

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00743 vom 4. September 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-09-04, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.00743

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00743 du 4 septembre 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00743 del 4 settembre 2012

Erwägungen

E. 1

1.1 Strittig und zu präzisieren ist, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Invalidenrente hat.

1.2 Gemäss Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) haben Versicherte Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 % invalid, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 %, oder auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 % invalid sind. Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung).

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 50 Erw. 1.2 mit Hinweisen).

Eine fachärztlich (psychiatrisch) diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung begründet als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer

zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, so: chronische körperliche Begleiterkrankungen; ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung; ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens; ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"); das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischen Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person. Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (BGE 130 V 352). Diese im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze werden rechtsprechungsgemäss bei der Würdigung des invalidisierenden Charakters von Fibromyalgien (BGE 132 V 65 E. 4 S. 70), dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (SVR 2007 IV Nr. 45 S. 150, I 9/07 E. 4 am Ende), Chronic Fatigue Syndrome (CFS; chronisches Müdigkeitssyndrom) und Neurasthenie (Urteile 9C_662/2009 vom 17. August 2010 E. 2.3; 9C_98/2010 vom 28. April 2010 E. 2.2.2 und I 70/07 vom 14. April 2008 E. 5), bei dissoziativen Bewegungsstörungen (Urteil 9C_903/2007 vom 30. April 2008 E. 3.4), bei einer HWS-Verletzung (Schleudertrauma) ohne organisch nachweisbare Funktionsfälle (BGE 136 V 279) sowie bei nicht organischer Hypersomnie (BGE 137 V 64 E. 4.1 und 4.2 mit Hinweisen) analog angewendet. Â Â Â Â

1.3 Â Â Â Â Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG (bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 2 IVG) aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 349 Erw. 3.4.2 mit Hinweisen).

1.4 Â Â Â Â 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 GrÄnde anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 Erw. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser GrundsÄtze entscheidend, ob es fÄr die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berÄcksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nÄtig 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 begrÄndet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prÄfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszurÄumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmÄglich machen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 Erw. 5.1; 125Ä V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das Ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.).

E. 2

2.1Ä Ä Ä Ä Das nach dem Unfall vom 15. August 2002 am 18. August 2002 erstbehandelnde Spital F.____ hielt mit Arztzeugnis UVG vom 12. September 2002 als Diagnose einen Status nach HWS-Distorsion fest. OssÄre LÄsionen lÄgen nicht vor. Die BeschwerdefÄhrerin sei voraussichtlich bis am 25. August 2002 zu 100 % arbeitsunfÄhig. Die weitere Festlegung der ArbeitsfÄhigkeit habe durch den Hausarzt zu erfolgen (Urk. 7/9/88).

2.2Ä Ä Ä Ä Dr. med. G.____, Facharzt FMH fÄr orthopÄdische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, damals Kreisarzt-Stellvertreter der SUVA, untersuchte die BeschwerdefÄhrerin am 18. Juni 2003. Er hielt hierzu mit Bericht vom gleichen Tag fest, bereits vor dem Autounfall vom 15. August 2002 habe die BeschwerdefÄhrerin gemÄss eigenen Angaben an rezidivierenden thorakolumbalen RÄckenbeschwerden gelitten. Nach dem Unfall habe am 18. August 2002 eine Beurteilung im Spital F.____ wegen Schmerzen der HWS, der BWS und der LWS stattgefunden. Hierbei hÄtten mittels RÄntgen und CT ossÄre LÄsionen ausgeschlossen werden kÄnnen. Am 5. Ä Dezember 2002 sei im MRI eine medio-laterale und eine laterale Diskushernie C6/C7 linksseitig festgestellt worden. Im Januar 2003 sei von der Klinik fÄr Neurologie des Spitals F.____ eine stationÄre AbklÄrung/Rehabilitation vorgeschlagen worden. Diese sei jedoch unterblieben, weil die BeschwerdefÄhrerin keine Betreuung fÄr ihre 13-jÄhrige Tochter gefunden habe. Entsprechend habe man in den letzten vier Monaten eigentlich immer zugewartet. Zwar gebe die BeschwerdefÄhrerin einen deutlichen BeschwerderÄckgang an, nach wie vor habe sie aber Schmerzen im Nacken mit Ausstrahlung in die linke Schulter, und auch die HWS-Beweglichkeit sei noch reduziert. Klinisch finde man eine ausgeprÄgte BewegungseinschrÄnkung der HWS, deutlich dolent. Es lÄgen keine Hinweise auf ein radikulÄres Syndrom links vor, die Schulterschmerzen erschienen nicht radikulÄr, und bei der gefundenen SchwÄche am linken Arm dÄrfte Äberwiegend eine nicht ideale Kooperation auslÄssend sein. So dÄrfte beispielsweise kaum ein stichhaltiger Grund vorliegen fÄr die stark reduzierte Kraft des Faustschlusses links im Seitenvergleich. Die AbklÄrung, insbesondere der Operationsindikation, mÄsse nun forciert werden. Bei

