



Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Je stärker psychosoziale und soziokulturelle Faktoren wie beispielsweise Sorge um die Familie oder Zukunftsängste (etwa ein drohender finanzieller Notstand) im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein. Das bedeutet, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belastenden soziokulturellen Faktoren herrühren, bestehen darf, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat, zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand. Solche von der soziokulturellen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne selbstständige psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann. Wo die begutachtende Person dagegen im Wesentlichen nur Befunde erhebt, welche in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in ihnen aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299; Urteil des Bundesgerichts 8C\_730/2008 vom 23. März 2009 E. 2).

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

2.3 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 würdigen 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 prüfen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende 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.).

### E. 3

3.1 Die IV-Stelle hielt fest, die Beschwerdeführerin sei als zu 40 % Erwerbstätige und zu 60 % im Haushalt Tätige zu qualifizieren. Seit dem Unfall im Jahr 2006 bestehe gestützt auf die Einschätzung des regionalen ärztlichen Dienstes aus medizinisch-theoretischer Sicht eine höchstens 20%ige Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeit. Bezogen auf ein 40%-Pensum ergebe dies einen Invaliditätsgrad von 8 %. Selbst wenn im Haushaltsbereich von einer gesundheitlichen Beeinträchtigung im selben Umfang auszugehen wäre, ergäbe dies einen maximalen Gesamtinvaliditätsgrad von 20 %. Da der Invaliditätsgrad unter 40 % liege, bestehe kein Anspruch auf eine Invalidenrente (Urk. 2, Urk. 7).

Die Dagegen macht die Beschwerdeführerin geltend, die Gutachter des A. hätten eine chronifizierte Schmerzstellung mit einer leichten Depression diagnostiziert. Sie hätten sich sehr ausführlich und fundiert mit der Frage auseinandergesetzt, ob und weshalb sie bei der Überwindung dieser Schmerzstellung eingeschränkt sei, respektive inwiefern die Überwindung zur Zeit zumutbar sei oder nicht. Sie seien zum Schluss gekommen, dass eine 75%ige Arbeitsunfähigkeit und eine 75%ige Einschränkung in der Haushaltsführung gegeben seien. Gestützt auf diese fachärztliche Einschätzung betrage der Invaliditätsgrad 75 %, womit sie Anspruch auf eine ganze Invalidenrente habe (Urk. 1).

3.2 Es ist unbestritten und geht insbesondere aus der Schadenmeldung UVG vom 3. Februar 2006 und dem Arbeitgeberbericht vom 11. März 2008 hervor, dass die Beschwerdeführerin zuletzt in einem 40%-Pensum als Raumpflegerin tätig war und sie daher sozialversicherungsrechtlich als zu 40 % Erwerbstätige und zu 60 % im Haushalt Tätige zu qualifizieren ist (Urk. 1 S. 3, Urk. 2, Urk. 8/9 S. 3, Urk. 8/23 S. 93; vgl. auch Urk. 8/14 S. 9, S. 11 und S. 14).

3.3 Laut Austrittsbericht der Klinik Z. vom 31. Januar 2007 lagen bei der Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht eine therapieresistente Zervikokranialgie und Lumbago ohne objektivierbare pathologische Befunde vor, welche die Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtigen (Urk. 8/23 S. 72 f.). Ein anderweitiger körperlicher Gesundheitsschaden ergibt sich auch nicht aus den übrigen medizinischen Akten (vgl. etwa den Bericht von Dr. med. D., Praktischer Arzt FMH, vom 5. Juni 2008 Urk. 8/14 S. 2, den ambulanten Bericht der Rheumaklinik des Spitals E. vom 27. März 2008, Urk. 8/14 S. 20 f. und den Bericht des Wirbelsäulenzentrums der Klinik F. vom 14. März 2008, Urk. 8/14 S. 27).

3.4 Strittig und zu prägen ist, ob und in welchem Ausmass die Beschwerdeführerin aufgrund von psychischen Beschwerden in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist und ob sie Anspruch auf eine Invalidenrente hat.

