

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00294 vom 29. November 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-11-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2009.00294

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00294 du 29 novembre 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00294 del 29 novembre 2010

Erwägungen

E. 1

1.1 Am 1. Januar 2008 sind die im Zuge der 5. IV-Revision revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 6. Oktober 2006, der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 28. September 2007, des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) sowie das Bundesgesetz über die Schaffung und die Änderung von Erlassen zur Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) vom 6. Oktober 2006 in Kraft getreten. In materiellrechtlicher Hinsicht gilt jedoch der allgemeine bergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen sind, die bei Erlass des angefochtenen Entscheids respektive im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 467 Erw. 1, 126 V 136 Erw. 4b, je mit Hinweisen).

Die angefochtene Verfügung ist am 19. Februar 2009 ergangen (Urk. 2), wobei ein Sachverhalt zu beurteilen ist, der vor dem Inkrafttreten der revidierten Bestimmungen der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 begonnen hat. Daher und aufgrund dessen, dass der Rechtsstreit eine Dauerleistung betrifft, über welche noch nicht rechtskräftig verfügt wurde, ist entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln für die Zeit bis 31. Dezember 2007 auf die damals geltenden Bestimmungen und ab diesem Zeitpunkt auf die neuen Normen der 5. IV-Revision abzustellen (vgl. zur 4. IV-Revision: BGE 130 V 445 ff.; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 7. Juni 2006 in Sachen M., I 428/04, Erw. 1). Dies fällt materiellrechtlich jedoch nicht ins Gewicht, weil die 5. IV-Revision hinsichtlich der Invaliditätsbemessung keine substantiellen Änderungen gegenüber der bis 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Rechtslage gebracht hat, so dass die zur altrechtlichen Regelung ergangene Rechtsprechung weiterhin massgebend ist (Urteil des Bundesgerichts in Sachen A. vom 19. Mai 2009, 8C_76/2009, Erw. 2). Im Folgenden werden die massgeblichen Gesetzesbestimmungen - soweit nichts anderes vermerkt ist - in der seit dem 1. Januar 2008 geltenden Fassung zitiert.

1.2 Die massgebenden rechtlichen Bestimmungen, insbesondere betreffend den Rentenanspruch (Art. 28 IVG) und die Invaliditätsbemessung (Art. 16 ATSG), sind in der angefochtenen Verfügung zutreffend wiedergegeben (Urk. 2 S. 1). Darauf kann mit der folgenden Ergänzung verwiesen werden.

1.3 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 wÄ¼rdigen und die GrÄ¼nde anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 Erw. 2a).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Hinsichtlich des Beweiswertes eines Ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser GrundsÄ¼tze entscheidend, ob es fÄ¼r die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berÄ¼cksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nÄ¼tig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen ZustÄ¼nde und ZusammenhÄ¼nge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begrÄ¼ndet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prÄ¼fend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszurÄ¼mende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmÄ¼glich machen, 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.).

E. 2

2.1 Ä Ä Ä Ä Die Beschwerdegegnerin ging davon aus, dass die BeschwerdefÄ¼hrerin seit dem Unfall vom 18. Juli 2002 in ihrer angestammten TÄ¼tigkeit als Hauswirtschaftsmitarbeiterin erheblich eingeschrÄ¼nkt sei. Hingegen sei ihr eine leidensangepasste TÄ¼tigkeit vollzeitlich zumutbar. Bei der GegenÄ¼berstellung des Valideneinkommens von Fr. 64'460.-- und des Invalideneinkommens von Fr. 51'082.-- resultiere ein rentenausschliessender InvaliditÄ¼tsgrad von 21 % (Urk. 2 S. 2 oben).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In Bezug auf die beschwerdeweise verlangte Erstattung der AbklÄ¼rungskosten in der HÄ¼he von Fr. 235.80 und Fr. 35.10 fÄ¼hrte die Beschwerdegegnerin aus, sie habe diese Rechnungen der R.____ bereits bezahlt. Die BeschwerdefÄ¼hrerin habe daher direkt von der R.____ den gegebenenfalls doppelt bezahlten Betrag wegen ungerechtfertigter Bereicherung zurÄ¼ckzufordern (Urk. 6 S. 2).

2.2 Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä DemgegenÄ¼ber stellte sich die BeschwerdefÄ¼hrerin auf den Standpunkt, seit dem Verkehrsunfall leide sie an invalidisierenden Nacken- und Kopfschmerzen, GefÄ¼hlsstÄ¼rungen, SchwindelanfÄ¼llen, SensibilitÄ¼tsstÄ¼rungen und Schmerzexazerbationen. Ihre GesundheitsschÄ¼digungen seien nicht hinreichend abgeklÄ¼rt worden. Die Beschwerdegegnerin habe sich in der VerfÄ¼gung auch nicht mit den von ihr erhobenen EinwÄ¼nden auseinandergesetzt und dadurch eine GehÄ¼rsverletzung begangen. Im Weiteren rÄ¼gte sie, dass die Gutachten der Dres. Z.____ und A.____ verschiedene MÄ¼ngel aufwiesen. Namentlich hÄ¼tten sie das zu einer abweichenden Beurteilung gelangende Y.____-Gutachten nicht berÄ¼cksichtigt, genau so wenig wie die Ä¼brigen divergierenden Ärztlichen EinschÄ¼tzungen. Das Gutachten Z.____/A.____ erfÄ¼lle die geforderten beweisrechtlichen AnsprÄ¼che nicht und sei daher nicht verwertbar. Die BeschwerdefÄ¼hrerin verlangte daher, es sei ein Obergutachten anzuordnen (Urk. 1, Urk. 19).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In der Stellungnahme vom 22. Juli 2009 fÄ¼hrte sie zudem aus, die gerichtliche Nachfrage habe bestÄ¼tigt, dass das Y.____-Gutachten wenigstens Dr. A.____ nicht vorgelegen habe. Dr. Z.____ wie auch Dr. A.____ wÄ¼rden sich noch in der ergÄ¼nzenden Auskunft ungenÄ¼gend mit der abweichenden Y.____-EinschÄ¼tzung auseinander setzen. Hinsichtlich des Urteils des Bundesgerichts vom 6. Oktober 2008 wies die BeschwerdefÄ¼hrerin darauf hin, dass ihr die dort erwÄ¼hnten Unterlagen betreffend Personenobservation (vgl. Urk. 7/56 Erw. 7.7.2) nicht bekannt und ihr auch nie vorgelegt worden seien (Urk. 19).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die von Dr. A.____ bei R.____ in Auftrag gegebenen AbklÄ¼rungen hÄ¼tten Rechnungen in der HÄ¼he von Fr. 35.10 und Fr. 235.80 nach sich gezogen. Diese habe sie der Beschwerdegegnerin zur Zahlung zugestellt, aber dann nichts mehr gehÄ¼hrt. Nachdem sie eine Mahnung erhalten hatte, habe sie die Rechnungen beglichen. Das nachlÄ¼ssige Handeln der Beschwerdegegnerin habe sie direkt geschÄ¼digt, weshalb die Beschwerdegegnerin ihr die beiden BetrÄ¼ge zurÄ¼ckzuerstatten habe (Urk. 1 S. 10).

2.3Ä Ä Ä Ä Strittig und zu prÄ¼fen ist somit zunÄ¼chst, ob die RestarbeitsfÄ¼higkeit der BeschwerdefÄ¼hrerin festgesetzt werden kann, und falls ja, wie hoch der aufgrund ihrer gesundheitlichen EinschrÄ¼nkung erlittene Erwerbsausfall ist.

E. 3

3.1Ä Ä Ä Ä Nach dem Unfall vom 18. Juli 2002 (vgl. Urk. 7/9/23) war die BeschwerdefÄ¼hrerin bis am Folgetag im Stadtspital B.____ hospitalisiert (Urk. 7/9/21).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dort wurden im Bericht vom 4. September 2002 eine HWS-Distorsion mit vegetativer StÄ¼rung und HypÄ¼sthesien diagnostiziert (Urk. 7/9/19 Ziff. 5). Zudem wurden Schmerzen in der LendenwirbelsÄ¼ule erwÄ¼hnt (Urk. 7/10/14-15). Im Ä¼rztlichen Zeugnis wurde eine ArbeitsunfÄ¼higkeit von 100 % bis am 23. Juli 2002 attestiert (Urk. 7/9/21).

