

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.01124 vom 31. Mai 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-05-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2009.01124

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.01124 du 31 mai 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.01124 del 31 maggio 2011

Erwägungen

E. 1

Es sei die VerfÄ¼gung vom 28.10.2009 aufzuheben.

E. 2

Es sei der BeschwerdefÄ¼hrerin eine IV-Rente nach Massgabe eines InvaliditÄ¼tsgrades von 70 % -80 % zu gewÄ¼hren.

E. 3

Es sei das P.____-Gutachten aus dem Recht zu weisen.

E. 4

Eventualiter: Es sei ein gerichtliches interdisziplinÄ¼res Obergutachten zu veranlassen.

E. 5

5.1Ä Ä Ä Ä Dem Gutachten der Neurologischen Klinik und Poliklinik des N.____ vom 1. Oktober 2007 sind folgende Diagnosen zu entnehmen (Urk. 8/41/4 ff. S. 26):

1.Ä Status nach Verkehrsunfall mit HWS-Distorsionstrauma leichten bis mittelschweren Grades am 21. MÄ¼rz 2003 mit/bei (526.2809)

- sehr wahrscheinlich erlittener SchÄ¼delkontusion

- mÄ¼glicher, aber nicht gesicherter commotio cerebri

- Fehlen von fokal-neurologischen Defiziten

- in der Folge spezifischer Phobie fÄ¼r bestimmte Verkehrssituationen

2.Ä Nicht nÄ¼her bezeichnete (schmerzdominante) somatoforme StÄ¼rung (570.000; F45.9)

3.Ä Agoraphobie (573.242; F40.0)

4.Ä Insomnie (579.770; F51.0)

5.Ä Arterielle Hypertonie (622.200)

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Hauptgutachter, Prof. Dr. med. R.____, Leiter der Poliklinik, und Dr. med. S.____, OberÄ¼rztin Neurologie, liessen es offen, ob die Versicherte beim Verkehrsunfall eine commotio cerebri erlitten habe oder nicht. Aufgrund der konventionell-radiologisch und im Verlauf kernspintomographisch erhobenen Befunde schlossen sie Verletzungen des SchÄ¼dels, des Gehirns, der HalswirbelsÄ¼ule, des Halsmarks und der zervikalen Nervenwurzeln aus. Anhaltspunkte fÄ¼r vorbestehende oder