### E. 4

4.1 Im psychiatrischen Gutachten des A. vom 6. März 2009 wurden die Diagnosen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstellung (ICD-10: F45.4) und einer leichtgradigen depressiven Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10: F32.00) gestellt (Urk. 8/21 S. 10).

In der psychiatrischen Untersuchung habe die Versicherte als Beschwerden multilokulär, in ihrer Intensität wenig variierende Schmerzen im Kopf,

an der Wirbelsäule, der linken Thoraxapertur, am rechten Knie, in der rechten Wade und in der rechten Schulter angegeben. Bei der psychopathologischen Befunderhebung sei eine ausgeprägte Verdeutlichungstendenz mit häufigen verbalen und non-verbalen Schmerzäusserungen aufgefallen. Die Versicherte sei stark eingeengt gewesen auf ihre Schmerzen und habe im abschliessenden gemeinsamen Gespräch mit dem Ehemann einen psychogenen Anfall mit angedeutetem arc de cercle geboten. Darüber hinaus hätten sich objektive Befunde eines agitiert-depressiven Syndroms in Form von Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen, depressivem Affekt und motorischer Unruhe ergeben. Unter Berücksichtigung der eigenanamnestisch erhobenen depressiven Beschwerden - innere Unruhe, Gefühl der Gefühllosigkeit, Ein- und Durchschlafstörungen - erfülle das depressive Zustandsbild die Kriterien der ICD-10 für eine leichte depressive Episode ohne somatisches Syndrom (Urk. 8/21 S. 12).

Im Hinblick auf das chronische Schmerzsyndrom sei die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung zu diskutieren. Für die Diagnose spreche der seit mehr als sechs Monate kontinuierlich vorhandene, anhaltende Schmerz in mehreren Körperregionen, der über die meiste Zeit im Fokus der Aufmerksamkeit der Versicherten stehe. Dass die Versicherte in der Präsentation ihrer Schmerzen eine - selbst unter Berücksichtigung des Vorhandenseins kulturell geprägter Ausdrucksweisen, sprachlicher Verständigungsprobleme und des Kontextes einer gutachterlichen Untersuchung - ausgeprägte Verdeutlichungstendenz gezeigt habe, schliesse eine wesentliche Beeinträchtigung der Versicherten durch Schmerzen noch nicht aus. Verdeutlichungstendenzen würden zum Bild somatoformer Störungen gehören und seien nicht unbedingt Ausdruck einer bewusstseinsnahen Aggravation oder gar Simulation. Es hätten sich keine Inkonsistenzen, die das Vorhandensein einer solchen Beeinträchtigung in Frage stellen würden, finden lassen. Art, Intensität, Lokalisation und Auswirkung der Schmerzen seien von der Versicherten in den bisherigen Untersuchungen konsistent geschildert worden. Ferner beständen keine Diskrepanzen zwischen den beschriebenen Alltagsaktivitäten und ihren Schmerzangaben. Menschen, die eine somatoforme Schmerzstörung entwickelten, hätten in ihrer Kindheit und Jugend häufig eine emotionale Deprivation und eine unsichere Bindung an primäre Bezugspersonen erfahren. Die Biographie der Versicherten weise gewisse Elemente dieses Störungsmodells auf. Als aufrechterhaltende Faktoren ihrer Beschwerden seien sodann einerseits die Entlastung durch den Ehemann im Haushalt und bei der Kinderversorgung, andererseits aber auch die Belastung durch die hieraus resultierenden finanziellen Probleme der Familie zu sehen. Zusammengefasst liege bei der Versicherten seit dem Unfallereignis vom 31. Januar 2006 ein chronisches Schmerzsyndrom vor. Während von psychiatrischer Seite aufgrund der divergierenden spezialärztlichen Beurteilungen nicht entschieden werden könne, inwieweit das Ausmass der Schmerzen durch die erhobenen somatischen Befunde erklärt werden können, finden sich Hinweise auf psychosoziale Faktoren, welche als Risikofaktoren auf die Entstehung somatoformer Störungen bekannt seien und auf das Schmerzgeschehen bei der Versicherten Einfluss genommen haben könnten. Insgesamt spreche mehr für als gegen die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung (Urk. 8/21 S. 12 ff.).

