

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00877 vom 8. Februar 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-02-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2010.00877

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00877 du 8 février 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00877 del 8 febbraio 2011

Erwägungen

E. 3

3.1 Die Beschwerdeführerin wurde am 18. Januar 2007 beim Überqueren der Tramgeleise von einem Tram erfasst (Urk. 8/10/36 Ziff. 4 und 6).

3.2 Der medizinische Sachverhalt präsentiert sich wie folgt:

Die Erstbehandlung erfolgte am 18. Januar 2007 im Stadtspital A. (Urk. 8/10/35).

Nach einem Bericht der Ärzte, Stadtspital A., über die ambulante Behandlung vom 18. Januar 2007 sei die Beschwerdeführerin am Morgen auf dem Weg zur Physiotherapie bei chronischen Rücken- und Beinschmerzen von einem an der Haltestelle einfahrenden Tram an der linken Körperseite erfasst worden. Dabei sei sie nach hinten umgestürzt und habe sich den Kopf angeschlagen. Die Beschwerdeführerin sei nicht bewusstlos gewesen. Sie habe keine Amnesie, keinen Schwindel oder Übelkeit, keine Schmerzen an der Halswirbelsäule oder Kopfschmerzen. Es bestehe keine offensichtliche Blutung. Subjektiv bestehe ein Schmerzgefühl im linken Ellenbogengelenk (Urk. 8/10/35 oben).

Die Ärzte nannten in dem Bericht als Diagnosen eine Contusio des Kopfes und ein Hämatom hochoccipital links, eine Contusio des linken Handgelenkes und eine minim dislozierte Meiselfraktur des Radiusknochen links (Urk. 8/10/35 unten).

3.3 Vom 28. Februar bis 14. März 2007 erfolgten drei Konsultationen bei Dr. med. B., Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, im Sinne einer Krisenintervention (Urk. 8/14/7).

Dr. B. nannte in einem Bericht vom 27. März 2007 als Diagnosen eine Anpassungsstörung mit Angst, leichter Depressivität und Anspannung mit Zeichen einer leichten posttraumatischen Belastungsstörung (Nachhallerinnerungen im Verkehr, Vermeidung von Stichworten, die an den Unfall erinnern könnten, Urk. 8/14/7 oben). Die Beschwerdeführerin gebe an, sie habe Angst, von etwas GROSSEM überfahren zu werden. In der Nacht habe sie Angst, die Augen zu schliessen, und sie habe Angst, von Arbeitskolleginnen zum Unfallereignis befragt zu werden (Urk. 8/14/7 unten).

Grundsätzlich bestehe eine günstige Prognose. Eine psychopharmakologische Behandlung sei nicht nötig (Urk. 8/14/8 Mitte).

3.4 Die Beschwerdeführerin wurde am 5. und 20. April 2007 durch Dr. C., Fachärztin Neurologie FMH, untersucht (Urk. 8/10/29).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. C.____ nannte in einem Bericht vom 27. April 2007 als Diagnosen (Urk. 8/10/29):

- Status nach Unfall am 18. Januar 2007 mit/bei
- Kopfanprall links parietal, Kontusionen an Handflächchen und am linken Oberschenkel
- Radiuskopffraktur links, konservativ behandelt
- residual muskuloskelettales Schmerzsyndrom (Äberlappung mit radikulärem Reizsyndrom bei C 4/5 und C 5/6 links möglich)
- Verdacht auf posttraumatische Belastungsstörung
- Diskusprotrusion auf Höhe des Brustwirbelkörpers 11/12 ohne Wurzelkompression
- Diskusprotrusion auf Höhe von L5/S1 rechts ohne Wurzelkompression, klinisches oder elektrophysiologisches Korrelat.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die detaillierte neurologische Untersuchung habe kooperationsunabhängig keine pathologischen Befunde ergeben (Urk. 8/10/29). Die Beschwerdeführerin sei seit März 2007 zu 50 % arbeitsfähig. Aktuell bestehe wieder eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Urk. 8/10/31 Mitte).

