

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00343 vom 24. Juni 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-06-24, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2009.00343](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2009.00343)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00343 du 24 juin 2010

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00343 del 24 giugno 2010

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung).

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

1.3 Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens, so auch einer anhaltenden somatoformen Schmerzstellung, setzt zunächst eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 130 V 398 ff. Erw. 5.3 und Erw. 6). Wie jede andere psychische Beeinträchtigung begründet indes auch eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstellung als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstellung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein

solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, wie chronische körperliche Begleiterkrankungen, ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung, ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens, ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"), das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person (BGE 130 V 352 Erw. 2.2.3 in fine). Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gallen 2003, S. 77).

1.4 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. 2 IVG; bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 1 IVG).

1.5 Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an formliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu wärdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu wärdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also 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 Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 Erw. 5.1 S. 232; 125 V 351 Erw. 3a S. 352).

## E. 2

2.1 Die Beschwerdegegnerin stellte sich in der angefochtenen Verfügung auf den Standpunkt, der Beschwerdeführerin seien sowohl die angestammte Tätigkeit als Härtersteperformer als auch jegliche leichte bis intermittierend mittelschwere optimal leidensangepasste Tätigkeiten zu einem Pensum von 70 % zumutbar. Es seien keine Hinweise ersichtlich, dass die Arbeitsfähigkeit längerfristig und höhergradig eingeschränkt gewesen sei. Dem Antrag um psychiatrische Begutachtung könne nicht

stattgegeben werden, sei doch die medizinische Sachlage bereits umfassend und medizinisch nachvollziehbar polydisziplinär abgeklärt und entsprechend berücksichtigt worden (Urk. 2).

2.2.1.1. Dagegen lässt die Beschwerdeführerin im Wesentlichen vorbringen, dass auf das Gutachten des H.\_\_\_\_ angesichts der erheblichen Mängel nicht abgestellt werden könne. Gestützt auf die übrigen ärztlichen Beurteilungen sei von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit für die Zeitspanne vom 4. Mai 2004 bis Ende Juni 2008 auszugehen. Nachfolgend sei eine 50%ige Arbeitsfähigkeit bis Ende Oktober 2008 anzunehmen. Seither habe sich der psychische Zustand erneut verschlechtert (Urk. 1 S. 11).

2.3.1.1. Streitig und zu präzisieren ist, ob der Beschwerdeführerin über den 30. Juni 2005 hinaus Rentenleistungen zustehen.

### E. 3.1

3.1.1.1. Die erstbehandelnde Ärztin Dr. D.\_\_\_\_ führte im Bericht vom 21. Mai 2004 (Urk. 12/4/167) aus, die Beschwerdeführerin sei als PW-Fahrerin von links vorne von einem Fahrzeug angefahren und gegen seitlich parkierte Wagen gedrückt worden. Dabei sei der Kopf mehrmals hin und her geschleudert worden. Im Verlauf seien zunehmende Kopfschmerzen, Müdigkeit, Schwindel und Nackenschmerzen aufgetreten. Befundmäßig berichtete Dr. D.\_\_\_\_ über eine schmerzhafte Nackenmuskulatur, eine nach links seitlich eingeschränkte Halsbeweglichkeit, verneinte indes neurologische Auffälle. Auf den angefertigten Röntgenbildern waren eine Streckhaltung sowie eine diskrete Rotationsfehlstellung zu sehen. Am 24. Mai 2004 (Urk. 12/4/166) führte sie an, die Beschwerdeführerin habe - nachdem im Anschluss an das Ereignis vorerst keine Symptome aufgetreten seien - nach Stunden zunehmende Kopfschmerzen und Müdigkeit sowie Schwindel verspürt. Sie diagnostizierte ein HWS-Distorsionstrauma mit einer persistierenden Schmerzsymptomatik.

3.1.2.1. Auch Dr. C.\_\_\_\_ schilderte in seinem Konziliarbericht an Dr. D.\_\_\_\_ vom 1. Juni 2004 (Urk. 12/4/158-160) eine nach einigen Stunden auftretende muskuläre Nackenverspannung, Schwankschwindel, Kopfschmerzen und Müdigkeit. Trotz medikamentöser Behandlung, Ruhigstellung mit Halskragen sowie physiotherapeutischen Massnahmen hätten die Nackenbeschwerden und die Müdigkeit andauert. Hinzugekommen seien eine Empfindlichkeit auf Linksarm, jedoch keine Konzentrationsstörungen oder Vergesslichkeit. In seiner Beurteilung führte Dr. C.\_\_\_\_ aus, die Beschwerdeführerin präsentiere die charakteristischen Symptome nach einer HWS-Distorsion. Klinisch seien schmerzbedingte Einschränkungen der HWS-Beweglichkeit sowie Weichteilbefunde im Bereich der linksseitigen Nackenmuskulatur festzuhalten, hingegen beständen keine Hinweise für eine radikuläre Reiz- oder Ausfallsymptomatik. Vorderhand würden keine neurokognitiven Symptome geschildert. Die nun mehrwöchige Arbeitsunfähigkeit wie auch das weiterhin mehrstündige tägliche Tragen des Halskragens sowie das bisher fehlende Ansprechen auf die physiotherapeutischen Massnahmen seien negative Elemente in Bezug auf eine allfällige Chronifizierung.

3.1.3.1. Die Ärzte der J.\_\_\_\_ führten in ihrem Austrittsbericht vom 26. Oktober 2004 (Urk. 12/4/73-80) über die Hospitalisation vom 24. August bis 21. September 2004 aus, beim Eintritt habe die Beschwerdeführerin über Nackenschmerzen mit Ausstrahlung in den Hinterkopf, intermittierendes Kribbeln sowie Taubheitsgefühl im Ring- und

Kleinfinger links geklagt, ferner über eine Lärmempfindlichkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Schlafstörungen, Dekonditionierung sowie sozialen Rückzug. Zusammenfassend diagnostizierten die Ärzte einen Status nach HWS-Distorsionstrauma mit persistierendem zervikozephallem Schmerzsyndrom sowie posttraumatischer Belastungsstörung mit depressiver Entwicklung und empfahlen bei nach wie vor vollumfänglicher Arbeitsunfähigkeit einen Arbeitsversuch an der bisherigen Stelle.

