. 6/44/1).

E. 3.3.1

Dr. med. F.____, Neurologie FMH, diagnostizierte in ihrem Arztbericht vom 19. Dezember 2008 zu Händen Dr. Z.____ folgende Diagnosen : Schwellungen und Missempfindungen der Hände bei wahrscheinlich weichteilrheumatischer Genese in Kombination mit zervikospondylothem Syndrom. Anamnestisch komme es in letzter Zeit regelmässig zu Schwellungen der Hände am Morgen sowie zu einem wiederholten Einschlafen der Hände und Arme. Bei der klinischen Untersuchung gebe die Patientin eine verminderte Berührungs- und Schmerzempfindung im Bereich der Fingerspitzen beider Hände und der Unterarme sowie eine verkürzte Wahrnehmung der Vibration an Händen und Füssen an. Elektroneurographisch bestünden keine Hinweise auf ein Carpaltunnelsyndrom rechts oder links. Angesichts der normalen somatosensibel evozierten Potentiale erscheine auch eine Myelopathie unwahrscheinlich. Auffallend in der Anamnese sei die starke Schwellung der Hände am Morgen, so dass neben zervikospondylothem Beschwerden bei in letzter Zeit wieder vermehrten Nackenverspannungen und Verstärkung der Missempfindungen in den Händen bei Kopfreklination auch (weichteil-)rheumatische Faktoren vorliegen dürften. Differentialdiagnostisch komme eine Stoffwechselstörung in Betracht (Urk. 6/44/6-7).

E. 3.3.2

Dr. Z.____ hielt in seinem Bericht vom 9. Februar 2009 als Diagnosen fest: Lumbo-spondylothem Schmerzsyndrom; Zustand nach Diskushernienoperation L5/S1, Re-Operation und Stabilisation L5/S1; liegende Medikamentenpumpe seit August 2005 mit Spinalkatheter; Cervikospondylothem Schmerzsyndrom, Verdacht auf Weichteilrheumatismus; Periarthropathia

humeroscapularis beidseits. Wegen akuter Exazerbation bestehe derzeit eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % . Im weiteren Verlauf sollte eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit möglich sein, in absehbarer Zukunft rechne er mit 30 % , bei günstigen Verhältnissen allenfalls mit bis zu 50 % (Urk. 6/38/3).

E. 3.3.4

Am 13. September 2010 berichtete Dr. Z.____, in den letzten Wochen und Monaten seien die Schmerzen zunehmend. Die intrathekale Schmerzmedikation habe kontinuierlich erhöht werden müssen (Urk. 6/47).

E. 3.3.5

In seinem Arztbericht vom 22. Dezember 2010 führte Dr. Z.____ aus, die Beschwerdeführerin habe zurzeit vor allem Schmerzprobleme lumbal und thorako-lumbal . Die Situation habe sich trotz verschiedener Massnahmen nur unwesentlich verändert. Im September 2009 habe die Dosis der intrathekalen

Schmerzpumpe erhöht werden müssen. Auch das zusätzliche Applizieren von Morphin habe zugenommen. Die Schmerzsymptomatik sei progredient. Auch gebe die Beschwerdeführerin neue Gefühlsstörungen in beiden Beinen, vor allem den Füssen an. Insgesamt sei der aktuelle Verlauf ungünstig. Die Schmerzen nähmen zu. Die Belastungsfähigkeit habe deutlich abgenommen. Der Schmerz mit Telkonsum sei deutlich gestiegen. Zusätzlich erschwerend wirke sich sicherlich eine depressive Verstimmung aus (Urk. 6/59).

E. 3.4.1

Dem internistisch-rheumatologischen Gutachten vom 2. April 2011 sind folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen (Urk. 6/70/26) : - Linksbetontes lumbospondylogenes Syndrom beidseits bei: - Status nach mehrfacher operativer Behandlung der LWS (08/2005 Spondylodese L5/S1 und Implantation einer intrathekalen

Medikamentenpumpe ; 05/2003 Dekompression L5/S1 rechts ; 1997 Dekompression L5/S1 links) - Osteochondrose L5/S1 und leichten narbigen Veränderungen L5/S1 links (mit möglicher Irritation der Nervenwurzel S1 links ohne Nervenwurzelkompression [MRI 05/2010]) - gutem Sitz der Spondylodese und der Medikamentenpumpe (CT 12/2010) - klinisch ohne radikuläre Zeichen