negierter Operationsindikation werde man relativ rasch auch über den Beginn einer Teilarbeitsfähigkeit nachdenken können, beispielsweise wäre wahrscheinlich eine Arbeitsfähigkeit von 50 % bei der beruflich ausgeführten Tätigkeit bereits heute zumutbar. Bis zum Abschluss der Abklärungen habe er die volle Arbeitsunfähigkeit noch bestätigt (Urk. 7/9/49-50).

2.3 Die Klinik B., welche bei der Beschwerdeführerin am 23. Juli 2003 eine zervikale Diskektomie C6/7 vorgenommen hatte (Operationsbericht vom 28. Juli 2003, Urk. 7/9/16), hielt mit Bericht vom 5./6. Januar 2004 zuhanden der Beschwerdegegnerin als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (1) einen Status nach HWS-Distorsionstrauma im Jahre 2002 mit (a) Status nach ventraler zervikaler Diskektomie C6/7 links am 23. Juli 2003 sowie postoperativ am 11. August 2003 aufgetretener akuter schmerzhafter Schwellung der Weichteile im rechten Halsbereich und (2) eine funktionell bedingte Pseudoparalyse fest. Als Nebendiagnose führte die Klinik B. (1) ein unklares motorisches Hemisyndrom links und (2) eine Supraspinatussehnenverkalkung an. Die Beschwerdeführerin sei in der angestammten Tätigkeit seit Oktober 2003 zu 50 % arbeitsfähig, in einer behinderungsangepassten Tätigkeit bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/1).

2.4 Dr. Z. berichtete der Beschwerdegegnerin am 10. Oktober 2003, die Situation der Beschwerdeführerin sei weiterhin vollständig unbefriedigend und sie wirke äusserst depressiv und hilflos. Gegenwärtig werde sie nach einer HWS-Operation nachbetreut. Aktuell und kurzfristig sei sicher nicht an eine Arbeitsaufnahme zu denken. Langfristig müssten sie den Verlauf abwarten, wobei die äusserst angespannte soziale Situation alles andere als heilungsfördernd sei (Urk. 7/8)

2.5 Dr. med. H., Facharzt FMH für Chirurgie, Kreisarzt der SUVA, untersuchte die Beschwerdeführerin am 17. November 2003. Er hielt dazu mit Bericht vom gleichen Tag fest, da mit den bisherigen Therapien keine wesentliche Verbesserung der Symptomatik erreicht worden sei, bespreche er nochmals einen stationären Aufenthalt mit der Beschwerdeführerin. Sie sei einverstanden und wolle die notwendigen Vorkehrungen treffen, um ihre minderjährige Tochter entsprechend unterbringen zu können. Er melde sie zu einem stationären Rehabilitationsaufenthalt in der Klinik J. an, um eine Beschwerdelinderung und allenfalls Teilarbeitsfähigkeit zu erreichen. Zum heutigen Zeitpunkt sei aus unfallbedingter Sicht (zervikales Syndrom und linke Schulter) eine minimale Teilarbeitsfähigkeit vorstellbar, er belasse jedoch bis nach der stationären Rehabilitation die Arbeitsunfähigkeit auf 100 % (Urk. 7/16/50-52).

