

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00671 vom 3. Mai 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-05-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2010.00671

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00671 du 3 mai 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00671 del 3 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 und der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 28. September 2007 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). Weil sich der hier zu beurteilende Sachverhalt vor dem 1. Januar 2008 verwirklicht hat, gelangen die revidierten materiellen Vorschriften des IVG und der IVV im vorliegenden Fall noch nicht zur Anwendung. Bei den im Folgenden zitierten Gesetzes- und Verordnungsbestimmungen handelt es sich deshalb - soweit nichts anderes vermerkt wird - um die Fassungen, wie sie bis Ende 2007 in Kraft gewesen sind.

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 ATSG).

1.3 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit 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 aller Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen konnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen konnte, 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).

1.4 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. 1 IVG in der seit dem 1. Januar 2004 in Kraft stehenden Fassung).

1.5 Gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG entsteht der Rentenanspruch nach Art. 28 IVG frühestens in dem Zeitpunkt, in dem die versicherte Person

a. mindestens zu 40 Prozent bleibend erwerbsunfähig (Art. 7 ATSG) geworden ist oder

b. während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 Prozent arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen war.

Obwohl das Gesetz dies nicht ausdrücklich bestimmt, kann ein Rentenanspruch nach Art. 29 Abs. 1 lit. b IVG nur entstehen, wenn nach Ablauf der Wartezeit eine Erwerbsunfähigkeit gegeben ist. Nicht erforderlich ist dagegen, dass während der einjährigen Wartezeit auch bereits die für den Rentenanspruch vorausgesetzte Erwerbsunfähigkeit vorliegt. Damit eine Rente zugesprochen werden kann, müssen sowohl die durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit während eines Jahres als auch die nach Ablauf der Wartezeit bestehende Erwerbsunfähigkeit die betreffende Rentenabstufung erforderliche Mindesthöhe erreichen (BGE 129 V 411 E. 2.1, 121 V 264 E. 6b/cc; AHI 2001 S. 279 E. 2; Urteil des Bundesgerichts 8C_189/2008 vom 4. Juli 2008 E. 2.2). Dabei ist nur die Arbeitsunfähigkeit von Bedeutung, das heisst die als Folge des Gesundheitsschadens bedingte Einbusse an funktionellem Leistungsvermögen im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich, während die finanziellen Auswirkungen einer solchen Einbusse für deren Beurteilung während der Wartezeit grundsätzlich unerheblich sind (BGE 130 V 97 E. 3.2, 118 V 16 E. 6d, 105 V 156 E. 2a in fine mit Hinweisen; ZAK 1986 S. 476 E. 3, 1984 S. 230 E. 1, 1980 S. 283 E. 2a).

Art. 29 Abs. 1 lit. a IVG gelangt nur dort zur Anwendung, wo ein weitgehend stabilisierter, im Wesentlichen irreversibler Gesundheitsschaden vorliegt (vgl. BGE 119 V 98 E. 4a mit Hinweisen) und sich der Gesundheitszustand der versicherten Person künftig weder verbessern noch verschlechtern wird (Art. 29 IVV). In den anderen Fällen entsteht der Rentenanspruch erst nach Ablauf der Wartezeit gemäss Art. 29 Abs. 1 lit. b IVG. Diese gilt in jenem Zeitpunkt als eröffnet, in welchem eine deutliche Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit eingetreten ist, was nach der Rechtsprechung bei einer Beeinträchtigung im Umfang von 20 % der Fall ist (AHI 1998 S. 124 E. 3c; vgl. auch BGE 129 V 411 unten; Urteil des Bundesgerichts 8C_189/2008 vom 4. Juli 2008 E. 2.2).

1.6 Die Verfügung über eine befristete Invalidenrente enthält gleichzeitig die Gewährung der Leistung und die Revision derselben (EVGE 1966 S. 130 E. 2; ZAK 1984 S. 133 E. 3). Wird vom Zeitpunkt des Verfügungserlasses an rückwirkend eine Rente zugesprochen und diese für eine weitere Zeitspanne gleichzeitig herabgesetzt oder aufgehoben, so sind nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen analog anwendbar (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen). Nach Art. 17 Abs. 1 ATSG ist eine Rente für die Zukunft entsprechend zu

erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben, wenn sich der Grad der Invalidität der Person, die eine Rente bezieht, in einer für den Anspruch erheblichen Weise ändert. Setzt die Verwaltung bei der Leistungszusprechung die Rente nach Massgabe der Veränderung des Invaliditätsgrades rückwirkend herab oder hebt sie sie auf, richtet sich der Zeitpunkt der Rentenherabsetzung bzw. -aufhebung rechtsprechungsgemäss nach Art. 88a Abs. 1 IVV (BGE 125 V 413 f. E. 2d, 109 V 125, 106 V 16). Danach ist bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit die anspruchsbeflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit andauern wird; sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird (BGE 109 V 125 f. E. 4a; AHI 2001 S. 159 f. E. 1 und S. 278 E. 1a, 1998 S. 121 E. 1b, ZAK 1990 S. 518 E. 2 mit Hinweis).