Die Versicherte verfüge nur über wenige Ressourcen, um die Schmerzstörung zu überwinden. Soziokulturelle Herkunft, geringe Schulbildung, fehlende berufliche Ausbildung, begrenzte Sprachkenntnisse und die mangelnde

Verfügbarkeit von sozialer Unterstützung ausserhalb der eigenen Familie würden ihren Handlungsspielraum stark einschränken. Es seien progressive Veränderungen in Richtung auf eine bessere Schmerzbewältigung und eine höhere Funktionalität im Alltag über den Umweg regressiver Veränderungen zu erzielen. Hierzu wäre eine psychotherapeutische Behandlung vonnöten, die ressourcenaktivierend im Sinne einer bedürfnisorientierten Beziehungsgestaltung vorgehe und der Versicherten zunächst Erfahrungen sicherer Bindung und - durch Einsatz körperorientierter Interventionen - körperlichen Wohlbefindens vermittele. Die Dauer einer solchen ambulant durchzuführenden psychotherapeutischen Einzeltherapie wäre auf etwa ein Jahr anzusetzen. Es könne aber nicht abgeschätzt werden, ob mit einer Besserung in einem für die Arbeitsfähigkeit relevanten Ausmass gerechnet werden könne (Urk. 8/21 S. 15).

Im Hinblick auf die Frage der medizinischen Zumutbarkeit der Überwindung der Schmerzstörung hielten die Gutachter des A. \_\_\_ fest, dass sich weder Hinweise auf eine auffällige prämorbid Persönlichkeitsentwicklung erheben liessen, noch eine ausgeprägte psychiatrische oder somatische Komorbidität vorliege. Ein Verlust der sozialen Integration als Folge der Schmerzstörung lasse sich nicht erkennen. Ein Krankheitsgewinn sei wahrscheinlich in Form von Entlastung durch und der verstärkten Bindung an den Mann gegeben. Der nunmehr dreijährige Beschwerdeverlauf sei progredient, ohne längere Phasen der Remission, und die Behandlungsergebnisse einschliesslich des stationären Aufenthaltes seien sicher als unbefriedigend anzusehen. Die durchgeführten Behandlungen - Analgesie, Physiotherapie, psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung, stationäre Rehabilitation - entsprächen dem üblichen Vorgehen bei Schmerzpatienten (Urk. 8/21 S. 16).

Zur Arbeitsfähigkeit der Versicherten erklärten die Gutachter, diese sei aus psychiatrischer Sicht durch die Schmerzstörung deutlich eingeschränkt. Die Flexibilität in Bezug auf die Arbeit und Alltagsbewältigung sei genauso so beeinträchtigt, wie die Durchhaltefähigkeit und die Fähigkeit der Versicherten zu ausserberuflichen Aktivitäten. Wegen dieser grundlegenden Beeinträchtigungen sei die Versicherte in der angestammten Tätigkeit als Reinigungskraft zu 100 % arbeitsunfähig. In leidensangepassten leichten Tätigkeiten ohne Zeitdruck und mit der Möglichkeit flexibler Pausen bestehe eine 25%ige Arbeitsfähigkeit, welche sinngemäss auch für Haushaltstätigkeiten gelte (Urk. 8/21 S. 16).

#### 4.2.1

4.2.1 Im Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. C. \_\_\_ vom 26. August 2009 wurden die Diagnosen einer depressiven Episode mittelschweren Grades mit einem vegetativen Spannungs- und Erschöpfungssyndrom (ICD-10: F32.1), einer phobischen Verfestigung des Schmerzerlebens mit partieller Kinesiophobie mit zeitweisen Ängsten und Panikattacken gemischt sowie mit soziophobischen Anteilen (ICD-10: F40.8), dies infolge einer pathologischen Schmerzverarbeitung (ICD-10: F45.4) unter Einwirkung etlicher Co-Faktoren, sowie die Diagnose einer mäßiglicherweise zunehmenden Dekonditionierung und Veränderung der Persönlichkeit mit mutmasslichen Defiziten der Primärpersönlichkeit aufgeführt. Dabei sei neben den chronischen Kopfschmerzen eine klar hervorstechende beziehungsweise augenscheinliche vegetative Beeinträchtigung vorhanden, die von einer depressiven Symptomatik mindestens mittlerer Schwere gekennzeichnet sei. Die mit Ängsten und innerer Unruhe vermischte