3.2Ä Ä Ä Ä Wegen anhaltenden Schmerzen und auf Empfehlung der Ä¼rzte des Stadtspitals B.____ vom 15. Oktober 2002 (Urk. 7/9/13 = Urk. 7/16/25) hielt sich die BeschwerdefÄ¼hrerin vom 7. November bis am 5. Dezember 2002 in der Rheuma- und Rehabilitationsklinik C.____ auf. Die KlinikÄ¼rzte diagnostizierten im Bericht vom 12. Dezember 2002 eine HWS-Distorsion mit Zervikozephalgien und Zervikobrachialgien, neuropsychologische Defizite (KonzentrationsstÄ¼rungen und Schwindel) ohne neurologische Ausfallsymptomatik und einen Verdacht auf Symptomausweitung sowie eine mediolaterale Diskushernie (DH; Urk. 7/9/6). Unter anderem erwÄ¼hnten sie als auffÄ¼llig, dass bei der Eintrittsuntersuchung alle fÄ¼nf Waddelzeichen positiv gewesen seien (Urk. 7/9/7).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Therapie habe die Schmerzsymptomatik reduziert, aber die SchwindelgefÄ¼hle seien geblieben. Vor allem wegen der Sprachprobleme habe keine neuropsychologische Beurteilung erfolgen kÄ¼nnen. Die Ä¼rzte sprachen von einem chronifizierenden, posttraumatischen Schmerzsyndrom mit Schwindel. Im Hinblick auf den Klinikaustritt rieten sie therapeutisch zur fortgesetzten DurchfÄ¼hrung des erlernten Heimprogramms, zu Physiotherapie zwecks Verbesserung der HWS-Beweglichkeit, zur UnterstÄ¼tzung der Versicherten bei ihren CopingbemÄ¼hungen sowie zur Aufnahme eines moderaten kÄ¼rperlichen AktivitÄ¼tstrainings nebst schmerzmodulierender Medikation. Eine Arbeitsintegration schlossen die Ä¼rzte wegen der tiefen Belastbarkeit aus. Leichtere Haushaltarbeiten hielten sie fÄ¼r realistisch. Ab Mitte Januar 2003 legten

sie eine schrittweise Integration in die angestammte Tätigkeit als Hausangestellte im Altersheim (vgl. Urk. 7/3/4 Ziff. 6.3.1, Urk. 7/3/1) nahe, anfänglich zu 30 %. Sollte eine Arbeitsaufnahme nicht möglich sein, empfehlen sie eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (Urk. 7/9/6-10 = Urk. 7/10/5-9 = Urk. 7/16/20-24).

3.3 Dr. med. D.____, FMH Oto-, Rhino-, Laryngologie, diagnostizierte am 25. Juli 2002 ein Distorsionstrauma und einen posttraumatischen Tinnitus. Dieser sei durch die HWS-Verspannung induziert. Sie empfahl Physiotherapie, insbesondere eine muskelrelaxierende Therapie (Urk. 7/9/20 = Urk. 7/16/39).

Zu Händen des Unfallversicherers berichtete sodann Dr. med. E.____, Spezialarzt FMH für Otorhinolaryngologie, spez. Hals- und Gesichtschirurgie, am 21. März 2003 über seine Untersuchungen. Die Beschwerdeführerin habe Probleme, nach oben zu schauen. Es bestehe eine massive Druckdolenz an der Muskulatur der HWS. Dr. E.____ meinte, die Enthemmung des linken Labyrinthes und die vermehrten Schwindel wie auch der Tinnitus seien wahrscheinlich eine Reaktion auf die zervikalen Beschwerden. Er regte eine medikamentöse Behandlung an und ging davon aus, dass die Schwindelbeschwerden mit der Besserung der Verspannungen abklingen werden (Urk. 7/9/4-5 = Urk. 7/16/18-19).

Ebenfalls auf Zuweisung der Ärzte des Stadtsitals B.____ untersuchte Dr. med. F.____, Spezialarzt für Neurologie FMH, die Beschwerdeführerin und berichtete darüber am 12. August 2002 und am 14. April 2003. Er führte aus, dass das Schmerzsyndrom durch die Muskelverspannung verursacht sei. Anlässlich der Erstuntersuchung erhob er keine neurologischen Auffälle (Urk. 7/9/24-25 = Urk. 7/10/10-13 = Urk. 7/16/43-46).

Bei der Zweituntersuchung am 14. April 2003 habe die Beschwerdeführerin starke Schmerzen im Nackenbereich angegeben. Ihren Angaben zu Folge gehe es ihr im Vergleich zur Voruntersuchung vom 12. August 2002 schlechter; alle therapeutischen Bemühungen seien ohne nachhaltigen Effekt geblieben. Da der Facharzt aus neurologischer Sicht praktisch normale Befunde erhob, ging er von einer Chronifizierung der Symptomatik mit Symptomausweitung aus. Im Vergleich zu seinem Schreiben vom 12. August 2002 ergaben sich am 14. April 2003 keine neuen neurologischen Gesichtspunkte (Urk. 7/9/1-3 = Urk. 7/10/22-24 = Urk. 7/16/15-17).

Am 17. Februar 2005 sah Dr. F.____ die Beschwerdeführerin erneut und untersuchte sie nochmals, diesmal wegen Schnarchen im Rahmen von Übergewicht und Schlafmittelabusus und wegen Insertionstendinosen. Dr. F.____ nannte weiterhin keine auffälligen Befunde (Urk. 7/30/9-10).

3.5 Zu Händen der Vorsorgeeinrichtung erstattete Dr. med. G.____, FMH Innere Medizin, am 22. Mai 2003 einen Bericht. Sie stellte folgende Diagnosen (Urk. 7/16/13):

- chronisches cervikospodylogenes/-zephales und lumbospodylogenes Syndrom mit/bei
- Status nach HWS-Distorsionstrauma
- mediolateraler Diskushernie C5/6 ohne Neurokompression
- Verdacht auf Symptomausweitung
- unklare Arm- und Beinschwäche mit Hypästhesien und Kribbelparästhesien

- ausgeprägter Schwindel

Dr. G.____ hielt eine Arbeitsreintegration in die angestammte Tätigkeit im Zeitpunkt der Untersuchung für undenkbar. Die Beschwerdeführerin könne nicht einmal allein aus dem Haus gehen. Die neuesten neurologischen Abklärungen (wohl vom 14. April 2003 von Dr. F.____, vgl. Urk. 7/9/1-3) lässen ihr zwar nicht vor. Dennoch sei sehr fraglich, ob die Beschwerdeführerin ihre angestammte Tätigkeit je wieder aufnehmen könne. Sie erachtete eine spätere Neuevaluation für sinnvoll und sprach sich bei einer vollen (Berufs-)Invalidität für die vorläufige, befristete Zusprache einer ganzen Rente aus (Urk. 7/16/13-14).

3.6 Dr. med. H.____, Praktischer Arzt FMH, der die Beschwerdeführerin seit 2001 behandelt, äusserte im Bericht vom 4. Oktober 2003 einen Verdacht auf Schmerzverarbeitungsstörung mit Symptomausweitung und diagnostizierte nebst der HWS-Distorsion einen bereits vorbestehenden essentiellen Tremor, welcher in der Neurologischen Klinik und Poliklinik des Universitätsspitals I.____, bereits wiederholt und ohne Befunde abgeklärt worden war (vgl. Urk. 7/10/17-21). Dr. H.____ attestierte eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten wie auch in einer Verweisungstätigkeit seit dem Unfall und bis auf Weiteres (Urk. 7/10/1-4).

3.7 Am 13. Dezember 2003 erstattete Dr. med. J.____, Innere Medizin/Rheumatologie FMH, der die Beschwerdeführerin seit dem Unfall behandelte, einen Bericht. Er diagnostizierte eine HWS-Distorsion, ein lumbospondylogenes Syndrom, eine mediolaterale Diskushernie C5/C6 und Schwindel. Angesichts der Beschwerden sei die Beschwerdeführerin nicht mehr arbeitsfähig, eine für die Beschwerdeführerin angepasste Tätigkeit sei auf dem freien Arbeitsmarkt kaum zu finden (Urk. 7/11 Ziff. 1a-c, lit. A-B).

3.8 Gemäss Bericht vom 14. September 2004 wurde die Beschwerdeführerin wegen seit dem Unfall anhaltenden Kopfschmerzen nochmals in der Neurologischen Klinik des I.____ untersucht. Dort wurde von einem chronischen zervikozephalen Schmerzsyndrom, Schwindel, Kribbelparästhesien, Schwächegefühl und einer depressiven Stimmungslage berichtet. Die Neurologen empfahlen wegen des negativ interagierenden Analgetikaüberkonsums eine andere Medikation. Sie bewerteten die Arbeitsfähigkeit nicht abschliessend, hielten jedoch fest, dass mittelfristig eine Arbeitsfähigkeit von mehr als 0 % angestrebt werden sollte (Urk. 7/30/7-8).

3.9 Im Auftrag der Unfallversicherung (Urk. 7/16/5-9) erstatteten Dr. med. K.____, FMH Neurologie (Urk. 7/21/3-14 = Urk. 7/23/1-13), PD Dr. med. L.____, Physikalische Medizin und Rehabilitation, Rheumatologie FMH (Urk. 7/21/15-25, Urk. 7/23/14-24), und Dr. med. M.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH (Urk. 7/21/26-33, Urk. 7/23/25-32), alle von der Y.____, nach Einsicht in die Vorakten (Urk. 7/21/34-77) und gestützt auf ihre eigenen Untersuchungen am 30. Juni 2005 ihre fachärztlichen Teilgutachten sowie ihre interdisziplinäre Beurteilung (Urk. 7/21/3-7, Urk. 7/23/3-7).