3.5 Ä Ä Ä Ä Nach einem Bericht des behandelnden Arztes, Dr. med. D.____, vom 28. August 2007 sei die Wiedereingliederung der Beschwerdeführerin in den Arbeitsablauf wünschenswert und medizinisch vertretbar (Urk. 8/10/14 Ziff. 6.2). Die Beschwerdeführerin sei in ihrer Leistungsfähigkeit nach wie vor eingeschränkt, insbesondere bei länger anhaltenden einseitigen Belastungen mit langem Stehen, Sitzen und Heben. Daher sollte eine zeitliche Begrenzung zwischen 30 Minuten und einer Stunde nicht überschritten werden. Ein Arbeitsversuch mit einem Arbeitspensum von 3 ½ Stunden pro Tag mit zwischenzeitlichen Pausen von zirka einer halben Stunde sei mit möglichem Erfolg verlaufen. Es sei ein weiterer Arbeitsversuch unter Reduktion der zeitlichen Belastung und Vermeidung von einseitigen Belastungen durchzuführen (Urk. 8/10/15 Ziff. 6.4-6.5).

3.6 Ä Ä Ä Ä Dr. B.____ berichtete am 19. Dezember 2007 über weitere Konsultationen der Beschwerdeführerin bei ihm vom 25. Juli und vom 22. November 2007 (Urk. 8/14/3 Ziff. 4.1). Dr. B.____ führte in dem Bericht aus, die Beschwerdeführerin gebe betreffend der Konsultation vom 22. November 2007 an, dass sie nur aus versicherungstechnischen Gründen erschienen sei (Urk. 8/14/3 Ziff. 4.3). Sie erklärte, dass es ihr etwas besser gehe, aber nicht so gut wie vor dem Unfall. Die Probleme beim Bücken und Gehen hätten sich verbessert, während sie nicht auszuhaltende Schmerzen im Bereich des Halses, des Kopfes und des linken Armes habe (Urk. 8/14/3 Ziff. 4.4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Vom 28. Februar bis 14. März 2007 habe in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 85 % bestanden. Seit dem 25. Juli 2007 bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 0 % beziehungsweise eine volle Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/14/2 Ziff. 3). Eine psychiatrische Medikation sei nicht nötig. Die Beschwerdeführerin interessiere sich nicht für eine psychiatrische Behandlung. Sie habe allein ein somatogenes Krankheitskonzept. Die Prognose sei ungewiss (Urk. 8/14/4 Ziff. 4.7). Dr. B.____ verneinte in dem Bericht die Frage, ob die Beschwerdeführerin alle Behandlungsmöglichkeiten wahrnehme. Als Möglichkeiten nannte Dr. B.____ eine

konsequente Arbeitstätigkeit als Training ihrer Funktionen und eine psychotherapeutische Diskussion der Lebensgestaltung sowie die Umsetzung der Resultate (Urk. 8/14/6 Ziff. 6.5).

3.7.7 Der Unfallversicherer gab beim Institut für E. (E.) ein interdisziplinäres Gutachten in Auftrag. Das Gutachten datiert vom 22. August 2008 und ist von Dr. med. F., Facharzt für Neurologie FMH, und Dr. med. G., Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, unterzeichnet. Das Gutachten beruht auf den dem E. zur Verfügung gestellten Akten und den Untersuchungen der Fachärzte von 14. und 16. Mai 2008 (Urk. 8/26 S. 2).

Die Gutachter stellten folgende Diagnosen (Urk. 8/26 S. 19):

- Contusio capitis, Commotio cerebri nicht sicher auszuschliessen
- Contusio Handgelenk links
- Radiusknochenfraktur links
- sekundäre Schmerzchronifizierung bei
- Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion, weitgehend remittiert (gewisser Freudverlust noch vorhanden)
- posttraumatische Belastungsstörung, weitgehend remittiert, allenfalls noch leichtgradig
- gemischte Angststörung

