

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.01206 vom 28. November 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-11-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2010.01206

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.01206 du 28 novembre 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.01206 del 28 novembre 2012

Erwägungen

E. 1

1.1. X., geboren 1957, war ab dem 1. September 1999 in der Y. als Sterilisationsassistentin tätig (Urk. 11/12). Am 28.

September 2001 erlitt sie einen Unfall, als der Fahrer eines ihr entgegenkommenden Autos plötzlich nach links abgog und mit ihrem Auto zusammenstoss. Dabei erlitt sie ein Distorsionstrauma der Halswirbelsäule (Urk. 11/7 S. 1 Ziff. 6/9). In der Folge attestierten die behandelnden Ärzte der Versicherten, die nach dem Unfall nicht mehr gearbeitet hatte (Urk. 11/12 S. 1 Ziff. 4), eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 11/11 und 11/13). Der obligatorische Unfallversicherer, die Zürich-Versicherungsgesellschaft (nachfolgend ZV), übernahm für den Unfall die Behandlungskosten und richtete Taggelder aus (Urk. 11/7 S. 22 ff.).

Nachdem die Arbeitgeberin der Versicherten das Arbeitsverhältnis auf den 31. Mai 2002 gekündigt hatte (Urk. 11/12 S. 1), meldete sich letztere, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. Jörg Baur (Urk. 11/5), am 27. August 2002 bei der Invalidenversicherung an und beantragte eine Rente unter Hinweis auf das Schleudertrauma (Urk. 11/2). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle,klärte die medizinischen (Urk. 11/11, 11/13 und 11/18), beruflichen (Urk. 11/12) und erwerblichen (Urk. 11/8) Verhältnisse der Versicherten ab und zog die Akten der Unfallversicherung bei (Urk. 11/7).

Bei einem am 4. November 2003 erlittenen Sturzereignis kam es zu einer Commotio cerebri sowie zu einer tiefen Fraktur des Collum mandibulae links mit Dislokation, weshalb die Versicherte vom 6. bis zum 10. November 2003 im Z. hospitalisiert war (Urk. 11/84 S. 7, Urk. 11/117 S. 1).

1.2. Aus einer vom Haftpflichtversicherer angeordneten und zwischen Dezember 2003 und Januar 2004 erfolgten Überwachung ergab sich eine Diskrepanz zwischen den von der Versicherten geklagten sowie in den vorliegenden Arztberichten beschriebenen Beschwerden und den ersichtlichen Einschränkungen, weshalb die ZV per Ende Januar 2004 ihre Leistungen einstellte (Urk. 11/29). Die ZV holte sodann aufgrund des Überwachungsmaterials bei Dr. med. A., Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Rheumatologie, ein Aktengutachten ein, datiert vom 15. März 2005 (Urk. 11/33), und bestätigte anschliessend ihren Entscheid, die Behandlungskosten per Ende Februar 2004 und die Taggelder per 31. Januar 2004 einzustellen (Urk. 11/34 und Urk. 11/58 S. 1).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä

Die IV-Stelle lehnte auf das Aktengutachten von Dr. A. (Urk. 11/33) die IV-Stelle mit Verfügung vom 14. Juli 2005 (Urk. 11/37) und Einspracheentscheid vom 3. November 2005 das Leistungsbegehren der Versicherten ab (Urk. 11/55). Dagegen liess diese, vertreten durch Milosav Milovanovic (Urk. 11/63), am 5. Dezember 2005 Beschwerde erheben und beantragen, es sei ihr eine ganze Rente zuzusprechen (Urk. 11/65 S. 3 ff.). Mit Urteil vom 9. November 2006 (Urk. 11/72) hielt das hiesige Gericht fest, dass die vorhandenen Arztberichte und das Aktengutachten von Dr. A. für die Beurteilung des somatischen und psychischen Gesundheitszustandes und der daraus abgeleiteten Arbeitsunfähigkeit ungenügend seien, und wies die Sache an die IV-Stelle zurück, damit sie weitere Abklärungen treffe und über den Leistungsanspruch neu verfasse (Urk. 11/72 S. 6-7).

Am 20. Mai 2007 stürzte die Versicherte in der Wohnung, schlug mit dem Kopf gegen die Bettkante und zog sich dabei eine Schädelkontusion zu (Urk. 11/117 S. 2 Abs. 3). Am 23. September 2007 kam es zu einem weiteren Unfall, bei welchem die Versicherte nach einem Sturz im Tram infolge einer Vollbremsung eine Schädelkontusion ohne Bewusstlosigkeit und ohne Amnesie erlitt und sich eine Distorsion der Halswirbelsäule sowie eine Kontusion der Brustwirbelsäule zuzog (Urk. 11/84 S. 8 und Urk. 11/117 S. 2 Abs. 4).