1.7 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 Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b.cc).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

E. 2

2.1 In der angefochtenen Verfügung vom 8. Juni 2010 (Urk. 2) ging die Beschwerdegegnerin davon aus, die Beschwerdeführerin sei seit März 2004 für alle Tätigkeiten durchschnittlich 20 % arbeitsunfähig (S. 1). Da der Invaliditätsgrad jedoch unter 40 % liege, bestehe kein Rentenanspruch. Berufliche Massnahmen seien sodann zurzeit nicht nötig (S. 2).

2.2 Demgegenüber machte die Beschwerdeführerin geltend, ab dem 1. Mai 2005 habe durchgehend eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als 20 % bestanden, zunächst kurzzeitig 100 % bis 16. Mai 2005, ab dem 1. Juni 2005 sei sie zu 30 % arbeitsunfähig gewesen, ab dem 17. Dezember 2005 wieder zu 100 %. Die für die Wartezeit erforderliche durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit von 40 % während eines Jahres sei am 1. Mai 2006 erreicht gewesen. Zu diesem Zeitpunkt sei sie vollständig arbeitsunfähig gewesen, und es habe die Berechtigung auf eine ganze Rente bestanden (Urk. 1 S. 4 Ziff. 11). Erstmals ab 11. April 2007 habe die Arbeitsunfähigkeit unter 70 % gelegen, was ab August 2007 zu einer Reduktion auf eine Dreiviertelsrente für eine Dauerhaft unter 50 % sei die Arbeitsunfähigkeit erst ab 13. Dezember 2007 gesunken, so

dass eine Rentenaufhebung auf April 2008 gerechtfertigt sei (S. 4 Ziff. 12).

2.3. Strittig und zu prüfen ist damit der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin.

E. 3

3.1. Der Hausarzt Dr. med. A. ____, Facharzt Allgemeine Medizin FMH, diagnostizierte in seinem Bericht vom 11. August 2004 Schulter- sowie Nackenschmerzen nach Autoauffahrunfall am 29. März 2004. Anlässlich einer Untersuchung am 16. Juni 2004 sei die Kopffrotation bis zirka 60° möglich gewesen, die Kopfkliniation und -reklination sowie die Kopfneigung seien schmerzbedingt eingeschränkt gewesen. Vom 29. März bis 23. April 2004 habe eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden sowie vom 24. April bis 15. Mai 2004 eine solche von 50 %. Vom 16. bis 31. Mai sei die Beschwerdeführerin krankheitsbedingt arbeitsunfähig gewesen und seit dem 1. Juni 2004 sei sie wieder aufgrund des Unfalles zu 50 % arbeitsunfähig (Urk. 8/17/12, vgl. auch Urk. 8/17/16).

3.2. Dr. med. B. ____, Klinik C. ____, diagnostizierte in ihrem Bericht vom 21. Juli 2004 ein Hyperextensions-/ Hyperflexionstrauma im März 2004 mit wieder zunehmenden Zervikalgien und Schwindel sowie Ausstrahlungen in den rechten Arm. Zum klaren Ausschluss einer Neurokompression sei ein MRI der HWS durchzuführen. Ebenso sei ein Morbus Bechterew auszuschliessen. Die Arbeitsunfähigkeit betrage wieder 50 % (Urk. 8/17/13).

Bei im Wesentlichen unveränderter Diagnose führte Dr. B. ____, am 27. August 2004 aus, durch die bisher erfolgte Physiotherapie sei bereits eine mässige Beschwerdebesserung erfolgt, aktuell bestehe jedoch eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Urk. 8/17/11).

Ergänzend hielt Dr. B. ____, in ihrem Bericht vom 14. September 2004 fest, auf eigenen Wunsch der Beschwerdeführerin sei die vorgängig auf 100 % festgesetzte Arbeitsunfähigkeit am 7. September 2004 auf 80 % reduziert worden (Urk. 8/17/9, vgl. auch Urk. 8/17/10 Ziff. 4).

