

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00442 vom 23. Dezember 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-12-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2009.00442

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00442 du 23 décembre 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00442 del 23 dicembre 2010

Erwägungen

E. 1

1.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG]). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (seit 1. Januar 2008: Art. 7 Abs. 1 ATSG; entspricht dem bis 31. Dezember 2007 in Kraft gestandenen Art. 7 ATSG). Gemäss dem im Rahmen der 5. IV-Revision neu eingefügten, im Wesentlichen dem bisherigen Recht entsprechenden (vgl. BGE 135 V 215 Erw. 7; ferner Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Aufl., Zürich 2009, Rz. 6 zu Art. 7) und seit 1. Januar 2008 in Kraft stehenden Art. 7 Abs. 2 ATSG sind für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist.

1.2 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).

Gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG (gültig gewesen bis Ende 2007) entsteht der Rentenanspruch nach Art. 28 IVG frühestens in dem Zeitpunkt, in dem die versicherte Person mindestens zu 40 Prozent bleibend erwerbsunfähig (Art. 7 ATSG) geworden ist (lit. a) oder während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 Prozent arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen war (lit. b).

1.3 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG (bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 2 IVG) aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener

Arbeitsmarktlage erzielen könnten (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnten, wenn sie nicht invalid geworden wären (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 349 Erw. 3.4).

1.4 Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, wird für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG (bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 2 ter IVG) festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad entsprechend der Behinderung in beiden Bereichen zu bemessen (Art. 28a Abs. 3 IVG; gemischte Methode der Invaliditätsbemessung).

Nach der Gerichts- und Verwaltungspraxis wird zunächst der Anteil der Erwerbstätigkeit und derjenige der Tätigkeit im Aufgabenbereich (so unter anderem im Haushalt) ermittelt; die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person ohne gesundheitliche Beeinträchtigung erwerbstätig wäre, beurteilt sich mit Rücksicht auf die gesamten Umstände, so die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse. Im Rahmen der gemischten Methode bestimmt sich die Invalidität dadurch, dass im Erwerbsbereich ein Einkommens- und im Aufgabenbereich ein Betätigungsvergleich vorgenommen wird, wobei sich die Gesamtinvalidität aus der Addierung der in beiden Bereichen ermittelten und gewichteten Teilinvaliditäten ergibt (BGE 130 V 393 ff. Erw. 3.3 mit Hinweisen; vgl. BGE 134 V 9).

1.5 Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens, so auch einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, setzt zunächst eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 130 V 398 ff. Erw. 5.3 und Erw. 6). Wie jede andere psychische Beeinträchtigung begründet indes auch eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, wie chronische körperliche Begleiterkrankungen, ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung, ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens, ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"), das Scheitern einer konsequent

durchgeföhrt 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).

E. 2

2.1 Die IV-Stelle begründete die Leistungsverweigerung im Wesentlichen - unter Hinweis auf den Bericht der Universitätsklinik Z.____ vom 12. April 2005 (Urk. 8/10 S. 4 f.) - damit, dass die - als zu 50 % erwerbstätig zu qualifizierende - Beschwerdeführerin (Urk. 2 S. 1) spätestens seit dem 13. April 2005 nicht mehr in invalidenversicherungsrechtlich relevanter Weise in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei (Urk. 2 S. 2 f.). Da dem der Rentenverföugung der SUVA vom 10. Juni 2008 (Urk. 8/32) zugrunde liegenden psychiatrischen Gutachten der Universitätsklinik W.____ vom 8. Juni 2006 (Urk. 8/20 S. 14-30) keine Beweiskraft zukomme, bestehe auch keine Bindung an den Entscheid des Unfallversicherers (Urk. 7 S. 2 ff.).

2.2 Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber im Wesentlichen auf den Standpunkt, gestützt auf die beiden - auf fundierten neurologischen und psychiatrischen Untersuchungen beruhenden und in sich schlüssigen - Gutachten des Universitätsospitals W.____ sei davon auszugehen, dass ihr keine Arbeitstätigkeit mehr zumutbar sei. Angesichts des unter Berücksichtigung ihrer vollzeitlichen Erwerbstätigkeit im Gesundheitsfall resultierenden - und sich im Übrigen auch aus der für die IV-Stelle verbindlichen Rentenverföugung der SUVA ergebenden - Invaliditätsgrads von 100 % bestehe Anspruch auf eine ganze Rente (Urk. 1 S. 4 ff., Urk. 12 S. 4 ff.).