3.1.4.4. Nach dem Dr. C. am 15. Dezember 2004 (Urk. 12/4/61) über nach wie vor bestehende Nackenschmerzen im höheren Intensitätsbereich, Lärmempfindlichkeit, Schlaf- und Konzentrationsstörungen berichtet und nunmehr das depressive Zustandsbild als im Vordergrund stehend bezeichnet hatte, diagnostizierten die Ärzte des E. am 8. Februar 2005 (Urk. 12/4/39-40) eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion bei Status nach HWS-Distorsionstrauma mit persistierendem zervikozephallem Schmerzsyndrom. Sie erwähnten eine seit dem Unfall bestehende verminderte psychische Belastbarkeit, eine depressive Stimmungslage sowie eine rasche Ermüdung bei Alltagsaktivitäten. Aufgrund der belastungsabhängigen Schmerzen sowie der seit dem Unfall bestehenden verminderten Konzentrationsfähigkeit gingen die Ärzte von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit aus. Das Zustandsbild habe sich unter der medikamentösen und psychotherapeutischen Behandlung insgesamt verbessert, jedoch aufgrund der körperlichen Einschränkungen auf einem mässigen Niveau stabilisiert.

3.1.5.5. Am 10. Mai 2005 (Urk. 12/12/5) berichtete PD Dr. med. L. von der K. - abgesehen von einer leichten Fehllage der HWS - von einer nicht pathologischen MRI-Untersuchung. Darauf hielt SUVA-Kreisarzt Dr. med. M. am 26. Mai 2005 (Urk. 12/12/3) fest, dass die neurologischen Untersuchungen normale Befunde zeigten hätten und radiologisch eine strukturelle Verletzung der HWS ausgeschlossen worden sei. Die vom Rheumatologen Dr. C. beschriebene Streckhaltung sei völlig unspezifisch und könne nicht als beweisend für einen organischen Schaden an der HWS betrachtet werden. Bei den erhobenen klinischen Befunden handle es sich durchwegs um solche, die auch bei harmlosen Befindlichkeitsstörungen der HWS anderer Genese erhoben werden könnten. Bildgebend sei ein organischer Schaden, der das Beschwerdebild erklären könnte, ausgeschlossen worden. Es hätten keine reproduzierbaren klinischen Befunde erhoben werden können, wie man sie bei einem organisch verursachten Beschwerdebild erwarten müsste. So sei denn Dr. C. auch bereits am 15. Dezember 2004 zum Schluss gekommen, dass klinisch das depressive Zustandsbild im Vordergrund stehe.

3.1.6.6. Im Bericht vom 12. April 2005 (Urk. 12/7) hielt Dr. C. eine posttraumatische Belastungsstörung mit depressiver Entwicklung bei Status nach HWS-Distorsionstrauma mit persistierendem zervikozephallem Schmerzsyndrom mit Ausstrahlungen fest. Anlässlich der Untersuchung bei ihm vom Dezember 2004 seien bei einer chronischen Schmerzproblematik vor allem die neuropsychiatrischen Befunde im Vordergrund gestanden mit unter anderem depressiver Stimmungslage, welche auch vom damaligen behandelnden Psychotherapeuten Dr. med. N. des E. bestätigt worden sei. In Absprache mit Dr. N. habe damals aufgrund der Befunde und dem vorgängig nicht geglückten Arbeitsversuch vorderhand von einer weiteren Arbeitsaufnahme abgesehen werden müssen und es sei eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert worden. Er habe in Bezug auf berufliche Integrationsmassnahmen erneut eine Kontaktaufnahme mit Dr. N. in sechs bis acht Wochen empfohlen.

3.1.7.8. Am 18. April 2005 (Urk. 12/8) berichtete Dr. D.\_\_\_\_, aktuell beständen weiterhin Nacken-, Schulter- und in letzter Zeit zunehmend thorakolumbale Beschwerden, welche unter medikamentös anhaltender Therapie gemäß Angaben der Beschwerdeführerin knapp tolerierbar seien. Bereits bei leichten Haushaltsarbeiten wie Kochen oder Staubsaugen resultierten nach kurzer Zeit Schmerzaggravation und Erschöpfung. Ein probatorischer Versuch, die aussergewöhnliche Arbeit auch für wenige Stunden pro Woche wieder aufzunehmen, sei wegen der Schmerzen nicht möglich gewesen. Seit der letzten rheumatologischen Kontrolle bei Dr. C.\_\_\_\_ im Dezember 2004 seien die Untersuchungsbefunde unverändert geblieben. Die empfohlene Kraniosakraltherapie sei ohne Besserung nach mehreren Sitzungen abgebrochen worden. Eine inzwischen eingeleitete Krafttraining-Behandlung werde von der Beschwerdeführerin als positiv befunden. Gleichzeitig erfolgten seit September wöchentliche psychiatrische Sitzungen bei Dr. N.\_\_\_\_, von denen im weiteren Verlauf eine Stabilisierung bzw. Besserung der depressiven Symptomatik und in diesem Zusammenhang eine Minderung der Schmerzsymptomatik erwartet werde. Die Prognose sei noch offen, wobei die möglichen therapeutischen Massnahmen bereits weitgehend ausgeschöpft worden seien. Die Arbeitsunfähigkeit bezifferte Dr. D.\_\_\_\_ mit 100 % vom 4. Mai 2004 bis auf Weiteres. Sowohl die bisherige wie auch aktuell eine behinderungsangepasste Tätigkeit seien nicht mehr zumutbar. Bei einer Besserung seien ca. 15 Stunden Arbeit pro Woche behinderungsangepasst möglich.

3.1.8.8. Im Bericht vom 6. Juni 2005 (Urk. 12/11) wiederholten die Ärzte des E.\_\_\_\_ die bereits mit Bericht vom 8. Februar 2005 (Urk. 12/4/39-40) festgehaltenen Diagnosen, Prognosen und Ausführungen zur Arbeitsfähigkeit (vgl. Erwägung 3.1.4).

3.1.9.8. Dr. F.\_\_\_\_ bemerkte in seinem Bericht vom 24. Januar 2008 (Urk. 12/34), dass aus neurologisch-somatischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe. Ob aus medizinischer Sicht eine berufliche Umstellung zu prüfen sei, richte sich nach der Beurteilung der Hausärztin und eventuell nach einer ergänzenden Untersuchung des chronischen Schmerzproblems aus psychiatrischer Sicht.

