

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00555 vom 20. Oktober 2008

ZH Sozialversicherungsgericht, 2008-10-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2008.00555

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00555 du 20 octobre 2008

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00555 del 20 ottobre 2008

Erwägungen

E. 2

/

E. 2.1

Streitig und zu präzisieren ist der Invaliditätsgrad der Beschwerdeführerin.

E. 2.2

Die Beschwerdegegnerin ging gestützt auf die medizinischen Berichte sowie die Resultate der MEDAS-Abklärung davon aus, dass der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin keinen Einfluss auf ihre Arbeitsfähigkeit habe; die bisherige Tätigkeit sei ihr zu 100 % zumutbar (Urk. 2 S. 1).

E. 2.3

Dem hielt die Beschwerdeführerin entgegen, es könne nicht auf das MEDAS-Gutachten abgestellt werden. Sie sei weder rheumatologisch noch neurologisch untersucht worden. Ihre Arbeitsunfähigkeit betrage 100 % (Urk. 1 S. 3 ff.).

E. 3

Prozent, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 Prozent, oder auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 Prozent invalid sind. In Härtefällen besteht gemäss Art. 28 Abs. 1 bis IVG bereits bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente.

Die seit dem 1. Januar 2004 massgeblichen Rentenabstufungen geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 1 IVG in der seit dem 1. Januar 2004 in Kraft stehenden Fassung).

1.5 Die Arbeitsunfähigkeit im Sinne von Art. 29 Abs. 1 IVG entspricht der Einbusse an funktionellem Leistungsvermögen im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich (Art. 6 ATSG; BGE 105 V 159 Erw. 2a). Bei erwerbstätigen Versicherten wird diese Einbusse ohne Rücksicht darauf bestimmt, wie sich die gesundheitliche Beeinträchtigung auf das erzielbare Einkommen auswirkt. Während bei der Beurteilung der Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG) die Schadenminderungspflicht unter anderem in dem Sinne eine erhebliche Rolle spielt, als von der versicherten Person im Rahmen des Zumutbaren verlangt wird, eine andere als die angestammte Tätigkeit auszuüben, sofern sich dadurch die verbleibende Arbeitsfähigkeit finanziell besser verwerten lässt, bildet einzig der

bisherige Beruf den Bezugspunkt der für den Rentenbeginn relevanten Arbeitsunfähigkeit gemäss Art. 29 Abs. 1 lit. b IVG. Diese ist auf der Grundlage der medizinischen Stellungnahmen zu beurteilen (BGE 130 V 99 Erw. 3.2 mit Hinweisen).

1.6 Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen 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).

1.7 Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c).

2.Ä Ä Ä Ä Ä Ä

E. 3.1

3.Ä Ä Ä Ä Ä Ä Im Austrittsbericht vom 10. Mai 2004 (Urk. 9/17 = Urk. 9/11/247-250) über die Hospitalisation der Beschwerdeführerin vom 26. April bis 7. Mai 2004 diagnostizierten die Ärzte der Klinik K. ___ ein zervikospondylogenes Syndrom beidseits bei Status nach HWS-Distorsionstrauma am 1. März 2004, Bandlaxizität und Haltungsinsuffizienz, sowie eine Thalassämia minor (Urk. 9/17 S. 1).

Klinisch habe man eine leichte Kopfprotraktion, einen Achsenstoss-Schmerz auf Höhe C2 und occipitale Druckdolenz beidseits gefunden. Es bestehe eine segmentale Dysfunktion C1/2 beidseits mit Irritationszonen, dies bei global guter HWS-Beweglichkeit. Eine radikuläre Symptomatik habe nicht festgestellt werden können. Bildgebend liege eine leichte Schiefhaltung nach links und eine Streckhaltung C2-6, aber keine degenerative Veränderung oder ossäre Läsion vor (Urk. 9/17 S. 1). Die Beschwerdeführerin habe von den Behandlungsmassnahmen profitieren können, lediglich bei schnellen Kopfbewegungen seien wiederholt Beschwerden aufgetreten, die sich im Laufe der ambulanten Physiotherapie noch bessern sollten. Eine ORL-Ursache für die Geräusche überempfindlichkeit habe nicht gefunden werden können. Für die nächsten drei Wochen sei die Beschwerdeführerin weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 9/17 S. 2).

E. 3.2

Dr. med. B. ___, FMH Innere Medizin und Rheumatologie, diagnostizierte mit Zwischenbericht vom 12. Mai 2004 (Urk. 9/11/285) ein zervikospondylogenes Syndrom nach HWS-Distorsionstrauma am 1. März 2004. Die Wiederaufnahme der Arbeit zu 50 % sei auf den 1. Juni 2004 vorgesehen; es sei kein bleibender Nachteil zu erwarten (Urk. 9/11/285 Ziff. 1, Ziff. 4).

