

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00532 vom 31. Mai 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-05-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2009.00532

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00532 du 31 mai 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00532 del 31 maggio 2011

Erwägungen

E. 1

1.1. Am 1. Januar 2008 sind die im Zuge der 5. IV-Revision revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 6. Oktober 2006, der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 28. September 2007, des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) sowie das Bundesgesetz über die Schaffung und die Änderung von Erlassen zur Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) vom 6. Oktober 2006 in Kraft getreten. In materiellrechtlicher Hinsicht gilt jedoch der allgemeine bergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen sind, die bei Erlass des angefochtenen Entscheids respektive im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 467 Erw. 1, 126 V 136 Erw. 4b, je mit Hinweisen). Die angefochtene Verfügung ist am 27. April 2009 ergangen, wobei ein Sachverhalt zu beurteilen ist, der vor dem Inkrafttreten der revidierten Bestimmungen der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 begonnen hat. Daher und aufgrund dessen, dass der Rechtsstreit eine Dauerleistung betrifft, über welche noch nicht rechtskräftig verfügt wurde, ist entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln für die Zeit bis 31. Dezember 2007 auf die damals geltenden Bestimmungen und ab diesem Zeitpunkt auf die neuen Normen der 5. IV-Revision abzustellen (vgl. zur 4. IV-Revision: BGE 130 V 445 ff.; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 7. Juni 2006, I 428/04, Erw. 1). Dies fällt materiellrechtlich jedoch nicht ins Gewicht, weil die 5. IV-Revision hinsichtlich der Invaliditätsbemessung keine substantiellen Änderungen gegenüber der bis 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Rechtslage gebracht hat, so dass die zur altrechtlichen Regelung ergangene Rechtsprechung weiterhin massgebend ist (Urteil des Bundesgerichts vom 19. Mai 2009, 8C_76/2009, Erw. 2). Im Folgenden werden die massgeblichen Gesetzesbestimmungen - soweit nichts anderes vermerkt ist - in der seit dem 1. Januar 2008 geltenden Fassung zitiert.

1.2. 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).

1.3 Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die:

a. ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können;

b. während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und

c. nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind.

Die seit dem 1. Januar 2004 massgeblichen Rentenabstufungen geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG; bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 1 IVG).

1.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 Erw. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 Erw. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 Erw. 4b/cc).

E. 2

2.1 Streitig und zu beurteilen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente.

2.2 Die IV-Stelle erwog im angefochtenen Entscheid, die ihr vorliegenden medizinischen Unterlagen würden eine Schmerzstellung ohne organisches Korrelat ausweisen. Ein invalidenversicherungsrelevanter Gesundheitsschaden, welcher die bisher ausgeübte Tätigkeit als Haushalthilfe und die Tätigkeit im eigenen Haushalt einschränke, liege daher nicht vor (Urk. 2).

2.3 Demgegenüber bringt die Beschwerdeführerin vor, sie leide nach wie vor unter den Folgen des am 15. Juli 2005 erlittenen Schleudertraumas der HWS. Seither würden Verdickungen und Schmerzen der Nacken- und Schultermuskulatur, exazerbierende Kopfschmerzen und ausstrahlende Missempfindungen vorliegen, weshalb ihr von ihrer Hausärztin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert werde. Sie habe daher Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung (Urk. 1).

