

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00091 vom 29. Mai 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-05-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2010.00091

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00091 du 29 mai 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00091 del 29 maggio 2012

Erwägungen

E. 1

1.1 Am 1. Januar 2008 sind die im Zuge der 5. IV-Revision revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 6. Oktober 2006, der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 28. September 2007, des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) sowie das Bundesgesetz über die Schaffung und die Änderung von Erlassen zur Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) vom 6. Oktober 2006 in Kraft getreten. In materiellrechtlicher Hinsicht gilt jedoch der allgemeine Übergangsrechtliche 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 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b, je mit Hinweisen). Die angefochtenen Verfügungen sind am 10. 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 verfügt wurde, ist entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln für die Zeit bis 31. Dezember 2007 auf die damals geltenden Bestimmungen und ab diesem Zeitpunkt auf die neuen Normen der 5. IV-Revision abzustellen (vgl. zur 4. IV-Revision: BGE 130 V 445 ff.; Urteil des Bundesgerichts I 428/04 vom 7. Juni 2006 E. 1). Dies fällt materiellrechtlich jedoch nicht ins Gewicht, weil die 5. IV-Revision hinsichtlich der Invaliditätsbemessung keine substantiellen Änderungen gegenüber der bis 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Rechtslage gebracht hat, so dass die zur altrechtlichen Regelung ergangene Rechtsprechung weiterhin massgebend ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_76/2009 vom 19. Mai 2009 E. 2). Im Folgenden werden die massgeblichen Gesetzesbestimmungen - soweit nichts anderes vermerkt ist - in der seit dem 1. Januar 2008 geltenden Fassung zitiert.

1.2 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor,

wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung).

Ähnliche 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 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

1.3 Eine fachärztlich (psychiatrisch) diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung begründet 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, so: 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 therapeutischen Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person. 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 (BGE 130 V 352). Diese im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze werden rechtsprechungsgemäss bei der Würdigung des invalidisierenden Charakters von Fibromyalgien (BGE 132 V 65 E. 4 S. 70), dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (SVR 2007 IV Nr. 45 S. 150, I 9/07 E. 4 am Ende), Chronic Fatigue Syndrome (CFS; chronisches Müdigkeitssyndrom) und Neurasthenie (Urteile 9C_662/2009 vom 17. August 2010 E. 2.3; 9C_98/2010 vom 28. April 2010 E. 2.2.2 und I 70/07 vom 14. April 2008 E. 5), bei dissoziativen Bewegungsstörungen (Urteil 9C_903/2007 vom 30. April 2008 E. 3.4), bei einer HWS-Verletzung (Schleudertrauma) ohne organisch nachweisbare Funktionslücke (BGE 136 V 279) sowie bei nicht organischer Hypersomnie (BGE 137 V 64 E. 4.1 und 4.2 mit Hinweisen) analog angewendet.

1.4. Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Aussagen eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu wärdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prägend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszumachende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.). Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt oder die befragte Ärztin in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters oder der Gutachterin allerdings ein strenger Massstab anzulegen (RKUV 1999 Nr. U 356 S. 572; BGE 122 V 157 E. 1c; vgl. auch 123 V 331 E. 1c).

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

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

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

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

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

1.6 Die rückwirkend ergangene Verfügung über eine befristete oder im Sinne einer Reduktion abgestufte Invalidenrente umfasst einerseits die Zusprechung der Leistung und andererseits deren Aufhebung oder Herabsetzung. Letztere setzt voraus, dass Revisionsgründe (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen) vorliegen, wobei der Zeitpunkt der Aufhebung oder Herabsetzung nach Massgabe des analog anwendbaren (AHI 1998 S. 121 E. 1b mit Hinweisen) Art. 88a IVV festzusetzen ist (vgl. BGE 121 V 264 E. 6b/dd mit Hinweis). Ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten und damit der für die Befristung oder Abstufung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt der Rentenzusprechung oder des Rentenbeginns mit demjenigen zur Zeit der Aufhebung bzw. Herabsetzung der Rente (BGE 125 V 413 E. 2d am Ende, 369 E. 2, 113 V 273 E. 1a, 109 V 262 E. 4a, je mit Hinweisen; vgl. BGE 130 V 343 E. 3.5). Spricht die Verwaltung der versicherten Person eine befristete Rente zu und wird beschwerdeweise einzig die Befristung der Leistungen angefochten, hat dies nicht eine Einschränkung des Gegenstandes des Rechtsmittelverfahrens in dem Sinne zur Folge, dass die unbestritten gebliebenen Bezugszeiten von der Beurteilung ausgeklammert bleiben (BGE 125 V 413 E. 2d mit Hinweisen). Die gerichtliche Prüfung hat vielmehr den Rentenanspruch für den gesamten verfahrensweise geregelten Zeitraum und damit sowohl die Zusprechung als auch die Aufhebung der Rente zu erfassen (Urteil des Bundesgerichts I 526/06 vom 31. Oktober 2006 E. 2.3 mit Hinweisen).