2.6 Gemäss Telefonnotiz der SUVA teilte ihr Dr. Z. am 8. Dezember 2003 mit, er habe das Gefühl, dass die Beschwerdeführerin sie "auf den Arm nimmt". Er sei für eine sofortige 100%ige Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/16/49).

2.7 Die Beschwerdeführerin wurde am 23. Februar 2004 im Auftrag der SUVA im Institut I. begutachtet. Im Rahmen dieser Begutachtung führte das I. auch eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) durch. Das I. hielt mit Gutachten vom 24. März 2004 als Diagnose ein chronisches Schmerzsyndrom mit unklarer sensomotorischer Hemisymptomatik links bei (a) Status nach HWS-Distorsion am 15. August 2002, (b) Status nach ventraler zervikaler Diskektomie C6/7 bei zervikoradikulärem sensomotorischem Syndrom C7 links am 23. Juli 2003, (c) Verdacht auf Symptomausweitung, (d) CCT negativ, postoperativem MRI der HWS mit flacher

dorsaler Restprotrusion C6/7 ohne Neurokompression, nach neurologischer Abklärung in der Klinik B. ___ am ehesten funktionell, (e) Periarthropathia humeroscapularis links bei Supraspinatussehnenverkalkung beidseits und (f) anamnestisch Status nach HWS-Distorsion 1995/96 fest. Da die gezeigte Leistung der Beschwerdeführerin in der EFL aufgrund der Selbstlimitierung keine schlüssigen Interpretationen zulasse, sei die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit bei der Y. ___ AG in der Automatenreinigung medizinisch-theoretisch zu beurteilen. Weil es sich diesbezüglich um eine leichte Tätigkeit mit Möglichkeit der Wechselposition und Wechselbelastung handle, sei aufgrund der rein strukturellen Problematik aus rheumatologisch-orthopädischer Sicht von einer Arbeitsfähigkeit ganztags (100 %) auszugehen. Allerdings bestehe bei dieser seit 2000 in psychiatrischer Behandlung stehenden Versicherten eine ausgeprägte chronifizierte Schmerzsituation, die zusätzlich psychiatrisch und wegen zusätzlich möglichen posttraumatischen neuropsychologischen Defiziten auch neuropsychologisch beurteilt werden müsse (Urk. 7/16/12-27).

2.8 Dr. med. A. ___ hielt mit Bericht vom 27. April 2004 als psychiatrische Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (1) eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.10) und (2) eine Agoraphobie (ICD-10 F40.0) fest. Die Beschwerdeführerin sei seit Sommer 2002 und bis auf Weiteres zu 100 % arbeitsunfähig. Auch eine andere Tätigkeit sei ihr gegenwärtig nicht zumutbar (Urk. 7/17).

2.9 Die Beschwerdeführerin war vom 31. August bis 24. September 2004 in der Klinik J. ___ hospitalisiert. Diese diagnostizierte mit Austrittsbericht vom 12. Oktober 2004 (1) einen Status nach Autounfall mit HWS-Schleudertrauma und Schulterkontusion links am 15. August 2002 mit (a) Status nach Diskushernienoperation C6/7 im Juni 2003 und ausgedehntem/chronischem Schmerzsyndrom und (2) eine psychische Problematik mit unter anderem depressiver Entwicklung und Substance Abuse. Die Beschwerdeführerin sei vom 31. August bis 24. September 2004 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Für die Zeit danach habe eine Neuevaluation beim Hausarzt unter psychiatrischen Gesichtspunkten zu erfolgen (Urk. 7/19/8-13).

