

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00090 vom 16. Juni 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-06-16, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2010.00090](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2010.00090)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00090 du 16 juin 2011

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00090 del 16 giugno 2011

## Erwägungen

### E. 1

1.1. Strittig und zu präzisieren ist, ob die Beschwerdeführerin auch nach dem 30. September 2003 Anspruch auf eine Rente der Beschwerdegegnerin hat.

### E. 1.2

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). Der angefochtene Einspracheentscheid ist am 8. Dezember 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 verurteilt 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 in Sachen M., I 428/04, Erw. 1).

### E. 1.3

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG beziehungsweise ab der 5. IV-Revision Art. 7 Abs. 1 ATSG, in deren Rahmen Art. 7 ATSG durch einen zweiten Absatz ergänzt wurde, gemäss welchem für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen

Beeinträchtigung zu berücksichtigen sind und eine Erwerbsunfähigkeit zudem nur vorliegt, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist.).

Bei Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 50 E. 1.2 mit Hinweisen).

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG (seit 1. Januar 2004: in Verbindung mit Art. 28 Abs. 2 IVG und seit 1. Januar 2008 in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 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).

Bei nicht erwerbstätigen Versicherten, die im Aufgabenbereich tätig sind und denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, wird für die Bemessung der Invalidität in Abweichung von Art. 16 ATSG darauf abgestellt, in welchem Masse sie unfähig sind, sich im Aufgabenbereich zu betätigen (Art. 8 Abs. 3 ATSG bis 31. Dezember 2007 in Verbindung mit Art. 28 Abs. 2 bis IVG und seit 1. Januar 2008 in Verbindung mit Art. 28a Abs. 2 IVG; spezifische Methode; BGE 130 V 99 Erw. 3.3.1, 104 V 136 Erw. 2a; AHI 1997 S. 291 Erw. 4a). Als Aufgabenbereich der im Haushalt tätigen Versicherten gelten insbesondere die häusliche Tätigkeit im Haushalt, die Erziehung der Kinder sowie gemeinnützige und künstlerische Tätigkeiten (Art. 27 IVV).

Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, wird für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG (bis 31. Dezember 2007 Art. 28 Absatz 2 bis IVG) festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad entsprechend der Behinderung in beiden Bereichen zu bemessen (bis 31. Dezember 2003 Art. 27 bis IVV, bis 31. Dezember 2007 Art. 28 Abs. 2 ter IVG und ab 1. Januar 2008 Art. 28a Abs. 3 IVG; gemischte Methode der Invaliditätsbemessung).

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

1.5Ä Ä Ä Ä Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (in der bis zum 31. Dezember 2003 gültig gewesenen Fassung) hatten bis am 31. Dezember 2003 Versicherte Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 66

## E. 2

/

## E. 3

3.1Ä Ä Ä Ä Das die Beschwerdeführerin nach dem Unfall vom 17. Februar 2001 erstbehandelnde Spital F.\_\_\_\_ diagnostizierte eine HWS-Distorsion. Die Beschwerdeführerin sei vom 17. bis 20. Februar 2001 zu 100 % arbeitsunfähig. Ab dem 21. Februar 2001 bestehe wieder eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (Bericht vom 9. März 2001, Urk. 8/7/151) .

3.2Ä Ä Ä Ä Die Klinik Z.\_\_\_\_, in welcher die Beschwerdeführerin vom 18. Juni bis 27. Juli 2001 hospitalisiert war, hielt mit Austrittsbericht vom 28. August 2001 fest, rund fünfeneinhalb Monate nach der HWS-Distorsion persistierten bei der Beschwerdeführerin noch ein zervikobrachiales Schmerzsyndrom links mit von nuchal ausstrahlenden Kopfschmerzen, verminderter HWS-Beweglichkeit und phasenweise Schmerzen des linken Armes mit Hypästhesie vor allem des Klein- und Ringfingers der linken Hand, in geringerem Masse ausgeprägt der gesamten linken Hand. Ebenso bestehe linksseitig ein Tinnitus mit subjektiver Verminderung des Hörvermögens seit dem Unfall. Die Blockade im Kiefergelenk interpretierten sie als Restbeschwerden nach Kieferkontusion, wobei myofasziale Beschwerden im Sinne von temporomandibulären Verspannungen zum Unterhalt der Beschwerden beitragen. Bei diesen Einschränkungen bestehe derzeit keine verwertbare Arbeitsfähigkeit mehr. Eine abschliessende Beurteilung sei momentan nicht möglich (Urk. 8/7/90-93).

3.3Ä Ä Ä Ä PD Dr. A.\_\_\_\_ attestierte der Beschwerdeführerin mit Bericht vom 27. Januar 2003 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit für eine behinderungsangepasste Tätigkeit (Urk. 8/10).

3.4Ä Ä Ä Ä Die Beschwerdeführerin wurde am 20. Juni 2003 von Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie, kreisärztlich untersucht. Dieser hielt fest, die Frage, ob der Beschwerdeführerin durch den Unfall vom 17. Februar 2001 ein bleibender Nachteil verursacht worden sei, sei sehr schwierig zu beantworten, da keine Befunde vorlägen, welche die Symptomatik erklärten. Die medizinische Behandlungspalette sei ausgeschöpft (Bericht vom 20. Juni 2003, Urk. 8/15).