Im Rahmen ihrer Gesamtbeurteilung stellten die Gutachter folgende Diagnosen (Urk. 7/23/4):

- generalisiertes Schmerzsyndrom mit Kopf-, Nacken- und Rückenschmerzen

- cervikocephales und cervikobrachiales Syndrom

- Diskushernie C5/6 ohne Kompression
- Thorako- und Lumbovertebralsyndrom
- sensomotorische Parese rechts wahrscheinlich funktionell bedingt
- anhaltende depressive Episode mittelschweren Ausmasses (ICD-10: F32.1)
- Anpassungsstörung (ICD-10: F43.23; vgl. Urk. 7/23/31)
- geschätzte leichte neuropsychologische Funktionsstörung
- traumatisch bedingte Anosmie, das heisst fehlende Geruchswahrnehmung
- Verdacht auf Symptomausweitung

Dazu führten die Gutachter aus, die Gesamtbeurteilung ergebe einen chronifizierten Zustand mit einem generalisierten Schmerzsyndrom, einerseits im Sinne eines cervikocephalen und cervikobrachialen Syndroms, andererseits auch ein thorako-/lumbovertebrales Syndrom bei bildgebend festgestellter Diskushernie C5/6. Eine differenzierte Untersuchung der Beschwerdeführerin sei nicht möglich gewesen, weshalb die klinischen Befunde nicht genau hätten erhoben werden können. Die Gutachter führten dies auf die Symptomausweitung im Rahmen der Depression zurück. Aus neurologischer Sicht ergäbe sich eine funktionelle Störung ohne strukturelle Veränderungen. Aus neuropsychologischer Sicht ergäbe sich eine leichte Funktionsstörung, überlagert von der in der mittelschweren Depression begründeten Leistungshemmung. Von psychiatrischer Seite rieten die Gutachter zu einer medikamentösen Anpassung und einem Versuch mit einer ambulanten Psychotherapie. Dabei wiesen sie darauf hin, dass selbst bei Durchführung solcher Massnahmen - nicht zuletzt angesichts der weiteren limitierenden Faktoren wie kultureller Hintergrund, Bildungsstand, Verquickung der psychischen Dimension mit dem Schmerzsyndrom - von einer schlechten Prognose auszugehen sei (Urk. 7/23/3-4; vgl. auch Urk. 7/23/31-32). Sie warfen zudem die Frage auf, ob die Beschwerdeführerin die notwendige Mitarbeit zur Therapie aufbringen könne (Urk. 7/23/7 Ziff. 7).

Bildgebend fanden die Gutachter - neben der objektivierbaren Anosmie - ein organisches Korrelat einzig für die Diskushernie C5/6 (Urk. 7/23/5 Ziff. 2; vgl. auch Urk. 7/23/18). Weiter hielten sie fest, dass für den aktuellen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin keine unfallfremden Faktoren verantwortlich seien (Urk. 7/23/5 Ziff. 5.1 und Urk. 7/23/6 Ziff. 5.2-3).

Zur Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter aus, die angestammte Tätigkeit als Hausangestellte in einem Pflegezentrum sei nicht mehr vorstellbar (Urk. 7/23/7 Ziff. 6.2). Zur Zumutbarkeit einer Verweistätigkeit äusserten sie sich nicht.

3.10 Der behandelnde Dr. J. ___ nannte am 13. März 2006 gegenüber seinem Bericht vom 13. Dezember 2003 (Urk. 7/11; vgl. vorstehend Erw. 3.7) unveränderte Diagnosen. Aus der Sicht von Dr. J. ___ sei ein ständiger Tremor hinzugekommen, der jedoch von Dr. H. ___ bereits am 4. Oktober 2003 erwähnt (Urk. 7/10/1 lit. A) und in den Vorjahren im I. ___ ergebnislos untersucht worden war (Urk. 7/10/17-19; vgl. auch vorstehende Erw. 3.6). Dr. J. ___ bescheinigte eine vollständige Arbeitsunfähigkeit sowohl in der angestammten als auch in einer leichteren Tätigkeit (Urk. 7/30/3-6).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Hausarzt Dr. H.____ bestÄrtigte am 18. MÄrz 2006 die bekannten Diagnosen und bezeichnete den Gesundheitszustand als stationÄr. Die Befunde seien identisch wie in seinem Bericht vom 4. Oktober 2003 (vgl. Urk. 7/10/1-4; vgl. vorstehende Erw. 3.6). Er erachtete die BeschwerdefÄhrerin auf dem freien Arbeitsmarkt weiterhin als eingliederungs- und arbeitsunfÄhig (Urk. 7/31/1-4).

3.11Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä GestÄtzt auf das psychiatrische Teilgutachten der Y.____ (Urk. 7/23/25-32) verpflichtete die Beschwerdegegnerin die BeschwerdefÄhrerin am 25. April 2006 unter Hinweis auf ihre Schadenminderungspflicht, sich einer ambulanten psychiatrischen, medikamentÄsen und psychotherapeutischen Behandlung zu unterziehen. Dabei wurde der BeschwerdefÄhrerin angedroht, dass bei SÄumnis der Rentenanspruch beurteilt werde, wie wenn die Behandlung stattgefunden hÄtte, was zur Ablehnung der Rente fÄhren kÄnne (Urk. 7/32).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä AufforderungsgemÄss (Urk. 7/33) teilte die BeschwerdefÄhrerin der Beschwerdegegnerin am 15. Februar 2007 mit, dass sie seit Oktober 2006 bei Dr. N.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, in psychiatrischer Behandlung stehe und zudem weiterhin von Dr. J.____ betreut werde (Urk. 7/34).

3.12Ä Ä Ä Von diesen holte die Beschwerdegegnerin daraufhin aktuelle Berichte ein.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. J.____ legte am 20. MÄrz 2007 dar, dass sich die Situation nicht wesentlich geÄndert habe und die frÄher genannten Diagnosen nach wie vor gÄlten. Angesichts der Schmerzen, der depressiven Situation, des Schwindels und der StÄrke (vgl. hierzu auch Kurzbericht der notfallmÄssigen Behandlung im Stadtpital B.____ vom 27. Mai 2006, Urk. 7/35/7-8) lasse sich auch in einer angepassten TÄtigkeit keine ArbeitsfÄhigkeit realisieren (Urk. 7/35/3-6).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. N.____ bestÄrtigte am 2. April 2007 auf Nachfrage der Beschwerdegegnerin, dass die BeschwerdefÄhrerin seit 2. Oktober 2006 regelmÄssig bei ihm in Behandlung stehe. Trotz geÄnderter Medikation habe das Beschwerdebild Äberhaupt nicht beeinflusst werden kÄnnen. Dr. N.____ bestÄrtigte zur Hauptsache sowohl in somatischer wie auch in psychiatrischer Hinsicht die im Y.____-Gutachten beschriebenen Diagnosen, namentlich die anhaltende depressive Episode mittelschweren Ausmasses, ohne jedoch die von den Y.____-Gutachtern diagnostizierte AnpassungsstÄrung zu bestÄtigen. Dr. N.____ veranschlagte die ArbeitsunfÄhigkeit seit dem Unfall auf 100 % (Urk. 7/36).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zum selben Schluss gelangte Dr. N.____ am 30. Oktober 2007 (Urk. 7/39).

3.13Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Daraufhin veranlasste die Beschwerdegegnerin ein Gutachten beim Psychiater Dr. Z.____ (Urk. 7/40-42, Urk. 7/44-45). Dieser zog mit dem EinverstÄndnis der Beschwerdegegnerin (Urk. 7/44) vom Rheumatologen Dr. A.____ ein Konsilium bei.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Das Gutachten von Dr. Z.____ vom 21. August 2008 (Urk. 7/47) stÄtzte sich auf eine eigene Untersuchung (S. 1) und die - beschrÄnkt auf die Diagnosen - wiedergegebenen Vorakten, wobei das Y.____-Gutachten unerwÄhnt blieb (S. 2 f.). Dr. Z.____ diagnostizierte eine anhaltende somatoforme SchmerzstÄrung (ICD-10: F45.4) und eine Dysthymie (ICD-10: F34.1). Zudem nannte er weitere, nicht gesundheitsbedingte Belastungsfaktoren wie fehlende Ausbildung, mÄssige Integration, lange Phasen von

Arbeitsunfähigkeit, invalider Ehemann (S. 10).

Seiner Ansicht nach lasse sich eine depressive Episode nicht nachweisen. Die Beschwerdeführerin sei zwar gelegentlich verstimmt. Dies wie auch andere psychische Symptome hingen davon ab, ob sie Schmerzen empfinde. Anlässlich der Untersuchung sei kein auffälliger Befund, namentlich keine gedrückte Stimmung erhoben worden. Nach der gutachterlichen Einschätzung sei die somatoforme Schmerzstörung überwindbar und somit nicht invalidisierend. Zu den in diesem Zusammenhang zu prüfenden Kriterien hielt Dr. Z. ___ fest, eine erhebliche psychische Komorbidität liege nicht vor, ebenso wenig wie chronische körperliche Begleitkrankheiten und ein sozialer Rückzug. Dagegen sei der Krankheitsverlauf mehrjährig und chronifiziert (S. 9 f.).