2.10 Dr. med. K. ___, Fachärztin FMH für Arbeitsmedizin, berichtete der SUVA am 24. Mai 2005, die Beschwerdeführerin leide seit ihrem Autounfall an Beschwerden im Bereich des Bewegungsapparates, welche sich in den letzten Jahren von den ursprünglichen Beschwerden im Nacken auf den ganzen Rücken, die Beine sowie teilweise somatisch nicht zuzuordnende Beschwerden (z.B. Kribbelparästhesien in der ganzen linken Körperseite usw.) ausgedehnt hätten. Ausserdem leide sie teilweise seit vielen Jahren unter bedeutenden mentalen und psychischen Störungen, insbesondere von Konzentration, fehlenden Erinnerungen an Kindheit und Jugend sowie bedeutenden Ängsten, welche den Alltag phasenweise sehr einschränkten (z.B. wegen Ängsten zeitweise nicht mehr aus der Wohnung gegangen). Im Gespräch zeigten sich auffällige und schwerwiegende Wortfindungsstörungen, deren Ursachen nicht weiter nachgegangen worden sei, sowie eine deutlich eingeschränkte Belastbarkeit. Die Beschwerdeführerin fühle sich psychisch sehr überlastet, insbesondere auch durch die Probleme mit ihrer Mutter und ihrer heranwachsenden Tochter sowie die unsicheren Zukunftsperspektiven. Aufgrund dieser komplexen Problematik sei momentan keine Arbeitsfähigkeit gegeben. Die Belastbarkeit sei derzeit so gering, dass schon ein Gespräch von einer Stunde Dauer die Beschwerdeführerin klar überfordere und stresse. Ein berufliches Case

Management, auch beginnend auf tiefstem Belastungsniveau, würde die Beschwerden der Beschwerdeführerin weiter verstärken und kaum zu einer Leistungssteigerung führen (Urk. 7/39/6-8).

2.11 Die Neurologische Klinik und Poliklinik des Spitals F.____ erstattete ein mit "10. August 2005" datiertes Gutachten zuhanden der SUVA. Das Spital F.____ diagnostizierte ein posttraumatisches Syndrom bei Status nach HWS-Distorsionstrauma im Rahmen eines seitlichen Kollisionsunfalls am 15. August 2002 mit (a) Migräne ohne Aura (ICHD-II 1.1) sowie chronischem wahrscheinlich analgetika-induziertem Kopfschmerz (ICHD-II 8.2.3), (b) paroxysmalem ungerichtetem, nicht systematisiertem Schwindel, (c) Panvertebralsyndrom mit Ausstrahlung in die linke Schulter sowie in beide Beine (linksbetont), ohne Hinweise für strukturelle, insbesondere radikuläre Schädigungen im Bereich des zentralen oder peripheren Nervensystems, (d) sensomotorischem Hemisyndrom links, ohne neurologisch-klinische oder bildgeberische Hinweise für eine strukturelle Läsion des zentralen Nervensystems, (e) Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen, ohne Hinweise für fokal-neurologische Defizite und (f) Verdacht auf chronisch-rezidivierende depressive Verstimmungen. Die Beschwerdeführerin sei aktuell zu 80 % arbeitsunfähig (Urk. 7/34/2-10).

2.12 Das C.____ diagnostizierte mit Gutachten vom 21. März 2006 mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (1) eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (Ängstlich-vermeidend und phobisch), (2) eine leichte depressive Episode, (3) Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum sonstiger psychotroper Substanzen mit (a) Störungen durch Cannabinoide, gegenwärtig Substanzgebrauch, (b) Störungen durch Alkohol, gegenwärtig Substanzgebrauch, (c) Störungen durch Tabak, ständiger Substanzgebrauch und (d) Störungen durch Kokain, gegenwärtig abstinenter und (4) eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, Differentialdiagnose Angabe körperlicher Symptome aus psychischen Gründen. Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte das C.____ (1) einen Status nach HWS-Distorsionstrauma (Seitenkollision am 15. August 2002) (a) ohne ossäre Verletzungen, (b) ohne neurologische Ausfälle, (c) ohne milde traumatische Hirnverletzung, (d) mit chronischem Zervikalsyndrom, multifaktoriell bedingt und (e) mit psychopathologischer Begleitsymptomatik, (2) Übergewicht (BMI 27,5), (3) Struma diffusa I, (4) degenerative Veränderungen der HWS, (5) funktionelle sensomotorische Hemisyndromatik links, (6) chronische Kopfschmerzen, multifaktoriell bedingt (chronisches Spannungstypkopfweg, zervikozephaler Komponenten), (7) eine leichte Periarthropathia calcarea linke Schulter und (8) einen Status nach Diskektomie C6/7 links im Juli 2003 wegen medio-linkslateraler Diskushernie C6/7. Die Beschwerdeführerin sei aufgrund der neurotischen Persönlichkeitsstörung und den sekundären Folgen durch den jahrelangen Konsum von psychotropen Substanzen in der zuletzt ausgeübten und in sämtlichen anderen behinderungsangepassten Tätigkeiten zu 30 % arbeitsunfähig (Urk. 7/37).

