

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00001 vom 9. Januar 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-01-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2008.00001

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00001 du 9 janvier 2009

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00001 del 9 gennaio 2009

Erwägungen

E. 1

1.1 A. ____, geboren 1962, reiste im Jahr 1981 in die Schweiz ein (Niederlassungsbewilligung, Urk. 10/4/1) und arbeitete seit dem 1. Dezember 1985 als Pflegehelferin am B. ____, C. ____, (Arbeitgeberbericht vom 15./17. April 2003, Urk. 10/10-11).

Am 10. Dezember 2001 erlitt sie einen Verkehrsunfall, als ein entgegenkommendes, nach links abbiegendes Fahrzeug über ihre Fahrspur fuhr und mit ihrem Auto zusammenprallte (vgl. Gutachten des D. ____ vom 9. August 2006, Urk. 10/44 S. 13). Dabei zog sie sich eine Distorsion der Halswirbelsäule (HWS) zu, und es trat ein thorako-vertebrales Syndrom auf, wobei sie vollumfänglich arbeitsunfähig geschrieben wurde (Bericht des am Unfalltag erstbehandelnden Arztes Dr. med. E. ____, Innere Medizin FMH, vom 20. Januar 2002, Urk. 10/5/38). In der Folge stellte sich ein ungünstiger Therapieverlauf ein (Bericht von Dr. E. ____ vom 11. April 2003, Urk. 10/9/3).

Am 26. März 2003 (Urk. 10/3) meldete sich A. ____ bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an. Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zog vorweg die Akten des Unfallversicherers (Urk. 10/5/1-39, Urk. 10/17/1-21, Urk. 10/25/1-22) sowie einen Auszug aus dem individuellen Konto (vom 10. April 2003, Urk. 10/13) bei und ersuchte die Arbeitgeberin um Auskunft (Bericht vom 15./17. April 2003, Urk. 10/10-11). Sodann holte sie ärztliche Berichte bei Dr. med. F. ____, FMH Kinder und Jugendliche Psychiatrie und Psychotherapie (vom 10. April 2003, Urk. 10/7), bei Dr. E. ____ (vom 11. April 2003, Urk. 10/9) sowie bei der G. ____ (Bericht vom 18. Mai 2004, Urk. 10/19) ein liess das Gutachten des D. ____ vom 9. August 2006 (Urk. 10/44) erstellen. Mittlerweile war das Arbeitsverhältnis der Versicherten per 31. August 2004 aufgelöst worden unter Ausrichtung einer Berufsinvalidenrente der Pensionskasse von 50 % (Arbeitszeugnis vom 31. August 2004, Urk. 10/65/4).

Mit Vorbescheid vom 24. November 2006 (Urk. 10/48) stellte die IV-Stelle die Ablehnung eines Rentenanspruchs basierend auf einem Invaliditätsgrad von 80 % in Aussicht, wogegen die Versicherte am 11. Januar 2007 (Urk. 10/52) Einwände erhob. Derweil stellte der Unfallversicherer mit Verfügung vom 2. Februar 2007 (Urk. 10/56) seine Leistungen wegen Erreichens des Status quo ante per 10. Juni 2002 ein, ohne indes die bis 9. August 2003 ausgerichteten Taggelder zurückzufordern. Hierauf liess die Versicherte das Gutachten der H. ____ vom 28. März 2007 (Urk. 10/60) erstellen, welches am 4. Juni 2007 (Urk. 10/61) aufgelegt wurde.

Mit Verfügung vom 19. November 2007 (Urk. 2) wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren von A. ____ gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 8 % ab. Dabei

ging sie von einer Einschränkung von 10 % im mit 80 % gewichteten Erwerbsbereich und einer vollen Leistungsfähigkeit im mit 20 % gewichteten Haushaltbereich aus.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Hierauf reichte die seit 13. Februar 2007 behandelnde Dr. med. I.____, Fachärztin für Psychiatrie & Psychotherapie FMH, am 7. Januar 2008 (Urk. 10/73) einen Bericht ein mit dem Gesuch um Wiedererwägung/Neuanmeldung bei Verschlechterung des Gesundheitszustandes unter Hinweis auf einen abgebrochenen Arbeitsversuch, was die IV-Stelle als Revisionsgesuch entgegennahm (vgl. Mitteilung der Notwendigkeit einer medizinischen Abklärung vom 18. Januar 2008, Urk. 10/75).

2.Ä Ä Ä Ä Ä Ä Gegen die Verfügung vom 19. November 2007 erhob A.____ durch Rechtsanwalt Martin Hablitzel am 28. Dezember 2007 unter Auflage verschiedener Arztberichte (Urk. 3/2-8) Beschwerde mit den folgenden Anträgen (Urk. 1 S. 2):

"1. Die angefochtene Verfügung sei vollumfänglich aufzuheben. In der Folge sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, der Beschwerdeführerin die Leistungen aus der Invalidenversicherung zu gewähren.

E. 2

Eventuell seien weitere medizinische Abklärungen anzuordnen bzw. es sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zur weiteren Abklärung zurückzuweisen.

E. 3

Subeventualiter sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, der Beschwerdeführerin die Leistungen für einen befristeten Zeitraum zu gewähren.