E. 3.1

3.1.1 Dr. med. Z. ____, FMH Allgemeinmedizin, welcher die Beschwerdeführerin am 23. August 2005 erstmals behandelte, hielt im Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kraneo-zervikalem Beschleunigungstrauma fest, dass die Kopfstellung während des Zusammenpralles gerade gewesen sei und dass sich der Airbag nicht ausgelöst habe. Weiter führte er aus, die Patientin habe sofort aufgetretene Nacken- und Kopfschmerzen

mit Ausstrahlung in die Schulter sowie Schwindel, Schlägigkeit und Erbrechen angegeben. Es habe eine Bewegungseinschränkung der HWS bei Flexion und Extension sowie ein Druckschmerz über der Halswirbelsäule festgestellt werden können. Der neurologische Status sei unauffällig gewesen, die Röntgenuntersuchung der HWS habe keinen pathologischen Befund gezeigt. Dr. Z. ___ diagnostizierte ein Trauma der HWS mit einem cervico-cephalen Schmerzsyndrom und verordnete Physiotherapie sowie Analgetika. Er veranlasste sodann eine rehabilitative Hospitalisation in der Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation des Spitals A. ___ und attestierte eine vom 15. Juli bis 26. Oktober 2005 dauernde Arbeitsunfähigkeit. Schliesslich hielt er fest, dass die Behandlung bei ihm am 1. November 2005 abgeschlossen worden sei (Urk. 8/19 S. 51-54).

3.1.2.1 Die Ärzte der Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation des Spitals A. ___, wo die Beschwerdeführerin vom 7. bis 16. September 2005 hospitalisiert war, diagnostizierten ein rechtsbetontes zervikospondylogenes Schmerzsyndrom beidseits mit/bei HWS-Distorsionstrauma am 15. Juli 2005, einem konventionell-radiologisch unauffälligen Befund und einem altersentsprechend normalen Befund an der HWS (MRI vom 9. September 2005). Im Bericht vom 20. September 2005 führten sie aus, die Patientin sei wegen beginnender Chronifizierung nach einem Schleudertrauma der HWS vom Hausarzt zugewiesen worden. Sie habe über Nackenschmerzen mit parästhetischer Ausstrahlung in beide Arme rechtsbetont geklagt. Klinisch habe eine volle Beweglichkeit der HWS in allen Bewegungsrichtungen und eine diffuse Druckdolenz bestanden. Es habe kein neurologischer Ausfall festgestellt werden können. Konventionell-radiologisch seien die HWS und die BWS unauffällig gewesen. Ebenso sei das MRI der HWS altersentsprechend unauffällig gewesen. Labormässig seien alle Parameter normal gewesen. Aufgefallen sei eine Passivität und Inaktivität. Die konsiliarisch beigezogene Psychologin habe die Patientin als psychisch unauffällig beurteilt und habe eine Wiederaufnahme von Aktivitäten empfohlen. Während der Hospitalisation sei eine intensive Physiotherapie mit Stabilisation und Aktivierung mit Gymnastik durchgeführt worden. Bei objektiv unauffälligen Befunden hätten die subjektiven Beschwerden persistiert. Der Patientin und ihrem Ehemann sei wiederholt geraten worden, die Beschwerden mittels aktiver Gymnastik und Wiederaufnahme der alltäglichen Arbeiten anzugehen. Mit Entlassung (diese erfolgte am 16. September 2005) sei der Beschwerdeführerin eine 100%ige Arbeitsfähigkeit für ihre vor dem Unfall ausgeübten Tätigkeiten attestiert worden. Schliesslich wurde im Bericht festgehalten, die Patientin sei einerseits erleichtert gewesen, dass die Untersuchungen kein pathologisches Resultat gezeigt hätten, andererseits sei sie über die attestierte Arbeitsfähigkeit etwas überrascht gewesen (Urk. 8/19 S. 55-57).

3.1.3.1 Dr. med. B. ___, Facharzt FMH für Neurologie, berichtete am 14. Juli 2006, die Untersuchung der Beschwerdeführerin vom 29. September 2005 habe eine deutliche schmerzbedingte Bewegungseinschränkung der HWS mit palpatorisch verdickter und druckdolenter Nacken- und Schultermuskulatur ergeben. Neurologische Auffälle hätten sich keine finden lassen. Anlässlich der zweiten Konsultation am 29. November 2005 habe die Patientin berichtet, dass sie ihre bisherige Erwerbstätigkeit im Umfang von zehn Stunden pro Woche wieder aufgenommen habe. Weitere Konsultationen hätten am 30. März und 29. Juni 2006 stattgefunden. Anlässlich der letzten Konsultation habe die Patientin über noch immer auftretende Nacken- und Kopfschmerzen berichtet und im Status habe sich noch immer eine eingeschränkte Beweglichkeit der HWS finden lassen,

wobei der Grad der Einschränkung nur noch etwa 30 % betragen habe (Urk. 8/19 S. 48 f.).

