

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00449 vom 4. April 2025**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2025-04-04, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2024.00449](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2024.00449)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00449 du 4 avril 2025

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00449 del 4 aprile 2025

## **Erwägungen**

### **E. 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.

### **E. 1.1**

Invalidität  
ist  
die  
voraussichtlich  
bleibende  
oder  
längere  
Zeit  
dauernde  
ganze  
oder  
teilweise

Erwerbsunfähigkeit  
(Art.  
8  
Abs.

### **E. 1.2**

Anspruch  
auf  
eine  
Rente  
haben  
gemäss  
Art.

28

Abs.

1

des

Bundesgesetzes

über

die

Invalidenversicherung

( IVG )

Versicherte,

die: a.

ihre

Erwerbsfähigkeit

oder

die

Fähigkeit,

sich

im

Aufgabenbereich

zu

betätigen,

nicht

durch

zumutbare

Eingliederungsmassnahmen

wieder

herstellen,

erhalten

oder

verbessern

können; b.

während

eines

Jahres

ohne  
wesentlichen  
Unterbruch  
durchschnittlich  
mindes tens  
40  
%  
arbeitsunfähig  
(Art.  
**E. 1.3**  
War  
eine  
Rente  
wegen  
eines  
zu  
geringen  
Invaliditätsgrades  
verweigert  
worden  
und  
ist  
die  
Verwaltung  
auf  
eine  
Neuanmeldung  
eingetreten  
(Art.  
87  
Abs.  
3  
der  
Verordnung

über  
die  
Invalidenversicherung,  
IVV),  
so  
ist  
im  
Beschwerdeverfahren  
zu  
prüfen,  
ob  
im  
Sinne  
von  
Art.  
17  
ATSG  
eine  
für  
den  
Rentenanspruch  
relevante  
Änderung  
des  
Invaliditätsgrades  
eingetreten  
ist  
(BGE  
117  
V  
198  
E.  
3a  
mit

Hinweis;  
Urteil  
des  
Bundesgerichts  
I  
659/04  
vom

**E. 1.4**

UV170510 Beweiswert eines Arztberichts 06.2024 Hinsichtlich  
des  
Beweiswertes  
eines  
Arztberichtes  
ist  
entscheidend,  
ob  
dieser  
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  
der  
Experten  
begründet  
sind  
(BGE  
134  
V  
231  
E.  
5.1,

125

V

351

E.

3a

mit

Hinweis;

Urteil

des

Bundesgerichts

9C\_587/2023

vom

8.

April

2024

E.

4.2). UV170530 Beweiswert von versicherungsinternen ärztlichen Einschätzungen 01.2021

Nach

der

Rechtsprechung

kommt

auch

den

Berichten

und

Gutachten

versicherungsinterner

Ärztinnen

und

Ärzte

Beweiswert

zu,

sofern

sie

als  
schlüssig  
erscheinen,  
nachvollziehbar  
begründet  
sowie  
in  
sich  
widerspruchsfrei  
sind  
und  
keine  
Indizien  
gegen  
ihre  
Zuverlässigkeit  
bestehen  
(BGE  
125  
V  
351  
E.  
3b/ee).  
2.  
**E. 2**  
ATSG).  
**E. 2.1**  
Im  
angefochtenen  
Entscheid  
erwog  
die  
Beschwerdegegnerin,  
ihre

Abklärungen

hätte

keine

anhaltende

gesundheitliche

Verschlechterung

ergeben.

Die

vorübergehende

Erwerbsunfähigkeit

infolge

der

stattgehabten

Steissbeinfraktur

und

osteoporotischen

Wirbelkörpersinterungen

des

Brustwirbels

sein

unbeachtlich.

Eine

anhaltende

Verschlechterung

sei

auch

auf

psychischem

Fachgebiet

nicht

erkennbar.

Insbesondere

könne

die

vom  
behandelnden  
Psychotherapeuten  
diagnostizierte  
anhaltende  
Wesensänderung  
nach  
Extrembelastung  
nicht  
bestätigt  
werden  
( Urk.  
2).

### **E. 2.2**

Dagegen  
wandte  
die  
Beschwerdeführerin  
ein,  
gestützt  
auf  
das  
seitens  
der  
Unfallversicherung  
veranlasste  
Gutachten  
des  
A.\_\_\_\_ ,  
B .\_\_\_\_ ,  
vom  
2

### **E. 6**

ATSG)

gewesen  
sind;  
und c.  
nach  
Ablauf  
dieses  
Jahres  
zu  
mindestens  
40  
%  
invalid  
(Art.

