

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00523 vom 31. Mai 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-05-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2009.00523

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00523 du 31 mai 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00523 del 31 maggio 2012

Erwägungen

E. 1

Es sei die VerfÄ¼gung vom 23. April 2009 aufzuheben.

E. 2

Es sei die Streitsache an die Vorinstanz zwecks DurchfÄ¼hrung eines korrekten Vorbescheidsverfahrens zurÄ¼ckzuweisen.

E. 3

Eventualiter sei der BeschwerdefÄ¼hrerin eine dreiviertel Rente zuzusprechen.

E. 4

Subeventualiter sei die Streitsache unter Feststellung eines rentenbegrÄ¼ndenden InvaliditÄ¼tsgrades an die Vorinstanz zu weiteren AbklÄ¼rung zurÄ¼ckzuweisen.

E. 5

Es sei der BeschwerdefÄ¼hrerin die unentgeltliche ProzessfÄ¼hrung unter RechtsverbeistÄ¼ndung mit dem Unterzeichnenden zu gewÄ¼hren.

E. 6

Unter Kosten- und EntschÄ¼digungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die IV-Stelle schloss mit Beschwerdeantwort vom 9. Juli 2009 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 8) und reichte die Stellungnahme des RAD vom 1. Juli 2009 ein (Urk. 9). Nachdem Rechtsanwalt Lorentz mit Eingabe vom 14. September 2009 auf eine Replik verzichtet hatte und das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege am 9. Oktober 2009 bewilligt worden war (Urk. 14-15), wurden am 30. MÄ¼rz 2011 die SUVA-Akten beigezogen. Diese enthielten ein weiteres Gutachten der E.____, dasjenige vom 31. Dezember 2010 (Urk. 20/117), das die SUVA veranlasst hatte, nachdem das hiesige Gericht am 31. MÄ¼rz 2009 ihren Einspracheentscheid vom 18. Dezember 2006 aufgehoben und die Sache an sie zu weiteren AbklÄ¼rungen zurÄ¼ckgewiesen hatte (Urk. 17, 20/1-122).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Rechtsanwalt Lorentz liess sich am 16. August 2011 zu den SUVA-Akten und zum aktuellen E.____-Gutachten vernehmen und Ä¼nderte seinen Eventualantrag gemÄ¼ss Ziff. 3 des ursprÄ¼nglichen Rechtsbegehrens dahingehend ab, dass er die Zusprechung einer ganzen Invalidenrente verlangte (Urk. 25). Die IV-Stelle verzichtete mit Eingabe vom 12. September 2011 auf eine Vernehmlassung (Urk. 29).

Das Gericht zieht in ErwÄ¼gung:

1. Die angefochtene Verfügung vom 23. April 2009 erging nach Vorliegen des Gutachtens der E. ___ vom 31. Dezember 2008, das die IV-Stelle nach dem Vorbescheid vom 18. Mai 2007 eingeholt hatte. Vor Verfügungserlass war weder ein nochmaliges Vorbescheidverfahren durchgeführt noch der Beschwerdeführerin anderweitig Gelegenheit geboten worden, zum Gutachten Stellung zu nehmen. Zu Recht macht die Beschwerdeführerin diesbezüglich eine Verletzung des rechtlichen Gehörs geltend (Urk. 1 S. 7 f., Urk. 25 S. 1). Von einer Rückweisung zur Behebung dieses Mangels ist jedoch abzusehen. Denn zumindest im vorliegenden Verfahren wurde der Gehörsanspruch der Versicherten sowohl bezüglich des ersten von der IV-Stelle eingeholten E. ___-Gutachtens vom 31. Dezember 2008 auch bezüglich des im noch hängigen unfallversicherungsrechtlichen Einspracheverfahren veranlassten E. ___-Gutachtens vom 31. Dezember 2010 gewahrt. Eine Rückweisung der Sache würde daher zu einem formalistischen Leerlauf und unnötigen Verzögerungen führen, die mit dem (der Anführung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer befürderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (BGE 132 V 387 E. 5.1 S. 390 mit Hinweis).

2.

2.1 Die im Rahmen der IV-Revision 6a am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen gesetzlichen Änderungen fallen in die Zeit nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 23. April 2009 (Urk. 2), die rechtssprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis bildet (BGE 122 V 77 E. 2b, Urteil 8C_76/2009 des Bundesgerichts vom 19. Mai 2009 E. 2, je mit Hinweis). Folglich kommen sie vorliegend von vornherein nicht zur Anwendung.

Bereits vor der angefochtenen Verfügung, am 1. Januar 2008, traten indes unter anderem 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 sowie des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2006 in Kraft. Da ein Sachverhalt zu beurteilen ist, der vor dem Inkrafttreten der 5. IV-Revision begonnen hat, ist in materiellrechtlicher Hinsicht entsprechend dem allgemeinen Übergangsrechtlichen Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen sind, die bei Erlass der angefochtenen Entscheids respektive im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b, je mit Hinweisen), 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.

Materiellrechtlich fällt dies jedoch nicht ins Gewicht, weil die mit der 5. IV-Revision geänderten Bestimmungen des IVG, der IVV und des ATSG hinsichtlich der Invaliditätsbemessung keine substanziellen Änderungen gegenüber der bis 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Rechtslage gebracht haben, so dass die zur altrechtlichen Regelung ergangene Rechtsprechung weiterhin massgebend ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_76/2009 vom 19. Mai 2009 E. 2). Im Folgenden werden die massgeblichen Gesetzesbestimmungen - soweit nicht anders vermerkt - in der seit dem 1. Januar 2008 geltenden Fassung zitiert.

2.2. Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (in der bis zum 31. Dezember 2007 gültigen Fassung) haben Versicherte Anspruch auf eine ganze Rente bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent, auf eine Dreiviertelrente bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent, auf eine halbe Rente bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent und auf eine Viertelrente, wenn sie mindestens zu 40 Prozent invalid sind.

2.3. 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).

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 könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 349 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

3.