3.5. Dr. B. hielt in seinem Gutachten vom 30. August 2004 (Urk. 8/45) fest, die depressive Verstimmung der Beschwerdeführerin könne heute als chronifiziert bezeichnet und gemäss ICD-10 F43.2 am ehesten als Anpassungsstörung (längere depressive Reaktion) interpretiert werden. Dies auch wenn nach ICD-10 dieser Zustand nur leicht sei und nicht länger als zwei Jahre andauern soll. Da die depressive Verstimmung aber ziemlich eindeutig eine Reaktion auf den Unfall und seine Folgen zu sein scheine, der gemäss Klinik Z. im Sommer 2001 zu organischen Schädigungen und funktionellen Störungen und einer Arbeitsunfähigkeit geführt habe und von dem die Beschwerdeführerin sage, dass er ihr Leben komplett verändert habe, komme eine andere Klassifizierung unter den depressiven Störungen kaum in Frage. In diagnostischer Hinsicht könne man aber die Frage stellen, ob nicht auch von einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F54.4) gesprochen werden könne. Seines Erachtens könne dies eher nicht, da die von der Beschwerdeführerin angegebenen Beschwerden recht typisch für die Folgen eines chronisch verlaufenden so genannten Schleudertraumas seien. Ebenso sei ergänzend respektive differentialdiagnostisch eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.3) in Erwägung zu ziehen, da auch dafür Anhaltspunkte zu finden seien. Da jedoch die psychische Symptomatik von Anfang an stark durch die körperlichen Folgen der HWS-Distorsion überlagert worden seien, lasse sich diese Diagnose nur schwer eindeutig stellen. Das Ausmass der psychisch bedingten Reduktion der Arbeitsfähigkeit betrage schätzungsweise 25 % (S. 13-15).

3.6. Dr. med. H., Fachärztin FMH für Neurologie, verfasste am 7. März 2006 ein Gutachten zuhanden der SUVA (Urk. 8/71/104-130). Sie diagnostizierte dabei ein chronifiziertes Schmerzsyndrom bei chronischem zervikobrachialem und zervikozephallem Syndrom links bei Status nach HWS-Distorsionstrauma am 17. Februar 2001 und eine reaktive depressive Entwicklung (S. 14). Sie attestierte der Beschwerdeführerin eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in abwechselnder Stellung ohne Tragen von Gegenständen über 10 Kilogramm (S. 19).

3.7. Die Beschwerdeführerin wurde am 17. Januar 2007 von Dr. med. I., Fachärztin FMH für Neurologie, untersucht. Diese diagnostizierte mit Bericht vom 18. Januar 2007 ein Karpaltunnelsyndrom beidseits und einen Status nach HWS-Distorsionstrauma mit zervikalem und zervikobrachialem Schmerzsyndrom (Urk. 8/71/27-28).

3.8. Dr. med. J., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Arzt am Zentrum für Versicherungsmedizin der SUVA, untersuchte die Beschwerdeführerin am 25. Juli 2007. Er konnte keine psychischen Störungen feststellen. Bei der Untersuchung habe sich keine krankheitswertige psychopathologische Symptomatik gezeigt, subjektiv sei die Beschwerdeführerin nicht durch psychische Auffälligkeiten eingeschränkt, die als krankheitswertig einzustufen seien. Diese Feststellung, welche aus den subjektiven Äusserungen der Beschwerdeführerin selbst und dem psychiatrischen Befund resultiere, sei gut mit dem dokumentierten Verlauf vereinbar. Dr. J. konnte dementsprechend keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit festhalten (Urk. 8/71/5-15).

3.9. Prof. Dr. med. K., Facharzt für Oto-Rhino-Laryngologie, diagnostizierte mit Bericht vom 26. Mai 2009 eine Otolithenfunktionsstörung links. Gemäss Prof. Dr. K. liessen sich die von der Beschwerdeführerin geäusserten Schwindelbeschwerden bei der Gleichgewichtsfunktionsprüfung durch ein pathologisches Gangmuster beim Geradeausgang mit verschlossenen Augen sowie einen pathologischen

Unterberger-Tretversuch nachweisen. Ferner zeige sich eine Unterschätzung der subjektiven haptischen Vertikalen links, was als Zeichen einer Otolithenfunktionsstörung (Macula utriculi) auf der linken Seite bewertet werden könne. Die subjektive haptische Vertikale werde von der Maculafunktion und der Propriozeption beeinflusst. Beim Zeichnen einer subjektiv vertikalen Linie mit ausgestrecktem Arm auf das vorgehaltene Brett, das mit einer Wasserwaage ausgerichtet worden sei und anschließender Wiederholung in Lateralkippung um 20° nach links und rechts habe sich bei der Kippung nach links eine deutliche Abweichung der Linie von der Vertikalen gezeigt. Dies spreche für eine Utrikulusfunktionsstörung links. Otolithenfunktionsstörungen würden sowohl isoliert als auch in Kombination mit anderen peripheren vestibulären Läsionen auftreten. Typisch sei das Unsicherheitsgefühl im Dunkeln und die Schwankneigungen, insbesondere nach schnellen Körperbewegungen. Eine konventionelle Gleichgewichtsrehabilitation sei nicht erfolgreich. Spezifische auditorische Feedbackübungen ständen derzeit nur in wenigen Spezialkliniken zur Verfügung (Urk. 29).