1.7 Nach ständiger Rechtsprechung beurteilt das Sozialversicherungsgericht die Gesetzmässigkeit des angefochtenen Entscheids in der Regel nach dem Sachverhalt, der zur Zeit des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243; 121 V 362 E. 1b S. 366).

E. 2

2.1 Zu beurteilen ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin. Streitig ist dabei vorab die im Zuge einer gestaffelten Rentenzusprache erfolgte Rentenaufhebung per 31. August 2008.

2.2 Die Beschwerdegegnerin begründete die jeweiligen Rentenherabsetzungen mit Verbesserungen des Gesundheitszustandes und die schliessliche Rentenaufhebung per Ende August 2008 mit einer vollen Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit ab 1. Juni 2008 (Urk. 2/2 -Verfügungsteil 2-). In ihrer Stellungnahme vom 12. April 2012 (Urk. 30) hielt die Beschwerdegegnerin - gestützt auf die Stellungnahme von RAD-Ärztin Dr. D. ___ vom 2. Mai 2012 (Urk. 31) - fest, dass die gestellten Diagnosen den neuropathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen

Beschwerdebildern zuzuordnen seien, weshalb - bei vorliegend fehlender Komorbidität und fehlenden sonstigen schweren Funktionseinschränkungen - kein invalidisierender Gesundheitsschaden ausgewiesen sei.

2.3 Die Beschwerdeführerin macht insbesondere geltend, dass auf das vom obligatorischen Unfallversicherer in Auftrag gegebene C.____-Gutachten nicht abgestellt werden könne, da dieses mangelhaft sei und insbesondere krankheitsbedingte Beschwerden nicht berücksichtige (Urk. 25 S. 13).

E. 3

3.1 Der RAD-Arzt Dr. B.____ hielt in seiner Stellungnahme vom 10. Oktober 2008 fest, dass die Beschwerdeführerin ihre bisherige, betrieblich angepasste Tätigkeit ab 1. Oktober 2007 zu 50 % wieder aufgenommen habe und sie ihr Pensum darauf sukzessive steigern können. Ab 1. Juni 2008 sei die Beschwerdeführerin - gemäß den Unterlagen des obligatorischen Unfallversicherers - wieder voll arbeitsfähig (Urk. 8/33/5).

Am 9. April 2009 hielt Dr. med. E.____, Facharzt FMH für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie sowie Handchirurgie, folgende Diagnosen fest:

- Tendovaginitis der EPL-Sehne im ersten Strecksehnenfach rechts
- Status nach Spaltung des ersten Strecksehnenfachs im Rahmen einer Metallentfernung
- Status nach distaler Radiusfraktur mit ORIF
- ICD-10 M65.44 (Tendovaginitis stenosans [de Quervain], Hand)

Dr. E.____ führte aufgrund der angegebenen starken Schmerzzunahme (vgl. Urk. 3/7) eine Operation im Bereich des ersten Strecksehnenfaches durch (vgl. Operationsbericht vom 9. April 2009 [Urk. 3/8]). Am 24. Juni 2009 berichtete Dr. E.____ über eine vollständige Abheilung nach operativem Eingriff und über das Verschwinden der lokalen Beschwerden, wobei er persistierende Schwächen des M. Flexor pollicis longus und des M. Flexor digitorum profundus II festhielt, welche er neurologisch abzuklären empfahl. Dr. E.____ bezeichnete dabei einen Arbeitsversuch als wünschenswert (zu 50 %, entsprechend dem Vorschlag der Beschwerdeführerin [Urk. 3/9 S. 2]).