3.1. Im neurologischen/neuropsychologischen Gutachten von Dr. med. D.____, Spezialarzt für Neurologie FMH, vom 25. Juli 2007 wurde ein Status nach HWS-Distorsion am 6. März 2005 sowie nach milder traumatischer Gehirnverletzung (MTBI) mit massig ausgeprägtem mittlerem und oberem Cervicalsyndrom bei radiologisch nachgewiesener Läsion des linken Ligamentum alare Grad III nach Krakenes mit zudem radiologisch belegter Kopfgelenksdysfunktion (fMRI-Untersuchung vom 29. März 2007), mit massig ausgeprägten cervicocephalen Beschwerden mit cervicogen getriggerten Kopfschmerzen im Sinne einer «migraine cervicale», mit Schwindel gemischter Ursache (cervicogen sowie im Rahmen einer visuellen Wahrnehmungsstörung bei pathologischer Visuooptomotorik: Untersuchung am 16. April 2007 G.____) mit diffuser frontaler/fronto-striataler Funktionsstörung, ferner mit leicht ausgeprägten kognitiven Störungen bei Zustand nach MTBI, Schwindel und Schmerzinterferenzen sowie möglichen zusätzlichen seelischen Interferenzen sowie mit posttraumatischer Anpassungsstörung diagnostiziert (Urk. 10/46 S. 12, 14).

Dr. D. ___ erklärte dazu, die Versicherte leide als Folge des Unfalls unter Genick- und Kopfschmerzen, Schwindelbeschwerden, einer vermehrten Ermüdbarkeit und verminderten Belastbarkeit sowie - als indirekte Unfallfolge - unter leichten kognitiven Störungen. Die Summe all dieser Störungen sei für die Versicherte erheblich und beeinträchtige ihr Wohlbefinden wie auch ihre Arbeitsfähigkeit. Aus der Sicht des die körperlichen Beschwerden beurteilenden Arztes sollte der Versicherten eine Tätigkeit von 50 % in einer angepassten Arbeit mit wechselnder Körperhaltung (sitzend, stehend) ohne Kopfwangshaltung und ohne Schultergürtelbelastung möglich sein. In nicht angepassten Tätigkeiten sei die Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit entsprechend dem jeweiligen Anforderungsprofil höher beziehungsweise eine Arbeitsfähigkeit nicht mehr gegeben. Auch im Haushalt sei die Beeinträchtigung insgesamt auf 30 % zu schätzen, entsprechend dem Anteil der schweren Haushaltsarbeiten. Falls es der Versicherten nicht gelinge, die 50%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit zu realisieren, wäre eine weitergehende psychiatrische Abklärung indiziert, um allfällige relevante seelische, die Arbeitsfähigkeit mitkompromittierende Faktoren zu erfassen. Erst zwei Jahre nach dem Unfall sei bei der 31-jährigen Explorandin noch nicht von einem Residualzustand auszugehen; eine Besserung und/oder weitere Anpassung an die Beschwerden sei durchaus denkbar, weshalb eine Reevaluation in drei bis fünf Jahren sinnvoll erscheine (Urk. 10/46 S. 13 f.).

3.2 Dem Gutachten der E. ___ vom 31. Dezember 2008 liegen die internistische Abklärung durch PD Dr. med. H. ___ vom 8. September 2008, ein rheumatologisches Fachgutachten von Oberarzt Dr. med. I. ___ und Dr. med. J. ___, Facharzt für Rheumatologie und Innere Medizin FMH, ein neurologisches Fachgutachten von Assistenzarzt Dr. med. K. ___ und Oberarzt Dr. med. L. ___, Facharzt für Neurologie FMH, ein neuropsychologisches Fachgutachten von lic. phil. I M. ___, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, und ein psychiatrisches Fachgutachten von Oberarzt Dr. med. N. ___ und Chefärztin Prof. Dr. med. O. ___, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, zugrunde. Als die Arbeitsfähigkeit beeinflussende Diagnosen werden im Gutachten ein Panvertebralsyndrom (ICD-10: M54.8) sowie eine Angst- und depressive Störung, gemischt (ICD-10: F41.2), genannt, wobei beim Panvertebralsyndrom ein Status nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma bei Heckkollision am 06. März 2005 mit minimal-traumatischer Hirnverletzung (ED Dr. D. ___ 03/2007), mit diffus fronto-striataler Funktionsstörung (Visuo-Okulomotorik 04/2007) und mit einer Rotationsinstabilität der HWS bei Ligamentum-alare-Insuffizienz links (Grad III nach Krakenes, fMRI 03/2007), eine Fehlhaltung und muskuläre Dysbalance, leichte degenerative Veränderungen der HWS und Lendenwirbelsäule (LWS) und eine leichte bis mässige Hypomobilität der HWS, ein sekundärer Schwindel bei optokinetischer Überempfindlichkeit (ED Dr. P. ___ 03/2006) angeführt und der Neurostatus sowie das HWS-MR vom 28. Juni 2005 als unauffällig bezeichnet wurde (Urk. 10/73 S. 17). Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bleiben nach Auffassung der Gutachter ein fortgesetzter Nikotinkonsum, schädlicher Gebrauch (ICD-10: F17.1), eine bei unzureichender Validität nicht verwertbare, formal mittelschwere bis schwere neuropsychische Störung bei Status nach HWS-Distorsionstrauma am 6. März 2005 (DD: Schmerzsyndrom, affektive Störung, Verdeutlichungstendenz oder Aggravation), sowie eine anamnestisch massive Akkommodationseinschränkung, Hypermetropie und ein Astigmatismus beidseits (Urk. 10/73 S. 18).