3.10 Die C. \_\_\_ hielt in ihrem Gutachten vom 28. Juli 2009 (Urk. 8/96) als Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches Schmerzsyndrom mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) fest. Als Diagnose ohne Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nannte die C. \_\_\_ (1) ein chronisches Schmerzsyndrom im Bereiche des Kopfes, Schultergürtels und gesamten linken Armes, (2) einen Tinnitus links mit Hörstörung links anamnestisch, (3) einen Verdacht auf Kiefergelenkkontusion mit myofaszialen Schmerzen links, (4) einen Status nach Katheterablation 2008 bei rezidivierenden Tachykardien und (5) eine Refluxkrankheit. Die C. \_\_\_ attestierte der Beschwerdeführerin in der bisherigen Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 80 %, dies aufgrund der verminderten schmerzbedingten Belastbarkeit. Auch in einer den Möglichkeiten angepassten Verweisungstätigkeit bestehe eine 80%ige Arbeitsfähigkeit. Die Arbeitsfähigkeit in diesem Umfang bestehe seit dem 1. Oktober 2003 (S. 16-17) .

3.11 Dr. E. \_\_\_ diagnostizierte in seinem zusammen mit Dr. D. \_\_\_ am 18. August 2010 erstellten Gutachten (Urk. 18/1) aus neurologischer Sicht ein mäßig bis mittelstark ausgeprägtes rechtsbetontes oberes Zervikalsyndrom, ein leicht bis mäßig ausgeprägtes rechtsbetontes mittleres Zervikalsyndrom, mäßig ausgeprägte zervikozepale Beschwerden, eine leicht ausgeprägte kognitive Störung bei Schmerz- sowie seelischer Interferenz sowie den Verdacht auf eine periphere Vestibulopathie links, Differentialdiagnose: posttraumatisch versus Otolithenfunktionsstörung bei Zustand nach Verkehrsunfall am 17. Februar 2001 mit HWS-Distorsion (S. 16-17). Aus psychiatrischer Sicht diagnostizierte Dr. D. \_\_\_ eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.4), eine rezidivierende leichte, ängstlich geprägte depressive Episode (ICD-10 F33.0) und akzentuierte Persönlichkeitszüge mit schwernehmendem, ängstlich unsicherem sensitiven, zur Selbstbeobachtung und Somatisierung neigendem Typ Z73.1 (S. 22). Dr. D. \_\_\_ und Dr. E. \_\_\_ attestierten der Beschwerdeführerin bidisziplinär eine 45%ige Arbeits- und Leistungseinbuße (S. 26).

#### **E. 4**

4.1 Die Beschwerdeführerin stützt sich bei ihrer Beurteilung, wonach die Beschwerdeführerin seit Oktober 2003 zu 80 % arbeitsfähig sei, im Wesentlichen auf

das Gutachten der C.\_\_\_\_ vom 28. Juli 2009 (Feststellungsblatt, Urk. 8/107).

4.2.1.1 Die Beschwerdeführerin wurde von der C.\_\_\_\_ rheumatologisch, psychiatrisch, neurologisch und neuropsychologisch begutachtet (Urk. 8/96).

4.2.1.1.1 Dr. med. L.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Neurologie, welche die Beschwerdeführerin neurologisch begutachtete, konnte keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit feststellen. Die median begrenzte Sensibilitätsstörung und die Einschränkung in der HWS-Motilität konnte Dr. L.\_\_\_\_ organisch nicht erklären. Die von ihr attestierte uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit aus neurologischer Sicht ist aufgrund des Fehlens neurologischer Auffälle ohne Weiteres nachvollziehbar (Urk. 8/96/44-45).