Depression nehme weitgehend einen eigengesetzlichen Verlauf. Die Kopfschmerzen und anderen Missempfindungen seien abhängig von wechselnden Ängsten und anderen Belastungen, etwa Schlafstörungen oder Belastungsdruck und Ohnmacht. Die psychiatrische Therapie sei zur Hauptsache eine supportive, deren Ziele vor allem aufgrund der Defizite der Primärpersönlichkeit limitiert seien. Aufgrund der fehlenden psychologischen Ressourcen könnten nur beschränkt psychologische Techniken eingesetzt werden, weil gerade dies das Entstehen des beschriebenen Krankheitsbildes ermöglichen habe. Das ängstlich-depressive Erleben führe zu einer deutlichen Beeinträchtigung von Wahrnehmung, Urteilsbildung und Intentionalität wie auch zur Schwächung der Handlungseffizienz. Vornehmlich die Antriebsstörungen, die Müdigkeit, die mangelnde Energie und die Schlafstörungen behinderten die Arbeitsleistung; in kognitiver Hinsicht würden Zwangsgedanken und deren negative Inhalte aufhalten, ablenken und demotivieren. Zusätzliche Einschränkungen ergäben sich durch depressionsbedingte deutliche Merkfähigkeitsstörungen und Minderung der Auffassungsgabe. Ähnlich würden die Ängste wirken. Aus psychiatrischer Sicht liege die Arbeitsfähigkeit bei geringen 10 bis 20 % (Urk. 8/32 S. 1 f.).

4.2.2.2 Im Bericht vom 29. März 2008 hatte Dr. C. die Diagnosen einer Anpassungsstörung mit somatischen und zunehmend vegetativen Störungen, einer beginnenden depressiv-hypochondrischen Dekompensation und einer zunehmenden Adipositas als Ausdruck vermehrter dysfunktionaler Anpassungsversuche festgehalten. Die Beschwerdeführerin leide unter Kopf-, Nacken- und Rückenschmerzen. Im Haushalt sei sie nur noch mässig aktiv. Ihr Ehemann, der unglücklicherweise arbeitslos sei, mache zu einem grossen Teil den Haushalt. Sie selber besorge noch das Bettenmachen und diejenigen Tätigkeiten, die nicht so anstrengend seien wie zum Beispiel leichtere Reinigungsarbeiten und das Einkleiden der Kinder. Wenn sie sich anstrengt, gehe es in den Rücken und in den Nacken. Ängstliches Erleben im Zusammenspiel mit chronifizierten (somatoformen) Schmerzen und vegetativen Störungsmustern beeinträchtige regelmässig die Wahrnehmung, Urteilsbildung und Planung wie auch die Verarbeitung von Handlungsabläufen oder verändere die Erfolgsbestimmung. Die Befunde würden ein Bild deutlicher Hilflosigkeit und Leidens beschreiben, das mit einer massiven Störung der Stresstoleranz und bald auch der interaktionellen Kompetenz einhergehe. Aufgrund der bisherigen Verschlechterung des Zustandsbildes ergebe sich für die Arbeitsfähigkeit ein besorgniserregendes Bild. Die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischen Gründen liege bei 10 bis 20 %. Die Versicherte leide nebst den Kopf- und Rückenschmerzen auch unter einer Reihe von psychopathologischen Befunden, von denen die wichtigsten Vergesslichkeit, Benommenheit ohne Denkklarheit, Nervosität und Unruhe seien. Es liege auch eine erhebliche Stressintoleranz vor, die Versicherte sei kaum noch belastungsfähig und fühle sich rasch hilflos. Fast alles scheine sie zu überfordern, immer sei da ein "Muss", sie fühle sich nicht nur schwach, sondern auch traumatisiert (Urk. 8/13 S. 7 ff.).