E. 3

3.1 Die Ärzte der Universitätsklinik Z.____, Orthopädie, diagnostizierten am 12. April 2005 ein unklares chronisches Schmerzsyndrom im Bereich der rechten Schulter (Urk. 8/10 S. 4). Die kernspintomographische Untersuchung habe kein morphologisches Korrelat für die geklagten Beschwerden ergeben. Klinisch bestehe indes - vor dem Hintergrund einer erheblichen Krüppelhaltung - eine beginnende Scapuladyskinesie rechts. Mit der Empfehlung, nebst der Einhaltung einer Ruckendisziplin eine Physiotherapie zur Stabilisation der Scapula zu absolvieren, sei die Behandlung abgeschlossen worden (Urk. 8/10 S. 5).

3.2 Dr. med. A.____, Facharzt FMH für Neurologie, diagnostizierte am 21. April 2005 einen Status nach Autounfall am 30. Juni 2004 mit Commotio cerebri und Überdehnungstrauma der Halswirbelsäule (HWS). Bis auf Weiteres sei die Beschwerdeführerin noch vollständig arbeitsunfähig; längerfristig werde sie allenfalls wieder eine Teilarbeitsfähigkeit erlangen (Urk. 8/8 S. 1, S. 2 und S. 4).

3.3 Dr. med. B.____, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, stellte am 3. Juni 2005 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/14 S. 5):

- Unklares chronisches Schmerzsyndrom Schulter rechts

- Commotio cerebri und Überdehnungstrauma der HWS

Die Patientin, deren Gesundheitszustand sich seit dem Unfall noch verschlechtert habe, klagt über Kopfschmerzen, Vertigo und HWS-Schmerzen. Trotz medikamentöser Behandlung habe betreffend die überdies bestehende Depression keine Besserung erzielt werden können. Seit dem 1. Juli 2004 und bis auf Weiteres bestehe - sowohl in der angestammten als auch in einer behinderungsangepassten Tätigkeit - eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 8/14 S. 5 und S. 4). Die Prognose sei schlecht (Urk. 8/14 S. 6).

Der die Beschwerdeführerin seit September 2004 behandelnde Psychiater Dr. med. C. ___ stellte in seinem Bericht vom 14. Juli 2005 nachstehende Diagnosen (Urk. 8/16 S. 3):

- Posttraumatische Belastungsstörung, ICD-10 F43.1
- Mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom, ICD-10 F32.11
- Generalisierte Angststörung mit Derealisation, ICD-10 F41.1
- Multiple dissoziative Störungen, ICD-10 F44.4-7

Gestützt auf die Ergebnisse der Untersuchung vom 8. September 2005 stellte Dr. med. D. ___, Facharzt FMH für Rheumatologie und für Allgemeine Medizin, am 20. September 2005 folgende Diagnosen (Urk. 8/18 S. 2 f.):

- Chronisches zervikozephal und zervikospondylogenes Schmerzsyndrom, rechtsbetont, mit/bei
 - Schwankschwindel und Gleichgewichtsstörungen
 - Status nach Autounfall mit HWS-Distorsion am 30. Juni 2004 (Quebec-Task-Force Grad II)
 - Fehlhaltung (Streckhaltung und leichte Torsion der HWS nach rechts), Bilder vom 7. Juli 2004
 - schwere Tendenz zur Symptomausweitung
 - Chronisch posttraumatisches Syndrom mit
 - rechtsbetonten Zephalgien
 - Zervikobrachialgie rechts
 - unsystematischem Schwindel
 - neurasthenischem Syndrom mit
 - Schlafstörung
 - Erschöpfbarkeit
 - Leistungsminderung
 - Aufmerksamkeitsstörungen
 - Rauschen in den Ohren
 - Einschlafgefühl am ganzen Körper, rechtsbetont
 - Stiche in den Füssen beidseits im Bereich des plantaren Calcaneus
- Differentialdiagnose: Fersensporn

Der Psychiater Dr. C. ___ habe überdies eine mittelgradige depressive Entwicklung, eine generalisierte Angststörung mit Derealisation sowie multiple

dissoziative Störungen diagnostiziert (Urk. 8/18 S. 3). Es sei dringend eine multidisziplinäre stationäre Therapie durch Neurologen, Psychiater und Psychologen, Rheumatologen sowie Physiotherapeuten angezeigt (Urk. 8/18 S. 6).

