

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00450 vom 14. Juli 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-07-14, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2008.00450](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2008.00450)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00450 du 14 juillet 2009

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00450 del 14 luglio 2009

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG).

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 50 Erw. 1.2 mit Hinweisen).

1.2 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70 Prozent, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 Prozent, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 Prozent, oder auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 Prozent invalid sind.

1.3 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28 Abs. 2 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu

erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 349 Erw. 3.4.2 mit Hinweisen).

1.4 Die Verfügung über eine befristete Invalidenrente enthält gleichzeitig die Gewährleistung der Leistung und die Revision derselben (EVGE 1966 S. 130 Erw. 2; ZAK 1984 S. 133 Erw. 3). Wird vom Zeitpunkt des Verfügungserlasses an rückwirkend eine Rente zugesprochen und diese für eine weitere Zeitspanne gleichzeitig herabgesetzt oder aufgehoben, so sind nach der Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen analog anwendbar (BGE 133 V 263 Erw. 6.1 mit Hinweisen). Nach Art. 17 Abs. 1 ATSG ist eine Rente für die Zukunft entsprechend zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben, wenn sich der Grad der Invalidität der Person, die eine Rente bezieht, in einer für den Anspruch erheblichen Weise ändert. Setzt die Verwaltung bei der Leistungszusprechung die Rente nach Massgabe der Veränderung des Invaliditätsgrades rückwirkend herab oder hebt sie sie auf, richtet sich der Zeitpunkt der Rentenherabsetzung bzw. -aufhebung rechtsprechungsgemäss nach Art. 88a Abs. 1 IVV (BGE 125 V 417 f. Erw. 2d, 109 V 125, 106 V 16). Danach ist bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit die anspruchsbeeinflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit andauern wird; sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird (BGE 109 V 126 f. Erw. 4a; AHI 2001 S. 159 f. Erw. 1 und S. 278 Erw. 1a, 1998 S. 121 Erw. 1b, ZAK 1990 S. 518 Erw. 2 mit Hinweis).

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

1.6 Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 Erw. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist -, in

Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie präferend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 Erw. 5.1; 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das Ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.).

2. Streitig und zu präferen ist, ob die Beschwerdeführerin zu Recht nur für die Zeit vom 1. März 2004 bis 30. April 2007 eine befristete ganze Rente zugesprochen hat, oder ob ihr, wie sie dies geltend macht (Urk. 1), ab 1. Mai bis 30. November 2007 eine ganze und ab 1. Dezember 2007 eine unbefristete Dreiviertelsrente auszurichten ist. Der Gesundheitszustand stellt sich folgendermassen dar:

2.1 Gemäss Bericht von Dr. Z. vom 21. März 2005 (Urk. 9/10) leidet die Beschwerdeführerin an einem Status nach Schleuder- und Stauchungstrauma der Halswirbelsäule (HWS). Sie klagt über neuropsychologische Defizite, Kopf- und Nackenbeschwerden, Sehstörungen mit Augenflimmern und Doppelbildern, permanenten Schwankschwindel, Gleichgewichtstörungen, Lumbalgien und Parästhesien an den Armen und Händen. Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit betrage seit November 2003 30 % und könne kaum gesteigert werden.

2.2 Dr. G. stellte im Verlaufsbericht vom 31. August 2004 (Urk. 9/32/139-141) fest, dass unmittelbar nach dem Trauma eine radiologische Abklärung im H. durchgeführt worden sei. Nach Ausschluss ossärer Läsionen sei ein kraniozervikales Beschleunigungstrauma QTF Grad II diagnostiziert worden. In den kommenden Wochen habe sich unter Physiotherapie anfänglich eine gewisse Besserung der Symptomatik ergeben. Bei dann zunehmend schleppendem Verlauf sei ein Neurologe eingeschaltet worden. Das in der Folge durchgeführte MRI habe einen unauffälligen Befund gezeigt. Die Arbeitsfähigkeit betrage 30 %, mit allfälliger Steigerung auf 50 %. Die Belastbarkeit könne somatisch, psychisch und kognitiv nicht aufgliedert werden.

