

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00061 vom 2. Februar 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-02-02, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2010.00061

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00061 du 2 février 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00061 del 2 febbraio 2011

Erwägungen

E. 2

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Hiergegen liess die Versicherte durch FÄ¼rsprecher JÄ¼rg Hunziker, Herzogenbuchsee, mit Eingabe vom 18. Januar 2010 Beschwerde mit dem Rechtsbegehren erheben, es sei die VerfÄ¼gung vom 30. November 2009 aufzuheben und die Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zur weiteren AbklÄ¼rung und anschliessender Neubeurteilung zurÄ¼ckzuweisen (Urk. 1 S. 2). Die Beschwerdegegnerin ersuchte mit Beschwerdeantwort vom 3. Februar 2010 um Abweisung der Beschwerde (Urk. 7), was der BeschwerdefÄ¼hrerin mit Brief vom 5. Februar 2010 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 9).

E. 2.1

Ä Ä Ä Ä Am 1. Januar 2008 sind die im Zuge der 5. IV-Revision revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes Ä¼ber die Invalidenversicherung (IVG) vom 6. Oktober 2006, der Verordnung Ä¼ber die Invalidenversicherung (IVV) vom 28. September 2007, des Bundesgesetzes Ä¼ber den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) sowie das Bundesgesetz Ä¼ber die Schaffung und die Ä¼nderung 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 Ä¼bergangsrechtliche 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 fÄ¼hrende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 467 Erw. 1, 126 V 136 Erw. 4b, je mit Hinweisen). Die angefochtene VerfÄ¼gung ist am 30. November 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, Ä¼ber welche noch nicht rechtskrÄ¼ftig verfÄ¼gt wurde, ist entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln fÄ¼r 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 EidgenÄ¼ssischen Versicherungsgerichts vom 7. Juni 2006 in Sachen M., I 428/04, Erw. 1). Dies fÄ¼hrt materiellrechtlich jedoch nicht ins Gewicht, weil die 5. IV-Revision hinsichtlich der InvaliditÄ¼tsbemessung keine substanziellen Ä¼nderungen gegenÄ¼ber der bis 31. Dezember 2007 gÄ¼ltig gewesenen Rechtslage gebracht hat, so dass die zur altrechtlichen Regelung ergangene Rechtsprechung weiterhin massgebend ist (Urteil des Bundesgerichts in Sachen A. 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.

2.2 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 in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung).

2.3 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 Prozent arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und

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

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

2.4 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 Erw. 3.4.2 mit Hinweisen).

Der Invaliditätsgrad ist jedoch durch Prozentvergleich zu ermitteln, wenn Validen- und Invalideneinkommen sich nicht hinreichend genau oder nur mit unverhältnismässig grossem Aufwand bestimmen lassen und in letzterem Fall zudem angenommen werden kann, die Gegenüberstellung der nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände geschätzten, mit Prozentzahlen bewerteten hypothetischen

Einkommen ergebe ein ausreichend zuverlässiges Resultat. Diese Berechnungsweise ist insbesondere anwendbar, wenn die konkreten Verhältnisse so liegen, dass die Differenz zwischen Validen- und Invalideneinkommen die für den Umfang des Rentenanspruchs massgebenden Grenzwerte von 70, 60, 50 und 40 Prozent (Art. 28 Abs. 2 IVG) eindeutig über- oder unterschreitet (BGE 104 V 135 Erw. 2b S. 137; Urteil des Bundesgerichts in Sachen S. vom 23. März 2010, 9C_100/2010, Erw. 2.1 mit Hinweis).

2.5 Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens, so auch einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, setzt zunächst eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 130 V 398 ff. Erw. 5.3 und Erw. 6). Wie jede andere psychische Beeinträchtigung begründet indes auch eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, wie chronische körperliche Begleiterkrankungen, ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung, ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens, ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"), das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person (BGE 130 V 352 Erw. 2.2.3 in fine). Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gallen 2003, S. 77).

2.6 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).

Die Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an formale Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu wärdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen,

objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 232 Erw. 5.1, 125 V 352 Erw. 3a).

3. Die medizinische Aktenlage stellt sich im Wesentlichen wie folgt dar:

E. 3

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Das Gericht zieht in Erwägung:

1. Streitig ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Rente der Invalidenversicherung.

1.1 Die Beschwerdegegnerin hatte verfassungsweise einen Rentenanspruch mit der Begründung verneint, die medizinischen Abklärungen seien umfassend vorgenommen worden. Die unterschiedliche Einschätzung in Bezug auf die Diagnosestellung einer somatoformen Schmerzstörung (F45.4) sei irrelevant, da für die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung F45.41 dieselben Rechtskriterien wie für F45.4 gälten (Urk. 2 S. 1 f.).

Im Rahmen der Beschwerdeantwort brachte die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen vor, die somatischen und psychischen Leiden der Beschwerdeführerin seien bereits umfassend abgeklärt worden, Neues werde nicht vorgebracht. Die hellschichterliche Rechtsprechung zur somatoformen Schmerzstörung sei im psychiatrischen Gutachten von Dr. med. B. ___ erklärend und nachvollziehbar ausgeführt (Urk. 7).

1.2 Demgegenüber liess die Beschwerdeführerin im Wesentlichen vorbringen, die Diagnose ICD-10 F45.4 sei in ihrem Falle nicht nachgewiesenermassen zutreffend. Auch ob die von Dr. D. ___ gestellten Diagnosen zutreffend seien, sei unklar. Desgleichen sei erst noch abzuklären, ob ein Syndromenkomplex von pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage vorliege oder nicht. Ihre Arbeitsfähigkeit könne erst beurteilt werden, wenn eine gesicherte Diagnose vorliege (Urk. 1 S. 3 ff.).

2.

E. 3.1

Das polydisziplinäre Gutachten des Zentrums C.____ vom 22. November 2005 zuhanden der SWICA (Urk. 8/18) nannte zusammenfassend folgende Diagnosen (S. 30):

- chronisches zervikozephalisches Schmerzsyndrom mit Zervikobrachialgie rechts und chronisches thorakolumbovertebrales Syndrom nach Heckauffahrkollision im Jahre 2003 mit Halswirbelsäulen-Distorsion mit leichter milder traumatischer Hirnverletzung;
- somatoforme Störung und phobische Störung nach Heckauffahrkollision mit Anpassungsstörung bei akzentuierten Persönlichkeitszügen;
- medikamentöse induzierte vegetative Nebenwirkungen;
- unfallfremde rezidivierende Infekte der oberen Luftwege.