Die IV-Stelle liess die Versicherte in der Folge durch die B. (B. internistisch, rheumatologisch, neurologisch, neuropsychologisch und psychiatrisch begutachten (Polydisziplinäres Gutachten vom 31. Dezember 2007, Urk. 11/84). Die Gutachter attestierten in somatischer Hinsicht eine 70%ige Arbeitsfähigkeit. Aufgrund der gleichzeitig bestehenden, mittelgradigen bis schweren depressiven Episoden bestehe allerdings für eine Berufstätigkeit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 40 bis 60 %, welche nicht additiv zur somatischerseits attestierten Arbeitsunfähigkeit wirksam werde. Für eine genauere Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht empfehle sich ein stationärer psychiatrischer Aufenthalt zur Sicherung der Diagnose und Objektivierung der tatsächlichen, alltags- und arbeitsrelevanten Einschränkungen (Urk. 11/84 S. 64). In der Folge wurde die Versicherte im Rahmen einer ambulanten Begutachtung von der B. internistisch und psychiatrisch begutachtet (Gutachten vom 11. Februar 2010, Urk. 11/116). Die Gutachter attestierten für sämtliche Tätigkeiten eine 60%ige Arbeitsfähigkeit, bestehend ab dem Gutachtenzeitpunkt und wahrscheinlich seit Dezember 2007, dem Zeitpunkt der letzten Begutachtung (Urk. 11/84), bei welcher eine sehr ähnliche Arbeitsfähigkeit attestiert worden sei (Urk. 11/116 S. 13).

Nach erfolgtem Vorbescheidverfahren (Urk. 11/122 ff.) sprach die IV-Stelle der Versicherten mit Verfügung vom 11. November 2010 von Anfang September 2002 bis Ende März 2004 aufgrund einer 100%igen Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit eine ganze Rente zu. Aufgrund der ab dem 1. Januar 2004 eingetretenen Verbesserung des Gesundheitszustandes und einem Invaliditätsgrad bei einer 60%igen Arbeitsfähigkeit von 46 % reduzierte sie die Rente mit Wirkung ab 1. April 2004 auf eine Viertelsrente (Urk.

2).

Gegen die Verfügung vom 11. November 2010 (Urk. 2) liess die Versicherte, weiterhin vertreten durch Milosav Milovanovic (Urk. 4), am 13. Dezember

2010 Beschwerde erheben und beantragen, es sei ihr auch ab dem 1. April 2004 eine ganze Invalidenrente auszurichten. In formeller Hinsicht beantragte die Beschwerdeführerin die Gewährnung der unentgeltlichen Prozessführung (Urk. 1 S. 1). In der Beschwerdeantwort vom 31. Januar 2011 beantragte die Beschwerdegegnerin, es sei der Beschwerdeführerin die Reformatio in peius anzudrohen. Da die vorhandenen psychischen Beschwerden willentlich überwindbar seien, bestehe in der angestammten Tätigkeit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit und somit eine Invaliditäts von lediglich 30 %, weshalb spätestens ab April 2004 kein Rentenanspruch mehr bestehe (Urk. 10).

Mit Verfügung vom 14. Februar 2011 (Urk. 12) wurde der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Prozessführung gewährt und ein zweiter Schriftenwechsel angeordnet. Mit Eingabe vom 16. Februar 2011 (Urk. 13) liess die Beschwerdeführerin einen Bericht des C. (C.) vom 14. Januar 2011 einreichen, in welchem ihr für jegliche Tätigkeiten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden war (Urk. 14). In der Replik vom 5. Mai 2011 (Urk. 17) hielt die Versicherte an ihrem Antrag fest und mit Eingabe vom 17. Mai 2011 verzichtete die Beschwerdegegnerin auf eine Duplik (Urk. 20).

Am 9. November 2012 liess die Beschwerdeführerin zwei weitere Arztberichte einreichen (Urk. 22 und 23/1-2). Darauf, auf die weiteren Unterlagen und die Ausführungen der Parteien ist, soweit erforderlich, in den Erwägungen einzugehen.

Das Gericht zieht in Erwägung:

Am 1. Januar 2008 sind die im Zuge der 5. IV-Revision revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 6. Oktober 2006, der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 28. September 2007, des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) sowie das Bundesgesetz über die Schaffung und die Änderung von Erlassen zur Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) vom 6. Oktober 2006 in Kraft getreten. In materiellrechtlicher Hinsicht gilt jedoch der allgemeine bergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen sind, die bei Erlass des angefochtenen Entscheids respektive im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b, je mit Hinweisen). Die angefochtene Verfügung ist am 11. November 2010 ergangen, wobei ein Sachverhalt zu beurteilen ist, der vor dem Inkrafttreten der revidierten Bestimmungen der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 begonnen hat. Daher und aufgrund dessen, dass der Rechtsstreit eine Dauerleistung betrifft, über welche noch nicht rechtskräftig verfügt wurde, ist entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln für die Zeit bis 31. Dezember 2007 auf die damals geltenden Bestimmungen und ab diesem Zeitpunkt auf die neuen Normen der 5. IV-Revision abzustellen (vgl. zur 4. IV-Revision: BGE 130 V 445 ff.; Urteil des Bundesgerichts I 428/04 vom 7. Juni 2006 E. 1). Dies fällt materiellrechtlich jedoch nicht ins Gewicht, weil die 5. IV-Revision hinsichtlich der Invaliditätsbemessung keine substantiellen Änderungen gegenüber der bis 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Rechtslage gebracht hat, so dass die zur altrechtlichen Regelung ergangene Rechtsprechung weiterhin massgebend ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_76/2009 vom 19. Mai 2009 E. 2). Im Folgenden werden die massgeblichen Gesetzesbestimmungen - soweit nichts anderes vermerkt ist - in der seit dem 1. Januar 2008

geltenden Fassung zitiert, wobei die am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Änderungen nicht zu berücksichtigen sind.

E. 2

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG).

Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

2.2 Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt.

Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

2.3 Die Erwerbsunfähigkeit ist längere Zeit dauernd, wenn der sie auslösende Gesundheitsschaden eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens einem Jahr bewirkt und nach dieser Zeit weiterhin eine die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigende Behinderung zurücklässt. Gesundheitsschäden, welche nicht mindestens diese Auswirkungen haben, führen somit nicht zu einer Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG und gehören allenfalls in den Aufgabenbereich der Unfall- oder Krankenversicherung oder aber zum Risiko, das die Einzelperson zumutbarerweise zu tragen hat (BGE 102 V 165 mit Hinweisen).

ÄÄÄÄÄÄÄÄ Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (in der bis zum 31. Dezember 2003 gültig gewesenen Fassung) hatten Versicherte Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 66 2/3 Prozent, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 Prozent, oder auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 Prozent invalid waren. In Härtefällen bestand gemäss Art. 28 Abs. 1 bis IVG bereits bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente.

ÄÄÄÄÄÄÄÄ

ÄÄÄÄÄÄÄÄ Die seit dem 1. Januar 2004 massgeblichen neuen 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).

2.4 Gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV ist bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit die anspruchsbeeinflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird. Die hierzu notwendige Prognose unterliegt dabei dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 119 V 7 E. 3c/aa mit Hinweisen).

2.5 Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu wärdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prägend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszumessende 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.).

3. Die IV-Stelle hielt aufgrund der Gutachten der B. (Urk. 11/84 und Urk. 11/116) fest, dass die Versicherte von September 2001 bis Dezember 2003 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen und seit dem 1.

Januar 2004 in einer leidensangepassten Tätigkeit zu 60 % arbeitsfähig und somit zu 46 % invalid sei. Dementsprechend sprach sie ihr ab September 2002 - nach Ablauf des Wartjahres - eine ganze Rente und ab April 2004 - 3 Monate nach der eingetretenen Verbesserung des Gesundheitszustandes - eine Viertelsrente zu (Urk. 2).

Die Versicherte bestreitet, dass sich ihr Gesundheitszustand ab Januar 2004 verbessert habe, und beantragt die Zusprache einer ganzen Rente auch ab April 2004 (Urk. 1).

In der Beschwerdeantwort (Urk. 10) bringt die Beschwerdegegnerin vor, einerseits sei nur die Verdachtsdiagnose einer depressiven Stimmung erhoben worden, und andererseits sei die depressive Stimmung - sollte sich die Verdachtsdiagnose

konkretisieren - eine Folge der Schmerzstärkung, weshalb sie nicht als eigenständige Komorbidität gelten können, sondern gestützt auf die hauptsächliche Rechtsprechung als überwindbar zu betrachten sei. Unter diesem Gesichtspunkt können nur auf die somatischen Einschränkungen abgestellt werden, so dass spätestens ab April 2004 kein rentenbegründender Invaliditätsgrad mehr vorliege.

E. 4.1

4.1.1.1 Die erstbehandelnden Ärzte des Z.____ hielten am 29. September 2001 - einen Tag nach dem ersten Unfall - fest, es seien keine Prellmarken am Körper auffindbar und die Röntgenaufnahme der Halswirbelsäule habe keine Hinweise auf ossäre Läsionen gezeigt. Als Diagnose führten sie eine Distorsion der Halswirbelsäule an und sie attestierten der Versicherten eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 29. September bis voraussichtlich 3. Oktober 2001 (Urk. 8/72 S. 2).

Dr. D.____, Facharzt für Neurologie, führte im Bericht vom 26. September 2002 unter Hinweis auf seinen früheren Bericht vom 5. Juli 2002 (Urk. 11/7/7) als Befunde eine schmerzbedingte Bewegungseinschränkung der Halswirbelsäule um insgesamt etwa 2/3 und eine deutliche Verdickung mit Druckdolenzen der Nacken- und Schultermuskulatur auf beiden Seiten ohne Hinweis auf radikuläre Ausfälle an. Als Diagnose nannte er ein seit dem 28. September 2001 bestehendes posttraumatisches therapieresistentes zervikozephal Schmerzsyndrom bei Status nach Überdehnungstrauma der Halswirbelsäule und stufte die Versicherte in der bisherigen Tätigkeit als vollständig arbeitsunfähig ein (Urk. 11/11).

Die behandelnde Hausärztin E.____, praktizierende Ärztin, attestierte der Versicherten in den Berichten vom 18. und 20. Dezember 2002 bei bekannter Diagnose ebenfalls eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 11/13).

Die untersuchenden Ärzte der F.____ führten im Bericht vom 22. Februar 2003 über den stationären Aufenthalt der Versicherten vom 28. Januar bis 18. Februar 2003 insbesondere aus, diese habe über ständige Kopf- und Nackenschmerzen, Schwindel, Übelkeit, Seh- und Hörstörungen, Niedergeschlagenheit, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen geklagt. In der neuropsychologischen Untersuchung habe sie sehr leidend und überhaupt nicht belastbar gewirkt, wobei mehrere Pausen hätten eingeschaltet werden müssen, nachdem sie zunehmend über Schmerzen, Übelkeit und Schwindel geklagt habe. Das Arbeitstempo sei deutlich verlangsamt gewesen, formal hätten sich in allen geprüften Bereichen (Aufmerksamkeit, Gedächtnis, problemlösendes Denken) deutlich reduzierte Leistungen gezeigt. Stimmungsmässig habe die Versicherte depressiv gewirkt, die neuropsychologischen Befunde seien mithin psychisch überlagert. Im Weiteren hielten sie fest, als Diagnose sei ein posttraumatisches chronifiziertes zervikozephal Schmerzsyndrom bei Halswirbelsäulen-Distorsion und bei Verdacht auf depressive Entwicklung zu nennen, und die Versicherte sei weiterhin als vollständig arbeitsunfähig einzustufen (Austrittsbericht und Krankengeschichte vom 22. Februar 2003, Urk. 11/18 S. 2-3).