E. 3.1

3.1.1.Ä Ä Der nach dem Unfall erstbehandelnde Dr. E.____ verwies in seinen Berichten zu Händen des Unfallversicherers vom 20. und 29. Januar 2002 (Urk. 10/5/38-39) auf geklagte Nacken-, Schulter- und Armschmerzen bei verspanntem Schultergürtel. Auf den HWS-Röntgenbildern war keine traumatische Läsion zu ersehen. Er äusserte einen Verdacht auf das Vorliegen einer Depression (Urk. 15/M4 S. 2).

3.1.2.Ä Ä Zu Händen der Beschwerdegegnerin diagnostizierte Dr. E.____ am 11. April 2003 (Urk. 10/9/3) einen Status nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma mit Zeichen der Chronifizierung bei persistierenden Kopfschmerzen, Nacken-Schulterschmerzen, thorako-vertebralem Syndrom sowie bei depressiver Grundstimmung. Er berichtete über einen sehr ungünstigen Verlauf nach dem Unfall, ohne dass die bisherigen Therapiemassnahmen die Beschwerden wesentlich hätten beeinflussen können. Nach wie vor leide die Beschwerdeführerin täglich an Kopf- und Nackenschmerzen, Kraftlosigkeit und Schmerzen im Bereich der oberen Brustwirbelsäule sowie an starker Müdigkeit und rascher Erschöpfbarkeit. Er attestierte eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit.

3.2.Ä Ä Ä Die Ärzte des L.____, an welche die Beschwerdeführerin vom Hausarzt überwiesen worden war, berichteten am 21. Juni 2002 (Urk. 10/5/10-11) von einem zervikozephalen, überwiegend muskulären Schmerzsyndrom mit Zeichen einer Symptomausweitung. Schon bei lediglich sanften Berührungen gebe die Beschwerdeführerin stärkste Schmerzen an, bei entspannter Muskulatur in liegender Position könne dann die HWS frei bewegt werden, während die Beschwerdeführerin bei der sitzenden Untersuchung gegenspanne. Auffallend sei die deprimierte

3.6 Die Ärzte des D.____ verwiesen in ihrem Gutachten vom 9. August 2006 (Urk. 10/44) aus orthopädisch-fachärztlicher Sicht auf den Befund einer strukturellen Torsionsskoliose idiopathischer Genese. Auf eine linkskonvexe Lumbalskoliose folge eine rechtskonvexe Gegenschwungung der Brustwirbelsäule (BWS). Die in der HWS segmental im Computertomogramm ausgemachte Rotationsfehlstellung sowie die kyphotische Fehlstellung C5/6 ständen damit im Zusammenhang. Beim Unfall sei es zu einer leicht- bis mittelgradigen HWS-Distorsion gekommen. Bereits am 16. Juli 2002 sei in der G.____ die Tendenz zur Symptomausweitung beschrieben worden. Dr. N.____ habe sodann am 30. (richtig: 23.) August 2002 einen Verdacht auf eine funktionelle Überlagerung bei depressiver Entwicklung geäußert (Bericht zu Händen des Unfallversicherers, Urk. 10/5/26-27). Auch im Austrittsbericht der G.____ sei die Tendenz zur Schmerzausweitung beschrieben worden (S. 13 f.).

Die Gutachter diagnostizierten (1) einen Status nach HWS-Distorsion leicht- bis mittelgradig, (2) eine idiopathische Torsionsskoliose geringen Grades mit gleichzeitigem rumpfmuskulärem Defizit infolge Dekonditionierung, (3) eine blande Hüftgelenkdysplasie beidseits ohne Zeichen einer sekundären Hüftarthrose, (4) dekompenzierte Platt- und Spreizfüße beidseits sowie (5) eine leichte depressive Episode (S. 13). Dabei hielten sie fest, eine unfallverursachte Arbeitsunfähigkeit könne bei retrospektiver Einschätzung für einen Zeitrahmen von maximal sechs Monaten nach dem Unfall angesehen werden, mithin bis zum 10. Mai (richtig: Juni) 2002. Der Verlauf einer unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit sei wie folgt zu differenzieren: 100 % vom 10. Dezember 2001 bis 10. Januar 2002, 50 % vom 11. Januar bis 10. Mai 2002. Eine darüber hinausgehende Arbeitsunfähigkeit gehe zu Lasten einer unfallunabhängigen exazerbierten psychiatrischen Erkrankung bzw. zu Lasten der Skoliose der Wirbelsäule. Aus orthopädischer Sicht attestierten die Gutachter für die früher ausgeübte Tätigkeit als Hilfspflegerin in der Geronto-Psychiatrie keine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit. Wegen der anatomisch fehlstatistischen Befunde der Wirbelsäule (geringgradige Torsionsskoliose des gesamten Achsenorgans) einerseits und der vorliegenden defizitären rumpfmuskulären Stützung und Führung im Sinne einer Langzeitdekonditionierung resultiere aus orthopädischer Sicht für die angestammte Tätigkeit eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 10 %, wobei durch rekonditionierende Massnahmen eine Besserung möglich sei (S. 14 f.). Angesichts des Abklingens früher beschriebener schwerer depressiver Episoden mit psychotischen Symptomen und aktuell bloss leichter depressiver Symptomatik wurde ein Einfluss auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit verneint unter dem Hinweis, dass die Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht in der Lage sei, ihre letzte Tätigkeit als Krankenpflegerin weiterhin auszuüben (S. 15).