Die Beschwerdeführerin habe am 3. Juni 2003 ein Halswirbelsäulen-Distorsionstrauma erlitten, bei welchem es ohne direktes Schädel-Hirntrauma zu einer milden traumatischen Hirnverletzung mit anterograde Amnesie gekommen sei. Die seither im Vordergrund stehenden chronischen Kopfschmerzen entsprächen einem posttraumatischen Kopfschmerz, der weitgehend die Charakteristik eines Spannungskopfschmerzes aufweise. Daneben seien panvertebrale Schmerzen vorhanden, wobei hier die Nackenschmerzen mit Einbezug des Schultergürtels und vor allem des rechten Armes von Bedeutung seien. Hinweise auf eine radikuläre sensomotorische Ausfallssymptomatik hätten sich jedoch nicht gefunden, auch der übrige Befund im neurologischen Status sei unauffällig. Des Weiteren beständen ausgeprägte vegetative Symptome wie Schwindel, Müdigkeit sowie auch Erbrechen. Das Erbrechen sei wahrscheinlich multifaktoriell bedingt, teils als Restzustand nach einer Halswirbelsäulen-Distorsion zu werten, teils psychogen mitdeterminiert bei akzentuierten Persönlichkeitszügen, zum Teil wahrscheinlich aber auch medikamentös induziert. Es handle sich sicher um einen protrahierten Verlauf (S. 31). Die subjektiv geklagten Beschwerden könnten weitgehend objektiviert werden. Im Nackenbereich seien tendomyotische Veränderungen mit hypertoner Muskulatur und Verkürzung derselben feststellbar. Dies gelte auch für den Schultergürtelbereich. Die Beweglichkeit der Halswirbelsäule sei deutlich herabgesetzt. Die Kopfschmerzen seien als solche posttraumatischer Art zu interpretieren und trügen weitgehend die Charakteristik von Spannungskopfschmerzen. In diesem Zusammenhang sei auch an die medikamenteninduzierten Nebenwirkungen zu denken. Bei der bisher erfolgten Chronifizierung würden wahrscheinlich auch andere Faktoren eine Rolle spielen: Die Beschwerdeführerin weise akzentuierte histrionische und narzisstisch selbstunsichere Persönlichkeitszüge mit einer Tendenz zur Regression auf (S. 33). Eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes sei in jedem Fall zu erwarten (S. 35).

Aus gesamtmedizinischer Sicht sei die Beschwerdeführerin als Abteilungsleiterin einer Y.____-Filiale aufgrund der somatischen Beschwerden zu 30 % arbeitsfähig, aus psychischen Gründen aber noch nicht einsetzbar. Als Mitarbeiterin einer Y.____-Filiale sei sie zu ca. 30 % - für maximal 2.5 Stunden pro Woche - arbeitsfähig, wobei innerhalb des nächsten halben Jahres eine Steigerung auf 50 % möglich sei. Eine weitere Steigerung der Arbeitsfähigkeit im weiteren Verlauf sei durchaus anzunehmen (S. 35 f.). Aufgrund der somatischen Beschwerden betrage das aktuelle Gewichtshelimit und Gewichtstragelimit 10 kg. Heberarbeiten seien zu vermeiden, ebenso Zwangshaltungen oder repetitive Arbeiten in bestimmten Haltungen. Rein somatisch seien solche Tätigkeiten im Umfang von zweimal drei Stunden pro Tag mit reduzierter Leistung

zumutbar. Aus psychiatrischer Sicht können aktuell adaptierte Tätigkeiten im Umfang von 12 Stunden pro Woche mit Steigerungsmöglichkeit in Frage. Eine Tätigkeit als Mitarbeiterin in einem Verkaufsladen sei optimal. In keiner anderen Tätigkeit würde die Beschwerdeführerin in höherem Umfang leistungsfähig sein (S. 36). Aktuell sei wahrscheinlich nicht davon auszugehen, dass ein bleibender Nachteil resultieren werde (S. 32). Die Prognose erscheine trotz des langwierigen Verlaufs nicht ungünstig. Die Beschwerdeführerin sei motiviert, das Ihre zu einer progressiven Verbesserung ihres Gesundheitszustandes beizutragen. Eine posttraumatische Belastungsstörung sei nicht anzunehmen. Unfallfremde soziokulturelle Faktoren seien vorliegend nicht relevant (S. 37).

3.2.2 Der zuständige Arzt des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD), Dr. med. E.____, Praktischer Arzt FMH, Vertrauensarzt SGV, wies in seiner Stellungnahme vom 15. Mai 2007 (Urk. 8/55/4) darauf hin, es seien keine unfallfremden kausalen Faktoren für arbeitsfähigkeitsrelevante Gesundheitsschäden ersichtlich. Man könne von einer Restarbeitsfähigkeit von 50 % für angepasste Tätigkeiten ab Juni 2006 ausgehen, vorher von 30 %. Ein weiterer Abklärungsbedarf bestehe nicht.

E. 3.3

Im Rahmen des polydisziplinären Gutachtens des C.____ vom 20. Mai 2008 (Urk. 8/58) stellte Dr. med. F.____, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, folgende Diagnosen (S. 11):

- Körpergewicht an der unteren Normgrenze, Body-Mass-Index (BMI) 18;
- Status nach Appendizitis perforata mit Appendektomie im Jahre 2004;
- Status nach Tonsillektomie im Jahre 2005 bei rezidivierenden oberen Luftwegsinfekten;
- chronisch rezidivierende obere Luftwegsinfekte.

Zur Zeit liege kein die Arbeitsfähigkeit einschränkendes internmedizinisches Leiden vor (S. 11).

Dr. G.____, Facharzt Rheumatologie, nannte in seinem Teilgutachten folgende Diagnosen (S. 15):

- chronisches zervikozephal und rechtsseitiges zervikobrachiales Schmerzsyndrom;
- Status nach Halswirbelsäulen-Distorsionstrauma am 3. Juni 2003 mit leichter milder traumatischer Hirnverletzung.

Rechts sei ein Schultertiefstand vorhanden. Es bestehe eine Wirbelsäulenfehlhaltung mit Brustwirbelsäulen-Hyperkyphose und Schulterprotaktion. Aktive Rotationen der Halswirbelsäule seien deutlich eingeschränkt. Die Bewegungen würden langsam durchgeführt und wirkten verkrampft. Über dem Occiput beständen Druckdolenzonen beidseits, desgleichen über allen zervikalen Facettengelenken und über dem Nacken-/Schultergürtel beidseits bis zu den Rhomboidei. Tonusstörungen seien sowohl über dem Pars descendens des Musculus trapezius als auch über dem Levator scapulae, weniger über den Rhomboidei nachweisbar. Druckdolent sei auch die rechte Clavicula ohne palpierbaren Clavicula-Hochstand. Bei Extension sei im Bereich der mittleren Brustwirbelsäule sowie zusätzlich über dem Nacken und Hinterkopf ein leichter Schmerz vorhanden (S. 14 f.). Es persistierten Hinterkopfschmerzen mit Ausstrahlung in den ganzen Kopf und