Die Gutachter hielten fest, die Versicherte leide seit dem Auffahrunfall vom 6. März 2005 unter an Intensität zunehmenden, konstant versparten brennenden Schmerzen im Nacken- und Hinterkopfbereich mit Ausstrahlung in die rechte obere Extremität, den Rücken hinunter bis auf die Höhe des Knies rechts, etwas weniger auch in die linken Extremitäten. Hinzu kämen rezidivierend auftretendes Erbrechen und Schwankschwindel, Ein- und Durchschlafstörungen und eine traurige Grundstimmung. Die Gutachter fanden jedoch keine Anhaltspunkte für vorbestehende Wirbelsäulenpathologien oder für eine entzündlich-rheumatische Erkrankung. Inwieweit die 2007 dokumentierte Rotationsinstabilität von 4 mm im Bereich der HWS bei initialem Verdacht auf Verletzung des Ligamentum alare links beim anfänglichen Beschwerdebild eine pathologische Bedeutung gehabt habe, lasse sich nicht mehr beurteilen. Aktuell sei eine fortbestehende Instabilität klinisch und konventionell radiologisch als äusserst unwahrscheinlich einzustufen. Es gebe auch keine Hinweise für eine interventionsbedürftige Neurokompression oder eine radikuläre Ausfallssymptomatik. Insgesamt imponierte eine Diskrepanz zwischen dem Ausmass der subjektiv geklagten Beschwerden und den objektivierbaren Befunden. Die in psychiatrischer Hinsicht festgestellte Angst- und depressive Störung gemischt habe sich sekundär zur Schmerzproblematik entwickelt und müsse als Krankheitsverarbeitungsstörung angesehen werden. Die bei der neuropsychologischen Untersuchung formal erhobene mittelschwere bis schwere neuropsychische Störung stehe in Diskrepanz zur Selbstständigkeit im Alltag. Die erhobenen Befunde seien kaum damit vereinbar, dass selbständiges Autofahren noch möglich sei, das Erfassen und Memorieren von Inhalten aus TV, Radio oder Gelesenem ausreichend gelinge, Termine mit einer Agenda zuverlässig wahrgenommen oder administrative und finanzielle Angelegenheiten noch erledigt werden könnten. Die Inkonsistenz zwischen Eigenangaben und Testbefunden, die beobachtete eingeschränkte Leistungsbereitschaft während der neuropsychologischen Untersuchung und das auffällige Ergebnis im Symptomvalidierungstest sprächen gegen die Validität der neuropsychologischen Befunde. Es müsse von einer Verdeutlichungstendenz, wenn nicht gar von einer Aggravation ausgegangen werden. Bereits der Fachpsychologe Dr. med. Q. ___ habe am 3. Januar 2006 angegeben, dass aus somatischer Sicht das Schmerzerleben der Explorandin nicht ausreichend erklärt werde. Die von Hausarzt Dr. A. ___ attestierte volle Arbeitsunfähigkeit könne in Anbetracht der objektivierbaren Befunde nicht bestätigt werden, ebenso wenig diejenige des Internisten Dr. B. ___ oder - angesichts des aktuell normalen Neurostatus und fehlender neuroradiologischer Veränderungen - die von Dr. D. ___ für eine angepasste Tätigkeit attestierte Einschränkung von 50 %. Für die zuletzt ausgeübte, als körperlich leicht bis intermittierend wechselbelastend zu beurteilende Tätigkeit als Verkäuferin in einer Tankstelle bestehe sowohl aus somatischer wie auch aus psychischer Sicht eine zumutbare Arbeitsfähigkeit von 80 %. Die leichte Einschränkung sei durch eine verminderte psychische Belastbarkeit mit verminderter, sich in Verlangsamung und Bedarf nach vermehrten Pausen äussernden Schmerz- und Stressintoleranz bedingt. Sofern das Einschalten regelmässiger Pausen möglich sei, sei die zu 80 % zumutbare Arbeitsfähigkeit ganztags verwertbar. Für sämtliche körperlich leichten bis intermittierend mittelschweren Tätigkeiten wie auch für Haushaltsarbeiten bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80 %, sofern die Möglichkeit zur Einnahme von Wechselpositionen, eines rückenergonomischen Verhaltens, zu vermehrten kurzen Pausen zwecks Lockerungs-, Entlastungs- und Dehnübungen bestehe

und wiederholte oder dauerhafte Arbeiten mit Rumpf- oder Kopfbeugung, Überstreckungen und Torsionen des Kopfes, Tragarbeiten von mehr als 5 kg ab Boden bis Hüfte, von mehr als 10 kg zwischen Hüfte- und Schulterhöhe, dauerhafte oder sich ständig wiederholende Arbeiten über Schulterhöhe, mechanische Vibrationen und Erschütterungen des Achsenskelettes vermieden werden könnten. Körperlich mittelschwere und schwere Tätigkeiten seien der Versicherten nicht zuzumuten. Diese Beurteilung gelte mit Sicherheit ab Gutachtenszeitpunkt. Ob zuvor eine höhergradige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestanden habe, könne aufgrund der vorliegenden Dokumentation und der anamnestischen Angaben nicht eindeutig geklärt werden (Urk. 10/73 S. 18-20).

3.3 Das im weiterhin pendenden unfallversicherungsrechtlichen Verfahren eingeholte Gutachten der E. ___ vom 31. Dezember 2010 (Urk. 20/117) beruht auf den Untersuchungen von Dr. med. R. ___, Facharzt für Innere Medizin FMH, Dr. med. S. ___, Facharzt für Rheumatologie FMH, Oberarzt Dr. med. et phil. T. ___, Facharzt für Neurologie FMH, von der Fachpsychologin für Neuropsychologie und Psychotherapie FSP U. ___ und lic. phil. V. ___, Neuropsychologin und Psychologin FSP, von Oberarzt Dr. med. W. ___, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, sowie auf der neurootologischen Untersuchung von Prof. Dr. med. T. ___ (Urk. 20/117 S. 5). Als sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkende Diagnosen führten diese Gutachter folgende Gesundheitsstörungen an (Urk. 20/117 S. 59):

1. Ä Dysthymia (ICD-10: F34.1)
2. Ä Somatoforme autonome Funktionsstörung (ICD-10: F45.3)
3. Ä Chronische, klinisch unspezifische Schwankschwindelbeschwerden (ICD-10: R42) mit diskreten Zeichen einer zentral-vestibulären Funktionsstörung, mit einer deutlichen phobischen Schwindelkomponente, mit deutlichen zusätzlichen Zeichen einer nicht-organischen Funktionsstörung (z.B. in der Gleichgewichtsanalyse)
4. Ä Schwerer, dekompenzierter Tinnitus beidseits
5. Ä Nicht-authentische formal mittelschwere bis schwere neuropsychologische Funktionsstörungen, möglicherweise auf dem Boden leichter bis maximal mittelgradiger echter neuropsychologischer Beeinträchtigungen bei Status nach Autounfall mit HWS-Distorsionstrauma am 06.03.2005 und stattgehabter MTBI, chronifizierten Schmerzen und vor allem depressiver Symptomatik.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bleiben nach Auffassung der nunmehrigen E. ___-Gutachter die folgenden Diagnosen (Urk. 20/117 S. 60):

1. Ä Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4)
2. Ä Panvertebrales zervikal betontes Schmerzsyndrom (ICD-10: M54.8) mit bei
 - a) Ä chronisches zervikozephalisches Schmerzsyndrom (ICD-10: M53.0) ohne Anhaltspunkte für zervikale Radikulopathie oder Myelopathie mit möglicher Analgetika-induzierter Kopfschmerzkomponente bei protrahiertem übermäßigem Gebrauch von nichtsteroidalen Entzündungshemmern (ICD-10: G44.4)
 - b) Ä Fehllage der Wirbelsäule und muskuläre Dysbalance im zervikalen, thorakalen und lumbalen Bereich der Wirbelsäule mit tendomyotischen Verspannungen der Trapeziusmuskeln beidseits, Verspannungen der paravertebralen Muskulatur im thorakalen

und im lumbalen Bereich und mit muskulärer Dysbalance im Bereich der Unterschenkelmuskulatur rechtsbetont