In ihrem Bericht vom 3. Dezember 2004 (Urk. 8/17/8) nannte Dr. B. ____, sodann folgende Diagnosen:

- Hyperextensions-/Hyperflexionstrauma März 2004, deutliche Einschränkung der HWS-Mobilität
- Zervikalgien und Schwindel, Ausstrahlung in den rechten Arm
- Ausschluss einer Neurokompression (MRI HWS Juli 2004)
- Status nach Meniskusoperation rechts am 1. Oktober 2004

Die Beschwerdeführerin sei sehr zufrieden mit den Fortschritten, sie sei wesentlich schmerzfreier. Insgesamt bestehe eine noch deutlich eingeschränkte Beweglichkeit der HWS mit Auslösung von Belkeit, vor allem eine Seitenneigung des Kopfes sei kaum möglich. Die Trapeziusmuskulatur sowie die muskulären Ansatzpunkte occipital seien weiterhin deutlich verspannt. Vom 14. September 2004 bis 31. Oktober 2004 habe die Arbeitsunfähigkeit 80 % betragen, seit dem 1. November 2004 betrage sie noch 30 %.

3.5. Nach einer erneuten Hospitalisation vom 23. Januar bis 10. März 2007 in der Klinik D. ___ nannten die verantwortlichen Ärzte in ihrem Bericht vom 22. März 2007 (Urk. 8/40/8-17) im Wesentlichen folgende Diagnosen (S. 1):

- Morbus Crohn
- normoregeneratorische, hypochrome mikrozytäre Anämie, DD Blutungsanämie mit Eisenmangel, Infektanämie
- Verdacht auf Infekt der oberen Atemwege
- chronisches Zervikalsyndrom
- Status nach Sepsis mit *Sphingomonas paucimobilis*, DD abdominal, Port-Infekt
- Status nach generalisiertem Krampfanfall 12/06, DD psychogen
- Alopezia (areata)

Die Beschwerdeführerin sei in ein intensives multimodales Rehabilitationsprogramm integriert worden. Bei Austritt sei sie trotz der intensiven Therapien nur in der Lage gewesen, wenige Schritte ohne Hilfsmittel mit ataktisch-unsicherem Gangbild zu gehen und habe sich auch mit Stücken nur kurze Strecken von wenigen Metern und sonst im Rollstuhl fortbewegt. Sie sei ausserdem in der Lage gewesen, zehn Minuten im Stand zu arbeiten (Urk. 8/40/9). Vom 23. Januar bis und mit 31. März 2007 habe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden, im Weiteren beurteile der Hausarzt die Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/40/10). Aus der Zusammenfassung der Krankengeschichte ergibt sich sodann, dass die Beschwerdeführerin seit dem 19. Dezember 2006 vollständig arbeitsfähig war (Urk. 8/40/11, Urk. 8/40/14).

Im Austrittsbericht der Physiotherapie/Rheumatologie (Urk. 8/40/13-15) wurde sodann ausgeführt, dass die Beschwerdeführerin aufgrund ungeklärter Ursachen eine verminderte Belastungsbereitschaft gezeigt habe. Sie sei je nach Verfassung nicht immer bereit gewesen, an ihren Leistungslimiten zu arbeiten. Beobachtungen seien nicht immer konsistent gewesen. Die Beobachtungen im klinischen Untersuchung hätten nicht mit der demonstrierten Funktion überein gestimmt. So wäre anhand der gemessenen Kraft der unteren Extremität eine Gangfunktion wie auch Bettmobilität und Transfers nicht möglich gewesen, was jedoch zu beobachten gewesen sei. Weiter habe die Beschwerdeführerin im Stand und Gang mit einem Unterarmrollator sehr auffällig ataktisches Verhalten beider Beine gezeigt, wobei im klinischen Untersuchung keine Beinataxie festgestellt werden können (S. 1).

3.6. Dr. E. ___ nannte in seinem Bericht vom 5. August 2007 (Urk. 8/42/4-6) im Wesentlichen folgende Diagnosen (Ziff. 2):

- Morbus Crohn
- hypochrome mikrozytäre Anämie
- chronisches Zervikalsyndrom

In der Vergangenheit hätten folgende Arbeitsunfähigkeiten bestanden (Ziff. 3.1):

- 100 % vom 11. Juni 2006 bis 4. September 2006
- 50 % vom 5. bis 23. September 2006

- 100 % vom 24. September 2006 bis 15. Oktober 2006
- 50 % vom 16. Oktober 2006 bis 18. Dezember 2006
- 100 % vom 19. Dezember 2006 bis 10. April 2007
- 60 % vom 11. April 2007 bis 31. Mai 2007
- 30 % vom 1. Juni 2007 bis 31. Juli 2007
- 0 % vom 1. bis 24. August 2007
- 50 % ab 25. August 2007

Der Gesundheitszustand sei teilweise besserungsfähig (Ziff. 3.2). Mittels operativer Interventionen, therapeutischer Massnahmen sowie medikamentöser Behandlungen habe die Arbeitsfähigkeit gesteigert werden können, eine volle Arbeitsfähigkeit habe jedoch nie lange durchgeföhrt werden können. Fraglich sei insbesondere das Verhalten betreffend Morbus Crohn und enteropathischer Spondylarthropathie, welche neben der HWS-Problematik die Arbeitsfähigkeit signifikant beeinflussen würden (Ziff. 3.3).