Die für das C.____-Gutachten verantwortlichen Fachärzte - Dres. med. F.____, Neurologie, G.____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, und H.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, - stellten in ihrem interdisziplinären Gutachten vom 14. Mai 2010 folgende neurologischen Diagnosen (Urk. 26 S. 29):

- chronische Kopfschmerzen vom Spannungstyp mit migräneartigen Qualitäten (mit kognitiven [Vergesslichkeit] und psycho-physischen [Lichtempfindlichkeit, Übelkeit und Erbrechen] Begleitsymptomen)
- chronische Nackenschmerzen (chronisches zervikales Syndrom) mit kognitiven Begleitsymptomen (Vergesslichkeit)

Als aktuelle orthopädische Diagnosen wurden genannt:

- Zervikalsyndrom mit Kopfschmerzen

- thorakovertebrales Syndrom
- lumbovertebrales Syndrom
- Restbeschwerden nach diversen Operationen im rechten Handgelenksbereich

und folgender Status nach Frontalkollision festgehalten:

- distale intraartikuläre Radiusträumerfraktur rechts mit primärer Versorgung mit Fixateur extern und anschliessender Verplattung, später Metallentfernung und Sehnenlogenspaltung Extensor pollicis brevis, Status nach erneuter Revision der Loge des Extensor pollicis brevis und Abduktor pollicis brevis und Tenolyse des M. extensor pollicis longus (April 2009)

- Commotio cerebri
- Frakturen der Processi transversi links L2-L4
- Nierenlazeration links
- Fraktur mediale Kante Zahn 26

Als psychiatrische Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden angegeben:

- chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41, GM2009)
- beginnende Panikstörung seit 1/2010, mit bisher drei Attacken in einem Monat
- Status nach posttraumatischer Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) nach Unfall, aktuell teilremittiert

Schliesslich wurden als psychiatrische Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit Waschzwänge gemäss ICD-10 F42.1 erwähnt.

In der neurologischen Beurteilung wurde unter anderem festgehalten, dass die im Dezember 2006 durchgeführte CT-Untersuchung unauffällige Befunde des Gehirns ergeben habe (Urk. 26 S. 30), und dass die angegebene Vergesslichkeit ein unspezifisches, bei chronischen Schmerzen häufiges Symptom sei (Urk. 26 S. 31). Die geklagten Kopfschmerzen (Urk. 26 S. 31 f.) würden keine einheitlichen Eigenschaften aufweisen; phänomenologisch handle es sich vorwiegend um Spannungstyp-Kopfschmerzen, die laut Angabe der Beschwerdeführerin bei starker Ausprägung auch migräneartige Eigenschaften (Lichtempfindlichkeit, Übelkeit, Erbrechen, Rückzug) annehmen würden, was bei chronischen Kopfschmerzen häufig vorkomme. Kopfschmerzen seien häufige Symptome des postkommotionellen Syndroms, das typischerweise einen Kopfanprall als Ursache habe. Die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin beim Unfall einen Zahnschaden erlitten habe, würde zwar auf einen Anprall des Gesichtsschädels hindeuten, allerdings fehlten entsprechende Befunde bei Spitaleintritt, wie beispielsweise ein Hämatom oder eine Schädelfraktur, sowie im Austrittsbericht des A. ___ entsprechende Symptomangaben. Die Diagnose einer Commotio cerebri lasse sich - ausser durch die Tatsache, dass ein CT des Schädels angefertigt und eine Commotio-Überwachung durchgeführt worden sei - nicht nachvollziehen. Zudem enthalte der Austrittsbericht der Rehaklinik I. ___ vom 13. Dezember 2006 (Urk. 8/13/8-12 = 27/1) keine Hinweise auf posttraumatische Kopfschmerzen; es würden darin im

Gegenteil Kopfschmerzen verneint (vgl. Urk. 8/13/11). Aus neurologischer Sicht seien die Kopf- und Nackenschmerzen keine überwiegend wahrscheinliche direkte Unfallfolge; dagegen könnten sie mit den affektiven Störungen in Zusammenhang gebracht werden und als somatische Symptome der chronischen Schmerzstörung gelten.