E. 3.3

Ein an der Rehaklinik C. ___ durchgeführtes psychosomatisches Konsilium ergab die psychiatrische Diagnose einer Anpassungsstörung mit Stimmungsschwankungen, Labilisierung der Affekte und Verunsicherung (ICD-10 F43.21), differentialdiagnostisch eine leichte depressive Störung (ICD-10 F32.0; Bericht vom 29. Dezember 2004; Urk. 9/11/31). Auffallend sei eine enorme Affektlabilisierung bis hin zur Affektinkontinenz.

Aktuell sei die Affektstörung im Rahmen einer Anpassungsstörung zu sehen, habe sich aber im Verlauf wohl nahe an der Grenze zu einer major depression bewegt. Auch eine gewisse somatoforme Komponente, die die Schmerz- und körperliche Beschwerdesymptomatik mitbringe, sei nicht ganz auszuschliessen. Eindrucksweise sei die Grundpersönlichkeit der Beschwerdeführerin durch ein eher labiles Selbstwertgefühl geprägt, welches unter der Situation seit dem Unfallereignis zusätzlich gedrückt werde. Sie tue sich schwer mit der Funktions- und Leistungseinbusse. Wiederholte Arbeitsversuche seien gescheitert und zeigten auf, wie schwer es der Beschwerdeführerin falle, sich selbst adäquat einzuschätzen. Entsprechend sei sie immer wieder in Überforderungssituationen geraten (Urk. 9/11/33-34).

E. 3.4

Die Ärzte und Therapeuten der Rehaklinik C.____ diagnostizierten mit Bericht vom 19. April 2005 (Urk. 9/8 = Urk. 9/15 = Urk. 9/11/20-30) über das ambulante, in 64 Sitzungen absolvierte Ergonomie-Trainingsprogramm (Urk. 9/8 S. 3) ein linksbetontes zervikospondylogenes Syndrom, Kopfschmerzen vom Spannungskopfschmerztyp sowie eine Anpassungsstörung mit Stimmungsschwankungen, Labilisierung der Affekte und Verunsicherung, differentialdiagnostisch eine leichte depressive Störung (Urk. 9/8 S. 1).

Die aktuellen Probleme lägen in belastungsverstärkten Nackenschmerzen mit Schmerzausstrahlung in die Schulterpartie und den linken Oberarm, teilweise anstrengungsabhängigen Kopfschmerzen, intermittierenden, beschwerdebedingten Ein- und Durchschlafproblemen, rezidivierenden Schwindelgefühlen, Lärmempfindlichkeit, Stimmungslabilität sowie einer psychosozialer Belastungssituation mit Kündigung und Schulproblemen der Tochter (Urk. 9/8 S. 1). Als Überzeugungen und allfällige Rehabilitationshindernisse wurde eine Schmerzfixierung, die psychosoziale Belastungssituation und der Widerstand gegenüber einem psychosomatischen Zugang der Schmerzproblematik genannt (Urk. 9/8 S. 2).

Der Befund habe eine Einschränkung der HWS-Extension um etwa ein Drittel, kaum Einschränkungen der Rotation und keine Einschränkungen der Seitneigung ergeben. Die Dornfortsätze C2-C5 seien druckschmerzhaft. Es lägen keine Muskelverkrampfungen vor. Die Schulterflexion sei nicht eingeschränkt. Weiter bestehe eine Druckdolenz sowie ein Hartspann des M. trapezius und eine Druckdolenz des Nackens. Dass eine gewisse somatoforme Komponente die Schmerz- und körperliche Beschwerdeproblematik mitbringe, sei nicht ganz auszuschliessen. Aus psychosomatischer Sicht sei eine konsequente antidepressive Behandlung angezeigt, die Beschwerdeführerin lehne dies jedoch ab (Urk. 9/8 S. 2 f.).

Die maximal erreichte tägliche Gesamtarbeitszeit habe zweieinhalb Stunden betragen. Die arbeitsbezogen relevanten Probleme seien Funktionsstörungen der HWS mit teilweise im Tagesverlauf kumulierenden, belastungs- und positionsabhängigen Nackenschmerzen sowie Ausstrahlungen in die Arme, Kopfschmerzen, in Abhängigkeit der Schmerzen wechselnde Konzentrationsprobleme, verstärkte vegetative Begleitreaktionen unter körperlicher Belastung, teilweise belastungs- und bewegungsabhängiges Schwindelgefühl sowie psychosoziale Hindernisse (Urk. 9/8 S. 3).

Bei Eintritt habe die Beschwerdeführerin im Rahmen eines laufenden Arbeitsversuches zur Anpassung und Angewöhnung knapp zwei Stunden in der Buchhaltung gearbeitet.

Dann seien vermehrt Müdigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten und Kopfschmerzen aufgetreten. Da sich im Verlauf des Programmes gezeigt habe, dass eine Wiedereingliederung in die bisherige berufliche Tätigkeit als Sachbearbeiterin Buchhaltung infolge der vorwiegenden Tätigkeit am Computer in absehbarer Zeit nicht realistisch und inzwischen aufgrund der Kündigung nicht mehr möglich sei, sei das Ziel des Programms vor allem eine Steigerung und umfassende Evaluation der Belastbarkeit in einem neuen Beruf gewesen (Urk. 9/8 S. 3).