Zur Arbeitsfähigkeit führte Dr. Z. ___ unter Vorbehalt der rheumatologischen Erkenntnisse aus, in der angestammten Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin zu weniger als 20 % eingeschränkt. In einer angepassten Tätigkeit bestehe eine weitgehend volle Arbeitsfähigkeit (S. 10 ff.).

Mit Blick auf die diesbezüglich abweichende Beurteilung durch den behandelnden Dr. N. ___ kritisierte Dr. Z. ___, der Psychiater habe sich nicht zu den somatischen Befunden zu äußern. Eine depressive Episode sei nicht nachweisbar und Dr. N. ___ habe die psychosomatische Überlagerung nicht berücksichtigt. Seine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit sei daher nicht nachvollziehbar (S. 11).

Dr. A. ___ referierte im Gutachten vom 21. August 2008 (Urk. 7/48) zunächst die unter Beizug einer Dolmetscherin erhobenen Befunde seiner Untersuchung vom 12. August 2008 sowie die überlassenen Akten, wobei auch er das Y. ___-Gutachten nicht erwähnte (S. 3-7).

Dr. A. ___ übernahm einerseits die von Dr. Z. ___ aus psychiatrischer Sicht formulierten Diagnosen (S. 7 Ziff. III.1) und nannte andererseits in somatischer Hinsicht folgende Diagnosen (S. 7 Ziff. III.2-5):

- chronisch generalisiertes Schmerzsyndrom
- nicht ausreichend somatisch absetzbar
- Panalgie, betont der rechten Körperhälfte
- anamnestisch Sensibilitätsstörungen der rechten Körperhälfte
- cervicalbetontes Panvertebralsyndrom mit spondylogener Ausstrahlung
- anamnestisch multiple Beschwerden wie Steh- und Gangunsicherheit, Bauchschmerzen, Müdigkeit, Leistungsschwäche
- Adipositas
- essentieller Tremor
- arterielle Hypertonie
- anamnestisch Reizmagensyndrom
- Calciumpyrophosphatkristall-Ablagerungserkrankung

Dr. A.____ legte dar, dass in der klinischen Untersuchung die behandlungsbedürftige Adipositas, eine schmerzvermittelnde Mimik und Gestik, eine partielle Sensibilitätsstörung der rechten Körperhälfte und diffuse Schmerzangaben bei weitgehend unauffälligem klinischen Verhalten (Habitus) imponiert hätten (S. 8). Bildgebend vermochte Dr. A.____ die von der Beschwerdeführerin beschriebenen Beschwerden nicht zu objektivieren, und zwar weder im Bereich der oberen noch der unteren Extremitäten; im Bereich der Wirbelsäule erhob er abweichend von den Y.____-Gutachtern auch keine Diskushernie mehr, sondern altersentsprechende normale Befunde mit leichtgradiger Osteochondrose (S. 10 f.). Er schloss daraus auf ein Aggravationsverhalten (S. 12) und setzte sich mit detaillierten Begründungen mit den mit den eigenen Schlussfolgerungen in Widerspruch stehenden ärztlichen Beurteilungen in den Vorakten auseinander und stellte diese in Frage (S. 13).

Aus rein rheumatologischer Sicht erachtete Dr. A.____ die Beschwerdeführerin weder in der angestammten noch in einer leicht- bis mässiggradig belastenden Arbeit mit der Möglichkeit, wechselnde Positionen einzunehmen und die Rückenergonomie einzuhalten, als eingeschränkt. Im Übrigen verwies er auf die Einschätzung durch Dr. Z.____ (S. 15). Zur Beschwerdelinderung empfahl Dr. A.____ eine alternative Medikation (S. 16).

3.14 Am 6. Oktober 2008 erging das Urteil des Bundesgerichts im unfall-versicherungsrechtlichen Verfahren (Urk. 7/56). Im Rahmen der Adäquanzprüfung nach der Schleudertraumapraxis, mithin bei organisch nicht nachweisbaren Funktionsausfällen, hielt das Bundesgericht unter Würdigung der medizinischen Aktenlage - aber in Unkenntnis des erst kurz vor der Urteilsfindung erstatteten Gutachtens Z.____/A.____ - fest, beim rechtsseitigen Tinnitus, dem Schwindel, der Schwäche auf der rechten Körperseite und der Sensibilitätsstörung sowie der Anosmie handle es sich um organisch nicht objektiv ausgewiesene Befindlichkeitsstörungen, welche gemäss Y.____-Gutachten nach spezialärztlichen Untersuchungen nicht einem organischen Substrat zugeordnet werden könnten (Erw. 7.2.3).

Hinsichtlich der Arbeitsunfähigkeit erwog das Bundesgericht, gemäss Y.____-Gutachten und den übrigen ärztlichen Berichten sei die Beschwerdeführerin seit dem Unfall vom 18. Juli 2002 bis am 31. Januar 2006 vollständig arbeitsunfähig gewesen. Nach dem vierwöchigen Aufenthalt in der Rheuma- und Rehabilitationsklinik C.____ hätte sie ab Mitte Januar 2003 schrittweise die angestammte Tätigkeit wieder aufnehmen sollen. Das Beschwerdebild sei laut rheumatologischem Y.____-Teilgutachten vom 23. April 2004 (vgl. Urk. 7/23/14 S. 5) seit dem stationären Rehabilitationsaufenthalt im Wesentlichen unverändert geblieben. Weiter erkannte das Bundesgericht, dass das von der Versicherten in der klinischen Untersuchung gezeigte Verhalten, welches gemäss eben genanntem Teilgutachten "die Beweglichkeit der gesamten Wirbelsäule nicht vernünftig" habe untersucht und auf eine "praktisch vollständig aufgehobene HWS-Beweglichkeit mit Blockadegefühl in alle Richtungen" (vgl. Austrittsbericht der Rheuma- und Rehabilitationsklinik C.____ vom 12. Dezember 2002, Urk. 7/10/5 S. 2) habe schliessen lassen, mit den Feststellungen gemäss der vom zuständigen Haftpflichtversicherer veranlassten - gemäss der insoweit zutreffenden Rüge der Beschwerdeführerin nicht aktenkundigen - Personenobservation kontrastiere. Das höchste Gericht wies diesbezüglich auf die

Diskrepanz zwischen den umfassend geklagten, angeblich ständig anhaltenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen einerseits und der freien Beweglichkeit in der Öffentlichkeit andererseits hin. Die Mitarbeiter der Firma O.____ Consulting in P.____ hätten die Beschwerdeführerin unter anderem am 12. Januar 2006 bei selbständiger unbegleiteter Fortbewegung zu Fuss und mit öffentlichen Verkehrsmitteln ohne Behinderung der Gangart oder Einschränkungen der Kopffotation beobachtet. Dies, obgleich die Beschwerdeführerin gemäss psychiatrischem Teilgutachten der Y.____ (Urk. 7/23/27) laut eigenen Angaben seit dem Unfall an Schwindel leide, Mühe beim Gehen habe und schon einige Male hingefallen sei, weshalb sie   nicht mehr alleine ausser Haus [gehe], sondern sich begleiten lasse" (Urk. 7/56 Erw. 7.7.2).

3.15       Am 27. Dezember 2008 setzte sich Dr. J.____ zu Handen des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin mit dem Gutachten Z.____/A.____ auseinander und würdigte dieses kritisch (Urk. 3/2 = Urk. 7/63/3-8). Im Wesentlichen widersprach er den Schlüssen der Gutachter in Bezug auf die tatsächlich, auch aktuell noch auftretenden Stürze und Schwächeanfälle (S. 1), auf die eingeschränkte Kooperation der Beschwerdeführerin und die mangelnden objektiven Befunde, welche bei Weichteilsyndromen häufig fehlten (S. 2), auf die seiner Ansicht nach zu Unrecht nicht diagnostizierte Fibromyalgie (S. 3), die fehlende Diagnose einer Diskushernie und die gutachterlichen Diagnosen im Allgemeinen (S. 4 f.). Er bestätigte schliesslich seine eigene, bereits aktenkundige Meinung, wonach die Beschwerdeführerin aufgrund der multiplen Pathologien nicht arbeitsfähig sei (S. 5).

                Auf Wunsch der Beschwerdeführerin nahm am 31. Dezember 2008 auch Hausarzt Dr. H.____ nochmals Stellung. Er wiederholte die bereits geäusserten Diagnosen und bezeichnete die Beschwerdeführerin erneut als vollständig arbeitsunfähig. Zudem fügte er an, dass das Attestieren einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit einem Kunstfehler entspreche und keine Probleme l se, sondern nur Kosten steigern und den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin verschlechtern würde, was ethisch medizinisch verwerflich sei (Urk. 3/3).