#### **E. 3.1.10**

Im undatierten Bericht vom Januar 2008 diagnostizierte Dr. C.\_\_\_\_ (Urk. 12/36) einen chronischen Beschwerdekomples mit zervikovertebralem-cephalem Schmerzsyndrom, vegetativer Symptomatik, kognitiver Beeinträchtigung, neurasthenischen Symptomen und depressiven Störungen (DD: zusätzlich somatoforme Schmerzstörung) bei Status nach HWS-Distorsion. Betreffend die Arbeitsfähigkeit führte Dr. C.\_\_\_\_ aus, dass diese nur durch eine interdisziplinäre Begutachtung geklärt werden könne.

#### **E. 3.1.11**

Dr. O.\_\_\_\_ vom E.\_\_\_\_ führte im Bericht vom 6. Februar 2008 (Urk. 12/37) eine schwere depressive Störung ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2) seit Sommer 2004, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) seit Mai 2004 sowie einen Status nach HWS-Distorsionstrauma auf. Sie beschrieb die Beschwerdeführerin als wach, bewusstseinsklar, orientiert, mit geminderter Konzentration und Gräbeln um den Gesundheitszustand, mit auf Enttäuschung durch Krankenkasse und Ärzte eingengtem formalem Denken. Es gebe keine Hinweise für akustische oder optische Halluzinationen. Affektiv sei sie kaum schwingungsfähig, aber erreichbar. Die Stimmungslage sei depressiv und die Verzweiflung spürbar. Sie habe Suizidgedanken, distanziere sich aber

glaubhaft davon. Die Beschwerdeführerin leide an Durchschlafstörungen und sozialem Rückzug. Dr. O. \_\_\_ beschrieb den Zustand als stationär. Trotz multimodalen therapeutischen Massnahmen habe bisher keine Besserung des Zustandsbildes erreicht werden können. Dr. O. \_\_\_ attestiert eine volle Arbeitsunfähigkeit seit dem Unfall in der bisherigen Tätigkeit.

### **E. 3.1.12**

Dr. D. \_\_\_ hielt in ihrem undatierten Bericht (Urk. 12/43/1-6) den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin durch psychiatrische Massnahmen bei einer diagnostizierten chronischen somatoformen Schmerzstörung mit Beeinträchtigung im körperlichen und kognitiven Bereich sowie depressiver Entwicklung nach HWS-Distorsionstrauma für besserungsfähig. Bis heute sei die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Seit Januar 2008 sei jedoch eine eingeschränkte Arbeitsfähigkeit von 15 Stunden pro Woche bei angepasster Tätigkeit denkbar.

Dem Konziliarbericht von Dr. F. \_\_\_ vom 6. Juni 2007 an Dr. D. \_\_\_ (Urk. 12/43/7-8) ist im Wesentlichen zu entnehmen, dass die aktuelle klinisch somatisch-neurologische Untersuchung völlig unauffällig ohne Hinweise für eine fokale Läsion, insbesondere nicht des vestibulären oder des cerebellären Funktionssystems, gewesen ist. Es gebe auch keine Hinweise für eine propriozeptive oder Störung anderer Afferenzen. Die geschilderten Kopfschmerzen seien als chronifizierte Spannungskopfschmerzen mit erhöhter perikranialer Druck- und Schmerzempfindlichkeit zu klassifizieren. Aspektmässig liege eine depressive und eventuell auch eine phobische Störung vor, die sich gemäss hausärztlicher Beschreibung posttraumatisch entwickelt habe und womit die beschriebenen Beschwerden erklärt werden könnten.

Dr. C. \_\_\_ vermerkte in seinem Konziliarbericht vom 13. September 2007 (Urk. 12/43/9-10), dass auch heute mehr das maladaptive Schmerz- und Krankheitsverhalten, im Einklang mit der Schmerzintensität im höheren Bereich, den nur bedingten aktiven Selbsthilfestrategien, der Schmerzreaktion mit raschem muskulären Gegenspannen bei Prüfung der HWS-Rotation und den aus der Schilderung der Patientin eruierten tiefen Selbsteinschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit und dem damit zusammenhängenden Vermeidungsverhalten imponiere. Ein Zusammenhang dieses Schmerzverhaltens mit psychischen Störungen sei sehr wahrscheinlich. Von struktureller Seite finde er klinisch eine Kopfprotraktion als Zeichen einer verminderten Kraft und Kraftausdauer der stabilisierenden Muskulatur. Ansonsten könnten klinisch auch heute keine neurologischen Ausfälle festgestellt werden. Auch die im Juni 2007 durchgeführte fachärztlich-neurologische Untersuchung sowie frühere bildgebende Untersuchungen der HWS und des Kopfes hätten keine pathologischen Befunde ergeben. Die vorgeschlagene Hospitalisation in der G. \_\_\_ könne er durchaus unterstützen, wobei das Erlernen des besseren Umgangs mit den Schmerzen, von aktiven Selbsthilfestrategien und Copingmechanismen, Steigerung der Alltagsaktivitäten im Sinne verhaltenstherapeutischer Aspekte im Vordergrund ständen.

### **E. 3.1.13**

Im Konziliarbericht der G. \_\_\_ vom 19. Dezember 2007 über die Hospitalisation vom 26. November bis 16. Dezember 2007 (Urk. 12/43/14-17), der sich inhaltlich fast gänzlich mit dem Bericht der G. \_\_\_ vom 22. Februar 2008 an die Beschwerdegegnerin (Urk. 12/46)

deckt, hielten die Klinikärzte ein chronisches cervicocephales und cervicovertebrales Schmerzsyndrom bei Status nach HWS-Distorsionstrauma nach Auffahrunfall (ICD-10 M53.1), eine rezidivierende depressive Störung, derzeit mittelgradig (ICD-10 F.33.10), sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) fest. Unter dem Zustand bei Eintritt führten sie die Angaben der Beschwerdeführerin auf, wonach sie seit dem Unfall unter starken Schmerzen mit Verspannungen der HWS mit Ausstrahlung in die BWS und in den Kopf, Lärmempfindlichkeit, verminderter Konzentrationsfähigkeit, Schlafstörungen, sozialem Rückzug und gedrückter Stimmungslage leidet. Zum Therapieverlauf vermerkten sie, die Beschwerdeführerin habe sich nach und nach auf den Therapieprozess einlassen und sich aktiv daran beteiligen können. In der Sport-Physiotherapie habe sie aktiv und motiviert teilgenommen und rekonduziert werden können. Zusätzlich habe sie neue Entspannungstechniken erlernen können. In der Ergotherapie habe sie sich von den Gedanken um die Schmerzen ablenken, Entspannung erfahren und dies als neue Energiequellen nutzen können. Nach eigenen Rückmeldungen habe sie insbesondere von der Atemtherapie nach Middendorf profitiert. Gesamthaft habe sie psychisch und körperlich rekonduziert werden, Schmerz copingstrategien erarbeiten, ihre Selbstwirksamkeit verbessern und Entspannungstechniken erlernen können. Alles in allem beurteilten die Klinikärzte den Rehabilitationsverlauf, in dem in allen Therapiebereichen die Ziele erreicht werden konnten, als gut. Die Beschwerdeführerin habe Lösungsmöglichkeiten für zu Hause erarbeiten können und wolle die erarbeiteten Strategien in den Alltag übernehmen. Die Fortsetzung der Psychotherapie wurde unbedingt empfohlen. Bis zum 31. Dezember 2007 wurde der Beschwerdeführerin eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert. Diese sollte im Verlauf erneut beurteilt werden.