3.6 Dr. med. E. ____, Facharzt FMH für Chirurgie, Wirbelsäulenleiden, Schleudertrauma und orthopädische Traumatologie, stellte am 20. März 2006 nachstehende Diagnosen (Urk. 8/20 S. 35):

- Zervikozephalisches Syndrom mit Begleitschwindel und Verdacht auf neuropsychologische Defizite bei Status nach HWS-Distorsion mit Commotio cerebri

- Lumbovertebrales Syndrom mit Ausstrahlung links

- Depressive Entwicklung

Im Rahmen der Untersuchung habe sich eine eingeschränkte Beweglichkeit der HWS mit verdickter und stark druckdolenter Nacken- und Schultermuskulatur gezeigt. Die Patientin, deren Neurostatus unauffällig sei, klagt über sporadisch auftretende Parästhesien in den Händen beidseits. Seit dem Unfall leide sie unter den typischen somatischen Beschwerden (Kopf- und Nackenschmerzen), ins linke Bein und den Fuss ausstrahlenden Lumbalgien sowie - in Form erhöhter Ermüdbarkeit sowie von Konzentrationsschwäche, verminderter intellektueller Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit - unter neuropsychologischen Beeinträchtigungen. Unter konservativer Therapie habe sich ein protrahierter Verlauf gezeigt; anfangs 2005 sei es zu einer zunehmenden depressiven Entwicklung gekommen. Seit dem 30. Juni 2006 und bis auf Weiteres bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 8/20 S. 36).

3.7 Gestützt auf die Ergebnisse der Untersuchung vom 6. Juni 2006 stellten die Ärzte der Psychiatrischen Universitätsklinik W. ____, Klinik für affektive Erkrankungen und Allgemeinpsychiatrie, in ihrem im Auftrag der SUVA verfassten Gutachten vom 8. Juni 2006 (Urk. 8/20 S. 14-30) nachstehende Diagnosen (Urk. 8/20 S. 24 f.):

- Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD), ICD-10 F43.1

- Generalisierte Angststörung, ICD-10 F41.1

- Leicht- bis mittelgradige depressive Episode ohne somatisches Syndrom, ICD-10 F32.10

- Somatoforme Schmerzstörung, ICD-10 F45.4

Sowohl in der angestammten als auch in einer leidensangepassten Tätigkeit bestehe derzeit eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 8/20 S. 28). Subjektiv sei die Beschwerdeführerin aktuell lediglich noch in der Lage, einfachste Tätigkeiten im Haushalt auszuführen (Urk. 8/20 S. 28 ff.).

3.8 Das MRI der HWS vom 27. Oktober 2006 ergab - im Bereich sowohl der HWS als auch der oberen Brustwirbelsäule (BWS) - einen unauffälligen Befund. Eine Ursache für die Radikulopathie C5 oder C6 liess sich nicht erkennen (vgl. Bericht vom 27. Oktober 2006, Urk. 8/29 S. 66).

3.9 Nachdem sie die Beschwerdeführerin am 3. Mai 2006 im Auftrag der SUVA untersucht hatten, stellten die Ärzte des Universitätsospitals W. ____, Neurologische Klinik und Poliklinik, in ihrem Gutachten vom 8. Januar 2007 (Urk. 8/20 S. 1-10) folgende Diagnosen (Urk. 8/20 S. 7 f.):