### **E. 6.1**

Die  
Beurteilungen  
von  
Dres.  
H.\_\_\_\_  
und  
K.\_\_\_\_  
sind  
den  
in  
der  
Rechtsprechung  
des  
Bundesgerichts  
entwickelten  
Anforderungen  
(vgl.  
E.  
1.4)  
in

allen  
Teilen  
genügend  
als  
beweiskräftig  
anzusehen,  
weshalb  
zusammen  
mit  
der  
Beschwerdegegnerin  
darauf  
abzustellen  
ist.

#### **E. 6.2**

Die  
somatischen  
Beschwerden  
sind  
weitestgehend  
vorbestehend.  
Die  
laut  
behandelnde m  
Hausarzt  
im  
Vordergrund  
stehenden  
Rückenschmerzen  
bestanden  
seit  
ein em  
Unfall  
199 8.

Chronische  
Nacken-Schulter-Armbeschwerden,  
ein  
chronisches  
lumbovertebrales  
Schmerzsyndrom  
und  
chronische  
Kniebeschwerden  
wurden  
bereits  
im  
A.\_\_\_\_ -Gutachten  
2014  
diagnostiziert  
(vgl.  
hievon  
E.  
4.;  
Urk.  
8/92/31 ).  
Die  
neu  
hinzugetretenen  
Befunde  
an  
der  
Wirbelsäule  
führten  
nach  
überzeugender  
und  
auch  
unbestritten

geliebener  
Einschätzung  
von  
RAD-Arzt  
H.\_\_\_\_  
lediglich  
zu  
einer  
vorübergehenden  
Verschlechterung.  
Eine  
wesentliche  
Veränderung  
ihrer  
somatischen  
Gesundheit  
macht  
die  
Beschwerdeführerin  
denn  
auch  
nicht  
geltend.  
6. 3  
In  
psychiatrischer  
Hinsicht  
wurde  
bereits  
im  
A.\_\_\_\_ -Gutachten  
vom  
5.  
Juni

2014  
eine  
leichte  
depressive  
Episode  
und  
eine  
Schmerzstörung  
mit  
somatischen  
und  
psychischen  
Faktoren  
diagnostiziert.  
Ängste,  
insbesondere  
Existenzängste ,  
wurden  
ebenfalls  
bereits  
damals  
dokumentiert  
( Urk.  
8/92  
S.  
9).  
Zudem  
erfolgen  
psychiatrische  
Explorationen  
von  
der  
Natur  
der

Sache  
her  
nicht  
ermessensfrei,  
weshalb  
verschiedene  
medizinisch-psychiatrische  
Interpretationen  
möglich,  
zulässig  
und  
zu  
respektieren  
sind,  
sofern  
der  
Experte  
lege  
artis  
vorgegangen  
ist  
(vgl.  
Urteil  
des  
Bundesgerichts  
8C\_694/2008  
vom  
5.  
März  
2009  
Erw.  
5.1).  
Entsprechend  
lässt

sich  
aus  
einer  
neu  
hinzugetretene n  
Diagnose  
nicht  
per  
se  
auf  
eine  
Verschlechterung  
schliessen  
(BGE  
141  
V  
9  
E.  
5.2;  
141  
V  
385  
E.  
4.2).  
Kommt  
hinzu,  
dass  
die  
D.\_\_\_\_ -Gutachter  
sichere  
Hinweise  
für  
eine  
namhafte

Veränderung  
des  
psychiatrischen  
Gesundheitszustandes  
seit  
2018  
verneinten  
[gemäss  
Fragestellung  
der  
Unfallversicherung ,  
welche  
die  
UV-Rente  
per  
31.  
März  
2018  
aufgehoben  
hatte ,  
vgl.  
Urk.  
8/181/5 ,  
Urk.  
8/181/13 ,  
Urk.  
8/181/62 ;  
vgl.  
auch  
die  
Wiedererwägungsverfügung  
der  
Unfallversicherung  
vom

1 0.  
Juli  
2023,  
Urk.  
3/5 ] ;  
dies  
nachdem  
sie  
es  
aufgrund  
der  
spärlichen  
Aktenlage  
als  
sehr  
schwierig  
erachteten,  
den  
Verlauf  
zwischen  
2006  
und  
20 1 8  
genauer  
einzuschätzen,  
jedoch  
sichere  
Hinweise  
auf  
eine  
Veränderung  
verneinten  
( Urk.  
8/181/13 ;

vgl.  
auch  
Urk.  
8/181/120 ) .  
Damit  
konkordant  
führte  
die  
Beschwerdeführer in  
gegenüber  
dem  
psychiatrischen  
Gutachter  
selbst  
aus,  
die  
Beschwerden  
sein  
in  
den  
vergangenen  
23  
Jahren  
mehr  
oder  
weniger  
gleich  
geblieben;  
die  
täglichen  
Schmerzen,  
die  
Konzentrationsstörungen,  
die