Unter den Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sind genannt: - Nikotin-Abusus - Ausgedehnte chronische Schmerzen - Verdacht auf Morphin-Abhängigkeit - Verdacht auf Schlafapnoe-Syndrom (nächtliche Pulsoxymetrie 02/2011) - Vitamin D-Mangel (35 nmol/l) - Hypercholesterinämie (6.9 mmol/l)

E. 3.4.2

Die Gutachterin Dr. A. ___ führt in ihrer Beurteilung aus, die Beschwerdeführerin klagt über ausgedehnte Schmerzen vor allem lumbal, mit ausstrahlenden Schmerzen mehr in das linke als in das rechte Bein, sowie im Nacken und in beiden Schultern. Radikuläre Zeichen seien nicht vorhanden. Die Beschwerdeführerin habe in der Untersuchung spontan den Langsitz auf der Untersuchungsliege eingenommen. Das schliesse eine wesentliche Kompression lumbaler Nerven aus. Eine wesentliche Erkrankung der Schultern sei weder klinisch noch bildgebend (03/2011) vorhanden. In den bildgebenden Untersuchungen finde sich eine gute Lage der Spondylodese L5/S1 und der Medikamentenpumpe. Auf Höhe L5/S1 seien eine Osteochondrose und leichte narbige Veränderungen vorhanden, die eine Irritation der Nervenwurzel S1 links ohne Nervenwurzelkompression auslösten. Die kürzlich durchgeführte nächtliche Pulsoxymetrie habe Hinweise auf ein Schlafapnoe-Syndrom gezeigt; die notwendige pneumologische Abklärung werde gegenwärtig durchgeführt. Ein Schlafapnoe-Syndrom könne apparativ gut behandelt werden. Im Blut der Beschwerdeführerin sei ein mässiger Vitamin D-Mangel vorhanden. Sie gebe an, regelmässig das Schmerzmittel Morphin hochdosiert parenteral zu verwenden. Dabei mache sie sich zehnmal täglich eine Morphin-Injektion. Tatsächlich sei in ihrem Blut das Morphin im oberen Bereich nachweisbar. Das Antidepressivum Efexor sei in ihrem Blut oberhalb des therapeutischen Bereichs vorhanden. Die Befunde, welche sich gezeigt hätten, würden weder die Ausdehnung noch die Intensität der Beschwerden erklären. Die Beschwerdeführerin gebe ausgedehnte Schmerzen an. In der Dolorimetrie seien sämtliche (18 der 18) Tender Points pathologisch wie auch alle (8 von 8) Kontrollpunkte. Sanfte Berührungen würden von ihr bereits als schmerzhaft empfunden. Eine Fibromyalgie bestehe definitionsgemäss nicht, wenn die Mehrheit der Kontrollpunkte pathologisch sei. Die angegebenen Beschwerden seien im Wesentlichen im Rahmen der ausgedehnten Schmerzen zu interpretieren (Urk. 6/70/27). 1.2.3 In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin führt Dr. A. ___ aus, Rückenfunktionseinschränkungen könnten sich je nach Art und Ausmass unterschiedlich auf die Fähigkeit auswirken, häufig Lasten ohne Hilfsmittel zu heben und zu tragen. Das längere Verharren in vornüber geneigter Haltung - ob stehend oder sitzend - sei zu vermeiden. Ebenso seien unerwartete, asymmetrische Lasteinwirkungen auszuschliessen. Eher günstig seien wechselbelastende

Tätigkeiten. Die Beschwerdeführerin sei in der Lage, Lasten bis 10 kg zu hantieren (leichtes Belastungsniveau). Tätigkeiten, die dem angegebenen Profil entsprächen, könne sie zu 100 % ausüben. Die angestammten Tätigkeiten als Sachbearbeiterin in der Firma Y.____ wie auch als Personalreferentin in der Firma G.____ könne sie zu 100 % ausüben. Die Beschwerdeführerin habe eine gute Prognose. Es sei wahrscheinlich, dass sie die angestammte oder eine adaptierte Tätigkeit langfristig ausüben könne (Urk. 6/70/28-29).