Im vom Unfallversicherer angeforderten zusätzlichen Bericht vom 24. August 2006 stellte Dr. B. die Diagnose eines posttraumatischen cervico-cephalen Schmerzsyndroms bei Status nach Beschleunigungstrauma der HWS am 15. Juli 2005 und erklärte, die geklagten Beschwerden würden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückgehen. Unfallfremde Faktoren würden keine bestehen. Zur Behandlung der noch vorhandenen Beschwerden habe er am 29. Juni 2006 eine Physiotherapie verordnet und zusätzlich Analgetika rezeptiert. Was die Prognose betreffe, schätze er diese als eher günstig ein mit weiterer Rückbildung der Beschwerden (Urk. 8/19 S. 43-45).

3.1.4 Dr. med. C., Assistenzärztin am Notfallzentrum der Klinik D., führte in ihrem Bericht über die Notfallbehandlung vom 13. Oktober 2006 aus, die Patientin klagte seit 13 Uhr über akut beginnende Kopfschmerzen im Hinterkopf. Um 22 Uhr habe sie ein vermindertes Gefühl im Bereich der rechten Wange sowie im rechten Arm bemerkt. Nach Gabe von Novalgin (2,5 g) als Kurzinfusion und Aufkleben eines Flector-Pflasters auf die rechte Schulter sei es zu einer Regredienz der Beschwerden gekommen. Die erneute neurologische Beurteilung am nächsten Morgen habe eine normale Sensibilität der rechten Wange und des rechten Armes bei weiterhin verminderter Kraft im rechten Arm ergeben (Urk. 8/19 S. 38 f.).

PD Dr. med. E., Spezialarzt für Neurologie an der Klinik D., berichtete am 27. Oktober 2006, er habe die Patientin am 17. Oktober 2006 gesehen. Es habe sich um eine Schmerzexazerbation bei einem bekannten chronischen Nacken- und Schulterschmerzsyndrom nach einem Auffahrunfall im Juli 2005 gehandelt. Es bestehe wahrscheinlich schon seit längerem eine zusätzliche tendomyotische Reaktion, vor allem am rechten Schultergürtel und am Nacken rechtsbetont. Es würden sich ebenfalls typische Triggerpunkte finden lassen. Eine neurologische Affektion sei nicht anzunehmen. Es bestehe zwar eine gewisse sensible Veränderung am rechten Arm und der rechten Hand; dabei handle es sich aber nicht um eine objektivierbare Sensibilitätsstörung, sondern um eine möglicherweise mit den Schmerzen zusammenhängende Veränderung der sensiblen Empfindung, wie dies bei derartigen Schmerzsyndromen immer wieder gesehen werden könne. Aus neurologischer Sicht bestehe kein weiterer Abklärungsbedarf; die Patientin sollte jedoch weiter physikalisch-therapeutisch sowie physiotherapeutisch behandelt werden (Urk. 8/19 S. 41 f.).