2.3

2.3.1 Dr. D. berichtete am 28. Januar 2004 der Arbeitgeberin (Urk. 9/2/1-3), die Beschwerdeführerin leide unter den Folgen eines HWS-Beschleunigungstraumas mit protrahiertem, unerfreulichem Verlauf. 10 Monate nach dem Ereignis bestehe noch ein fast unberblickbarer Beschwerdekatalog. Aktuell mache die Beschwerdeführerin kaum Fortschritte. Die Prognose sei ungünstig, mit einer weiteren Verbesserung werde jedoch noch gerechnet. Zur Zeit arbeite sie 30 %, eine stufenweise Erhöhung auf 50 % werde von einem bevorstehenden Rehabilitationsaufenthalt erhofft.

2.3.2 Am 28. November 2004 (Urk. 9/2/4-5) gab Dr. D. an, es bestehe im Vergleich zum Januar keine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes. Von März bis Mai habe ein erneuter Rehabilitationsaufenthalt und hernach hätten weitere ambulante intensive Physiotherapie, medizinische Trainingstherapie und Behandlung durch einen Osteopathen stattgefunden. Diese Massnahmen hätten wenigstens zu einer Stabilisierung des Gesundheitszustandes geführt. Insgesamt habe sich auch an der Arbeitsfähigkeit nichts wesentlich geändert. Medizinisch-theoretisch scheine es

denkbar, dass die Beschwerdeführerin das Arbeitspensum unter günstigen Umständen auf 50 % steigern könne.

2.3.3 In der medizinischen Beurteilung vom 20. Juli 2007 (Urk. 9/46) stellte Dr. D. \_\_\_ fest, dass der aktuelle Gesundheitszustand durch die chronifizierte Schmerzproblematik deutlich beeinträchtigt sei. Die Beschwerdeführerin sei aktuell zu 30 % arbeitsfähig. Ein Arbeitsversuch von 40 % sei gerechtfertigt.

2.3.4 Am 13. November 2007 (Urk. 3/4) schliesslich wiederholte Dr. D. \_\_\_, dass die Beschwerdeführerin bei persistierender Schmerzproblematik aktuell zu 40 % arbeitsfähig sei. Die Steigerung des Arbeitspensums von 30 % auf 40 % habe sie aus familiären Gründen längerfristig nicht realisiert.

## 2.4

2.4.1 Laut Austrittsbericht des Rehasentrums A. \_\_\_ vom 14. Oktober 2003 (Urk. 9/14/167-175), wo sich die Beschwerdeführerin vom 23. Juli bis 5. September 2003 zur stationären Rehabilitation aufgehalten hatte, war es gelungen, die Analgetika-Dosis zu reduzieren und eine leichte Verbesserung der lumbalen und zervikalen Schmerzen zu erreichen. Die Beweglichkeit von HWS und BWS sei verbessert worden. Die Beschwerdeführerin habe bei Austritt über eine verbesserte Sensibilität der Hände berichtet, sie würden seltener einschlafen. Schwindel trete nicht mehr ständig auf, und der Druck in den Ohren sei etwas besser geworden, der Tinnitus bestehe aber weiterhin. Die Beschwerden im Bereich der HWS seien morgens meist besser, im Tagesverlauf traten jedoch oft wieder stärkere Beschwerden auf. Die Ausstrahlungen in die Schultern seien geringer als bei Eintritt.

Die neuropsychologische Abklärung zeige deutliche Einschränkungen vor allem im Bereich der Aufmerksamkeit. Hinweise auf Störungen der Gedächtnisfunktionen ergaben sich nicht. Auch im planerischen Bereich sowie bei der Kreativität erziele die Beschwerdeführerin normale Ergebnisse. Ausgeprägt sei vor allem die Konzentrationsschwäche, was die Beschwerdeführerin auch subjektiv bemerke. Sie ermüde sehr leicht, und bei Tätigkeiten, die eine erhöhte Aufmerksamkeit benötigten, traten frühzeitig Schwindel und Sehstörungen auf. Auch die Schmerzsymptomatik verschlechtere sich. Es sei ein angepasstes Funktionstraining zur Verbesserung der Aufmerksamkeits- und Konzentrationsfähigkeit begonnen worden. Gegen Ende hätten deutliche Verbesserungen bei einer erneuten Testung beobachtet werden können.

Mit der Beschwerdeführerin und ihrem Arbeitgeber sei die probeweise Wiederaufnahme der alten Tätigkeit innerhalb der nächsten vier Wochen zunächst in etwa 30%iger Teilzeit vereinbart worden.