begleitendem Augendruck, Nackenschmerzen mit Ausstrahlung entlang des Rückens bis zum Kreuz sowie in den rechten Arm mit Kraftlosigkeit, Drehschwindel und Episoden von anfallsweisem Wärmegefühl und zum Teil Schwarzwerden vor den Augen. Nach wie vor bestehe eine klare Belastungsintoleranz. Geistige und körperliche Belastungen würden Schmerzexazerbationen mit teilweise vernichtenden Kopfschmerzepisoden bewirken. Bei der klinischen Untersuchung zeige sich nach wie vor eine deutlich eingeschränkte Halswirbelsäule mit Rotationen in Neutralstellung bis 45° mit weichem, muskulärem Stopp. Versuche, die Beweglichkeit passiv etwas zu verbessern, führten zu starken Schmerzen im Bereich des Nacken / Hinterkopfes und zu vegetativen Begleiterscheinungen. Es finde sich eine schmerzhaft empfindliche Zone im Bereich des Nacken / Schultergürtels beidseits. Eine Ätiologie der beklagten Kraftlosigkeit des rechten Armes habe nicht gefunden werden können (S. 16). Die Streckhaltung und diskrete rechtskonvexe Skoliose der Halswirbelsäule seien ohne klinische Relevanz. Die Beweglichkeitseinschränkung der Halswirbelsäule sei somit strukturell nicht erklärbar. Es handle sich um ein zervikozephalales und rechtsseitiges zervikobrachiales Schmerzsyndrom vorwiegend myotendinogener Genese. Die Ausstrahlungen entlang des Rückens bis zum Kreuz seien ohne funktionelle Bedeutung. Es sei von einem Endzustand auszugehen. Aus rheumatologischer Sicht sei aufgrund der erhobenen Befunde nicht erklärbar, warum die Beschwerden seit der Begutachtung im Jahre 2005 im gleichen Ausmass persistierten. Für eine leichte körperliche Arbeit, ohne repetitive Überkopfarbeiten, ohne Tragen und Heben von Gewichten mehr als 5-10 kg, ohne Arbeiten in Zwangshaltungen der Halswirbelsäule oder repetitive Haltearbeiten der Arme sei die Arbeitsfähigkeit leicht eingeschränkt im Sinne eines vermehrten Pausenbedarfs (S. 17).

Prof. Dr. med. H. ____, Facharzt FMH für Neurochirurgie, diagnostizierte chronische Zervikozephalgien nach Halswirbelsäulen-Distorsionstrauma am 3. Juni 2003 und unfallunabhängig rezidivierende Racheninfekte (S. 20). Prof. H. ____, hielt zudem fest, die Beweglichkeit der Halswirbelsäule sei in allen Richtungen deutlich eingeschränkt. Jeweils bei Flexion / Extension, Seitneigung / Rotation sei die Beweglichkeit um ein Drittel eingeschränkt, wonach eine Blockierung und eine Schmerzangabe im Nacken erfolge. Die Brustwirbelsäule und die Lendenwirbelsäule würden steif gehalten. Es werde bloss eine geringe Kyphosierung der Lendenwirbelsäule in eine Beugestellung bis zu einem Finger-Boden-Abstand von 50 cm erreicht (S. 19). Die Halswirbelsäulen-Problematik habe inzwischen zu einem chronischen kraniozervikalen Beschleunigungstrauma geführt. Die Prognose sei nunmehr als ungünstig zu beurteilen (S. 20).

Dr. med. I. ____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, nannte seinerseits folgende Diagnosen (S. 23):

- Dysthymie;
- nicht näher bezeichnete somatoforme Schmerzstörung;
- akzentuierte Persönlichkeitszüge;
- anamnestisch phobische Störung.

Initial habe nach dem Unfallereignis eine Anpassungsstörung im Vordergrund gestanden. Aufgrund der Dauer habe diese Diagnose später entsprechend

dem vorherrschenden Zustandsbild umcodiert werden müssen. Nebst einer nicht näher bezeichneten somatoformen Störung habe zweifellos auch eine phobische Störung bestanden. Der Verlauf nach dem Unfall sei aus psychiatrischer Sicht ungewöhnlich gewesen, einerseits protrahiert und andererseits mit vielfältigen ausgeprägten Symptomen einhergehend. Entscheidend hätten auch akzentuierte kombinierte Persönlichkeitszüge in Form von histrionischen, narzisstisch-selbstunsicheren Anteilen mitgewirkt. Die Schwierigkeiten beim Erheben neuropsychologischer Befunde hätten mehr mit den Persönlichkeitszügen der Beschwerdeführerin als mit hirnorganisch begründbaren Störungen in Zusammenhang gestanden (S. 24). Nunmehr sei sie in ihrem Antrieb vermindert, leide unter Gefühlen der Unzulänglichkeit und an Konzentrationsstörungen, zeige eine gewisse Affektlabilität in Form einer Neigung zum Weinen etc. Die Kriterien einer Dysthymie nach ICD-10 F34 seien im Wesentlichen alle erfüllt. Diese Diagnose zeige eine grosse Überlappung mit dem früher diagnostizierten neurasthenischen Symptomenbild. Die Beschwerdeführerin erfülle prinzipiell auch Kriterien einer leichten depressiven Störung, aufgrund der Inkonstanz der depressiven Stimmungslage und der Persönlichkeitszüge erscheine die Diagnose einer Dysthymie jedoch sinnvoller. Daneben bestehe das chronifizierte Schmerzleiden, welches im Sinne der somatoformen Störung diagnostiziert werden müsse. Hier habe sich gegenüber der Vorbegutachtung wenig verändert, der Beschwerdeführerin sei es offenbar gelungen, das Schmerz coping etwas zu verbessern. Die im Jahre 2005 diagnostizierte phobische Störung erscheine heute weniger ausgeprägt. Schliesslich hätten nach wie vor akzentuierte Persönlichkeitszüge festgestellt werden müssen, einerseits narzisstische Züge - die Beschwerdeführerin zeige ein hohes Leistungsideal sowie entsprechend erhebliche Selbstbewertungstendenzen, wenn es ihr nicht gelinge, die eigenen (hohen) Anforderungen zu erfüllen -, andererseits histrionische Persönlichkeitszüge, wobei Letztere geringer als früher ausgeprägt seien. Insgesamt sei der Eindruck eines wesentlich psychodynamischen, der Beschwerdeführerin unbewussten Geschehens entstanden, bei welchem diese Persönlichkeitszüge eine erhebliche Rolle spielen würden (S. 25). Ursächlich liege möglicherweise eine unbewusste Mangelerfahrung vor (S. 25 f.). Das psychische Leiden trete gegenüber den eigentlichen Unfallfolgen mehr und mehr in den Vordergrund (S. 26).

Der Neuropsychologe lic. phil. J. ___ stellte fest, dass neben der Schmerzfixierung auch eine Aggravation vorzuliegen scheine (S. 27).