Nach einem Motorradsturz am 11. September 2007 hielt sich die Beschwerdeföhlerin vom 30. Oktober bis 28. November 2007 in der Klinik D. zur Rehabilitation auf. Im Austrittsbericht vom 17. Dezember 2007 (Urk. 3) nannten die verantwortlichen Ärzte im Wesentlichen folgende Diagnosen (S. 1):

- Motorradsturz am 11. September 2007
- Kontusion Ellbogen, Schulter, Knie, OSG links
- rezidivierende Spontanpneumothoraces rechts
- Thoraxdrainage 22. bis 25. September 2007
- thorakoskopische apikale Wedge-Resektion und Pleuraabrasio rechts am 13. Oktober 2007
- Weichteilinfekt Arm rechts volar
- Bakteriämie mit koagulaseneg. Staphylokokken
- Verdacht auf Morbus Crohn
- unklare epileptiform anmutende Anfälle, Differentialdiagnose psychogen
- bekannter Substanzmissbrauch
- rezidivierende depressive Störung, aktuell remittierende Episode
- chronisches Kraniozervikalsyndrom

Bei Eintritt habe die Beschwerdeföhlerin über eine allgemeine Schwäche, starke Schmerzen in der rechten Flanke und eine deutliche Bewegungseinschränkung des rechten Arms geklagt. Sie habe sich allgemein kraftreduziert und nur rollstuhlmobil präsentiert. Die Wirbelsäulenbeweglichkeit sei uneingeschränkt gewesen. Der rechte Arm habe bis 100° abduziert werden können, darüber hinaus habe die Beschwerdeföhlerin ziehende Schmerzen in der rechten operierten Flanke angegeben. Die restlichen peripheren Gelenke seien frei beweglich, sensomotorische Defizite nicht eruierbar gewesen. Nach der Rehabilitation habe die

Beschwerdeführerin in gebessertem Allgemeinzustand und nach abgeheiltem Weichteilinfekt mit voller Funktionsfähigkeit der rechten oberen Extremität in ihre gewohnte häusliche Umgebung entlassen werden können (S. 2). Es werde eine Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf als Krankenschwester angestrebt. Vorerst sollte ein Einstieg zu 50 % möglich sein mit sukzessiver Steigerung im Verlauf (S. 3).

Â Â Â Â Â Â Â Â Aus der Zusammenfassung der Krankengeschichte ergibt sich sodann eine volle Arbeitsunfähigkeit seit dem Unfall am 11. September 2007 (S. 9).

3.8Â Â Â Â Vom 11. Juli bis 5. August 2009 war die Beschwerdeführerin in der Medizini-schen Klinik des Kantonsspitals F.____ (F.____) hospitalisiert. In ihrem Austrittsbericht vom 7. August 2009 (Urk. 8/83/56-61) nannten die Ärzte folgende Diagnosen (Urk. 8/83/56):

- Bauchwandabszess
- aktenanamnestisch Morbus Mänchhausen
- nicht nachweisbare Diagnosen
- Status nach Bauchwandabszess unklarer Ätiologie
- Status nach mehreren Abszessen Oberschenkel beidseits unklarer Ätiologie
- psychogene nicht-epileptische Anfälle 2004
- Morbus Crohn, Diagnose histologisch nicht gesichert
- Pethidin-Abhängigkeit im Rahmen des Morbus Mänchhausen, Status nach Entzug 17. März bis 10. April 2009

Â Â Â Â Â Â Â Â Aus anamnestischer Sicht sei es in den vergangenen Jahren zu über dreissig Hospitalisationen gekommen, wobei die Aussagen der Beschwerdeführerin zum Teil vom Inhalt der ärztlichen Berichte divergiere. Immer wieder sei der Verdacht auf eine Persönlichkeitsstörung beschrieben worden. Aktenanamnestisch handle es sich um ein Mänchhausen Syndrom. Ein ausführliches Gespräch mit dem Psychiater habe die Verdachtsdiagnose bestätigt. Die Beschwerdeführerin negiere ein Verhalten im Sinn eines Mänchhausen-Syndroms aktuell, habe jedoch zugegeben, dass das früher durchaus möglich gewesen sei. Eine ambulante Weiterbetreuung sei dringlich indiziert. Aktuell zeigten sich keine Hinweise für eine Aktivität des anamnestisch beschriebenen Morbus Crohn. Ebenso wenig hätten sich laparoskopische Hinweise für eine Fistulierung zur Bauchwand gezeigt. Histologisch habe der Morbus Crohn nie nachgewiesen werden können (Urk. 8/83/57). Vom 11. Juli bis 23. August 2009 bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit (Urk. 8/83/58).