Die Gutachter führten aus, die Beschwerdeführerin gebe an, sie habe heute, im Vergleich zur Zeit nach dem Unfall, wieder mehr Kraft. Sie könne die Hand besser bewegen, könne besser laufen und schlafen und habe insgesamt weniger Schmerzen. Auch die Ängste seien nicht mehr so extrem wie nach dem Unfall vorhanden. Durch die verschiedenen Therapien seien ihre Beschwerden besser geworden. Allerdings sei sie noch nicht gesund genug, um arbeiten zu können (Urk. 8/26 S. 7 unten). Die Beschwerdeführerin berichte, dass sie unter ständigen Schmerzen am ganzen linken Arm, am Schultergürtel, am Kopf, im Bereich der Halswirbelsäule sowie lumbal leide. Sie könne deswegen fast nichts machen. Die linke Hand sei immer noch sehr stark betroffen, mittlerweile jedoch etwas besser dank Ergo- und Physiotherapie. Nach wie vor verursache eine Belastung der linken Hand gewaltige Schmerzen am gesamten linken Arm sowie im Nacken und am Hinterkopf. Die Hand sei auch ungeschickt und beginne manchmal zu zittern (Urk. 8/26 S. 8 oben). Seit dem Unfall seien drei Arbeitsversuche erfolgt. Auch der dritte Versuch im Dezember 2007 sei gescheitert (Urk. 8/26 S. 10 unten).

Die Beschwerdeführerin zeige in der Untersuchung ein groteskes Gangbild mit angedeuteten Stürzen, mit jedoch sicheren Ausweich- und Auffangbewegungen (Urk. 8/26 S. 12 unten).

Zusammenfassend berichte die Beschwerdeführerin über persistierende Beschwerden körperlicher wie kognitiver Art, insbesondere über eine Verlangsamung des Denkens und motorische Probleme mit der linken Hand und beim Gehen sowie über Schmerzen am gesamten Körper mit Ausnahme der Brustwirbelsäule (Urk. 8/26 S. 20 Mitte). Die heutige klinisch-neurologische Untersuchung zeige einen unauffälligen Status ohne sensomotorische Ausfälle und ohne Hinweise für unwillkürliche Bewegungen oder eine Erkrankung des extrapyramidalen Systems. Für das geschilderte intermittierende Zittern des linken

Armes seien keine Hinweise für eine organische Genese, insbesondere für eine extrapyramidale Bewegungsstörung, zu finden (Urk. 8/26 S. 20 unten). Die von der Beschwerdeführerin angegebenen Störungen von Gedächtnis und Konzentration, die teilweise bei der Begutachtung zu beobachten gewesen seien, seien am ehesten im Rahmen der chronischen Schmerzen und der psychiatrischen Symptomatik zu interpretieren (Urk. 8/26 S. 21 oben). Die den ganzen Körper mit Ausnahme der Brustwirbelsäule betreffenden Schmerzen, das beschriebene Zittern des Kopfes und der Arme und Hände, die generalisierte Kraftlosigkeit nach Physiotherapie und Kernspintomographie-Untersuchung und insbesondere die groteske und offenbar nur situationsabhängig auftretende Gangstörung liessen sich somatisch durch eine unfallbedingt erlittene Verletzung nicht erklären. Aus psychiatrischer Sicht erschienen die Beschwerden im Zusammenhang mit den diagnostizierten psychiatrischen Störungen plausibel (Urk. 8/26 S. 27 f. Ziff. 5). Die Beschwerdeführerin habe den Zusammenstoss mit einer Strassenbahn aus psychiatrischer Sicht als sehr stark lebensgefährlich und als Schock erlebt (Urk. 8/26 S. 28 Ziff. 6 oben). Für die Chronifizierung der Schmerzen spiele neben den bekannten allgemeinen Faktoren (Migration, wenig Bildungschancen) wahrscheinlich auch die subjektiv wenig unterstützend erlebte medizinische Behandlung eine Rolle. Dazu komme eine psychiatrische Komorbidität bei einer initial leichten posttraumatischen Belastungsstörung, einer depressiven Anpassungsstörung, vielen Ängsten sowie bestimmten ungünstigen Persönlichkeitsfaktoren (überangepasst, Delegation von Verantwortung an Ärzte und an die Versicherung, starke Leistungsorientierung), welche allerdings per se nicht als pathologisch anzusehen seien (Urk. 8/26 S. 28 Ziff. 6 unten). Ein stationärer Aufenthalt in einer psychosomatischen Einrichtung sei indiziert. Zudem sei eine regelmässige und verbindliche ambulante psychiatrische Behandlung zu etablieren (Urk. 8/26 S. 31 Ziff. 13). Eine mindestens teilweise Heilung innerhalb von sechs Monaten sei zu erwarten, sofern die vorgeschlagenen Massnahmen umgesetzt würden (Urk. 8/26 S. 31 Ziff. 15.1).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aktuell sei die Beschwerdeführerin nicht einmal in der Lage, ihren Haushalt zu führen. Sie sei auf die sehr weitgehende Unterstützung ihres Ehemannes, des Sohnes und weiterer Angehöriger angewiesen. Limitierend bezüglich Arbeitsfähigkeit seien primär die generalisierten und chronifizierten Schmerzen. Die psychiatrische Komorbidität schränke die Beschwerdeführerin zusätzlich ein beziehungsweise spiele als Faktor für die Chronifizierung der Schmerzen eine Rolle. Insgesamt bestehe weder in der bisherigen noch in einer angepassten Tätigkeit eine verwertbare Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/26 S. 31 Ziff. 16.1). Die Arbeitsfähigkeit sei durch die konsistent geschilderten Schmerzen stark beeinträchtigt. Die Ressourcen zur willentlichen Überwindbarkeit der Schmerzen seien im Zusammenhang mit den psychiatrischen komorbiden Störungen geschwächt. Eine willentliche Überwindung der durchgängig vorhandenen Schmerzen sei deshalb nur punktuell zumutbar. Eine geordnete Arbeitstätigkeit sei der Beschwerdeführerin deshalb nicht möglich. Die zumutbare Arbeitsfähigkeit in der angestammten und einer angepassten Tätigkeit betrage aktuell weniger als 10 % (Urk. 8/26 S. 32 Ziff. 16.2).