1.2.4 Dr. C.____ gelangt in seinem psychiatrischen Gutachten zum Schluss, bei der Beschwerdeführerin bestünden aus psychiatrischer Sicht keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Ebenso fehle es an psychiatrischen Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Der Gutachter führt aus, im Rahmen der belastenden psycho-sozialen Situation sei es bei der Beschwerdeführerin gemäss den anamnestischen Angaben im Jahr 2000 zu einer Anpassungsstörung mit kürzerer depressiver Reaktion gekommen, weshalb bei ihr die antidepressive Medikation mit Efexor eingeleitet worden sei. Bei bereits vorhandenen muskulo-skelettären Schmerzen sei diese Therapie offenbar schmerzdistanzierend in den letzten Jahren regelmässig durchgeführt worden. In den vorhandenen medizinischen Akten habe nur Dr. Z.____ eine depressive Verstimmung bei schwieriger Situation erwähnt. Eine depressive Verstimmung erfülle isoliert die Kriterien einer depressiven Störung aber weitgehend nicht. Aufgrund der anamnestischen Angaben seien bei der Beschwerdeführerin keine Interessenverlust, Freudlosigkeit, Antriebsstörungen, Konzentrationsstörungen, Selbstwertproblematik, Schuldgefühle, negative Zukunftsperspektive, Schlafstörungen, zirkadiane Tagesschwankungen, Libido- oder Appetitverlust vorhanden oder festzustellen. Damit könne eine depressive Störung klar ausgeschlossen werden. Anlässlich der psychiatrischen Untersuchung habe sich die Beschwerdeführerin in psychopathologischer Hinsicht ganz unauffällig präsentiert, und damit könne ihr definitiv weder eine psychiatrische Diagnose nach ICD-10 noch eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht attestiert werden (Urk. 6/72/5-6).

1.2.5 In der interdisziplinären Zusammenfassung gelangen die Gutachter zum Ergebnis, bei der Beschwerdeführerin bestehe sowohl in der angestammten wie auch in einer adaptierten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. Aus rheumatologisch-psychiatrischer Sicht hätten bei der Beschwerdeführerin keine längerfristigen Arbeitsunfähigkeiten bestanden. Aus rheumatologischer Sicht sei sie durch die eingeschränkte Funktion der LWS limitiert. Lasten bis 10 kg könne sie indes hantieren. Aus psychiatrischer Sicht bestehe kein Bedarf nach adaptierten Tätigkeiten. Die Prognose bezüglich Erhaltung der vollen Arbeitsfähigkeit sei günstig. In Beantwortung der Frage nach dem gesundheitlichen Verlauf ist im rheumatologisch-psychiatrischen Gutachten schliesslich festgehalten, eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustands sei seit Juni 2008 nicht eingetreten (Urk. 6/72/7-8).

E. 3.5

Die Beschwerdeführerin reichte am 18. Oktober 2011 (Urk. 6/89) einen Arztbericht von Dr. med. H.____, Facharzt FMH für Neurologie, vom 7. Oktober 2011 ein. Im Bericht wird die bekannte Diagnose (chronisches lumbales Schmerzsyndrom mit radikulären Reizerscheinungen beidseits und wiederholten Schmerzexazerbationen mit Paraparese, bei St. n. sechs Eingriffen an der LWS zwischen 1997 und 2005, mit zuletzt Implantation einer Schmerzmittelpumpe) festgehalten

und sodann ausgeführt, seit etwa vier Jahren komme es, trotz gutem Funktionieren der Schmerzmittelpumpe, zu ziehenden Schmerzen in bei den Beinen, mit wechselseitiger Betonung, wobei die Schmerzen vor allem an der Rückseite der Beine sich ausdehnten, mit häufig rhythmischen Verkrampfungen im Wadenbereich. Dann träten immer wieder Episoden auf, bei denen die Beine gefühllos würden, die Kraft lasse nach und die Beschwerdeführerin falle zu Boden. Sie müsse sich dann hinlegen können und eine Erholung trete nach 2-3 Stunden ein. Bei diesem Beschwerdebild

sei eine 50%ige Arbeitsfähigkeit unrealistisch. Es sei zu berücksichtigen, dass die Beschwerdeführerin bis zu zweimal die Woche eine heftige Schmerzexazerbation erleide oder eine Paraparese bis Paraplegie. Diese Episoden bewirkten eine volle Arbeitsunfähigkeit während mindestens drei Tagen pro Woche. Zwischen den einzelnen Episoden seien die Schmerzen erträglich, bewirkten aber eine allgemeine Verlangsamung, sowohl im Alltag als auch im Rahmen einer beruflichen Tätigkeit. Hinzu komme ein neuer Aspekt mit vermehrten zervikalen Beschwerden, begleitet von Einschlafgefühlen der Hände, wahrscheinlich eine sekundäre Folge des chronischen Leidens an der LWS. Insgesamt sei der Beschwerdeführerin ein Arbeitspensum von 25 – 30 % zumutbar (Urk. 6/90).