4.1.2.1 Der Haftpflichtversicherer des Unfallverursachers liess die Versicherte im Dezember 2003 und Januar 2004 überwachen, wobei auf den Videos die geklagten Einschränkungen nicht ersichtlich gewesen seien (Urk. 11/29).

Dr. A.____ stellte im Aktengutachten vom 15. März 2005, welches sie im Auftrag der ZÄrlich erstellte, einleitend fest, zur Verfügung hätten ihr die medizinischen

Unterlagen der ZÄrlich, nÄrmlich die obgenannten Arztberichte, sowie die Videoaufnahmen der genannten Äberwachung gestanden. Nach AusfÄhrungen zur Anamnese beschrieb und kommentierte sie die Videoaufnahmen und im Hinblick auf die Fragen der ZÄrlich, welche kÄrperlichen EinschrÄnkungen auf dem Video zu erkennen seien und wie die ArbeitsfÄhigkeit zu beurteilen sei, stellte sie zusammenfassend fest, auf den durchgeschauten Videos kÄrren sie keinerlei kÄrperliche EinschrÄnkungen erkennen, insbesondere nicht die in den anderen Ärztlichen Berichten geschilderten. Die Versicherte kÄrren den Kopf uneingeschrÄnkt bewegen, im Weiteren kÄrren sie Lasten von 25-30 kg tragen. Hinweise auf eine Gehunsicherheit und Schwindelsensationen kÄrren den Videos nicht entnommen werden und aus rheumatologischer Sicht sei die Versicherte in ihrer ArbeitsfÄhigkeit nicht eingeschrÄnkt (Urk. 11/33).

4.1.3Ä Ä Im Rahmen einer polydisziplinÄren Begutachtung wurde die Versicherte am 29. und 30. Oktober sowie am 23. November 2007 durch die B.____ internistisch, rheumatologisch, neurologisch, neuropsychologisch und psychiatrisch begutachtet. Im Gutachten vom 31. Dezember 2007 (Urk. 11/84 S. 16) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Mit Einfluss auf die ArbeitsfÄhigkeit:

1. Mittelschwere bis schwere depressive Episode (ICD-10: F32.1 bis F32.2)

2. Chronisches zervikozephalales Schmerzsyndrom mit/bei:

- Status nach HalswirbelsÄulen-Dehnungstrauma am 28. September 2001 mit Comotio cerebri

- Status nach Sturz mit Comotio cerebri und Mandibula-Fraktur links am 4. November 2003

- wahrscheinliche milde traumatische HirnschÄdigung

- Kopfschmerzen vom Spannungstyp

- ohne Hinweis fÄr radikulÄre Reiz- oder Ausfallssymptomatik

- MRI der HalswirbelsÄule vom 24. Juni 2002: geringe Osteochondrose C5/6 ohne Neurokompression; keine ossÄren oder ligamentÄren Verletzungsfolgen

- CT des SchÄdels vom 23. September 2007: mehrere hypodense Areale; differenzialdiagnostisch: posttraumatisch, vaskulÄr

- MRI des SchÄdels vom 26. November 2007: Mikroangiopathische VerÄnderungen subkortikal, keine Hinweise fÄr Contusio cerebri

3. Schwere neuropsychische StÄrung bei Status nach HalswirbelsÄulen-Distorsionstrauma (im September 2001) und Stolpersturz mit Comotio cerebri und Kiefergelenksfraktur (im November 2003) (differenzialdiagnostisch: Aggravation/affektiv/Schmerzsyndrom).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ohne Einfluss auf die ArbeitsfÄhigkeit:

1. Fortgesetzter Nikotinkonsum, schÄdlicher Gebrauch (ICD-10: F17.1)

2. Persistierende Kiefergelenksbeschwerden links nach tiefer Collum mandibulae-Fraktur links am 4. November 2003.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aufgrund der Aktenlage, der Anamnese und der erhobenen Untersuchungsbefunde bestehe seit dem Unfall vom 28. September 2001 ein chronisches zervikozephalales Schmerzsyndrom, welches posttraumatisch im Rahmen eines HalswirbelsÄ¶ulen-Dehnungstraumas mit einer Commotio cerebri aufgetreten sei. Beim Sturzereignis am 4. November 2003 sei es zu einer weiteren Commotio cerebri sowie zu einer Fraktur des Collum mandibulae links gekommen. Seit dem Unfall vom 28. September 2001 sei die Versicherte nicht mehr arbeitsfÄ¶hig und werde im Haushalt durch die Tochter unterstÄ¶tzt. In der klinischen Untersuchung hÄ¶tten sich bis auf eine schmerzhaft eingeschrÄ¶nkte Halsbeweglichkeit und einen nuchalen schmerzhaften Muskelhartspann keine zu den Symptomen korrelierenden Befunde erheben lassen. Die Kopfbeweglichkeit habe etwa dem wÄ¶hrend der Exploration sichtbaren Bewegungsumfang entsprochen. Allerdings seien bei der Kraft- sowie den Gang- und StandprÄ¶fungen inkonsistente Befunde erhoben worden, sodass eine gewisse Aggravationstendenz nicht ausgeschlossen werden kÄ¶nne. Klinisch und bildgebend hÄ¶tten sich keine Hinweise auf ein radikulÄ¶res Reiz- oder Ausfallsyndrom ergeben. Das Kopfschmerzsyndrom sei am ehesten als Spannungskopfschmerz im Rahmen des zervikozephalen Syndroms anzusiedeln. Im neuesten CT des SchÄ¶dels vom 23. September 2007 seien hingegen HypodensitÄ¶ten beschrieben worden, welche wahrscheinlich posttraumatisch auf das zweite Unfallereignis vom 4. November 2003 entstanden seien.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In der aktuellen psychiatrischen Untersuchung zeige die Versicherte formal das Bild einer schweren depressiven Episode mit depressiver Stimmung, Antriebshemmung und kognitiven Defiziten. Die angegebenen stereotypen SinnestÄ¶uschungen seien als affektiv gefÄ¶rbte Pseudo-Halluzinationen bei Hyperarousal und konkretisierendem Kognitionsstil zu sehen, nicht aber als psychotische Symptome im engeren Sinne. EinschrÄ¶nkend mÄ¶sse aber darauf hingewiesen werden, dass sich auch in der psychiatrischen Exploration Zeichen von bewusstseinsnahem Verdeutlichungs- und Aggravationsverhalten gezeigt hÄ¶tten. Der affektivstarre, demonstrativ grosses Leiden und Hilflosigkeit darstellende Ausdruck wirke teilweise stereotyp und bewusst ausgeformt (Urk. 11/84 S. 17). Zu einem wesentlichen Teil sei aufgrund der Symptomvalidierungstests, der Verhaltensbeobachtungen und der Inkonsistenzen (Testbefunde vs. Anamnese) von einer Aggravation auszugehen. Wegen der wahrscheinlichen Aggravation und der dadurch resultierenden fehlenden ValiditÄ¶t der Eigenanamnese und der Testbefunde kÄ¶nne die ArbeitsfÄ¶higkeit deshalb isoliert aus neuropsychologischer Sicht nicht beurteilt werden.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä

Insgesamt bestÄ¶nden eine leichte EinschrÄ¶nkung der ArbeitsfÄ¶higkeit aus somatischer Sicht und eine etwas hÄ¶her anzusiedelnde ArbeitsunfÄ¶higkeit aus psychiatrischer Sicht, wobei die somatischer- und psychiatrischerseits attestierten ArbeitsunfÄ¶higkeiten nicht additiv wirksam wÄ¶rden. Um aus psychiatrischer Sicht den genauen Grad der EinschrÄ¶nkung zu quantifizieren, empfehle sich ein stationÄ¶r-psychiatrischer Aufenthalt, welcher der BeschwerdefÄ¶hrerin auch im Rahmen der Schadenminderungspflicht zugemutet werden kÄ¶nne.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beurteilung der ArbeitsfÄ¶higkeit durch Dr. D. ___ datiert aus dem Jahr 2002, also noch vor dem Zeitpunkt des zweiten Unfalls, und kÄ¶nne somit nicht mehr als auf dem neuesten Stand angesehen werden. Die aktuell erhobenen, diskreten, objektivierbaren Befunde von Seiten des Bewegungsapparates widersprÄ¶chen der noch im Austrittsbericht der F. ___ vom 22. Februar 2003 attestierten vollen ArbeitsunfÄ¶higkeit.

Da die aktuelle Einschränkung der Arbeitsfähigkeit hauptsächlich psychisch bedingt sei, könne andererseits auch die Einschränkung von Dr. A. ___ vom 15. März 2005, wonach keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Haushalt oder in der angestammten Tätigkeit in der Zentralsterilisation eines Spitals bestehe, nicht geteilt werden.

Die Versicherte habe anlässlich der Begutachtung angegeben, sich mit ihren aktuell versprochenen Beschwerden keine berufliche Tätigkeit vorstellen zu können. Aus gutachterlicher Sicht könne es der Beschwerdeführerin aber durchaus zugemutet werden, mit der nötigen zumutbaren Willensanstrengung bereits ab dem Zeitpunkt der Begutachtung einer den körperlichen Leiden adaptierten Tätigkeit im Ausmass von mindestens 40 % nachzugehen.

Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Sterilisationsassistentin sowie im Haushalt bestehe aus somatischer Sicht eine 70%ige Arbeitsfähigkeit. Aufgrund der gleichzeitig bestehenden mittelgradigen bis schweren depressiven Episoden bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 40 % bis 60 %, welche nicht additiv zur somatischerseits attestierten Arbeitsunfähigkeit wirksam werde. Die aufgrund der psychischen Störung zu begründenden Einschränkungen seien durch eine Antriebsschwäche, kognitive Defizite und eine verminderte psychophysische Belastbarkeit bedingt (Urk. 11/84 S. 18). Für sämtliche körperlich mittelschweren und schweren Tätigkeiten bestehe aus rein somatischer Sicht eine zumutbare Arbeitsfähigkeit von 70 %, für körperlich leichte Tätigkeiten ohne Notwendigkeit zum wiederholten Heben und Tragen von 5 bis 20 kg und mit der Möglichkeit zur Einnahme von Wechselpositionen eine solche von 90 %. Aufgrund der psychischen Morbidität bestehe aber auch für eine dem körperlichen Leiden angepasste Tätigkeit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 40 % bis 60 %.