#### **E. 3.1.14**

Im Gutachten des H. \_\_\_ vom 20. Oktober 2008 (Urk. 12/72) wurden unter dem Titel „Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit“ eine leichte bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.0/F32.1) und unter dem Titel „Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit“ eine Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54), ein chronisches zervikozephalales Schmerzsyndrom (ICD-10 M53.0), ein chronisches lumbales Schmerzsyndrom mit pseudoradikulären Ausstrahlungen in das linke Bein (ICD-10 M54.5), ein Status nach Verkehrsunfall mit Frontalkollision dabei HWS-Distorsion, eine Migräne ohne Aura (ICD-10 G43.0) sowie Nikotinabusus (ICD-10 F17.1) erhoben (Urk. 12/72/17). Aus psychiatrischer Sicht bestehe aufgrund der leichten bis mittelgradigen depressiven Episode eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 % (Urk. 12/72/17), aus somatisch-neurologischer Sicht für leichte bis intermittierend mittelschwere körperlich belastende Tätigkeiten eine volle Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Dies gelte auch für die angestammte berufliche Tätigkeit als Hörgerätetechnikerin. Aufgrund einer zwischenzeitlich aufgetretenen gewissen Dekonditionierung sollte der Wiedereinstieg in eine Arbeitstätigkeit stufenweise erfolgen. Aus allgemein-internistischer Sicht lägen keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vor. Insgesamt könne somit für körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere berufliche Tätigkeiten, wie auch für die angestammte Tätigkeit, eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 70 % festgestellt werden. Eine solche könne vollschichtig umgesetzt werden mit reduziertem Rendement. Die festgestellte Arbeitsfähigkeit von 70 % könne mit Sicherheit ab dem Zeitpunkt der Untersuchung attestiert werden. Es sei schwierig, rückwirkend die Arbeitsfähigkeit

festzulegen. Es best nden jedoch keine Hinweise darauf, dass die Arbeitsfähigkeit retrospektiv längerfristig und höhergradig eingeschränkt gewesen sei als zum jetzigen Zeitpunkt (Urk. 12/72/18).

### E. 3.2

3.2.1   Das Gutachten des H.\_\_\_\_ basiert auf internistischen/allgemeinmedizinischen, neurologischen und psychiatrischen Untersuchungen und wurde in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den Vorakten (Anamnese) abgegeben. Die Gutachter haben detaillierte und nachvollziehbare Befunde und Diagnosen erhoben und sich mit den von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden und ihrem Verhalten auseinandergesetzt. Zudem haben sie die medizinischen Zusammenhänge und die medizinische Situation einleuchtend dargelegt und ihre Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet. Dem Gutachten des H.\_\_\_\_ kommt somit grundsätzlich volle Beweiskraft zu (vgl. Erw rgung 1.5). Wie nachfolgend zu zeigen sein wird, vermag entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin auch das Schl ssigkeitgutachten des I.\_\_\_\_ vom 21. April 2009 (Urk. 8) dem Gutachten des H.\_\_\_\_ nicht die Beweiskraft abzuspochen.

3.2.2   Im Gesamtgutachten des H.\_\_\_\_ wird nachvollziehbar dargelegt, dass und weshalb die von der Beschwerdeführerin geklagten Schmerzen und Beschwerden im geltend gemachten Ausmass aus somatischer Sicht nicht vollständig erklärt werden können. So zeigte sich anlässlich der von Dr. med. P.\_\_\_\_, FMH Innere Medizin, am 25. August 2008 durchgeführten internistischen/allgemeinen Untersuchung ein unauffälliger internistischer Status (Urk. 12/72/8). Sodann stellte Dr. med. Q.\_\_\_\_, FMH Neurologie, fest, die klinische Untersuchung vom 27. August 2008 gebe keine Hinweise auf begleitende motorische Ausfälle oder Dermatom bezogene Sensibilitätsstörungen. Die angegebene Sensibilit tsverminderung am linken Bein könne nicht einem einzelnen Dermatom zugeordnet werden. In den relativ aktuellen MRI(=magnetic resonance imaging)-Bildern der Lendenwirbelsäule (LWS) vom 14. Mai 2008 fänden sich lediglich Diskusprotrusionen, am stärksten ausgeprägt im Segment Lendenwirbelkörper 4/5. Dabei komme es jedoch nicht zu Wurzelkontakt zur Wurzel L4 links. Auch eine rezessale Einengung mit Wirkung auf die Wurzel L5 liege nicht vor. Somit finde sich bildgebend kein Korrelat zu den Schmerzausstrahlungen bzw. Sensibilitätsstörungen im linken Bein. Auffällig bei der aktuellen Untersuchung sei das völlige Fehlen eines Schonverhaltens. So sei es der Beschwerdeführerin möglich, sich aus dem Liegen geradeaus nach vorne aufzurichten. Auch das fehlende Las gnezeichen und die relativ gute Beweglichkeit der LWS, wenn auch nicht vollständig durchgeführt, spr chen gegen das Vorliegen eines relevanten Lumbovertelbralsyndroms. Im Bereich der HWS habe die Beschwerdeführerin bei der fokussierten Untersuchung eine mittelschwere Einschränkung der Beweglichkeit gezeigt, welche jedoch bei unauffälliger Beobachtung nicht habe nachvollzogen werden können. Palpatorisch hätten sich am Untersuchungstag lediglich leichte Verspannungen im linken Trapeziusbereich gezeigt, so dass von einem höhergradigen Zervikalsyndrom nicht mehr ausgegangen werden könne. Der übrige neurologische Status ergebe keine Hinweise auf eine radikuläre Reiz- bzw. sensomotorische Ausfallsymptomatik. Die angegebene Sensibilit tsverminderung im linken Gesichts- und Halsbereich sei unspezifischer Natur. Es handle sich um ein Phänomen, welches bei Personen mit chronischen Schmerzen oftmals beobachtet werden könne. Zusammenfassend könnten die von der Beschwerdeführerin angegebenen hochgradigen Einschränkungen der