3.8 Ä Ä Ä Ä Die Beschwerdeführerin war vom 4. Mai bis 30. Juni 2009 im Zentrum H. in tagesklinischer Behandlung (Urk. 8/33/24).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. I., klinischer Psychologe und Supervisor, und J., Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie FMH, nannten in einem Bericht vom 10. Juni 2009 (Urk.

8/33/24-27) als psychiatrische Diagnosen eine mittelgradige depressive Episode und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (Urk. 8/33/24).

Unter dem Titel Test-, Trainings- und Beobachtungsmethoden vermerkten die Ärzte im Bericht, zusammenfassend ergebe sich das Bild einer schweren Depression bei einem stark erhöhten Misstrauen sowie deutlichen Einschränkungen im Gedächtnis sowie bei komplexeren Anforderungen (Urk. 8/33/26 oben). Der Test zur Erfassung der Schwere einer Depression (TSD) zeige einen Wert für eine schwere Depression (Urk. 8/33/28 oben).

Die Beschwerdeführerin beschreibe sich subjektiv als zu 100 % arbeitsunfähig. Sie habe Mühe, einen Rucksack zu tragen. Sie müsse immer wieder liegen können. Im Alltag könne sie nicht bürsten oder Staub saugen (negatives Leistungsbild, Urk. 8/33/27 oben). Aufgrund des positiven und negativen Leistungsbildes sei die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsunfähig im Verkauf und als Kassiererin. Im Haushalt bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 70 % (Urk. 8/33/27).

Die Beschwerdegegnerin gab in der Folge ein psychiatrisches Gutachten bei Dr. med. Z.____, Spezialarzt Psychiatrie und Psychotherapie FMH, in Auftrag. Das Gutachten von Dr. Z.____ (Urk. 8/33/1-23) datiert vom 14. August 2009 und beruht auf der Untersuchung vom 16. Juni 2009 (S. 1).

Dr. Z.____ nannte im Gutachten als Diagnosen eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren nach einem Unfall im Januar 2007 bei einer posttraumatischen Belastungsstörung und bei Status nach einer Anpassungsstörung (S. 9 Ziff. 4).