Aus orthopädischer Sicht wurde in Bezug auf die intraartikuläre Handgelenkstrammerfraktur ein radiologisch und objektiv-klinisch recht gutes Resultat angegeben. Die beschriebenen Restbeschwerden im Bereich des rechten Handgelenks wurden als nachvollziehbar beurteilt. In Bezug auf die erlittenen Frakturen Processi transversi L2-L4 wurde dagegen ausgeführt, dass diese biomechanisch keine schwerwiegenden Verletzungen darstellten und keine erheblichen Restbeschwerden mehr verursachen würden (Urk. 26 S. 33). Die dauernde Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit - nämlich einer leichten, wechselbelastenden Tätigkeit, bei welcher die rechte Hand schonend eingesetzt werden könne - wurde - aus rein orthopädischer Sicht - auf 90 % geschätzt (Urk. 26 S. 43 Ziff. 8.2 lit. b). Auf die Frage, ab welchem Zeitpunkt von einer weiteren Behandlung keine namhafte Besserung mehr zu erwarten sei (Urk. 26 S. 40 Ziff. 6 lit. e), wurde - unter Hinweis auf den entsprechenden Bericht von Dr. E. ___ (Urk. 3/9) - der 24. Juni 2009 genannt.

In der psychiatrischen Beurteilung wurde festgehalten, dass bei der Beschwerdeführerin seit Januar 2010 drei Panikattacken aufgetreten seien, welche allenfalls als Beginn einer Panikstörung zu werten seien. Affektiv wirke die Beschwerdeführerin herabgestimmt und in der affektiven Amplitude eingeschränkt. Der Unfall mit seinen nachfolgenden einschränkenden Lebensveränderungen drücke situativ zusätzlich auf die Stimmung. Trotzdem gebe die Beschwerdeführerin kreative Interessen und eine ungebrochene Freude an; insofern liege keine depressive Störung vor (nach ICD-10 F32; Urk. 26 S. 33 f.). Hingegen wurde eine Schmerzstörung festgestellt und dabei muskuläre Mechanismen (Verspannungen), eine insuffiziente Akutschmerztherapie, Ängste, ein dysfunktionaler (Schmerz-)Umgang und eine, in den Akten beschriebene, Anpassungsstörung erwähnt (Urk. 26 S. 35). Sodann wurde erklärt, die neue eingeführte Diagnose **Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren** gemäss ICD-10 F45.41 erfasse die bei der Beschwerdeführerin vorliegende Pathologie adäquat: Als somatische Faktoren würden Unfallverletzungen bestehen und als psychische Faktoren lägen psychische Symptome, psychiatrische Störungen sowie ein dysfunktionaler Schmerz Umgang und Chronifizierungsfaktoren vor (Urk. 26 S. 35).

In der **Zusammenfassung der Psychopathogenese und des Störungsverhältnisses** (Urk. 26 S. 36) wurde festgehalten, die Beschwerdeführerin habe den Autounfall von 2005 als lebensgefährlichen und radikalen Einschnitt in ihr Leben erlebt und sie habe in der Folge unter Schmerzen im Bereich Nacken/Kopf, LWS und der Hand gelitten. Diese Beschwerden hätten - im Zusammenhang mit vielen Risikofaktoren, namentlich einer posttraumatischen Belastungsstörung und einer depressiven Reaktion - zwar insgesamt gebessert, seien letztlich aber chronifiziert. Aktuell leide die Beschwerdeführerin zusätzlich an Panikattacken, deren Krankheitswert aktuell noch nicht abschliessend beurteilbar sei, sowie an Waschzwängen, welche (noch) keinen Krankheitswert hätten. Vorübergehend - im Zusammenhang mit den unfallbedingten Einschränkungen und dem damit verbundenen Verlust an Perspektive und Lebensqualität - habe die Beschwerdeführerin zusätzlich

depressiv reagiert. Aktuell sei die posttraumatische Belastungsstörung teilweise abgeklungen und es liege auch keine Depression mehr vor. Die Beschwerdeführerin möchte sich selbstständig machen und suche bereits nach geeigneten Räumlichkeiten; insofern habe die Beschwerdeführerin für sich wieder eine Zukunftsperspektive entwickelt. Sodann wurde festgehalten, die Kopfschmerzen seien durch den neurologischen Gutachter einzuordnen, allenfalls liege eine Mischung aus Migräne und Spannungskopfschmerz oder posttraumatische Kopfschmerzen vor.