sich im Verlauf, zum Beispiel auf dem Boden einer Makroinstabilität, entwickelnde relevante degenerative Veränderungen der Halswirbelsäule hätten sich ebenfalls nicht gezeigt. Die in der funktionellen Kernspintomographie der HWS knapp zwei Jahre nach dem Unfall zutage getretenen Hinweise auf eine eingeschränkte Kopffrotation nach links könnten Folge der langdauernd verminderten aktiven Kopfbewegungen sein. Zur Abschätzung des Schweregrades des HWS-Distorsionstraumas sei mangels fokale-neurologischer Defizite oder bildgebend nachgewiesener HWS-Verletzungen der Zeitpunkt des erstmaligen Auftretens von Nacken- und Hinterhauptkopfschmerzen richtungweisend. Davon ausgehend, dass bereits am Abend des Unfalltages, das heißt einige Stunden nach dem Ereignis, erhebliche Kopfschmerzen und spätestens am nächsten Tag starke Nackenschmerzen aufgetreten seien, und unter Berücksichtigung des unfallanalytischen Gutachtens sowie des zum Kollisionszeitpunkt nach links gedrehten Kopfes stuften die Gutachter das erlittene HWS-Distorsionstrauma als leicht bis mittelschwer ein (Urk. 8/41/4 ff. S. 27 f.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Bezüglich der kurz nach der Spitalentlassung vom 22. März 2003 aufgetretenen Ohrenscherzen links, die der Hausarzt laut den anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 8/41/4 ff. S. 5, Urk. 8/14/17 ff. S. 1, Urk. 8/19/83) bei Verdacht auf Otitis media links antibiotisch behandelt und Dr. med. K. ____, Fachärztin Ohren-Nasen-Halskrankheiten FMH, im Bericht vom 9. März 2006 (vgl. Urk. 15/153e) als posttraumatische Otitis media bei Verdacht auf eine erlittene commotio vestibulocochlearis mit konsekutiver Hochtonschwerhörigkeit und Neuronitis vestibulocochlearis links interpretiert hatte, bezeichneten die Gutachter eine Schädelbasis-Verletzung aufgrund der im biomechanischen Gutachten auf 8 bis 9 km/h geschätzten Querbeschleunigung als praktisch nicht möglich. Sie kamen daher zum Schluss, dass ein Zusammenhang zwischen der von Prof. Dr. G. ____, am 27. Februar 2006 bescheinigten, im Schädel-MRI vom 23. April 2003 erkennbaren leichten entzündlichen Veränderungen im Bereich des linken Mastoids und des Felsenbeins im Sinne einer geringen Mastoiditis (vgl. Urk. 15/153d) beziehungsweise der somit nachgewiesenen diskreten Flüssigkeitsansammlung im linken Mastoid und dem Unfall nicht hergestellt werden könne. Am ehesten handle es sich um einen Residualzustand bei Status nach Otitis media links mit zu diesem Zeitpunkt bereits wieder normaler Darstellung des Mittelohrs. Die retrospektive Beurteilung als traumatisch bedingte Otitis media sei nicht haltbar. Aufgrund des Unfallmechanismus sowie der Tatsache, dass in den Akten nebenbefundlich ein Status nach akuter Vestibulopathie 1987 erwähnt sei, erscheine auch eine commotio vestibulocochlearis als wenig wahrscheinlich (Urk. 8/41/4 ff. S. 28).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zu den aufgetretenen Beschwerden hielten die Gutachter fest, dass die Patientin in den ersten zwei Wochen nach dem Unfall neben den Nacken- und Kopfschmerzen und den im Verlauf weiterhin intermittierend auftretenden linksseitigen starken Ohrenscherzen eine Vielzahl von Symptomen - andauernde, drückende Schmerzen hinter beiden Augen, fluktuierend ausgeprägte Kiefer- und Zahnschmerzen links, beidseitige Schulterschmerzen, linksbetonte Rückenschmerzen mit teilweiser Ausstrahlung in die Beine linksbetont und Schmerzen im Bereich des linken Ellbogens, eine ausgeprägte Lichtempfindlichkeit, Koordinations- und Gleichgewichtsstörungen, anfallsartige Schwindel, Schluckstörungen, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, erhöhte Reizbarkeit, ausgeprägte Ermüdbarkeit und Schlafstörungen - entwickelt habe, die trotz intensivster therapeutischer Bemühungen persistierten oder gar schlimmer

geworden seien. Alle diese Beschwerden könnten grundsätzlich nach einem HWS-Distorsionstrauma auftreten, seien für dieses Krankheitsbild jedoch keineswegs spezifisch, sondern könnten Ausdruck einer somatoformen Störung sein. Gemäss Literatur komme es in der Regel bei Patienten mit HWS-Distorsionstrauma spontan zu einer vollständigen Erholung innert ein bis zwei Jahren, insbesondere wenn, wie bei der Versicherten, die prognostisch ungünstigen Faktoren wie Verletzung mittelschweren bis schweren Grades, vorbestehende degenerative HWS-Veränderungen und höheres Lebensalter fehlten. Ein über vier Jahre protrahierter Verlauf ohne jegliche Besserungstendenz, sondern im Gegenteil mit zunehmenden Beschwerden, sei aus rein somatischer Sicht nach dem erlittenen Trauma kaum zu erwarten. Die Tatsache, dass über 35 Medikamente keinerlei Effekt zeigten bei gleichzeitig bereits niedriger Dosierung auftretenden, relativ ähnlichen und unspezifischen Nebenwirkungen, sowie der fehlende Erfolg zahlreicher nicht-medikamentöser Therapieversuche wiesen auf einen mittlerweile nicht mehr organisch bedingten Symptomkomplex hin. Dies gelte auch für die Ergebnisse der persönlichen Untersuchung der Beschwerdeführerin. So sei die Wirbelsäulenbeweglichkeit trotz deutlichem muskulärem Hartspann zervikal und tiefthorakal/lumbal insgesamt nur leichtgradig und vor allem bei passiver Bewegung eingeschränkt gewesen. Auch sei die unter Aussparung der Nase streng paramedian begrenzte Hyperpathie der linken Körperhälfte bei im übrigen unauffälligen klinischen Befunden, normaler cerebraler Bildgebung und normalen somatosensorisch evozierten Potentialen des Nervus medianus beidseits neurologisch nicht erklärbar. Überdies zeige sich eine deutliche Diskrepanz zwischen dem initial ausserhalb der gezielten körperlichen Untersuchung unauffälligen, freien Gangbild und dem im Rahmen der körperlichen Untersuchung sehr wechselnd ausgeprägten unsicheren Gang mit immer wieder nächtlichem Absetzen mit den Händen. Eine solche Symptomatik könne sich durchaus unbewusst im Rahmen der unverschuldet erlittenen Verletzung mit in der Folge zahlreichen, zum Teil widersprüchlichen medizinischen Beurteilungen, Rechtsstreitigkeiten und letztlich Angst um die körperliche und geistige Integrität entwickeln (Urk. 8/41/4 ff. S. 28 f., 34).