Angst,  
das  
Haus  
zu  
verlassen,  
die  
Höhenangst,  
die  
Angst  
vor  
Rolltreppen  
sei/seien  
insgesamt  
gleichgeblieben  
(vgl.  
Urk.  
8/181/108 ,  
vgl.  
auch  
Urk.  
8/181/61  
f. ).  
Weiter  
führten  
die  
D.\_\_\_\_ -Gutachter  
nachvollziehbar  
begründet  
aus,  
weshalb  
sie  
die  
im  
Schreiben

des  
behandelnden  
Psychotherapeuten  
vom  
5.  
März  
2022  
(vgl.  
E.  
5.4)  
genannten  
Diagnosen  
nicht  
bestätigen  
können  
(Urk.  
8/181/119).  
Insbesondere  
liess  
lic.  
phil.  
C.\_\_\_\_  
dabei  
objektive  
Befunde  
und  
eine  
Auseinandersetzung  
mit  
den  
einschlägigen  
ICD-Kriterien  
vermissen.  
Es

fällt  
zudem  
auf,  
dass  
er  
eine  
Zustandsverschlechterung  
vornehmlich  
mit  
den  
psychosozialen  
Umständen  
(Auswanderung  
der  
bisherigen  
Therapeuten,  
Pensionierung  
der  
Anwältin,  
fehlendes  
Verständnis  
ihrer  
Bezugspersonen,  
Rentenaufhebung,  
Verlust  
der  
zuletzt  
innegehabten  
Stelle)  
begründete,  
wofür  
die  
IV  
prinzipiell

nicht  
einzustehen  
hat  
und  
welche  
teilweise  
vor  
dem  
massgeblichen  
Vergleichszeitpunkt  
bereits  
eingetreten  
waren .  
Alsdann  
fallen  
Z-codierte  
Diagnosen  
nach  
ICD-10  
wie  
beispielsweise  
akzentuierte  
Persönlichkeitszüge  
(ICD-10  
Z73.1)  
als  
solche  
nicht  
unter  
den  
Begriff  
der  
invaliditätsrechtlich  
erheblichen

Gesundheitsbeeinträchtigungen

(vgl.

Urteil

des

Bundesgerichts

8C\_787/2021

vom

23.

März

2022

E.

14.1

mit

Hinweis).

Mithin

ist

die

im

D.\_\_\_\_-Gutachten

neu

diagnostizierte

Persönlichkeitsakzentuierung

unbeachtlich .

Entsprechend

ergab

sich

daraus

auch

kein

Anlass

zur

Durchführung

einer

Indikatorenprüfung

nach  
Massgabe  
von  
BGE  
141  
V  
28 1.  
Aus  
dem  
Umstand,  
dass  
die  
D.\_\_\_\_ -Gutachter  
der  
Beschwerdeführerin  
30% ige  
Arbeitsunfähigkeit  
attestierten  
lässt  
sich  
per  
se  
nichts  
zu  
ihrem  
Vorteil  
ableiten .  
Vermag  
doch  
eine  
höhere  
Einschätzung  
der  
Arbeitsunfähigkeit

(Urteil  
des  
Bundesgerichts  
9C\_955/2012  
vom  
13.  
Februar  
2013  
E.  
3.3.4)  
für  
sich  
allein  
keine  
relevante  
Gesundheitsveränderung  
darzustellen  
und  
hat  
sich  
der  
syndromale  
Zustand  
seit  
der  
Rentenaufhebung  
(April  
2016)  
nicht  
verändert .  
Damit  
erweist  
es  
sich

–

entgegen

den

beschwerdeweisen

Vorbringen

–

auch

nicht

als

widersprüchlich,

wenn

der

RAD-Arzt

Dr.

K.\_\_\_\_

das

D.\_\_\_\_ -Gutachten

als

beweiskräftig

taxierte

und

gleichzeitig

eine

IV-relevante

Verschlechterung

verneinte.

Erwähnenswert

ist

schliesslich

auch,

dass

sich

auf

neuropsychologischer

Ebene  
signifikante  
Verbesserungen  
in  
den  
validen  
Testresultaten  
ergaben.  
6. 4  
Zusammenfassend  
ist  
aufgrund  
der  
aufschlussreichen  
und  
beweiskräftigen  
Aktenlage ,  
insbesondere  
beweiskräftigten  
RAD-Beurteilungen  
erstellt,  
dass  
sich  
seit  
der  
rentenaufhebende n  
Verfügung  
vom  
5.  
April  
2016  
bis  
zum  
Erlass

der  
vorliegend  
angefochtenen  
Verfügung  
vom  
18.  
Juni  
2024  
(Urk.  
2)  
keine  
revisionsrelevante  
Veränderung  
in  
den  
gesundheitlichen  
Verhältnissen  
ergibt .  
Damit  
besteht  
–  
entgegen  
der  
Beschwerdeführerin  
–  
auch  
kein  
weiterer  
Abklärungsbedarf  
(antizipierte  
Beweiswürdigung;  
vgl.  
Urteil  
des

Bundesgerichts

8C\_468/2007

vom

6.