Während des etwa sechsmonatigen Trainings sei es wiederholt zu Einbrüchen gekommen. Die Beschwerdeführerin habe sich durch das Training primär eine gewisse Linderung ihrer Beschwerden erhofft, obwohl man sie immer darauf hingewiesen habe, dass es in erster Linie um eine schrittweise Steigerung der Belastbarkeit gehe und eine Schmerzreduktion erst längerfristig erwartet werden könne. Da sie aber diesbezüglich keine Verbesserung verspürt habe, sei sie nicht mehr bereit gewesen, die Anzahl Trainingstage auf mehr als drei pro Woche zu steigern. Das Training sei deshalb abgebrochen worden; man habe in diesem Zusammenhang die Leistungsbereitschaft als fraglich erachtet (Urk. 9/8 S. 3 f.).

Da die Beschwerdeführerin die Mindestanforderung der täglichen Trainingspräsenz nicht erfüllt habe, könnten keine beruflichen Perspektiven und Massnahmen empfohlen werden. Die Beschwerdeführerin fühle sich für jegliche Tätigkeit kaum arbeitsfähig. Sie habe aber drei halbe Tage, jeweils zweieinhalb Stunden plus Anfahrtsweg, im Trainingsprogramm verbracht. Sie habe dabei jeweils kurze Pausen benötigt und habe insbesondere nicht länger als 30 Minuten am Computer arbeiten können. Sie habe zudem ein doch beträchtliches Haushaltspensum erledigt mit täglich zwei Mal Kochen, Wäsche, Aufräumen und Kinderbetreuung. Für schwerere Arbeit helfe an einem halben Tag pro Woche eine Raumpflegerin. Die Beschwerdeführerin habe mit ihren aktuellen Ressourcen zunächst den Haushalt und die Kinderbetreuung und erst dann das Trainingsprogramm bewältigen wollen (Urk. 9/8 S. 4).

Der Alltag der Beschwerdeführerin werde hauptsächlich durch Haushaltaktivitäten (Waschen, Putzen, bis zu zwei Mal täglich Kochen) und Kindererziehung, verbunden mit kurzen Erholungspausen, ausgefüllt. Für schwerere Aufgaben wie Fenster putzen, Gardinen aufhängen, grosse Reinigungen und schwere Gartenarbeiten beanspruche sie die Hilfe Dritter. Die Einkäufe erledige sie mit ihrem Ehemann, der aber wegen Rückenproblemen nur bedingt belastbar sei. Daneben investiere sie abends viel Zeit in die Unterstützung ihrer Tochter, die an Lern- und Konzentrationsproblemen leide (Urk. 9/8 S. 8).

Es sei schwierig zu beurteilen, ob das aktuelle Ausmass an Haushalt- und Kinderbetreuung noch dem entspreche, was die Beschwerdeführerin vor dem Unfall neben dem Arbeitspensum von 60 % erledigt habe, oder ob es infolge der längeren Arbeitsabsenz ausgedehnt worden sei. Ein allfälliger Mehraufwand an geleisteter Hausarbeit und Kinderbetreuung wäre medizinisch-theoretisch als Leistungsfähigkeit dem zumutbaren Arbeitspensum zuzurechnen. Die letzte Tätigkeit als Sachbearbeiterin Buchhaltung sei aktuell nicht zumutbar, da es sich hauptsächlich um Computerarbeit handle. Für eine leichte, wechselbelastende Tätigkeit ohne länger dauernde Arbeit über Brusthöhe, in verdrehter oder vorgeneigter Position oder mit Computerarbeit von mehr als 30 Minuten am Stück sei die Beschwerdeführerin halbtags arbeitsfähig, wobei in einer Einstiegsphase von drei Monaten eine Pause von etwa 30 Minuten pro Halbtag empfohlen

werde. Dabei werde davon ausgegangen, dass das aktuelle Haushaltspensum zugunsten einer Wiederaufnahme der Arbeit reduziert werden müsste (Urk. 9/8 S. 4).

E. 3.5

Mit Bericht vom 18. Mai 2005 (Urk. 9/12/3-4) diagnostizierte Dr. B. ein chronisches zervikospondylogenes Syndrom bei HWS-Distorsion am 1. März 2004. Diese Diagnose habe Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin (Urk. 9/12/3 lit. A).