Bezüglich der ausgeprägten Lichtempfindlichkeit hatten die Gutachter mangels neurologischer Diagnose eine konsiliarische ophthalmologische Untersuchung veranlasst. Dabei hätten sich jedoch lediglich die bereits aktenkundigen Befunde einer Myopia magna und eine Sicca-Symptomatik bei Meibomitis objektivieren lassen. Die vermehrte Blendungsempfindung sei ophthalmologisch nicht hinreichend erklärbar. Lediglich zwei kleine wissenschaftliche Studien mit neun beziehungsweise 25 Patienten hätten wenige Wochen bis Monate nach einer milden traumatischen Hirnverletzung (MTBI) vermehrte posttraumatische Licht- und Lärmempfindlichkeit aufgezeigt (Urk. 8/41/4 ff. S. 29).

In neuropsychologischer Hinsicht verwiesen die Gutachter auf die vordergründig beklagten Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen, auf die von Dr. phil. F. ___ im Bericht vom 19. November 2003 (vgl. Urk. 8/19/64 ff.) beschriebenen mittelschweren bis schweren neuropsychologischen Defizite und die Ergebnisse des aktuellen neuropsychologischen Teilgutachtens vom 30. März 2007 (vgl. 8/41/41 ff.). Während sich im Bereich des Gedächtnisses und verschiedener Aufmerksamkeitsaspekte schwere kognitive Minderleistungen hätten feststellen lassen, seien alle anderen untersuchten Leistungen im unteren Durchschnitt des

altersentsprechenden Normbereichs gelegen, was wahrscheinlich nicht dem mutmasslichen prä-morbiden Niveau entspreche. Die Leistungen bezüglich Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsaspekte stimmten mit den Resultaten vom November 2003 überein, nicht jedoch diejenigen bezüglich der exekutiven Funktionen. Allerdings deckten sich die feststellbaren kognitiven Minderleistungen nur zu einem kleinen Teil mit den subjektiven Klagen. Dies, die Unfallanamnese, die unauffälligen MR-Befunde des Neurokraniums und die damit nicht übereinstimmende Schwere der kognitiven Minderleistungen deuteten nicht auf eine zerebrale Ursache der kognitiven Beschwerden und Befunde hin. Vielmehr stelle die kognitive Minderleistung mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Auswirkung der körperlichen Schmerzen dar und werde somit durch die psychische und psychosomatische Symptomatik verursacht (Urk. 8/41/4 ff. S. 29 f.).

Die psychiatrische Abklärung ergab gemäss der im Hauptgutachten enthaltenen Zusammenfassung des entsprechenden Teilgutachtens von Oberarzt Dr. med. T. ___ vom 12. April 2007 (vgl. Urk. 8/8/39/40 ff.), dass unmittelbar nach dem Unfall eine akute Belastungsreaktion und anschliessend eine vorübergehende sogenannte transiente Anpassungsstörung mit depressiver Symptomatik postuliert werden könnten. Der unmittelbar nach dem Unfall subjektiv erlebte Verwirrheitszustand mit amnestischen Zügen sei nicht zwingend ein Zeichen einer commotio cerebri, da er auch durch die starke emotionale Reaktion im Rahmen der akuten Belastungsreaktion begründet sein könne. Aktuell bestanden eine nicht näher bezeichnete schmerzdominante somatoforme Störung, eine Agoraphobie, eine spezifische Phobie für bestimmte Verkehrssituationen sowie eine wahrscheinlich nur noch teilweise schmerzbedingte Insomnie. Die sehr leistungsorientierte Explorandin sei initial durch die körperlichen Folgen des unverschuldet erlittenen Traumas in ihrer Kernkompetenz verletzt worden. Nachdem zahlreiche diagnostische und therapeutische Interventionen zu keinem Erfolg im Sinne der Wiedererlangung der alten Leistungsfähigkeit geführt hätten, sei das Unfallereignis zu einer andauernden Bedrohung der körperlichen und geistigen Integrität geworden. Auf diesem Boden habe sich ein angstgetriggelter Teufelskreis und letztlich eine somatoforme Störung entwickelt. Die schlechte Medikamentenverträglichkeit werde bei diesem Krankheitsbild oft beobachtet. Während die phobische Störung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als unfallkausal zu beurteilen sei, bestehe bezüglich der übrigen psychiatrischen Diagnosen nur ein möglicher Kausalzusammenhang zum Unfall. Denn für die Entwicklung dieser Störungen seien wesentliche andere Faktoren wie Persönlichkeit und Qualität der Behandlung erforderlich. Im Verhältnis zum Gesamtbeschwerdebild würden die psychischen Beschwerden im Vordergrund stehen. Sie seien in einem erheblichen Ausmass für die auf 70 bis 80 % geschätzte Arbeitsunfähigkeit verantwortlich und stellten einen mittelschweren bis schweren Integritätsschaden dar. Die Prognose für den weiteren Heilungsverlauf und die Arbeitsfähigkeit sei in Anbetracht des Ausmasses und der Dauer der psychischen Störung ungünstig (Urk. 8/41/4 ff. S. 30 f.).