3.9Â Â Â Â In seinem Bericht vom 24. September 2009 (Urk. 8/83/39-42) hielt Dr. E.____ bei unveränderter Diagnose (S. 1) eine seit 1. September 2008 bestehende 60%ige Arbeitsfähigkeit fest (S. 3). Er habe noch nie eine Patientin gesehen, welche in fünf Jahren derart viele verschiedene, teils gravierende Erkrankungen durchgemacht habe und auch derart viele, meist unverschuldete Unfälle erlitten habe (Urk. 8/83/39).

3.10Â Â Am 6. Januar 2010 wurde die Beschwerdeführerin im Auftrag der Beschwerdegegnerin im Begutachtungsinstitut G.____ (G.____) internistisch, psychiatrisch, rheumatologisch sowie neurologisch untersucht (Urk. 8/83 S. 1). In ihrem Gutachten vom 5. Februar 2010 nannten die Gutachter folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die

Arbeitsfähigkeit (S. 33 Ziff. 5.1):

- leichte depressive Episode
- anhaltende somatoforme Schmerzstörung
- Hypermobilitätssyndrom
- klinisch, labortechnisch, radiologisch, kernspintomographisch und skelettszintigraphisch keine Hinweiszeichen für ein entzündlich-rheumatisches Geschehen
- rezidivierende, belastungsabhängige Gonalgien beidseits
- am ehesten im Rahmen des Hypermobilitätssyndroms
- Status nach Teilmeniscektomie rechts Oktober 2004 und Juli 2008, links 2000
- Status nach Innenband-Operation am rechten Knie Juli 1997
- klinisch und radiologisch unauffälliger Befund

Als ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter sodann im Wesentlichen folgende Diagnosen (S. 33 f. Ziff. 5.2):

- Persönlichkeit mit emotional instabilen und histrionischen Anteilen
- chronisches zervikospondylogenes Schmerzsyndrom beidseits
- chronisches thorakolumbospondylogenes Schmerzsyndrom
- Verdacht auf enteropathische Spondarthropathie
- Verdacht auf Karpaltunnelsyndrom beidseits
- anamnestisch Epilepsie im Kindesalter
- Status nach HWS-Distorsionstrauma im März 2004 sowie Status nach weiteren Verkehrsunfällen, zuletzt am 14. April 2007 mit fraglicher Commotio cerebri
- anamnestisch Angabe eines Morbus Crohn

Für die von der Klinik D.____ und der Rheumaklinik des H.____ vermutete enteropathische Spondarthropathie hätten sich aktuell keine Hinweise gefunden. Mit diesen Befunden könne nur ein geringer Anteil der geklagten Beschwerden erklärt werden. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Krankenschwester in einem Pflegeheim liege im Grenzbereich der körperlichen Belastbarkeit und sei der Beschwerdeführerin lediglich noch in einem Pensum von 80 % zumutbar. Für körperlich leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten bestehe aus rheumatologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Als Ursache für das verstärkte Schmerzerleben sei bei der psychiatrischen Untersuchung eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung festgestellt worden, welche durch die leichte depressive Episode verstärkend beeinflusst werde. Aufgrund dieser psychischen Komorbidität sei die Arbeitsfähigkeit um 20 % vermindert. Die kombinierte Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen und histrionischen Anteilen bedinge keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Auf neuro-logischem und allgemeinmedizinisch-internistischem Fachgebiet könnten keine weiteren Diagnosen mit Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Für den aufgrund der anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin vermuteten Morbus Crohn bestehe gänzlich auf die vorliegenden