3.7 Die Ärzte des O.____, wo die Beschwerdeführerin vom 25. September 2006 bis 31. Januar 2007 behandelt worden war, diagnostizierten mit Bericht vom 5. Februar 2007 (Urk. 3/5) ein Panvertebralsyndrom mit (1) zervikovertebralem, -zephalem und -brachialem Schmerzsyndrom beidseits mit paravertebralem Hartspann der HWS beidseits, Bewegungseinschränkung der HWS beidseits, Tonuserhöhung der HWS und Schultergürtelmuskulatur beidseits bei Status nach Beschleunigungstrauma am 10. Dezember 2001, (2) mit thorakovertebralem Syndrom mit Schmerzmaximum der oberen BWS bis fast zur Allodynie, (3) bei chronischem lumbospondylogem Schmerzsyndrom links mit einer Druckdolenz inguinal links, des Tractus iliotibialis links und des Trochanter

major links, (4) bei leichter mediolateraler Diskushernie C5/6 und C6/7 ohne Neurokompression, breitbasiger mediolateraler Diskushernie L5/S1 mit leichter Dorsalverlagerung der Nervenwurzel S1, Diskopathie mit Dehydrierung der Disci L4/5 und L5/S1, diskreter Spondylarthrose L4/5 und L5/S1 rechts (gemäss MRI vom 26. September 2006), (5) bei unauffälliger Skelettszintigraphie vom 26. September 2006 und bei unauffälliger konventionell radiologischer Beurteilung der BWS vom 17. Januar 2007. Weiter diagnostizierten die Ärzte eine leichte Coxarthrose links (gemäss MRI vom 9. Januar 2007) mit vermehrter Sklerosierung des Pfannendaches sowie Entrundung des Femurkopfes links, ohne Nachweis einer vaskulären Nekrose sowie mit Nachweis von minimalen Signalinhomogenitäten im vorderen lateralen Anteil des Acetabulumpfeilers links mit kleinsten subchondralen Zysten im Sinne degenerativer Veränderungen. Schliesslich verwiesen sie auf ein depressives Zustandsbild mit Schmerzverarbeitungsstörung und Chronifizierung der Beschwerdesymptomatik.

Die Ärzte fühlten aus, sie hätten für die Beschwerden der Beschwerdeführerin kein morphologisches Korrelat finden können. Trotzdem mache sie einen sehr leidenden und schmerzgeplagten Eindruck. Während der Behandlungsdauer habe sich leider nur ein minimales Ansprechen auf die physiotherapeutische Behandlung gezeigt. Die Attestierung einer vollumfänglichen Arbeitsfähigkeit durch das D.____ wurde nicht in Frage gestellt.

3.8 Die Ärzte der H.____ verwiesen in ihrer interdisziplinären Beurteilung vom 28. März 2007 auf das Persistieren erheblicher gesundheitlicher Probleme mit panvertebralem Syndrom, depressiver Entwicklung sowie zerviko-zephalem Syndrom mit intermittierend stark exazerbierenden Kopfschmerzen, neurovegetativen Beschwerden sowie neuropsychologischen Defiziten, welche vorwiegend durch die unangenehme Schmerzsituation unterhalten würden. Insgesamt könne gesagt werden, dass diese Beschwerden Folgen eines leicht- bis mittelschweren HWS-Distorsionstraumas seien. Wie dies gelegentlich vorkomme, sei es bei der Beschwerdeführerin statt zu einer spontanen Besserung zu einer Verfestigung der Beschwerden und zum Teil zu einer Verschlechterung gekommen. Dass solche schlechten Entwicklungen möglich seien, zeige die tägliche Erfahrung. Es sei hier erwähnenswert, dass die Beschwerdeführerin nach einer Initialphase der Schmerzausdehnung sehr stark gelitten habe, insbesondere in Form einer schweren depressiven Verstimmung mit psychotischen Symptomen. Wenn dies auch nicht der Grund dieser unangenehmen Entwicklung sei, bleibe doch anzumerken, dass der Beschwerdeführerin immer wieder mit viel Misstrauen begegnet worden sei. Dies reiche vom Verdacht des Versicherungsbetrugs bis zur Aussage eines nicht glaubhaften Tinnitus. Es werde von Krankheitsgewinn gesprochen, ohne dies zu belegen. Tatsache aber sei, dass die Beschwerdeführerin sehr viel Lebensqualität eingebüsst habe: Sie könne verschiedene Sportarten nicht mehr ausüben, die Lebensfreude und die Libido seien eingeschränkt und sie werde immer wieder von Ängsten geplagt (Urk. 10/60/9-14 S. 5 f.).

Die Gutachter diagnostizierten einen Status nach HWS-Distorsionstrauma leicht- bis mittelgradig mit (1) leichter depressiver Episode, (2) posttraumatischer Belastungsstörung, (3) zerviko-thorakalem Syndrom mit unspezifischer Schmerzausweitung, (4) zerviko-zephalem Syndrom mit Schmerzexazerbationen okzipital, (5) neurovegetativen Beschwerden mit unspezifischem Belastungsschwindel, rascher Ermüdbarkeit und Tinnitus sowie (6) globalen neuropsychologischen Defiziten mit

insbesondere Konzentrations- und leichten Gedächtnisstörungen. Daneben verwiesen sie auf eine Torsionsskoliose und eine Hüftpfannendysplasie (Urk. 10/60/9-14 S. 2).