Die an der Medizinischen Poliklinik des Spitals F. tätigen Ärzte berichteten am 8. Februar 2007, dass sie die Beschwerdeführerin an diesem Tag notfallmäßig behandelt hätten. Sie führten aus, dass sich die Patientin wegen chronischen, aktuell nach einer Physiotherapiesitzung exazerbierten rechtsseitigen Kopf- und Nackenschmerzen bei Status nach cervikocephalem Beschleunigungstrauma selbst zugewiesen habe. Klinisch hätten deutliche Myogelosen im Bereich des Musculus trapezius pars descendens rechts imponiert. Eine radikuläre Symptomatik habe nicht deutlich abgegrenzt werden können. Es sei eine analgetische Therapie mit Diclofenac und Sirdalud bei Bedarf verordnet worden. Zur weiteren Abklärung der Nackenschmerzen werde empfohlen, ein MRI der HWS mit der Frage nach einer zervikalen Diskushernie durchzuführen (Urk. 8/19 S. 36 f.).

Ein am 8. Juni 2007 durchgeführtes funktionelles MRI des craniocervicalen Überganges zeigte keine Strukturveränderungen der craniocervicalen Ligamente und Membranen; hinsichtlich festgestellter geringfügiger Rotationsanomalien wurde eingangs relativierend angemerkt, dass sich Bewegungsartefakte bei Funktionsaufnahmen unter Belastung und in symptomatischen Positionen nicht vermeiden lassen (Urk. 8/19 S. 34 f.).

3.1.5 Die für die Begutachtungsstelle G. tätigen Ärzte diagnostizierten in ihrem Gutachten vom 17. August 2007 persistierende posttraumatische Nacken-, Kopf- und Schulterschmerzen mit pseudoradikulären Ausstrahlungen in den rechten Arm (chronisches zephalos und zervikobrachiales Syndrom, ICD-10 M53.0; 53.1), mit vegetativen Begleitsymptomen und hielten fest, dass aus psychiatrischer Sicht keine Störung von Krankheitswert festzustellen sei. Weiter führten die Gutachter aus, die somatischen Beschwerden würden mindestens teilweise auf das Unfallereignis vom 15. Juli 2005 als Ursache der HWS-Distorsion zurückgehen. Es bestehe kein langes beschwerdefreies Intervall, das einen anderen Mechanismus als wahrscheinlich erscheinen liesse. Die anfänglichen Symptome hätten sich maßgebend als Ausdruck der HWS-Distorsion erklären lassen. Warum sie andauerten, sei angesichts der vorgängig guten Gesundheit, des fehlenden Nachweises einer strukturellen Schädigung der HWS mit bildgebenden Methoden oder des Nervensystems schwierig zu erklären. Der Verlauf der Beschwerden bei der Explorandin entspreche jedoch dem einer Minderheit von Personen, die diese Verletzung erlitten hätten. Die chronischen Beschwerden würden oft auf einen interaktiven bio-psycho-sozialen Mechanismus zurückgeführt, wobei postuliert werde, dass der biologische Anteil in einer durch den Unfall in Gang gesetzten Fehlfunktion von schmerzverarbeitenden Strukturen bestehe. Zur Frage der Arbeitsfähigkeit wurde im Gutachten erwogen, die Explorandin sei als Haushalthilfe in einem Privathaushalt tätig, welche Tätigkeit sie bereits vor dem Unfall lediglich zeitweilig ausgeübt habe. Aufgrund der gegenwärtigen Symptome und Behinderungen könne sie diese Arbeit gegenwärtig zu 30 %, drei mal vier Stunden, ausführen. Körperlich schwere Tätigkeiten sowie solche, die das Heben und Tragen von Lasten über 5 kg erfordern würden, sollte sie nur vereinzelt und nicht wiederholt ausführen müssen. Arbeiten, die eine fixe Körperhaltung erforderten, beispielsweise Staub saugen oder bügeln, sollte sie fraktioniert, zu Perioden von maximal 30 Minuten ausführen und vor der nächsten Periode eine Pause einlegen oder eine wechselbelastende Tätigkeit ausführen können. Die Gutachter führten sodann aus, ihres Erachtens könne das Pensum der Explorandin durch Therapien erhöht werden und sollte sich innerhalb von 12 Monaten, also spätestens drei Jahre nach dem Unfall normalisieren. Schliesslich wurde erwogen, dass der Explorandin körperlich leichte, wechselbelastende Arbeiten mit einem Pensum von 50 % zumutbar seien. Die Einschränkung gegenüber einem höheren Pensum ergebe sich aus einer seit dem Unfall eingetretenen Dekonditionierung. In einer angepassten Tätigkeit könne die Explorandin innerhalb von 6 Monaten eine Steigerung des Pensums von mindestens 30 % erzielen; eine Normalisierung des Pensums sollte innerhalb von 9 Monaten möglich sein. Aus neurologischer Sicht sei eine Therapie, die den Aufbau der körperlichen Kondition zum Ziel habe, zu empfehlen. Am Anfang solle die Explorandin die Physiotherapie wieder aufnehmen. Nach etwa drei Monaten sollte diese in eine medizinische Trainingstherapie überführt werden, die zum Ziele habe, die Sehnen und Bänder des Torsos leistungsfähiger respektive geschmeidiger zu machen (Urk. 8/19 S. 26 ff.).