Dezember

2006

E.2.2

mit

Hinweisen).

Der

Vollständig keit

halber

an zu merken

ist

schliesslich

auch,

dass

die

Beschwerdeführerin

–

entgegen

den

irrigen

Ausführungen

im

Schreiben

vom

21.

Juni

2022

–

seit

Januar

2015

und  
damit  
bereits  
vor  
der  
rentenaufhebenden  
Verfügung  
vom  
5.  
April  
2016  
arbeitslos  
war  
( Urk.  
8/101/6,  
vgl.  
auch  
Urk.  
8/173)  
und  
insoweit  
auch  
in  
tatsächlicher  
resp.  
beruflicher  
Hinsicht  
keine  
revisionsrelevante  
Veränderung  
eingetreten  
ist .  
Weil  
es

damit  
an  
einem  
Revisionsgrund  
fehlt,  
bleibt  
kein  
Raum  
für  
eine  
in  
rechtlicher  
und  
tatsächlicher  
Hinsicht  
umfassende  
Prüfung  
des  
Rentenanspruchs.  
Damit  
gehen  
auch  
die  
beschwerdeweisen  
Vorbringen  
zur  
Verwertbarkeit  
der  
Restarbeitsfähigkeit  
ins  
Leere.  
Die  
angefochtene  
Verfügung

erweist  
sich  
als  
rechtens  
und  
die  
Beschwerde  
ist  
entsprechend  
abzuweisen.

7 .

Die

Kosten

des

Verfahrens

sind

auf

Fr.

6 00.--

festzulegen

und

ausgangsgemäss

von

der

Beschwerdeführerin

zu

tragen

(Art.

69

Abs.

1

bis

IVG). Das

Gericht

erkennt: 1.

Die

Beschwerde

wird

abgewiesen. 2.

Die

Gerichtskosten

von

Fr.

600.--

werden

der

Beschwerdeführerin

aufgelegt.

Rechnung

und

Einzahlungsschein

werden

der

Kostenpflichtigen

nach

Eintritt

der

Rechtskraft

zugestellt. 3.

Zustellung

gegen

Empfangsschein

an: - Rechtsanwältin

Astrid

Meienberg - Sozialversicherungsanstalt

des

Kantons

Zürich,

IV-Stelle - Bundesamt

für

Sozialversicherungen sowie

an: - Gerichtskasse

(im

Dispositiv

nach

Eintritt

der

Rechtskraft) 4.

Gegen

diesen

Entscheid

kann

innert

30

Tagen

seit

der

Zustellung

beim

Bundesgericht

Beschwerde

eingereicht

werden

(Art.

82

ff.

in

Verbindung

mit

Art.

90

ff.

des  
Bundesgesetzes  
über  
das  
Bundesgericht,  
BGG).

Die  
Frist  
steht  
während  
folgender  
Zeiten  
still:

vom  
siebenten  
Tag  
vor  
Ostern

bis  
und  
mit  
dem  
siebenten

Tag  
nach  
Ostern,

vom

**E. 8**  
Abs.

1 bis

und

1 ter

nicht

ausgeschöpft

sind  
(Art.  
28  
Abs.  
1 bis  
IVG).  
Gemäss  
Art.  
28b  
Abs.  
1  
IVG  
wird  
die  
Höhe  
des  
Rentenanspruchs  
in  
prozentualen  
Anteilen  
an  
einer  
ganzen  
Rente  
festgelegt.  
Bei  
einem  
Invaliditätsgrad  
von  
50-69  
%  
entspricht  
der  
prozentuale

Anteil  
dem  
Invaliditätsgrad  
(Abs.  
2).  
Bei  
einem  
Invaliditätsgrad  
ab  
70  
%  
besteht  
Anspruch  
auf  
eine  
ganze  
Rente  
(Abs.  
3).  
Bei  
einem  
Invaliditätsgrad  
unter  
50  
%  
gelten  
die  
folgenden  
prozentualen  
Anteile  
(Abs.  
4): Invaliditätsgrad prozentualer

Anteil 49 Prozent 47.5 Prozent 48 Prozent 45 Prozent 47 Prozent 42.5 Prozent 46  
Prozent 40 Prozent 45 Prozent 37.5 Prozent 44 Prozent 35 Prozent 43 Prozent 32.5 Prozent 42

Prozent30Prozent 41 Prozent27.5Prozent 40 Prozent25Prozent

## **E. 9**

August

2022

bestehe

neu

eine

gemischte

Angststörung

sowie

Persönlichkeitsakzentuierung

mit

histrionen

und

dependenten

Zügen

mit

Auswirkungen

auf

die

Arbeitsfähigkeit.