Dr. Z.____ führte weiter aus, die Beschwerdeführerin beschreibe ein Ereignis vom Januar 2007, das sie als Unfall bezeichne, bei dem sie zwischen zwei Trams geraten und gestürzt sei (S. 5 Ziff. 2 Mitte). Sie gebe an, dass sie aktuell an Gleichgewichtsstörungen leide. Im Liegen gehe es ihr besser. Im Sitzen und Stehen sei es schwierig. Dann würden ihre Hände und Beine zittern und sie schwanke vermehrt. Am Morgen könne sie nur mit Mühe stehen. Laufen sei ihr nur mit Pausen möglich. Sie müsse sich immer wieder hinlegen. Seit dem Ereignis habe sich ihr Zustand nur leicht verbessert (S. 5 f.).

In der aktuellen Untersuchung stehe in der klinischen Beurteilung vor allem ein Schmerzsyndrom im Vordergrund. Die Beschwerdeführerin erlebe sich dadurch als insuffizient und im Selbstwertgefühl reduziert. Die Kriterien für eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung seien aktuell nicht gegeben. Stattdessen sei von einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren auszugehen (S. 11 Mitte). Die Ausprägung der Störung sei im Vergleich zu ähnlichen Störungsbildern objektiv als maximal leicht einzustufen. Sie begründe aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht keine längerfristige relevante Arbeitsunfähigkeit (S. 11 f.). Typische Merkmale für eine posttraumatische Belastungsstörung seien das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdringenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, Flashbacks), Träumen und Alpträumen, die vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit auftreten würden. Die von der Beschwerdeführerin genannten Beschwerden würden das Kriterium in Schwere, Umfang und Dauer nicht mehr erfüllen (S. 13 oben). Auch das von der Beschwerdeführerin beschriebene

Vermeidungsverhalten erfülle das Kriterium in Schwere, Umfang und Dauer nicht mehr (S. 13 Mitte). Retrospektiv bleibe unklar, inwieweit die bei der Beschwerdeführerin diagnostizierte Anpassungsstörung als eigenständige Diagnose begründbar gewesen sei. Sie sei aktuell jedoch vollständig remittiert (S. 13 f.). Die von der Beschwerdeführerin genannten und in den vorliegenden Akten dokumentierten Befunde wie Schlafstörungen, Albträume, Ängstlich-depressive Verstimmung, Schreckhaftigkeit, Vermeidungsverhalten seien als gering ausgeprägte Restsymptome einer posttraumatischen Belastungsstörung zu interpretieren. Sie würden aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht keine längerfristige relevante Arbeitsunfähigkeit begründen (S. 14 oben). Weiter seien die Kriterien einer depressiven Episode zumindest aktuell nicht erfüllt. Der Schweregrad erreiche nicht das notwendige Ausmass. Dies gelte gemäss den Akten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auch ab dem Unfalldatum. Die Ängstlich-depressive Verstimmung der Beschwerdeführerin erkläre sich vollständig als Folge des Schmerzsyndroms sowie der Restsymptome einer posttraumatischen Belastungsstörung und begründe allein keine depressive Störung (S. 14 f.). Die Kriterien für die Unzumutbarkeit einer Schmerzüberwindung (S. 15 unten) seien vorliegend zu verneinen. Eine psychisch ausgewiesene Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer sei nicht erkennbar. Die Beschwerdeführerin nehme - wenn auch subjektiv eingeschränkt - regelmässig am sozialen Leben teil. Beispielsweise gehe sie mit Kolleginnen in die Wassergymnastik. Ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr angehbarer innerseelischer Verlauf einer Konfliktbewältigung könne nicht angenommen werden, zumal eine regelmässige fachärztliche psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung erst seit Mai 2009 unternommen werde. Die Zumutbarkeit einer Schmerzüberwindung sei bei der Beschwerdeführerin somit nicht reduziert (S. 16 oben).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht bestehe aktuell und mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ab August 2007 keine Minderung der Arbeitsfähigkeit (S. 17 Ziff. 6). Im Gutachten des E.____ werde unter anderem auf psychosoziale Faktoren (Herkunft, geringe Bildung, subjektiv erlebtes Unverständnis) und nicht krankheitsbedingte ungünstige Persönlichkeitsfaktoren, die einen negativen Einfluss auf den Verlauf der Störung hätten, hingewiesen (S. 19 oben). Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im E.____-Gutachten sei jedoch nicht nachvollziehbar. Es bleibe unwidersprochen, dass die Beschwerdeführerin faktisch nicht mehr arbeite (S. 19 unten).