3.1.6. Die Ärzte des Notfallzentrums der Klinik D.____ führten im Bericht vom 23. November 2007 aus, am 20. November 2007 habe sich die Patientin nach wahrscheinlich belastungsinduzierter Aggravation eines nach Auffahrunfall vor über zwei Jahren bestehenden chronischen HWS-Syndroms notfallmässig vorgestellt. Sie sei mit lokaler Infiltration an den angegebenen Trigger-Punkten sowie Anästhesie des Nervus occipitalis major rechts und des Nervus accessorius rechts behandelt worden. Diese Massnahmen hätten zu einer Besserung der Beschwerden geführt. Die Patientin sei mit Tramal-Tropfen (bis viermal 20) nach Hause entlassen worden (Urk. 8/19 S. 10-12).

Dr. med. H.____, Spezialärztin FMH Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten, berichtete am 12. Dezember 2007, die Patientin habe sich am 15. Juli 2005 bei einem Auffahrunfall eine HWS-Distorsion zugezogen. Die Kopfbewegung sei in alle Richtungen eingeschränkt, der Musculus sterno-cleido-mastoideus rechts sei verspannt und druckdolent, ebenfalls seien die M. pectoralis, mayor und minor sowie die M. trapezius beidseits massiv verspannt und druckschmerzhaft. Dr. H.____ diagnostizierte posttraumatische Nacken-, Kopf- und Schulterschmerzen mit pseudoradikulären Ausstrahlungen in den rechten Arm sowie ein chronisches zervikobrachiales Syndrom bei Status nach Distorsionstrauma der HWS mit Kopfschmerzen im kompletten HWS-Bereich und verwies für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auf die Einschätzungen der G.____-Gutachter (Urk. 8/12).

Eine MRI-Untersuchung der HWS vom 31. Januar 2008 ergab keinen pathologischen Befund. Dr. med. I.____, Spezialarzt für Neuroradiologie, hielt in seiner Beurteilung fest, dass die Wirbelsäule C1 bis Th4 völlig unauffällig sei. Es beständen keine Degenerationen und auch keine Hinweise auf traumatische Veränderungen. Ausserdem bestehe auch keine zervikoradikuläre Kompression (Urk. 8/19 S. 7).

Am 1. Juli 2008 berichteten die Ärzte des Notfallzentrums der Klinik D.____ wiederum, die Patientin habe sich am 30. Juni 2008 aufgrund akuter Schmerzexazerbation bei chronischem HWS-Syndrom vorgestellt. Sie habe zur Schmerztherapie 1 g Perfolgan und 1 g Novalgin intravenös sowie als Muskelrelaxans 150 mg Mydocalm per os erhalten. Da die Beschwerden darunter nicht nachgelassen hätten, sei eine Gabe von 2,5 mg Morphin intravenös erfolgt, so dass die Patientin bei deutlich gebesserter Schmerzsymptomatik habe entlassen werden können (Urk. 8/31 S. 8 f.).