Die Hauptgutachter hielten aufgrund der klinischen Präsentation und der fehlenden degenerativen HWS-Veränderungen eine weitere Begutachtung, beispielsweise durch einen Rheumatologen, nicht für indiziert. Zusammenfassend hielten sie fest, dass aufgrund des Unfallmechanismus, des bisherigen Verlaufs, der persönlichen Befragung und Untersuchung der Explorandin sowie der ausgedehnten

Zusatzuntersuchungen keine Hinweise für eine relevante somatische Ursache der Beschwerden vorlägen. Die psychischen Störungen stünden im Vordergrund. Insofern richte sich die Beurteilung der Einschränkungen im täglichen Leben, der Arbeitsfähigkeit und des Integritätsschadens im Wesentlichen nach dem Ergebnis des psychiatrischen Teilgutachtens. Danach erscheine die Wiederaufnahme der früheren Tätigkeit mit vorwiegender Bildschirmarbeit und erheblichen Stressfaktoren gesamthaft als unrealistisch. Aus somatischer Sicht wäre eine leichte körperliche Arbeit ohne die Notwendigkeit des Hebens schwerer Lasten von mehr als 5 kg und mit der Möglichkeit zu häufigen Positionswechseln und wiederholten, selbständig einteilbaren Pausen maximal während täglich 8 beziehungsweise wöchentlich 40 Stunden möglich, wobei dieses Pensum schrittweise innert mehrerer Monate erreicht werden müsste und länger dauerndes Sitzen und Stehen sowie länger dauernde Haltungen mit rotiertem Oberkörper, vorgeneigtem Sitzen und Stehen ebenso wenig zumutbar seien wie Arbeiten mit ausgeprägten feinmotorischen Anforderungen, häufigem Überkopparbeiten oder Besteigen von Leitern. Es sollte baldmöglichst ein definitiver versicherungsrechtlicher Abschluss unter dringendem Verzicht auf weitere somatische Diagnostik beziehungsweise Begutachtungen erfolgen. Dann könnte der die somatoforme Störung unterhaltende, angstgetriggerte Teufelskreis unterbrochen und im weiteren Verlauf psycho- und eventuell physiotherapeutisch erfolgreich behandelt werden (Urk. 8/41/4 ff. S. 31 ff.). Die Zusatzfrage der IV-Stelle nach der Bedeutung psychosozialer Faktoren hinsichtlich der bescheinigten Arbeitsunfähigkeit wurde im psychiatrischen Teilgutachten dahingehend beantwortet, dass psychosoziale Belastungsfaktoren in Form von schwieriger Partnerschaftskonstellation, unklarer beruflicher Perspektiven und häufiger versicherungsrechtlicher Fragen vorlägen, jedoch die psychische Problematik nicht zu überwiegen schienen (Urk. 8/39/1 ff. S. 33).

5.2.2.2.2 Das von der IV-Stelle in Auftrag gegebene Gutachten des P.____ vom 13. Januar 2009, dem ein internistischer/allgemeinmedizinischer Status, eine psychiatrische sowie eine neurologische Untersuchung zugrunde liegen, enthält folgende Diagnosen (Urk. 8/51 S. 18):

- Funktionelles chronisches Schmerzsyndrom mit Konzentrationsstörungen, Blendungsgefühl in den Augen und inkonstantem Tinnitus (ICD-10 R52),
- Status nach Verkehrsunfall mit HWS-Distorsionstrauma mit Kopfanprall und Verdacht auf commotio cerebri am 21. März 2003 (ICD-10 S13.4),
- arterielle Hypertonie anamnestisch (ICD-10 I10),
- Status nach Herpes Zoster thorakal rechts 2004 anamnestisch (ICD-10 B02.9Z),
- Myopia magna anamnestisch (ICD-10 H52.1),
- Sicca-Symptomatik der Augen anamnestisch (ICD-10 H04.1)
- GPT- und Gamma-GT-Erhöhung unklarer Aetiologie (ICD-10 R74.9).