E. 3.6

Dr. med. D., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Psychosomatische und Psychosoziale Medizin APPM, führte mit Bericht vom 5. September 2005 (Urk. 9/20/2-9) aus, der in Verbindung mit HWS-Distorsionen ausgelagerte Schmerz sei ein zervikogener Kopfschmerz: Man nehme an, dass der Schmerz seine Herkunft in traumatisch bedingten Veränderungen im Bereich der zervikalen Weichteile habe, wenn nicht sogar knöcherner oder nervlicher Verletzungen vorliegen, was bei der Beschwerdeführerin allerdings nicht der Fall sei. Was die den Bewegungsapparat der Beschwerdeführerin allgemein betreffenden Schmerzen angehe, so reiche die Phänomenologie deutlich über dasjenige hinaus, was man in der Folge von HWS-Distorsionen unmittelbar kenne. Es dürfte ein allgemeines, eher unspezifisches Schmerzsyndrom am Bewegungsapparat vorliegen, wie man dies beispielsweise unter dem Begriff des Fibromyalgie-Syndromes kenne (Urk. 9/20/7).

Das vermehrte Weinen sei nicht Ausdruck einer klinisch evidenten depressiven Stimmung, sondern natürlicher Ausdruck eines Schmerzes, der körperliche und seelische Aspekte beinhalte. Gestützt auf die Angaben der Beschwerdeführerin sei anzunehmen, dass sie ihren Alltag trotz aller Schwierigkeiten kompetent organisiere und auch in ihrer Familie eine Rollenverteilung stattgefunden habe. Dies mit der Konsequenz, dass sie entlastet werde und andere vermehrt Verantwortung für den Haushalt übernehmen. Sie habe weiter nebst den häuslichen Verpflichtungen und der Selbstsorge in ihren Alltag auch ein Fitness- und Entspannungsprogramm einbauen können, so dass zusätzliche Verhaltenskorrekturen beziehungsweise eine verhaltensmedizinisch konzipierte Schmerztherapie nicht naheliegend seien (Urk. 9/20/8).

E. 3.7

Dr. med. E., Facharzt FMH Neurologie, diagnostizierte mit Bericht vom 4. Juli 2005 (Urk. 9/20/16-17) Spannungskopfschmerzen mit migräniformer Exazerbation in Wechselwirkung mit einem Zervikalsyndrom, einen Status nach HWS-Distorsionstrauma am 1. März 2004 sowie eine Anpassungsstimmung mit Stimmungsschwankungen (Urk. 9/20/16). Der Befund habe hinsichtlich Kopf und Hals Druckdolenz im Bereich der HWS, an den Muskelansatzstellen im linken Arm und links zentral sowie einen Trapezius-Kneifschmerz, aber keine Klopf- oder Druckdolenz am Kopf ergeben. In der neurologischen Untersuchung finde sich kein Hinweis auf eine symptomatische Kopfwehform oder eine Läsion im Bereich des Neurokraniums (Urk. 9/20/17).

E. 3.8

Dr. med. F., Spezialärztin FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation, speziell Rheumaerkrankungen, stellte in ihrem am 21. Februar 2006 erstatteten Gutachten (Urk. 9/22/2-8) folgende rheumatologischen Diagnosen (Urk. 9/22 S. 5 f.):

- persistierendes, sich zunehmend chronifizierendes zervikozephal/zervikospondylogenes Beschwerdesyndrom bei Status nach Distorsionstrauma der HWS am 1. März 2004
- Spannungskopfschmerzen mit migräniformer Exazerbation in Wechselwirkung mit Zervikalsyndrom
- zunehmende Schmerzausbreitungstendenz im Sinne eines generalisierten linksseitig betonten Fibromyalgie-Syndroms (Fehlverhalten Unfallereignis? Anpassungsstörung? Depression?)
- allgemeine Tendenz zu Hypermobilität und Bandlaxizität

Der Befund habe eine volle, jedoch endphasig schmerzhaft bewegliche HWS, eine ausgeprägte Druckdolenz der linksseitigen Nacken- und Schultergürtelmuskulatur, insbesondere schmerzhaft Insertionstendinosen an der Linea nuchalis, eine verspannte und druckdolente paravertebrale Muskulatur entlang der HWS sowie im Schultergürtel und zudem Druckdolenz der restlichen Wirbelsäule, der linken Schulter sowie beider Ellenbogen und der Hand- und Kniegelenke ergeben (Urk. 9/22 S. 4).

Aus rheumatologischer Sicht lägen aktuell typische Beschwerden und Befunde eines generalisierten, halbseitenbetonten Fibromyalgie-Syndroms vor. Aufgrund der neuropsychologischen Beurteilung könne ein Minimal-Brain-Injury-Syndrom beziehungsweise eine neuropsychologische Funktionseinschränkung oder Hirnleistungsstörung ausgeschlossen werden. Die Beschwerden seien als schmerzbedingt im Rahmen des Zervikalsyndroms zu interpretieren. Es sei bekannt, dass Bagatell-Unfälle bei entsprechender Disposition zu Chronifizierung und Schmerzausbreitung im Sinne einer somatoformen Schmerzstörung führen könnten. Eine eigentliche Depression habe gemäß dem psychiatrischen Konsilium an der Rehaklinik C. jedoch nicht bestätigt werden können (Urk. 9/22 S. 6).