Ein kraniales MRI mit Kontrastmittel und ein MR-Angio der intrakraniellen Arterien vom 29. Juli 2008 zeigte gemäss der Beurteilung des Dr. med. J.____, Facharzt Radiologie und Neuroradiologie, mehrere subkortikale Gliosen parietal-betont, einem chronischen Muster der kleinen Gefässe entsprechend. Ein Hinweis auf eine akute oder subakute Ischämie links im MCA-Territorium bestand nicht, jedoch ein Verdacht auf eine Stenosierung eines M1-Astes links vor dem Übergang in die insuläre Verlaufsstrecke (Urk. 8/33 S. 12).

3.1.7. Im Gutachten vom 26. Februar 2009 diagnostizierten die Verantwortlichen der Abklärungsstelle K.____ ein chronisches, rechtsseitiges, intermittierendes zervikobrachiales und zervikozephalisches Schmerzsyndrom bei Status nach HWS-Distorsion am 15. Juli 2005 und muskulärer Dysbalance des Schultergürtels rechts sowie multiple, parietal-betonte subkortikale Gliosen, einem chronischen Muster der kleinen Gefässe entsprechend, und einem Verdacht auf Stenosierung eines M1-Astes der Arteria cerebri

media links vor dem Übergang in die insuläre Verlaufsstrecke um 30 % (MRI-Angio und kraniales MRI vom 30. Juli 2008). Die Gutachter führten sodann aus, die 31-jährige Explorandin habe bei einer Heckkollision vor mehr als drei Jahren eine Halswirbelsäulendistorsion erlitten. Im Bericht über die ambulante Behandlung auf der Unfallchirurgie des Spitals F. ____, wo die Explorandin wenige Stunden nach dem Unfall gesehen worden sei, sei die Rede von Nackenschmerzen, im Befund werde über eine Druckdolenz über dem Trapeziusgebiet beidseits berichtet, die HWS sei jedoch als frei und schmerzlos beweglich beurteilt worden. Auch die Brustwirbelsäule habe keine klinischen Auffälligkeiten gezeigt. Die daraufhin geklagte starke Schmerzsymptomatik, ausgehend vom Schulterblatt, habe sich jetzt zurückgebildet, indem sie nur mehr intermittierend und nicht mehr so stark auftrete, ungefähr zwei Mal in der Woche. Analgetika würden nicht regelmäßig eingenommen. Klinisch-neurologisch sei der Befund unauffällig, die Halswirbelsäulenbeweglichkeit sei für die aktive In- und Reklination, Seitwärtsrotation und Seitneigung frei. Die Trophik und die detaillierte Prüfung der Motorik und der Sensibilität an den Händen sei normal, die Provokationstests für eine Kompromittierung des Gefäß-/Nervenbündels im Thoracic outlet-Bereich seien unauffällig. Es lasse sich somit kein Korrelat für die geklagten intermittierenden Parästhesien der Finger vier und fünf an der dominanten rechten Hand finden. Diese seien dementsprechend im Rahmen des im Schultergürtel lokalisierten intermittierenden Schmerzsyndroms als pseudoradikulär zu interpretieren. Die Kopfschmerzen seien unspezifisch, prätraumatisch hätten keine speziellen Kopfschmerzen bestanden, es handle sich aktuell am ehesten um einen zervikogenen Kopfschmerz, der auch gewisse Charakteristika eines Spannungskopfschmerzes aufweise. Klinisch seien aktuell lediglich leichte Reizzeichen der rechtsseitigen Fazettengelenke der unteren Halswirbelsäule ohne Bewegungseinschränkung oder nennenswerte muskuläre Verspannungen fassbar. Mittels Bildgebung hätten sich auch mit sensitiven Methoden keine strukturellen Läsionen an der Halswirbelsäule nachweisen lassen. Die beobachtete Asymmetrie des Gleitens C0-C2 im funktionellen MRI bei einer auf 30° eingeschränkten Rotation sei radiologisch nicht signifikant und habe zu keiner Zeit ein klinisches Korrelat in Form einer eindeutigen Rotationsasymmetrie oder der Provokation von Memory-pain oder provozierbarem Nystagmus, Schwindel, Nausea, wie es bei nennenswerten Kopfgelenksdysfunktionen gesehen werde. Weiter wurde im K. __-Gutachten ausgeführt, obwohl keine biomechanische Unfallanalyse vorliege, seien die heute geklagten rechtsseitigen Nacken-/Kopf-/Schulterblatt-/Armschmerzen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auch bei Annahme einer erheblichen Kollision, was gemäß Unfallprotokoll eher unwahrscheinlich sei, nicht als unfallkausal zu werten. Diese Feststellung basiere auf dem klinischen und radiologischen Verlauf und aktuellen Befunden, wobei auch aktuell keine nennenswerten funktionellen Einschränkungen oder strukturellen Läsionen der Halswirbelsäule objektiviert werden könnten und die Beschwerden nicht mehr tageslang, sondern intermittierend, eher witterungs- als belastungsabhängig auftreten würden. Die laut Unfallchirurgie des Spitals F. __ am Unfalltag festgestellte freie und schmerzlose Beweglichkeit der HWS habe bereits unmittelbar nach dem Unfall vermuten lassen, dass keine wesentlichen strukturellen Schädigungen hätten vorliegen können. Es stelle sich auch die Frage nach der damaligen Schmerzintensität, sei die Explorandin doch kurz nach dem Unfall für mehrere Wochen in die Ferien verreist, ohne dass sie unmittelbarer ärztlicher Hilfe bedürft hätte. Die von einem Neurologen an ihrem Feriendomizil in Serbien vermutete