Die psychiatrische Arbeitsfähigkeitsbeurteilung lautete dahin, dass die Arbeitsfähigkeit als Schneiderin durch belastungsabhängige Schmerzen in der Hand limitiert würde, deren willentliche Überwindung durch die teilremittierte posttraumatische Belastungsstörung und die beginnende Panikstörung behindert würden. In der bisherigen Tätigkeit als angestellte Schneiderin sei ein Pensum von 60 % zumutbar. In selbständiger Tätigkeit dagegen betrage das zumutbare Pensum - aufgrund der wegfallenden Konflikte mit dem Vorgesetzten und der Möglichkeit der freien Zeiteinteilung mit vermehrten Pausen - 70 %. Gleiches gelte für optimal angepasste Tätigkeiten. Bei konsequenter Umsetzung einer spezifischen Schmerzmedikation sei ein zusätzliches Arbeitspensum von 20 % zumutbar. Zur Frage der (natürlichen) Unfallkausalität wurde aus psychiatrischer Sicht erklärt (Urk. 26 S. 37), die Hand- und Rückenschmerzen sowie auch die Nacken-Kopfschmerzen seien ohne den Unfall nicht erklärbar, insofern liege eine natürliche Kausalität vor. Die strichartig lokalisierten Nackenschmerzen hätten sich aus den anderen Schmerzen entwickelt; insofern seien auch diese unfallkausal.

3.2 Das in Kenntnis der medizinischen (Vor-)Akten und weiteren Unterlagen erstattete C. ___-Gutachten beruht auf Untersuchungen in den für die Beurteilung der gesundheitlichen Situation der Beschwerdeführerin wesentlichen medizinischen Fachgebieten. Die Untersuchungen erfolgten unter Beizug eines Dolmetschers bzw. unter problemloser sprachlicher Verständigung (vgl. Urk. 26 S. 9). Das C. ___-Gutachten umfasst ausgedehnte klinische Befunderhebungen und berücksichtigt radiologische Zusatzuntersuchungen, unter anderem der LWS, der HWS sowie des rechten Handgelenks (vgl. Urk. 26 S. 19). Das Gutachten ist zudem einlässlich und in seinen Schlussfolgerungen wohlbegründet.

E. 3.3

Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, die Kopfschmerzen seien mit der erlittenen Commotio cerebri zu erklären (vgl. Urk. 25 S. 7 oben), vermag dies das neurologische C. ___-Abklärungsergebnis nicht in Frage zu stellen. Zwar diagnostizierten die Ärzte des A. ___ eine Commotio cerebri, jedoch wurde in der neurologischen C. ___-Beurteilung nachvollziehbar erklärt, dass die Kopfschmerzen vielmehr mit den affektiven Störungen zusammenhängen und als somatische Symptome der chronischen Schmerzstörung zu qualifizieren seien (vgl. Urk. 26 S. 32 f. mit Hinweis auf den Austrittsbericht der Rehaklinik I. ___ vom 13. Dezember 2006 [Urk. 8/13/8-12 = 27/1], s. auch entsprechenden Verweis in der psychiatrischen Beurteilung [Urk. 26 S. 36 Mitte]). Auch soweit die Beschwerdeführerin das Fehlen einer besonderen neuropsychologischen Abklärung kritisiert (Urk. 26 S. 9 Ziff. 4.1), ist das interdisziplinäre C. ___-Gutachten - trotz Fehlens dieser zusätzlichen Abklärung - umfassend. Denn in der psychiatrischen Beurteilung wurden objektivierbare relevante kognitive Einschränkungen verneint (Urk. 26 S. 33 unten), nachdem anlässlich der psychiatrischen Untersuchung - ausser einer