3.10 Ä Ä Dr. Z.____ führte auf Anfrage der Beschwerdegegnerin in einer Stellungnahme vom 27. Oktober 2009 aus, bei der von ihm gestellten Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) nach einem Unfall im Januar 2007 handle es sich um eine Störung aus dem Kapitel F4 (neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen). Eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung finde sich in engster Nähe zu der von ihm gestellten Diagnose (Urk. 8/35 S. 1).

3.11 Ä Ä Die Ärzte, Zentrum H.____, bestätigten in einem Bericht vom 24. März 2010 bei einer mittelgradigen depressiven Episode und einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (Urk. 8/50/3 Ziff. 3.9.1) eine Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin von 100 % im Verkauf und als Kassiererin und für den Haushalt eine Arbeitsunfähigkeit von 70 % (Urk. 8/50/4 Ziff. 4 unten).

3.12. Die Beschwerdeführerin reichte dem Gericht sodann einen Bericht von K. ____, dipl. Heilpraktiker, vom 11. September 2010 ein, der sich zum Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung nach dem Unfall äusserte (Urk. 3).

E. 4

4.1. Die Beschwerdeführerin hat sich bei dem Unfall vom 18. Januar 2007 im Wesentlichen eine Contusio capitis, eine Kontusion des linken Handgelenks und eine Radiuskarpfenfraktur links zugezogen und mutmasslich eine Commotio cerebri erlitten, wobei die somatischen Beschwerden als abgeheilt anzusehen sind.

In psychiatrischer Hinsicht diagnostizierten die E. __-Gutachter eine gemischte Angststörung. Eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion wie auch eine posttraumatische Belastungsstörung bezeichneten die Gutachter als weitgehend remittiert. Die E. __-Gutachter attestierten der Beschwerdeführerin aufgrund der psychischen Störung in der angestammten und einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von weniger als 10 %. Nach den Ärzten des Zentrums H. __ besteht bei einer mittelgradigen depressiven Episode und einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %.

Dr. Z. __ gelangte demgegenüber zum Ergebnis, dass ab August 2007 weder in der bisherigen noch in einer angepassten Tätigkeit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestand (Urk. 8/33 S. 17 Ziff. 6). Dies deckt sich mit der Beurteilung durch Dr. B. __, wonach in der angestammten Tätigkeit ab dem 25. Juli 2007 keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr bestand.

4.2. Der medizinische Sachverhalt erweist sich als hinreichend abgeklärt. Darauf kann abgestellt werden. Von der in der Beschwerde vom 14. September 2010 offerierten persönlichen Befragung der Beschwerdeführerin sind daher keine neuen Erkenntnisse zu erwarten. Ebenso besteht kein Anlass, antragsgemäss ein Obergutachten einzuholen (Urk. 1 S. 7).

4.3. Dr. Z. __ stellte bei der Beschwerdeführerin die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41). Nach den Ausführungen von Dr. Z. __ vom 27. Oktober 2009 handelt es sich um eine Störung in engster Nähe zu der Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (F45.40, Urk. 8/35 S. 1). Nach höchstgerichtlicher Rechtsprechung ist es sozialversicherungsrechtlich geboten, sämtliche pathogenetisch-etiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebilder wie Konversionsstörungen, Somatisierungsstörung, Schmerzstörung, Hypochondrie u.a.m. ohne nachweisbare organische Grundlage den gleichen Anforderungen zu unterstellen (zur Anwendbarkeit der Rechtsprechung zur somatoformen Schmerzstörung etwa bei Neurasthenie und Chronic Fatigue Syndrome und Somatisierungsstörung vgl. die Urteile des Bundesgerichts in Sachen M. vom 14. April 2008, I 70/07, Erw. 5; und in Sachen O. vom 24. August 2009, 9C_340/2009, Erw. 3.4.2). Die von der Rechtsprechung zur somatoformen Schmerzstörung entwickelten Grundsätze sind daher auch vorliegend anwendbar.