- Status nach schwerem, komplexem Kollisionsereignis am 30. Juni 2004 mit/bei
- möglicher Commotio cerebri mit kurzzeitigem Bewusstseinsverlust (<10 Min.)/anterograder Amnesie und HWS-Distorsion bei multidirektionellem Beschleunigungstrauma mit/bei
- chronifiziertem zervikozepalem Syndrom mit/bei
- permanenten Nacken- und Kopfschmerzen, wahrscheinlich multifaktoriell bedingt
 - Verdacht auf zusätzlichen Kopfschmerz
 - Analgetika-Abusus induzierter Kopfschmerz
- Schulterschmerzen rechts mit pseudoradikulärer
 Schmerz ausstrahlung rechter Arm - Verdacht auf somatoforme Störung
- nicht-klassifizierbarer Schwindel mit nicht-pulsatilem Tinnitus rechts klinisch keine peripher- oder zentral-vestibuläre oder cochleäre Dysfunktion
- subjektive Sehstörung bei normalem Visus
- leichte Konzentrations- und Gedächtnisstörungen bei verminderter Belastbarkeit
- chronifizierte Ein- und Durchschlafstörungen mit Tagesmüdigkeit
- Mittelgradige posttraumatische Belastungsstörung (PTSD)
- generalisierte Angststörung
- leicht- bis mittelgradige depressive Episode

Im Rahmen der aktuellen neuropsychologischen und neurologischen Untersuchung hätten sich keine Hinweise auf eine traumatische Hirnverletzung oder auf Residuen einer solchen ergeben. Während das chronifizierte zervikozepale und -brachiale Syndrom sowie der leichtgradige Hartspann der paravertebralen Nacken- und Schultermuskulatur ohne radikuläre Reiz- oder Ausfallzeichen organischer Genese seien, liessen sich die weiteren Beschwerden nicht sicher auf eine organische Ursache zurückzuführen. Aufgrund der Ergebnisse der klinischen Untersuchung beziehungsweise angesichts der Diskrepanz zwischen gewissen Befunden und der geklagten Symptomatik bestanden Anhaltspunkte für eine somatoforme Störung. Betreffend die psychische Beeinträchtigung sei auf das psychiatrische Gutachten zu verweisen. Die somatischen Beschwerden seien unfallkausal (Urk. 8/20 S. 8 f.). Aus neurologischer Sicht bestehe - bei normalem Neurostatus ohne objektivierbare fokale Ausfälle - aufgrund der Schwere des Unfalls und der Adäquanz der daraus resultierenden Beschwerden in der angestammten Tätigkeit als Kioskverkäuferin eine Arbeitsunfähigkeit im Umfang von 10 bis maximal 30 %. Langfristig seien der Explorandin leichtere körperliche und geistige Tätigkeiten mit reduziertem Arbeitspensum und Pausenmöglichkeiten zumutbar (Urk. 8/20 S. 9). Im Haushaltsbereich bestehe aus neurologischer Sicht höchstens eine leichtgradige Einschränkung für körperlich belastende Tätigkeiten (Heben und Tragen von grösseren Lasten); im übrigen sei es der Beschwerdeführerin - mit familiärer Unterstützung - zumutbar, den Haushalt zu führen (Urk. 8/20 S. 10).

3.10 Dr. E. ___ berichtete am 25. April 2007 über unveränderte Diagnosen und klinische Befunde. Nebst den unfallbedingten Beeinträchtigungen leide die Beschwerdeführerin unter einem lumbovertebralen Syndrom mit Ausstrahlung links bei -

im MRI nachgewiesener - Raumforderung auf Höhe Th12/L1 am Konus/Cauda-bergang (Urk. 8/29 S. 22). Es erscheint als sinnvoll, wenn sich die SUVA um die Zuweisung einer geeigneten Arbeit im Betrieb bemüht. Ob aus dem Unfall ein bleibender Nachteil resultieren werde, lasse sich noch nicht abschliessend beurteilen (Urk. 8/29 S. 23).