3. Status nach Autounfall mit Heck- und konsekutiver Frontkollision am 06.06.2005 mit HWS-Distorsion Grad II nach QTF (ICD-10: S13.4) und MTBI der Kategorie I

4. Normakusis

Zu den Nackenschmerzen erklärten die Gutachter, die Beschwerdeschilderung imponiere einerseits als komplex, sei aber wenig spezifisch und eher diffus, indem keine genauen Angaben zu auslösenden, verstärkenden oder verbessernden Faktoren gemacht werden könnten. Seit zwei Jahren würden neu auch Schmerzen im Bereich der Brustwirbelsäule (BWS) und der LWS sowie Schmerzen im Bereich des rechten Unterschenkels angegeben, die in ihrer Intensität als unerträglich eingestuft würden und ohne Auslösefaktoren exazerbierten. Die Kopfschmerzen würden als im Hinterkopfbereich lokalisiert beschrieben, gelegentlich etwas nach parietal hin ausstrahlend. Sie verliefen parallel zu den Nackenschmerzen. Aufgrund der Ergebnisse der klinischen und radiologischen Untersuchungen kamen die Gutachter zum Schluss, dass die geklagten Beschwerden in ihrer Natur unspezifisch und organisch nicht hinreichend nachweisbar seien; insbesondere fehlten strukturelle (skelettr) Schäden. Die muskuläre Dysbalance müsse ebenso wie das gesamte Beschwerdebild als unspezifisch interpretiert werden. Persistenz und Chronifizierung seien durch Faktoren ausserhalb des Unfalls zu erklären (Urk. 20/117 S. 64-67). Strukturelle, das heisst radiologisch am Bewegungsapparat nachweisbare Verletzungsfolgen seien demnach nicht dokumentiert, ebenso wenig äussere Verletzungen wie Rissquetschwunden, Schürfungen, Prellmarken oder sonstige Befunde, die auf eine Gewalteinwirkung von aussen schliessen lassen würden. Aufgrund der von der Versicherten geschilderten Beschwerden unmittelbar nach dem Unfall stimmten die E.-Gutachter der von Dr. D. gestellten Diagnose einer MTBI der Kategorie I zu, distanzierten sich aber von seiner Beurteilung der diesbezüglichen Folgezustände. Sie wiesen darauf hin, dass Dr. D. selber nicht von einem relevanten EEG-Befund ausgegangen sei. Die EEG-Untersuchung und das Schädel-MRI vom 28. Juni 2010 hätten denn auch keine Anhaltspunkte für eine fokale Funktionsstörung oder eine posttraumatische Schädigung des Hirngewebes ergeben. In Anbetracht dessen, dass die mithin geringgradigste MTBI schon fünf Jahre zurückliege und ohne klinisch, elektroenzephalographisch und radiologisch objektivierbare Folgeschäden geblieben sei, könnten residuelle Störungen oder Beeinträchtigungen ausgeschlossen werden. Die lediglich leichtgradige HWS-Distorsion und die geringgradige MTBI könnten aus neurologischer Sicht die sich im weiteren Verlauf an Intensität und im Ausmass steigenden Beschwerden höchstens initial erklären. Namentlich die nicht spontan, aber auf Nachfrage angegebenen und auch in den Vorberichten genannten kognitiven Störungen könnten in diesem Sinn nicht organisch erklärt werden, sondern seien, wie auch Dr. D. teilweise anerkannt habe, möglichen zusätzlichen seelischen Interferenzen zuzuordnen (Urk. 20/117 S. 62-64).

Bezüglich der Schwindelbeschwerden ergeben sich laut Gutachten aus neurologisch- klinischer und neuro-otologischer Sicht keine Hinweise für eine peripher-vestibuläre Funktionsstörung. Eine organisch fassbare respektive strukturelle Störung könne zumindest peripher ausgeschlossen werden. Bei den entsprechenden Untersuchungen hätten sich keine klinisch fassbaren Befunde ergeben, das heisst in allfälligen Situationen seien keine pathologischen Befunde objektivierbar gewesen.

Lediglich in der speziellen apparativen Diagnostik und unter Provokationsbedingungen hätten sich gewisse, insgesamt zwar eher diskrete, aber über verschiedene Verfahren konsistente Befunde ergeben, die für eine leichtgradige Funktionseinschränkung der zentral-vestibulären Integrations- und Koordinationsfunktion sprechen (Urk. 20/117 S. 68). Da die Befunde nur bei Provokationstests und nur apparativ fassbar seien, sei ihre Relevanz für die Arbeitsfähigkeit insofern eingeschränkt, als in alltäglichen Situationen wie auch in der normalen klinischen Untersuchungssituation keine pathologischen Befunde fassbar seien. Die Explorandin berichte denn auch nicht über wiederholte Sturzereignisse. Auch wenn strukturell keine Befunde (MRI Schädel) vorhanden seien, sei aufgrund der Komplexität der zerebralen Funktion und Integrationsfunktion von einer - gemessen an den Normwerten der durchgeführten Tests - pathologischen Funktion auszugehen. Eine weitergehende Zuordnung zu anatomisch-physiologischen Strukturen scheine aufgrund der Komplexität des Prozesses und aufgrund der doch sehr diskreten Befunde spekulativ. Diese seien für die Arbeitsfähigkeit nur insofern relevant, als einzig Arbeiten in absturzfürderten Positionen nur eingeschränkt möglich seien. Ansonsten werde in der neurologischen, der neurootologischen und der ganganalytischen Testung im Einklang mit den sonstigen gutachterlichen Einschätzungen eine erhebliche Symptomausweitung deutlich. Dies zeige sich beispielsweise in der Gleichgewichtsanalyse, deren Befunde für eine nicht authentische Gleichgewichtsstörung sprechen würden. Es müsse somit davon ausgegangen werden, dass die diskreten fassbaren Befunde durch funktionelle nicht authentische Störungen überlagert würden, die im Rahmen der somatoformen Störung zu interpretieren seien (Urk. 20/117 S. 67 ff.).