                Die Beschwerdeführerin selbst ergänzte diese Kritik am Gutachten Z.____/A.____ am 8. Januar 2009 (Urk. 7/64) dahin gehend, dass letztere das Y.____-Gutachten nicht in ihre Beurteilung miteinbezogen hätten (S. 1 f.). Die ständig beklagten Stürze seien ausser Acht gelassen worden und zu Unrecht hätten die Gutachter die Foerster-Kriterien nach BGE 131 V 49 und 130 V 352 verneint (S. 3). Das Gutachten leide an formellen Mängeln und sei weder umfassend, noch beruhe es auf allseitigen Untersuchungen noch auf sämtlichen Vorakten. Die Schlussfolgerungen st nden zudem ohne Begründung im Widerspruch zur übrigen medizinischen Aktenlage (S. 4 f.).

                Schliesslich nahm Dr. N.____ am 12. Januar 2009 zu Handen des Rechtsvertreters zum unterbreiteten Gutachten Z.____/A.____ Stellung. Er hielt an der von ihm bereits im Bericht vom 2. Juli (richtig wohl: April; Urk. 7/36/2; vgl. vorstehend Erw. 3.12) 2007 diagnostizierten Depression mittelschweren Ausmasses fest und kritisierte die gegenteilige Schlussfolgerung der Gutachter. Dr. N.____ bejahte die Komorbidität zur anhaltenden somatoformen Schmerzst rung wie auch die zugehörigen Kriterien (mehrf hriger und chronifizierter Krankheitsverlauf, deutlicher sozialer Rückzug; Urk. 7/65).

3.16. Das Gericht unterbreitete den Gutachtern Z. ___/A. ___ am 21. April 2009 das Y. ___-Gutachten, das Bundesgerichtsurteil vom 6. Oktober 2008 sowie die neuesten Berichte von Dr. J. ___ und von Dr. H. ___ sowie ergänzende Fragen (Urk. 8-9). Dr. A. ___ hielt auch in Kenntnis dieser Akten am 29. April 2009 an seiner ursprünglichen Beurteilung und insbesondere an seiner Einschätzung der Leistungsfähigkeit fest (Urk. 10). Auch Dr. Z. ___ bestätigte am 14. Mai 2009 die von ihm bereits im Gutachten bescheinigte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von unter 20 % (Urk. 12 S. 2 lit. c).

3.17. Im Rahmen ihrer Stellungnahme zu dieser Aktenergänzung reichte die Beschwerdeführerin die von ihrem Rechtsvertreter beim REM, Institut für Expertisen in Medizin und Recht, veranlasste Beurteilung hinsichtlich Nachvollziehbarkeit und Schlüssigkeit des Gutachtens Z. ___/A. ___ vom 21. April 2009 ein (Urk. 20/1). Darin wurden zusammenfassend angeblich gravierende materielle Mängel des Gutachtens festgestellt, eine fehlende Auseinandersetzung mit den Vorakten sowie ungenügende Untersuchungen und mangelhafte Diagnosen (Urk. 20/1 S. 7).

Die Beschwerdeführerin reichte sodann den Bericht des Sanatoriums Q. ___, Psychiatrische Privatklinik, vom 8. Mai 2009 zu den Akten (Urk. 20/2). Diesem ist zu entnehmen, dass sie dort wegen einer schweren depressiven Episode mit psychotischen Symptomen vom 27. März bis 8. Mai 2009 in stationärer Behandlung war. Das gleichzeitig erhobene Aneurysma (Blutgefäßserweiterung) wurde am 23. April 2009 mittels MR durch die Klinik Hirslanden abgeklärt, wo das Einsetzen eines Stents empfohlen wurde (Urk. 20/3).

E. 4

4.1. Vorerst zu prüfen ist die von der Beschwerdeführerin erhobene Rüge der Gehörverletzung, weil sich die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entscheid nicht hinreichend mit ihren Vorbringen im Einwand (Urk. 7/64) auseinander gesetzt habe (Urk. 1 S. 4 Ziff. 5.3).

Gemäss Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung (BV) sowie Art. 42 ATSG haben die Parteien Anspruch auf rechtliches Gehör. Das Recht auf Begründung eines Entscheides ist ein Bestandteil des Anspruchs auf rechtliches Gehör. Die Begründungspflicht soll verhindern, dass sich die Behörde von unsachlichen Motiven leiten lässt, und soll dem Betroffenen ermöglichen, die Verfügung gegebenenfalls sachgerecht anzufechten. Um den verfassungsrechtlichen Anforderungen zu genügen, muss die Begründung wenigstens kurz die Überlegungen nennen, von denen sich die Behörde in ihrem Entscheid hat leiten lassen und auf die sich der Entscheid stützt. Aus der Begründung muss jedenfalls ersichtlich sein, ob und gegebenenfalls warum die Behörde ein Vorbringen der Partei für unzutreffend beziehungsweise unerheblich hält. Werden durch die Partei Einwände vorgebracht, muss aus der Begründung zu entnehmen sein, dass eine Auseinandersetzung damit stattgefunden hat (Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Auflage, Rz 20 zu Art. 42 und Rz 38 zu Art. 49).

4.2. Die Beschwerdeführerin rügte bereits im Einwand vom 8. Januar 2009 das Gutachten Z. ___/A. ___ unter verschiedenen Aspekten (Urk. 7/64). Es ist nicht von der Hand zu weisen, dass die Beschwerdegegnerin in der Verfügung vom 19. Februar 2009 kaum auf diese Vorbringen eingegangen ist. Sie beschränkte sich im Wesentlichen auf die Wiedergabe der bundesgerichtlichen Kriterien zur Beweistauglichkeit eines medizinischen Berichts (vgl. vorstehend Erw. 1.3), ohne jedoch trotz den umfangreichen und letztlich auch

nicht übereinstimmenden medizinischen Akten darauf einzugehen, weshalb sie die eine ärztliche Meinung eher als beweistauglich erachtete als die andere (vgl. Urk. 2).

Das stellt ein Formmangel dar, der es rechtfertigen könnte, die Sache zwecks Gehörsgewährung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Davon ist jedoch aus prozessökonomischen Gründen und mit Blick auf das gebotene einfache und rasche Verfahren (vgl. BGE 132 V 387 Erw. 5.1 S. 390 mit Hinweis) abzusehen, zumal die Beschwerdeführerin selber zwar die Gehörsverletzung rügte, aber davon Abstand nahm, allein aus diesem formellen Grund eine Rückweisung der Sache an die IV-Stelle zur gehörigen Begründung des Entscheids zu beantragen. Die Beschwerdeführerin vermochte den Entscheid jedenfalls sachgerecht anzufechten und konnte ihre Anliegen vor einer Beschwerdeinstanz vortragen, die sowohl den Sachverhalt wie die Rechtslage frei überprüfte (vgl. BGE 127 V 431 Erw. 3d/aa S. 437).

Damit ist die Gehörsverletzung als geheilt zu betrachten.

4.3 Die Beschwerdeführerin bemängelte sodann in formeller Hinsicht, dass ihr vorgängig zur Begutachtung durch Dr. Z. nicht mitgeteilt worden sei, dass er den Rheumatologen Dr. A. beiziehen werde. Ihre Rechte gemäss Art. 44 ATSG seien somit nicht gewahrt worden, was einmal mehr die Arroganz der IV-Stelle gegenüber dem Recht aufzeige, wenn es darum gehe, einen Fall abzuwägen (Urk. 1 S. 7).

Muss der Versicherungsträger zur Abklärung des Sachverhaltes ein Gutachten einer oder eines unabhängigen Sachverständigen einholen, so gibt er gemäss Art. 44 ATSG der Partei deren oder dessen Namen bekannt. Diese kann den Gutachter aus triftigen Gründen ablehnen. Neben der Bekanntgabe des Namens ist nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung gleichzeitig die fachliche Qualifikation des Gutachters zu nennen (vgl. BGE 132 V 376 Erw. 9). Triftige Gründe im Sinne von Art. 44 ATSG liegen dann vor, wenn gesetzliche Ausschluss- oder Ablehnungsgründe gegen die sachverständige Person vorliegen. Lässt sich die Partei im Sozialversicherungsverfahren vertreten, macht der Versicherungsträger seine Mitteilungen an deren Vertreter (Art. 37 Abs. 3 ATSG).

Den Akten ist zu entnehmen, dass die Beschwerdegegnerin dem Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin mit Schreiben vom 1. Februar 2008 mitgeteilt hat, dass sie durch Dr. Z. begutachtet werde (Urk. 7/41). Dazu äusserte sich die Beschwerdeführerin nicht. Dr. A. gelangte am 27. Mai 2008 telefonisch an die Beschwerdegegnerin, welche ihr Einverständnis gab, die Beschwerdeführerin neben der psychiatrischen Abklärung durch Dr. Z. auch noch einer rheumatologischen Begutachtung zu unterziehen (Urk. 7/44). Davon erfuhr die Beschwerdeführerin nichts. Nach Lage der Akten hat sie sich indes widerspruchslos auf die nicht aktenkundige Einladung von Dr. A. bei diesem zur Untersuchung vom 12. August 2008 eingefunden.