Leistungsfähigkeit auch im Haushalt aufgrund der aktuell vorliegenden objektivierbaren Befunde nicht nachvollzogen werden. Es fanden sich Hinweise auf Symptomausweitung und demonstrative Tendenzen. Neben den chronischen Kopfschmerzen berichtete die Beschwerdeführerin über episodenhäufig auftretende sehr starke Kopfschmerzen, welche mit Lärm- und Lichtempfindlichkeit einhergingen. Dabei handle es sich sehr wahrscheinlich um migräneartige Exazerbationen. Diese Episoden traten ein bis zwei Mal pro Monat auf und hatten auf die Arbeitsfähigkeit keinen Einfluss. Im Weiteren beklagte sich die Beschwerdeführerin über Konzentrations-, Gedächtnis- sowie Aufmerksamkeitsstörungen. Wie bereits beschrieben, ergaben sich keine Anhaltspunkte dafür, dass es beim Unfall vom 4. Mai 2004 zu einer milden traumatischen Hirnverletzung gekommen sei. Die angegebenen kognitiven Störungen seien somit in erster Linie dem chronischen Schmerzsyndrom, allenfalls psychischen Faktoren (Depression) unterzuordnen (Urk. 12/72/15-16).

Die Feststellungen von Dr. Q. stehen mit den von ihm erhobenen detaillierten neurologischen Befunden (Urk. 12/72/14-15) in Einklang und decken sich im Übrigen auch mit den in zahlreichen Berichten festgehaltenen Beurteilungen von Dr. F., Dr. C., Dr. L. und Dr. M. (Urk. 12/4/158-159, Urk. 12/12/5, Urk. 12/12/3, Urk. 12/34/3, Urk. 12/43/8, Urk. 12/43/9). Insofern ist der durch das I.-Gutachten gestützte Einwand der Beschwerdeführerin, die neurologische Untersuchung von Dr. Q. sei unvollständig, hätte er doch die geklagten Kopfschmerzen und Konzentrationsstörungen eingehend abklären müssen, haltlos. Bei einer solchen eindeutigen, über Jahre hinweg konsistenten Beurteilung konnte der Gutachter ohne Weiteres von eigenen invasiven Untersuchungen absehen. Nachvollziehbar und überzeugend ist demnach auch seine Einschätzung, wonach die Beschwerdeführerin aus somatisch-neurologischer Sicht für leichte bis kurzzeitig mittelschwere körperliche belastende Tätigkeiten vollzeitlich arbeitsfähig ist. Dabei sei zu berücksichtigen, dass es wahrscheinlich zwischenzeitlich zu einer gewissen Dekonditionierung gekommen sei, so dass der Wiedereinstieg in eine Arbeitstätigkeit stufenweise erfolgen sollte. Die beschriebene Einschränkung (auf kurzzeitig mittelschwer belastbar) ergebe sich aufgrund der Dekonditionierung. Es bestanden somit weder in der angestammten beruflichen Tätigkeit als Heilpraktikerin noch in einer leichten bis mittelschwer belastenden Verweiltätigkeiten längerfristige Einschränkungen (Urk. 12/72/16).

3.2.3 Die im Gesamtgutachten vorgenommene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht basiert auf den Erhebungen von Dr. med. R., FMH Psychiatrie und Psychotherapie, anlässlich der psychiatrischen Untersuchung vom 25. August 2008 (Urk. 12/72/8-13). Dieser stellte fest, dass es sich diagnostisch um eine Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54) handle. Im Zeitpunkt der Untersuchung habe die Beschwerdeführerin nicht unter schweren psychosozialen oder deutlichen emotionalen Belastungssituationen gelitten, und es habe auch kein ausgeprägtes aufmerksamkeitssuchendes Verhalten bestanden, so dass die Diagnosen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung oder Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (Rentenneurose) nicht gestellt werden könnten. Zur Zeit bestehe diagnostisch eine leichte bis mittelgradige depressive Episode mit depressiven Verstimmungen, erheblicher Ermüdbarkeit, zum Teil Konzentrationsstörungen, Antriebsstörung und nächtlichen Schlafschwierigkeiten. Dadurch sei sie in ihrer Arbeitsfähigkeit zu 30 % eingeschränkt. Eine schwere psychische Störung liege nicht

vor. Die Beschwerdeführerin sei nicht suizidal, es lägen keine schweren Konzentrationsstörungen vor. Es beständen auch keine Hinweise auf unbewusste Konflikte. Ein primärer Krankheitsgewinn sei nicht vorhanden. Schwere psychosoziale Belastungssituationen beständen nicht (Urk. 12/72/11). Deshalb könne es ihr aus psychiatrischer Sicht auch zugemutet werden, trotz der geklagten Beschwerden einer ihren körperlichen Einschränkungen angepassten Tätigkeit zu 70 % nachzugehen (Urk. 12/72/12).

Die Beschwerdeführerin brachte dagegen vor, es sei grundsätzlich fraglich, wie das H.\_\_\_\_ innerhalb einer Exploration von nur gerade mal 45 Minuten Dauer, während der Dr. C.\_\_\_\_ weder Fragen nach der Entwicklung und Schwere der psychischen Beeinträchtigungen gestellt noch die von der Beschwerdeführerin erlebten Enttäuschungen und deren Auswirkungen auf ihren psychischen Gesundheitszustand angesprochen habe, zu einer fundierten diagnostischen Einschätzung kommen wolle (Urk. 1 S. 6 f.). Deshalb komme das H.\_\_\_\_ entgegen den Feststellungen der übrigen Ärzte auch zum Schluss, die Selbstwertregulation und Regressionsfähigkeit seien nicht schwer beeinträchtigt und daher liege bloss eine leichte bis mittelgrade depressive Episode vor (Urk. 1 S. 6 f.). Die fundiert eingehende psychiatrische Beurteilung durch die behandelnden Psychiater habe im Gegensatz zu derjenigen des H.\_\_\_\_ auf die hier wirkenden unfallbedingten psychosozialen Umstände hingewiesen (Urk. 1 S. 5).