Im neuropsychologischen Fachgutachten werden eine gedrückte Stimmungslage, erhöhte Affektlabilität, Antriebsverminderung, Verlangsamung und herabgesetzte mentale Belastbarkeit konstatiert. Während sich im Vergleich zur Vorbegutachtung von 2008 die Einschränkungen im Alltag leicht verstärkt zu haben schienen, sei auf der Testebene das kognitive Profil mit mittelschweren bis schwersten Einbußen im Bereich der Aufmerksamkeit, mnestischer und exekutiver Funktionen sowie mit Defiziten im Rechnen, Benennen und in visuokonstruktiven Leistungen klinisch weitgehend gleich geblieben, wohingegen bei der Erstuntersuchung im Jahr 2007 die neuropsychologischen Befunde noch weitgehend unauffällig gewesen und lediglich leichte Defizite in wenigen Funktionsbereichen beschrieben worden seien. Die massive Verschlechterung sei nicht durch den Unfall zu erklären und stehe in deutlichem Widerspruch zum zu erwartenden Verlauf der kognitiven Leistungsfähigkeit nach einer MTBI. Es sei davon auszugehen, dass die Befunde der letzten und der nunmehrigen Untersuchung nicht authentischer Natur seien. Dementsprechend hätten bereits die Vorgutachter die neuropsychologischen Befunde als nicht valide bewertet. Bei der aktuellen Untersuchung habe die Versicherte vordergründig zwar kooperativ mitgearbeitet, jedoch im Verlauf der Abklärung keine ausreichende Anstrengungsbereitschaft entwickelt. Im Symptomvalidierungsverfahren hätten sich unter anderem bei der Überprüfung der verbalen Merkspanne Auffälligkeiten ergeben, und die Leistungen seien unter denjenigen von Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Hirnverletzung gelegen. Die chronifizierten Schmerzen hätten das Unterschreiten der kritischen Cut-off-Werte nicht erklären. Zwar seien sie geeignet, leichte bis maximal mittelgradige Störungen der Aufmerksamkeitskapazität beziehungsweise des Arbeitsgedächtnisses, der Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit und der psychomotorischen Geschwindigkeit

herbeizuführen. Die präsentierte attentionalen Störungen überstiegen indes das in der Literatur beschriebene Ausmass bei Weitem. Auch seien die gemessenen Einzelreaktionszeiten von weit über einer Sekunde hirneurophysiologisch nicht erklärbar. Die formal erhobene massiv beeinträchtigte Informationsverarbeitungskapazität hätte im Gesprächsverhalten zu deutlicheren Einbussen führen müssen, denn die Versicherte wäre allein schon aufgrund der Informationsdichte und der Geschwindigkeit des Gesprochenen überfordert gewesen. Jedoch hätten sich lediglich bei komplexeren Instruktionen auf Deutsch, nicht aber auf Albanisch, leichte Verständnisschwierigkeiten ergeben. Wären die Minderleistungen authentisch, so wären die Instruktionen im Verlauf der Aufgabenbearbeitung vergessen worden und bei komplexeren Testanweisungen wäre es zu vermehrtem Nachfragen gekommen. Die Instruktionen hätten im Verlauf der Aufgaben aber niemals wiederholt werden müssen. Autofahren wäre bei Leistungseinbussen im präsentierte Ausmass bezüglich Reaktionsgeschwindigkeit, selektiver Aufmerksamkeit und Gedächtnis gar nicht mehr möglich und die Fahreignung müsste klar verneint werden. Doch gebe die Versicherte an, gelegentlich zum Einkaufen das Auto zu benutzen und sich diesbezüglich nur wegen ihrer Angst eingeschränkt zu fühlen. Ferner wiesen die neuropsychologischen Fachgutachterinnen unter anderem darauf hin, dass ein verfahrensinterner Parameter auffällig ausgefallen sei. Nach einer MTBI seien leichte bis maximal mittelgradige Störungen der Aufmerksamkeit des Gedächtnisses und exekutive Störungen durchaus möglich, doch übersteige das Ausmass der in der aktuellen Untersuchung präsentierte Funktionsstörungen eine solche Pathologie. Wenn auch das mittels Symptomvalidierungsverfahren ermittelte Gesamtprofil am ehesten demjenigen von instruierten Simulanten entsprach, so betrachteten die Fachgutachterinnen die invaliden Testbefunde doch nicht als Ausdruck einer willentlichen Aggravation, sondern eher einer unbewussten Verdeutlichungstendenz der mit höchstens leichten Defiziten in der Konzentration, im Gedächtnis und im Problemlösen einhergehenden Dysthymie und somatoformen autonomen Störung (Urk. 20/117 S. 50-53).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ausschliesslich diese psychiatrischen Diagnosen liessen sich bei der entsprechenden Teilbegutachtung erhärten. Wohl hätten gegenüber 2008 die Angstbeschwerden zugenommen, indem es nun nicht mehr nur einmal im Monat, sondern dreimal pro Woche zu Angstattacken mit konsekutiver Einnahme von Beruhigungsmitteln komme. Für eine eigentliche Angststörung gemäss den ICD-10-Kriterien sei jedoch atypisch, dass gemäss den Angaben der Versicherten zunächst nur die vegetativen Symptome der Angst wie Schwindel, Engegefühl in der Brust, Atemnot und Wärmegefühl und erst dann Angstgeföhle auftreten würden. Diese Reihenfolge könne sich mit der Alexithymie der Versicherten erklären, lege diese doch bei der Schilderung ihrer eigenen emotionalen Zustände erhebliche Schwierigkeiten an den Tag. Bezüglich der beklagten starken Beeinträchtigung der Stimmung habe in der aktuellen Untersuchung nur eine teilweise herabgesetzte, teilweise dysphorisch geprägte Grundstimmung objektiviert werden können, ohne nennenswerte Einschränkung in der Psychomotorik. In Kenntnis des bisherigen Verlaufs und der aktuellen Befunde müsste in Ermangelung von Hinweisen auf eine depressive Episode die Diagnose einer Dysthymia gestellt werden. Anhaltspunkte für eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis, eine substanzinduzierte Störung oder für eine relevante Persönlichkeitspathologie beständen nicht. Auch entspreche das Defizitenprofil keiner organischen psychischen Störung. Dieses lasse sich mit dem aggraviorischen Verhalten der Versicherten, teilweise