In der zusammenfassenden Beurteilung hielten die Dres. I. ___, F. ___ und Prof. H. ___ insbesondere fest, in der Folge des Unfalles sei es zu einem protrahierten Heilverlauf mit ausgeprägter, insbesondere auch vegetativer Symptomatik gekommen (S. 27). Objektivierbar seien bloss diskrete Verspannungen im Bereich der Halswirbelsäule. Radiologisch habe sich eine Streckhaltung der Halswirbelsäule ohne wesentliche degenerative Veränderungen gezeigt. Im Ganzen handle es sich um einen altersentsprechend normalen Befund (S. 28 f.). Subklavikulär fanden sich im Bereich des Musculus pectoralis beidseits supramammäre derbe, indolente, gut verschiebliche Resistenzen. Zudem beständen trockene Lippen mit teilweiser Rhagadenbildung und ophthalmologisch funktionelle Beschwerden im Rahmen der Asthenie. Im Labor habe sich ein grenzwertig erhöhter Nüchternblutzucker, eine leichte Leukozytose infolge Nikotinabusus sowie ein grenzwertig, aber unspezifisch erhöhter CA 15/3-Tumormarker

gezeigt. In psychiatrischer Hinsicht bestehe eine depressive Stimmungslage ohne schwere durchgängige Depressivität, mit verminderter affektiver Schwingungsfähigkeit sowie eine starke Fixierung auf das Schmerzleiden. Die von der Beschwerdeführerin in der neuropsychologischen Testuntersuchung gezeigten Resultate seien in einer derartigen Diskrepanz zur kognitiven Situation, dass sie als wenig aussagekräftig beurteilt werden müssten (S. 29). Die in den Teilgutachten gestellten Diagnosen wurden ergänzt durch (S. 29 f.):

- chronisches thorakolumbovertebrales Syndrom nach Halswirbelsäulen-Distorsion im Jahre 2003;
- grenzwertiger Nüchternblutzucker und CA 15/3-Tumormarker;
- supramammäre Resistenzen beidseits;
- Nikotinabusus.

Seit der letzten Begutachtung im Jahre 2005 seien keine wesentlichen Fortschritte im Gesundheitszustand erzielt worden, im Gegenteil erscheine die Beschwerdeführerin nun affektiv eher beeinträchtigt. Die Prognose sei als schwieriger einzuschätzen, da die objektivierbaren Befunde im somatischen Bereich gering seien. Ein Vorzustand aus somatischer Sicht habe nicht gefunden werden können, hingegen würden die vorbestehenden akzentuierten Persönlichkeitszüge den Heilverlauf entscheidend beeinflussen. Es sei mit einem gewissen bleibenden Nachteil auf psychischer Ebene zu rechnen, nicht aber mit funktionellen Einschränkungen, da sie aktuell kaum oder gar nicht beständen (S. 30). Die Beschwerdeführerin habe bislang nur wenig Einsicht in die Natur ihres Schmerzleidens gewinnen können, zeige entsprechend eine Fixierung auf das Schmerzleiden und sei dadurch in ihrem Coping der aktuell vorhandenen Schmerzen blockiert. Die geklagten Schmerzen könnten nicht objektiviert werden, hingegen ein deutliches psychisches Leiden mit erheblichem Leidensdruck, deutlicher Belastung und affektiver Beeinträchtigung (S. 31). Muskuläre Verspannungen, ein Hartspann oder Myogelosen fänden sich keine. Die von der Beschwerdeführerin beklagten multiplen Beschwerden entsprächen dem typischen Beschwerdebild nach einem Halswirbelsäulen-Distorsionstrauma, würden aber auch bei rein psychogenen Leiden ohne solches Trauma gefunden (S. 33). Mit einer namhaften Besserung der Gesundheitsschädigung könne aber noch gerechnet werden (S. 34). Aufgrund der somatischen Beschwerden bestehe in einer behinderungsangepassten rückenadaptierten Tätigkeit mindestens eine 80%ige Einsatzfähigkeit, wobei sich die Einschränkungen im Wesentlichen im Schmerzerleben der Beschwerdeführerin begründen liessen. Die Einsatzfähigkeit aufgrund der psychischen Beschwerden betrage ca. 30 %. Die Beschwerdeführerin sei in Tätigkeiten, welche höhere konzentrierte Leistungen erforderten, infolge der psychogenen Natur ihrer psychischen Beschwerden und der aktuellen Medikation zusätzlich eingeschränkt. Insgesamt resultiere eine 30%ige Einsetzbarkeit, da sich die somatischen und die psychischen Beschwerden überlagerten. Die Restarbeitsfähigkeit solle sinnvollerweise über die Woche aufgeteilt werden. Langfristig könne eine wesentliche Verbesserung des Arbeitspensums noch erreicht werden. (S. 35 f.).

3.4 Der RAD-Arzt Dr. E. ___ erklärte in seiner Stellungnahme vom 24. Juni 2008 (Urk. 8/55/5 f.), die psychiatrische Stellungnahme im Gutachten des C. ___ vom 20. Mai 2008, wonach eine somatoforme Schmerzstörung bestehe, daneben als einzige

psychische Komorbidität mit einer Dysthymie, daraus resultierend eine 70%ige Arbeitsunfähigkeit, können nicht ohne Weiteres nachvollzogen werden. Es werde die Einholung eines psychiatrischen Gutachtens empfohlen.

3.5 Dr. med. B. ____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, stellte in seinem Gutachten vom 9. Februar 2009 zuhanden der Beschwerdegegnerin (Urk. 8/49) folgende Diagnosen (S. 9):

- anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4);
- Dysthymia (ICD-10 F34.1).

Die Beschwerdeführerin leide seit dem Unfall vom Juni 2003 in erster Linie an einem therapieresistenten Schmerzsyndrom. Sie empfinde die Schmerzen vor allem im Nackenbereich, wobei es zu Ausstrahlungen in den Rücken komme, sei deutlich auf ihre Schmerzen fixiert und äussere hypochondrische Befürchtungen (S. 6 f.). Die Schmerzkrankheit sei chronifiziert und progredient (S. 9). Die Kriterien von ICD-10 F45.4 seien in ausgeprägter Form erfüllt. Die in den Jahren 2003 bis 2005 in der Regel diagnostizierte Anpassungsstörung sei zutreffend gewesen, könne jedoch nicht länger als zwei Jahre bestehen. Da die Verstimmungen in der Regel mässig ausgeprägt seien, könne nunmehr eine Dysthymie diagnostiziert werden. Diese sei erstmals im Herbst 2008 festgestellt worden (S. 7). Es bestehe eine milde depressive Symptomatik, welche mit häufigeren guten Phasen abwechsle (S. 8). Das Zustandsbild einer Dysthymia entspreche beinahe dem Normalverhalten (S. 8 f.). Die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung könne nicht bestätigt werden, da es sowohl an einem schweren traumatisierenden Ereignis wie auch an den typischen Symptomen fehle (S. 7). Bei der Beschwerdeführerin seien ungünstige krankheitsfremde Faktoren vorhanden, welche sich negativ auf die Arbeitsintegration auswirken würden: invalider Vater, sekundärer Krankheitsgewinn, relativ hohe Rente (richtig: Entschädigung der Haftpflichtversicherung), fehlende Berufsausbildung (S. 8). Eine Willensanstrengung zur Schmerzbewältigung sei vorliegend zumutbar, weshalb die Arbeitsfähigkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich aus psychiatrischer / psychosomatischer Sicht nicht eingeschränkt sei. Die Prognose sei günstig (S. 9). Auch in angepasster Tätigkeit und im Haushalt bestehe keine Einschränkung (S. 9 f.). Da keine psychischen oder psychosomatischen Krankheiten nachweisbar seien, sei davon auszugehen, dass die negativen psychosozialen Faktoren überwiegen würden (S. 10).

