

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.01533 vom 12. Februar 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-02-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2007.01533

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.01533 du 12 février 2009

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.01533 del 12 febbraio 2009

Erwägungen

E. 1

1.1 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). Weil die angefochtenen Verfügungen am 8. November 2007 ergingen, gelangen die revidierten materiellen Vorschriften des IVG, der IVV und des ATSG im vorliegenden Fall noch nicht zur Anwendung. Bei den im Folgenden zitierten Gesetzes- und Verordnungsbestimmungen handelt es sich deshalb - soweit nichts anderes vermerkt wird - um die Fassungen, wie sie bis Ende 2007 in Kraft gewesen sind.

1.2 Die massgebenden rechtlichen Grundlagen, insbesondere betreffend den Rentenanspruch (Art. 28 IVG), die Invaliditätsbemessung (Art. 16 ATSG) und die anspruchsbeeinflussende Wirkung von Änderungen in der Erwerbsfähigkeit (Art. 88a IVV) sind in einer der angefochtenen Verfügungen zutreffend wiedergegeben (Urk. 2/3, Verfügungsteil 2). Darauf kann verwiesen werden.

E. 2

2.1 Die Beschwerdegegnerin ging davon aus, dass ab August 2003 eine vorangegangene Arbeitsunfähigkeit von durchschnittlich 44 % und damit Anspruch auf eine Viertelsrente, sowie ab November 2003 eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % für jegliche Erwerbstätigkeit und damit ein Invaliditätsgrad von 50 % bestanden habe, weshalb ab November 2003 Anspruch auf eine halbe Rente bestanden habe. In der Folge eines weiteren, am 18. Juni 2004 erlittenen Unfalls hätten sich Arbeitsunfähigkeit und Invaliditätsgrad auf 100 %, erhöht, womit ab September 2004 Anspruch auf eine ganze Rente bestanden habe.

Spätestens ab dem Zeitpunkt der B. -Begutachtung sei von einem verbesserten Gesundheitszustand auszugehen. Die angestammte Tätigkeit sei wieder zu 50 % zumutbar gewesen und leichte, angepasste Tätigkeiten zu 80 % (Urk. 2/3; Verfügungsteil 2 Seite 3 Mitte).

2.2. Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber in ihrer Beschwerde (Urk. 1) auf den Standpunkt, ab Oktober 2002 sei ihr trotz verminderter Leistung der frühere Lohn, mithin teilweise Soziallohn ausbezahlt worden (S. 3 oben) und es habe zum Zeitpunkt des Rentenbeginns (August 2003) bereits ein Invaliditätsgrad von 66 2/3 % bestanden; dementsprechend sei das Wartejahr falsch berechnet worden (S. 3 Mitte). Sodann legte sie dar, inwiefern ihres Erachtens der Unfallversicherer unrichtig entschieden habe (S. 4 f. Ziff. 3, S. 5 f. Ziff. 6), wie es sich mit der Adäquanzbeurteilung (S. 5 Ziff. 4), allfälligen unfallfremden Faktoren (S. 6 Ziff. 6, S. 8 ff.) und der Unfallschwere (S. 10 Ziff. 8) verhalte und mit welchen - einzeln genannten - Mängeln das B. - Gutachten behaftet sei (S. 7 ff. Ziff. 7), während das von ihr eingeholte C. - Gutachten einwandfrei sei (S. 11 Ziff. 5).

2.3. Strittig und zu präzisieren ist, wie es sich mit der Arbeitsfähigkeit und dem Invaliditätsgrad verhält.

Soweit in der Beschwerde Ausführungen zu ausschliesslich in der Unfallversicherung relevanten Aspekten gemacht wurden, erübrigen sich Weiterungen.

E. 3

3.1. Dr. med. D., Facharzt FMH für Neurologie, berichtete am 16. September 2002 über die von ihm durchgeführten Untersuchungen (Urk. 9/47/5-8). Als Diagnose nannte er einen seit Juli 2002 anhaltenden Rückfall eines chronischen, posttraumatischen cervicocephalen Schmerzsyndroms bei Status nach Überdehnungstrauma der HWS am 2. Januar 1994 (S. 1 Mitte). Befundmässig hielt Dr. D. eine eingeschränkte HWS-Beweglichkeit fest; neurologische Auffälle bestanden keine und die durchgeführten Zusatzuntersuchungen seien normal gewesen (S. 3 unten). Der Grad der verbliebenen Arbeitsfähigkeit dürfte sich vermutlich um 80 % bewegen (S. 4 oben).

Dr. med. E., Facharzt für Innere Medizin FMH, berichtete am 8. Februar 2003 (Urk. 9/50) und führte aus, dass er die Beschwerdeführerin von Januar 1997 bis 6. November 2002 behandelt habe (lit. D.1). Als Diagnose nannte er ein chronisches Cervicocephalsyndrom bei Status nach cervikalem Beschleunigungstrauma am 2. Januar 1994 (lit. A). Er attestierte eine Arbeitsunfähigkeit als kaufmännische Angestellte von 20 % seit 28. August 2002 (lit. B).