Damit

sei

eine

nachhaltige

Verschlechterung

seit

der

Rentenaufhebung

im

Jahre

2016

zweifelsfrei

nachgewiesen.

Zudem  
habe  
die  
Beschwerdeführerin  
unzulässigerweise  
auf  
die  
Durchführung  
eines  
strukturierten  
Beweisverfahrens  
nach  
BGE  
143  
V  
409  
verzichtet.  
Der  
RAD-Psychiater  
habe  
das  
D.\_\_\_\_-Gutachten  
als  
beweisbildend  
qualifiziert.  
Wenn  
er  
gleichzeitig  
zum  
Schluss  
komme,  
es  
ergebe  
sich

daraus  
keine  
nachhaltige  
Veränderung  
zum  
Vorgutachten  
( A.\_\_\_\_  
2014) ,  
sei  
dies  
absolut  
widersprüchlich  
und  
nicht  
nachvollziehbar.  
Im  
A.\_\_\_\_ -Gutachten  
sei  
weder  
eine  
Angststörung  
noch  
Persönlichkeitsakzentuierung  
oder  
Arbeitsunfähigkeit  
festgehalten  
worden.  
Mithin  
bestünden  
erheblich  
Zweifel  
an  
der  
versicherungsinternen

Beurteilung  
und  
müsse  
ein  
externes  
Gutachten  
veranlasst  
werden.  
Darüber  
hinaus  
liege  
bei  
der  
im  
Zeitpunkt  
der  
Wiederanmeldung  
im  
Juni  
2022  
62-jährige  
Beschwerdeführerin  
keine  
verwertbare  
Restarbeitsfähigkeit  
vor  
( Urk.  
1) .  
3.  
Die  
Beschwerdegegnerin  
ist  
auf  
die

Neuanmeldung

vom

15.

Juni

2022

eingetreten.

Strittig

und

zu prüfen

ist,

ob

seit

der

gerichtlich

rechtskräftig

bestätigten

Rentenaufhebung

vom

5.

April

2016

eine

revisionsrelevante

Veränderung

eingetreten

ist

(vgl.

hievor

E.

1.3) .

4.

Die

rentenaufhebende

Verfügung

vom  
5.  
April  
2016  
stützte  
sich  
auf  
das  
poly disziplinäre  
Gutachten  
des  
A.\_\_\_\_  
vom  
5.  
Juni  
2014  
(Urk.  
8 /92 ) .  
Darin  
hielten  
die  
begutachtenden  
Fachärzte  
folgende  
Diagnosen  
mit  
Einfluss  
auf  
die  
Arbeitsfähigkeit  
fest  
( Urk.  
8 /92/31 ) : - C hronische  
Nacken-Schulter-Armbeschwerden

unter  
Betonung  
der  
dominanten  
rechten  
Seite  
(ICD-10  
M54.2/M79.60)  
- Status  
nach  
Verletzung  
in  
einem  
bremsenden  
Bus  
am  
18.  
Mai  
1998  
–  
radiologisch  
altersentsprechender  
Befund  
der  
HWS ; - chronisches  
lumbovertebrales  
Schmerzsyndrom  
(ICD-10 :  
M54.5)  
- radiologisch  
Chondrose  
Lendenwirbelkörper  
(LWK)4/5/Sakralwirbelkörper  
(SWK)1 ; - chronische

Kniebeschwerden

rechts

(ICD-10 :

M17.0)

- klinische

Zeichen

der

femoropatellären

Degeneration

beidseits

- Tinnitus

beidseits

(ICD-10 1:

H91.3)

- mittelgradig

kompensiert

- intermittierende

Schwindelsymptomatik

(ICD-10 :

H82)

- ohne

Hinweis

auf

periphere

vestibuläre

Funktionsstörung

- Differentialdiagnose

zervikogen-proprioceptiv

bedingt

Diagnosen

ohne

Einfluss

auf

die

Arbeitsfähigkeit

nannten

sie

folgende

(Urk.

8 /92/31):

- L eichte

depressive

Episode

(ICD-10 :

F32.0) ; - Schmerzstörung

mit

somatischen

und

psychischen

Faktoren

(ICD-10 :

F45.41) ; - chronisches

Spannungstyp-Kopfweh

(ICD-10 :

G44.2) ; - Status

nach

Commotio

cerebri

am

24.