E. 3.6

Der RAD-Arzt Dr. E. ____, legte in seiner Stellungnahme vom 24. März 2009 (Urk. 8/55/6 f.) dar, das psychiatrische Gutachten von Dr. B. ____, vom 9. Februar 2009 sei umfassend, in Kenntnis der Vorakten erstellt worden, beruhe auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtige die geklagten Beschwerden und sei in der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit nachvollziehbar. Ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter psychischer Gesundheitsschaden sei nicht ausgewiesen. Es könne nun eine maximal 20%ige Arbeitsunfähigkeit für die bisherige Tätigkeit und für weitere behinderungsangepasste Tätigkeiten seit dem Unfall vom 3. Juni 2003 als ausgewiesen gelten. Hinweise auf unfallfremde Faktoren lägen nicht vor.

3.7 Dr. med. D. ____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, führte in seinem Bericht vom 6. Juli 2009 (Urk. 8/61) aus, das aktuell noch persistierende Beschwerdebild sei typisch für einen Zustand nach milder traumatischer Hirnverletzung und/oder

Distorsionstrauma der Halswirbelsäule. Es bestanden keine Hinweise darauf, dass das Schmerzsyndrom, der Schwindel, der Tinnitus und die neuropsychologischen Probleme primär psychogen erklärt werden könnten. Aus psychiatrischer Sicht leide die Beschwerdeführerin an einer Anpassungsstörung, wobei vor allem depressive Aspekte dominierten, in einem geringeren Ausmass auch Angstphänomene in unfallspezifischen Situationen. Als Diagnose lasse sich eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21) stellen. Die Kriterien von ICD-10 seien eine Diagnose über die definierten Zeiträume hinaus vor, sofern die Stressoren anhalten würden. Zusätzlich lasse sich die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) stellen. Diese Diagnose sei in ICD-10 erst seit dem 1. Januar 2009 enthalten und deshalb Dr. B. wohl nicht bekannt (S. 5). Vorliegend gingen die Schmerzen auf eine physische Gewalteinwirkung zurück, das Schmerzerleben werde durch psychische Faktoren moduliert und diese stellten ein chronifizierender Faktor dar. Die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung sei keinesfalls richtig. Die von Dr. B. angeführten ungünstigen krankheitsfremden Faktoren invalider Vater und hohe Rente seien bloss hypothetischer Natur, während ein sekundärer Krankheitsgewinn nicht feststellbar sei und die fehlende Berufsausbildung keine Rolle spiele (S. 6). Um das Gesamtbild der Folgen einer milden traumatischen Hirnverletzung und/oder eines Distorsionstraumas mit nachfolgend protrahiertem Verlauf zu erfassen, bedürfe es einer polydisziplinären Beurteilung in rheumatologischer, neurologischer, neuropsychologischer und psychiatrischer Hinsicht (S. 6 f.).

3.8 Dr. B. führte in seinem ergänzenden Bericht vom 20. August 2009 (Urk. 8/64) aus, die Beurteilung der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit werde vom C. erstaunlicherweise nicht nach den heute geltenden Foersterschen Kriterien vorgenommen. Würden die Diagnosen des C. vom 20. Mai 2008 nach diesen abgehandelt, ergebe sich folgende Beurteilung:

- Eine bedeutende psychische Komorbidität bestehe nicht, sondern vielmehr mild ausgeprägte Verstimmungen (Dysthymie) sowie akzentuierte Persönlichkeitszüge, wobei Letztere keinen Krankheitswert im Sinne einer Persönlichkeitsstörung hätten.
- Die soziale Integration sei nicht verloren gegangen.
- Der Einfluss der chronischen körperlichen Begleitkrankheiten auf eine angepasste Arbeitstätigkeit werde mit einer 20%igen Einschränkung angegeben.
- Die Schmerzkrankheit sei allerdings progredient und chronifiziert.

Die Willensanstrengung zur Schmerzbewältigung sei folglich zumutbar (S. 2). In psychiatrischer Hinsicht seien keine invalidenversicherungsrechtlich relevanten Änderungen der Arbeitsfähigkeit vorzunehmen (S. 2 f.). Was die Beurteilung Dr. D.s vom 6. Juli 2009 anbelange, gelte hinsichtlich der Anpassungsstörung die offizielle ICD-10, nicht aber die sogenannten Forschungskriterien, weshalb weiterhin von einer Dysthymie ausgegangen werden könne. Ferner diskutiere Dr. D. die zuvor mehrfach gestellte Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung nicht, welche als gesichert gelten könne (S. 3). Bei der von Dr. D. angeführten Diagnose ICD-10 F45.41 handle es sich um einen provisorischen Vorschlag. Angesichts der ausführlichen Untersuchungen interdisziplinärer Art im C. könne auf eine erweiterte interdisziplinäre Begutachtung verzichtet werden (S. 4).

3.9. Der RAD-Arzt Dr. E. ___ hielt in seiner Stellungnahme vom 16. September 2009 (Urk. 8/70/1-2) fest, die Forderung Dr. D. ___s nach einer polydisziplinären Abklärung sei als obsolet zu betrachten. Die Beschwerdeführerin sei polydisziplinär und zusätzlich nochmals psychiatrisch begutachtet worden. Objektivierbare somatische Störungen lägen gemäss der polydisziplinären Abklärung nicht vor. Die invalidenversicherungsrechtliche Relevanz der psychogenen Schmerzstörung sei gutachterlich korrekt überprüft worden. Die RAD-Stellungnahme vom 24. März 2009 bleibe gültig.