E. 3.6.1

Anhand des Arztberichts von Dr. E.____ vom 28. Juni 2004 wird bezüglich Beschwerdesymptomatik (vgl. Erw. 3.1.3) deutlich, dass bei der Beschwerdeführerin damals Lumbalgien mit Ausstrahlungen in beide Beine im Vordergrund standen. Dem rheumatologisch-psychiatrischen Gutachten, auf welchem die angefochtene Verfügung basiert, ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin im Rahmen der Untersuchung über ausgedehnte Schmerzen vor allem lumbal mit ausstrahlenden Schmerzen mehr in das linke als in das rechte Bein sowie im Nacken und in beiden Schultern klagte. Gemäss diesen Erwägungen ist eine wesentliche Ausweitung der Symptomatik seit der Rentenzusprache somit nicht gegeben.

In der Beurteilung stimmen Dr. E.____ und Dr. A.____ insoweit überein, als ersterer am 28. Juni 2004 davon berichtete, dass auf dem operierten Niveau L5/S1 eine mässiggradige Segmentdegeneration mit Chondrose sowie postoperativen Alterationen rechtsseitig, sowie einer umschriebenen medio-lateralen linksseitigen Diskushernie bestehe, welche vor allem die Nervenwurzel S1 linksseitig behindere. Dr. A.____ erörterte in diesem Zusammenhang, auf Höhe L5/S1 seien eine Osteochondrose und leichte narbige Veränderungen vorhanden, die eine Irritation der Nervenwurzel S1 links ohne Nervenwurzelkompression auslösen würden. Während nun jedoch Dr. E.____

dafür hielt, dass die genannte Diagnostik die klinischen Symptome erklären würde, fand Dr. A.____ keine Erklärung, weder für die Ausdehnung noch die Intensität der Beschwerden. Dr. A.____

legte nachvollziehbar dar, dass sich in der klinischen Untersuchung keine wesentlichen Befunde gezeigt hätten und

dass auch keine radikulären Zeichen erkennbar gewesen seien; die Beschwerdeführerin habe auf der Untersuchungsliege spontan den Langsitz eingenommen, was eine wesentliche Kompression lumbaler Nerven ausschliesse. Schliesslich

zeigte die Gutachterin auch überzeugend auf, dass eine wesentliche Erkrankung der Schultern weder klinisch noch bildgebend vorhanden sei und dass sich eine gute Lage der Spondylodese L5/S1 und der Medikamentenpumpe präsentiert habe.

E. 3.6.2

Gesamthaft ist festzustellen, dass sich das rheumatologisch-psychiatrische Gutachten als schlüssig darstellt und den praxisgemässen Anforderungen entspricht. Es kann vollumfänglich darauf abgestellt werden. Gemäss vorstehenden Erwägungen ist eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin seit dem Zeitpunkt der Rentenzusprache somit nicht ausgemessen. Der von Dr. Z.____ im Rahmen dieses Revisionsverfahrens vertretene Auffassung, wonach sich die Schmerzsymptomatik der Beschwerdeführerin verschlimmert und ihre Arbeitsfähigkeit reduziert habe, kann in diesem Sinne nicht gefolgt werden.

Im Übrigen

vermag auch der Arztbericht von Dr. H.____, welcher am 7. Oktober 2011 – also zeitlich nach der Begutachtung – erstattet wurde, die Zuverlässigkeit des Gutachtens nicht in Frage zu stellen (Urk. 6/90).

In dem Bericht werden ziehende Schmerzen in den Beinen, mit rhythmischen Verkrampfungen im Bereich der Wadenmuskulatur erwähnt, und es wird darauf gelegt, dass diese Symptomatik seit vier Jahren bestehe. Hinzu

komme ein neuer Aspekt mit vermehrten zervikalen Beschwerden, begleitet von Einschlafgefühlen der Hände.