E. 3.9

Dr. med. G. ____, Fachärztin FMH für Neurologie, diagnostizierte mit Bericht vom 28. Februar 2007 (Urk. 9/38) ein chronisches zervikovertebrales, zervikozephal Schmerzsyndrom mit Spannungskopfschmerzen mit migräniformen Exazerbationen bei Status nach HWS-Distorsionstrauma am 1. März 2004 (Urk. 9/38 S. 1). Es sei eine volle Beweglichkeit der HWS mit Endphasenschmerzen in Reklination und Rotation nach rechts sowie eine ausgeprägte Druckdolenz der Nacken-Schultergürtelmuskulatur gegeben. Der Tonus sei normal und es seien keine cerebellären Zeichen zu finden. Die Sensibilität sei allseits vorhanden. Vegetative Störungen seien nicht objektivierbar (Urk. 9/38 S. 2).

Seit 10 Tagen nach dem Unfall bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Ein Arbeitsversuch im Juni und Juli 2004 sei infolge der Schmerzen gescheitert. Die Beschwerdeführerin habe einmal monatlich eine Haushalthilfe, zudem würden Hausarbeiten von den Familienmitgliedern aufgeteilt. Der Tagesablauf sei dementsprechend umgestaltet worden, ohne dass es zu einer wesentlichen Besserung gekommen sei. Es sei nicht gelungen, die Beschwerdeführerin wieder in ihre Arbeit zu integrieren. Zu Hause sei sie von der Mitarbeit ihrer Familie abhängig (Urk. 9/38 S. 2).

E. 3.10

Dr. med. H.____, Spezialarzt FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation, speziell Rheumaerkrankungen, führte mit Bericht vom 3. Juli 2007 (Urk. 9/37) aus, die Beschwerdeführerin habe ein Zervikovertebral- und Zervikozephalosyndrom bei Status nach Unfall mit Fibromyalgie-Tendenz. Daneben bestehe eine gewisse Hypermobilität. Neben den Schmerzen sei die allgemeine Ermüdung und auch der Umgang mit den Unfallfolgen für sie schwierig. Sinnvoll sei eine stationäre Behandlung im interdisziplinären Schmerzprogramm (Urk. 9/37 S. 1 f.).

E. 3.11

Nach Durchführung einer internistischen (Urk. 9/31 S. 15 f.), einer rheumatologisch-orthopädischen (Urk. 9/31 S. 24 ff.) sowie einer psychiatrischen (Urk. 9/31 S. 26 ff.) Untersuchung kamen die MEDAS-Gutachter unter Berücksichtigung der Akten und der Anamnese (Urk. 9/31 S. 1 ff.) mit Bericht vom 16. November 2007 zum Schluss, dass keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden könne. Es lägen jedoch folgende, sich nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirkenden Diagnosen vor (Urk. 9/31 S. 29):

1. posttraumatisch chronifiziertes zerviko-zephalos Schmerzsyndrom mit und bei:
 - zervikobrachialgiformer Komponente links betont
 - Spannungskopfschmerzsymptomatik
 - Status nach HWS-Distorsion am 1. März 2004
2. Verdacht auf Innenmeniskusläsion linkes Kniegelenk
3. Anpassungsprobleme bei Veränderungen der Lebensumstände (ICD-10 Z60.0)
4. Thalassämia minor

Während der Anamnesenerhebung habe sich bei der gestenreichen Schilderung durch die dabei praktizierten Kopfbewegungen eine altersentsprechend freie Halswirbelsäulenbeweglichkeit erkennen lassen. Das Auskleiden sei speditiv und ohne Schonbewegungen erfolgt (Urk. 9/31 S. 21).

Bei der aktuellen rheumatologischen Untersuchung zeige sich klinisch eine in allen Ebenen freie und aussergewöhnlich gut bewegliche Halswirbelsäule. Klinische Hinweise auf eine Bandscheibenproblematik mit neurokompressivem Charakter liessen sich nicht erheben. Die Fibromyalgiedruckpunkte im Bereich der stammnahen Muskulatur seien mehrheitlich positiv, wobei jedoch die jeweiligen Kontrollpunkte in gleicher Weise schmerzempfindlich angegeben würden. Dies widerlege die Diagnose einer Fibromyalgie. Weiter liessen sich die geschilderten HWS-Beschwerden mit den heute erhobenen Befunden nicht hinlänglich erklären. Eine Einschränkung der aktiven zervikalen Beweglichkeit lasse sich nicht objektivieren. Die angegebenen Schmerzen blieben letztlich ohne pathologisch-anatomisches Korrelat. Die Kniebeschmerzsymptomatik lasse sich bei positivem Innenmeniskuszeichen mit radiologischem Korrelat einer chronischen Meniskusläsion zuordnen. Die Giving-way-Symptomatik des linken Hüftgelenks sei klinisch wie bildgebend ohne entsprechendes Korrelat. Zusammenfassend lasse sich deshalb aus rheumatologischer Sicht für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Büroangestellte keine dauerhafte Limitierung der Arbeitsfähigkeit begründen (Urk. 9/31 S. 31 f.).