Keine dieser Gesundheitsstörungen ist nach Auffassung der P.____-Gutachter mit einer Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit verbunden (Urk. 8/51 S. 18). In neurologischer Hinsicht wurde aufgrund der vom zuständigen Arzt der Notfallstation nachträglich am 22. September 2003 (Urk. 15/M10) bescheinigten Amnesie und der unmittelbar nach dem Unfall angeordneten 24-stündigen Comotio-Überwachung trotz fehlender Bewusstlosigkeit eine milde traumatische

Hirnverletzung als gegeben erachtet. Der beim Eintreffen auf der Notfallstation normale GCS-Wert von 15 spreche jedoch für eine leichtgradige Hirnverletzung, bei der eine rasche Erholung zu erwarten gewesen wäre. Im weiteren Verlauf habe die Versicherte jedoch ein komplexes Beschwerdebild entwickelt, wie es bei Personen nach HWS-Distorsionsstrauma oftmals beobachtet werden könne. Eine cerebrale Ursache dafür sei jedoch ausgeschlossen und das Schmerzgeschehen als Haupteinfluss betrachtet worden. Denn die Versicherte habe auf keinerlei Therapien angesprochen und hochgradige mit der leichten Verletzung und den unauffälligen MRI-Befunden des Neurokranium nicht vereinbare neuropsychologische Defizite aufgewiesen. Bei der aktuellen klinischen Untersuchung habe sich das Bild einer stark schmerzgeplagten Explorandin ergeben. Die Untersuchung des Kopf- und Nackenbereichs sei aufgrund sofortiger Abwehr nur stark eingeschränkt möglich gewesen. Die Versicherte habe während der fokussierten Untersuchung starke Einschränkungen der Koordination und Muskelkraft gezeigt. Bereits geringe körperliche Belastungen wie das Auslösen der Muskeleigenreflexe hätten zu stärksten Schmerzen geführt. Im Stehen und Gehen habe die Versicherte eine ausgeprägte Unsicherheit aufgewiesen und sich praktisch andauernd auf den Untersucher abstützen müssen. Danach sei sie problemlos gehfähig gewesen. Anhaltspunkte für eine radikale Reiz- beziehungsweise sensomotorische Ausfallsymptomatik oder Hinweise für eine Störung der langen Bahnen fanden sich nicht. Auch bildgebend hätten bisher keine strukturellen Veränderungen im HWS- und Kopfbereich nachgewiesen werden können. Der Befund der aktuellen MRI-Aufnahme des Kopfes vom 9. Januar 2008 sei ebenfalls unauffällig und ohne Hinweise auf Mikroblutungen oder anderweitige posttraumatische Veränderungen. Die Strukturveränderung des rechten Ligamentum alare, die bei der funktionellen MRI-Abklärung des kraniozervikalen Übergangs vom 30. Januar und 4. Februar 2008 nachgewiesen worden sei, schränke die Rotation beidseits ein. Doch seien auch bei beschwerdefreien Personen in diesem Bereich sehr viele Normvarianten vorhanden. Selbst unter Annahme einer strukturellen Läsion in diesem Bereich wäre das zunehmend generalisierte Schmerzsyndrom der Versicherten nicht zu erklären. Wenn auch bei der Untersuchung ein glaubhafter Leidensdruck nachvollziehbar gewesen sei, so seien die Beschwerden aus neurologischer Sicht doch nicht erklärbar. Auch fanden sich bei der klinischen Untersuchung erhebliche Diskrepanzen, die eine funktionelle Störung vermuten liessen. Aus rein somatisch-neurologischer Sicht sei die Versicherte in ihrer angestammten beruflichen Tätigkeit als Sachbearbeiterin voll arbeitsfähig (Urk. 8/51 S. 17 ff.).