Akten kein Anhaltspunkt. Zusammengefasst sei die Beschwerdeführerin aus polydisziplinärer Sicht für die bisherige Tätigkeit als Krankenschwester in einem Pflegeheim zu 80 % arbeits- und leistungsfähig. Die Einschätzungen aus somatischer und psychiatrischer Sicht würden sich ergänzen und müssten nicht addiert werden. Es könnten die gleichen Zeitabschnitte zum Einlegen von Pausen und zur Erholung genutzt werden. Für körperlich leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten sei die Beschwerdeführerin ebenfalls zu 80 % arbeits- und leistungsfähig. Das Pensum könne vollschichtig umgesetzt werden mit leicht reduziertem Rendement (S. 34 f. Ziff. 6.2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aufgrund der anamnestischen Angaben, der Untersuchungsbefunde, der vorliegenden Dokumente sowie der früher attestierten Arbeitsunfähigkeiten sei davon auszugehen, dass die Arbeitsunfähigkeit im dargelegten Ausmass seit dem Zeitpunkt der aktuellen Begutachtung bestehe. Nach dem Auffahrunfall im März 2004 hätten wechselnde Arbeitsunfähigkeiten bestanden, teilweise bedingt durch die nachfolgenden Unfälle, Operationen und stationären Aufenthalte. Bezüglich des psychischen Leidens sei einmalig in der Klinik D. ___ im Jahre 2006 eine mittelgradige depressive Symptomatik diagnostisch festgehalten worden. Seither sei es jedoch zu einer Besserung gekommen, aktuell bestehe lediglich eine leichte depressive Episode. Die von der behandelnden Psychiaterin wie auch durch die Gutachter festgestellte Persönlichkeitsstörung, welche bereits seit Jahren bestehe, bedinge keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Insgesamt hätten also in den letzten Jahren aus verschiedenen Gründen punktuell und vorübergehend höhergradige Arbeitsunfähigkeiten bestanden. Diese hätten jedoch nie das Ausmass einer länger dauernden, invalidisierenden Erkrankung angenommen, so dass die aktuelle Arbeitsfähigkeit über die Zeit gemittelt auch retrospektiv in den letzten Jahren zu bestätigen sei (S. 35 Ziff. 6.3). Zur Erhaltung der Arbeitsfähigkeit seien medizinische Massnahmen zu empfehlen (S. 37 Ziff. 6.9).

3.11 Ä Ä Die übrigen bei den Akten liegenden Arztberichte (Urk. 8/12/9, Urk. 8/12/12, Urk. 8/14, Urk. 8/17/2-7, Urk. 8/17/14-15, Urk. 8/17/17-20, Urk. 8/30/2-5, Urk. 8/30/10-23, Urk. 8/40/1-6, Urk. 8/45, Urk. 8/54, Urk. 8/64/2, Urk. 8/64/6-12, Urk. 8/83/43-55, Urk. 8/83/62-97) enthalten keine für die Beurteilung der vorliegend strittigen Fragen relevanten Angaben und insbesondere keine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, so dass auf deren detaillierte Wiedergabe verzichtet werden kann.

E. 4

4.1 Ä Ä Ä Ä Unbestritten und aufgrund der vorliegenden Arztberichte auch ausgewiesen ist, dass die bisherige Tätigkeit als Krankenschwester auch als behinderungsangepasste Tätigkeit zu gelten hat. Strittig und zu prägen ist jedoch, ob die Beschwerdeführerin in der Zeit seit März 2004 in einem Ausmass arbeitsunfähig war, welches einen Anspruch auf eine Invalidenrente begründet.

4.2 Ä Ä Ä Ä Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der angefochtenen Verfügung auf das G. ___-Gutachten vom 5. Februar 2010 und ging dementsprechend von einer durchschnittlich 20%igen Arbeitsunfähigkeit für alle Tätigkeiten seit März 2004 aus (Urk. 2 S. 1, Urk. 8/89 S. 6). Dieser Entscheid beruht ausschliesslich auf der entsprechenden Passage im G. ___-Gutachten, wonach die Beschwerdeführerin sowohl in der angestammten Tätigkeit als Krankenschwester als auch in jeder anderen, körperlich

leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit seit dem Zeitpunkt der aktuellen Begutachtung zu 80 % arbeits- und leitungsfähig sei (Urk. 8/83 S. 34 f. Ziff. 6.2), wobei die seit dem Auffahrunfall im März 2004 bestandenen, punktuell und vorübergehend höhergradigen Arbeitsunfähigkeiten nie das Ausmass einer länger dauernden, invalidisierenden Erkrankung angenommen hätten, so dass die aktuelle Arbeitsfähigkeit von 80 % über die Zeit gemittelt auch retrospektiv in den letzten Jahren zu bestmöglichen sei (Urk. 8/83 S. 35 Ziff. 6.3).

Die retrospektive Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit seit März 2004 überzeugt jedoch nicht. Eine solche Beurteilung für die Vergangenheit ist rechtsprechungsgemäss grundsätzlich problematisch wobei im vorliegenden Fall hinzukommt, dass die Begutachtung durch die G. -Ärzte im Januar 2010 stattfand und die in Frage stehenden Arbeitsunfähigkeiten die Zeit seit März 2004 betreffen, der Beurteilungszeitraum mithin sechs Jahre zurückliegt.