Juli

2002

(ICD-10 :

S06.0) ;

- anamnestisch

Status

nach

Osteosynthese

einer

Sprunggelenksfraktur

rechts

am

**E. 11**

- (Anmerkung

des

Gerichts:

Fraktur

des

Os

sacrum,

vgl.

Urk.

157/21) - Wirbelsäulenstabilisation

mit

Vertebroplastie

am

2 4.

Juli

2020 ; - c hronische

Schmerzen

im

Bereich

der

LWS

(LSS)

rechts - Diskopathie

L4/ 5.

Spinalkanalstenose - Kontusion

LWS

nach

Auffahrunfall

März

2018 ; - c hronisches  
Zervicalsyndrom  
nach  
HWS  
Distorsionstrauma  
Mai  
1998 - 50  
%  
IV-Berentung - Diskushernie  
C5/6,  
Diskopathie  
C4/5 ; - Bizepstendinopathie  
Schulter  
rechts  
bei  
Omarthrose - Schulteroperation  
März  
2018 ; - Nasenseptumdeviation  
nach  
rechts ; - c hronisch  
rezidivierende  
Lidekzeme - Follikulitiden  
ant.  
Nasenseptum  
beidseits ; - Tinnitus  
beidseits .  
Von  
somatischer  
Seite  
seien  
insbesondere  
die  
seit  
einem

Unfall  
1998  
vorbestehenden  
Rückenschmerzen  
von  
zentraler  
Bedeutung.  
Seither  
sei  
die  
Beschwerdeführerin  
anamnestisch  
auch  
unter  
der  
Analgesie  
nie  
wieder  
schmerzfrei  
gewesen.  
Betreffend  
die  
arterielle  
Hypertonie  
und  
Osteoporose  
sei  
sie  
in  
hausärztlicher  
Behandlung.  
Gemäss  
Besprechung  
mit

der  
Beschwerdeführerin  
bestehe  
bei  
flexiblen  
Arbeitszeiten  
eine  
Arbeitsfähigkeit  
von  
20  
% ;  
im  
geschützten  
Rahmen  
allenfalls  
50  
%  
( Urk.  
8/157/2) . 5.2  
Aldann  
bestand  
eine  
frische  
leichte  
progrediente  
Sinterung  
BWK  
10  
mit  
Bodenplattenimpression,  
welche  
in  
der  
G.\_\_\_\_

Klinik  
am  
29.  
November  
2021  
operiert  
wurde  
(Wirbelkörperstabilisation  
BWK  
10  
mit  
Vertebroplastie,  
Knochenzement  
Confidence;  
vgl.  
Operationsbericht,  
Urk.  
8/157/13).  
Dem  
Sprechstundenbericht  
des  
Operators  
vom  
31.  
Januar  
2022  
zufolge  
habe  
sich  
die  
Beschwerdeführerin  
vom  
Eingriff  
ordentlich

erholt.  
Es  
bestünden  
noch  
Schmerzen  
und  
eine  
eingeschränkte  
Belastbarkeit.  
Das  
Verlaufs-MRI  
der  
BWS  
habe  
einen  
günstigen  
Befund  
ergeben.  
Vorderhand  
sein  
bis  
auf  
die  
Weiterführung  
der  
Physiotherapie  
keine  
weiteren  
Massnahmen  
geplant  
(Urk.  
8/157/4).  
5.3  
Mit

interner  
Stellungnahme  
vom  
20.  
Juni  
2023  
hielt  
Dr.  
med.  
H.\_\_\_\_ ,  
Facharzt  
FMH  
für  
orthopädische  
Chirurgie  
und  
Traumatologie  
des  
Bewegungsapparates,  
regionaler  
ärztlicher  
Dienst  
(RAD)  
fest,  
seit  
der  
Rentenaufhebung  
sei  
es  
zu  
temporären  
Verschlechterungen  
gekommen  
infolge

der  
Fraktur  
des  
Os  
sacrum  
sowie  
osteoporotischen  
Wirbelkörpersinterungen  
des  
Brustwirbels  
Th10  
und  
Th11  
nach  
dem  
Sturz  
vom  
2 1.  
Juli  
202 0.  
Eine  
Arbeitsunfähigkeit  
sei  
nicht  
attestiert  
worden.  
Retrospektiv  
könne  
ab  
dem  
2 1.  
Juli  
2020  
über

einen  
Zeitraum  
von  
6  
Monaten  
eine  
Verschlechterung  
des  
Gesundheitszustandes  
mit  
temporärer  
100%iger  
Arbeitsunfähigkeit  
angenommen  
werden.  
Die  
beiden  
Wirbelbrüche  
seien  
mittels  
eines  
minimal  
invasiven  
operativen  
Eingriffs  
über  
zwei  
Stichinzisionen  
am  
Rücken  
durch  
eine  
Vertebroplastie  
(Auffüllung

des  
Wirbelkörpers  
mit  
Knochenzement)  
stabilisiert  
worden.  
Eine  
Behandlungsbedürftigkeit  
aufgrund  
dieser  
ausgeheilten  
Verletzungen  
bestehe  
nicht  
mehr  
und  
damit  
auch  
keine  
dauerhafte  
Beeinträchtigung.  
Die  
übrigen  
somatischen  
Diagnosen  
seien  
vorbekannt  
oder  
nicht  
arbeitsrelevant.  
Eine  
Verschlechterung  
der  
gesundheitlichen