Bei der psychiatrischen Untersuchung im Rahmen der P.____-Begutachtung wies Dr. med. U.____, Fachärztin für Psychiatrie & Psychotherapie, darauf hin, dass keine psychiatrische Behandlung oder Psychotherapie durchgeführt und keine störungsspezifische Symptomatik angegeben worden sei. Eine psychiatrische Morbidität als Grundlage für das mit organopathologischen Befunden nicht erklärbare Schmerzsyndrom könne vorliegend ausgeschlossen werden. Insbesondere fehlten die psychodynamischen Faktoren einer somatoformen Schmerzstörung. Auch liessen sich keine Elemente einer krankheitswertigen Depression oder Persönlichkeitsstörung nachweisen. Es handle sich um eine Beschwerdeausweitung und Selbstlimitierung. Mangels objektivierbarer psychopathologischer Funktionsstörungen bestehe aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Auch aus Dr. C.____s Berichten ergebe sich bis auf die traumatische Belastungsstörung keine ausgesprochene psychiatrische Diagnose. Die

traumatische Belastungsstörung könne jedoch anhand der im Bericht vom 12. Juni 2004 (vgl. Urk. 8/14) enthaltenen Befundsmerkmale nicht bestätigt werden, und die von diesem Arzt bescheinigte Arbeitsunfähigkeit sei aus psychiatrischer Sicht nicht nachvollziehbar. Die im Bericht vom 23. September 2003 (vgl. Urk. 8/18/78) beschriebene ungewohnte Angst vor dem Autofahren und vor grossen Vehikeln reiche für die schwerwiegende Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht aus. Aufgrund der Anamnese und der jetzigen Befunde liessen sich die Faktoren einer derartigen Störung nicht objektivieren. Dem psychiatrischen Teilgutachten von Dr. T.____ vom 12. April 2007 hielt Dr. U.____ entgegen, dass die diagnostizierte schmerzdominante somatoforme Störung nach den Definitionen von ICD-10 oder DSM-IV eindeutig nicht bestehe. Denn die entsprechenden pathogenen psychodynamisch-tiefenpsychologisch geforderten Entwicklungsfaktoren seien nicht nachweisbar. Die ebenfalls diagnostizierte Agoraphobie habe nicht validiert werden können, denn die Versicherte berichtete über keinerlei Symptomatik in diesem Bereich, namentlich nicht für die angegebene spezifische Phobie. Dass sie sich nicht im Stande fühle, über längere Strecken Auto fahren zu können, begründe sie mit ihren Konzentrationseinbussen. Die beschriebenen Durchschlafstörungen erreichten zudem keinen krankheitswertigen Charakter und wirkten sich auf die Arbeitsfähigkeit nicht aus (Urk. 8/51 S. 14).

5.3 Die Ärzte des H.____, Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, wo die Versicherte vom 2. bis 30. April und vom 14. bis 18. Mai 2009 wegen einer undifferenzierten Arthritis beider Kniegelenke hospitalisiert war, diagnostizierten in den Austrittsberichten vom 29. April und 16. Mai 2009 eine undifferenzierte Arthritis beider Kniegelenke, rechts ausgeprägter als links, seit 03.09, ein chronisches zervikozephalisches Syndrom nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma 2003 und mit Läsion Grad 2 des rechten Ligamentum alare (MRI 30.01.08), ferner Unverträglichkeit von Antirheumatika wegen gastrointestinalen Nebenwirkungen und anamnestisch Polyallergie (Urk. 8/71-72).

Die neuropsychologische Untersuchung vom 3. Juni 2006 in der Neurologischen Klinik des H.____ ergab laut Bericht vom 3. Juni 2009 kognitive Minderleistungen in den Bereichen Aufmerksamkeit, Konzentration und mnestiche Funktionen. Insgesamt zeige sich ein diffuses Leistungsprofil mit normgerechten bis schwer verminderten Leistungen, das aus rein neuropsychologischer Sicht nicht schlüssig interpretierbar sei. Bei den anamnestisch unauffälligen MRT-Schädelbefunden sei eine fokale hirnanorganische Ursache unwahrscheinlich. Naheliegender sei der Einfluss der bekannten Schmerzsymptomatik (Urk. 8/73).