Aufgrund der anamnestischen Angaben und der zur Verfügung stehenden Dokumentation sei davon auszugehen, dass vom Zeitpunkt des Schleudertraumas der Halswirbelsäule vom 28. September 2001 an bis mindestens zum Austritt aus der F. ___ am 22. Februar 2003 eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden habe. Die aktuell attestierte Arbeitsfähigkeit gelte ab dem Gutachtenszeitpunkt und somit ab Anfang 2008. Ab wann genau und in welchem Ausmass vom 22. Februar 2003 bis zum aktuellen Gutachtenszeitpunkt eine Verbesserung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit eingesetzt habe, könne aufgrund der anamnestischen Angaben der Versicherten und der zur Verfügung stehenden Dokumentation nicht schlüssig beurteilt werden (Urk. 11/84 S. 19).

4.1.4 Dr. med. G. ___, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. phil. klin. psych. H. ___, beide vom C. ___, hielten in ihrer Stellungnahme vom 18. Februar 2008 zum psychiatrischen Teil des Gutachtens der B. ___ fest, dass sie sich der Beurteilung, wonach aufgrund der diagnostizierten mittelschweren bis schweren Depression eine Arbeitsunfähigkeit im Umfang von 40 bis 60 % bestehe, anschliessen könnten, wobei sie in Kombination mit der somatisch bedingten 10%igen Einschränkung die Versicherte als lediglich zu 30 % arbeitsfähig erachteten (Urk. 11/85).

4.1.5 Im Rahmen einer bidisziplinären Begutachtung wurde die Versicherte am 30. März und am 30. November 2009 durch die B. ___ erneut internistisch und psychiatrisch begutachtet (Gutachten vom 11. Februar 2010, Urk. 11/116). Im Rahmen der vorgenommenen Untersuchung wurden in psychischer Hinsicht mit Einfluss auf die

Arbeitsfähigkeit die Diagnosen des Verdachts auf eine chronifizierte mittelgradige depressive Störung (ICD-10: F32.1) und auf eine undifferenzierte Somatisierungsstörung gestellt (ICD-10: F45.1).

Die Arbeitsfähigkeit sei sowohl für die angestammte Tätigkeit als Sterilisationsassistentin als auch für sämtliche Verweistätigkeiten auf etwa 60 % herabgesetzt. Die Minderung ergebe sich aus dem neurotischen Erleben mit erhöhtem Arousal, vermehrtem Schmerzerleben (anamnestisch) und erhöhtem Erregungsniveau bei dysphorischer Agitiertheit. Hieraus resultierten ein erhöhtes Bedürfnis nach Ruhepausen und eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit, wobei eine exaktere Beschreibung des zumutbaren Pensums nicht möglich sei. Eine weitere Reduktion der Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht ergebe sich nicht, da keine Hinweise auf seit der Begutachtung im Jahr 2007 durchgemachte Erkrankungen und/oder Unfälle beständen.

Ähnlich wie in der Vorbegutachtung von Dezember 2007, in welcher aus psychiatrischer Sicht eine 40- bis 60%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert worden sei (Urk. 11/84), sei eine exakte Einschätzung auch aufgrund der erheblichen Symptomverdeutlichung bei fehlender Fremdanamnese erschwert. Die im Zeitpunkt des Gutachtens (Februar 2010) attestierte Arbeitsfähigkeit gelte ab dem Gutachtenszeitpunkt, bestehe aber wahrscheinlich seit dem Zeitpunkt der letzten Begutachtung (Dezember 2007), in welcher eine sehr ähnliche Arbeitsfähigkeit attestiert worden sei (Urk. 11/116 S. 13).

4.1.6 Dr. med. I.____, Facharzt für Chirurgie, stellte in seinem Arztbericht vom 25. März 2010 folgende Diagnosen (Urk. 11/117):

- Chronisches posttraumatisches zervikozephalies Schmerzsyndrom bei Status nach mehreren Halswirbelsäulentraumen (Auffahrunfall am 28. September 2001, Sturz mit Kiefergelenksfraktur links und Commotio cerebri am 4. November 2003 und Sturz im Tram mit Contusio capitis im September 2003 [richtig wohl: 2007])
- Status nach Schädelkontusion mit Beschleunigungstrauma der Halswirbelsäule und Kontusion der Brustwirbelsäule (Unfall vom 23. September 2007)
- Status nach Schädelkontusion bei Sturz gegen die Bettkante (Unfall vom 20. Mai 2007)
- Posttraumatisches zervikozephalies Schmerzsyndrom mit Begleitschwindel und Verdacht auf neuropsychologische Defizite bei Status nach Beschleunigungstrauma der Halswirbelsäule (Unfall am 28. September 2001)
- Verdacht auf postcommotionale Beschwerden bei Status nach fraglicher Commotio cerebri (Unfall vom 28. September 2001)
- Status nach Sturz auf das Kinn (Unfall vom 4. November 2003) mit Commotio cerebri und Kieferknochenfraktur links mit Dislokation und Rissquetschwunde am Kinn
- gutartiger Lagerungsschwindel
- mittelgradige depressive Episode
- Status nach Malleolarfraktur links (Juni 2009).