Dr. med. F., Spezialarzt FMH für Chirurgie, berichtete am 20. März 2003 (Urk. 9/52) über seine Behandlung und Untersuchung im November/Dezember 2002 (lit. D.1). Als Diagnose nannte er einen seit Juli 2002 anhaltenden Rückfall eines chronischen posttraumatischen cervico-cephalen Schmerzsyndroms mit Begleitschwindel und Verdacht auf neuropsychologische Defizite bei Status nach Überdehnungstrauma der HWS am 2. Januar 1994 (lit. A). Er attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % vom 28. August bis 13. November 2002 und von 50 % vom 14. November 2002 bis 7. Februar 2003 (lit. B). Prognostisch führte er aus, der Grad der verbliebenen Arbeitsfähigkeit dürfte sich in der angestammten Tätigkeit im Fach um 80 % bewegen; nach entsprechender Umschulung in eine angepasste Tätigkeit könnte sie auf 100 % gesteigert werden (lit. D.7).

3.2. Am 19. Juni 2003 erstatteten die Ärzte der Rheumaklinik, Universitätsspital G. (G.), ein Gutachten (Urk. 9/54 = Urk. 9/98).

Als Diagnosen nannten die Gutachter ein chronisches zervikozephalisches Syndrom, ein lumbovertebrales Syndrom, eine unklare Läsion in der linken Darmbeinschaukel sowie anamnestisch einen Status nach Bulimie (S. 11, S. 13 Ziff. 4).

Aus rheumatologischer Sicht bestehe während der Zeit der medizinischen Trainingstherapie eine eingeschränkte Arbeitsfähigkeit von 50 % für maximal sechs Monate; anschliessend sei eine abschliessende Beurteilung möglich (S. 12 oben).

Am 30. April 2004 berichteten die Gutachter über ihre am 26. April 2004 erfolgte erneute Untersuchung (Urk. 9/60/6-7). Sie stellten, nebst einer neu erwähnten Anorexia, die gleichen Diagnosen wie im Gutachten vom Juni 2003 (S. 1 Mitte). Die bisher durchgeführten Massnahmen hätten zur Stabilisierung der Situation geführt, jedoch wäre eine medizinische Trainingstherapie nach wie vor indiziert. Die Arbeitsunfähigkeit betrage weiterhin 50 % in der von der Beschwerdeführerin ausgeübten leichten Brotbackerei (S. 2 Mitte).

3.3 Dr. F. berichtete am 13. Juni 2004 über die laufenden Behandlungen (Urk. 9/60/4-5). Er führte aus, seit 14. November 2002 betrage die Arbeitsfähigkeit 50 % als Büroangestellte im Fach. Langfristig könne die Arbeitsfähigkeit in einer der Behinderung angepassten Tätigkeit weiter gesteigert werden, mithin wäre die Beschwerdeführerin in einer Arbeit mit weniger intellektueller Belastung 50-100 % arbeitsfähig (S. 2 Mitte). Es sei mit einer weiteren Besserung zu rechnen, so dass die unfallbedingte Behandlung auf Ende 2004 als abgeschlossen betrachtet werden könne.

3.4 Am 18. Juni 2004 erlitt die Beschwerdeführerin einen Auffahrunfall, als sie vor einem Zebrastreifen anhielt (Urk. 9/61/2).

Am 22. Oktober 2004 sprach die Arbeitgeberin aufgrund der momentanen wirtschaftlichen Lage des Unternehmens und der länger anhaltenden vollen Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin die Kündigung per 31. Januar 2005 aus (Urk. 9/96).

Am 18. November 2004 berichtete Dr. F. über den zwischenzeitlichen Verlauf (Urk. 9/61/5-6 = Urk. 9/91/13-14): Am 18. Juni 2004 sei es erneut zu einem HWS-Distorsionstrauma (bei Seitwärtskollision, mit abgedrehtem Kopf, Kopfanprall und fraglicher Amnesie) gekommen (S. 2 Mitte). In der Folge habe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bis 31. Januar 2005 attestiert werden müssen und es sei parallel zu einer depressiven Entwicklung gekommen. Es sei geplant, ab 1. Februar 2005 wieder eine Arbeitsfähigkeit von 50 % als Fachfrau zu attestieren (S. 2 unten).

Dr. E. berichtete am 15. April 2005 und nannte als Diagnose ein chronisches Cervicocephalsyndrom bei Status nach zweimaligen HWS-Beschleunigungstrauma. Physiotherapie habe keine nennenswerten Fortschritte gebracht, so dass nun eine weitgehend selbständige medizinische Trainingstherapie beabsichtigt sei. Ferner sei eine neurologische Beurteilung vorgesehen (Urk. 9/91/12).

Dr. D. berichtete am 21. April 2005 über seine Untersuchungen (Urk. 9/82/3-5 = Urk. 9/85/3-5 = Urk. 9/91/9-11). Als Diagnose nannte er ein posttraumatisches cervico-cephales Schmerzsyndrom bei Status nach Beschleunigungstrauma der HWS am 18. Juni 2004 (S. 1). Er führte aus, als Folge des

Unfalls von 1994 habe eine Arbeitsfähigkeit von 50 % bestanden (S. 2 Mitte); seit dem zweiten Unfall sei die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsunfähig (S. 3 unten).