4.3.2.2 Dr. B. vom RAD stellte in seinem psychiatrischen Untersuchungsbericht vom 13. Januar 2010 die Diagnosen einer somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) und einer leichtgradigen depressiven Störung (ICD-10: F32.0). Daneben bestehe ein selbstlimitierendes Verhalten. Die von der Versicherten demonstrierte Behinderung der Leistungsbereitschaft habe im Drei-Wort-Test und im Fünfzehn-Item-Test objektiviert werden können. Es habe sich eine fehlende Bereitschaft, zumutbare Belastungen zu



Affektlabilität mit beginnender Weinerlichkeit, dem Gefühl von Hilflosigkeit, welches sich kurzfristig bis zu einem Giving-up-Verhalten habe steigern können, gezeigt. Dabei habe sie eine Äusserung Lebensverleiderstimmung ausgedrückt. Die Versicherte sei aber auch rasch aus dieser regressiven Affektivität herauszuführen und wieder auf ein unauffällig erscheinendes Profil abzulenken gewesen (Urk. 8/35 S. 4 f.). Weiter hielt Dr. B. fest, der formale Denkprozess habe nicht die typischen Denkfehler einer Depression wie das Alles-oder-Nichts-Denken, die willkürlichen Schlussfolgerungen oder selektive Verallgemeinerungen gezeigt (Urk. 8/35 S. 5).

Es scheint sich damit bei der mittelschweren depressiven Episode, sollte sie tatsächlich im erwähnten Schweregrad vorgelegen haben, um eine lediglich kurze - und damit nicht zu berücksichtigende - Episode gehandelt haben, da sie sich weder im Oktober 2008 anlässlich der Begutachtung im A. (Urk. 8/21 S. 3) noch im Dezember 2009 anlässlich der psychiatrischen Untersuchung durch Dr. B. gezeigt hat (Urk. 8/35). Im Weiteren ergaben sich weder anlässlich der Begutachtung im A. (Urk. 8/21) noch anlässlich der Untersuchung durch Dr. B. (Urk. 8/35) Anhaltspunkte für die von Dr. C. diagnostizierte phobische Störung. So hielt Dr. B. fest, die Versicherte habe keine Störungen des Gefühls des Erlebens von Personen und Umwelt, keinen Gedankenentzug, keine subjektiven Fremdbeeinflussungserlebnisse und keine Depersonalisierungserlebnisse angegeben. Solche sogenannten Ich-Störungen, welche auch bei Angststörungen auftreten würden, hätten sich nicht feststellen lassen (Urk. 8/35 S. 5). Auch die von Dr. C. diagnostizierte partielle Kinesiophobie (Urk. 8/32 S. 1) konnte nicht bestätigt werden, zumal die Versicherte anlässlich der Untersuchung durch Dr. B. während des Gangs aus dem Gebäude über die Strasse zum Untersuchungsraum ihren Kopf ohne Auffälligkeit nach rechts und links habe drehen können und einen geraden Gang gehabt habe. Einzig der Schritt sei verlangsamt gewesen (Urk. 8/35 S. 2). Zudem lässt sich die von Dr. C. diagnostizierte phobische Störung mit zeitweisen Panikattacken anhand der im Bericht vom 26. August 2009 aufgeführten Befunde (Urk. 8/32) nicht nachvollziehen. So wurde im erwähnten Bericht lediglich wiederholt festgehalten, die Versicherte habe Ängste, leide an depressiv-ängstlicher Verstimmung und gespannter Erwartungsangst beziehungsweise an "Angst vor weiterer Zuspitzung" (Urk. 8/32 S. 1 f.). Die gestellte Diagnose erfährt damit keine Substantiierung anhand erhobener Befunde. So ist beispielsweise nicht ersichtlich, in welchen Situationen die Angst beziehungsweise die Panikattacken auftreten und wie sie sich äussern. Sodann ist darauf hinzuweisen, dass die von Dr. C. erwähnte möglicherweise zunehmende Dekonditionierung und Veränderung der Persönlichkeitszüge mit mutmasslichen Defiziten der Primärpersönlichkeit (Urk. 8/32 S. 1) keine Diagnose gemäss der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen darstellt und einen invalidisierenden Gesundheitsschaden nicht zu belegen vermag.