Dazu ist zu bemerken, dass von der Dauer der Untersuchung nicht auf die Zuverlässigkeit der ärztlichen Stellungnahme geschlossen werden kann (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 20. Januar 2006 in Sachen F., I 748/05, Erwägung 2.2.4). Die Argumentation in der Beschwerde lässt sodann die Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag ausser Acht: hier die ihre glaubhaft geschilderten persönlichen Nöte und jüngste auffangende Haltung der behandelnden Psychiater, dort die notwendigerweise auch kritische Auseinandersetzung durch den psychiatrischen Experten. Auf diese Diskrepanz machte im übrigen auch Dr. O.\_\_\_\_ vom E.\_\_\_\_, aufmerksam, schrieb er doch im Bericht vom 12. Dezember 2008 an den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin (Urk. 12/80/3): «(...) Um Ihre Fragen eingehender und objektiver zu beantworten, müsste ein Gutachten in Auftrag gegeben werden, das von einer neutralen, unparteiischen Seite durchgeführt würde. Wir können mit unserem therapeutischen Auftrag kein solches Gutachten erstellen.» Die Beschwerdeführerin verkennt den Unterschied zwischen Krankheit und Invalidität in dem Sinne, dass auch einer kranken Person die Selbsteingliederung durch Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit obliegt, soweit und solange ihr dies aus ärztlicher Sicht zumutbar ist (Urteil der II. sozialrechtlichen Abteilung des Bundesgerichtes vom 10. Dezember 2009 in Sachen B., 9C\_919/2009, Erwägung 3). Im übrigen sagt die Diagnose allein noch nichts darüber aus, ob eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG vorliegt. Vielmehr muss in jedem Einzelfall eine dauernde Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein (BGE 129 V 298 Erw. 4.c).

Dr. C.\_\_\_\_ vom H.\_\_\_\_ hat sich mit den im Zeitpunkt der Begutachtung vorliegenden Berichten des E.\_\_\_\_ vom 6. Februar 2008 (12/37) und von Dr. D.\_\_\_\_ (Urk. 12/43) auseinandergesetzt und nachvollziehbar begründet, warum er die darin enthaltenen Diagnosen einer somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) sowie einer

schweren depressiven Episode und ihre Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht bestmöglich sein kann (Urk. 12/72/12). Aufgrund des von ihm erhobenen vollständigen Psychostatus ("... Sie sprach mit normaler Stimme, nahm guten Blickkontakt auf, wirkte resigniert und enttäuscht. Sie war freundlich, kooperativ und beantwortete die gestellten Fragen sehr ausführlich. Ihre Ausführungen waren differenziert. [...] Die Klagen ihrer körperlichen Beschwerden waren diffus. Neben ihren Schmerzen klagte sie über den Verlust ihrer Leistungsfähigkeit, erhöhte Ermüdbarkeit, Reizempfindlichkeit und verminderte Konzentrationsfähigkeit. Sie erwähnte auch die angespannte finanzielle Situation. Die Stimmung war depressiv. Sie gab nächtliche Schlafschwierigkeiten mit wiederholtem Erwachen an. Mimik und Gestik waren herabgesetzt, die affektive Modulationsfähigkeit war eingeschränkt. Während des ganzen Gespräches sass sie auf ihrem Stuhl und zeigte wiederholt Schmerzempfindung. Sie bat auch, sich hinlegen zu dürfen, konnte dann aber doch bis am Ende der Untersuchung gut durchhalten. Vegetative Symptome waren nicht erkennbar. Sie war bewusstseinsklar und allseits orientiert. Die Aufmerksamkeit, die Auffassung und das Gedächtnis waren nicht beeinträchtigt. Das Denken war formal unauffällig, inhaltlich waren zum Teil depressive Gedanken erkennbar. Wahnhafte Gedanken, Sinnestäuschungen, Halluzinationen und Ich-Störungen waren nicht vorhanden." [Urk. 12/72/10]) ist in der Tat nicht ersichtlich, weshalb die Beschwerdeführerin aus psychischen Gründen zu mehr als 30 % in ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt sein sollte.

Bei den Störungen gemäss ICD-10 F50-59 handelt es sich um Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen und Faktoren. Die Kategorie 54 beinhaltet psychologische Faktoren und Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten; sie sollte verwendet werden, um psychische Faktoren und Verhaltenseinflüsse zu erfassen, die eine wesentliche Rolle in der Ätiologie körperlicher Krankheiten spielen, die in anderen Kapiteln der ICD-10 klassifiziert werden. Die sich hierbei ergebenden psychischen Störungen sind meist leicht, oft lang anhaltend (wie Sorgen, emotionale Konflikte, ängstliche Erwartung) und rechtfertigen nicht die Zuordnung zu einer der anderen Kategorien des Kapitels V (vgl. Urteil der I. sozialrechtlichen Abteilung des Bundesgerichtes vom 17. September 2009 in Sachen K., 8C\_567/2009, Erw. 5, mit Hinweis; Weltgesundheitsorganisation [WHO], Internationale Kodifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 5. Auflage, Bern 2005, S. 219). Die von Dr. C.\_\_\_\_ attestierte Schmerzverarbeitungsstörung (F54) stellt somit eine Verhaltensauffälligkeit und nicht ein psychisches Leiden mit Krankheitswert dar. Leichte bis mittelschwere depressive Episoden sind sodann praxisgemäss grundsätzlich nicht geeignet, eine leistungsspezifische Invalidität zu begründen, zumal bei einem derartigen Gesundheitsschaden in der Regel davon auszugehen ist, dass die versicherte Person die daraus resultierenden Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte (vgl. Urteil der II. sozialrechtlichen Abteilung des Bundesgerichtes vom 8. Mai 2007 in Sachen M., I 905/06, Erwägung 3.2 mit Hinweisen). Insofern also Dr. D.\_\_\_\_ im Bericht vom Januar 2008 (Urk. 12/43/1-6) und Dr. O.\_\_\_\_, E.\_\_\_\_, im Bericht vom 12. Dezember 2008 (Urk. 12/80) eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestierten, handelt es sich lediglich um eine psychosoziale Beurteilung der Leistungsfähigkeit, welche invalidenrechtlich irrelevant ist (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 7. Januar 2005 in Sachen B., I 198/04, und vom 11. August 2005 in Sachen G., I 125/05, Erw. 2.4, mit Hinweisen).