Dr. E. ___ berichtete am 28. Januar 2006 (Urk. 9/85/1-2). Er bezeichnete den Gesundheitszustand als stationär (lit. C.1) und attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit 18. Juni 2004 (lit. B).

Am 30. Januar 2006 erlitt die Beschwerdeführerin gemäss dem gleichentags von Dr. E. ___ ausgefüllten Fragebogen (Urk. 9/91/16-17) wiederum ein HWS-Beschleunigungstrauma.

Dr. E. ___ attestierte am 30. Januar 2006 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit dem 18. Juni 2004 und auf unbestimmte Zeit (Urk. 9/91/17 Ziff. 7).

Am 23. Oktober 2006 erstattete Dr. med. H. ___, FMH Innere Medizin, Chefarzt Medizinisches Zentrum B. ___ (B. ___), ein Gutachten (Urk. 9/109/1-45 = Urk. 9/111/1-45 = Urk. 9/115/1-45). Dieses stützte sich auf im September 2006 erfolgte Untersuchungen (vgl. S. 1), die vorhandenen Akten (S. 1-12), die Angaben der Beschwerdeführerin (S. 14-20), die erhobenen Befunde (S. 20 ff.) sowie ein rheumatologisches (S. 23-30), ein neurologisches (S. 30 ff.) und ein psychiatrisches (S. 32-35) Konsilium.

Als aktuelle Beschwerden wurden in der Intensität fluktuierende, ausstrahlende Nackenbeschwerden, Schmerzen im rechten Daumen und Handgelenk sowie Kreuzschmerzen und Schwindelbeschwerden vor allem beim Aufstehen und Gehen genannt (S. 20 Mitte).

Aus rheumatologischer Sicht wurde ausgeführt, die geklagten Beschwerden von Seiten des Bewegungsapparates könnten bezüglich Art und Lokalisation durch die klinischen Befunde weitgehend erklärt werden, nicht aber deren Auswirkung auf den Alltag (S. 28 Mitte). Die Arbeitsfähigkeit hänge von der konkreten Arbeitsplatzsituation ab; ungünstig seien stereotyp belastende Tätigkeiten des linken Schultergürtels oder reine unergonomische stereotypische Haltungspositionen inklusive Kopfstellung. Für eine durchschnittliche Tätigkeit im KV-Bereich mit zirka 80 % Arbeit am PC und 20 % wechselbelastend könne aus rheuma-orthopädischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 50 % (100 % halbtags mit einer verlängerten Pause dazwischen) angegeben werden. Für eine mehr behinderungsangepasste Tätigkeit unter Berücksichtigung der erwähnten ergonomischen Aspekte könne eine Arbeitsfähigkeit von 80 % (2 x 3 Stunden mit längerer Pause dazwischen) angegeben werden (S. 29).

Aus neurologischer Sicht bestanden keine klinisch fassbaren pathologischen Befunde. Geklagte konzentrationale und mnestiche Defizite sollten im psychiatrischen Teilgutachten berücksichtigt werden (S. 32 oben).

Im psychiatrischen Konsilium wurde ausgeführt, es fänden sich keine Hinweise für kognitive oder mnestiche Defizite; auch anamnestiche würden solche nicht berichtet. Bezüglich einer nach dem Unfall 1994 verstärkt aufgetretenen Essstörung habe die Beschwerdeführerin gemäss eigenen Angaben nach erfolgreicher Therapie seit 1996 keine Probleme mehr; auch früher berichtete Phobien stellten keine Belastung mehr dar. Insgesamt lasse sich keine psychopathologische Symptomatik eruieren (S. 35).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden genannt (S. 36 Ziff. 4):

- chronisches cervikospodylogenes und cervikocephales Syndrom mit/bei
- Status nach Schleuderunfall am 2. Januar 1994 sowie Auffahrunfälle am 18. Juni 2004 und 10. Januar 2006
- deutlicher Funktionsstörung am craniocervikalen Übergang
- reaktiven Tendomyosen im linken Schultergürtel mit referred-pain-Symptomatik
- Fehlhaltung der HWS
- radiologisch Kyphosestellung C4 bis C6 ohne wesentlich reaktive degenerative Veränderungen
- Lumbovertebralsyndrom mit/bei
- Fehlhaltung, Beckentorsion und ISG-Blockierung links
- altersnormalem Röntgenbild ohne degenerativ-reaktive Veränderungen
- radiologisch unklarem Befund linkes Ilium (DD: aneurysmatische Knochenzyste, ossifizierendes Fibrom, Enchondrom)