Zur Arbeitsfähigkeit führten sie aus, es lägen wiederholte Einschätzungen von verschiedensten Ärzten vor, welche zum grossen Teil eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit gesehen hätten (Hausarzt, Dr. N.____, Dr. P.____, G.____). Im Widerspruch dazu stehe lediglich das Gutachten des D.____. Diesbezüglich sei kritisch anzumerken, dass gewisse Teilaspekte nur isoliert betrachtet worden seien und andere Aspekte, wie zum Beispiel das chronische Schmerzsyndrom oder neuropsychologische Störungen, gar keinen Eingang in das Gutachten gefunden hätten. Letztlich müsse man die Beschwerden jedoch in ihrer Gesamtheit und in ihrem Zusammenwirken sehen. Anhand der Akten müsse man davon ausgehen, dass die Beschwerdeführerin bis heute keine wesentliche respektive verwertbare Arbeitsfähigkeit aufweise. Dies decke sich auch mit den diversen medizinischen Einschätzungen einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit. Eine gewisse Restarbeitsfähigkeit sei im Bereich von 20 bis 30 % gegeben, diese sei aber kaum als einkommenswirksam zu werten. Jedoch bestehe bei dieser Situation unter Einsatz einer optimierten Schmerztherapie und einer psychiatrischen Therapie eine Restarbeitsfähigkeit, welche in den nächsten Monaten aufzubauen sein werde (Urk. 10/60/1-8 S. 5 f.).

Dr. I.____ diagnostizierte in ihrem Bericht vom 7. Januar 2008 (Urk. 10/73/1-5) (1) eine Angst- und depressive Störung gemischt, derzeit mittelgradige depressive Symptomatik, (2) einen Status nach mehrfachen schwergradigen Episoden mit psychotischen Symptomen, letztmals Februar bis April 2007, (3) ein chronisches Schmerzsyndrom (differentialdiagnostisch eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung) bei Status nach HWS-Distorsionstrauma 2001, wobei klinisch nicht eindeutig beurteilt werden können, inwieweit die geschilderten Beschwerden (Schwindel, Schlägigkeit etc.) als neuropsychologische Folgen des HWS-Distorsionstraumas oder Ausdruck der differentialdiagnostischen Somatisierungsstörung zu werten seien.

Dr. I.____ verwies auf den mehrjährigen Krankheitsverlauf ohne Erwerbstätigkeit mit gewissen Schwankungen des Ausmasses der Symptomatik. Die Behandlungsergebnisse seit Februar 2007 seien trotz guter Compliance bei weitem nicht so ausgeprägt, dass von einer Remission gesprochen werden können. Die Beschwerdeführerin sei im Verlauf psychotherapiefähiger geworden, was ihre emotionale Fähigkeit angehe, sich mit belastenden Erfahrungsbereichen auseinanderzusetzen und in introspektiver Weise über ihr affektives Erleben nachzudenken. Die deutliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes unter Belastung (Arbeitsprojekt) zeige auf, wie eng der Belastungs-Spielraum sei. Das Scheitern des Arbeitsversuches sei Ausdruck einer Symptombelastung. Die Krankheitsfolgen würden zudem einen eingegengten Handlungs- und Bewegungsspielraum einschliessen wie sozialen Rückzug, Verlust sozialer Interessen und Fähigkeiten, was zu einem zurückgezogenen Lebensstil mit Vermeidungsverhalten etc. führe.

Die Psychiaterin verwies auf (1) affektive Störungen (depressive Grundstimmung, Antriebsstörung, Interesseverlust, Anhedonie, Libidoverlust, erhöhtes Angstniveau, sozialer Rückzug), (2) kognitive Störungen (rasche Ermüdbarkeit, Aufmerksamkeitsstörungen, Begriffsstutzigkeit), (3) eine posttraumatische Symptomatik (intrusive Symptome mit Erinnerung an den Unfall, Vermeidungsverhalten, erhöhte intrapsychische Alarmbereitschaft und Anspannung), (4) Beschwerden im

Körper-Erleben (Tinnitus, Schwindel, Übelkeit, Geräusche im Kopf, chronische Schmerzen), (5) eine gestörte Realitätsprüfung (phasenweise Stimmenhören, Gefühl, verfolgt zu werden, Depersonalisation).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In Bezug auf den Arbeitsversuch (Teilnahme am Arbeitsprojekt vom 1. November bis 10. Dezember 2007) schilderte sie eine motivierte Beschwerdeführerin, welche in der Leistung erheblich eingeschränkt gewesen sei. Im Computerkurs sei die Aufmerksamkeit nach ein bis zwei Stunden abgefallen, in der Werkstatt habe sie verlangsamt gearbeitet, sei wegen den Beschwerden zunehmend erschöpft gewesen und habe bereits ab dem vierten oder fünften Arbeitstag nur noch halbtags tätig sein können. Nach einer weiteren Verschlechterung sei der Arbeitsversuch am 10. Dezember 2007 abgebrochen worden, worauf die Beschwerdeführerin sehr enttäuscht reagiert habe.