auch mit ihrer eingeschränkten Fähigkeit zum abstrakten Denken beziehungsweise ihrer eingeschränkten Auffassungsgabe erklären. Die anamnestischen Informationen deuteten darauf hin, dass die letztgenannten Merkmale sich nicht als Folge des Unfalls entwickelt hätten, sondern der konstitutionellen Veranlagung der einfach strukturierten Versicherten mit niedrigem Bildungsstand entsprechen. Aufgrund der neuen, bei der Untersuchung im Jahr 2008 noch nicht bekannt gewesenen anamnestischen Informationen betreffend die zirka 2003 erfolgte Trennung und Scheidung vom Ehemann, der aufgrund seiner kriminellen Aktivitäten während längerer Zeit inhaftiert und mit einem Landesverweis belegt worden sei, und den Angaben der Versicherten, dass sie sich von ihm verraten fühle, präsentiere sich die Entwicklung der neurotischen Problematik in einem neuen Licht und die frühere Einschätzung, dass keine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert werden könne, müsse revidiert werden. Das Ausmass der psychosozialen Belastung durch die gezwungenermassen angenommene Rolle der alleinerziehenden Mutter und durch die doppelte Belastung im Arbeitsleben müsse aus jetziger Sicht als erheblich und gravierend genug beurteilt werden, um die beschriebene neurotische Problematik auszulösen. Aktuell müsse eine somatoforme autonome Funktionsstörung diagnostiziert werden (Urk. 20/117 S. 35, 55-57).

Die Gutachter erklärten sich aus integraler Sicht den Verlauf der Symptomatik mit der somatoformen Störung vor dem Hintergrund der erheblichen psychosozialen Belastung (Urk. 20/117 S. 73). Dementsprechend verneinten sie die Unfallkausalität sämtlicher Beschwerden und verzichteten im Rahmen der Gesamtbeurteilung auf eine umfassende Stellungnahme zur Arbeitsfähigkeit. Die einzelnen Fachgutachten enthalten indes differenzierte Angaben zu den Auswirkungen der Beschwerden auf die Arbeitsfähigkeit:

So hielt der Rheumatologe Dr. S. fest, dass aus seiner Sicht für die angestammte Tätigkeit als Angestellte in einer Tankstelle keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe, handle es sich dabei doch um eine körperlich leichte Tätigkeit ohne Heben von Lasten über 15 kg, ohne Arbeiten in monotonen oder unangünstigen Körperhaltungen ohne besondere Belastungen. Auch in einer Verweistätigkeit als Verkäuferin im Kleinhandel bestehe keine Einschränkung. Dr. S. wandte sich im Übrigen gegen die von Dr. J. anlässlich der früheren E.-Begutachtung zugestandene 20%ige Einschränkung. Denn inzwischen erscheine das klinische Bild noch unspezifischer als von Dr. J. vor zwei Jahren angenommen, weshalb aus rheumatologischen Gründen keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe (Urk. 20/117 S. 42 f., Beilage 2 S. 10 f.).

Aus neurologischer Sicht führen die Schwindelbeschwerden nur in dem Sinne zu einer qualitativen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, als Arbeiten mit Absturzgefahr wie das Besteigen von Leitern oder Arbeiten, bei denen bei Schwindelepisoden eine erhöhte Selbstverletzungsgefahr besteht wie etwa beim Bedienen von gefährlichen Maschinen mit rotierenden Teilen, zu meiden seien. Ansonsten bestehe, wie schon bei der früheren Begutachtung, bei fehlenden Anhaltspunkten für fokale, rein neurologische Defizite eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (Urk. 20/117 S. 49).

In neuropsychologischer Hinsicht liess sich die Arbeitsfähigkeit aufgrund der Untersuchungsergebnisse nicht genau quantifizieren, da diese nicht valide waren. Immerhin reflektiere die bei inkonsistenter Leistungsbereitschaft formal erhobene kognitive Leistungsfähigkeit das Minimum dessen, was die Explorandin zu leisten in der

Lage sei. Deshalb schlossen sich die neuropsychologischen Fachgutachterinnen der Beurteilung des Vorgutachters, die Arbeitsfähigkeit könne in keiner Weise quantifiziert werden, nicht an. Vielmehr vertraten sie unter Berücksichtigung des Ausmasses an Einbussen, wie sie aus der Literatur und im Quervergleich von chronischen Schmerzpatienten und Patienten nach MTBI mit nachgewiesener ausreichender Anstrengungsbereitschaft bekannt seien, die Auffassung, die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit dürfe aus rein neuropsychologischer Sicht für eine den körperlichen Beschwerden angepasste Tätigkeit mit eher geringen Anforderungen an die geistige Leistungsfähigkeit wie einfache zu lernende Tätigkeiten mit hohem Routineanteil 50 % nicht überschreiten. Aufgrund der Fehleranfälligkeit wären die Arbeiten in qualitativer Hinsicht von Dritten zu übernehmen. Aufgrund der Antriebsminderung sollte die Arbeit in moderatem Tempo von aussen getaktet sein beziehungsweise vorgegeben werden. Wichtig wäre zudem ein individuelles Pausenmanagement in Form von mehreren kurzen, von aussen überwachten Pausen, um Schmerzen und Ermüdung vorzubeugen, im Idealfall mit der Möglichkeit sich hinzulegen. Eine Tätigkeit im Verkauf wäre je nach Branche und Einsatzort selbst bei authentischen leicht bis mittelgradigen Einbussen angesichts der bestehenden Anforderungen an Aufmerksamkeit und Konzentration an der Kasse, bei der Beobachtung von Kunden, beim Abrufen von Lagerbeständen per EDV, bei stossweisem Kundenaufkommen eher ungenügend. Eine Arbeitsaufnahme auf dem freien Markt sollte zunächst ein Belastbarkeitstraining mit anschliessendem Aufbautraining vorangeschaltet werden (Urk. 20/117 S. 54, S. 72).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In psychiatrischer Hinsicht wurde festgehalten, dass die Arbeitsfähigkeit trotz der schicksalsmässigen Weiterentwicklung der Symptomatik infolge Ausbleiben der seit 2008 indizierten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung nicht nennenswert zugenommen habe, weshalb die Versicherte aufgrund verminderter emotionaler Belastbarkeit und erhöhter psychovegetativer Erregbarkeit weiterhin um 20 % eingeschränkt sei (Urk. 20/117 S. 57).

4.