Auch internistisch läßgen keine Krankheitsbilder vor, die eine dauerhafte Limitierung als Büroangestellte begründeten könnten. Aus psychiatrischer Sicht sei ein sekundärer Krankheitsgewinn gegeben, indem die Beschwerdeführerin von ihrer Familie unterstützt werde. Weiter gebe es aufgrund der Anamnese und des Untersuchungsbefundes zwar Hinweise, die für eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung sprächen, die diagnostischen Kriterien seien jedoch nicht erfüllt. Auch die depressive Symptomatik sei nicht ausgeprägt genug, um eine depressive Störung zu diagnostizieren. Aus psychiatrischer Sicht sei die Beschwerdeführerin vollständig arbeitsfähig (Urk. 9/31 S. 32 f.).

Die in der Vorgeschichte attestierten Arbeitsunfähigkeiten seien teilweise befristet ausgesprochen worden. Eine Differenz zur heute ermittelten Arbeitsfähigkeit bestehe insbesondere mit der Einschätzung durch die Ärzte der Rehaklinik C.____: Diese hätten festgehalten, dass die Beschwerdeführerin bezogen auf die erbrachten Trainingsleistungen noch deutlich von einer auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt verwertbaren Arbeitsleistung entfernt sei und unter Berücksichtigung der täglich erledigten Haushaltarbeit eine Belastbarkeit von mindestens halbtags erreichen könne. Aufgrund der aktuell erhobenen Befunde sei dies nicht mehr nachvollziehbar. Offensichtlich sei eine massgebliche Verbesserung des Gesundheitszustandes eingetreten, denn aufgrund des heute erstellten positiven Leistungsprofils sei weder auf rheumatologisch-orthopädischem noch psychiatrischem Fachgebiet eine dauerhafte Limitierung der Arbeitsfähigkeit, bezogen auf die zuletzt im Umfang von 60 % ausgeübte Tätigkeit, auszumachen. Es würden von den behandelnden und begutachtenden Ärzten vielmehr unspezifische Befundkonstellationen oder eine zunehmende Gefährlichkeit beschrieben. Auch auf psychiatrischem Fachgebiet sei retrospektiv kein Gesundheitsschaden diagnostiziert worden, der nach ausgeschöpfter Behandlung eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit in der angestammten wie auch in einer angepassten Tätigkeit begründeten könnte (Urk. 9/31 S. 34).

Eine weitere Diskrepanz in der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin finde sich bei der derzeit behandelnden Fachärztin für Neurologie, Dr. G.____, die wegen des chronischen zervikovertebralen und zervikozephalen Schmerzsyndroms eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert habe. Der Neurostatus der Beschwerdeführerin sei jedoch bis auf endphasige Bewegungsschmerzen im Bereich der HWS mit Druckdolenzen der Schulter- und Nackenmuskulatur unauffällig. Dauerhafte neurologische Defizite, die eine vollständige und dauernde Arbeitsunfähigkeit erklären könnten, läßgen nicht vor, weshalb die Beurteilung durch Dr. G.____ nicht nachvollziehbar sei (Urk. 9/31 S. 35).

E. 3.12

Die Beschwerdeführerin wurde vom 5. bis 21. Februar 2008 im Rahmen der Rheumatologischen Interdisziplinären Schmerz-Sprechstunde am Spital J.____ ärztlich, physio- und ergotherapeutisch sowie psychologisch abgeklärt. Mit Bericht vom 21. Februar 2008 (Urk. 3/5) wurden folgende Diagnosen gestellt (Urk. 3/5 S. 1):

- chronisches zervikospodylogenes und zervikozephalies Schmerzsyndrom mit und bei
- Status nach HWS-Distorsionsverletzung nach Unfall 3/04
- Spannungstyp-Kopfschmerzen mit neuropathischem Charakter mit migräniformer Exazerbation bei Verdacht auf Insertionstendinopathie der M. trapezii am Okziput sowie

Irritationen der N. occipitales

- Fehlhaltung der HWS mit Kopfprotraktion
- Hyperalgesie der Nacken- und Schultermuskulatur beidseits
- lumbovertebrales Schmerzsyndrom bei Hypermobilität L4/5/S1
- femoropatellares Schmerzsyndrom linksbetont

Anlässlich dieser Beurteilung nehme man keine Stellung zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin (Urk. 3/5 S. 1). Aufgrund der Schmerzen beständen Einschränkungen in allen Lebensbereichen und der Konzentration. Einen Teil der Einschränkungen könne die Beschwerdeführerin mit dem Einsatz von selbst entwickelten Handlungsstrategien und Pausen kompensieren. Die Symptomatik sei, auch bei positivem Dolorimetrie-Befund, für eine Fibromyalgie untypisch. Im Laufe der Untersuchung falle eine labile Stimmungslage auf, aber aufgrund des kurzen Gespräches habe keine psychiatrische Diagnose gestellt werden können (Urk. 3/5 S. 2).