2.13 Dr. D.____ berichtete der Beschwerdegegnerin am 6. September 2007. Hinsichtlich Diagnosen verwies er dabei auf das Gutachten des C.____ vom 21. März 2006. Die Beschwerdeführerin sei offensichtlich mindestens 50 % arbeitsunfähig und werde kaum je wieder eine Arbeit aufnehmen können. Die Ursache sei zu gleichen Teil psychiatrisch und somatisch (chronifiziertes Schmerzsyndrom). Schon das I.____ sei an der Aufgabe, ein Ressourcen- und Belastungsprofil zu erstellen, gescheitert. Nach einem Integrationstraining könne die Beschwerdeführerin in einer behinderungsangepassten

Tätigkeit noch 15 Stunden pro Woche arbeiten (Urk. 7/53).

2.14. Dr. A. ___ diagnostizierte mit Bericht vom 11. April/26. Mai 2008 aus psychiatrischer Sicht mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (1) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), (2) eine Persönlichkeitsstörung mit haltlosen und selbstschädigenden Zügen (ICD-10 F60.8), (3) einen Substanzabusus, (4) ein chronisches Schmerzsyndrom und (5) eine Agoraphobie (ICD-10 F40.0) und Klaustrophobie (ICD-10 F40.2). Die Beschwerdeführerin sei seit Sommer 2002 zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 7/63).

2.15. Das E. ___ hielt mit Gutachten vom 15. Dezember 2009 (Urk. 7/82) als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (1) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0), (2) eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), (3) eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit selbstunsicheren, abhängigen und ängstlichen Zügen (ICD-10 F61.0), (4) ein chronisches zervikozephalisches Schmerzsyndrom (ICD-10 F53.0) bei (a) Status nach HWS-Distorsionstrauma am 15. August 2002 (ICD-10 S13.4), (b) Status nach Diskektomie C6/7 links im Juli 2003 wegen mediolateraler Diskushernie C6/7 (ICD-10 M50.01) und (5) eine funktionelle sensomotorische Hemisyndromatik links (ICD-10 F44.4), wobei eine organische Teilursache nicht ausgeschlossen ist, fest. Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit führte das E. ___ (1) eine Cannabisabhängigkeit (ICD-10 F12.2), (2) einen fortgesetzten Nikotinkonsum, schädlicher Gebrauch (ICD-10 F17.1), (3) eine Periarthropathia humeroscapularis calcarea links (ICD-10 M750) und (4) eine Makrozytose (am ehesten im Rahmen eines erhöhten Äthylalkoholkonsums) an (Urk. 7/82/21-22). Die geklagten Beschwerden kämten aus somatischer Sicht nur zu einem kleinen Teil nachvollzogen werden. Im Vordergrund stehe die psychiatrische Problematik. Aus gesamtmedizinischer Sicht könne der Beschwerdeführerin trotz der geklagten Beschwerden zugemutet werden, die nötige Willensanstrengung aufzubringen, um ganztags einer 70%igen beruflichen Tätigkeit körperlich leichter bis intermittierend mittelschwerer Natur mit Schonung des linken Armes nachzugehen. Diese Einschränkung bestehe seit August 2002. Im Haushalt bestehe durch die Unmöglichkeit, überkopfarbeiten auszuüben, eine um 10 % eingeschränkte Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/82/23-24).

E. 3

3.1. Die Beschwerdeführerin ging in ihrer rentenablehnenden Verfügung vom 3. Juni 2011 davon aus, dass die Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit weiterhin zu 70 % arbeitsfähig sei. Sie stützte sich hierbei im Wesentlichen auf das Gutachten des E. ___ vom 15. Dezember 2009 (Urk. 2).