Dass andere Diagnosen als eine somatoforme Schmerzstörung und eine leichte depressive Erkrankung vorliegen, wird schliesslich auch von der Beschwerdeführerin nicht geltend gemacht (Urk. 1).

## 5.2

5.2.1 Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin kann auf die im Gutachten des A. vom 6. März 2009 festgehaltene Arbeitsunfähigkeit von 100 % als Raumpflegerin und von 75 % in angepassten Tätigkeiten nicht abgestellt werden (Urk.

8/21 S. 16). Dies ergibt sich daraus, dass sich das Gericht die Ärztliche Einschätzung und Schlussfolgerung des A.\_\_\_\_ zur (Rest-)Arbeitsfähigkeit nicht unbesehen ihrer konkreten sozialversicherungsrechtlichen Relevanz und Tragweite zu eigen machen darf. Vielmehr hat das Gericht anhand der sogenannten FÄrsterkriterien zu prüfen, ob die diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung ausnahmsweise eine Invalidität begründet (vgl. vorstehend Erwägung 2.1.2, ferner Urteil des Bundesgerichts 8C\_420/2011 vom 26. September 2011 E. 1.1.2 und E. 2.5 mit Hinweisen).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In Bezug auf die FÄrsterkriterien ist festzuhalten, dass das im Vordergrund stehende Kriterium einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer mit der leichten depressiven Episode rechtsprechungsgemäss nicht gegeben ist (Urteil des Bundesgerichts 8C\_420/2011 vom 26. September 2011 E. 2.5 mit Hinweisen). Für das Vorliegen einer chronischen körperlichen Begleiterkrankung ergeben sich aus den medizinischen Akten keine Hinweise (Urk. 8/21, Urk. 8/32, Urk. 8/35). Denn es handelt sich beim somatischerseits beschriebenen Schmerzsyndrom um dasselbe Krankheitsbild, welches aus psychiatrischer Sicht mit der somatoformen Schmerzstörung umschrieben wird. Überdies wurde das Vorliegen einer somatischen Begleiterkrankung im Gutachten des A.\_\_\_\_ ebenfalls ausdrücklich verneint (Urk. 8/21 S. 16).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens ist sodann gemäss dem Gutachten des A.\_\_\_\_ vom 6. März 2009 sowie den Berichten von Dr. C.\_\_\_\_ und Dr. B.\_\_\_\_ ebenfalls zu verneinen (Urk. 8/13, Urk. 8/21 S. 16, Urk. 8/32, Urk. 8/35). In Bezug auf das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person ist zum einen festzuhalten, dass die ambulante Behandlung bei Dr. C.\_\_\_\_ - auch wenn sie als lediglich supportive Therapie mit limitierten Zielen beschrieben wurde (Urk. 8/32 S. 2) - nicht als gescheitert betrachtet werden kann. Vielmehr ist davon auszugehen, dass diese Therapie eine ressourcenaktivierende Wirkung zeitigen kann, wie sie im Gutachten des A.\_\_\_\_ beschrieben wurde (Urk. 8/21 S. 15). Zum anderen hat die Beschwerdeführerin zumindest bis zum Zeitpunkt der Verfügung vom 23. März 2010 lediglich einen stationären Aufenthalt in der Klinik Z.\_\_\_\_ vom 22. November bis zum 22. Dezember 2006 (Urk. 8/23 S. 72-77) zur Rehabilitation auf sich genommen. Das Kriterium wird damit nicht erfüllt.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Gemäss dem Gutachten des A.\_\_\_\_ vom 6. März 2009 ist ein Krankheitsgewinn wahrscheinlich in Form einer Entlastung durch und die verstärkte Bindung an den Ehemann gegeben (Urk. 8/21 S. 16). Ob damit ein bereits verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit") vorliegt, muss nicht abschliessend beurteilt werden. Da das A.\_\_\_\_ eine therapeutische Behandlung empfohlen hat (Urk. 8/21 S. 15), und eine solche bei Dr. C.\_\_\_\_ durchgeführt wird, ist zumindest nicht von einer therapeutisch nicht mehr beeinflussbaren Situation auszugehen, womit dieses Kriterium höchstens in schwacher Ausprägung erfüllt ist.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Das Kriterium eines mehrjährigen, chronifizierten Krankheitsverlaufs mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung ist hingegen erfüllt (vgl. Urk. 8/21 S. 16).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Damit sind aber lediglich eines bis maximal zwei der massgebenden Kriterien - wenn auch in nicht sehr ausgeprägter Form - erfüllt. Dies genügt zur ausnahmsweisen Verneinung der zumutbaren Willensanstrengung zur Überwindung der Schmerzen nicht.