4.1 Ä Ä Ä Ä Im aktuellen Gutachten der E.____ vom 31. Dezember 2010 werden somit in psychiatrischer Hinsicht anstelle der ursprünglichen Angst- und depressiven Störung, gemischt (ICD-10: F41.2), die Diagnosen Dysthymia (ICD-10: F34.1), somatoforme autonome Funktionsstörung (ICD-10: F45.3) und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) diagnostiziert. Während sich im Gutachten der E.____ von 2008 einerseits infolge verminderter psychischer Belastbarkeit und verminderter Schmerz- und Stresstoleranz und andererseits aus rheumatologischen Gründen eine Beschränkung der Einsatzmöglichkeiten auf den körperlichen Beschwerden angepasste, körperlich leichte bis intermittierend wechselbelastende Tätigkeiten im Rahmen eines Pensums von 80 % ergab, konnte der Rheumatologe bei der aktuellen Begutachtung der E.____ aufgrund des nunmehr unspezifisch gewordenen klinischen Bildes keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr attestieren. Eine weiterhin 20%ige Arbeitsunfähigkeit wurde indes vom psychiatrischen Fachgutachter bei im übrigen veränderter Diagnose aufgrund verminderter emotionaler Belastbarkeit und erhöhter psychovegetativer Erregbarkeit attestiert. Eine qualitative Einschränkung ergab sich bei der aktuellen E.____-Begutachtung aus neurologischen Gründen bezüglich Arbeiten mit Absturz- oder erhöhter Selbstverletzungsgefahr und aus

neuropsychologischen Gründen bezüglich der Anforderungen an die geistige Leistungsfähigkeit, wobei die Neuropsychologinnen in einer diesbezüglich angepassten Tätigkeit höchstens noch eine 50%ige Einsatzmöglichkeit vorsahen.

4.2.2.2.2 Der gegen das Gutachten der E. ___ von 2008 gerichtete Kritik der Beschwerdeführerin, dieses berücksichtige die geklagten Beschwerden unzureichend und setze sich mit den Vorgutachten nicht auseinander (Urk. 1 S. 6, 9), ist nach Vorliegen des von der SUVA bei der E. ___ veranlassten, von am ursprünglichen Gutachten nicht beteiligten Fachpersonen erstellten Gutachten vom 31. Dezember 2008 die Grundlage entzogen worden. Denn dieses genügt den praxisgemäss für ein derartiges Beweismittel geltenden Anforderungen vollumfänglich (BGE 125 V 351 E. 3a). So nimmt es eingehend Bezug auf das Gutachten von Dr. D. ___ und setzt sich mit den im Vorgutachten der E. ___ enthaltenen Diagnosen und Beurteilungen auseinander. Auch werden die geklagten Beschwerden aus unterschiedlicher fachärztlicher Sicht geprüft und gewürdigt. Namentlich die diagnostische Zuordnung der psychischen Störungen wird eingehend diskutiert, und in neuropsychologischer Hinsicht werden die Testergebnisse und die daraus gezogenen Schlüsse umfassend erörtert. Dementsprechend erhebt die Beschwerdeführerin gegen das E. ___-Gutachten vom 31. Dezember 2010 zurecht keinerlei Einwände mehr, sondern beruft sich im Gegenteil auf die Einschätzung der neuropsychologischen Fachgutachterinnen, wonach eine Arbeitsaufnahme auf dem freien Markt aktuell nicht möglich sei, und macht geltend, dass diese Beurteilung auch für den Verfallszeitpunkt Geltung habe (Urk. 25 S. 1).

2.2.2.2.2 Dabei verkennt die Beschwerdeführerin allerdings, dass bei dieser Zumutbarkeitsbeurteilung auf zum Quervergleich herangezogene chronische Schmerzpatienten und Patienten nach MTBI mit nachgewiesener ausreichender Anstrengungsbereitschaft abgestellt wurde, um dem bei der Beschwerdeführerin vorhandenen Leidensdruck und den von ihr subjektiv empfundenen Einschränkungen Rechnung zu tragen. Objektivierbare neuropsychologischen Befunde liegen ihr jedoch nicht zugrunde. Auch aus neurologischer Sicht bestehen trotz der beim Unfall erlittenen MTBI keine Anhaltspunkte für fokale, rein neurologische Defizite. Dementsprechend erklären sich die neuropsychologischen Fachgutachterinnen die ihrer Meinung nach höchstens leichten Defizite in der Konzentration, im Gedächtnis und im Problemlösen mit der aus psychiatrischer Sicht bestehenden Dysthymie und somatoformen autonomen Störung. Namentlich die letztgenannte Störung vermag jedoch gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung nur ausnahmsweise eine invalidisierende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG zu bewirken und vorliegend sind die in BGE 130 V 352 entwickelten Kriterien nicht in genügendem Ausmass erfüllt.

2.2.2.2.2 So ist das im Vordergrund stehende Kriterium einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer mit der nebst der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) in psychiatrischer Hinsicht diagnostizierten Dysthymie, die ihrerseits nicht invalidisierend ist, nicht gegeben (Bundesgerichtsurteil 8C_677/2011 vom 4. April 2012 E. 4.5 mit Hinweisen). Zudem gehört die somatoforme autonome Funktionsstörung (ICD-10: F45.3) zum gleichen Symptomenkomplex wie die anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4), weshalb diese Diagnose keine eigenständige psychische Komorbidität begründet (vgl. Bundesgerichtsurteil 8C_945/2009 vom 23. September 2010 E. 10.1). Auch wenn die