4.2.2.1 Die Beschwerdeführerin wurde von lic. phil. M.\_\_\_\_ und lic. phil. N.\_\_\_\_, Fachpsychologinnen für Neuropsychologie FSP, neuropsychologisch begutachtet. Sie konnten dabei bei der Beschwerdeführerin unter Ausschluss der Faktoren Ausdauer und Belastung eine alters- und ausbildungsadäquate mentale Leistungsfähigkeit feststellen. Sie fanden in ihrer Untersuchung keine Hinweise für eine hirnorganische Schädigung. Die Beschwerdeführerin erbrachte grundsätzlich normgerechte Ergebnisse. Sie arbeitete grundsätzlich konzentriert, wechselte flexibel zwischen den verschiedenen Anforderungen und setzte Instruktionen problemlos um. Es fanden sich keine Hinweise für mnestic-, exekutive, sprachliche- und/oder visuell-räumliche/visuo-konstruktive Dysfunktionen. Einschränkungen fanden sich jedoch im Verlaufe der Untersuchung - als klare Folge der Schmerzzunahme und der Müdigkeit - im Aufmerksamkeitsbereich. Die generell guten Aufmerksamkeitsleistungen liessen, insbesondere im Hinblick auf das Tempo, im Verlaufe der Untersuchung kontinuierlich nach. Gegen Ende der Untersuchung arbeitete die Beschwerdeführerin bei weiterhin guter Sorgfalsleistung deutlich verlangsamt. Gemäss lic. phil. M.\_\_\_\_ und N.\_\_\_\_ sei eine gute Tages- und Wochenstruktur mit einem regelmässigen Wechsel zwischen Aktivitäts- und Ruhephasen im Hinblick auf die Schmerzen und die reduzierte Belastbarkeit sinnvoll. In der Untersuchung hat sich nach lic. phil. M.\_\_\_\_ und N.\_\_\_\_ gezeigt, dass die Beschwerdeführerin von Pausen profitieren kann und anschliessend für eine gewisse Zeitspanne wieder über eine gute Leistungsfähigkeit verfügt. Lic. phil. M.\_\_\_\_ und N.\_\_\_\_ äusserten sich nicht zur Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus rein neuropsychologischer Sicht, sondern verwiesen hierzu auf die polydisziplinäre Beurteilung (Urk. 8/96/53-54).

4.2.3.1 Die rheumatologische Untersuchung wurde von Dr. med. O.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Rheumatologie, Physikalische Medizin und Rehabilitation, durchgeführt. Aus dem Gutachten von Dr. O.\_\_\_\_ geht hervor, dass der rheumatologische Status durch ein Schonverhalten, repetitives Stöhnen auch bei Untersuchungen problemferner Zonen, hilfeschendes Schluchzen und Weinen geprägt war. Rheumatologisch objektivierbar fand sich jedoch kein Befund. Unter Ablenkung fand sich eine ubiquitär unauffällige Beweglichkeit, insbesondere auch im Schultergürtelbereich und an der HWS. Die Weichteilstrukturen waren symmetrisch und unauffällig. Die Palpationsbefunde zeigten zwar einen erhöhten Tonus im Sitzen, jedoch ebenfalls keine Seitendifferenz zur schmerzhaften Zone und auch keine Atrophien. Die peripher neurologischen Untersuchungsbefunde, welche unabhängig von der willkürlichen Beeinflussung der Beschwerdeführerin sind, waren unauffällig. Die Röntgenbilder aus früheren Jahren waren gemäss Dr. O.\_\_\_\_ unauffällig. Dr. O.\_\_\_\_ verzichtete aufgrund des diffusen Schmerzsyndroms auf die Wiederholung neuer Röntgenbilder. Es ist ohne

Weiters nachvollziehbar, dass Dr. O.\_\_\_\_ aufgrund der vorgenannten Befunde **Ä** nur **Ä** ein subjektiv beschriebenes chronisches Schmerzsyndrom diagnostizieren konnte. Strukturell objektivierbare rheumatologische Befunde fanden sich nÄmlich nicht. GemÄss Dr. O.\_\_\_\_ passen die geklagten Beschwerden zum juristisch definierten, typischen Beschwerdebild der HWS-Distorsionsverletzung. Wie hÄufig bei HWS-Distorsionsverletzungen hÄtten sich die Schmerzen chronifiziert, ohne dass dafÄr eine strukturelle LÄsion vorhanden sei (Urk. 8/96/24-25). GemÄss Urteil des Bundesgerichts vom 30. August 2010 in Sachen IV-Stelle Luzern c. S., 9C\_510/2009, ist die Rechtsprechung zur anhaltenden somatoformen SchmerzstÄrung, gemÄss welcher, eine somatoforme SchmerzstÄrung als solche noch keine InvaliditÄt begrÄndet, sinngemÄss anwendbar, wenn sich die Frage nach der invalidisierenden Wirkung einer Schleudertrauma-Verletzung der HWS ohne organisch nachweisbare FunktionsausfÄlle stellt. Danach besteht eine Vermutung, dass die somatoforme SchmerzstÄrung - beziehungsweise eine Schleudertrauma-Verletzung der HWS ohne organisch nachweisbare FunktionsausfÄlle - oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung Äberwindbar sind. Bestimmte UmstÄnde, welche die SchmerzbewÄltigung intensiv und konstant behindern, kÄnnen den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht Äber die fÄr den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfÄgt. 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 kÄnnen auch weitere Faktoren, wie chronische kÄrperliche Begleiterkrankungen, ein mehrjÄhriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unverÄnderter oder progredienter Symptomatik ohne lÄngerdauernde RÄckbildung, ein sozialer RÄckzug in allen Belangen des Lebens, ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglÄckten, psychisch aber entlastenden KonfliktbewÄltigung (primÄrer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"), das Scheitern einer konsequent durchgefÄhrten 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 fÄr 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). Wie nachfolgend zu zeigen ist, sind bei der BeschwerdefÄhrerin diese sogenannten FÄrster-Kriterien nicht erfÄhlt, weshalb kein Anlass besteht, aufgrund der erlittenen HWS-Verletzung ausnahmsweise eine ArbeitsunfÄhigkeit anzunehmen. Es ist daher schlÄssig, dass Dr. O.\_\_\_\_ aufgrund des Fehlens struktureller LÄsionen keine ArbeitsunfÄhigkeit attestierte.