2.4.2 Nachdem sich die Beschwerdeführerin vom 25. März bis 4. Mai 2004 erneut einer stationären Therapie im Rehasentrum A. \_\_\_ unterzogen hatte, berichteten die Ärzte am 5. Mai 2004 (Urk. 9/14/153-158), die Beweglichkeit der BWS und HWS habe deutlich gesteigert werden können. Die Beschwerdeführerin habe bei Austritt angegeben, dass sich die Kribbelparästhesien in den Händen deutlich gebessert hätten. Ausserdem gebe sie an, dass sie weniger häufig unter einem Flimmerskotom leide. Insgesamt habe sich ihre generelle Kraft und Kondition deutlich steigern lassen, sie habe sich bei Austritt leistungsfähiger gefühlt als bei Eintritt. Die geklagten

Kopfschmerzen traten weiterhin in wechselnder Ausprägung auf. Die Schmerzen in der LWS, welche in die Rückseite des linken Beines ausstrahlten, hatten bei Austritt weiterhin bestanden. Der unsystematische Schwindel und das Ohrensausen seien durch die Therapien nicht verbessert worden. Die neuropsychologische Kontrolluntersuchung habe Einschränkungen in den Bereichen Aufmerksamkeit und Konzentration gezeigt. Im Bereich Gedächtnis zeigten sich leichtergradige Beeinträchtigungen. Insgesamt lagen die Ergebnisse der Gedächtnistestung im durchschnittlichen Bereich.

Der Beschwerdeführerin sei geraten worden, eine Stelle zu suchen, bei welcher sie zu 30 % einsteigen könne. Im weiteren Verlauf sei eine Steigerung auf 50 % anzustreben.

## 2.5

2.5.1 Dr. B. ging im Bericht vom 10. Juni 2003 (Urk. 9/14/190-193) davon aus, dass die Beschwerdeführerin sicher ein kranio-zervikales Beschleunigungstrauma erlitten habe. Ein Kopfaufprall sei wahrscheinlich, aber ein Bewusstseinsverlust lasse sich nicht eruieren, beziehungsweise eine erlittene Commotio cerebri sei unwahrscheinlich. In der aktuellen Untersuchung habe er (Dr. B.) das Schmerzsyndrom als von tendinomyogenem Charakter interpretiert. Es seien keine Hinweise für eine radikuläre, eine peripher-neurogene oder sogar eine myeläre Schädigung zu finden. Neben dem Schmerzsyndrom seien die unspezifischen, teils klar vegetativen Symptome am protrahierten, nur teils regredienten Verlauf mitverantwortlich (Präkokkollaps, Agoraphobie, Ermüdbarkeit, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen). Diese seien an sich unspezifisch und bei einem solchen Schmerzsyndrom häufig anzutreffen.

2.5.2 Gemäss Verlaufsbericht von Dr. B. vom 10. April 2006 (Urk. 9/20) hätten sich die aktuell geschilderten Beschwerden in ihrer Charakteristik nicht wesentlich verändert, aber sie seien in ihrer Intensität zum Teil weniger ausgeprägt. Die aktuellen Befunde seien bis auf mässige zervikale Myogelosen völlig unauffällig. Insbesondere gebe es keine Hinweise für eine vestibuläre, zerebelläre oder propriozeptive Störung. Die Kopfschmerzen vom Spannungstyp seien deutlich zurückgegangen, hingegen persistierten noch fluktuierende Schmerzen von tendinomyogenem Charakter im zervikalen und weniger auch im thorakalen beziehungsweise lumbalen Bereich. Zeichen für ein radikuläres Reiz- oder Ausfallsyndrom seien weder in der zervikalen und besonders nicht in der lumbalen Region vorhanden. Die verschiedenen Schwindelbeschwerden blieben letztlich unspezifisch. Sie seien jeweils verstärkt bei allgemeinen Belastungsreaktionen. Sich schnell bewegende Umgebungsobjekte könnten einen zusätzlich auslösenden Reiz für die Schwindelbeschwerden sein und so eine transiente konsekutive Gang- und Standunsicherheit bedingen, was mit einem sogenannten visuellen Schwindel zu vereinbaren sei. Alle diese Symptome (Kopfschmerzen, Schmerzen entlang der Wirbelsäule, verschiedenartiger Schwindel, Sehstörungen, vermehrte Erschöpfbarkeit mit Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen, Affektlabilität und Angstsymptome) seien gut mit einem posttraumatischen Syndrom vereinbar. Hierbei sei ein solch protrahierter Verlauf möglich, wenn auch selten.