4.4. Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts begründet eine somatoforme Schmerzstörung grundsätzlich keine Invalidität. Vielmehr besteht die Vermutung, dass eine somatoforme Schmerzstörung oder eine Somatisierungsstörung und 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 länger dauernde 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 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 132 V 65 Erw. 4 S. 70 ff.; 131 V 49 Erw. 1.2 S. 50 f.; 130 V 352 ff. und 396 ff.).

4.5.1.1 Das Gutachten von Dr. Z. ___ erfüllt die Voraussetzungen an den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens vollumfänglich. Es berücksichtigt die geklagten Beschwerden und leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Darauf kann abgestellt werden. Dr. Z. ___ legte eingehend dar, dass das notwendige Ausmass für eine depressive Episode bei der Beschwerdeführerin nicht erreicht ist (Urk. 8/33/14 unten). Soweit die Ärzte des Zentrums H. ___ zum gegenteiligen Ergebnis gelangten, kann ihnen nicht gefolgt werden. Auch das Gutachten des E. ___ lässt nicht auf eine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer schliessen. Zwischen den Gutachtern des E. ___ und Dr. Z. ___ besteht im übrigen grundsätzlich Einigkeit, dass eine nach dem Unfall diagnostizierte Anpassungsstörung wie auch eine posttraumatische Belastungsstörung aktuell weitgehend remittiert sind (Urk. 8/33/12 ff., Urk. 8/26 S. 19 unten). Eine psychische Komorbidität ist daher zu verneinen.

1.1.1.1 Die Beschwerdeführerin hält betreffend der weiteren Kriterien dafür, es sei von einem sozialen Rückzug und einem chronifizierten Krankheitsverlauf auszugehen (Urk. 1 S. 5 f. Ziff. 14). Nachdem die Beschwerdeführerin in den Untersuchungen seit dem Unfall vom 18. Januar 2007 konstant Beschwerden am ganzen Körper beschreibt, welche im Verlauf nur geringfügig gebessert hätten (Urk. 8/26 S. 7 f.), ist das Kriterium eines mehrjährigen, chronifizierten Krankheitsverlaufes als erfüllt anzusehen. Gemäss Dr. Z. ___ fehlt es indes an den weiteren von der Rechtsprechung genannten Kriterien wie einem sozialen Rückzug in allen Belangen des Lebens und an einem verfestigten, therapeutisch nicht angehbaren innerseelischen Verlauf (Urk. 8/33/15 unten). Nach Dr. Z. ___ nimmt die Beschwerdeführerin am sozialen Leben teil, da sie zum Beispiel mit Kolleginnen in die Wassergymnastik gehe (Urk. 8/33/16 oben). Weiter besteht erst seit Mai 2009 eine regelmässige fachärztliche psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (Urk. 8/33/16 oben). Vom Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung trotz kooperativer Haltung der versicherten Person kann daher keine Rede sein. Die Beschwerdeführerin verfügt daher über ausreichende Ressourcen zur Überwindung der Beschwerden. Dr.

Z.____ setzte sich mit der abweichenden Beurteilung durch die E.____-Gutachter eingehend auseinander. So ist nach Dr. Z.____ nicht einzusehen, weshalb der Beschwerdeführerin aufgrund der im E.____-Gutachten als gering ausgeprägt beschriebenen psychiatrischen komorbiden Störungen eine Überwindung der Schmerzen laut E.____-Gutachten nur punktuell zumutbar sein soll (Urk. 8/33/19 unten). Zum Gutachten des E.____ ist sodann zu bemerken, dass darin psychosoziale und soziokulturelle Faktoren wie der Migrationshintergrund der Beschwerdeführerin, die subjektiv als wenig unterstützend erlebte medizinische Behandlung oder ungünstige Persönlichkeitsfaktoren der Beschwerdeführerin für die Erklärung einer Chronifizierung der Schmerzen in den Vordergrund gestellt werden (Urk. 8/26 S. 28 Ziff. 6). Dass der Beschwerdeführerin die Überwindung ihrer Beschwerden ausnahmsweise nicht zumutbar wäre, ist nach den medizinischen Akten daher nicht erstellt. Entsprechend ist davon auszugehen, dass sie sowohl in der angestammten Tätigkeit als auch im Haushalt nicht in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist.