4.2.4Ä Ä Die psychiatrische Untersuchung wurde von Dr. med. P.\_\_\_\_, Facharzt FMH fÄr Psychiatrie und Psychotherapie, vorgenommen. Dr. P.\_\_\_\_ diagnostizierte eine chronische SchmerzstÄrung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41). Eine somatoforme SchmerzstÄrung kann gemÄss Dr. P.\_\_\_\_ nicht diagnostiziert werden, da weder eine zusÄtzliche somatoforme KÄrperstÄrung (z.B. somatisch nicht erklÄrte Herz-, Kreislauf-, Atmungs- oder Magen-Darmbeschwerden) noch eine Traumatisierung in der Biographie vorliegt. Dr. P.\_\_\_\_ prÄfte, ob der BeschwerdefÄhrerin die Willensanstrengung zur Äberwindung der Schmerzen und somit der Verwertbarkeit der

Arbeitsfähigkeit zumutbar ist. Seiner Ansicht nach ist von den Fünfter-Kriterien das Kriterium auffällige prä-morbide Persönlichkeitsstruktur bzw. -entwicklung teilweise erfüllt, da es sich bei der Beschwerdeführerin um eine Persönlichkeit mit hohen Selbstansprüchen und hohem Kontrollbedürfnis handelt. In Bezug auf die Schmerzverarbeitung habe diese Persönlichkeitsstruktur einen gewissen Krankheitswert. Die Kriterien psychiatrische Komorbidität bzw. chronische Begleiterkrankung sind nach Dr. P. \_\_\_ nicht erfüllt. Das Kriterium Verlust der sozialen Integration im Verlauf der psychischen Erkrankung ist gemäss Dr. P. \_\_\_ teilweise erfüllt, da die Beschwerdeführerin krankheitsbedingt ihren Arbeitsplatz verloren habe, wobei es aber zu keinem sozialen Rückzug auf allen Ebenen gekommen sei. Das Kriterium hoher primärer und/oder sekundärer Krankheitsgewinn ist gemäss Dr. P. \_\_\_ nicht sicher beurteilbar, wobei seiner Ansicht nach sicher kein primärer Krankheitsgewinn besteht. In Bezug auf die Kriterien primär chronifizierter Krankheitsverlauf ohne länger dauernde Remissionen, mehrjährige Krankheitsdauer mit stabiler oder progredienter Symptomatik und unbefriedigende Behandlungsergebnisse trotz konsequent und lege artis durchgeführten Behandlungsmassnahmen, insbesondere gescheiterte stationäre Therapie führt Dr. P. \_\_\_ an, dass wohl eine gewisse Chronifizierung des Krankheitsverlaufs eingetreten ist. Die kognitiven Funktionen hätten sich seit der letzten Untersuchung im Jahr 2005 jedoch verbessert. Das dysfunktionale Vermeidungsverhalten der Beschwerdeführerin habe in den letzten zwei Jahren wahrscheinlich aber zugenommen. Diese Zunahme sei neurotischer Natur und könne durch eine verhaltenstherapeutische Therapie beeinflusst werden. Dr. P. \_\_\_ erklärt in nachvollziehbarer Weise, dass bei einer kategorialen Betrachtung zwar sechs von acht Fünfter-Kriterien erfüllt seien, bei einer dimensional Betrachtung die erfüllten Kriterien jedoch nur andeutungsweise gegeben seien, so dass die zumutbare Willensanstrengung zur Überwindung der Schmerzen bei der Beschwerdeführerin zu bejahen sei. Gemäss Dr. P. \_\_\_ ist die Beschwerdeführerin aufgrund der verminderten schmerzbedingten Belastbarkeit in ihrer Leistungsfähigkeit jedoch trotzdem eingeschränkt. Es sei nämlich davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin aufgrund der verminderten Belastbarkeit bei einer Tätigkeit schmerzbedingte Ruhepausen einlegen muss. Dr. P. \_\_\_ begründet dabei in nachvollziehbarer Weise, dass der Beschwerdeführerin abgestützt auf die neuropsychologische Untersuchung, bei welcher sie nach einer einviertel Stunden dauernden Untersuchung eine viertelstündige Pause benötigte, für eine den körperlichen Einschränkungen angepasste Tätigkeit eine 80%ige Arbeitsfähigkeit besteht (Urk. 8/96/38-39).

4.2.5 Die C. \_\_\_-Ärzte führten zur Begutachtung der Beschwerdeführerin eigene Untersuchungen durch. Sie berücksichtigten zudem die vorhandenen medizinischen Berichte und setzten sich mit abweichenden Beurteilungen auseinander und begründeten in nachvollziehbarer Weise ihre Einschätzung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin. Da die C. \_\_\_ zudem sämtliche sich stellenden Fragen beantwortet, bildet das Gutachten eine zuverlässige Beurteilungsgrundlage. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin auf das Gutachten der C. \_\_\_ abgestellt hat.