Die Arbeitsfähigkeit betrage gemäss Beschwerdeführerin seit November 2004 30 % entsprechend 3 x 1/2 Tag. Zeitweise sei die Belastung auf 5 x 1/2 Tag gesteigert worden, was dann innerhalb weniger Wochen zu einer verstärkten Symptomatik geführt habe.

2.6 Laut Gutachten von Dr. C. \_\_\_ vom 22. November 2005 zu Händen des Unfallversicherers (Urk. 9/16) habe sich anlässlich der Begutachtung an objektiven Befunden ein normaler Neurostatus, auch mit Betreff der Halswirbelsäule, wo lediglich Druckdolenz der mittleren Linea nuchae und Irritationszonen bei C2 und C4 rechts bestanden hätten, ergeben. Die Rückenbeweglichkeit sei normal, es bestünde eine leichte Druckdolenz am linken Ileosakralgelenk sowie eine Adipositas mit etwas Hypertonie. Psychisch entstehe der Eindruck einer ausserordentlichen Fixierung auf organische Beschwerdeursachen. Hirnmorphologisch bestehe eine Liquorzyste im hinteren Balkenbereich, die aber kaum Unfallcharakter habe, sondern höchstwahrscheinlich kongenital als Missbildung bedingt sei und die man ohne weitere Befürchtungen und Konsequenzen zur Kenntnis nehmen müsse.

Die Beschwerdeführerin kündigte ihre bisherige Tätigkeit als kaufmännische Angestellte weiterhin voll ausüben, wenn sie nicht durch die im Fall involvierte medizinische und paramedizinische Industrie samt den übrigen gutmeinenden Betreuern daran gehindert würde.

2.7 Die von Dr. F. \_\_\_ im psychiatrischen Gutachten vom 23. März 2007 zu Händen des Unfallversicherung (Urk. 9/29 S. 15) gestellten Diagnosen lauten folgendermassen:

Dissoziative Störung (Konversionsstörung):

Dissoziative Amnesie und dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörung (ICD-10: FF 44.0 und 44.6) bei präd disponierender Struktur, familiärer Prädisposition

DD: Somatoforme Schmerzstörung (F45.4) im Zusammenhang mit innerpsychischen Konflikten

DD: Kindliche Entwicklungsstörung (F89) mit anhaltenden Defiziten

Maladaptives Überzeugungs- und Bewältigungsmuster mit Symptomausweitung im Zusammenhang mit Schmerzen (Z76): primär keine psychopathologische Störung von Krankheitswert; Fixation und Chronifizierung krankheitswertig, d.h. mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit".

Das Muster von verfremdeter Wahrnehmung (Gefühl der Entrücktheit/Entfremdung), eine selektive Amnesie (Fähigkeit, sich an einige, aber nicht an alle relevanten Ereignisse zu erinnern, unklarer Zeitverlust) und eine neuropsychologisches Ausfallmuster sowie natürlich die sensorischen, sensiblen und motorischen Funktionsstörungen ohne organischen Bezug, zusammen mit dem Langzeitverlauf und dem beobachtbaren sozialen Verhalten, machten es wahrscheinlich, dass es sich um Phänomene einer dissoziativen Störung (Konversionsstörung) handle. Wenn von einer dissoziativen Störung ausgegangen werde, stelle sich natürlich die Frage nach Traumatisierung oder emotionaler Deprivation während der frühen Entwicklung. Eine solche verneine die Beschwerdeführerin. Was vorliege, sei eine familiäre Disposition mit angeblich vergleichbarer Symptomatik bei der Mutter und eine familiäre Prädisposition. Unter Konfrontation seien auch Abwehrprozesse augenscheinlich, die auf eine strukturelle Störung hinweisen könnten. Die konzeptuelle Abgrenzung gegenüber anderen psychischen Abwehrformen, wie zum Beispiel der Verdrängung im Rahmen einer innerpsychischen Konfliktsituation mit in der Folge Konversionssymptomen, sei nicht sicher möglich. Differentialdiagnostisch könne es

sich also auch um eine somatoforme Schmerzstörung oder um Teile davon handeln.