Seitens der Folgen der Unfälle habe sich das Beschwerdebild seit dem letzten Unfall vom September 2007 bezüglich des zervikozephalies Schmerzsyndroms verstärkt. Die Versicherte klagt über anhaltende Nacken- und Kopfschmerzen, welche

bei jeglicher körperlicher Belastung zunehmen. Relevante Befunde seien eine eingeschränkte Beweglichkeit der Halswirbelsäule mit palpatorisch verdickter und druckdolenter Nacken- und Schultermuskulatur beidseits. Da sich keine neurologischen Auffälle finden liessen, sei keine Verletzung am Nervensystem anzunehmen.

Seit Mitte Dezember 2008 leide die Versicherte unter heftigen Dreh-schwindelattacken, die hauptsächlich nach dem Hinlegen oder nach dem Aufstehen auftraten und in den letzten Jahren praktisch unverändert geblieben seien. Bei diesem Drehschwindel handle es sich aufgrund der neurologischen Abklärung um einen gutartigen Lagerungsschwindel bzw. eine Vestibulopathie. Es sei deshalb eine Behandlung mit Betaserc eingeleitet worden, welche allerdings keine wesentliche Verbesserung gebracht habe. Dieser Drehschwindel, mit zum Teil heftigen Attacken, sei insofern von Bedeutung, als es infolge dieses Schwindels immer wieder zu Stürzen komme, wie im Juni 2009, als sich die Versicherte eine Malleolarfraktur links hinzugezogen habe (Urk. 11/117 S. 2).

Die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit müsse im Rahmen eines Leistungstests geprüft werden, wobei dazu auch ein Psychiater heranzuziehen sei (Urk. 11/117 S. 33).

4.1.7 Im Bericht über die interdisziplinäre Schmerzbehandlung des C.____ attestierten die behandelnden Ärzte der Versicherten im Rahmen der Konsensbeurteilung eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, sowohl in der angestammten Tätigkeit als Sterilisationsassistentin als auch in einer leidensangepassten Tätigkeit. Die Versicherte könne ohne grosse Schmerzen lediglich etwa 30 Minuten gehen, 30 Minuten sitzen und etwa 5 kg heben. Nach 30 Minuten ermüde sie und die Schmerzen nähmen zu, weshalb sie anschliessend liegen oder Ruhe haben müsse. Aufgrund der Depression, der Medikamentenabhängigkeit sowie des positiven und negativen Leistungsbildes sei der Versicherten keine Arbeitstätigkeit zuzumuten (Urk. 14 S. 5).

E. 5.1

Die Gutachten der B.____ vom 31. Dezember 2007 (Urk. 11/84) und vom 11. Februar 2010 (Urk. 11/116) beruhen auf den erforderlichen fachärztlichen Untersuchungen internistischer, rheumatologischer, neurologischer, neuropsychologischer und psychiatrischer Art und es darf ohne Weiteres davon ausgegangen werden, dass diese auf allseitigen Untersuchungen beruhen, die geklagten Beschwerden berücksichtigen und für die streitigen Belange - auch angesichts des Umfangs von 64 beziehungsweise 32 Seiten - umfassend sind. Die Vorakten und die Angaben der Versicherten sind umfassend berücksichtigt, die medizinischen Zusammenhänge sowie die medizinische Situation werden eingehend und einleuchtend erörtert und die Schlussfolgerungen sind begründet.

5.2 Die von der B.____ vorgenommenen Beurteilungen weichen insofern ab, als im ersten Gutachten vom 31. Dezember 2007 (Urk. 11/84) der Versicherten eine Arbeitsfähigkeit von 40 bis 60 % während im zweiten (Urk. 11/116) eine solche in der Höhe von 60 % attestiert wurde. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Gutachten nicht miteinander im Widerspruch stehen. Im zweiten Gutachten wurde vielmehr insofern eine Präzisierung der im ersten Gutachten abgegebenen Beurteilung vorgenommen, als festgehalten wurde, dass aufgrund der neuen Erkenntnisse von einer 40%igen Einschränkung auszugehen sei.

Die Tatsache, dass eine zweite Begutachtung vorgenommen wurde, spricht entgegen der Auffassung der Versicherten (Urk. 1 S. 2-3) nicht gegen die Zuverlässigkeit und Glaubwürdigkeit der Gutachter. Die mit der ersten Begutachtung betrauten Ärzte diagnostizierten eine mittelschwere bis schwere depressive Episode (ICD-10: F32.1 bis F32.2) und stellten Einschränkungen fest, welche durch eine Antriebsschwäche, kognitive Defizite und eine verminderte psychophysische Belastbarkeit bedingt seien. Zur Sicherung der Diagnose, zur Objektivierung der tatsächlichen, alltäglichen und arbeitsrelevanten Einschränkungen und zur Vornahme einer genaueren Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht empfahlen sie jedoch eine zweite Begutachtung (Urk. 11/84 S. 18 Ziff. 7.2). Im Rahmen der etwa zwei Jahre später vorgenommenen Untersuchung wurden anamnestisch eine chronifizierte mittelgradige depressive Störung (ICD-10 F32.1) und eine undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10 F.45.1) diagnostiziert. Im Unterschied zur ersten, im Oktober 2007 vorgenommenen Untersuchung stellte der Gutachter Ende November 2009 fest, dass die Versicherte sicher nicht schwer depressiv sei, da ihr Verhalten je nach Thema durchaus dynamisch und spontan sei, sie zielgerichtet eigene Interessen vertrete und insgesamt trotz der immer wieder auffälligen, aber nicht durchgängigen Verlangsamungen im Antrieb nicht gestört sei (Urk. 11/116 S. 9-10). Insofern konnte der Versicherten bereits ab dem Zeitpunkt der ersten Begutachtung durch die B. ___ eine 60%ige Arbeitsfähigkeit attestiert werden (Urk. 11/116 S. 13).