Bei den Akten liegen jedoch echtzeitliche Arztberichte, in welchen mannigfache und teilweise langanhaltende Beeinträchtigungen dokumentiert wurden (vgl. vorstehend E. 3.1 bis 3.9). Diese Beeinträchtigungen wie auch die sich daraus ergebenden Arbeitsunfähigkeiten wurden von den G. -Gutachtern denn auch ausdrücklich nicht in Frage gestellt (vgl. psychiatrisches Teilgutachten Urk. 8/83 S. 20 f. Ziff. 4.1.7, rheumatologisches Teilgutachten Urk. 8/83 S. 27 f. Ziff. 4.2.6, neurologisches Teilgutachten Urk. 8/83 S. 32 f. Ziff. 4.3.6). Der zusammenfassenden Einschätzung der G. -Gutachter, dass es sich dabei um lediglich punktuelle und vorübergehende Einschränkungen gehandelt haben soll, kann indessen nicht gefolgt werden, wie die nachfolgende Aufstellung belegt:

Zeitraum Grad der Arbeitsunfähigkeit

29. März bis 23. April 2004 100 %

24. April bis 15. Mai 2004 50 %

16. bis 31. Mai 2004 100 %

1. Juni bis 11. August 2004 50 %

7. September bis 31. Oktober 2004 80 %

1. November bis 3. Dezember 2004 30 %

1. Juli bis 16. Dezember 2005 30 %

17. Dezember 2005 bis 4. September 2006 100 %

5. bis 23. September
2006 50 %

24. September bis 15. Oktober
2006 100 %

16. Oktober bis 18. Dezember
2006 50 %

19. Dezember 2006 bis 10. April
2007 100 %

11. April bis 31. Mai
2007 60 %

1. Juni bis 31. Juli
2007 30 %

24. August bis 10. September
2007 50 %

11. September bis 16. Dezember
2007 100 %

17. Dezember 2007 bis 31. August
2008 50 %

seit 1. September 2008 40 %

Im Gegensatz zu den G.____-Gutachtern untersuchten sowohl der Hausarzt Dr. A.____ als auch Dr. E.____ und Dr. B.____ die Beschwerdeführerin regelmäßig oder konnten diese wie die Ärzte der Klinik D.____ und des F.____ im Rahmen einer Hospitalisation über längere Zeit beobachten, weshalb bezüglich der Arbeitsunfähigkeit in den Jahren 2004 bis 2009 diesen zeitnahen Arztberichten insgesamt mehr Gewicht beizumessen ist. Dies umso mehr, als sich die G.____-Gutachter in ihren Teilgutachten nicht zum Beginn der Arbeitsunfähigkeit äußerten (vgl. psychiatrisches Teilgutachten Urk. 8/83 S. 19 f. Ziff. 4.1.5, rheumatologisches Teilgutachten Urk. 8/83 S. 27 Ziff. 4.2.5, neurologisches Teilgutachten Urk. 8/83 S. 32 Ziff. 4.3.5) und die retrospektive Beurteilung erst im Rahmen der Schlussbesprechung vorgenommen wurde.

4.3 Was hingegen die Zeit seit der G.____-Begutachtung am 6. Januar 2010 betrifft, so kann ohne Weiteres auf die diesbezüglich nachvollziehbar und schlüssig begründete sowie widerspruchsfreie Beurteilung im G.____-Gutachten abgestellt werden, und es ist damit davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin seit Januar 2010 sowohl in der bisherigen Tätigkeit als Krankenschwester als auch in jeder anderen körperlich leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit zu 80 % arbeits- und leistungsfähig ist. Dies wurde im Übrigen auch von der Beschwerdeführerin selber nicht bestritten, nachdem sie selber beschwerdeweise einen Rentenanspruch lediglich bis März 2008 geltend machte (Urk. 1 S. 4 Ziff. 12).

5.1. Zunächst ist im Folgenden der Zeitpunkt der Entstehung des Rentenanspruchs zu präzisieren.

Die Beschwerdeführerin wurde erstmals am 29. März 2004 arbeitsunfähig, womit ein Rentenanspruch frühestens am 29. März 2005 entstehen konnte. Nachdem in diesem Zeitpunkt jedoch keine Arbeitsunfähigkeit mehr bestand und überdies vom 4. Dezember 2004 bis 30. Juni 2005 ein Unterbruch im Sinne von Art. 29 Abs. 1 lit. b IVG bestand, sind die in der Zeit vom 29. März bis 3. Dezember 2004 dokumentierten Arbeitsunfähigkeiten nicht massgeblich.

Hingegen wurde am 1. Juli 2005 mit Eintritt einer 30%igen Arbeitsunfähigkeit erneut das Wartejahr eröffnet, wobei während des folgenden Jahres durchgehend eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 30 % bestand. Dementsprechend war das Wartejahr am 1. Juli 2006 bei einem durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeitsgrad von 67.9% (5.5 Monate \times 30 % und 6.5 Monate \times 100 %) erfüllt.