Bei der Beurteilung der Zumutbarkeit der Arbeitsfähigkeit werde man der gesamten Situation der Beschwerdeführerin vermutlich am gerechtesten, wenn man ihr medizinisch-theoretisch eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 60 % attestiere. Dies berücksichtige die chronische Schmerzkrankheit, die Mischung von bewusstseinsnahen und bewusstseinsfremden psychischen Elementen und die medizinisch-psychiatrische Erfahrungstatsache, dass Menschen mit einer Strukturstörung, wie sie die dissoziative Störung nahe lege, auch bei ansonsten subjektiv gegebener Motivation zur Arbeit zahlreiche Unterbrechungen im beruflichen Werdegang und an Arbeitsstellen hätten, weil es immer wieder zu Arbeitsunterbrechungen komme.

Laut E.\_\_\_\_-Gutachten vom 4. Mai 2007 liegen bei der Beschwerdeführerin folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vor (Urk. 9/31 S. 20):

1. Chronisches cervicocephales Syndrom

- ohne relevantes somatisch-strukturelles Korrelat

2. Unspezifisches rezidivierendes thoracospondylogenes Syndrom rechts

3. Lumbospondylogenes Syndrom links bei Osteochondrose L5/S1".

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierten die Gutachter (S. 20):

4. Adipositas Grad I (BMI = 33 kg/m<sup>2</sup>)

5. Vegetative Symptomatik mit cervicocephalem Schwindel (DD: phobischer Schwankschwindel) und Tinnitus".

Bei der rheumatologisch-orthopädischen Untersuchung sei die Beweglichkeit der Halswirbelsäule in Inklination, Seitneigung nach links und Rotation nach links in allen Stellungen 1/3 schmerzhaft eingeschränkt. Die Extension löse Schwindel aus, es bestehe eine schmerzhafte Irritationszone C2 links. Daneben bestehe eine mäßige Druckdolenz der suboccipitalen Muskelansätze. Die Beweglichkeit der übrigen Wirbelsäule sei nicht eingeschränkt. Über dem Dornfortsatz und dem rechten Querfortsatz von BWK 10 bestehe eine Druckdolenz, kein paravertebraler Hartspann. Eine weitere Druckdolenz finde sich am Segment L5/S1 interspinal und paravertebral links sowie über der Spina ilica posterior superior. Im MRI der HWS vom Juli 2003 fanden sich keine pathologischen Befunde. In der Röntgenaufnahme der LWS vom März 2003 zeige sich eine beginnende Osteochondrose L5/S1. Zusammenfassend handle es sich jetzt aus klinischer Sicht um ein chronisches cervicocephales Syndrom ohne relevantes somatisch-strukturelles Korrelat. Daneben beständen ein unspezifisches rezidivierendes thoracospondylogenes Syndrom rechts sowie ein lumbospondylogenes Syndrom links bei Osteochondrose L5/S1. Das anhaltende Beschwerdebild im Bereich der HWS sei strukturell nicht sicher zu erklären. Die rezidivierenden Schmerzen an der unteren Brustwirbelsäule mit Ausstrahlung in den rechten Hemithorax müssten als unspezifisch bezeichnet werden im Sinne von rezidivierenden segmentalen Dysfunktionen. Lediglich die lumbalen Schmerzen mit spondylogenen Ausstrahlungen in das linke Bein könnten zu einem guten Teil durch die bereits 2003 vorhandene Degeneration des Bandscheibensegments L5/S1 erklärt werden. Aus rheumatologischer Sicht sei aufgrund dieser strukturell-somatischen Befunde lediglich eine qualitative Einschränkung der

Arbeitsfähigkeit aufgrund der Osteochondrose L5/S1 gegeben. Die übrigen beschriebenen Befunde, inklusive der beklagte Schwindel, verursachten zwar Beschwerden, eine Beschränkung der Arbeitsfähigkeit sei dadurch jedoch nicht gerechtfertigt. Sie gingen nicht über das allgemein übliche Ausmass einer in der ärztlichen Sprechstunde häufig gesehenen Symptomatik hinaus. Bezüglich LWS sollten vor allem Zwangshaltungen wie längeres Stehen, insbesondere vorgebeugt, von Seiten der HWS aus auch längeres Sitzen am PC (über 2 Stunden) vermieden werden. Ausserdem sei das repetitive Heben und Tragen von Lasten über 5 kg beziehungsweise von Einzellasten über 15 kg unangünstig. Für körperlich leichte wechselbelastende Tätigkeiten unter Berücksichtigung dieser Einschränkungen könne keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert werden. In der jetzigen Tätigkeit als Projektmitarbeiterin im Human Resources Management einer Grossbank betrage die Arbeitsfähigkeit aus rheumatologischer Sicht somit 100 %.