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurde ein Untergewicht mit/bei Body Mass Index 17 kg/m² und Status nach psychogener Essstörung (Bulimia nervosa) genannt (S. 36 Mitte).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Anamnestisch wurde festgehalten, dass die Beschwerdeführerin nach dem Unfall von 1994 und einem sehr protrahierten Rehabilitationsverlauf die unfallbedingt abgebrochene KV-Lehre erfolgreich nachgeholt und anschliessend vollzeitig gearbeitet habe. Ab November 2002 habe sie jedoch wegen einem Beschwerderezidiv das Pensum auf 50 % reduzieren müssen (S. 36 f.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Eine Zuordnung der Unfallfolgen auf die einzelnen Unfälle sei medizinischerseits kaum möglich; gemäss den Angaben der Beschwerdeführerin sei der erste Unfall (1994) etwa zu 50 %, der zweite Unfall (2004) etwa zu 40 % und der dritte Unfall (2006) etwa zu 10 % am jetzigen Beschwerdebild beteiligt (S. 29 unten).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ab dem Zeitpunkt der Begutachtung sei von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % in der angestammten Tätigkeit und von 80 % in einer behinderungsangepassten - stereotype Belastungen des linken Schultergürtels oder reine unergonomische stereotype Haltungspositionen vermeidenden (S. 42 Ziff. 7.1) - Tätigkeit auszugehen (S. 43 Ziff. 7.2).

3.7 Ä Ä Ä Ä Dr. E.____ berichtete am 22. November 2006 (Urk. 9/107) und führte aus, die neuerlichen HWS-Distorsionsstraumata vom Juni 2004 und Januar 2006 hätten die Situation kompliziert. Die Arbeitsfähigkeit betrage aktuell im Büroberuf höchstens 50 % (Ziff. 2). Als medizinische Beurteilung der Arbeitsbelastbarkeit nannte er sowohl für die angestammte als auch für eine behinderungsangepasste Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 50 % ab 1. November 2006 (Urk. 9/107/4).

3.8 Ä Ä Ä Ä Am 26. Januar 2007 berichtete Dr. phil. I.____ über die am 17. und 18. Januar 2007 erfolgte neuropsychologische Untersuchung (Urk. 9/111/51-66 = Urk. 9/115/46-61). Sie führte aus, das gesamte Testleistungsniveau sei insgesamt

durchschnittlich und der schulischen und beruflichen Ausbildung - nicht aber dem aufgrund der zuletzt ausgeübten Tätigkeit zu erwartenden Niveau - entsprechend gewesen (S. 12 Mitte).

Die Befunde wiesen insgesamt auf eine leichte kognitive Funktionsstörung hin (S. 14 Mitte). Die Leistungsfähigkeit als Angestellte sei dadurch zu zirka 20 % eingeschränkt (S. 15 Mitte).

Am 29. Oktober 2007 wurde von der Unabhängigen medizinischen Gutachtenstelle (C.____) ein von der Beschwerdeführerin veranlasstes Gutachten erstattet (Urk. 3/1/1-6), dies bestehend aus einer Aktenzusammenfassung (Urk. 3/1/1), einem rheumatologischen (Urk. 3/1/2), einem psychiatrischen (Urk. 3/1/3) und einem neurologischen (Urk. 3/1/4) Teilgutachten, einer interdisziplinären Beurteilung (Urk. 3/1/5) und der Beantwortung der gestellten Fragen (Urk. 3/1/6).

Der rheumatologische Gutachter - der auf 8 von insgesamt 12 ½ Textseiten seinerseits frühere Akten referierte - führte aus, betreffend der klinischen Befundung der zervikospondylogenen Symptomatik beständen eigentlich keine grossen Unterschiede von Seiten der verschiedenen Untersucher (Urk. 3/1/2 S. 13 Mitte). Hinsichtlich der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit könne er dem rheumatologischen Vorgutachter in keiner Art und Weise folgen. Die beschwerdebedingt hohe Medikation stehe einer adäquaten Leistung im KV-Bereich entgegen. Die prozentuale Angabe müsse im Rahmen des Gesamtgutachtens erfolgen (Urk. 3/1/2 S. 14).

Aus psychiatrischer Sicht wurde eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert (Urk. 3/1/3 S. 13 unten). Die gleichzeitig bestehende Angststörung könne als nicht abgeheilter Folgezustand einer posttraumatischen Belastungsstörung betrachtet werden, führe in der gegenwärtigen Ausprägung aber nicht zu einer zusätzlichen Diagnose (Urk. 3/1/3 S. 13 f.). Die Beschwerdeführerin habe den Psychotherapeuten, bei dem sie bis 1999 in Behandlung war, wieder aufgesucht und werde wieder eine Psychotherapie aufnehmen (S. 8 Mitte). Aus psychiatrischer Sicht sei die Beschwerdeführerin derzeit für jegliche in Frage kommende berufliche Tätigkeit in ihrer Arbeitsfähigkeit mittelgradig eingeschränkt (Urk. 3/1/3 S. 19 Ziff. 6).

Aus neurologischer Sicht wurde eine posttraumatische Migräne seit dem Unfall von 2004, ein ausgeprägtes chronisches zervikozephal und zervikobrachiales sowie massiges lumbospondylogenes Schmerzsyndrom und keine relevanten neurologischen Funktionsstörungen im engeren Sinne (aber deutliche motorische Funktionseinschränkungen aufgrund der starken Schmerzhemmung) diagnostiziert (Urk. 3/1/4 S. 6 Mitte).