"Hirnerschütterung", welche offenbar aufgrund der Lichtscheu geäussert worden sei, scheine wenig begründet. Es fehlten ein eindeutig dokumentierter Bewusstseinsverlust unmittelbar nach dem Unfall oder andere Symptome einer Commotio cerebri. Im Erstbericht des chirurgischen Ambulatoriums des Spitals F. ___ seien keine entsprechenden Abnormitäten festgehalten worden; dokumentierte Brückensymptome bis zur neurologischen Konsultation in den Ferien würden fehlen und Lichtscheu könne verschiedene Ursachen haben, die nichts mit einer funktionellen Beeinträchtigung des Gehirns per se zu tun hätten. Die Diagnose mit den mikrovaskulären Veränderungen und dem Verdacht einer Stenosierung eines grösseren Astes der A. carotis interna links im Angio-MRI des Gehirns sei sicher nicht unfallkausal. Sie sei lediglich aus allgemein-medizinischen Gründen aufgefasst worden, da ein solcher Befund für die Altersgruppe der Explorandin ungewöhnlich sei und weiterer Abklärung in Richtung kardiovaskulärer und neuro-immunologischer Risikofaktoren bedürfe. Eine Erklärung für die Nacken-/Schulter-/Kopfschmerzsymptomatik lasse sich aufgrund dieses Befundes nicht postulieren. Auch aus neurologischer Sicht seien die aktuellen Beschwerden nicht als unfallkausal einzustufen; es liessen sich keine Hinweise für eine traumatisch bedingte Affektion des zentralen oder peripheren Nervensystems finden. Auf Grund des intermittierenden Auftretens der Symptomatik sei eine strukturelle Läsion als Ursache dafür unwahrscheinlich. Aus neuropsychiatrischer Sicht lasse sich weder anamnestisch noch aktuell eine Störung von Krankheitswert nachweisen. Eine psychopathologische Syndromdiagnose sei insbesondere im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung im Zusammenhang mit der (früheren) Begutachtung durch die Begutachtungsstelle G. ___ nicht nachgewiesen worden. Die von der Explorandin angegebenen periodischen Stimmungsschwankungen könnten einer intermittierend auftretenden Symptomatik einer Anpassungsstörung mit gemischter Störung von Emotionen, allenfalls auch des Verhaltens, entsprechen. Da es sich indes nicht um ein anhaltendes Beschwerdemuster handle, könne auf dieser Grundlage keine eigentliche psychopathologische Diagnose gestellt werden. Die sich abzeichnenden psychosozialen Belastungen könnten das intermittierende Auftreten der geklagten körperlichen Beschwerden und der angegebenen psychischen Reaktionen erklären. Diesbezüglich müsse in erster Linie an die emotionale Belastung des unerfüllten Kinderwunsches gedacht werden (Urk. 8/33 S. 26 ff.).