gewissen konzentrativen Ermüdung im Verlauf der langen Exploration (Urk. 26 S. 21 oben) - keine Konzentrations- und Gedächtnisstörungen feststellbar gewesen waren (Urk. 26 S. 21 Mitte). Sodann ist anzunehmen, die diversen fachärztlichen Untersuchungen hätten massgebliche neuropsychologische Defizite, beispielsweise relevante Konzentrationsstörungen, welche die Beschwerdeführerin bei der Verrichtung einfacher und repetitiver Tätigkeiten beeinträchtigen könnten (vgl. zur Invaliditätsbemessung die nachstehende E. 5), durchaus zu Tage gefördert. Soweit die Rechtsvertreterin in Bezug auf die psychiatrische Beurteilung zudem vorbringt, dem fraglichen Schmerz liege ein ■organisch fassbares Substrat■ zugrunde und es handle sich um ein ■vorwiegend organisch bedingtes Schmerzsyndrom■ (vgl. Urk. 25 S. 12), vermag dies die Diagnose der chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), welche gestellt wird, wenn Schmerzen ihren Ausgangspunkt in einem physiologischen Prozess oder einer körperlichen Störung haben und psychische Faktoren eine wichtige Rolle spielen (für Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung [vgl. Urk. 26 S. 35 Fn. 11]), nicht in Zweifel zu ziehen. Aufgrund der festgehaltenen psychischen Beschwerden (vgl. Urk. 26 S. 35) und der attestierten früheren psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit darf vorliegend angenommen werden, dass die psychischen Faktoren durchaus eine wichtige Rolle spielen.

Der medizinische Sachverhalt ist somit als erstellt zu betrachten. Von den mit Eventualbegehren beantragten weiteren Abklärungen sind keine neuen Erkenntnisse (vgl. Urk. 1 S. 2, Urk. 25 S. 2) zu erwarten, weshalb darauf zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung, BGE 124 V 94 E. 4b; 122 V 162 E. 1d).

E. 4

4.1 ■ ■ ■ Aufgabe des begutachtenden Arztes oder der begutachtenden ■rztin im Rahmen der Invaliditätsbemessung bei Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung oder eines vergleichbaren ätiologisch unklaren syndromalen Zustandes ist es, sich dazu zu äussern, ob eine psychische Komorbidität oder weitere Umstände gegeben sind, welche die Schmerzbewältigung im Hinblick auf eine erwerbliche Tätigkeit behindern. Gestützt darauf haben die rechtsanwendenden Behörden zu entscheiden, ob der Gesundheitsschaden invalidisierend ist, das heisst zu prüfen, ob eine festgestellte psychische Komorbidität hinreichend erheblich ist und ob einzelne oder mehrere der festgestellten weiteren Kriterien in genügender Intensität und Konstanz vorliegen, um gesamthaft den Schluss auf eine im Hinblick auf eine erwerbliche Tätigkeit nicht mit zumutbarer Willensanstrengung überwindbare Schmerzstörung zu erlauben (Urteil des Bundesgerichts 9C_482/2010 vom 21. September 2010 E. 4.3); die Prüfung schliesst die Beurteilung der Frage ein, inwiefern die ärztliche Einschätzung der psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit invaliditätsfremde Gesichtspunkte (insbesondere psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren) mitberücksichtigt (Urteil des Bundesgerichts 9C_651/2009 vom 7. Mai 2010 E. 5.1).

4.2 ■ ■ ■ Auf die Diagnose der chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) sind die im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze anzuwenden (vgl. beispielsweise Urteil des Bundesgerichts 9C_322/2011 vom 29. August 2011 E. 4.1). Dabei ist - bei gerichtlicher Würdigung der medizinischen Akten - festzustellen, dass die genannte beginnende Panikstörung (■seit 1/2010■ [Urk. 26 S. 29]) wohl nicht in den beurteilungsrelevanten Zeitraum bis zum Verfügungserlass (10. Dezember 2009 [Urk. 2])