Bei der psychiatrischen Exploration sei die Beschwerdeführerin bewusstseinsklar und allseits voll orientiert gewesen. Es ergäben sich insbesondere keine Hinweise auf Störungen im Bereich von Konzentration, Aufmerksamkeit oder Gedächtnis. Die Stimmung erscheine ausgeglichen bei guter affektiver Schwingungsfähigkeit, unauffälliger Mimik usw. Die Beschwerdeführerin berichte, dass sie durchaus auch Freude empfinden könne und abgesehen von ihren Beschwerden zufrieden sei mit ihrem Leben. Subjektiv werde eine schnelle Erschöpfbarkeit erlebt. Es würden rege Sozialkontakte und auch Hobbies gepflegt, der Schlaf sei gelegentlich schmerzbedingt etwas gestört. Im Anschluss an den Unfall von 2003 sei es zu einer Symptomatik, die retrospektiv Elemente einer dissoziativen Störung aufweise, gekommen. Symptome, wie sie im Rahmen einer posttraumatischen Belastungsstörung beobachtet würden, seien nie beschrieben worden. Der Verlauf sei recht protrahiert mit einer komplexen Symptomatik, bestehend aus den einerseits subjektiv erlebten kognitiven Störungen sowie Schmerzen und Funktionsstörungen im Bereich des Bewegungsapparates. Bei fehlendem organischem Korrelat sei hier von einer gewissen Fehlverarbeitung und möglicherweise auch Somatisierung auszugehen, wobei die Diagnosekriterien für das Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung nicht erfüllt seien. Zurzeit bestehe auch keine depressive Komponente. Aufgrund der erhobenen Befunde ergäben sich aus psychiatrischer Sicht keine Diagnosen von Krankheitswert und damit auch keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit.

Zusammenfassend und bei Beurteilung aller Gegebenheiten und Befunde sei die Beschwerdeführerin für schwere körperliche Arbeit ungeeignet. Für eine leichte wechselbelastende Tätigkeit ohne längeres Stehen und ohne längeres Sitzen am PC (über 2 Stunden am Stück), d.h. für eine wechselbelastende Tätigkeit ohne repetitives Heben oder Tragen von Lasten über 5 kg beziehungsweise Einzellasten über 15 kg bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit.

### E. 3

3.1 Die Würdigung der medizinischen Beurteilungen ergibt, dass das Gutachten des E. vom 4. Mai 2007 (Urk. 9/31) mit rheumatologisch-orthopädischen und psychiatrischen Fachgutachten für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist. Sodann beruht es auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen, berücksichtigen die Gutachter die geklagten Beschwerden und setzen sich mit diesen sowie dem Verhalten der Beschwerdeführerin auseinander. Schliesslich wurden die Gutachten in Kenntnis der

Vorakten erstellt, leuchten in der Darlegung der medizinischen Situation ein und sind die Schlussfolgerungen der Experten begründet. Sie erfüllen daher die praxisgemässen Kriterien (vgl. vorstehend Erw. 1.6) vollumfänglich, so dass für die Entscheidungsfindung darauf abgestellt werden kann.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aus dem Gutachten ist ersichtlich, dass im Zeitpunkt der Rentenaufhebung gegenüber dem Zeitpunkt des Unfalls in somatischer Hinsicht eine erhebliche Verbesserung des Gesundheitszustandes, in psychiatrischer Hinsicht dagegen keine Beeinträchtigung mit Krankheitswert im Sinne des IVG auszumachen war. Hieran vermögen auch die Einwendungen der Beschwerdeführerin nichts zu ändern.