In Beantwortung der gestellten Fragen (durch den beteiligten Neurologen) wurden folgende Diagnosen genannt (Urk. 3/1/6 S. 1 Ziff. 4):

- mittelgradige depressive Episode
- zervikoverbrales und zervikospondylogenes Syndrom (zervikobrachial und zervikozephal) bei Status nach drei Unfällen (1994, 2004, 2006)
- chronisch rezidivierendes Lumbovertebralsyndrom bei Status nach Unfall 1994
- posttraumatische Migräne (seit Unfall von 2004)

- leichte neuropsychologische Funktionsstörungen als Folge der Schmerz- und depressiven Symptomatik

Die Beschwerden liessen sich fast restlos durch die erhobenen Befunde erklären; das lumbospondylogene Syndrom sei dabei nur teilweise erklärbar. Die aktuelle depressive Episode sei als direkte Folge der Unfallbeschwerden zu erklären und nicht als sogenannte psychische Fehlentwicklung (Urk. 3/1/6 S. 3 oben).

Die erhobenen Befunde ständen praktisch mit Sicherheit in natürlichem Kausalzusammenhang mit den drei Unfällen; eine Aufteilung auf die drei Unfälle sei nicht möglich (Urk. 3/1/6 S. 3 Ziff. 5.1).

Sofern die aktuelle Depression erfolgreich therapiert werden könne, könne im Laufe des nächsten Jahres eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit auf im besten Fall 50 % erwartet werden (Urk. 3/1/6 S. 5 Ziff. 6.3).

In der (vom beteiligten Neurologen verfassten) interdisziplinären Beurteilung wurden vorerst einzelne Feststellungen aus den erwähnten Teilgutachten und der neuropsychologischen Beurteilung angeführt (Urk. 3/1/5 S. 1-3). Zur Arbeitsfähigkeit wurde sodann angeführt, bekanntlich bestehe seit Januar 2006 eine volle Arbeitsunfähigkeit. Da die erwähnte depressive Episode doch ein gewisses Erholungspotential habe, lasse sich doch therapeutisch eine relevante Besserung erhoffen und werde empfohlen, diesen Punkt in einem Jahr noch einmal zu überprüfen. Aktuell werde die zumutbare Arbeitsfähigkeit auf 20 % geschätzt, dies aber nur bei optimal angepasstem Arbeitsplatz im erlernten (kaufmännischen) Bereich, mithin Anpassung des Arbeitsrhythmus mit regelmässigen Pausen und mit Wechselbelastung (Urk. 3/1/5 S. 4 unten). Alternative Tätigkeiten würden nicht zu einer höheren Arbeitsfähigkeit führen, denn die erhebliche chronische Schmerzsymptomatik seit bald 14 Jahren wird leider sehr wahrscheinlich zurückbleiben und verunmöglicht jede intensivere und länger dauernde Arbeitsabläufe. Deshalb raten wir auch von einer allfälligen Umschulung ab (Urk. 3/1/5 S. 4 f.).

E. 4

4.1 Beschwerdeweise wurde gegen die Beweistauglichkeit des B.____-Gutachtens eingewandt, es sei der im Januar 2006 erlittene Unfall nicht berücksichtigt worden (Urk. 1 S. 7 oben). Diese Behauptung findet in den Akten keine Stütze; sie ist unzutreffend.

Sodann wurde geltend gemacht, gemäss den Angaben des Neurologen hätten geltend gemachte konzentrationale und mnestiche Defizite im psychiatrischen Teilgutachten berücksichtigt werden sollen. Da die psychiatrische Begutachtung schon vorher stattgefunden habe, sei dies nicht möglich gewesen (Urk. 1 S. 7 Mitte). Im psychiatrischen Teilgutachten wurde - gestützt auf die tatsächlich vor der neurologischen erfolgten Untersuchung - ausdrücklich festgehalten, es beständen keine Hinweise für kognitive oder mnestiche Defizite. Dass die Kenntnis des Verweises im neurologischen Gutachten diesbezüglich einen anderen Befund hätte ergeben können oder gar sollen, vermag nicht einzuleuchten, hat der entsprechende Befund doch auf unvoreingenommener Beobachtung zu basieren. Der erhobene Einwand überzeugt deshalb nicht.

Schliesslich wurde behauptet, die psychiatrische Untersuchung habe lediglich 20 Minuten gedauert (Urk. 1 S. 7). Dies ist nicht weiter belegt und die

ausführliche Anamnese, Leidensschilderung und Befunderhebung im Gutachten (S. 32-35) sprechen ausgesprochen gegen die Richtigkeit der Behauptung. Somit erweist sich auch dieser Kritikpunkt als nicht überzeugend.

4.2 Die Beschwerdeführerin machte demgegenüber geltend, das von ihr veranlasste C.____-Gutachten sei vollständig überzeugend.

B.____- und C.____-Gutachten divergieren insbesondere hinsichtlich der Einschätzung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit.