E. 5.3

5.3.1 Die Beschwerdeführerin bringt vor, es sei nicht auf die Gutachten der B. ___, sondern auf die Berichte der behandelnden Ärzte abzustellen, wonach sie nicht arbeitsfähig sei (Urk. 1 S. 3-4).

Da sich die in den Gutachten der B. ___ abgegebene Beurteilung lediglich auf den Zeitraum ab Januar 2008 bezieht (Urk. 11/84 S. 19 Ziff. 7.4 und Urk. 11/116 S. 13 Ziff. 5.4), ist lediglich zu prüfen, ob die sich auf den Zeitraum zwischen Januar 2008 und dem Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung (11. November 2010) beziehenden, von der Versicherten erwähnten (Urk. 1 S. 4-5) Berichte von Dr. I. ___ (Urk. 11/117) sowie vom C. ___ (Urk. 11/85 und Urk. 14) die von der B. ___ vorgenommene Beurteilung in Frage zu stellen vermögen.

Dem Arztbericht von Dr. I. ___, datiert vom 25. März 2010 (Urk. 11/117), sind keine Angaben über die Arbeitsfähigkeit der Versicherten zu entnehmen, denn er beschränkte sich darauf, auf die bestehenden Beschwerden, die bereits in den Gutachten der B. ___ berücksichtigt worden waren, hinzuweisen (Urk. 11/117 S. 1-2), und hielt im Übrigen fest, dass die Arbeitsfähigkeit der Versicherten in einem Leistungstest zu prüfen sei und in psychiatrischer Hinsicht von einem entsprechenden Facharzt beurteilt werden müsse (Urk. 11/117 S. 3). Der Bericht von Dr. I. ___ vermag die Ergebnisse der Begutachtung der B. ___ daher nicht zu entkräften.

In der Stellungnahme des C. ___ zum ersten Gutachten der B. ___, datiert vom 18. Februar 2008, schlossen sich Dr. G. ___ und Dr. phil. klin. psych. H. ___ der im Gutachten (Urk. 11/84) angegebenen, aufgrund einer mittelschweren bis schweren Depression bestehenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Umfang von 40 bis 60 % an. Anders als die Gutachter der B. ___ leiteten sie aus der Kombination der psychischen, 40-60%igen Einschränkung und der 10%igen somatischen Einschränkung eine 70%ige

6.2. Für den Zeitraum von Januar 2004 bis Ende Dezember 2007 sind keine verlässlichen Arztberichte vorhanden, aus welchen sich die Verbesserung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin ableiten liesse.

Im Sozialversicherungsprozess tragen die Parteien insofern eine Beweislast, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweisaufklärung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 E. 3b).

Da sich die rückwirkende Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin im Zeitraum von Januar 2004 bis Ende Dezember 2007 beim Fehlen von verlässlichen Arztberichten als unmöglich erweist, ist davon auszugehen, dass bei der Versicherten die seit September 2000 bestehende 100%ige Arbeitsunfähigkeit auch nach dem Jahr 2003 weiterbestanden hat. Gemäss Art. 88 bis Abs. 2 lit. a IVV ist die ab Januar 2008 gemäss Gutachten der B. eingetretene Verbesserung der Arbeitsfähigkeit somit erst ab dem 1. April 2008 zu berücksichtigen.

Die von der IV-Stelle ermittelte 46%ige Invalidität der Versicherten wird im Rahmen der Beschwerde nicht bestritten und erweist sich als korrekt, weshalb sich die Herabsetzung der ganzen Rente auf eine Viertelsrente als zutreffend erweist, wobei dies entsprechend den obigen Ausführungen erst ab April 2008 zu erfolgen hat.

Zusammenfassend ist die Beschwerde insofern teilweise gutzuheissen, als der Beschwerdeführerin von April 2004 bis März 2008 eine ganze Rente statt einer Viertelsrente zuzusprechen ist. Sofern ab April 2008 eine höhere als die zugesprochene Viertelsrente beantragt wird, ist die Beschwerde abzuweisen.

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. 900.-- anzusetzen.

Die Beschwerdeführerin obsiegt teilweise, was den Zeitraum April 2004 bis März 2008 angeht. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind die Gerichtskosten deshalb der Beschwerdeführerin zu einem Drittel und der Beschwerdegegnerin zu zwei Dritteln aufzuerlegen, wobei der Anteil der Beschwerdeführerin zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung (Urk. 14) auf die Gerichtskasse zu nehmen ist.

Das Gericht erkennt:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verhängung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 11. November 2010 insoweit aufgehoben, als der Beschwerdeführerin von April 2004 bis März 2008 eine ganze Rente statt einer Viertelsrente zugesprochen wird. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden zu einem Drittel der Beschwerdeführerin und zu zwei Dritteln der IV-Stelle auferlegt. Zuzufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung werden die der Beschwerdeführerin auferlegten

Kosten von Fr. 300.-- einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. Die Beschwerde-führerin wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Milosav Milovanovic

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage einer Kopie von Urk. 22 und Urk. 23/1-2

- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.