Da die angestammte Tätigkeit der Beschwerdeführerin als Krankenschwester aus medizinischer Sicht auch als die am besten leidensangepasste gilt, und die Beschwerdeführerin nach wie vor an ihrem bisherigen Arbeitsplatz angestellt ist, genügt für die Ermittlung des Invaliditätsgrades die Gegenüberstellung blosser Prozentzahlen (BGE 114 V 313 Erw. 3a, BGE 107 V 22, BGE 104 V 136 Erw. 2a und b).

Im Zeitpunkt der Entstehung des Rentenanspruchs am 1. Juli 2006 bestand eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, so dass ab diesem Zeitpunkt bei einem Invaliditätsgrad von 100 % ein Anspruch auf eine ganze Rente besteht. In der Folge war die Beschwerdeführerin zwischenzeitlich vom 5. bis 23. September 2006 sowie vom 16. Oktober bis 18. Dezember 2006 lediglich zu 50 % arbeitsunfähig, wobei diese weniger als drei Monate andauernden Phasen nicht zu einer Herabsetzung des Rentenanspruchs führen (vgl. vorstehend E. 1.6).

Was hingegen die ab 11. April 2007 einsetzenden Schwankungen der attestierten Arbeitsunfähigkeit betrifft, so dauerten diese insgesamt länger als drei Monate und sind dementsprechend - jeweils nach Ablauf von drei Monaten - zu berücksichtigen. Daraus ergibt sich vom 1. bis 31. August 2007 bei einem Invaliditätsgrad von 60 % ein Anspruch auf eine Dreiviertelsrente, welche nach einer weiteren Verbesserung ab Juni 2007 für die Zeit vom 1. September bis 30. November 2007 bei einem Invaliditätsgrad von maximal 30 % ganz aufzuheben ist. Aufgrund der Verschlechterung des Gesundheitszustandes per 24. August 2007 besteht vom 1. bis 31. Dezember 2007 bei einem Invaliditätsgrad von 50 % ein Anspruch auf eine halbe Rente, sowie vom 1. Januar bis 31. März 2008 bei einem Invaliditätsgrad von 100 % ein solcher auf eine ganze Rente. In der Folge verbesserte sich die gesundheitliche Situation der Beschwerdeführerin kontinuierlich, so dass für die Zeit vom 1. April bis 30. November 2008 bei einem Invaliditätsgrad von 50 % ein Anspruch auf eine halbe Rente sowie vom 1. Dezember 2008 bis 31. Januar 2010 bei einem Invaliditätsgrad von 40 % noch ein solcher auf eine Viertelsrente besteht.

Was sodann die Zeit seit der G.____-Begutachtung betrifft, ist, wie vorstehend ausgeführt, auf die nachvollziehbare und widerspruchsfreie Einschätzung der G.____-Gutachter abzustellen. Nachdem nicht auszuschliessen ist, dass die von den G.____-Gutachtern attestierte Arbeitsunfähigkeit von 20 % möglicherweise bereits

früher bestanden hat und die Beschwerdeführerin selber im übrigen einen Rentenanspruch lediglich bis März 2008 geltend gemacht hat (Urk. 1 S. 4 Ziff. 12), ist die Rente per 31. Januar 2010 aufzuheben.

5.4 Zusammenfassend ist der Beschwerdeführerin gestützt auf die echtzeitlichen Arztberichte seit 1. Juli 2006 eine Rente der Invalidenversicherung zuzu-sprechen, wobei diese gemäss den schwankenden Invaliditätsgraden festzusetzen und zu befristen ist. Dies führt zur Aufhebung der angefochtenen Verfügung und zur teilweisen Gutheissung der Beschwerde.

E. 6

6.1 Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

6.2 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). Vorliegend erscheint eine Prozessentschädigung von Fr. 1'900.-- (inkl. Mehrwertsteuer und Barauslagen) als angemessen.

Das Gericht erkennt:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 8. Juni 2010 aufgehoben, und es wird festgestellt, dass die Beschwerdeführerin ab 1. Juli 2006 Anspruch auf folgende Renten der Invalidenversicherung hat:

- ganze Rente vom 1. Juli 2006 bis 31. Juli 2007
- Dreiviertelsrente vom 1. bis 31. August 2007
- halbe Rente vom 1. bis 31. Dezember 2007
- ganze Rente vom 1. Januar bis 31. März 2008
- halbe Rente vom 1. April bis 30. November 2008
- Viertelsrente vom 1. Dezember 2008 bis 31. Januar 2010.

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

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 1'900.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Sebastian Lorentz
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Bundesamt für Sozialversicherungen

- Z.____

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

5. 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.