In Bezug auf diese Beurteilung ist

festzuhalten, dass sie im Wesentlichen mit dem Gutachten übereinstimmt, es werden dort ebenfalls Schmerzen im Lumbalbereich, in den Beinen sowie am Nacken und an den Schultern schwergewichtig erwähnt. Es wurde indes bereits darauf hingewiesen, dass diese Symptomatik keine wesentliche Verschlechterung in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit seit dem Zeitpunkt der Rentenzusprache erkennen lässt. Was im Übrigen den Achillessehnenreflex betrifft, so fällt gemäss den zutreffenden Ausführungen der Beschwerdeführerin

auf, dass dieser im Gutachten sowohl links als rechts als „seitengleich normal“ bezeichnet wurde, während Dr. H.____ auf das Fehlen der Achillessehnenreflexe hinweist, und dies als Hinweis auf eine wahrscheinlich chronische Beeinträchtigung der Wurzel S1 bezeichnet. In Bezug auf die Frage, welche Beurteilung sich als zutreffend erweist, ist grundsätzlich zu erwähnen, dass den gutachterlichen Einschätzungen rechtsprechungsgemäss Priorität beizumessen ist. Von zentraler Bedeutung erscheint der betreffende Punkt aber ohnehin nicht. Eine Irritation der Nervenwurzel S1 links wurde auch von Dr. A.____ diagnostiziert, und sie gelangte schliesslich gleichwohl zum Schluss, dass sich keine ausreichende Erklärung für die bei der Beschwerdeführerin bestehenden Schmerzen finden lassen.

E. 3.7

Zusammenfassend steht fest, dass keine medizinisch erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin in

oder ihrer Arbeitsfähigkeit seit der ursprünglichen Rentenverfügung im Jahr 2004 ausgewiesen ist.

E. 3.8

In erwerblicher Hinsicht ergab sich insoweit eine Veränderung, als die Beschwerdeführerin ihre letzte Stelle als Personalreferentin bei der G. ___ AG per Ende Februar 2010 verlor (vgl. Urk. 6/39). Da die ursprüngliche Rentenzusprache letztlich auf einem Prozentvergleich beruhte (vgl. Urk. 6/15), indem davon ausgegangen worden war, dass die Beschwerdeführerin ihre vormals ausgeübte Tätigkeit als Sachbearbeiterin fortgesetzt im Umfang von 50 % zu entsprechend angepasstem Lohn ausüben könne, und sich an dieser Beurteilung nichts geändert hat, weil der Beschwerdeführerin eine solche Tätigkeit weiterhin zu (mindestens) 50 % zumutbar wäre, sind auch in erwerblicher Hinsicht keine revisionsrechtlich relevanten Veränderungen ersichtlich.

E. 4

Die Beschwerdeführerin weist darauf hin, dass sie zufolge ihrer gesundheitlichen Probleme auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt gar nicht mehr vermittlungsfähig sei. Referenzpunkt für die Verwertung der Restarbeitsfähigkeit ist der hypothetische ausgeglichene Arbeitsmarkt (Art.

E. 7

Abs. 1 ATSG). Der Begriff des ausgeglichenen Arbeitsmarktes ist ein theoretischer und abstrakter Begriff, welcher dazu dient, den Leistungsbereich der Invalidenversicherung von jenem der Arbeitslosenversicherung abzugrenzen. Er umschliesst einerseits ein bestimmtes Gleichgewicht zwischen dem Angebot von und der Nachfrage nach Stellen; andererseits bezeichnet er einen Arbeitsmarkt, der von seiner Struktur her einen Fächer verschiedenartiger Stellen offen hält, und zwar sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen wie auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes. Nach diesen Gesichtspunkten bestimmt sich im Einzelfall, ob die invalide Person die Möglichkeit hat, ihre restliche Erwerbsfähigkeit zu verwerten, und ob sie ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen vermag oder nicht (BGE 110 V 273 E. 4b; ZAK 1991 S. 321 E. 3b und 1985 S. 462 E. 4b; vgl. auch BGE 130 V 343 E. 3.2). An die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten sind praxisgemäss nicht über mässige Anforderungen zu stellen; diese hat vielmehr nur soweit zu gehen, als im Einzelfall eine zuverlässige Ermittlung des Invaliditätsgrades gewährleistet ist. Für die Invaliditätsbemessung ist nicht darauf abzustellen, ob eine invalide Person unter den konkreten Arbeitsmarktverhältnissen vermittelt werden kann, sondern einzig darauf, ob sie die ihr verbliebene Arbeitskraft noch wirtschaftlich nützen könnte, wenn die verfügbaren Arbeitsplätze dem Angebot an Arbeitskräften entsprechen würden (AHI 1998 S. 290 f. E. 3b; Urteile des Bundesgerichts I 273/04 vom 29. März 2005, I 591/02 vom 5. Mai 2004, I 285/99 vom 13. März 2000 und U 176/98 vom 17. April 2000).