E. 4.1

Die Ärzte der Klinik K. ___ hielten mit Austrittsbericht vom 10. Mai 2004 (Urk. 9/17) fest, dass die Beschwerdeführerin für die nächsten drei Wochen weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig sei (Urk. 9/17 S. 2). Diese Einschätzung steht im Zusammenhang mit der im Anschluss an den Unfall vom 1. März 2004 vorgenommenen Heilbehandlung und lässt noch keine Rückschlüsse darauf zu, ob es sich um eine dauernde Arbeitsunfähigkeit handelt. Dementsprechend fehlt es auch an Angaben, welche angepasste Tätigkeit in welchem Umfang zumutbar ist.

E. 4.2

Dr. B. ___ ging mit Bericht vom 12. Mai 2004 (Urk. 9/11/285) davon aus, dass die Beschwerdeführerin ihre Arbeit per 1. Juni 2004 zu 50 % wieder aufnehmen und dass kein bleibender Nachteil zu erwarten sei (Urk. 9/11/285 Ziff. 4). Diesem Bericht fehlt es jedoch an einem konkreten Befund und einer Anamneseerhebung, weshalb die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht genügend nachvollziehbar erscheint. Nachdem es sich um einen Zwischenbericht zuhanden der SUVA handelte, fehlen auch Angaben zur behinderungsangepassten Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin, weshalb die Angaben von Dr. B. ___ für die vorliegend interessierende Frage nicht hilfreich sind. Dies gilt auch für den Bericht von Dr. B. ___ vom 18. Mai 2005 (Urk. 9/12/3-4).

E. 4.3

Im Rahmen des an der Rehaklinik C. ___ durchgeführten psychosomatischen Konsiliums wurde keine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin vorgenommen (vgl. Bericht vom 29. Dezember 2004; Urk. 9/11/31). Mit Schlussbericht vom 19. April 2005 legten die Ärzte der Rehaklinik C. ___ eine Restarbeitsfähigkeit von 50 % (halbtags) fest, wobei es sich um eine leichte, wechselbelastende Tätigkeit ohne länger dauernde Arbeit über Brusthöhe, in verdrehter oder vorgeneigter Position oder mit Computerarbeit von mehr als 30 Minuten Dauer handeln müsse. Die letzte Tätigkeit als Sachbearbeiterin Buchhaltung sei aktuell nicht zumutbar, da es sich hauptsächlich um Computerarbeit handle (Urk. 9/8 S. 4).

Dieser Beurteilung lagen mehrwöchige Abklärungen und Therapien zugrunde, wobei auch konkrete Arbeitssituationen am Computer getätigt wurden (vgl. Urk. 9/8 S. 3).

Dennoch kann nur bedingt auf diese Einschätzung abgestellt werden: Einerseits geht aus der Formulierung zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit hervor, dass diese Arbeit im Moment (Äktuell) nicht zumutbar gewesen sei. Entsprechend kann daraus nicht geschlossen werden, dass die Beschwerdeführerin ihre angestammte Tätigkeit gar nicht mehr ausüben könnte. Dies folgt aus dem Umstand, dass es im Training wiederholt zu Einbrüchen kam und die Beschwerdeführerin nicht bereit war, das Training zu steigern und so die Belastbarkeit zu verbessern. Dies hatte den Abbruch des Trainings zur Folge (vgl. Urk. 9/8 S. 3 f.). Dementsprechend konnten auch keine beruflichen Perspektiven und Massnahmen empfohlen werden (Urk. 9/8 S. 4). Der Abbruch des Trainings und die mangelnde Compliance der Beschwerdeführerin führen aber auch dazu, dass die auf 50 % geschätzte angepasste Arbeitsfähigkeit nicht als genügend nachvollziehbar erscheint, blieb damit doch offen, ob dies dem tatsächlichen, dauerhaft gegebenen Potential der Beschwerdeführerin entspricht. Angesichts der Fähigkeiten der Beschwerdeführerin im Haushalt inklusive der zusätzlichen abendlichen Unterstützung der Tochter (vgl. Urk. 9/8 S. 8; vgl. auch Urk. 9/20 S. 7) ist eine höhere Restarbeitsfähigkeit - bei konsequenter Therapie - nicht ausgeschlossen. Letzteres gebietet im Übrigen auch die Schadenminderungspflicht. Insgesamt kann somit auf die von den Ärzten der Rehaklinik C.____ vorgenommene Beurteilung nicht massgeblich abgestellt werden.

E. 4.4

Dr. D.____ (Urk. 9/20), Dr. E.____ (Urk. 9/20/16-17), Dr. F.____ (Urk. 9/22/2-8) und Dr. H.____ (Urk. 3/37) äusserten sich nicht zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin. Dr. G.____ hielt fest, dass 10 Tage nach dem Unfall eine vollständige Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin eingetreten sei (Urk. 9/38 S. 2). Angaben dazu, ob dabei jegliche Tätigkeit gemeint ist, fehlen. Angesichts der erhobenen, weitgehend normalen neurologischen Befunde liegt der Schluss nahe, dass Dr. G.____ lediglich den status quo wiedergab und keine eigene Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin vornahm.