Der Vollständigkeit halber ist zu bemerken, dass somatoforme Schmerzstörungen gemäss ICD-10 F45.4 rechtsprechungsgemäss unter die psychischen Leiden mit Krankheitswert fallen; sie sind aus rechtlicher Sicht Voraussetzung, nicht aber hinreichende Basis für die Annahme einer invalidisierenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtes gelten anhaltende somatoforme Schmerzstörungen sowie damit vergleichbare pathogenetisch unklare syndromale Leidenszustände (BGE 132 V 393 Erw. 3.2 S. 399; Urteil I 683/06 vom 29. August 2007, Erw. 2.2) in der Regel als nicht in rentenbegründendem Ausmass invalidisierend, sondern nur ausnahmsweise, bei Hinzutreten näher umschriebener qualifizierender Voraussetzungen (vgl. Urteil der II. sozialrechtlichen Abteilung des Bundesgerichtes vom 24. April 2007 in Sachen K., I 1000/06, Erw. 5 mit Hinweisen). Geht man mit dem E.\_\_\_\_ und Dr. A. D.\_\_\_\_ (Urk. 12/37, Urk. 12/43) davon aus, dass bei der Beschwerdeführerin eine somatoforme Schmerzstörung gemäss ICD-10 F45.4 besteht, wäre diese jedenfalls nicht als invalidisierend zu betrachten. Eine leichte bis mittelschwere depressive Episode (ICD-10 F32.0), wie sie von Dr. C.\_\_\_\_ bescheinigt wurde, erfüllt das in diesem Zusammenhang zu berücksichtigende Kriterium der psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer (BGE 130 V 352 Erw. 2.2.3 S. 354) nicht (vgl. Urteil der I. sozialrechtlichen Abteilung des Bundesgerichtes vom 17. September 2009 in Sachen K., 8C\_567/2009, Erw. 5). Das Vorliegen eines primären Krankheitsgewinns ist gemäss Dr. C.\_\_\_\_ zu verneinen. Auch ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens besteht nicht, pflegt die Beschwerdeführerin doch gemäss ihren eigenen Angaben Kontakt zu einer Kollegin und innerhalb ihrer Familie (Urk. 12/72/11). Beim Kriterium des Scheiterns einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung trotz kooperativer Haltung der versicherten Person ergibt sich zwar, dass bereits verschiedene ambulante und stationäre Behandlungen durchgeführt wurden, diese jedoch nicht gescheitert sind. So gab die Beschwerdeführerin gegenüber den Klinikärzten des G.\_\_\_\_ (Bericht vom 19. Dezember 2007, Urk. 12/43/14-17) an, die jahrelange psychiatrische Behandlung im E.\_\_\_\_ habe für die Depression geholfen. Weiter beschrieben sie den Rehabilitationsverlauf der Hospitalisation als gut, da in allen Therapiebereichen die Ziele hatten erreicht werden können (Urk. 12/43/14-15). In diesem Zusammenhang ist auch zu bemerken, dass der Medikamentenspiegel im Serum unter dem therapeutischen Bereich lag (Urk. 12/72/11).

Die von Dr. R.\_\_\_\_ abgegebene - im Rahmen des Gesamtgutachtens übernommene - Einschätzung, wonach aus psychischen Gründen für sämtliche Tätigkeiten eine Arbeitsunfähigkeit von 30 % besteht, trägt der psychischen Problematik somit jedenfalls grosszügig Rechnung.

Die im Rahmen des Gesamtgutachtens vorgenommene Einschätzung, wonach sowohl für die bisherige als auch für eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit eine 70%ige Arbeitsfähigkeit besteht, erscheint deshalb überzeugend.

### **E. 3.3**

Die weiteren in den Akten liegenden Arztberichte enthalten entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin keine Angaben, welche die im H.\_\_\_\_-Gutachten gemachten Feststellungen zu widerlegen vermöchten.

Vorab ist festzuhalten, dass bei der Würdigung von Berichten behandelnder Ärzte rechtsprechungsgemäss berücksichtigt werden darf und soll, dass

deren Beurteilung mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten der Patienten ausfällt. Berichte behandelnder Ärzte können ein Gutachten zwar dann in Frage stellen und zumindest Anlass für weitere Abklärungen geben, wenn darin nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende Aspekte benannt werden, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind und bei deren Berücksichtigung sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt (Urteil der II. sozialrechtlichen Abteilung des Bundesgerichtes vom 24. Juni 2009 in Sachen G., 9C\_276/2009, Erw. 4.2.3 mit Hinweisen).