Die K. ___-Gutachter hielten sodann fest, bezüglich der Intensität der geklagten Beschwerden auf die subjektive Belastbarkeit von Nacken- und Schultergürtel/Arm einerseits und den erhobenen klinischen und radiologischen Befunden andererseits bestehe eine Diskrepanz. Sie würden dies durch die Fixierung der Explorandin auf ihre Beschwerden und eine entsprechende Selbstlimitation in ihren körperlichen Aktivitäten erklären. Ein somatisch nachvollziehbarer Grund oder eine psychopathologische Erklärung seien dafür nicht ersichtlich. Weiter wurde im Gutachten vom 26. Februar 2009 ausgeführt, die heute geklagten gesundheitlichen Störungen und die erhobenen klinischen Befunde würden nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das versicherte Unfallereignis zurückgehen. Eine natürliche Kausalität könne sowohl im Sinne einer Allein- als auch einer Teilursache ausgeschlossen werden. Die HWS-Distorsion vom 15. Juli 2005 habe zu einer vorübergehenden Schädigung der Weichteilstrukturen von Nacken- und Schultergürtel geführt, wobei auch unter der Annahme einer erheblichen Kollisionsintensität der Status quo ante spätestens drei Jahre nach dem Unfall erreicht

stationäre Rehabilitation mehr erwogen worden sei), und die G.____-Gutachter ihre Einschätzung, die Beschwerdeführerin sei für eine adaptierte Tätigkeit zu 50 % eingeschränkt, mit einer nach dem Unfallereignis eingetretenen Dekonditionierung begründeten (Urk. 8/19 S. 27), besteht trotz des mittlerweile chronifizierten Schmerzsyndroms kein Raum für die Annahme einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Umstände, welche eine willentliche Schmerzüberwindung ausnahmsweise unzumutbar machen könnten, liegen somit nicht vor. Entsprechend ist aber nicht ersichtlich, inwiefern und weshalb der Beschwerdeführerin eine berufliche Tätigkeit nur mit einem reduzierten Pensum zumutbar sein sollte; das Gleiche gilt auch für die mit der angestammten Teilerwerbstätigkeit als Raumpflegerin/Hausangestellte vergleichbare Tätigkeit im eigenen Haushalt, womit die Statusfrage offen gelassen werden kann (Urk. 1 S. 6). Der angefochtene Entscheid, mit welchem das Vorliegen eines invalidisierenden Gesundheitsschadens verneint worden war, ist daher im Ergebnis nicht zu beanstanden und die dagegen gerichtete Beschwerde ist abzuweisen. Im Übrigen bleibt anzumerken, dass der beschwerdeweise beantragte Rentenbeginn (Juli 2006; Urk. 1 S. 2) aufgrund der erst im Oktober 2007 erfolgten Leistungsanmeldung (Urk. 8/1) ohnehin nicht in Frage käme (vgl. Art. 48 Abs. 1 und 2 IVG in der bis Ende 2007 geltenden Fassung).

4. Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 800.-- festzusetzen und ausgangsgemäss von der Beschwerdeführerin zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG).

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. Jörg Baur

- 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.