4.3 Die Berichte des Spitals F. \_\_\_ vom 9. März 2001 (Erw. 3.1), der Klinik Z. \_\_\_ vom 28. August 2001 (Erw. 3.2) und von PD Dr. A. \_\_\_ vom 27. Januar 2003 (Erw. 3.3), welche der Beschwerdeführerin zumindest vorübergehend eine weitergehende als

eine 20%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestieren, stehen nicht im Widerspruch zum Gutachten der C. \_\_\_\_. Diese Berichte wurden nämlich zu einem Zeitpunkt verfasst, für welchen die C. \_\_\_\_ der Beschwerdeführerin auch eine weiter als 20 % gehende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert. Die C. \_\_\_\_ hält nämlich erst ab 1. Oktober 2003 eine 80%ige Arbeitsfähigkeit für eine behinderungsangepasste Tätigkeit fest.

4.4. Dr. G. \_\_\_\_ Äusserte sich im Bericht vom 20. Juni 2003 (Erw. 3.4), also einen Zeitpunkt, für welchen die C. \_\_\_\_ noch von einer 100%igen Einschränkung ausgeht, nicht zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin. Aus seinem Bericht geht jedoch hervor, dass er keine organisch nachweisbaren Unfallfolgen mehr feststellen konnte. Die Beschwerdeführerin kann daher aus der Untersuchung durch Dr. G. \_\_\_\_ nichts zu ihren Gunsten ableiten, hielt die C. \_\_\_\_ doch erst ab 1. Oktober 2003 wieder eine 80%ige Arbeitsfähigkeit fest.

4.5. Dr. B. \_\_\_\_ attestierte der Beschwerdeführerin in seinem Gutachten vom 30. August 2004 eine 25%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Dr. B. \_\_\_\_ legt dar, dass bei der Beschwerdeführerin nach dem Unfall vom 17. Februar 2001 eine ausgeprägte depressive Verstimmung vorliege, und erklärt, dass sich diese nicht klar einer Diagnose zuordnen lasse. Als wahrscheinlichste Diagnose nennt er eine Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2) (Erw. 3.5). Auch wenn Dr. B. \_\_\_\_ die Diagnose Anpassungsstörung nennt, so liegt der von ihm attestierten Arbeitsunfähigkeit im Wesentlichen die depressive Verstimmung zu Grunde. Eine depressive Verstimmung begründet aber aus versicherungsmedizinischer Sicht grundsätzlich keine Arbeitsunfähigkeit. Dr. B. \_\_\_\_ begründet nicht, weshalb dies vorliegend anders sein soll. Er weist denn auch darauf hin, dass es angebracht sei, die Beschwerdeführerin polydisziplinär zu begutachten. Nach dem Gesagten vermag das Gutachten von Dr. B. \_\_\_\_ das Gutachten der C. \_\_\_\_ nicht in Frage zu stellen.

4.6. Dr. H. \_\_\_\_ attestierte der Beschwerdeführerin mit Gutachten vom 7. März 2006 lediglich noch eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in abwechselnder Stellung ohne Tragen von Gegenständen über 10 Kilogramm (Erw. 3.6). Dr. H. \_\_\_\_ führt zur Befunderhebung aus: ■ Aus neurologischer Sicht kann gesagt werden, dass der Befund aus somatischer neurologischer Sicht bis auf eine paramediane begrenzte Hypästhesie links und eine gewisse diffuse Unsicherheit in der Koordination normal ist. Diese beiden letzten erwähnten Befunde sind sehr weich und kein Beleg für eine morphologische Veränderung des Gehirns oder Rückenmarks, welche auch nicht durch die bildgebenden Verfahren gefunden werden konnte. Sie sind jedoch bekannte Reaktionen auf eine chronische Schmerzproblematik. ■ (Urk. 8/71/119-120). Dr. H. \_\_\_\_ konnte also keine eigentlichen neurologischen Einschränkungen feststellen und begründet die Einschränkung im Wesentlichen durch die Schmerzproblematik. Wie oben ausgeführt, bildet das chronische Schmerzsyndrom für sich alleine aber keine Arbeitsunfähigkeit. Auch die im Rahmen der Begutachtung bei Dr. H. \_\_\_\_ durchgeführte neuropsychologische Begutachtung durch Dr. phil. Q. \_\_\_\_ hält keine derart weitgehende Einschränkung fest. Aus dem Teilgutachten von Dr. phil. Q. \_\_\_\_ geht nämlich lediglich hervor, dass unfallbedingt eine Einschränkung von 10 % bestehe (Urk. 8/71/130). Sie hält also keine weitergehende Arbeitsunfähigkeit als die C. \_\_\_\_ fest. Nach dem Gesagten gibt das Gutachten von Dr. H. \_\_\_\_ keinen Anlass, von einer höheren als von der C. \_\_\_\_ festgestellten Arbeitsunfähigkeit auszugehen.