3.10 Ä Ä Dr. med. Q.____, Psychiatrie & Psychotherapie FMH, an welchen die Beschwerdeführerin von Dr. I.____ überwiesen worden war, hielt in seinem Bericht vom 1. Oktober 2007 (Urk. 3/8) fest, eine psychiatrische Störung sei unübersehbar. Dabei dominierten depressive Symptome und solche der Angst. Diagnostisch sei von einer Kombination einer depressiven Störung mit einer Angststörung auszugehen. Paranoide Inhalte lägen nicht vor und die psychotischen Symptome (Wahrnehmung, dass andere über sie sprechen würden, sie anschauten und sich in einer Art Geheimsprache verständigten) seien verschwunden. Die Beschwerdeführerin sei mit der Zerbrechlichkeit des Lebens konfrontiert worden, was sie bis heute nicht verarbeitet habe und in ihrem Angsterleben zum Ausdruck komme.

3.11 Ä Ä Dr. K.____ schilderte in seinem Gutachten vom 15. März 2008 (Urk. 17) eine bedrückte Mimik der Beschwerdeführerin und eine niedergeschlagene Grundstimmung mit Aufhellung im Laufe der zweistündigen Untersuchung. Je nach Thema lache die Beschwerdeführerin zwischendurch sogar. Es lasse sich ein depressives Syndrom mit Freud- und Interessenverminderung, sozialem Rückzug und Schlafstörungen eruieren. Der Antrieb sei während der Untersuchung vermindert, das formale Denken sei phasenweise verlangsamt, aber immer geordnet und kohärent. Inhaltlich bestehe eine Einengung auf die Schmerzsymptomatik und die chronische Erschöpfung. Die Beschwerdeführerin lasse sich jedoch im Gespräch davon ablenken. Konzentration und Aufmerksamkeit seien während der Untersuchung klinisch nicht beeinträchtigt. Beim Erheben von anamnestischen Daten würden Gedächtnisunsicherheiten auffallen. Psychomotorisch sitze sie während der gesamten Untersuchungszeit ruhig auf dem Stuhl. Hinweise auf Schmerzerleben liessen sich nicht feststellen. Die Beschwerdeführerin sei bewusstseinsklar, wach und allseits orientiert. Trotz mehrmaligem Nachfragen falle es ihr schwer, die einzelnen Beschwerden klar zu charakterisieren. Auch Angaben zur Auftretenshäufigkeit könne sie nur mit Mühe machen. Bei Fehlen von Hinweisen auf Ich-Störungen, Zwänge oder produktiv psychotische Symptome verwies Dr. K.____ auf einen spürbaren Leidensdruck (S. 9 f.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der Gutachter diagnostizierte (1) eine depressive Entwicklung bei chronischem Schmerzsyndrom im Anschluss an einen Autounfall im Oktober 2001, anamnestisch rezidivierende depressive Störung mit zum Teil schweren depressiven Episoden, aktuell mittelgradige depressive Episode, (2) eine chronisch neurasthenische Entwicklung und (3) eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (S. 10).

À Á Á Á Á Á Á Á Zur Arbeitsfähigkeit hielt Dr. K.____ fest, die Beschwerdeführerin sei aufgrund des chronifizierten Schmerzsyndroms sowie der rezidivierenden depressiven Stimmung nicht in der Lage, adäquat mit Patienten umzugehen. Aufgrund des psychopathologischen Befundes erachtete er eine den körperlichen Beschwerden (Schmerzen) adaptierte Arbeitsfähigkeit mit möglichst gleichbleibender Stressbelastung und ohne intensive interpersonelle Kontakte medizinisch-theoretisch zu 50 % zumutbar, wobei sich in der freien Wirtschaft kaum eine entsprechende Stelle finden lassen werde (S. 10 f.).

E. 4

4.1 Á Á Á Á Vorwegzuschicken ist, dass das Gutachten des D.____ vom 9. August 2006 (Urk. 10/44) in sämtlichen Punkten den praxisgemässen Anforderungen an den Beweiswert einer Expertise entspricht. So ist es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend, gibt es doch detailliert Auskunft über die verbleibende Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung der Zeitkomponente (0 % vom 10. Dezember 2001 bis 10. Januar 2002, 50 % bis 10. Mai [richtig: Juni] 2002, hernach 100 % bzw. 90 % angesichts der Dekonditionierung).

À Á Á Á Á Á Á Á Das Gutachten basiert sodann auf den notwendigen allseitigen Untersuchungen, namentlich in neurologischer (Urk. 10/45) und psychiatrischer (Urk. 10/46) Hinsicht. Dass auf ein separates neuropsychologisches Konsilium verzichtet wurde (vgl. den entsprechenden Vorhalt der Beschwerdeführerin, Urk. 1 S. 8 f.), ist angesichts der gesamten Aktenlage nicht zu beanstanden. Denn das Gutachten wurde in Kenntnis der Vorakten abgegeben, worin die neuropsychologischen Defizite als derart diskret beschrieben wurden, dass eine neuerliche Untersuchung in der Tat nicht angezeigt war. Dem Bericht der G.____ ist diesbezüglich zu entnehmen, dass aufgrund der Passivität und Klagsamkeit sowie der Inkonsistenz der neuropsychologischen Leistungen eine psychische Überlagerung im Vordergrund stehe (Urk. 10/17/8-13). Dass den Gutachtern nicht sämtliche Akten zur Verfügung gestanden hätten (Urk. 1 S. 7 f.), ist in dieser Form nicht zutreffend. Den Gutachtern lagen die Akten der Beschwerdegegnerin zur Verfügung (und damit die entsprechend beigezogenen Akten der Unfallversicherung), worin namentlich die relevanten medizinischen Berichte enthalten waren (Urk. 10/44 S. 2 ff.). Dass nicht von jedem Arzt entsprechende Verlaufsberichte eingeholt wurden, schadet der Beweiskraft nichts, liegen doch die entsprechenden ärztlichen Einschätzungen vor und ergeben sich aus den neueren Berichten keine Anhaltspunkte für eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin bis zur Begutachtung.