Im B.____-Gutachten wurde für die Zeit ab Oktober 2006 eine Arbeitsfähigkeit von 50 % in der angestammten Tätigkeit und eine solche von 80 % in einer behinderungsangepassten (stereotype Belastungen des linken Schultergürtels oder reine unergonomische stereotype Haltungspositionen vermeidenden) Tätigkeit angenommen.

In rheumatologischen C.____-Teilgutachten wurde ausgeführt, die hohe Medikation stehe einer adäquaten Leistung im KV-Bereich entgegen. Aus psychiatrischer Sicht wurde die Arbeitsfähigkeit als mittelgradig eingeschränkt bezeichnet. Neurologisch wurden, ohne Angaben zur Arbeitsfähigkeit, deutliche motorische Funktionseinschränkungen aufgrund der starken Schmerzhemmung genannt.

Zum psychiatrischem Teilgutachten ist überdies darauf hinzuweisen, dass dort unter anderem von einem Folgezustand einer posttraumatischen Belastungsstörung (Urk. 3/1/3 S. 13 unten) gesprochen wurde, was insofern zu erheblichen Zweifeln Anlass gibt, als dem Begutachter eigentlich bekannt sein müsste, dass dies gemäß der einschlägigen Umschreibung (ICD-10: F43.1) voraussetzt, dass die Störung innerhalb von sechs Monaten nach einem traumatischen Ereignis von aussergewöhnlicher Schwere auftritt (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 29. Mai 2007 i.S. C., U 439/06, Erw. 3.4, mit Hinweis). Dass der Begutachter von einer stattgefundenen posttraumatischen Belastungsstörung sprach, obwohl die Beschwerdeführerin belegtermassen denkbar gewöhnliche Auffahrunfälle erlitten hat, erscheint als faktenwidrig und in unzulässiger Weise dramatisierend, also als empfindlicher Mangel.

Basierend auf den Angaben in den Teilgutachten wurde in der interdisziplinären Beurteilung ausgeführt, die zumutbare Arbeitsfähigkeit werde aktuell auf 20 % geschätzt, und zwar nicht für die angestammte Tätigkeit, sondern nur bei optimal angepasstem Arbeitsplatz. Sofern die aktuelle Depression erfolgreich therapiert werden könne, könne eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit auf im besten Fall 50 % erwartet werden. Zusammenfassend wurde von alternativen Tätigkeiten oder einer Umschulung abgeraten, weil die erhebliche chronische Schmerzsymptomatik seit bald 14 Jahren sehr wahrscheinlich zurückbleiben werde und jede intensivere und länger dauernde Arbeitsläufe verunmögliche.

In den Teilgutachten wurden keine oder lediglich diffuse, nicht quantifizierte Angaben zur Arbeitsfähigkeit gemacht. In der zusammenfassenden Beurteilung hingegen wurde eine nahezu vollständige Arbeitsunfähigkeit auch in angepassten Tätigkeiten postuliert. Damit besteht einerseits eine bemerkenswerte Kluft zwischen den diesbezüglich unverbindlich gehaltenen Teilgutachten und der zusammenfassend postulierten enormen Arbeitsunfähigkeit. Dieser fehlt es andererseits an jeder nachvollziehbaren Begründung: Die Teilgutachten eignen sich nicht als

Begründungsfundament, da sie diesbezüglich keine verwertbaren Angaben enthalten, und in der Gesamtbetrachtung ist keine substantielle Begründung auszumachen, ausgenommen der dort als chronisch bezeichnete Verlauf.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dies weist auf eine offensichtlich stark verkürzte, zu pauschale Betrachtungsweise im C.____-Gutachten hin, wurde die Beschwerdeführerin doch nach dem Unfall von 1994 erfolgreich umgeschult und war anschliessend einige Zeit voll erwerbstätig. Erst ab Herbst 2002 wurde eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % attestiert, wobei verschiedentlich festgehalten wurde, prognostisch dürfte die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit rund 80 % betragen. Höhere Grade an Arbeitsunfähigkeit wurden erst nach den Unfällen von 2004 und 2006, also zwei bis drei Jahre vor dem C.____-Gutachten, attestiert. Dies als eine erhebliche chronische Schmerzproblematik seit bald 14 Jahren (!) zu bezeichnen, erscheint als, wenn nicht nachgerade aktenwidrig, so jedenfalls als ausgesprochen dramatisierend und jeglicher objektivierenden gutachterlichen Distanz entbehrend.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Stellt man nun in Rechnung, dass die derart einseitig akzentuierte Anamnese der einzige Ansatz einer materiellen Begründung für die postulierte praktisch vollständige und dauernde Arbeitsunfähigkeit ist, so muss diese als eine in keiner Weise nachvollziehbare, unbegründete Schlussfolgerung beurteilt werden. Es handelt sich um eine ausgesprochen arbiträr anmutende These und nicht um eine überzeugende gutachterliche Feststellung. Sie ist letztlich nur verständlich, wenn man berücksichtigt, dass die Auftragserteilung durch die Beschwerdeführerin zu einer Konstellation geführt haben dürfte, die derjenigen im Behandlungskontext vergleichbar ist, dass also die Gutachter die (vermeintlichen) Interessen der auftraggebenden Beschwerdeführerin stärker gewichtet als andere Elemente. Inwieweit es tatsächlich in deren Interesse liegt, bei der im Begutachtungszeitpunkt 35-jährigen Beschwerdeführerin eine derart vernichtende Einschätzung ihres erwerblichen Potentials abzugeben, ist hier nicht zu beurteilen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Schliesslich steht die von den C.____-Gutachtern postulierte fast vollständige Arbeitsunfähigkeit auch in auffälligem Kontrast zu, nebst dem B.____-Gutachten, anderen Beurteilungen. Dies betrifft einerseits die Einschätzung aus neuropsychologischer Sicht, wonach für die frühere, als anspruchsvoll eingestufte Tätigkeit, eine Einschränkung von (lediglich) zirka 20 %, besteht. Es betrifft andererseits die Beurteilung durch Dr. E.____. Dieser hatte noch im Januar 2006, unmittelbar nach dem dritten Unfall, eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % auf unbestimmte Zeit attestiert. In seinem Bericht vom 22. November 2006 hingegen erachtete selbst er als Hausarzt eine Arbeitsfähigkeit von 50 % in der angestammten und in einer leidensangepassten Tätigkeit als ausgewiesen. Dies macht augenfällig, wie wenig nachvollziehbar die Schlussfolgerungen im C.____-Gutachten sind.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die aufgezeigten Mängel führen zum eindeutigen Schluss, dass auf das C.____-Gutachten nicht abgestellt werden kann. Die Beschwerdeführerin legte Wert auf die Feststellung, beim C.____-Gutachten handle es sich keineswegs um ein Gefälligkeitsgutachten (Urk. 12 S. 1 Ziff. 2). Nach erfolgter Würdigung kann ihr diesbezüglich nicht wirklich beigeplant werden.