Das Vorgehen der Beschwerdegegnerin erweist sich angesichts der fehlenden Information der Beschwerdeführerin im Lichte von Art. 44 ATSG zwar zweifellos als mangelhaft, doch ist der angefochtene Entscheid deswegen nicht nichtig. Allerdings darf der versicherten Person daraus kein Nachteil erwachsen (analog Art. 49 Abs. 3 ATSG).

4.4 Die Pflicht des Versicherungsträgers, der versicherten Person die Namen der begutachtenden Ärzte und deren fachliche Qualifikation bekannt zu geben, dient der Prozessökonomie, indem die versicherte Person ihre Mitwirkungsrechte rechtzeitig, nämlich noch vor Erstellung des Gutachtens, wahrnehmen kann, und nicht erst nachträglich allfällige Ausstands- oder Ablehnungsgründe geltend machen muss. Sie stellt indes keine unabdingbare Voraussetzung für die Gültigkeit eines Gutachtens dar, zumal eine nicht besonders schwerwiegende Verletzung des rechtlichen Gehörs ausnahmsweise als geheilt gelten kann, wenn die betroffene Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt wie die Rechtslage frei überprüfen kann (vgl. vorstehend Erw. 4.2). Von einer Rückweisung der Sache an die Verwaltung ist zudem selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des rechtlichen Gehörs dann abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer befriederlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (BGE 132 V 387 Erw. 5.1 S. 390 mit Hinweis).

Die Beschwerdeführerin hat das fehlerhafte Vorgehen weder vor noch direkt nach der Untersuchung durch Dr. A. vom 12. August 2008 gerügt. Erstmals mit Schreiben vom 1. Oktober 2008 übte der Rechtsvertreter Kritik am Vorgehen, ohne jedoch gegen Dr. A. Ausstands- oder Ablehnungsgründe namhaft zu machen. Ebenso wenig hat sich die Beschwerdeführerin im Einwand (Urk. 7/61, Urk. 7/64) oder in der Beschwerde auf Ausstands- oder Ablehnungsgründe berufen (Urk. 1).

Allein aus der Verletzung ihrer Mitwirkungsrechte kann sie nicht ableiten, der im Wesentlichen auf dem Gutachten Z. /A. basierende Entscheid der Beschwerdegegnerin sei bereits aus diesem formellen Grund aufzuheben oder auf das Gutachten könne deswegen von vornherein nicht abgestellt werden, zumal sich aus den Akten keinerlei Anhaltspunkte ergeben, welche Dr. A. als befangen erscheinen liessen.

Des Weiteren stellte die Beschwerdeführerin die Beweistauglichkeit der Begutachtung durch die Dres. Z. /A. unter anderem deshalb in Frage, weil sie für die streitigen Belange nicht umfassend sei und die Gutachten auch nicht auf allseitigen Untersuchungen beruhten; namentlich fehlten eine neuropsychologische Abklärung, eine psychiatrische Testung und ein neurologischer Untersuch. Die Expertise sei zudem in Unkenntnis des Y.-Gutachtens ergangen, und ihre Schlussfolgerungen seien weder in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge noch der medizinischen Situation einleuchtend (Urk. 1 S. 9, Urk. 19).

Diese materielle Rügen gegen das Gutachten Z. /A. werden im Rahmen der folgenden Beweiswürdigung zu prüfen sein.

E. 5

5.1 Nach der neuesten Rechtsprechung des Bundesgerichts kann eine bei einem Unfall erlittene Verletzung im Bereich von Halswirbelsäule (HWS) und Kopf auch ohne organisch nachweisbare (d.h. objektivierbare) Funktionsausfälle zu länger dauernden, die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit beeinträchtigenden Beschwerden führen. Derartige Verletzungen sind rechtsprechungsgemäss durch ein komplexes und vielschichtiges Beschwerdebild mit eng ineinander verwobenen, einer Differenzierung kaum zugänglichen Beschwerden physischer und psychischer Natur gekennzeichnet. Diese mit

Bezug auf die obligatorische Unfallversicherung - und dabei insbesondere hinsichtlich der adäquaten Kausalität zwischen Unfall und Gesundheitsschaden - entwickelten Grundsätze sind auch für die Invalidenversicherung massgebend. Auch hier kann eine spezifische HWS-Verletzung ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle mit dem für derartige Verletzungen typischen, komplexen und vielschichtigen Beschwerdebild die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit beeinträchtigen. Aus dem Fehlen organisch nachweisbarer Befunde lässt sich in solchen Fällen jedenfalls nicht direkt auf uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit schliessen. Gemäss Bundesgericht ist damit indessen noch nichts über die invalidisierende Wirkung des Leidens gesagt. Diese beurteilt sich nach Art. 7-8 ATSG beziehungsweise nach Art. 28 IVG und der dazu ergangenen Rechtsprechung (BGE 136 V 279 f. Erw. 3.1).

5.2 Im Zusammenhang mit Schmerzleiden erwog das Eidgenössische Versicherungsgericht, dass eine fachärztlich festgestellte psychische Krankheit nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität sei. In jedem Einzelfall müsse eine Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend sei die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu erfolgende Beurteilung, ob und inwiefern der versicherten Person trotz Ihres Leidens die Verwertung ihrer Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt sozial-praktisch noch zumutbar und für die Gesellschaft tragbar sei. Damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden könne, seien von der soziokulturellen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne selbstständig psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabdingbar (BGE 127 V 298 f. Erw. 4c und 5a S. 298).

Laut Bundesgericht finden sich zahlreiche Fälle, welche belegen, dass eine Distorsion der HWS sehr oft in eine chronifizierte Schmerzproblematik, dabei insbesondere in eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung, mündet. Das Bundesgericht hat kürzlich die Rechtsfrage bejaht, ob die Rechtsprechung zur anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (BGE 130 V 352) sinngemäss anwendbar sei, wenn sich die Frage nach der invalidisierenden Wirkung (Art. 4 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG) einer spezifischen und unfalladäquaten HWS-Verletzung (Schleudertrauma) ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle stellt. Weiter erwog das Bundesgericht, es sei aus Gründen der Rechtsgleichheit geboten, sämtliche pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage den gleichen sozialversicherungsrechtlichen Anforderungen zu unterstellen. Es rechtfertigt sich daher, die in BGE 130 V 352 im Zusammenhang mit somatoformer Schmerzstörung entwickelten Kriterien auch für die Beurteilung der invalidisierenden Wirkung einer spezifischen HWS-Verletzung ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle analog anzuwenden (BGE 136 V 238 f. Erw. 3.2.3 mit zahlreichen Hinweisen).

5.3 Die ärztlichen Stellungnahmen zum psychischen Gesundheitszustand und zu dem aus medizinischer Sicht (objektiv) vorhandenen Leistungspotential bilden unabdingbare Grundlage für die Beurteilung der Rechtsfrage, ob und gegebenenfalls inwieweit einer versicherten Person unter Aufbringung allen guten Willens die Überwindung ihres Leidens und die Verwertung ihrer verbleibenden Arbeitskraft zumutbar ist. Im Rahmen der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG) darf sich

dabei die Verwaltung - und im Streitfall das Gericht - weder über die (den beweisrechtlichen Anforderungen genügenden) medizinischen Tatsachenfeststellungen hinwegsetzen noch sich die ärztlichen Einschätzungen und Schlussfolgerungen zur (Rest-)Arbeitsfähigkeit unbesehen ihrer konkreten sozialversicherungsrechtlichen Relevanz und Tragweite zu eigen machen.

Letzteres gilt namentlich dann, wenn die begutachtende Fachperson allein aufgrund der Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung oder eines vergleichbaren Leidens eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert. Die rechtsanwendenden Behörden haben diesfalls mit besonderer Sorgfalt zu prüfen, ob die ärztliche Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit auch invaliditätsfremde Gesichtspunkte (insbesondere psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren) mit berücksichtigt, welche vom sozialversicherungsrechtlichen Standpunkt aus unbeachtlich sind, und ob die von den Ärzten anerkannte (Teil-)Arbeitsunfähigkeit auch im Lichte der für eine Überwindlichkeit der Schmerzsymptomatik massgebenden rechtlichen Kriterien standhält (BGE 136 V 284 Erw. 3.3 mit zahlreichen Hinweisen).

E. 6

6.1 Das Y.-Gutachten stimmt mit dem Gutachten Z./A. insoweit überein, als alle befassten Gutachter die geklagten Schmerzen nicht zu objektivieren vermochten. Die Y.-Gutachter fanden nur, aber immerhin, für die Diskushernie C5/C6 - sowie für die Anosmie, welche die Arbeitsfähigkeit indes nicht beeinträchtigt - ein organisches Substrat. Die übrigen Funktionseinschränkungen, namentlich auch das diagnostizierte Thorako- und Lumbovertebralsyndrom, konnten die Y.-Gutachter keiner organischen Genese zuschreiben. Hinsichtlich der sensomotorischen Parese hielten sie sogar ausdrücklich fest, sie sei wahrscheinlich funktionell bedingt (vgl. vorstehend Erw. 3.9).