3.10. Dr. D. ___ legte in seiner Stellungnahme vom 27. Oktober 2009 dar, das Gutachten des C. ___ vom 20. Mai 2008 liege ihm nicht vor, weshalb er dazu nicht umfassend Stellung nehmen, sich wohl aber zu der dort gestellten Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung äussern könne (Urk. 8/69/1). Bezüglich der Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21) beziehe er sich sowohl auf ICD-10 als auch auf DSM-IV. Letzteres sei ein diagnostisches Manual, das in der Schweiz von Psychiatrie und Rechtsprechung anerkannt werde. Gemäss DSM-IV könne die Anpassungsstörung bestehen bleiben, wenn die Belastung oder deren Folgen andauerten. Die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) sei seit dem 1. Januar 2009 in ICD-10 enthalten und beschreibe ziemlich genau die Situation der Beschwerdeführerin (Urk. 8/69/2). Dr. B. ___ habe dies bloss noch nicht nachvollzogen. In Bezug auf die anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) beziehe sich Dr. B. ___ lediglich auf früher Beurteilende. Eine Begutachtung, die eine Diagnose als gesichert annehme, weil sie anderswo auch schon gestellt worden sei, sei an sich fragwürdig (Urk. 8/69/3). Dr. B. ___ erbringe in seinem Gutachten keinen Nachweis, dass im Zusammenhang mit den Schmerzen emotionale Konflikte oder psychosoziale Probleme vorliegen, die schwerwiegend genug seien, dass sie als entscheidende ursächliche Einflüsse wirksam seien. Aufgrund der von Dr. B. ___ vorgelegten Definition des Syndroms sei er gar nicht in der Lage, die Diagnose zu stellen (Urk. 8/69/4).

3.11. In seiner abschliessenden Stellungnahme vom 24. November 2009 legte der RAD-Arzt Dr. E. ___ dar, Dr. D. ___ liege das Gutachten des C. ___ vom 20. Mai 2008 offensichtlich noch immer nicht vor, weshalb er insofern nicht umfassend Stellung nehmen könne. Der Expertenstreit zwischen Dr. D. ___ und Dr. B. ___ um die Diagnosestellung einer somatoformen Schmerzstörung sei irrelevant, da für die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung ICD-10 F45.41 dieselben Rechtskriterien gälten wie für ICD-10 F45.4. Die Diagnose ICD-10 F45.4 werde aber immerhin sowohl vom Psychiater des C. ___ als auch von Dr. B. ___ gestellt. Ein neuer Sachverhalt werde nicht vorgebracht. Aus medizinischer Sicht sei dieser Fall umfassend abgeklärt (Urk. 8/70/2).

E. 4

Strittig und zu prüfen ist die Restarbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in der angestammten und in einer behinderungsangepassten Tätigkeit.

4.1. Eine spezifische Halswirbelsäulenverletzung ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle mit dem für derartige Verletzungen typischen, komplexen und vielschichtigen Beschwerdebild kann die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit

beeinträchtigen. Aus dem Fehlen organisch nachweisbarer Befunde lässt sich in solchen Fällen nicht direkt auf uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit schliessen, die invalidisierende Wirkung des Leidens beurteilt sich nach Art. 7 und Art. 8 ATSG beziehungsweise Art. 28 IVG und der dazu ergangenen Rechtsprechung (BGE 136 V 280 f. Erw. 3.1 mit Hinweisen).

Bei im Zusammenhang mit Schmerzleiden fachärztlich festgestellten psychischen Krankheiten muss in jedem Einzelfall eine Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist dabei die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu erfolgende Beurteilung, ob und inwiefern der versicherten Person trotz ihres Leidens die Verwertung ihrer Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offenstehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch sozial-praktisch zumutbar und für die Gesellschaft tragbar ist. Damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann, sind von der soziokulturellen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne selbstständige psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabdingbar. Die Unzumutbarkeit einer willentlichen Leidensüberwindung und eines Wiedereinstiegs in den Arbeitsprozess ist nur in Ausnahmefällen anzunehmen und setzt Folgendes voraus: das Vorliegen einer mitwirkenden, psychisch ausgewiesenen Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer oder aber das Vorhandensein anderer qualifizierter, mit gewisser Intensität und Konstanz erfüllter Kriterien wie chronische körperliche Begleiterkrankungen und mehrjähriger Krankheitsverlauf bei unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerfristige Remission, ein ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens, ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr angehbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn) oder schliesslich unbefriedigende Behandlungsergebnisse trotz konsequent durchgeführter Behandlungsbemühungen (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) und gescheiterte Rehabilitationsmassnahmen bei vorhandener Motivation und Eigenanstrengung der versicherten Person (BGE 136 V 281 f. Erw. 3.2.1 mit Hinweisen).

Eine Distorsion der Halswirbelsäule mündet sehr oft in eine chronifizierte Schmerzproblematik, insbesondere in eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung (BGE 136 V 283 Erw. 3.2.2). Bei einer spezifischen und unfalladäquaten Halswirbelsäulenverletzung in Form eines Schleudertraumas ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle ist die bundesgerichtliche Rechtsprechung zur anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (BGE 130 V 352) sinngemäss anwendbar, da es aus Gründen der Rechtsgleichheit geboten ist, sämtliche pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage den gleichen sozialversicherungsrechtlichen Anforderungen zu unterstellen. Dem steht der allenfalls organische Charakter des Leidens nicht entgegen, hat doch die Rechtsprechung die zu vorwiegend psychisch begründeten Schmerzstörungen (ICD-10: F45.4) entwickelten Regeln u.a. bereits auf die als organisches Leiden betrachtete Fibromyalgie (ICD-10: M79.0) übertragen (E. 3.2.1). Invaliditätsrechtlich ist auch von Bedeutung, dass als "Schleudertrauma" oder "Chronic Whiplash Injury" bezeichnete Beeinträchtigungen im Sinne eines komplexen und chronischen Beschwerdebildes bisher

in keinem anerkannten medizinischen Klassifikationssystem als Diagnose figurieren (BGE 136 V 283 f. Erw. 3.2.3, mit Hinweisen).

4.2. In somatischer Hinsicht ergibt sich aus der medizinischen Aktenlage zusammenfassend, dass die Beschwerdeführerin in ihrer Tätigkeit als Verkäuferin offenbar dauerhaft durch chronische Zervikozephalgien und ein chronisches thorakolumbovertebrales Syndrom nach Heckauffahrkollision im Jahre 2003 mit Halswirbelsäulen-Distorsion mit leichter milder traumatischer Hirnverletzung eingeschränkt ist (vgl. Erw. 3.1 ff., Urk. 8/58/31). Die objektivierbaren Befunde im somatischen Bereich sind aber offenbar gering und die geklagten Schmerzen können nicht objektiviert werden (vgl. Erw. 3.3). Insbesondere attestierte Dr. Z. ___ unmittelbar nach dem Unfall keine somatischen Beeinträchtigungen (Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma vom 3. Juni 2003, Urk. 8/8/186-187). Somatische Beschwerden mit objektivierbarer Grundlage sind vorliegend somit grundsätzlich keine ausgewiesen. Daran ändert auch nichts, dass das C. ___-Gutachten vom 22. November 2005 noch bemerkte, dass die subjektiv geklagten Beschwerden weitgehend objektiviert werden könnten. Bereits damals waren einerseits die erhobenen Befunde - tendomyotische Veränderungen mit hypertoner Muskulatur im Nacken- und Schultergürtelbereich und eingeschränkte Beweglichkeit der Halswirbelsäule - vergleichsweise diskret und wurde andererseits darauf hingewiesen, dass bei der bisher erfolgten Chronifizierung wahrscheinlich auch andere - psychische - Faktoren eine Rolle spielen würden (Erw. 3.1). Demnach findet die zur somatoformen Schmerzstörung entwickelte Rechtsprechung sinngemäss Anwendung (Erw. 4.1).