3.2. Die Beschwerdeführerin lässt hiergegen im Wesentlichen vorbringen, der beim E. ___ begutachtende Psychiater Dr. med. L. ___, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, mache von seiner psychiatrisch anerkannten Arbeitsunfähigkeit einen Abstrich um 40%-Punkte wegen der von ihm behaupteten somatoformen Schmerzstörung. Er behaupte im Gutachten, es mangle an einer Komorbidität, welche seinen übrigen Diagnosen Krankheitswert zukommen lasse. Dies möge nicht zu überzeugen, da er selbst weitere Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nenne, welche die Komorbidität deutlich erkennen liessen. Somatisch erkennbare gesundheitliche Beschwerden schlössen zudem die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung aus.

Dr. L.____ verkenne auch, dass bei Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung nicht alle Foerster'schen Kriterien kumulativ erfüllt sein müssen. Das Gutachten des E.____ sei in sich nicht schlüssig, vielmehr ver falle es in willkürliche Käzungen einer attestierten Arbeitsunfähigkeit aufgrund der diagnostizierten somatoformen Schmerzstörung (Urk. 1).

3.3 Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens durch die Sozialversicherung eingeholten Gutachten ist Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Die Vorbringen der Beschwerdeführerin stellen die Beweistauglichkeit des Gutachtens des E.____ nicht in Frage. So handelt es sich bei der im psychiatrischen Teilgutachten festgehaltenen 30%igen Arbeitsunfähigkeit (Urk. 7/82/17) offensichtlich um ein Versehen, geht aus dem Kontext doch ohne Weiteres hervor, dass eine 30%ige Arbeitsunfähigkeit gemeint war. Dies wurde denn auch vom E.____ am 14. September 2010 ausdrücklich bestätigt (Urk. 7/89). Das E.____ nahm also nicht eine "willkürliche" Käzung einer 70%igen Arbeitsunfähigkeit auf eine 30%ige Arbeitsunfähigkeit vor.

Das Vorliegen bestimmter somatischer Befunde, welche einen Teil der von einer Versicherten geklagten Beschwerden erklären können, schliesst eine somatoforme Schmerzstörung nicht aus. Vielmehr handelt es sich bei einer somatoformen Schmerzstörung um einen andauernden, schweren und quälenden Schmerz, der durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht vollständig erklärt werden kann (ICD-10 F45.4). Der Einwand der Beschwerdeführerin, das E.____ habe bei Vorliegen somatisch nachweisbarer Beschwerden zu Unrecht eine somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert, geht daher fehl.

Im Weiteren ist der Beschwerdeführerin entgegenzuhalten, dass das Vorliegen einer Komorbidität noch keine Unzumutbarkeit für das Überwinden der somatoformen Schmerzstörung begründet. Vielmehr muss eine Begleiterkrankung eine erhebliche Schwere haben (E. 1.2). Es spricht daher in keiner Weise gegen die Beweistauglichkeit des Gutachtens des E.____, wenn es trotz Begleiterkrankungen die somatoforme Schmerzstörung teilweise als überwindbar erachtete. Hierbei gilt es zu beachten, dass die Frage, ob eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung vorliegt und bejahendenfalls, ob eine psychische Komorbidität oder weitere Umstände gegeben sind, welche die Schmerzbewältigung behindern, den Sachverhalt betrifft. Hingegen ist Rechtsfrage, ob eine festgestellte psychische Komorbidität hinreichend erheblich ist und ob einzelne oder mehrere der festgestellten weiteren Kriterien in genügender Intensität und Konstanz vorliegen, um gesamthaft den Schluss auf eine im Hinblick auf eine erwerbliche Tätigkeit nicht mit zumutbarer Willensanstrengung überwindbare Schmerzstörung und somit auf deren invalidisierenden Charakter zu gestatten (Urteil des Bundesgerichts 8C_420/2011 vom 26. September 2011 E. 1.1.2 mit Hinweisen). Die vom E.____ vorgenommene Beurteilung der Überwindbarkeit ist jedoch auch aus rechtlicher Sicht nicht zu beanstanden.