Zusätzlich zu den in den Austrittsberichten vom 29. April und 16. Mai 2009 genannten, oben wiedergegebenen Diagnosen führten die Ärzte der Rheumaklinik des H.____ im Kurzaustrittsbericht vom 9. Juli 2009 ein Lipödem an mit der Differentialdiagnose Lipomatosis dolorosa Dercum (Urk. 3/5). Im Rahmen der Interdisziplinären Schmerzprechstunde gelangten die Ärzte des H.____ laut Bericht vom 21. Oktober 2009 schliesslich zu folgenden Diagnosen (Urk. 3/4):

- Chronisches generalisiertes Schmerzsyndrom mit chronischen Kopf- und Nackenschmerzen bei Status nach Beschleunigungstrauma der HWS 2003 und Lipomatosis dolorosa gemäss Dermatologie H.____,
- Undifferenzierte Arthritis beider Kniegelenke, rechtsbetont seit 03.09

- Anpassungsstörung, Angst und Depression gemischt (ICD-10: F43.22)
- Multiple Intoleranzen gegen Pharmaka verschiedener Substanzklasse
- Erhöhte Leberwerte unklarer Aetiologie vom 21.10.09 (GOT, GPT, Gamma GT)
- Leichte Niereninsuffizienz unklarer Aetiologie 56 umol/l (Cockcroft et Gault)

E. 6

6.1 Bei der Würdigung dieser ärztlichen beziehungsweise gutachterlichen Beurteilungen fällt auf, dass die vom Unfallversicherer und von der IV-Stelle in Auftrag gegebenen Gutachten in erster Linie in psychiatrischer Hinsicht erheblich voneinander abweichen, indem die Psychiaterin des P.____ die diesbezüglichen Diagnosen des N.____ verwirft und das Bestehen einer psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit verneint. Ob es sich beim Gutachten des P.____ um eine unzulässigerweise eingeholte "second opinion" zum bereits im Gutachten des N.____ festgestellten Sachverhalt handelt (vgl. Bundesgerichtsurteil 8C_957/2010 vom 1. April 2011 E. 6.1, mit weiteren Hinweisen), kann offen gelassen werden.

Das Gutachten des P.____ bildet nämlich in psychiatrischer Hinsicht ohnehin keine überzeugende Entscheidungsgrundlage. Denn die Psychiaterin des P.____ begründet ihre von Dr. T.____ abweichende Einschätzung unzureichend. Sie setzt sich mit seinen eingehenden, an sich nachvollziehbaren Erläuterungen zu den psychischen Reaktionen der Versicherten auf den Unfall und dessen Folgen nicht auseinander und legt nicht dar, warum sie sich der fehlenden psychiatrischen Morbidität als Grundlage des Schmerzsyndroms so sicher ist. Auch gibt sie nicht an, inwiefern die Symptomatik nicht störungsspezifisch ist und welche psychodynamischen Faktoren einer somatoformen Schmerzstörung beziehungsweise welche Elemente einer krankheitswertigen Depression oder Persönlichkeitsstörung fehlen. Im Übrigen scheint sich Dr. U.____ ausschliesslich auf die Angaben der Beschwerdeführerin zu Art und Auftreten der psychischen Symptome zu stützen. Ob und inwieweit weitergehende testpsychologische Abklärungen vorgenommen wurden, wie dies im N.____ der Fall war, geht aus dem Gutachten des P.____ nicht hervor. Dementsprechend fehlt auch eine Auseinandersetzung mit den testpsychologischen Abklärungsergebnissen Dr. T.____s (vgl. Urk. 8/39/35 ff. S. 20).

6.2 In somatischer Hinsicht stimmen die beiden Gutachtensstellen darin überein, dass sich das chronische generalisierte Schmerzsyndrom kaum objektivieren und nicht mit somatischen Befunden erklären lässt. Dieses Gutachtensergebnis wird indes durch die im H.____ erstmals Mitte 2009 in Betracht gezogene und nunmehr offenbar als gesichert angenommene Diagnose einer lipomatosis dolorosa in Frage gestellt. Diese Diagnose zählt gemäss der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD), 10. Revision, gültig ab 1. Januar 2011, zu den andernorts nicht klassifizierten Stoffwechselstörungen und figuriert unter ICD-10 E88.2. Es handelt sich dabei um eine seltene chronische Erkrankung, bei der es zur Bildung von schmerzhaften Fettgewebsablagerungen beziehungsweise Lipomen im subkutanen Bindegewebe kommt (vgl. <http://flexikon.doccheck.com>). Dementsprechend scheinen die Ärzte der Schmerzprechstunde - anders als die beiden Gutachtensstellen - das Schmerzsyndrom nicht mehr ausschliesslich dem psychischen Bereich zuzuordnen und diagnostizieren in psychiatrischer Hinsicht ausschliesslich eine Anpassungsstörung, Angst und Depression gemischt (ICD-10: F43.22).