### 3.2 Ä Ä Ä Ä

3.2.1 Ä Ä In psychiatrischer Hinsicht ist festzuhalten, dass die E.\_\_\_\_-Gutachter keine Diagnose mit Krankheitswert stellen konnten, weshalb eine Erklärung, warum ihre Einschätzung der Arbeitsfähigkeit von derjenigen von Dr. F.\_\_\_\_, welche aus psychischen Gründen eine Einschränkung von 60 % attestiert hatte, abweicht, obsolet wurde. Im psychiatrischen Teilgutachten wird indessen darauf hingewiesen, dass von einer gewissen Fehlverarbeitung und möglicherweise auch Somatisierung auszugehen sei, wobei die für das Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung geforderten Diagnosekriterien nicht erfüllt seien. Zudem wird erwähnt, dass in der Vorgeschichte gewisse depressive Komponenten beschrieben worden seien, im Zeitpunkt der Begutachtung aber bezüglich Affektivität keinerlei Hinweise auf das Vorliegen einer depressiven Störung bestanden hätten (siehe Erw. 2.8).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Auch Dr. F.\_\_\_\_ geht in ihrem Gutachten (Urk. 9/29) davon aus, dass sich aus den in den medizinischen Akten dokumentierten Gegebenheiten Diskrepanzen ergeben, die die Psychopathologie nicht aufzuheben vermöge, und schliesst aus der Gesamtheit der Befunde, dass das Zustandekommen der von ihr diagnostizierten Konversionsstörung durch eigene Einstellungen und Verhaltensmuster der Beschwerdeführerin erklärt werden müsse und nur ein Teil davon bewusstseinsfern, der andere Teil aber bewusstseinsnah (Begehrenshaltung, Entschädigungsbegehren) sei. Wenn Dr. F.\_\_\_\_ zu einer Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit von mindestens 60 % gelangt und erklärt, dass man mit dieser Einschätzung der Beschwerdeführerin am gerechtesten werde, erscheint dies in keiner Weise objektiv begründet und ist überhaupt nicht schlüssig. Insbesondere fehlt die Auseinandersetzung damit, inwiefern und weshalb die Beschwerdeführerin durch die Konversionsstörung in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist. Es fällt denn auch einerseits auf, dass Dr. F.\_\_\_\_ nebst einer dissoziativen Störung nach ICD-10 F44.0 und F44.6 - auf welche rechtsprechungsgemäss die Praxis für anhaltende somatoforme Schmerzstörungen zur Anwendung gelangt (Urteil des Bundesgerichts [BGer] vom 30. April 2008 in Sachen B., 9C\_903/2007, Erw. 3.4 mit Hinweis) - auch ein maladaptives Überzeugungsmuster mit Symptomausweitung im Zusammenhang mit den Schmerzen nach ICD-10 Z76 diagnostiziert und letztere Diagnose als krankheitswertig und mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin bezeichnet (Urk. 9/29/20 Ziff. 3). Dazu ist zu bemerken, dass die sogenannten Z-Kodierungen unter anderem zur Klassifizierung von Umständen vorgesehen sind, die den Gesundheitszustand einer Person beeinflussen, an sich aber keine Krankheit oder Schädigung sind. Sie stehen für einen Zusatzfaktor, der berücksichtigt werden muss, wenn die Person wegen eines pathologischen Zustandes behandelt wird. Diese Belastungen fallen als solche jedoch nicht unter den Begriff des

rechtserheblichen Gesundheitsschadens (Urteil BGR vom 25. Mai 2007 in Sachen M., I 514/06, Erw. 2.2.2.2 mit Hinweis). Andererseits ist offensichtlich, dass Dr. F.\_\_\_\_ bei ihrer Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit unter anderem auch die von der Beschwerdeführerin geklagten chronischen Kopf- und Nackenschmerzen sowie die lumbalen Schmerzen berücksichtigt hat (Urk. 9/29/21 Ziff. 5.3). Zudem ist nicht einzusehen, aus welchen medizinischen Gründen die Beschwerdeführerin nicht in der Lage sein soll, mehr als 40 % ihrer angestammten Tätigkeit nachzugehen, nachdem sie offenkundig in der Lage ist, ein ausgesprochen reges Privatleben zu pflegen (Urk. 9/29/11 und Urk. 9/31/31). Das Gutachten von Dr. F.\_\_\_\_ vermag das psychiatrische Teilgutachten des E.\_\_\_\_ somit nicht zu entkräften.

3.2.2.2 Was die somatischen Beschwerden betrifft, gehen die Gutachter des E.\_\_\_\_ nachvollziehbar davon aus, dass diese die Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit nicht beeinträchtigen. Sie erklären dies damit, dass das anhaltende Beschwerdebild im Bereich der HWS strukturell nicht zu erklären sei und die rezidivierenden Schmerzen an der unteren Brustwirbelsäule mit Ausstrahlung in den rechten Hemithorax als unspezifisch bezeichnet werden müssen. Lediglich die lumbalen Schmerzen halten sie als durch eine vorhandene Degeneration des Bandscheibensegmentes L5/S1 erklärbar. Bei den übrigen beschriebenen Befunden, inklusive dem geklagten Schwindel, gehen sie davon aus, dass diese zwar Beschwerden verursachen, diese jedoch nicht derart sind, dass daraus eine Arbeitsunfähigkeit resultiert. Diese Einschätzung deckt sich mit derjenigen von Dr. C.\_\_\_\_, der im Gutachten vom 22. November 2005 (Urk. 9/16) der Beschwerdeführerin eine volle Arbeitsfähigkeit als kaufmännische Angestellte attestiert hatte.