4.3. In somatischer Hinsicht ist auf das C. ___-Gutachten aus dem Jahre 2008 abzustellen, welches auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden berücksichtigt, sich mit diesen sowie dem Verhalten der Beschwerdeführerin umfassend auseinandersetzt, in Kenntnis der Vorakten erstellt wurde, in der Darlegung der medizinischen Situation einleuchtet, wobei die Schlussfolgerung der Experten in nachvollziehbarer Weise begründet ist - was im Übrigen von der Beschwerdeführerin auch nicht in Abrede gestellt wird. Die Beschwerdegegnerin durfte somit somatischerseits von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in angestammter und behinderungsangepasster Tätigkeit in Höhe von maximal 20 % ausgehen.

4.4. In psychiatrischer Hinsicht sind den medizinischen Akten verschiedene Interpretationen und Beurteilungen zu entnehmen. Das C. ___-Gutachten aus dem Jahre 2005 beschrieb eine somatoforme Störung und eine phobische Störung nach Heckauffahrkollision mit Anpassungsstörung bei akzentuierten Persönlichkeitszügen (Erw. 3.1). Das C. ___-Gutachten aus dem Jahre 2008 attestierte der Beschwerdeführerin eine Dysthymie, eine somatoforme Schmerzstörung, akzentuierte Persönlichkeitszüge und eine phobische Störung, wies aber auf die Schwierigkeit der Befundung infolge der Mitwirkung akzentuierter kombinierter Persönlichkeitszüge hin (Erw. 3.3). Laut Dr. B. ___ sind keine psychischen oder psychosomatischen Krankheiten nachweisbar, die negativen psychosozialen Faktoren würden überwiegen (Erw. 3.5). Dr. D. ___ erhob schliesslich eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion sowie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren und wies darauf hin, die von Dr. B. ___ angeführten psychosozialen Faktoren seien bloss hypothetischer Natur, nicht feststellbar beziehungsweise spielten keine Rolle (Erw. 3.7; Erw. 3.10).

Klinisch-diagnostische Leitlinien, 5. Aufl., Bern 2005, S. 172). Sie erfüllt das Kriterium der erheblichen Komorbidität ebenfalls nicht.

4.5.5 Bei dieser Sachlage kann offen bleiben, welche psychiatrische Diagnose genau die zutreffende ist, da in jedem Fall die Rechtsprechung zur somatoformen Schmerzstörung Anwendung findet und so oder anders eine erhebliche psychische Komorbidität zu verneinen ist. Andere von der Rechtsprechung alternativ geforderte Kriterien (BGE 136 V 282 Erw. 3.2.1) sind ebenfalls nicht - jedenfalls nicht mit gewisser Intensität und Konstanz - erfüllt: Chronische körperliche Begleiterkrankungen sind, da die somatischen Beschwerden einer hinreichenden somatischen Grundlage entbehren, nicht gegeben, von einem ausgewiesenen sozialen Rückzug in allen Belangen des Lebens kann nicht die Rede sein, und konsequent durchgeführte Behandlungsbemühungen (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) und gescheiterte Rehabilitationsmassnahmen bei vorhandener Motivation und Eigenanstrengung der versicherten Person sind dem Dossier ebenfalls nicht zu entnehmen. Ein therapeutisch nicht mehr angehbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn) wurde von keinem Psychiater festgestellt. Erfüllt ist allenfalls - alleine schon durch Zeitablauf - der mehrjährige Krankheitsverlauf bei unveränderter oder progredienter Symptomatik, wobei dieses Kriterium von vornherein nicht als ausgeprägt erfüllt gelten kann, nachdem es der Beschwerdeführerin - mehrfach aktenkundig (vgl. Urk. 8/18/5, Urk. 8/18/7) - an der Motivation gefehlt hatte, an ihrem Leidenszustand etwas zu verbessern.

4.6 Bei dieser Sachlage ist es nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung einzig eine somatische Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in Höhe von maximal 20 % - in angestammter und behinderungsangepasster Tätigkeit - berücksichtigte.

E. 5

5.1 Bei der

5.1.1 Die Beschwerdeführerin verdiente gemäss IK-Zusammenzug vom 22. April 2005 (Urk. 8/9/3) im Jahre 2000 als gewöhnliche Verkäuferin, ohne Gesundheitsschaden und in einem Pensum von 100 % Fr. 49'649.--. Nach Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin Y. AG vom 2. Mai 2005 (Urk. 8/14/2, Ziff. 12) verdiente sie ab 1. Juni 2003 Fr. 4'700.-- monatlich, also Fr. 61'100.-- pro Jahr (Fr. 4'700.-- x 13). Vorliegend ist die hypothetische weitere berufliche Entwicklung der Beschwerdeführerin zu ungewiss, um von einem höheren Jahreslohn auszugehen. Sie arbeitete sich zwar von der angelernten Verkäuferin zur Geschäftefsführerin hoch, wurde dann aber nach rund 1 1/3 Jahren zur Rayonleiterin zurückgestuft (Urk. 8/1/2). Als Geschäftefsführerin war sie überfordert (Urk. 8/8/68; Urk. 8/8/130-131). Eine überwiegende Wahrscheinlichkeit für einen beruflichen Aufstieg besteht nicht. Demnach ist vom zuletzt vor dem Unfall erzielten Einkommen von Fr. 61'100.-- jährlich auszugehen. Da der Zeitpunkt des allfälligen Rentenbeginns im Jahre 2004 liegt,

ist dieser Jahresverdienst 2003 gemäss der Nominallohnentwicklung für Frauen im Handel aufzurechnen.

Angepasst an die Nominallohnentwicklung bis ins Jahr 2004 (Bundesamt für Statistik [BFS], Schweizerischer Lohnindex nach Branche [1993 = 100; im Internet abrufbar], Nominallohnindex Frauen [T1.2.93],

Abschnitt G, H, 1993: 100,

2003: 114.5,

2004: 115.7)

ergibt sich ein Jahresverdienst im Jahre 2004 von gerundet

Fr. 61'740.-- (Fr. 61'100.-- : 114.5 x 115.7). Dieser Verdienst ist als Valideneinkommen zu betrachten.