3.3.2.2 Weder in den Berichten von Dr. D. \_\_\_ vom 18. April 2005 und vom Januar 2008 (Urk. 12/8, Urk. 12/43/1-6) noch in den Berichten des E. \_\_\_ vom 8. Februar 2005 (Urk. 12/4/39-40), vom 6. Juni 2005 (Urk. 12/11) und vom 6. Februar 2008 (Urk. 12/37) finden sich nach dem Gesagten solche Aspekte. Sämtliche Berichte lagen den Gutachtern des H. \_\_\_ vor (Urk. 12/72/3-4, Urk. 12/72/12), und sie haben sich, soweit diese eine abweichende Beurteilung enthalten, auch dazu geäußert. Die von den Ärzten des E. \_\_\_ beschriebenen Befunde gehen nicht über das hinaus, was nicht auch die Gutachter des H. \_\_\_ ersehen haben. Wenn sie im Unterschied zu den H. \_\_\_-Gutachtern eine schwere anstelle einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode attestierten, handelt es sich lediglich um eine andere Beurteilung des gleichen Sachverhaltes oder deutet auf eine vorübergehende und nicht gewichtige und anhaltende Veränderung des Gesundheitszustandes hin. Auf jeden Fall hinderte es die Beschwerdeführerin nicht daran, mit gutem Willen einer angepassten Tätigkeit nachzugehen. Nichts anderes sagten im Übrigen auch die Ärzte des E. \_\_\_, empfahlen sie der Beschwerdeführerin doch, an der verhaltenstherapeutisch geführten Schmerzgruppe teilzunehmen und mit dem Sozialdienst über mögliche Arbeitserprobungen zu sprechen (Urk. 12/37/3). Gleiches kann auch dem Bericht der G. \_\_\_ vom 22. Februar 2008 (Urk. 12/46/2) entnommen werden: Die Klinikärzte hielten fest, als Behandlungsziele seien gemeinsam mit der Beschwerdeführerin das Vertrauen-Fassen und Sich-einlassen-Können, das Erlernen und Erarbeiten von Schmerz copingstrategien, die psychophysische Rekonditionierung, die Verbesserung des Schlafverhaltens und das Erkennen und Einhalten von eigenen Grenzen und Ressourcen sowie das Erlernen von Entspannungstechniken vereinbart worden. Bezeichnend ist denn auch, dass die Klinikärzte lediglich bis Ende Dezember 2007 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestierten und für anschliessend eine Neubeurteilung empfahlen (Urk. 12/46/2). Daraus ist ersichtlich, dass auch sie grundsätzlich die Beschwerdeführerin für arbeitsfähig hielten. Im Übrigen erachtete auch die Hausärztin Dr. D. \_\_\_ die Beschwerdeführerin für grundsätzlich arbeitsfähig. So vermerkte sie im Bericht vom 18. April 2005 (Urk. 12/8), eine Besserung der depressiven Symptomatik werde erwartet, wobei dann ca. 15 Stunden Arbeit pro Woche behinderungsangepasst möglich seien. Im Wesentlichen die gleichen Feststellungen machte Dr. D. \_\_\_ im undatierten Bericht vom Januar 2008 (Urk. 12/43/1-6). Darin hielt sie eine Arbeitsfähigkeit von 15 Stunden pro Woche ab 1. Januar 2008 fest. In die gleiche Richtung weist die Beurteilung der Ärzte der J. \_\_\_ vom 26. Oktober 2004 (Urk. 12/4/73-80). Diese empfahlen der Beschwerdeführerin einen Arbeitsversuch mit zu Beginn zwei Stunden pro Tag bei schrittweiser Steigerung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 12/4/75). Zudem ersahen die Ärzte des E. \_\_\_ im Bericht vom 8. Februar 2005 (Urk. 12/4/39-40) eine Verbesserung des Zustandsbildes aufgrund der medikamentösen und psychotherapeutischen Behandlung (Urk. 12/4/40). Wenn nun die Beschwerdeführerin dafür hält, sie sei vom 4. Mai 2004 bis Ende Juni 2008 vollständig, von Juli bis

Oktober 2008 zu 50 %, und anschliessend aufgrund einer erneuten Verschlechterung des Gesundheitszustandes wieder zu 100 % arbeitsunfähig gewesen (Urk. 1 S. 11), so widerspricht dies nicht nur der ihr von ihrer Hausärztin attestierten Arbeitsfähigkeit per 1. Januar 2008 bzw. der von den Ärzten der J. \_\_\_ und des E. \_\_\_ in den Jahren 2004 und 2005 verzeichneten Verbesserung des Gesundheitszustandes und der grundsätzlich günstigen Prognose bezüglich Arbeitsfähigkeit, sondern bestärkt einmal mehr die bereits von den Gutachtern eingehend dargelegte, ausgeprägte subjektive Krankheitsüberzeugung, die nicht zuletzt auch dafür verantwortlich war, dass der bereits im Jahre 2004 empfohlene Arbeitsversuch nach nur wenigen Tagen gescheitert ist.

3.3.3.3.4 Aufgrund der überzeugenden Feststellungen im H. \_\_\_-Gutachten kann somit ohne Weiteres davon ausgegangen werden, dass es der Beschwerdeführerin bei Aufbietung allen guten Willens (BGE 131 V 49, Erw. 1.2, S. 50, mit Hinweisen) und in Nachachtung des im Sozialversicherungsrecht allgemein geltenden Grundsatzes der Schadenminderungspflicht zuzumuten ist, zu mindestens 70 % einer leichten bis mittelschweren Tätigkeit nachzugehen. Weitere Beweiserhebungen erscheinen daher unnötig (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. Urteil der I. sozialrechtlichen Abteilung des Bundesgerichtes vom 6. Dezember 2006 in Sachen L., 8C\_468/2007, Erw. 5.2.2, mit Hinweisen).

#### **E. 4**

4.1.1.1 Der Einkommensvergleich gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG (bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 2 IVG) in Verbindung mit Art. 16 ATSG hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen (BGE 128 V 30 Erw. 1; AHI 2000 S. 309 Erw. 1a mit Hinweisen). Wird eine Schätzung vorgenommen, so muss diese nicht unbedingt in einer ziffernmässigen Festlegung von Annäherungswerten bestehen. Vielmehr kann auch eine Gegenüberstellung blosser Prozentzahlen genügen. Das ohne Invalidität erzielbare hypothetische Erwerbseinkommen ist alsdann mit 100 Prozent zu bewerten, während das Invalideneinkommen auf einen entsprechend kleineren Prozentsatz veranschlagt wird, so dass sich aus der Prozentdifferenz der Invaliditätsgrad ergibt (sog. sogenannter Prozentvergleich; BGE 114 V 313 Erw. 3a mit Hinweisen; Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in Sachen S. vom 21. August 2006, I 850/05, Erw. 4.2 und in Sachen G. vom 2. Dezember 2005, I 375/05, Erw. 3.2).

4.2.1.1 Vorliegend sind die Voraussetzungen für einen Prozentvergleich gegeben, da gemäss H. \_\_\_-Gutachten von einer 30%igen Einschränkung in der angestammten Tätigkeit auszugehen ist. Ein zusätzlicher Leidensabzug fällt mithin ausser Betracht. Es rechtfertigt sich, von einer Erwerbseinbusse von 30 % und damit von einem entsprechenden Invaliditätsgrad von ebenfalls 30 % auszugehen.

4.3.1.1 Nicht zu beanstanden ist die von der IV?Stelle auf den 13. Juni 2005 verhängte Befristung der zugesprochenen ganzen Rente, ist doch davon auszugehen, dass die für die Rentenaufhebung massgebende Verbesserung der Erwerbsfähigkeit in diesem Zeitpunkt mindestens drei Monate andauert hatte (Art. 17 Abs. 1 ATSG und Art.

88a Abs. 1 IVV; Urk. 12/4/61, Urk. 12/12/3).

5. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin für die Zeit vom 1. Mai 2005 bis am 30. Juni 2005 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat. Ab 1. Juli 2005 besteht kein Anspruch auf eine Invalidenrente mehr, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

6. Gemäss dem seit 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt.

Vorliegend erweist sich eine Kostenpauschale von Fr. 700.-- als angemessen. Ausgangsgemäss ist diese der Beschwerdeführerin aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Thomas Schätz

- 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.