Versicherte nicht durch eine unkooperative Haltung auffiel, so wurden die zahlreichen ambulanten Therapien doch stets wegen mangelnden Erfolgs oder Schmerzzunahme vorzeitig abgebrochen (vgl. Berichte der Z.____ vom 4. November 2005, von lic. phil Q.____ vom 3. Januar 2006, von Dr. A.____ vom 9. Oktober 2006, von L.____ vom 21. Dezember 2006; Urk. 10/12 S. 7 ff., S. 12 ff., S. 23, Urk. 10/14) und wurden namentlich die in den Gutachten von Dr. D.____ Mitte 2007 empfohlene Fortsetzung der Physiotherapie beziehungsweise Wiederaufnahme der craniosacralen Therapie (Urk. 10/46 S. 14) und die im Gutachten der E.____ Ende 2008 vorgesehenen medikamentösen Massnahmen mit begleitender Physiotherapie sowie die psychosomatisch orientierte integrierte psychiatrische Behandlung (Urk. 10/73 S. 20) gar nicht aufgenommen. Die Versicherte gab bei der erneuten E.____-Begutachtung im Jahr 2010 jedenfalls an, sich derzeit keinen Therapien zu unterziehen; die in der Z.____ durchgeführte Physiotherapie und die Psychotherapie, die sie dort aufgenommen und danach noch weitergeführt habe, hätten ihr nichts gebracht (Urk. 20/117 S. 36 f., Beilage 2 S. 4). Dem aktuellen E.____-Gutachten ist ferner zu entnehmen, dass ein Brain-coaching bereits nach drei Terminen abgebrochen wurde (Urk. 20/117 Beilage 4 S. 8 f.). Auch das Kriterium eines sozialen Rückzugs in allen Belangen des Lebens ist in keiner Weise erfüllt; erledigt die Beschwerdeführerin doch weiterhin regelmässig gewisse Haushaltsarbeiten wie Zubereitung kleiner Mahlzeiten für sich und die fünfzehnjährige Tochter sowie die Bedienung der Waschmaschine, pflegt sie Kontakte mit einer Nachbarin und zwei Kolleginnen, geht sie nachmittags jeweils fünfzehn Minuten spazieren, sieht sie fern, telefoniert sie mit ihrem Ex-Mann und geht sie in Begleitung der Tochter, teilweise mit einem geliehenen Auto, einkaufen (Urk. 20/117 Beilage 2 S. 11, Beilage 3 S. 4, Beilage 4 S. 7, Beilage 5 S. 10). Erfüllt sind höchstens die Faktoren eines mehrjährigen, chronifizierten Krankheitsverlaufs mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung und eines verfestigten, therapeutisch nicht mehr beeinflussbaren innerseelischen Verlaufs einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"). Dies allein genügt jedoch nicht, um die für die Überwindung der somatoformen Schmerzstörung oder ihrer Folgen erforderliche Willensanstrengung als unzumutbar erscheinen zu lassen.

Die nunmehr erhobenen psychischen Gesundheitsstörungen, von denen aufgrund der Ausführungen im aktuellen E.____-Gutachten anzunehmen ist, dass sie bereits bei der ersten Begutachtung diagnostiziert worden wären, wenn damals das Ausmass der psychosozialen Belastung bekannt gewesen wäre, erweisen sich demnach nicht als invalidisierend. Folglich müssten auch die sich nach aktueller Beurteilung der E.____-Gutachter ausschliesslich mit den psychiatrischen Diagnosen erklarenden neuropsychologischen Einschränkungen und die sich daraus ergebende mindestens 50%ige Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit bei der Invaliditätsbemessung selbst dann unberücksichtigt bleiben, wenn davon auszugehen wäre, dass diese bereits im Verfallszeitpunkt in diesem Ausmass vorhanden gewesen wären. Da die ursprünglich aus rheumatologischer Sicht bescheinigte 20%ige Arbeitsunfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit im aktuellen Gutachten nicht in Frage gestellt, sondern ein seither verändertes, das heisst unspezifisch gewordenes Beschwerdebild angenommen wurde, ist dem nachfolgend vorzunehmenden Einkommensvergleich, der ausschliesslich den Zeitraum zwischen dem hypothetischen Rentenbeginn von Anfang März 2006 bis zur angefochtenen Verfallung beschl

(Art. 29 Abs. 1 lit. b IVG in der bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung; BGE 129 V 222 f. E. 4.2 in fine; BGE 131 V 242 E. 2.1), entsprechend dem Vorgehen der IV-Stelle eine aus rheumatologischen Gründen vorhandene 20%ige Einschränkung in einer leidensangepassten Tätigkeit zugrunde zu legen. Ob und inwieweit sich aus dem E.____-Gutachten von Ende Dezember 2010 überhaupt noch eine in invalidenversicherungsrechtlicher Hinsicht relevante Arbeitsunfähigkeit ergibt, kann vorliegend offen gelassen werden.

4.3         Aufgrund des per 2004 im IK-Auszug ausgewiesenen Einkommens aus Haupt- und Nebenerwerbst tigkeit in der Höhe von insgesamt Fr. 60'991.- (Urk. 10/50 S. 3) ergibt sich unter Berücksichtigung der allgemeinen Nominallohnentwicklung von 116,6 auf 119,4 Indexpunkte (Bundesamt für Statistik, Lohnentwicklung 2006, Tabelle T1.2.93, Nominallohnindex, Frauen, 2002-2006) für das Jahr 2006 ein Valideneinkommen von Fr. 62'455.62.

              Im Jahr 2006 belief sich der für die Bemessung des Invalideneinkommens massgebende Zentralwert der Frauenl hne bei 40-Stundenwoche laut der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebung (LSE) auf Fr. 4'019.-- (LSE 2006, Tabelle TA1), was bei der im Jahr 2006 betrieblichen Arbeitszeit von 41,7 Wochenstunden (Die Volkswirtschaft, 4-2012, Tabelle B9.2) einem Jahreseinkommen von Fr. 50'277.69 entspricht und woraus sich für ein Arbeitspensum von 80 % ein Jahreseinkommen von Fr. 40'222.15 ergibt. Ein Abzug in der von der Beschwerdeführerin geltend gemachten, nach der Rechtsprechung maximalen Höhe von 25 % (BGE 126 V 75; Urk. 1 S. 10) kommt vorliegend nicht in Betracht. Wohl werden im E.____ Gutachten von 2008 in rheumatologischer Hinsicht an eine behinderungsangepasste Tätigkeit zahlreiche Anforderungen gestellt. Diesen wird jedoch bereits durch die zugestandene 20%ige Einschränkung der Leistungsfähigkeit weitgehend Rechnung getragen. Von dem auf den Tabellenl hnen beruhenden Jahreseinkommen von Fr. 40'222.15 können daher höchstens 5 % abgezogen werden, so dass sich selbst ohne Berücksichtigung eines der Beschwerdeführerin allenfalls weiterhin zumutbaren Nebenerwerbs ein Invalideneinkommen von Fr. 38'211.04 und damit - im Vergleich zum Valideneinkommen von Fr. 62'455.62 - ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von rund 39 % ergibt.

              Folglich ist die Beschwerde abzuweisen.

5.             Entsprechend dem Verfahrensausgang sind die mit Fr. 1'000.- zu bemessenden Verfahrenskosten der Beschwerdeführerin aufzuerlegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG), zufolge bewilligter unentgeltlicher Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

                  über die dem unentgeltlichen Rechtvertreter zustehende Entschädigung wird nach Eingang der Honorarnote zu befinden sein.

Das Gericht erkennt:

1.               Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.               Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Die Beschwerdeführerin wird auf   16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Sebastian Lorentz
- 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.