À Á Á Á Á Á Á Á Das Gutachten berücksichtigt sodann die geklagten Beschwerden und setzt sich mit diesen sowie dem Verhalten der Beschwerdeführerin auseinander. Die Ärzte begründeten einlässlich die verbleibende Arbeitsfähigkeit unter dem Hinweis auf eine Beurteilung aufgrund objektivierbarer Kriterien (Urk. 10/44 S. 14 f.).

À Á Á Á Á Á Á Á Das Gutachten leuchtet ferner in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge ein. Angesichts der praktisch fehlenden somatischen Befunde ist das Ergebnis nachvollziehbar, dass die Beschwerdeführerin wegen ihrer Dekonditionierung in ihrer Arbeitsfähigkeit noch leicht eingeschränkt ist, nach einer Rekonditionierung indes wieder vollumfänglich arbeitsfähig sein kann. Namentlich erweisen sich die durch die bildgebenden Untersuchungen dargelegten Veränderungen an der Wirbelsäule (keine Bandscheibenprotrusionen, Diskushernien oder neurale

Kompressionen, indes eine leichte Kyphosierung von C5/6, eine rotatorische Fehlstellung der Wirbelkörper nach links und eine leichte rechtskonvexe Skoliose C5/6, eine ausgeprägte rotatorische Fehlstellung C3 bis C1 nach links, eine leichte Atlanto-Dentalarthrose und Verkalkung des Ligamentum atlanto-clivale und eine leichte Protrusion der Bandscheibe C2/3 median, vgl. Bericht von Dr. med. P.____, Neurologie FMH, vom 10. März 2003, Urk. 10/5/5-9) nicht als derart, dass sie keiner Arbeitstätigkeit mehr hätte nachgehen können.

Demgemäss sind denn auch die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet, dass die rechtsanwendende Person sie prägend nachvollziehen kann. Es ist schlüssig dargelegt worden, dass die Beschwerdeführerin - basierend auf objektivierbaren Kriterien - grundsätzlich vollumfänglich arbeitsfähig ist.

4.2 Das Parteigutachten der H.____ weicht in der Beurteilung bloss in einigen Punkten von der Einschätzung der Gutachter des D.____ ab. So brachte keiner der Ärzte vor, bei der Beschwerdeführerin liege ein organisches Leiden vor, welches die geklagten Schmerzen erklären würde. In medizinischer Hinsicht zogen die H.____-Gutachter ein neuropsychologisches Konsilium bei, welches lediglich Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen, verlangsamtes Lernen und Störbarkeit sowie eine Belastungsintoleranz ergab. Dies wurde indes klarerweise nicht als derart pathologisch qualifiziert, dass deswegen keine Arbeitsleistung mehr möglich wäre, sondern im Zusammenhang mit dem HWS-Beschleunigungstrauma gesehen (Urk. 10/60/55-59 S. 4).

Auch in psychiatrischer Hinsicht ergeben sich bloss leichte Unterschiede in der Beurteilung, gingen doch die H.____-Ärzte ebenso wie die Gutachter des D.____ bloss von einer leichten depressiven Episode aus (Urk. 10/44 S. 13 und Urk. 10/60/9-14 S. 2). Die von den H.____-Gutachtern erwähnte posttraumatische Belastungsstörung ist nicht nachvollziehbar angesichts des Umstandes, dass die Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung (bzw. einer Anpassungsstörung) meist nicht länger als sechs Monate nach dem belastenden Ereignis dauern, ausser bei der längeren depressiven Reaktion. Bei längerem Andauern der Symptome - wie dies hier der Fall ist - sollte die Diagnose geändert werden (Urteil des Bundesgerichts in Sachen A. vom 29. August 2007, I 683/06, Erw. 3.3). Sodann ist die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung nur dann zu stellen, wenn die Betroffenen einem Ereignis von katastrophalem Ausmass oder aussergewöhnlicher Bedrohung ausgesetzt gewesen sind, das nahezu bei jedem eine tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde. Schliesslich soll diese Störung nur dann diagnostiziert werden, wenn sie innerhalb von sechs Monaten nach einem traumatisierenden Ereignis von aussergewöhnlicher Schwere aufgetreten ist (Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 5. Auflage 2005, F43.1). Davon kann vorliegend bei Weitem nicht gesprochen werden, was auch der Psychiater Dr. Q.____ bestätigt (Urk. 3/8 S. 2).