5.3 Ä Ä Ä Ä Betreffend Arbeitsfähigkeit ist somit auf die Angaben im B.____-Gutachten abzustellen.

Demnach bestand ab dem Zeitpunkt der Begutachtung (Oktober 2006) in der angestammten Tätigkeit (als Sachbearbeiterin im ___bereich einer ___; vgl. Urk. 7/49/1 Ziff. 5) eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % und in einer behinderungsangepassten Tätigkeit eine solche von 80 % (Urk. 9/109 S. 43 Ziff. 7.2).

Als behinderungsangepasst sind Tätigkeiten einzustufen, bei welchen sich stereotype Belastungen des linken Schultergürtels oder reine unergonomische stereotype Haltungspositionen vermeiden lassen (Urk. 9/109 S. 42 Ziff. 7.1).

5.4 Was die beschwerdeweise (Urk. 1 S. 3 Mitte) in Zweifel gezogenen Feststellungen der Beschwerdegegnerin betreffend das Wartejahr angeht, ist daran zu erinnern, dass in diesem Zusammenhang gemäss Art. 29 Abs. 1 lit. b IVG (heute: Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) die Arbeitsunfähigkeit im Sinne von Art. 6 ATSG und nicht die Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG) oder gar, wie beschwerdeweise angeführt, der Invaliditätsgrad (Art. 16 ATSG) massgebend ist.

In der fraglichen Zeit, nämlich von August 2002 bis August 2003, wurde ärztlich attestiert eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % bis 13. November 2002 und eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % ab 14. November 2002 (vorstehend Erw. 3.1). Daraus hat die Beschwerdegegnerin korrekt einen durchschnittlichen Grad der Arbeitsunfähigkeit von 44 % errechnet.

E. 6

6.1 Für die Zeit bis August 2004 hat die Beschwerdegegnerin unter Vornahme eines Prozentvergleichs einen Invaliditätsgrad von 50 % ermittelt, woraus sich der Anspruch auf - aus den dargelegten Gründen (vorstehend Erw. 5.4) vorerst eine Viertelsrente und sodann - eine halbe Rente ergab.

Dazu hat die Beschwerdeführerin keine substantiierten weiteren Einwände erhoben - sondern hat im Gegenteil zum deutlich späteren Zeitpunkt der erneuten Anmeldung selber einen Invaliditätsgrad von 50 % postuliert (vgl. Urk. 9/97) - und es sind auch aus den Akten keine Anhaltspunkte ersichtlich, welche dies als unzutreffend erscheinen liessen.

6.2 Ab September 2004 hat die Beschwerdegegnerin einen Invaliditätsgrad von 100 % und einen Anspruch auf eine ganze Rente angenommen. Dies ist, ebenfalls zu Recht, nicht beanstandet worden.

6.3 Die erwählte ganze Rente hat die Beschwerdegegnerin bis Ende Oktober 2006 befristet, weil sie gestützt auf die Feststellungen im B. ___-Gutachten für die daran anschliessende Zeit einen nicht mehr anspruchsbegründenden Invaliditätsgrad ermittelt hat.