Hieran vermögen auch die Arztberichte von Dr. D.\_\_\_\_ vom 20. Juli 2007 (Urk. 9/46) und 13. November 2007 (Urk. 3/4) nichts zu ändern, äußert er sich doch nicht darüber, weshalb sich seine im Bericht vom 28. November 2004 (Urk. 9/2/4-5) gestellte Prognose, dass eine Steigerung des Arbeitspensums auf 50 % medizinisch-theoretisch denkbar sei, nicht verwirklicht hat, und er im Bericht vom 20. Juli 2007 (Urk. 9/46) nunmehr einen Arbeitsversuch von 40 % als gerechtfertigt erachtet. Erst im Bericht vom 13. November 2007 (Urk. 3/4) erklärt er, dass die Steigerung des Arbeitspensums aus invaliditätsfremden, familiären Gründen nicht realisiert worden sei.

3.2.3.3 Im zeitlichen Ablauf fällt auf, dass sich die Symptomatik ständig verbesserte. So berichteten die Ärzte des Rehasentrums A.\_\_\_\_ im Austrittsbericht vom 14. Oktober 2003 (Urk. 9/14/167-175), dass die Beweglichkeit der HWS und BWS habe verbessert werden können und die Ausstrahlungen in die Schultern geringer seien als bei Eintritt. Nach der stationären Rehabilitation attestierten sie der Beschwerdeführerin eine Arbeitsfähigkeit von 30 %. Nach dem zweiten stationären Aufenthalt berichteten die Ärzte am 5. Mai 2004 (Urk. 9/14/153-158), die Beweglichkeit der BWS und HWS habe deutlich gesteigert werden können, die Kribbelparästhesien in den Händen hätten deutlich gebessert und das Flimmerskotom trete weniger häufig auf. Insgesamt berichteten die Ärzte von einer deutlichen Steigerung der Kraft und Kondition und einer höheren Leistungsfähigkeit. Demgemäß gingen sie auch davon aus, dass eine Steigerung des Arbeitspensums auf 50 % anzustreben sei. Diese Einschätzung wurde von Dr. G.\_\_\_\_ im Verlaufsbericht vom 31. August 2004 (Urk. 9/32/139-140) geteilt.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Auch Dr. B.\_\_\_\_ berichtete am 10. April 2006 (Urk. 9/20), die geschilderten Beschwerden hätten sich in ihrer Charakteristik nicht wesentlich verändert, sie seien aber in ihrer Intensität weniger ausgeprägt. Wenn er der Beschwerdeführerin dennoch lediglich eine Arbeitsfähigkeit von 30 % attestiert, scheint er sich mehr auf ihre subjektiven Angaben, eine zeitweise Erhöhung der Belastung habe innerhalb weniger Wochen zu einer verstärkten Symptomatik geführt, zu stützen als auf objektive Befunde, welche er bis auf mässige zervikale Myogelosen als völlig unauffällig bezeichnet hat.

3.3 Zusammenfassend ist somit davon auszugehen, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit dem Unfallereignis stetig verbessert und spätestens im Zeitpunkt der Begutachtung (11. April 2007) keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr bestanden hat. Da aufgrund der medizinischen Aktenlage nicht genau beurteilt werden kann, in welchen zeitlichen Abständen die Arbeitsfähigkeit um wie viel gesteigert werden konnte, ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin für die Periode vom 1. März 2004 bis 30. April 2007 eine befristete ganze Rente zugesprochen hat. Nach dem 30. April 2007 bestehen keine die Arbeitsfähigkeit einschränkende gesundheitliche Beeinträchtigungen mehr, weshalb ein Rentenanspruch über den 30. April 2007 hinaus zu verneinen ist. Folglich ist die Beschwerde abzuweisen.

4. Die Verfahrenskosten sind auf Fr. 600.-- anzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdeführerin aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

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

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Christina Ammann
- 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 siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

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