Damit übereinstimmend führte Dr. A. aus, das generalisierte Schmerzsyndrom sei somatisch nicht ausreichend abstrahierbar. Selbst die Diskushernie war zwischenzeitlich bildgebend nicht mehr auffällig. Nichts anderes ist im übrigen dem Bericht von Dr. J. vom 27. Dezember 2008 (Urk. 3/2) zu entnehmen, der seinerseits von somatoformer Schmerzsymptomatik und Fibromyalgie sprach sowie davon, dass ihn nicht erstaune, dass keine objektivierbaren Befunde erhoben worden seien (S. 2 und S. 3). Dabei verkannte er offensichtlich, dass es für den Rechtsanwender sehr wohl massgebend ist, ob für die Beschwerden ein somatisches Korrelat gefunden werden kann oder nicht.

Der von Dr. H. und Dr. J. beschriebene Tremor wurde zwar von Dr. A. bestätigt; allerdings ist aus seinem Zusatz essentieller Tremor zu schliessen, dass auch der Tremor nicht auf ein krankhaftes Geschehen zurückgeführt werden kann. Die diesbezüglichen neurologischen Abklärungen im I. vom 16. Oktober 2001 und vom 22. Januar 2002 führten ihrerseits keine den Tremor erklärenden neurologischen Defizite zu Tage. Vielmehr wiesen die Neurologen darauf hin, dass der Tremor durch diffuse und exazerbierende Schulter- und Armschmerzen stark überlagert sei (vgl. Urk. 7/10/17-21, insbesondere in fine)

Dieses von den Gutachtern beschriebene mangelnde organische Substrat ist im Wesentlichen auch durch die übrigen medizinischen Akten belegt. Mehrfach wiesen die befassten Ärzte - in Übereinstimmung mit den Y.-Gutachtern -

auf die (mögliche) Symptomausweitung hin, so die Klinikärzte der Rheuma- und Rehabilitationsklinik C.____ (Urk. 7/9/6), Dr. F.____ (Urk. 7/9/1-3), Dr. G.____ (Urk. 7/16/13) wie auch Hausarzt Dr. H.____ (Urk. 7/10/1-4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zum selben Schluss gelangte zudem das Bundesgericht im Urteil vom 6. Oktober 2008, in dem es die beschriebenen Funktionsstörungen rechtsverbindlich als organisch nicht nachweisbar qualifizierte (Urk. 7/56 Erw. 7.2.3).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Davon ist somit auch vorliegend auszugehen.

6.2 Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Angesichts des fehlenden organischen Substrates des nach der HWS-Distorsion vom 18. Juli 2002 verbliebenen syndromalen Beschwerdebildes sind aufgrund der vorstehend dargelegten Rechtsprechung (Erw. 5.1-3) im Zusammenhang mit der Frage der Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit die mit der somatoformen Schmerzstörung entwickelten Kriterien anzuwenden.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Es ist daher zu prüfen, ob die von den Y.____-Gutachtern wie auch von den behandelnden Ärzten attestierte Arbeitsunfähigkeit invalidenversicherungsrechtlich relevant ist. Dabei ist zu beurteilen, ob es der Beschwerdeführerin zumutbar ist, bei Aufbringung hinreichenden Willens ihre Einschränkungen zu überwinden.

6.3 Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Bezüglich der in die Kategorie der psychischen Leiden fallenden somatoformen Schmerzstörungen entschied das Eidgenössische Versicherungsgericht, dass im Rahmen der sozialversicherungsrechtlichen Leistungsprüfung Schmerzangaben durch damit korrelierende, fachärztlich schlüssig feststellbare Befunde hinreichend erklärbar sein müssen, andernfalls sich eine rechtsgleiche Beurteilung der Rentenansprüche nicht gewährleisten lasse. Solche Leiden vermögen in der Regel keine lang dauernde, zu einer Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG führende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu bewirken.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die - nur in Ausnahmefällen anzunehmende - Unzumutbarkeit einer willentlichen Leidensüberwindung und eines Wiedereinstiegs in den Arbeitsprozess setzt voraus: das Vorliegen einer mitwirkenden, psychisch ausgewiesenen Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer oder aber das Vorhandensein anderer qualifizierter, mit gewisser Intensität und Konstanz erfüllter Kriterien wie chronische körperliche Begleiterkrankungen und mehrjähriger Krankheitsverlauf bei unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerfristige Remission, ein ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens, ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr angehbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn) oder schliesslich unbefriedigende Behandlungsergebnisse trotz konsequent durchgeführter Behandlungsbemühungen (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) und gescheiterte Rehabilitationsmassnahmen bei vorhandener Motivation und Eigenanstrengung der versicherten Person (BGE 130 V 352 Erw. 2.2.2 und 2.2.3 S. 353 ff.).

6.4 Ä Ä Ä Ä Das zentrale Kriterium einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer muss verneint werden.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zwar diagnostizierte Dr. M.____ in seinem im Rahmen der Y.____-Begutachtung erstatteten Teilgutachten vom 10. März 2004 eine anhaltende

depressive Episode mittelschweren Ausmasses (ICD-10: F32.1) sowie eine Anpassungsstörung (Urk. 7/23/30-31). Letztere nannte der behandelnde Dr. N. ___ im Bericht vom 2. April 2007 nicht, bestätigte die genannte psychiatrische Diagnose jedoch hinsichtlich der Depression und deren Ausmass (Urk. 7/36). Davon abweichend diagnostizierte Dr. Z. ___ am 21. August 2008 eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und eine Dysthymie, während er eine depressive Episode ausdrücklich ausschloss (Urk. 7/47/11).

Dr. M. ___ begründete die erhobene Angststörung damit, die Beschwerdeführerin habe das Unfallereignis noch nicht verarbeitet. Er selbst wies indes darauf hin, dass diese Diagnose die daneben diagnostizierte depressive Störung überlappe (Urk. 7/21/32), weshalb insoweit nicht von einem eigenständigen Leiden gesprochen werden kann, zumal keiner der anderen Fachärzte diese Diagnose bestätigte.

In Bezug auf die depressive Störung ist hier - entsprechend BGE 130 V 358 Erw. 3.3.1 - davon auszugehen, dass es sich dabei um Begleiterscheinungen der Schmerzverarbeitungsstörung und nicht um ein selbständiges, vom Schmerzsyndrom losgelöstes depressives Leiden im Sinne einer psychischen Komorbidität handelt. Dr. M. ___ wies denn auch darauf hin, dass sich die depressive Störung auf die Unfallfolgen und auf das daraus entstandene Beschwerdebild beziehe, und dass die Beschwerdeführerin vor dem Unfall nicht depressiv gewesen sei (Urk. 7/23/31 Mitte). Es ist daher anzunehmen, dass sich die depressive Verstimmung im Zusammenhang mit der Schmerzproblematik herausgebildet hat. Die psychischen Beschwerden, soweit ihnen mit Dr. M. ___ und Dr. N. ___ überhaupt eine hinreichend Schwere, Ausprägung und Dauer zugeschrieben werden darf - was letztlich offen bleiben kann, wie im Folgenden zu zeigen sein wird -, können deshalb nicht als eigenständiges Krankheitsgeschehen im Sinne einer massgebenden Komorbidität betrachtet werden.

Damit bleibt zu prüfen, ob in Würdigung der alternativen Kriterien abweichend von der Einschätzung durch Dr. Z. ___ insgesamt auf die ausnahmsweise Unzumutbarkeit der Schmerzbewältigung zu schliessen ist.

6.5 Eine chronische körperliche Begleiterkrankung ist nicht ausgewiesen. Die zunächst erhobene Diskushernie wurde von Dr. A. ___ nach seiner bildgebenden Abklärung nicht mehr als auffällig beschrieben (Urk. 7/48/11). Die Anosmie bleibt ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit und damit unbeachtlich, und für den Tremor ergab sich kein organisches Korrelat.

Das Kriterium eines mehrjährigen, chronifizierten Krankheitsverlaufes mit un-veränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung ist mit Dr. A. ___ als erfüllt zu betrachten, klagt die Beschwerdeführerin doch seit dem Unfall von unverändert vorhandenen, therapieresistenten Beschwerden.