3.11 Dr. med. F.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt am 30. Dezember 2007 fest, dem Vorschlag der Gutachter der Psychiatrischen Universitätsklinik W.____ bezüglich einer spezifischen trauma- und angstzentrierten Psychotherapie sowie einer spezifisch adaptierten psychopharmakologischen Behandlung mit entsprechenden körpertherapeutischen Massnahmen sei insofern nachgekommen worden, als eine Einzeltherapie in der Muttersprache der Patientin sowie eine verhaltenstherapeutisch orientierte delegierte Psychotherapie etabliert worden seien (Urk. 8/30 S. 2). Trotz der ambulanten Behandlung habe sich der psychische Zustand nicht wesentlich verändert; lediglich hinsichtlich der Tagesstruktur lasse sich ein kleiner Fortschritt verzeichnen. Klinisch dominierten derzeit ein depressiver Affekt sowie depressive Projektionen betreffend die Zukunft. Der Fokus der Beschwerdeführerin sei - ohne Dramatisierungen und Affektionen - auf körperliche Probleme gerichtet, was sich in allen Aspekten der Lebensaktivität restriktiv auswirke (Urk. 8/30 S. 4).

3.12 In ihrer am 5. November 2008 gestützt auf die Akten verfassten Stellungnahme (Urk. 8/36 S. 6 f.) gelangten Dr. med. G.____, Facharzt für Arbeitsmedizin, und Dr. med. H.____, Praktische Ärztin FMH, Ärzte des Regionalärztlichen Dienstes (RAD) der IV, zum Schluss, dass die im Rahmen der neurologischen Begutachtung durch die Ärzte des Universitätsospitals W.____ erhobenen Befunde nicht funktionsmindernd seien und sich die in der Expertise der Psychiatrischen Universitätsklinik W.____ vom 8. Juni 2006 gestellten Diagnosen mit den Untersuchungsergebnissen nicht vereinbaren liessen. Entgegen den begutachtenden Ärzten könne daher nicht von einer unfallbedingten 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden. Invalidenversicherungsrechtlich relevante unfallfremde Gesundheitsschäden lägen keine vor.

Am 30. Dezember 2008 hielten die RAD-Ärzte fest, die nach dem Unfall bescheinigte 100%ige Arbeitsunfähigkeit sei unfall-, behandlungs- und rekonvaleszenzbedingt gewesen. Gestützt auf den Bericht der Universitätsklinik Z.____ vom 12. April 2005 sei davon auszugehen, dass spätestens ab dem 13. April 2005 wieder eine uneingeschränkte Leistungsfähigkeit bestanden habe (Urk. 8/36 S. 8).

E. 4

4.1 Dass die IV-Stelle gestützt auf die entsprechende Feststellung der SUVA ohne Weiteres von einer 100%igen Invalidität der Beschwerdeführerin auszugehen hätte (Urk. 12 S. 3 f.), trifft nicht zu, besteht doch rechtsprechungsgemäss keine Bindungswirkung der Invaliditätsschätzung der Unfallversicherung für die Invalidenversicherung (vgl. hierzu BGE 133 V 549 Erw. 6, mit Hinweis insbesondere auf BGE 126 V 288 und 131 V 362). Insofern ist grundsätzlich nicht zu beanstanden, dass die IV-Stelle trotz Koordination ihres Verfahrens mit demjenigen der SUVA eigene (schliesslich zu einem anderen Ergebnis führende) Abklärungen betreffend die vorhandenen Gesundheitsstörungen und deren Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit traf.