Situation  
seit  
der  
letzten  
Beurteilung  
ergebe  
sich  
nicht  
( Urk.  
8/176/5;  
vgl.  
auch  
die  
interne  
Stellungnahme  
von  
RAD-Ärztin  
dipl.  
med.  
I.\_\_\_\_ ,  
Fachärztin  
FMH  
für  
Innere  
Medizin/Prävention  
und  
Gesundheitswesen,  
vom  
21.  
September  
2022,  
Urk.  
8/176/2).  
5.4

In  
psych otherapeut ischer  
Hinsicht  
hielt  
der  
behandelnde  
lic.  
phil.  
C.\_\_\_\_  
im  
Schreiben  
zuhanden  
der  
Beschwerdegegnerin  
vom  
2 1.  
Juni  
2022,  
ebenfalls  
gezeichnet  
von  
Dr.  
med.  
J.\_\_\_\_ ,  
Fach ä rzt in  
FMH  
für  
Psychiatrie  
und  
Psychotherapie,  
fest,  
die  
Beschwerdeführerin  
habe

nach  
ihrer  
Unfall-  
und  
Leidensgeschichte  
inständig  
auf  
einen  
konstanteren  
Verlauf  
gehofft.  
Allerdings  
sei  
ihr  
vormaliger  
Psychiater  
nach  
Deutschland  
ausgewandert  
und  
ihre  
Anwältin  
pensioniert  
worden.  
Dies  
habe  
ihr  
den  
Boden  
unter  
den  
Füssen  
weggezogen.  
Alsdann

habe  
sich  
anlässlich  
eines  
Besuchs  
von  
ihrem  
Vater  
gezeigt,  
dass  
dieser  
keine  
Rücksicht  
nehme  
auf  
ihr  
Krankheitssituation.  
Dasselbe  
gelte  
für  
ihren  
Ex-Partner.  
Dies  
habe  
die  
Beschwerdeführerin  
über  
ihre  
Grenzen  
gebr acht.  
Als  
massiv  
gesundheitsschwächend  
sei

auch  
die  
Rentenaufhebung  
im  
Jahr  
2014  
zu  
be trachten  
sowie  
der  
direkt  
anschliessende  
Verlust  
ihrer  
50%-Stelle .  
In  
diagnostischer  
Hinsicht  
nannte  
er  
(1)  
ein  
Schock-  
und  
Schleudertrauma  
nach  
Unfall,  
das  
sich  
über  
die  
Jahre  
zu  
einer

komplexen  
posttraumatischen  
Belastungsstörung  
(ICD-10:  
F43.1)  
ausgeweitet  
haben  
mit  
konsekutiven  
chronifizierten  
Kopfschmerzen,  
Tinnitus,  
Schwindel  
und  
Schlafstörungen,  
(2)  
ein  
Erschöpfungssyndrom  
( ICD-10:  
F48.0),  
eine  
rezidivierende  
depressive  
Störung  
mittleren  
Grades  
( ICD-10:  
F32.1),  
(3)  
psychoorganische  
Störungen  
durch  
langjährigen  
Medikamentengebrauch

( ICD-10:  
F55.2)  
sowie  
(4)  
eine  
Persönlichkeitsstörung

nach  
Extremsituation

( ICD-10:

F62.0 ;

Urk.

8/153;

vgl.

auch

das

inhaltlich

identische

Schreiben

zuhanden

des

D.\_\_\_\_

vom

5.

März

2022,

Urk.

8/168 ).