4.7. Dr. I. attestierte der Beschwerdeführerin mit Bericht vom 18. Januar 2007 neben dem Status nach HWS-Distorsionstrauma mit zervikalem und zervikobrachialem Schmerzsyndrom ein Karpaltunnelsyndrom. Dr. I. attestierte der Beschwerdeführerin keine Arbeitsunfähigkeit (Erw. 3.7). Dr. L. konnte bei ihrer Begutachtung eine Normalisierung feststellen und diagnostizierte demzufolge kein Karpaltunnelsyndrom mehr (Urk. 8/96/46). Der Bericht von Dr. I. stellt daher das C.-Gutachten nicht in Frage.

4.8. Dr. J. konnte keine psychische Störung mit Krankheitswert und demzufolge auch keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit feststellen (Erw. 3.8), weshalb sein Bericht vom 2. August 2007 in keinem Widerspruch zum Gutachten der C. steht.

4.9. Prof. Dr. K. diagnostizierte mit Bericht vom 26. Mai 2009 eine Otolithenfunktionsstörung links (Erw. 3.9). Prof. K. äusserte sich nicht zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin. Die C. berücksichtigte in ihrem Gutachten den ungerichteten Schwindel der Beschwerdeführerin, ohne dabei die Diagnose Otolithenfunktionsstörung zu stellen (Urk. 8/96/17). Da Prof. Dr. K. der Beschwerdeführerin keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert und die C. den von der Beschwerdeführerin geklagten Schwindel bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigte, kann auch der Bericht von Prof. Dr. K. keine Zweifel an der Einschätzung der C. wecken.

4.10. Die Dres. E. und D. attestierten der Beschwerdeführerin in ihrem Gutachten vom 18. August 2010 im Gegensatz zur C. nicht nur eine 20%ige, sondern eine 45%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Erw. 3.11). Dr. E. diagnostizierte aus neurologischer Sicht ein mässig bis mittelstark ausgeprägtes rechtsbetontes oberes Zervikalsyndrom, ein leicht bis mässig ausgeprägtes rechtsbetontes mittleres Zervikalsyndrom, mässig ausgeprägte zervikozepale Beschwerden, eine leicht ausgeprägte kognitive Störung bei Schmerz- sowie seelischer Interferenz sowie den Verdacht auf eine periphere Vestibulopathie links, Differentialdiagnose: posttraumatisch versus Otolithenfunktionsstörung bei Zustand nach Verkehrsunfall am 17. Februar 2001 mit HWS-Distorsion. Aus psychiatrischer Sicht diagnostizierte Dr. D. eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.4), rezidivierende leichte, ängstlich gefärbte depressive Episoden (ICD-10 F33.0) und akzentuierte Persönlichkeitszüge mit schwernehmendem, ängstlich unsicherem sensitivem, zur Selbstbeobachtung und Somatisierung neigendem Typ Z73.1. Wie oben ausgeführt, begründen weder die Folgen einer HWS-Distorsion noch eine somatoforme Schmerzstörung für sich alleine eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Das Gutachten legt nicht dar, weshalb die Folgen der HWS-Distorsion mit einer zumutbaren Willensanstrengung nicht überwindbar sein sollen. In Bezug auf die somatoforme Schmerzstörung hält das Gutachten fest, dass die First-Kriterien mehrheitlich erfüllt seien, weshalb eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorliege. Hierbei gilt es jedoch zu beachten, dass Dr. D. weder schlüssig darlegt, weshalb die First-Kriterien erfüllt sind, noch sich mit dem Gutachten der C. auseinandersetzt, welches nachvollziehbar erklärt, dass bei einer kategorialen Betrachtung zwar sechs von acht First-Kriterien erfüllt seien, bei einer dimensional Betrachtung die erfüllten Kriterien jedoch nur andeutungsweise gegeben seien, so dass die zumutbare Willensanstrengung zur Überwindung der Schmerzen bei der Beschwerdeführerin zu

bejahen sei. Die von Dr. D.\_\_\_\_ diagnostizierten rezidivierenden leichten, Ängstlich gefärbten depressiven Episoden vermöggen ebenso wenig eine Komorbidität zu begründen, welche die Überwindung der diagnostizierten somatoformen Schmerzstörung unzumutbar machen liesse, wie die akzentuierten Persönlichkeitszüge. Nach dem Gesagten kann offen bleiben, ob in Abweichung zum Gutachten der C.\_\_\_\_ eine somatoforme Schmerzstörung vorliegt, mag doch auch eine solche keine weitergehende als die von der C.\_\_\_\_ attestierte 20%ige Arbeitsunfähigkeit zu begründen. Das Gutachten der Dr. E.\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_ vermag daher das Gutachten der C.\_\_\_\_ nicht in Frage zu stellen.

4.11 Zusammenfassend ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin in Übereinstimmung mit dem Gutachten der C.\_\_\_\_ von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ab dem Unfall vom 17. Februar 2001 und einer 80%igen Arbeitsfähigkeit ab 1. Oktober 2003 ausgegangen ist.

## E. 5

5.1 Die Beschwerdegegnerin qualifizierte die Beschwerdeführerin als zu 84 % erwerbstätig und die restliche Zeit im Aufgabenbereich tätig (Urk. 2).