fällt (vgl. vorstehende Erwägung 1.7), weshalb sie bei der Beantwortung der Frage der ausnahmsweisen Überwindbarkeit der Schmerzproblematik nicht zu berücksichtigen ist. Doch selbst wenn sie zu berücksichtigen wäre, würde sie - entgegen der Bejahung im C. ___-Gutachten - keine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer darstellen, da der Krankheitswert der sich bisher nicht manifestierten (vgl. Urk. 26 S. 33 f.) Attacken unklar ist bzw. nicht abschliessend beurteilbar war (Urk. 26 S. 36 oben). Ebenso stellt der von den C. ___-Gutachtern angegebene Status nach posttraumatischer Belastungsstörung keine psychische Komorbidität dar, da die Störung im Gutachten als teilremittiert bezeichnet (vgl. Urk. 26 S. 34 oben) und krankheitswertige Intrusionen verneint wurden (Urk. 26 S. 22). In Bezug auf die erwähnte frühere Depression ist davon auszugehen, dass diese ab 2006 gebessert hat (vgl. Urk. 26 S. 36) und es ist zudem zu berücksichtigen, dass leichte depressive Episoden keine psychische Komorbidität darstellen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_322/2011 vom 29. August 2011 E. 4.1).

4.3 M Mangels relevanter psychischer Komorbidität richtet sich die Frage nach der ausnahmsweisen Überwindbarkeit der chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) nach den von der Praxis aufgestellten Alternativkriterien. Unter Berücksichtigung der aktenkundigen somatischen Krankheitszuordnungen liegen körperliche Begleiterkrankungen vor, und es ist ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf zu gewärtigen. Aufgrund der vorhandenen Arbeitsfähigkeit hinsichtlich diesbezüglich angepasster Tätigkeiten sind diese Merkmale indessen nicht allzu stark zu gewichten. Ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens besteht nicht, zumal die Beschwerdeführerin, unter anderem eine neue Partnerschaft (vgl. Urk. 26 S. 11 und 13) und gute freundschaftliche und familiäre Kontakte angab (vgl. Urk. 26 S. 12). Anhaltspunkte für einen primären Krankheitsgewinn sind nicht ersichtlich. Mithin liegen nur wenige massgebende Kriterien vor, und diese sind nicht stark ausgeprägt, weshalb nicht auf eine ausnahmsweise Überwindbarkeit der Schmerzproblematik zu schliessen ist. Die psychiatrischen Befunde begründen daher keine Einschränkung der Leistungsfähigkeit.

Demnach - und da die Kopf- und Nackenschmerzen dem chronischen Schmerzsyndrom zuzuordnen und damit als Überwindbar zu betrachten sind - darf mit Überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer ausschliesslich durch orthopädische Befunde eingeschränkten Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden. Die dabei im Jahr 2009 verstrickt aufgetretenen Handbeschwerden, welche zu einer vorübergehenden, vom 9. April 2009 (vgl. Urk. 11/10/1) bis 24. Juni 2009 (vgl. Urk. 26 S. 40 Ziff. 6 lit. e mit Hinweis auf Urk. 3/9) dauernden Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit führten, besserten nach der von Dr. E. ___ durchgeführten Operation und vermochten keine längere Zeit andauernde erhebliche Änderung des Invaliditätsgrades zu bewirken (vgl. vorstehende E. 1.6 und Art. 88a Abs. 2 IVV, nach welcher Bestimmung eine Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit zu berücksichtigen ist, wenn sie drei Monate andauert hat). Vielmehr ist bei Vergleich der relevanten Sachverhalte von einer verbesserten Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit im Umfang von (zuletzt) 90 % auszugehen.

E. 5

5.1 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 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der
beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret
steht. Ist kein solches tatsächlich erzielttes Erwerbseinkommen gegeben, 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 75 f.
E. 3b/aa und bb, vgl. auch BGE 129 V 472 E. 4.2.1). Für die Invaliditätsbemessung
wird praxisgemäss auf die standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) abgestellt
(BGE 129 V 472 E. 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 seit 2008 betriebsübliche durchschnittliche
Arbeitszeit von wörtlich 41,6 Stunden (Die Volkswirtschaft 12-2011 S. 98 Tabelle
B9.2; BGE 129 V 472 E. 4.3.2, 126 V 75 f. E. 3b/bb, 124 V 321 E. 3b/aa; AHI 2000 S. 81
E. 2a).

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).

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:

- Rechtsanwältin Cordula Spürri
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. Gegen diese Entscheidung 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.