5.5

Dem

von

der

Unfallversicherung

veranlassten

und

ein wand weise  
eingereichten  
polydisziplinären  
(Neurologie/Neuropsychologie/Psychiatrie)  
Gutachten  
de r  
D.\_\_\_\_  
B.\_\_\_\_  
vom  
2 9.  
August  
202 2  
sind  
folgende  
Diagnosen  
mit  
Auswirkungen  
auf  
die  
Arbeitsfähigkeit  
zu  
entnehmen  
( Urk.  
8/181/12): - Leichte  
depressive  
Episode  
(ICD-10:  
F32.0) ; - c hronische  
Schmerzstörung  
mit  
somatischen  
und  
psychischen  
Faktoren

(ICD-10:  
F45.41) ; - g emischte  
Angststörung

(ICD-10:  
F41.3) ; - Persönlichkeitsakzentuierung  
mit  
histrionen  
und  
dependenten

Zügen  
(ICD-10:  
Z73.1) .  
Ohne  
Auswirkungen  
auf  
die  
Arbeitsfähigkeit  
diagnostizierten  
die  
begutachtenden  
Fachärzte

(1)  
einen  
Status  
nach  
HWS-Distorsion

am  
1 8.  
Mai  
1998,

(2)  
einen  
Status  
nach

möglicher  
leichter  
traumatischer  
Hirnverletzung  
nach  
EFNS  
2002,  
(3)  
den  
Verdacht  
auf  
ein  
Karpaltunnelsyndrom  
beidseits,  
rechtsbetont,  
(4)  
ein  
chronisches  
zervikovertebrales  
(bis  
zervicocephales)  
und  
lumbovertebrales  
Schmerzsyndrom  
sowie  
(5)  
den  
Verdacht  
auf  
eine  
Essstörung  
( Urk.  
8/181/12).  
Von

somatischer  
Seite  
stehe  
ein  
funktionelles  
Beschwerdebild  
mit  
verfestigter,  
inzwischen  
hochgradig  
chronifizierter  
Schmerzstörung  
im  
Vordergrund,  
wobei  
die  
psychiatrische  
Komorbidität  
das  
dominierende  
Krankheitsbild  
darstelle.  
Zu  
einem  
vergleichbaren  
Ergebnis  
sei  
auch  
der  
Vorgutachter  
gekommen.  
Klinisch  
neurologisch  
hätten

sich  
bis  
auf  
muskuläre  
Verspannungen  
der  
Schulter-/Nackenregion  
keine  
namhaften  
pathologischen  
Befunde  
ergeben  
( Urk.  
8/181/8).  
Aus  
neurologischer  
und  
psychiatrischer  
Sicht  
hätten  
sich  
keine  
sicheren  
Hinweise  
für  
eine  
Zustandsverschlechterung  
seit  
November  
20 18  
ergeben  
( Urk.  
8/181/13 ,  
Urk.

8/181/62 ).

In

neuropsychologischer

Hinsicht

habe

sich

seit

dem

Vorgutachten

aus

dem

Jahr e

2019

eine

signifikante

Verbesserung

mit

klinischer

Valenz

bei

Prüfung

der

geteilten

Aufmerksamkeit,

der

mentalen

Flexibilität,

des

visuo-verbalen

Arbeitsgedächtnisses

und

in

Form

rascherer

Entscheidungszeiten  
bei  
Anforderungen  
an  
die  
selektive  
Aufmerksamkeit  
und  
die  
Interferenzkontrolle  
eingestellt.  
Die  
gezeigte  
signifikante  
Verschlechterung  
bei  
figuralen  
Gedächtnisleistungen  
und  
die  
schlechtere  
Wortflüssigkeit  
sein  
mit  
an  
Sicherheit  
grenzender  
Wahrscheinlichkeit  
invalid.  
Insbesondere  
widersprüchen  
sie  
den  
allgemeinen

Modellen  
zur  
Funktionsweise  
des  
menschlichen  
Gedächtnisses  
(Urk.  
8/181/14).  
Aus  
psychiatrischer  
Sicht  
und  
unter  
Berücksichtigung  
der  
neuropsychologischen  
Einschränkungen  
bestehe  
eine  
30%ige  
unfallbedingte  
Arbeitsunfähigkeit  
(Urk.  
8/181/15;  
vgl.  
auch  
Urk.  
8/181/119). 5. 6  
Auf  
entsprechenden  
Vorhalt  
nahm  
Dr.  
med.

K.\_\_\_\_ ,  
Fachärztin  
FMH  
für  
Psychiatrie  
und  
Psychotherapie,  
RAD,  
am  
16.  
April  
2024  
zum  
hievor  
(E.  
5.5 )  
zitierten  
Gutachten  
Stellung.  
Sie  
kam  
zum  
Schluss,  
das  
D.\_\_\_\_ -Gutachten  
erfülle  
die  
Beweiskriterien.  
Eine  
nachhaltige  
Verschlechterung  
im  
Vergleich  
zum

Vorgutachten

2014

sei

nicht

erkennbar

( Urk.

8/187/4). 6.

**E. 15**

August

sowie

vom

**E. 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  
der  
beschwerdeführenden  
Partei  
oder  
ihrer  
Rechtsvertretung  
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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin HurstHediger

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