4.6 Der medizinische Sachverhalt ist damit dahingehend zusammenzufassen, dass im Hinblick auf die nach dem Unfall vom 18. Januar 2007 noch bestehenden Beschwerden von einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren auszugehen ist, wobei deren Folgen nach der Rechtsprechung zur somatoformen Schmerzstörung als überwindbar anzusehen sind. Die Beschwerdeführerin ist daher weder im Erwerbsbereich noch im Haushalt massgeblich in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt.

E. 5

5.1 Die Beschwerdegegnerin verneinte einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin mit der Begründung, dass das gesetzliche Wartejahr nicht erfüllt sei. Dabei stellte sie auf das psychiatrische Gutachten von Dr. Z.____ ab, wonach nur für die Zeit vom Unfall bis und mit Juli 2007 eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von über 80 % bestand, und ab August 2007 von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen ist.

Dem kann nicht gefolgt werden, denn die Wartezeit im Sinne der Variante b von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG (bis 31. Dezember 2007: Art. 29 Abs. 1 lit. b IVG) gilt in jenem Zeitpunkt als eröffnet, in welchem eine deutliche Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit eingetreten ist. Als erheblich in diesem Sinne gilt bereits eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % (AHI 1998 S. 124 Erw. 3c; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in Sachen Z. vom 14. Juni 2005, I 10/05, Erw. 2.1.1 in fine mit Hinweisen). 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 99 Erw. 3.2, 118 V 24 Erw. 6d, 105 V 160 Erw. 2a in fine mit Hinweisen; ZAK 1986 S. 476 Erw. 3, 1984 S. 230 Erw. 1, 1980 S. 283 Erw. 2a).

Für die Beantwortung der Frage, ob und wann eine deutliche Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit eingetreten ist, sind die gesamten medizinischen Akten, das heisst neben dem Gutachten von Dr. Z.____ auch das Gutachten des E.____ vom 22. August 2008 und die Berichte der Ärzte des Zentrums H.____ vom 10. Juni 2009 und vom 24. März 2010 zu beachten. Nach dem Gutachten des E.____ und der Beurteilung der

Ärztin des Zentrums H. ___ ist zumindest ab dem Zeitpunkt des Gutachtens des E. ___ vom 22. August 2008 von einer deutlichen Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit auszugehen. Der Beginn des Wartefristjahres ist auf diesen Zeitpunkt anzusetzen, womit die Wartefrist gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG spätestens im August 2009 als abgelaufen anzusehen ist.

5.2 Nach dem Bericht der Arbeitgeberin arbeitete die Beschwerdeführerin vor dem Unfall mit einem Pensum von 33 Stunden pro Woche (Urk. 8/16 Ziff. 2.9). Sie war teilweise erwerbstätig und kümmerte sich daneben um den Haushalt (vgl. die Ausführungen von Dr. B. ___ im Bericht vom 27. März 2008, Urk. 8/14/8 oben). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades kommt daher grundsätzlich die gemischte Methode zur Anwendung.

Da aber weder im Erwerbsbereich noch im Aufgabenbereich eine massgebliche Einschränkung besteht, erübrigen sich weitere Abklärungen zur Frage, in welchem Umfang die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall erwerbstätig und in welchem Umfang sie im Haushalt tätig gewesen wäre.

5.3 Es bleibt zusammenfassend festzustellen, dass jedenfalls kein rentenbegründender Invaliditätsgrad besteht. Die Verfügung vom 15. Juli 2010 erweist sich damit im Ergebnis als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

E. 6

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Ausgangsgemäss 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:

- Rechtsanwalt Hans Hegetschweiler
- 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.