Für die Beschwerdeführerin stehen in ihrem angestammten Bereich - trotz ihrer gesundheitlichen Einschränkungen - auf diesem hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt genügend Tätigkeiten offen, sodass nicht von realitätsfremden und in diesem Sinn unmöglichen oder unzumutbaren Einsatzmöglichkeiten auszugehen ist. Denn die zumutbare Tätigkeit ist vorliegend nicht nur in so eingeschränkter Form möglich, dass sie der allgemeine Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder nur unter nicht realistischen Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers ausgeübt werden kann (ZAK 1989 S. 322 E. 4a). Die Beschwerdeführerin erkennt den rein hypothetischen Charakter des ausgeglichenen Arbeitsmarktes, an dem festzuhalten ist, weil nur so die Risiken

Arbeitslosigkeit und Invalidität voneinander abgegrenzt werden können. So geht es beim als ausgeglichen und terstellten Arbeitsmarkt nicht um offene Stellen, sondern um (gesundheitlich zumutbare) Beschäftigungsmöglichkeiten, welche der Arbeitsmarkt von seiner Struktur her, jedoch abstrahiert von den konjunkturellen Verhältnissen, umfasst (vgl. nicht veröffentlichtes Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 16. Juli 2003, I 758/02). 5.

Da demzufolge weder in medizinischer noch in erwerblicher Hinsicht eine renten beeinflussende Änderung eingetreten ist, wies die Beschwerdegegnerin das Erhöhungsgesuch zu Recht ab. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 6.

6.1

Im verwaltungsgerichtlichen Beschwerdeverfahren sind grundsätzlich nur Rechtsverhältnisse zu überprüfen bzw. zu beurteilen, zu denen die zuständige Verwaltungsbehörde vorgängig verbindlich in Form einer Verfügung bzw. eines Einspracheentscheids Stellung genommen hat. Insoweit bestimmt die Verfügung bzw. der Einspracheentscheid den beschwerdeweise weiterziehbaren Anfechtungsgegenstand. Umgekehrt fehlt es an einem Anfechtungsgegenstand und somit an einer Sachurteilsvoraussetzung, wenn und insoweit keine Verfügung bzw. kein Einspracheentscheid ergangen ist (BGE 131 V 164 E. 2.1; 125 V 413 E. 1a S. 414). 6.2

Vorliegend bildete Gegenstand des angefochtenen Entscheids vom 12. April 2012 lediglich die revisionsweise Überprüfung der halben Invalidenrente. Eine Ausdehnung des Anfechtungsgegenstandes (vgl. BGE 130 V 501, 122 V 34 E. 2a mit Hinweisen) im Sinne des von der Beschwerdegegnerin in ihrer Beschwerdeantwort vom 25. Juni 2012 (Urk. 5) gestellten Antrages, dass die Verfügung vom 1. August 2004 (bzw. vom 1. Dezember 2004), mit welcher der Beschwerdeführerin mit Wirkung ab Mai 2004 eine unbefristete halbe Invalidenrente zugesprochen worden war, zweifellos unrichtig gewesen und deshalb die halbe Rente für die Zukunft aufzuheben sei (vgl. hierzu BGE 121 V 1 E. 6), entzieht sich zum vornherein der Beurteilungsbefugnis des Gerichts. Dies würde auf eine Wiedererwägung der formell rechtskräftigen Verfügung vom 1. August 2004 bzw. 1. Dezember 2004 mit Wirkung für die Zukunft hinauslaufen, wozu das Gericht nicht befugt ist. Dem Antrag der Beschwerdegegnerin, im Rahmen einer anzudrohenden reformatio in peius sei die seit Mai 2004 laufende halbe Invalidenrente aufzuheben, kann demnach nicht gefolgt werden (vgl. ZAK 1985 58).

6.

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. 600.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Michael Ausfeld -
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 Bundes
gesetzes 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 1 5. Juli bis und mit 1
5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu
stellen.

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). Sozialversicherungsgericht des Kantons
Zürich Der Vorsitzende Der Gerichtsschreiber Hurst Giger CA/GI/IK versandt

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