E. 4.5

Das MEDAS-Gutachten vom 16. November 2007 (Urk. 9/31) erging unter Einbezug der Akten, Erhebung der Anamnese und Vornahme allseitiger Untersuchungen. Diesbezüglich ist darauf hinzuweisen, dass die Gutachter zwar, wie die Beschwerdeführerin rät (vgl. Urk. 1 S. 5), nicht selbst eine neurologische Untersuchung durchführten. Es lag ihnen jedoch, nebst dem Bericht von Dr. E.____ vom 4. Juli 2005 (vgl. Urk. 9/31 S. 9), mit dem Bericht von Dr. G.____ vom 28. Februar 2007 ein aktueller neurologischer Bericht vor (vgl. Urk. 9/31 S. 12, S. 35). Nachdem Dr. G.____ einen weitgehend normalen Neurostatus festgestellt hatte, bestand für die Gutachter kein Anlass, über die Erhebung des objektiven neurologischen Befundes (vgl. Urk. 9/31 S. 22) hinausgehende neurologische Untersuchungen durchzuführen.

E. 4.6

Die Beschwerdeführerin rät weiter, es sei keine rheumatologische Untersuchung durchgeführt worden, da Dr. I.____ Facharzt für Orthopädische Chirurgie und nicht Rheumatologe sei (Urk. 1 S. 6).

Gemäss hohem Richterlicher Rechtsprechung spielt die fachärztliche Qualifikation des Experten für die richterliche Würdigung eines Gutachtens eine erhebliche Rolle:

Bezüglich der medizinischen Stichhaltigkeit eines Gutachtens müssen sich die Gerichte auf die Fachkenntnisse des Experten verlassen können, weshalb für die Eignung eines Arztes als Gutachter ein spezialärztlicher Titel vorausgesetzt wird (BGE I 142/07 vom 20. November 2007 in Sachen P., Erw. 3.2.3). Dr. I. ___ erfüllt als Facharzt FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates (vgl. Urk. 3/3) diese Voraussetzung, er ist aber unbestrittenemassen kein Facharzt für Rheumatologie. Dieser Umstand vermag jedoch den Beweiswert des MEDAS-Gutachtens nicht entscheidend herabzusetzen: Der Befund, den Dr. I. ___ erhob, weicht nicht wesentlich von demjenigen der rheumatologische Fachärztin Dr. F. ___ ab. Beide Ärzte stellten hauptsächlich eine voll bewegliche HWS und über den Körper verteilte Druckdolenzen fest (vgl. Urk. 9/22 S. 4 in Verbindung mit Urk. 9/31 S. 21 und S. 24 f.). Während Dr. F. ___ von typischen Befunden eines Fibromyalgie-Syndroms ausging (Urk. 9/22 S. 6), bezweifelte Dr. I. ___ diese Diagnose (Urk. 9/31 S. 25). Wie es sich damit verhält, kann jedoch offen bleiben, da die von der Rechtsprechung im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze bei der Würdigung des invalidisierenden Charakters einer Fibromyalgie analog anzuwenden sind (BGE 132 V 65 Erw. 4). Deren Diagnose begründet für sich allein noch nicht keine Invalidität, vielmehr besteht eine Vermutung, dass die Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Eine für die Verneinung dieser Zumutbarkeit im Vordergrund stehende psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer liegt jedoch bei der Beschwerdeführerin nicht vor (zum Ganzen: BGE 130 V 352). Sie selbst erachtete sich denn auch als psychisch gesund (vgl. Urk. 9/31 S. 28).

E. 4.7

Insgesamt vermag das MEDAS-Gutachten den praxisgemässen Anforderungen (vgl. vorstehend Erw. 1.7) zu entsprechen. Die Gutachter kamen darin in nachvollziehbarer Weise zum Schluss, dass keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin gegeben seien. Dabei wurde auch auf abweichende Einschätzungen der früher involvierten Ärzte Bezug genommen und begründet, dass aufgrund des heute erstellten Leistungsprofils keine dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, bezogen auf die zuletzt im Umfang von 60 % ausgeübte Arbeitstätigkeit, gegeben sei (Urk. 9/31 S. 34 f.). Daran vermag die Einschätzung der Ärzte der Rheumatologischen Interdisziplinären Schmerz-Sprechstunde vom 21. Februar 2008, wonach die Beschwerdeführerin aufgrund der Schmerzen Einschränkungen in allen Lebensbereichen hinnehmen müsste (Urk. 3/5 S. 1), nichts zu ändern; es gilt das vorstehend zur Überwindbarkeit der Schmerzen Gesagte.

5. Â Â Â Â Â Â

5.1 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin aus medizinischer und rechtlicher Sicht in ihrer Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt ist. Die angefochtene Verfügung erweist sich deshalb als rechters, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

5.2 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. 900.-- 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. 900.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. André Largier

- 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.