Diese Befristung ist strittig und nunmehr zu überprüfen. Dabei bildet die Arbeitsunfähigkeit, wie sie gemäss B. ___-Gutachten ab November 2006 bestanden hat, den Ausgangspunkt, hat sich doch der medizinische Sachverhalt als entsprechend erwiesen (vorstehend Erw. 5.3).

Damit war spätestens ab November 2006 eine im Vergleich zur vorher mit 0 % angenommenen Arbeitsunfähigkeit eine deutliche und damit revisionsrelevante Verbesserung eingetreten. Zu bestimmen bleibt die Höhe des nach

eingetretener Verbesserung resultierenden Invaliditätsgrades.

6.4 Die Beschwerdegegnerin ging zur Bestimmung des Valideneinkommens vom im Jahr 2001 erzielten Einkommen von Fr. 81'624.85 aus und ermittelte unter Berücksichtigung der zwischenzeitlichen Nominallohnentwicklung ein Einkommen von rund Fr. 86'725.-- im Jahr 2006 (Urk. 9/119/1).

Zur Ermittlung des hypothetischen Invalideneinkommens (Urk. 9/119/1-2) ging die Beschwerdegegnerin von einer Arbeitsfähigkeit von 80 % aus und stellte auf die gemäss Lohnstrukturerhebung (LSE) im Jahr 2006 von Frauen in Ausübung selbständiger und qualifizierter Arbeiten im Dienstleistungssektor erzielten mittleren Einkommen ab und ermittelte unter Vornahme eines Abzugs von 10 % wegen erhöhten Pausenbedarfs ein hypothetisches Invalideneinkommen von rund Fr. 55'681.-- (Fr. 77'334.-- x 0.8 x 0.9).

6.5 Der Beschwerdeführerin wurden gemäss Arbeitgeberbericht (Urk. 9/49/2 Ziff. 20) und Auszug aus dem individuellen Konto (Urk. 9/129) im Jahr 2001 Total Fr. 81'624.85 und im Jahr 2002 Total Fr. 89'379.80 ausbezahlt. Im Jahr 2000 hatte das 1/4ber 11 Monate von verschiedenen Arbeitgebern stammende Einkommen Fr. 56'594.--, mithin auf ein Jahr hochgerechnet rund Fr. 61'740.--, betragen und in der zweiten Hälfte des Jahres 1999 Fr. 34'131.--, mithin auf ein Jahr hochgerechnet Fr. 68'262.-- (Urk. 9/129).

Gemäss den monatlichen Lohnabrechnungen betrug das Monatsgehalt bis Mitte 2002 Fr. 5'700.-- und ab 1. Juli 2002 Fr. 6'200.-- (Urk. 9/49/9-20). Dies deckt sich mit den Angaben im Arbeitgeberfragebogen, wo der Lohn der Beschwerdeführerin ab 1. Juli 2002 - trotz per 18. November 2002 erfolgter Pensumsreduktion (Urk. 9/49/2 Ziff. 14) - mit Fr. 6'200.-- im Monat und Fr. 80'600.-- im Jahr angegeben wurde (Urk. 9/49/2 Ziff. 12). Die Differenz zwischen diesen Angaben und dem 2002 ausbezahlten Betrag ergibt sich, wie die monatlichen Lohnabrechnungen zeigen, einerseits aus regelmässigen Nebenleistungen von brutto Fr. 300.-- (Beitrag an die Krankenversicherung, Essenszulage) und andererseits der Auszahlung von Überstunden von brutto rund Fr. 4'130.-- (Urk. 9/49/9-14) und einer Bonuszahlung von brutto Fr. 3'000.-- (Urk. 9/49/11).

Die Frage, wie viel die Beschwerdeführerin heute ohne Gesundheitsschaden in der angestammten Tätigkeit verdienen würde, beantwortete die Arbeitgeberin am 8. Januar 2003 mit der Nennung des (gleichen) Monatslohns von Fr. 6'200.-- (Urk. 9/49/2 Ziff. 16).

6.6 Es ist anzunehmen, dass die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall auch in den Folgejahren bei der gleichen Arbeitgeberin zum gleichen Lohn beschäftigt gewesen wäre. Dies ergibt sich nicht zuletzt aus dem Umstand, dass die Arbeitgeberin trotz gesundheitsbedingter Pensumsreduktion den Monatslohn entsprechend einem vollen Pensum beibehalten hat, mithin - worauf auch die Beschwerdeführerin hingewiesen hat (Urk. 1 S. 3) - einen Teil Soziallohn ausgerichtet hat und zudem das Arbeitsverhältnis erst per Ende Januar 2005 aufgelöst hat.

Somit ist auf die diesbezüglich eindeutigen Angaben der Arbeitgeberin Anfang 2003 abzustellen, wonach der Lohn im Gesundheitsfall Fr. 6'200.-- im Monat und Fr. 80'600.-- im Jahr betragen hätte.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä

7.Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Verfahren kostenpflichtig und die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von 200-1000 Franken festgelegt.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Diese Kosten sind auf Fr. 1'000.-- festzulegen und der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

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

2.Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Gerichtskosten von Fr. 1000.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3.Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Michael Ausfeld

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage einer Kopie von Urk. 17

- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4.Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä 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.