4.2. Aus den zitierten medizinischen Berichten geht übereinstimmend hervor, dass die Beschwerdeführerin nebst somatischen Beschwerden, denen gemäss den umfassenden entsprechenden Untersuchungen (abgesehen von einer Raumforderung auf Höhe Th12/L1 am Konus/Cauda-bergang [Urk. 8/29 S. 22]) keine objektivierbaren organischen Befunde zugrunde liegen, unter einer psychischen Störung leidet. Während sich die behandelnden Psychiater Dr. C. (vgl. Bericht vom 14. Juli 2005 [Urk. 8/16 S. 2 ff.]) und Dr. F. (vgl. Bericht vom 30. Dezember 2007 [Urk. 8/30 S. 4]) gar nicht zu den Auswirkungen der psychischen Symptomatik auf die Leistungsfähigkeit äusserten, legten die Gutachter der Psychiatrischen Universitätsklinik W. nicht dar, aus welchen Gründen sie von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit ausgingen. Die von den genannten Experten gestellten Diagnosen (posttraumatische Belastungsstörung, generalisierte Angststörung, leicht- bis mittelgradige depressive Episode ohne somatisches Syndrom [Urk. 8/20 S. 24 f.]) an sich lassen noch nicht auf die Unzumutbarkeit jeglicher Erwerbstätigkeit schliessen. Inwiefern die Funktionsfähigkeit aufgrund der einzelnen psychischen Störungen beeinträchtigt sei, geht aus der Expertise vom 8. Juni 2006 (Urk. 8/20 S. 14-30) nicht hervor. Dies gilt nicht nur bezüglich der attestierten Einschränkung im Erwerbsbereich, sondern auch hinsichtlich der bescheinigten Leistungseinbusse im Haushalt. Die gutachterliche Einschätzung, dass die Beschwerdeführerin in Letzterem lediglich noch in der Lage sei, geringste Tätigkeiten (wie etwa Kaffee kochen) auszuführen, beruht ausschliesslich auf den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin (Urk. 8/20 S. 28 und S. 29 f.) und vermag kaum einzuleuchten. Auf das fragliche Gutachten kann demnach - jedenfalls hinsichtlich der Beurteilung der Leistungsfähigkeit - nicht abgestellt werden (vgl. hierzu BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c). Auch die vom Arbeitsmediziner Dr. G. und der praktischen Ärztin Dr. H. gestützt auf die Akten verfassten Stellungnahmen vom 5. November und vom 30. Dezember 2008 (Urk. 8/36 S. 6 ff.) bilden keine zuverlässige Grundlage für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. Weshalb die genannten RAD-Ärzte aufgrund des Umstands, dass sich die von den Gutachtern gestellten Diagnosen ihres Erachtens nicht mit den erhobenen Befunden vereinbaren lassen, ohne Weiteres auf eine uneingeschränkte Leistungsfähigkeit schlossen, lässt sich nämlich nicht nachvollziehen.

4.3. Nach dem Gesagten fehlt es an einer beweistauglichen psychiatrischen Beurteilung der verbleibenden Leistungsfähigkeit. Hinsichtlich der im neurologischen Gutachten des Universitätsspitals W. vom 8. Januar 2007 - trotz des Fehlens objektivierbarer struktureller Schäden - aus somatischen Gründen attestierten Arbeitsunfähigkeit im Umfang von 10 bis maximal 30 % (Urk. 8/20 S. 9) ist anzumerken, dass diese Einschränkung rechtsprechungsgemäss nur dann einen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung zu begründen vermöchte, wenn und soweit die Überwindung des Leidens und die Verwertung der verbleibenden Arbeitskraft unter Aufbringung allen guten Willens nicht mehr zumutbar wäre (vgl. hierzu BGE 136 V 279). Ob dies bei der Beschwerdeführerin der Fall sei, geht aus der fraglichen Expertise ebenfalls nicht hervor.

4.4. Die Sache ist demnach an die IV-Stelle zurückzuweisen, damit diese abkläre, ob und gegebenenfalls in welchem Ausmass die Beschwerdeführerin aufgrund ihrer psychischen Gesundheitsstörung und der im Zusammenhang mit der HWS-Distorsion beziehungsweise einer allfälligen erlittenen Comotio cerebri stehenden

Symptomatik - in einer aus objektiver Sicht unüberwindbaren Weise - in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt sei, und hernach über den Leistungsanspruch neu befinde.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä

5.Ä Ä Ä Ä Ä Ä Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen abweichend von Art. 61 lit. a ATSG vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind die Gerichtskosten in Höhe von Fr. 700.-- der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

6.Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ausgangsgemäss ist der anwaltlich vertretenen Beschwerdeführerin gestützt auf Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 Abs. 1 und 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) eine Prozessentschädigung zuzusprechen, wobei ein Betrag von Fr. 2'600.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen erscheint.

Das Gericht erkennt:

1.Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die Verfügung vom 3. April 2009 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgten Abklärungen im Sinne der Erwägungen, über den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente neu verfähre.

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

3.Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2600.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4.Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. Rolf Schmid
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Y.____
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

5.Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä 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.