Damit ergibt sich, dass der relevante Unterschied in der Beurteilung der beiden Gutachten in der Wertung des subjektiv erlebten Schmerzempfindens liegt. Währenddem die Ärzte des D.____ das Fehlen eines organisch-pathologischen Korrelats feststellten, gaben die H.____-Ärzte im Wesentlichen einfach die subjektiven Schmerzklagen der Beschwerdeführerin wieder und schlossen - ohne dass eine kritische Auseinandersetzung damit ersichtlich wäre - auf eine bloss geringe Arbeitsfähigkeit von 20 bis 30 %. Diesbezüglich verwiesen die Ärzte namentlich auf die Initialphase mit

Schmerzausdehnung und schwerer depressiver Verstimmung mit psychotischen Symptomen sowie den Umstand, dass sie sehr viel Lebensqualität eingebüsst habe (Urk. 10/60/9-14 S. 5 f.). Den Ansatz einer medizinischen Begründung hierfür findet sich im psychiatrischen Konsilium, in welchem ein psycho-physisches Störungsmuster mit Schmerzdysregulation beschrieben wurde, ohne indes eine entsprechende Diagnose zu stellen (Urk. 10/60/39-54 S. 13).

4.3 Eine Durchsicht der übrigen medizinischen Akten ergibt, dass kein Arzt eine organisch relevante Pathologie beschreiben konnte. Sämtliche Ärzte verwiesen bloss auf die subjektiven Schmerzklagen der Beschwerdeführerin. Derweil wiesen die schon früh behandelnden Ärzte des L. (Urk. 10/5/10-11) sowie jene der G. (Urk. 10/17/8-13) ebenso auf eine Symptomausweitung bzw. eine psychische Überlagerung hin wie der Gutachter des Berufsvorsorgeversicherers, Dr. M. ("Schmerzausweitung", Urk. 10/25/12-22). Die Ärzte des O. sprachen von einer Schmerzverarbeitungsstörung (Urk. 3/5). In diesem Sinn brachte auch Hausarzt Dr. E. in seiner Zusammenfassung vom 6. Februar 2007 (Urk. 3/6) im Wesentlichen bloss subjektiv geklagte Beschwerden vor.

4.4 Ergänzend bleibt auf die bundesgerichtliche Feststellung zu verweisen, dass es sich bei der MEDAS - zu welchen Institutionen das D. gehört - um die spezialisierten Abklärungsstellen handelt, die weder den Durchführungsorganen (der Invalidenversicherung) noch der Aufsichtsbehörde in irgendeiner Art weisungspflichtig noch sonst wie untergeordnet sind, sondern auf tarifvertraglicher Grundlage medizinische Abklärungen vornehmen, die einzig und allein nach bestem ärztlichen Wissen und Gewissen zu erstatten sind, und wonach die erforderliche Unabhängigkeit der MEDAS bei der Erfüllung von Gutachteraufträgen garantiert ist (vergleiche BGE 123 V 178 Erw. 3b).

E. 5

5.1 Damit steht fest, dass eine allfällige Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit lediglich mit einer psychiatrischen Diagnose begründbar wäre (einschliesslich einer rechtlich relevanten Schmerzstörung).

5.2 Der psychische Zustand der Beschwerdeführerin entwickelte sich aufgrund der medizinischen Aktenlage dergestalt, dass sie nach dem Unfall an einer schweren depressiven Episode mit psychotischen Symptomen zu leiden begann (Urk. 10/7), welche Problematik indes mittels geeigneter Therapie bei Dr. F. wieder verschwand. Auch in den Ende 2004 bis Herbst 2005 durchgeführten Sitzungen ergab sich keine psychische Auffälligkeit mehr, weshalb die psychiatrische Behandlung beendet wurde (Urk. 3/3). In diesem Sinne sind die entsprechenden Hinweise der behandelnden Ärzte auf eine psychische Problematik so zu fassen, dass die von der niedergeschlagen wirkenden Beschwerdeführerin geklagten Schmerzen nicht interpretierbar waren. So ist es auch zu verstehen, dass sowohl die Ärzte des D. (im August 2006) als auch etwas später jene der H. (im März 2007) keine relevante psychiatrische Diagnose stellten.

5.3 Eine erneute psychiatrische Behandlung ergab sich erst ab 13. Februar 2007 bei Dr. I., wobei die Beschwerdeführerin als schwer depressiv imponierte und psychotische Symptome auftraten (Verfolgungsängste, Beobachtungsideen, Stimmenhören), indes unter medikamentöser Therapie eine Verbesserung zu verzeichnen war. Die psychotischen Symptome traten nach Frühjahr/Sommer 2007 nicht

mehr auf, und es bestand lediglich noch eine Symptombelastung weiter (Urk. 10/73/1-5 S. 4).

Der psychiatrische Gutachter Dr. K.____ erkannte dann unter anderem das Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (Urk. 17 S. 10), was bereits Dr. I.____ vermutet hatte (Urk. 10/73/1-5 S. 4). Damit ist das Schmerzempfinden der Beschwerdeführerin erklärt.

5.3 Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens, so auch einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, setzt zunächst eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 130 V 398 ff. Erw. 5.3 und Erw. 6). Wie jede andere psychische Beeinträchtigung begründet indes auch eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, wie chronische körperliche Begleiterkrankungen, ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung, ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens, ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"), das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person (BGE 130 V 352 Erw. 2.2.3 in fine). Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gallen 2003, S. 77).