Aufgrund der Aktenlage bestehen hingegen keine ausreichenden Anhaltspunkte für einen sozialen Rückzug in allen Belangen des Lebens. Zwar bejahte Dr. N. ___ einen deutlichen sozialen Rückzug und beschrieb daneben vielfältige Störungen wie Lust- und Freudlosigkeit, Konzentrations- und Gedächtnisstörung, innere Anspannung, Reizbarkeit, Schlafstörungen (Urk. 7/65/1), ohne indes seine Feststellung näher zu begründen und darzulegen, worin nach seiner Einschätzung der soziale Rückzug zu erblicken wäre (Urk. 7/65/2). Im Widerspruch dazu ist den Akten

zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin mit ihrem Ehemann und ihren Söhnen unstreitig ohne nennenswerte Schwierigkeiten im gleichen Haushalt lebt (Urk. 7/23/28 f., Urk. 7/47/4 oben) und ausweislich immer wieder im Auto unterwegs ist, klagte sie doch verschiedentlich über die dabei auftretenden Ängste (so bei Dr. K.____: Urk. 7/23/9 unten; bei Dr. M.____: Urk. 7/23/27; bei Dr. N.____: Urk. 7/36/2). Mit dem Ehemann unternimmt sie zudem regelmässig Spaziergänge (Urk. 7/23/28 oben, Urk. 7/47/5 unten) und pflegt Kontakte mit Nachbarn (Urk. 7/47/5), weshalb nicht von einem sozialen Rückzug gesprochen werden kann.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aus den Akten ergibt sich, dass die Beschwerdeführerin kurz nach dem Unfall zur Rehabilitation in C.____ hospitalisiert war. Ob sich die Beschwerdeführerin in der Folge konsequent und mit eigener Anstrengung den notwendigen Behandlungen unterzogen hat, ist zumindest zweifelhaft. Ausweislich hat sie im Stadtspital B.____ zwar Physiotherapie absolviert (Urk. 7/11/3, Urk. 7/16/2-3), aber die psychiatrische Therapie hat sie auf die Aufforderung der Beschwerdegegnerin vom 25. April 2006 (Urk. 7/32) erst am 2. Oktober 2006 aufgenommen (Urk. 7/36), obwohl bereits die Y.____-Gutachter, und namentlich Dr. M.____, am 28. Juni 2006 eine Psychotherapie und eine Anpassung der medikamentösen Behandlung empfohlen (Urk. 7/23/3 f., Urk. 7/23/31 f.). Verschiedene Antidepressiva sind gemäss dem behandelnden Dr. N.____ aufgrund der geklagten Nebenwirkungen immer wieder abgesetzt worden (Urk. 7/36/2 Ziff. 5). Dr. Z.____ stellte sodann eine ungenügende Compliance der Beschwerdeführerin fest (Urk. 12). Es kann somit nicht davon ausgegangen werden, dass der Krankheitsverlauf therapeutisch nicht mehr beeinflussbar ist und unterschiedliche Behandlungen gescheitert sind.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Schliesslich sind den Akten keine Anzeichen für einen primären Krankheitsgewinn zu entnehmen.

6.6 Ä Ä Ä Ä Die Gesamtwürdigung führt zum Schluss, dass zwar ein Kriterium erfüllt ist, was aber nicht genügt, um die willentliche Schmerzüberwindung ausnahmsweise als unzumutbar erscheinen zu lassen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Auf die von den behandelnden Ärzten und den Y.____-Gutachtern bescheinigte Arbeitsunfähigkeit kann daher nicht abgestellt werden. Vielmehr ist zu schliessen, dass die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin mangels objektivierbarer Befunde aus somatischer Sicht nicht eingeschränkt ist und die Beschwerden im Übrigen nicht invalidisierend sind.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Unter diesen Umständen kann offen bleiben, ob hinsichtlich der (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf die Expertise Z.____/A.____ oder aber auf die Berichte der Übrigen befassten Ärzte abzustellen ist. Denn selbst wenn mit Letzteren eine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten und/oder in einer leidensangepassten Tätigkeit aus medizinischer Sicht als erstellt zu erachten wäre, müsste die Arbeitsunfähigkeit aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht als überwindbar betrachtet werden. Es kann daher auch offen bleiben, ob die vom REM gegen das Gutachten Z.____/A.____ erhobenen Rügen (Urk. 20/1) zu hängen sind. Ebenso wenig fällt somit ins Gewicht, dass das Gutachten Z.____/A.____ in Unkenntnis des Y.____-Gutachtens verfasst wurde.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä So oder anderes ist nach dem Gesagten zu schliessen, dass eine aus medizinischer Sicht attestierte Arbeitsunfähigkeit invalidenversicherungsrechtlich unbeachtlich zu bleiben hat. Von der beantragten Anordnung eines Obergutachtens sind diesbezüglich keine neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb davon abgesehen werden

kann.

Die Ränge der Beschwerdeführerin, die im Urteil des Bundesgerichts erwähnte Personenobservation (Urk. 7/56 Erw. 7.7.2) habe ihr nicht vorgelegen, greift unter diesen Umständen ins Leere. Diese tatsächlich nicht aktenkundigen Erhebungen sind für den Ausgang dieses Verfahrens nicht massgebend, weshalb sich Weiterungen hiezu erübrigen.

Nach dem Gesagten ist die Beschwerde daher hinsichtlich der Verneinung des Rentenanspruches abzuweisen.

An diesem Ergebnis ändert auch der Bericht des Sanatoriums Q.____ vom 8. Mai 2009 (Urk. 20/2) nichts, denn der Zeitpunkt des Erlasses des angefochtene Entscheides, hier der 19. Februar 2009 (Urk. 2), bildet die Grenze der gerichtlichen Überprüfungsbefugnis.

Eine Veränderung des Sachverhaltes nach Erlass des strittigen Entscheides kann grundsätzlich nur im Rahmen eines neuen Verfahrens überprüft werden. Deshalb hat sich das Gericht auf diejenigen Tatsachen zu stützen, welche im Zeitpunkt des angefochtenen Entscheides vorhanden waren. Allenfalls später eingetretene gesundheitliche Verschlechterungen hat die Beschwerdeführerin mittels einer Neuanschuldung bei der Beschwerdegegnerin geltend zu machen.

E. 7

7.1 In Bezug auf den von der Beschwerdeführerin beantragten Ersatz der von ihr auf Mahnung der R.____ hin bezahlten Rechnungen von Fr. 35.10 und Fr. 235.80 für von Dr. A.____ veranlasste Abklärungen (vgl. Urk. 7/63/1-2) geht aus den Akten hervor, dass die Beschwerdeführerin der Beschwerdegegnerin am 1. Oktober 2008 die Rechnungen zur Begleichung zugestellt hat (Urk. 7/50). Nachdem die Beschwerdeführerin am 23. Oktober 2010 gemahnt worden war, bezahlte sie am 28. Oktober 2010 die Rechnungen (Urk. 7/63/1-2). Davon setzte sie die Beschwerdegegnerin allerdings erst mit Eingabe vom 8. Januar 2009 in Kenntnis und ersuchte um entsprechende Rückckerstattung (Urk. 7/64/4 und Urk. 7/63/1-2). Weiter ist der Aktennotiz vom 3. Februar 2009 zu entnehmen, dass die Beschwerdegegnerin ihrerseits dem Labor die Rechnung am 20. November 2008 bezahlt hat (Urk. 7/67/2 unten, Urk. 7/68/2).

7.2 Angesichts dieser Aktenlage kann der Beschwerdegegnerin nicht beigeplichtet werden, wenn sie der Beschwerdeführerin überbunden will, bei R.____ die Rückforderung zu verlangen (Urk. 6 S. 2). Die Rechnungen wie auch die Mahnung waren an die Beschwerdeführerin gerichtet, die zum Abwenden weiterer Unannehmlichkeiten verständlicherweise die Rechnung am 28. Oktober 2008 beglich.

Nicht die Beschwerdeführerin, sondern die Beschwerdegegnerin hat am 20. November 2008 die Rechnung ein zweites Mal bezahlt, wobei diese Zahlung unbelegt geblieben ist. Wenn die Beschwerdegegnerin in Kenntnis der an die Beschwerdeführerin gerichteten, aber nicht von dieser zu begleichenden Rechnung so lange untätig geblieben ist und die (nochmalige) Zahlung ohne vorherige Abklärungen bei der Beschwerdeführerin oder dem Labor einfach ausfällt, dann hat sie die Doppelzahlung zu vertreten. Denn sie hätte ohne weiteres bereits auf das Einreichen der Rechnung am 1. Oktober 2008 hin mit den Beteiligten Kontakt aufnehmen und die Situation klären oder noch besser die Rechnung umgehend begleichen und damit eine

Mahnung verhindern können.

Da sie dies unterlassen hat, hat sie die Beschwerdeführerin schadlos zu halten.

Insoweit ist die Beschwerde daher gutzuheissen und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, der Beschwerdeführerin Fr. 270.90 zu bezahlen.

E. 8

8.1 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) und auf Fr. 1'000.-- anzusetzen.

Die Beschwerdeführerin obsiegt, wenn auch nur in einem ausgesprochen nebensächlichen Punkt. Die Kosten sind daher im Umfang von 1/10 der Beschwerdegegnerin und im übrigen Umfang der Beschwerdeführerin aufzuerlegen.

8.2 Nach § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer).

Angesichts des Umstandes, dass die Beschwerdeführerin nur zu einem kleinen Teil obsiegt, erscheint die Zusprechung einer reduzierten Prozessentschädigung von Fr. 300.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) angemessen.

Das Gericht erkennt:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Beschwerdegegnerin verpflichtet, der Beschwerdeführerin Fr. 270.90 zu bezahlen. Im übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden zu einem Zehntel der Beschwerdegegnerin und zu neun Zehnteln der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden den Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine reduzierte Prozessentschädigung von Fr. 300.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. Albrecht Metzger
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

5. Gegen diese Entscheidung kann innerhalb von 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 dem 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.