Ob und seit wann bei der Beschwerdeführerin mit einer lipomatosis dolorosa vereinbare somatische Befunde erhoben wurden und inwieweit diese die geklagten Schmerzen zu erklären vermögen, kann dem eher kurz gehaltenen und daher als Entscheidungsgrundlage von vornherein ausser Betracht fallenden Bericht der Ärzte der Interdisziplinären Schmerzprechstunde nicht entnommen werden. Eine nochmalige umfassende somatische Abklärung unter dem Gesichtspunkt der lipomatosis dolorosa ist bei dieser Beweislage unabdingbar.

Sollte sich die Diagnose einer lipomatosis dolorosa nicht bestätigen, das Schmerzsyndrom weiterhin einer objektivierbaren somatischen Grundlage entbehren und sollten sich keinerlei neue Hinweise auf eine bisher nicht in Betracht gezogene psychische Störung ergeben, kann auf eine Klärung der Diskrepanzen der beiden Gutachtensstellen in psychischer Hinsicht verzichtet werden. Selbst dann, wenn man zugunsten der Beschwerdeführerin auf die psychiatrischen Diagnosen des N.____ abstellen würde, müsste nämlich, wie nachfolgend zu zeigen ist, die sich stellende Rechtsfrage, ob die festgestellte psychische Komorbidität hinreichend erheblich ist und ob einzelne oder mehrere der festgestellten weiteren Kriterien in genügender Intensität und Konstanz vorliegen, um gesamthaft den Schluss auf eine im Hinblick auf eine erwerbliche Tätigkeit nicht mit zumutbarer Willensanstrengung überwindbare Schmerzstörung und somit auf deren invalidisierenden Charakter zu gestatten (Bundesgerichtsurteil 8C_957/2010 vom 1. April 2011 E. 4.4, mit Hinweisen auf SVR 2008 IV Nr. 23 S.71, I 683/06 E. 2.2), verneint werden.

6.3 Das für die Beantwortung der Frage nach der Unzumutbarkeit eines Wiedereinstiegs im Vordergrund stehende Kriterium der psychischen Komorbidität ist mit den Diagnosen Agoraphobie und Insomnie nicht erfüllt. Denn gemäss Gutachter Dr. T.____ hängen diese mit dem Schmerzsyndrom zusammen (Urk. 8/39 S. 25). Insofern kommt ihnen keine selbständige Bedeutung zu. Von den übrigen Kriterien sind eigentliche chronische körperliche Begleiterkrankungen nicht ausgewiesen. Wohl sprechen die Ausführungen Dr. T.____s für eine gewisse Verfestigung des innerseelischen Verlaufs, die therapeutisch nur schwer beeinflussbar ist. Anhaltspunkte für eine missglückte, psychisch aber entlastende Konfliktbewältigung im Sinne eines primären Krankheitsgewinns oder "Flucht in die Krankheit" sind jedoch nicht ersichtlich. Erfüllt sind lediglich die Kriterien des chronifizierten Krankheitsverlaufs mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung und des Scheiterns einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz trotz kooperativer Haltung der Versicherten. Diese beiden Kriterien allein lassen jedoch einen Wiedereinstieg der Versicherten in den Arbeitsprozess nicht als unzumutbar erscheinen.

7. Zusammenfassend ergibt sich, dass in erster Linie zur Klärung der Diagnose einer lipomatosis dolorosa weitere Abklärungen erforderlich sind. Zu diesem Zweck ist die Sache unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung an die IV-Stelle zurückzuweisen.

8. Dieser Verfahrensausgang bedeutet, dass die Beschwerdeführerin praktisch obsiegt (vgl. Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 10. Februar 2004 i.S. K., U 199/02, Erw. 6, mit Hinweis auf BGE 110 V 57 Erw. 3a; SVR 1999 IV Nr. 10 S. 28 Erw. 3). Gestützt auf Art. 34 Abs. 1 und 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) in Verbindung mit Art. 61 lit. g ATSG ist die

Beschwerdegegnerin daher zur Bezahlung einer angemessenen, mit Fr. 3'400.-- (inkl. Barauslagen und 8 % Mehrwertsteuer) zu bemessenden Prozessentschädigung zu verpflichten. Auch hat die Beschwerdegegnerin für das aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG kostenpflichtige Verfahren aufzukommen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die Verfügung vom 28. Oktober 2009 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu verfährt.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden ihr nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 3'400.-- (inkl. Barauslagen und 8 % MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Dr. Cristina Schiavi
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherung

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

5. 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.