Aus dem Arbeitgeberbericht der Y.\_\_\_\_ vom 19. Februar 2002 geht hervor, dass die Beschwerdeführerin zwar für 35 Stunden pro Woche angestellt war, tatsächlich aber 38 Stunden pro Woche arbeitete und offensichtlich auch für ein solches Pensum entlohnt wurde (Urk. 8/9 und Lohnabrechnungen, Urk. 8/71/64-76). Es ist daher davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin zu 90 % (38 Stunden : 42 Stunden) erwerbstätig und zu 10 % im Aufgabenbereich tätig war.

5.2 Zur Ermittlung der erwerblichen Auswirkungen der gesundheitlich bedingten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ist ein Einkommensvergleich vorzunehmen. Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass respektive bis zum Einspracheentscheid zu berücksichtigen sind.

Die Beschwerdeführerin war ab dem 17. Februar 2001 zu 100 % arbeitsunfähig (Erw. 4.10). Der hypothetische Rentenbeginn war somit im Februar 2002, das heisst ein Jahr nach Beginn der 100%igen Arbeitsunfähigkeit. Zu diesem Zeitpunkt war die Beschwerdeführerin noch zu 100 % arbeitsunfähig. Es war der Beschwerdeführerin daher nicht möglich ein Einkommen zu erzielen.

Ab 1. Oktober 2003 war die Beschwerdeführerin wieder zu 80 % arbeitsfähig. Bei der rückwirkenden Zusprechung einer befristeten Rente darf die Rentenaufhebung bzw. die Rentenaufhebung - in analoger Anwendung von Art. 88a Abs. 1 IVV - erst erfolgen, wenn sich eine dauerhafte Besserung des Gesundheitszustandes eingestellt hat, was jedenfalls dann anzunehmen ist, wenn sich innert dreier Monate eine stabile Situation gezeigt hat (AHI 1998 S. 121 Erw. 1b mit Hinweisen, BGE 121 V 275 Erw. 6b/dd). Die Verbesserung der gesundheitlichen Situation der Beschwerdeführerin ist daher erst per 1. Januar 2004 zu berücksichtigen.

5.3 Da die Beschwerdeführerin ab dem 1. Oktober 2003 bzw. dem 1. Januar 2004 in ihrer angestammten Tätigkeit wieder arbeitsfähig war und sie ihre

ursprüngliche Arbeitsstelle nicht aus gesundheitlichen Gründen verlor (Urk. 8/9), basieren Validen- und Invalideneinkommen auf derselben Grundlage. Es kann daher ein Prozentvergleich vorgenommen werden, wobei das Valideneinkommen auf 90 % und das Invalideneinkommen, entsprechend der Restarbeitsfähigkeit, auf 80 % festzusetzen ist. Dadurch resultiert eine Einkommenseinbusse von 10 % gemessen an einem Vollzeitpensum und ein Invaliditätsgrad für den Erwerbsbereich in derselben Höhe.

5.4 Die Beschwerdegegnerin verzichtete zu Recht auf die Durchführung einer Haushaltsabklärung, da der Anspruch auf eine Rente selbst mit einem Invaliditätsgrad im Haushalt von 100 % nicht zu erreichen wäre.

5.5 Nach dem Gesagten hat die Beschwerdeführerin für die Zeit vom 1. Februar 2002 bis am 31. Dezember 2003 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente. Ab dem 1. Januar 2004 besteht kein Anspruch auf eine Invalidenrente mehr.

5.6 Dem eingereichten Privatgutachten von Dr. E. und Dr. D. sind keine neuen Erkenntnisse für die Entscheidungsfindung zu entnehmen. Das Gutachten erweist sich daher im Hinblick auf die Interessenwahrung nicht als erforderlich bzw. geboten (vgl. Georg Wilhelm, Kommentar zum Gesetz über das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich, 2. Auflage, § 34 Rz 11), weshalb die von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Kosten von Fr. 5'500.-- (Urk. 18/3) von der Beschwerdegegnerin nicht zu übernehmen sind.

5.7 Zusammenfassend ist die Beschwerde insoweit teilweise gutzuheissen, als die Beschwerdeführerin nicht nur bis am 30. September 2003, sondern bis am 31. Dezember 2003 Anspruch auf eine ganze Rente hat. Im Übrigen erweist sich die Beschwerde als unbegründet und ist abzuweisen.

6. Die Beschwerdegegnerin hat

6.1 Nach § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer).

Die Beschwerdeführerin hat gemessen an ihrem Antrag zu einem kleinen Teil obsiegt.

In Anbetracht dieser Tatsache rechtfertigt es sich, ihr eine reduzierte Prozessentschädigung von Fr. 300.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zuzusprechen.

6.2 Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ermessensweise auf Fr. 800.-- anzusetzen. Ausgangsgemäss sind sie der Beschwerdeführerin zu sieben Achteln und der Beschwerdegegnerin zu einem Achtel aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne teilweise gutgeheissen, als in Abänderung des angefochtenen Einspracheentscheides vom 8. Dezember 2009 festgestellt wird, dass die Beschwerdeführerin vom 1. Februar 2002 bis 31. Dezember

2003 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin zu sieben Achteln und der Beschwerdegegnerin zu einem Achtel auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden den Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 300.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Sebastian Lorentz

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

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.