5.4 Soweit Dr. K.____ ergänzend eine neurasthenische Entwicklung diagnostizierte, ist festzuhalten, dass eine Neurasthenie (ICD-10 F48.0) grundsätzlich zum Kreis der somatoformen Störungen zu zählen ist und sich durch anhaltende und quälende Klagen über gesteigerte Ermüdbarkeit nach geistiger Anstrengung oder über körperliche Schwächen und Erschöpfung nach geringster Anstrengung auszeichnet. Es rechtfertigt sich daher, die von der Rechtsprechung im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze auch bei der Würdigung des invalidisierenden Charakters der Neurasthenie analog anzuwenden.

5.5 Zum Vorliegen einer eigenständigen psychischen Erkrankung im Sinne einer Komorbidität fällt die verschiedentlich gestellte Diagnose einer depressiven Störung auf. Nachdem sich die Problematik im Anschluss an den Unfall wieder gebessert hatte, so dass keine Behandlung mehr nötig war (Urk. 3/3), traten die psychischen Beschwerden erst ab Februar 2007 wieder auf, wobei sich unter Therapie wiederum eine

Besserung einstellte. Dr. I. ___ schloss am 7. Januar 2008 auf eine mittelgradige depressive Symptomatik.

Die Angstkomponente verschwand in der Folge offenbar wieder, fiel sie doch Gutachter Dr. K. ___ nicht auf (Urk. 17). Die von ihm erwähnte aktuelle mittelgradige depressive Episode erscheint aufgrund seines Berichtes und jenes von Dr. I. ___ als eng mit dem Schmerzempfinden zusammenhängend, beziehungsweise durch dieses verursacht. Als blosse Episode bezeichnet, haftet der Diagnose indes eine zeitlich befristete Komponente an, was für die Annahme einer längerdauernden Arbeitsunfähigkeit grundsätzlich nicht genügt. Sodann erscheint die depressive Stimmung nicht als besonders intensiv aufgetreten zu sein, ist es doch der Beschwerdeführerin beispielsweise möglich, regelmässig selber einkaufen zu gehen und sich aktiv an den familiären Gesprächen zu beteiligen (Urk. 17 S. 8). Sodann geht sie auch alleine in die Badeanstalt und nimmt an Unternehmungen der Familie teil (Urk. 7/73/1-5 S. 3), was bei einer schweren depressiven Erkrankung schlicht nicht möglich wäre.

Aufgrund dieser Umstände ist erstellt, dass die Beschwerdeführerin wohl niedergeschlagen ist, dass die depressiven Episoden indes nicht dauernd von einer derartigen Intensität sind, dass daraus auf eine eigenständige Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit zu schliessen wäre. Im Gegenteil verwiesen sämtliche Ärzte immer wieder darauf, dass das subjektive Schmerzempfinden die Beschwerdeführerin beeinflusst und nicht eine eigenständige depressive Komponente.

5.6 Zur Prüfung der weiteren praxistemässigen Faktoren, welche die Überwindbarkeit des Schmerzempfindens einschränken könnten, ist vorweg eine chronische körperliche Begleiterkrankung zu verneinen. Organisch nachweisbare Folgen des Unfalls sind bei Fehlen von Anhaltspunkten für sonstige Läsionen von vornherein auszuschliessen. Die diskreten Veränderungen der HWS können sodann nicht als Erkrankung in diesem Sinne gewertet werden, auch wenn sie gewisse Schmerzen verursachen können. Indessen muss vorliegend von einem mehrjährigen, chronifizierten Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung gesprochen werden. Die Beschwerdeführerin klagte dauernd über die selben, organisch nicht objektivierbaren Schmerzen. Dagegen ist ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens ebenso wenig ausgewiesen wie ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung. Auch kann (noch) nicht von einem Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person gesprochen werden, jedenfalls nicht bis zum relevanten Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung vom 19. November 2007 (Urk. 2). Hierzu ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin die psychiatrische Therapie abbrach und sich erst seit Februar 2007 wieder behandeln lässt, was doch bemerkenswert ist.

5.7 Damit steht fest, dass die Voraussetzungen für die ausnahmsweise Verneinung der Zumutbarkeit einer Willensanstrengung zur Überwindung der Schmerzproblematik nicht gegeben ist. Demnach ist die Beschwerdeführerin auch in psychischer Hinsicht - aus invalidenversicherungsrechtlicher Optik - nicht in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Das nicht organisch begründbare Schmerzempfinden (im Rahmen der somatoformen Schmerzstörung bzw. der Anpassungsstörung) erscheint

als überwindbar und die depressive Entwicklung nicht als eigenständig pathologisch.

6. Bei diesem Ergebnis ist festzuhalten, dass bei der Beschwerdeführerin mangels relevanter organischer Erkrankung sowie bei Fehlen einer psychischen Pathologie keine Invalidität vorliegt. Damit erweist sich die leistungsverweigernde Verfügung vom 19. November 2007 (Urk. 2) als Rechtsens, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

7.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG in der seit dem 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Fassung) und auf Fr. 1'000.-- 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. 1'000.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Martin Hablitzel

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

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

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

6. 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.