5.2.2 Ä Ä Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass bei der Arbeitsfähigkeitsbeurteilung durch das A.\_\_\_\_ invaliditätsfremde Faktoren (insbesondere psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren) berücksichtigt und die soziokulturelle Herkunft, die geringe Schulbildung, die fehlende berufliche Ausbildung, die begrenzten Sprachkenntnisse und die mangelnde Verfügbarkeit von sozialer Unterstützung ausserhalb der eigenen Familie als den Handlungsspielraum der Versicherten stark einschränkende Faktoren betrachtet wurden (Urk. 8/21 S. 15), welche vom sozialversicherungsrechtlichen Standpunkt aus unbeachtlich sind (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 138/06 vom 21. Dezember 2006, E. 2.3). Auch unter diesem Gesichtspunkt kann somit auf die Arbeitsfähigkeitseinschätzung des A.\_\_\_\_ nicht abgestellt werden.

5.2.3 Ä Ä Zusammenfassend muss somit unter Anwendung der massgebenden Kriterien und ohne Berücksichtigung der invaliditätsfremden Faktoren und somit abweichend von der Arbeitsfähigkeitseinschätzung der Gutachter des A.\_\_\_\_ (Urk. 8/21) und von Dr. C.\_\_\_\_ (Urk. 8/32, Urk. 8/13) davon ausgegangen werden, dass es der Beschwerdeführerin zumutbar ist, die nötige Willenskraft aufzubringen, um ihre Schmerzen zu überwinden und einer Erwerbstätigkeit sowie ihren Aufgaben im Haushalt nachzugehen. Dabei ist gestützt auf die Einschätzung von Dr. B.\_\_\_\_ (Urk. 8/35 S. 6) und den Verlauf der Unfallfolgen, wie er sich aus dem nach dem Beschwerdeführer rückzug rechtskräftig gewordenen Einspracheentscheid der SUVA ergibt (Urk. 8/23/23-31, Urk. 8/23/5-7), anzunehmen, dass dies bereits bei Ablauf des Wartjahres im Sinne von aArt. 29 Abs. 1 lit. b IVG der Fall gewesen ist.

6. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Eine Invalidität im Sinne von Art. 4 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG liegt somit nicht vor. Selbst wenn man der Beschwerdeführerin mit RAD-Arzt Dr. B.\_\_\_\_ eine 20%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zugestehen würde, müsste ein Rentenanspruch von vornherein verneint werden: Wie bereits oben erwähnt, ist die Beschwerdeführerin als zu 40 % Erwerbstätige und zu 60 % im Haushalt Tätige zu qualifizieren (vorstehend Erwägung 3.2). Aufgrund der attestierten maximal 20%igen Einschränkung ergibt sich im Erwerbsebereich höchstens eine geringfügige Teilinvalidität, die zusammen mit der maximal 20%igen Einschränkung im Haushaltsbereich nicht zu einem rentenbegründenden Invaliditätsgrad von 40 % zu führen vermag. Eine genaue Bezifferung des Validen- und Invalideneinkommens beziehungsweise die Vornahme einer Haushaltsabklärung ergibt sich somit (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 9C\_352/2010 vom 30. August 2010, E. 2.3.5).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerde ist daher abzuweisen.

7. Ä Ä Ä Ä Ä Ä 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 in der seit dem 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Fassung) und ermessensweise auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der Beschwerdeführerin aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

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

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- X. \_\_\_\_\_

- 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.