5.1.2 Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzielt, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 126 V 76 f. Erw. 3b/aa und bb, vgl. auch BGE 129 V 475 Erw. 4.2.1). Für die Invaliditätsbemessung wird praxisgemäss auf die standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) abgestellt (BGE 129 V 476 Erw. 4.2.1 mit Hinweis), wobei jeweils vom so genannten Zentralwert (Median) auszugehen ist. Bei der Anwendung der Tabellengruppe A gilt es ausserdem zu berücksichtigen, dass ihr generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zugrunde liegt, welcher Wert etwas tiefer ist als die bis 1998 betriebsübliche durchschnittliche Arbeitszeit von wörtlich 41,9 Stunden, seit 2008 von 41,6 Stunden (Die Volkswirtschaft 10-2009 S. 90 Tabelle B9.2; BGE 129 V 484 Erw. 4.3.2, 126 V 77 f. Erw. 3b/bb, 124 V 322 Erw. 3b/aa; AHI 2000 S. 81 Erw. 2a).

Da die Beschwerdeführerin seit dem 3. Juni 2003 keiner Arbeit mehr nachgeht (Sachverhalt Art. 1), ist somit im Rahmen der Invaliditätsbestimmung auf die Tabellenlöhne der LSE abzustellen.

Die Beschwerdeführerin hat nach dem Unfall vom 3. Juni 2003, insbesondere nach der Kündigung, mehrmals in Form von Arbeitsversuchen bei der früheren Arbeitgeberin gearbeitet (vgl. Urk. 8/8/20; Urk. 8/8/25; Urk. 8/8/39; Urk. 8/8/54; Urk. 8/8/78; Urk. 8/8/81; Urk. 8/8/90-91; Urk. 8/8/131-132; Urk. 8/8/138; Urk. 8/14/6; Urk. 8/18/9; Urk. 8/18/11; Urk. 8/18/17; Urk. 8/18/25; 8/22/4; Urk. 8/22/6; Urk. 8/25/1; Urk. 8/25/4; Urk. 8/29/4; Urk. 8/29/6; Urk. 8/29/22). Die frühere Arbeitgeberin hat sich gegenüber der Beschwerdeführerin somit als kulant erwiesen, und es darf angenommen werden, dass die Beschwerdeführerin nach wie vor bei ihrer ehemaligen Arbeitgeberin tätig sein könnte. Daher kann hier ausnahmsweise auf der Basis des früheren Lohns ein Prozentvergleich vorgenommen werden. In der angestammten Tätigkeit besteht nunmehr eine 20%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Erw. 4.3). Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass Teilzeitangestellte nicht zwingend weniger als Vollzeit tätige verdienen. In Beschäftigungsbereichen, in denen Teilzeitarbeit Nischen ausfüllen vermag, kann Teilzeitarbeit arbeitgeberseits sogar stark nachgefragt werden und dementsprechend gut entlohnt sein (vgl. BGE 126 V 75 E. 5a/cc mit Hinweisen). Verkäuferinnenstellen in der Lebensmittelbranche gehören zu solchen Teilzeitstellen.

Es rechtfertigt sich daher, von nicht mehr als von einer Erwerbseinbusse von 20 % und damit von einem entsprechenden Invaliditätsgrad von ebenfalls 20 % auszugehen. Dieser

liegt indes deutlich unter dem rentenbegrenzenden Invaliditätsgrad von 40 %.

5.2.1 Die Berechnung des Invaliditätsgrads mittels Bestimmung des Invalideneinkommens anhand von Tabellenlöhnen führte ebenfalls zu keinem rentenbegrenzenden Invaliditätsgrad.

5.2.1.1 Der im Rahmen der Lohnstrukturerhebung ermittelte Durchschnittslohn der Frauen, die einfache und repetitive Tätigkeiten ausübten, belief sich im Jahre 2004 auf monatlich

Fr. 3'893.-- (LSE 2004, Bundesamt für Statistik, Neuenburg 2006, Tabelle A1, Niveau 4, Total). Diesem liegt eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zu Grunde. Sodann sind der 13. Monatslohn sowie allfällige Sonderzahlungen im Tabellenlohn bereits miteinbezogen, weshalb für die Festsetzung des Jahreslohnes lediglich der Faktor 12 zu verwenden ist. Ausgehend vom genannten Einkommen und der durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit im Jahre 2004 von 41.6 Stunden ergibt dies im Zeitpunkt des mutmasslichen Rentenbeginnes im Jahre 2004 ein Jahreseinkommen von gerundet Fr. 48'585.--

(Fr. 3'893.-- : 40 x 41.6 x 12), bzw. von Fr. 38'868.-- bei einem 80%igen Pensum.

5.2.2 Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Mit dem sogenannten Leidensabzug wurde ursprünglich berücksichtigt, dass versicherte Personen, welche in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten und nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nurmehr beschränkt einsatzfähig sind, in der Regel das entsprechende durchschnittliche Lohnniveau gesunder Hilfsarbeiter nicht erreichen. Der ursprünglich nur bei Schwerarbeitern zugelassene Abzug entwickelte sich in der Folge zu einem allgemeinen behinderungsbedingten Abzug, wobei die Rechtsprechung dem Umstand Rechnung trug, dass auch weitere persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben können. Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75). Dabei ist zu beachten, dass allfällige bereits bei der Parallelisierung der Vergleichseinkommen mitverantwortliche Invaliditätsfremde Faktoren im Rahmen des sogenannten Leidensabzuges nicht nochmals berücksichtigt werden dürfen (BGE 134 V 322 Erw. 5.2).

5.2.3 Da ärztlicherseits die zeitliche Einschränkung mit "maximal" 20 % angegeben wurde (Erw. 4.3 und Erw. 4.6), keine Gründe für einen Abzug für Teilzeitarbeit bestehen (Erw. 5.1.2) und den leidensbedingten Einschränkungen in dieser Berechnungsvariante bereits mit der Einstufung im Anforderungsniveau 4 Rechnung getragen wurde, ist nicht noch zusätzlich ein Leidensabzug vorzunehmen. Mithin ergibt sich für das Jahr 2004 ein Invalideneinkommen von gerundet Fr. 38'868.--.

5.2.4. Der Vergleich des Valideneinkommens von Fr. 61'740.-- mit dem Invalideneinkommen von

Fr. 38'868.-- im Jahre 2004 ergibt eine Erwerbseinbusse von Fr. 22'872.--, womit ein Invaliditätsgrad von gerundet 37 % resultiert (zur Rundung vgl. BGE 130 V 121 Erw. 3.2). Dieser liegt ebenfalls unter dem rentenbegrenzenden Invaliditätsgrad von 40 %.

E. 6

Zusammenfassend hat die Beschwerdegegnerin einen Anspruch auf Rentenleistungen zu Recht abgelehnt, womit die Beschwerde abzuweisen ist.

Gemäss dem seit 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG in der seit dem 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Fassung). Vorliegend erweist sich eine Kostenpauschale von Fr. 1'000.-- als angemessen, welche gemäss dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdeführerin aufzuerlegen ist.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

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

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Fällspracher Jörg Hunziker
- 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.