Da das Gutachten des E.____ vom 15. Dezember 2009 sämtliche Voraussetzungen erfüllt, welche an ein beweistaugliches Gutachten gestellt werden, und keine Indizien vorliegen, die gegen seine Beweistauglichkeit sprechen, bildet es eine zuverlässige Beurteilungsgrundlage. Die Einschätzung des E.____ stimmt zudem mit derjenigen des C.____ überein, welches der Beschwerdeführerin ebenfalls eine 30%ige Einschränkung der Arbeitsunfähigkeit attestierte (E. 2.12).

E. 3.4

3.4.1.1. Dr. A. attestierte der Beschwerdeführerin im Gegensatz zum E. mit Berichten vom 27. April 2004 (E. 2.8) und vom 11. April/26. Mai 2008 (E. 2.14) aus psychiatrischer Sicht eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Dr. A. erklärt dabei jedoch nicht, welche Diagnosen inwieweit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit haben. So ist nicht klar, ob bzw. in welchem Umfang es Dr. A. der Beschwerdeführerin für zumutbar hält, das chronische Schmerzsyndrom zu überwinden (vgl. E. 1.2). Hinsichtlich der diagnostizierten Agoraphobie und Klaustrophobie gilt es zu beachten, dass die Beschwerdeführerin beispielsweise in der Lage war, selbständig mit dem Zug von Zürich nach Basel zur Untersuchung beim E. zu reisen (Urk. 7/82/17-18), weshalb nicht ohne Weiteres klar ist, ob diese Diagnosen einer Arbeitstätigkeit entgegenstehen. Die Einschätzung von Dr. A. ist daher nicht nachvollziehbar. Bei der Beurteilung der Einschätzung von Dr. A. ist zudem der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass Hausärzte und behandelnde Spezialärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353. Erw. 3b/cc). Die Berichte von Dr. A. vermögen daher das Gutachten des E. nicht in Frage zu stellen.

3.4.2. Dr. D. attestierte der Beschwerdeführerin mit Bericht vom 6. September 2007 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit (E. 2.13). Bei einer teilweisen Arbeitsunfähigkeit besteht naturgemäss ein gewisser Ermessensspielraum bei der Festlegung der quantitativen Einschränkung. Die Differenz der Einschätzungen von Dr. D. und dem E., welche 20%-Punkte beträgt, lässt sich daher ohne Weiteres durch das zwischen Dr. D. und der Beschwerdeführerin aufgrund der mehrjährigen Behandlung bestehende Vertrauensverhältnis erklären. Hierbei ist nicht nur aufgrund des Begutachtungsauftrags, sondern auch aufgrund der mangelnden Nachvollziehbarkeit des Berichts von Dr. D. auf das Gutachten des E. vom 15. Dezember 2009 abzustellen. So führt Dr. D. als Befunde lediglich "Haltungsinsuffizienz mit Kopfprotrusion" an. Aus den Erklärungen von Dr. D. geht zudem sinngemäss hervor, dass er das chronifizierte Schmerzsyndrom als wesentlich für die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit erachtet. Er erklärt jedoch - wie auch Dr. A. - nicht, weshalb dieses nicht überwindbar ist.

3.4.3. Dr. K. attestierte der Beschwerdeführerin mit Bericht vom 24. Mai 2005 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (E. 2.10), ohne dabei jedoch eine Diagnose zu stellen. Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von IVG und ATSG setzt aber grundsätzlich eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Das Fehlen einer klaren Diagnose fällt beim Bericht von Dr. K. besonders ins Gewicht, da anhand ihrer Ausführungen nicht klar ist, ob die von ihr attestierte Arbeitsunfähigkeit somatisch und/oder psychisch begründet ist. Ihre Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ist daher nicht nachvollziehbar, weshalb sie die Einschätzung des E. nicht in Frage zu stellen vermag.

3.4.4. Die Neurologische Klinik und Poliklinik des UZS hielt in ihrem Gutachten eine Arbeitsunfähigkeit von 80 % fest (E. 2.11). Das Spital F. begründete die Arbeitsunfähigkeit durch die von der Beschwerdeführerin geklagten typischen Beschwerden nach einem HWS-Distorsionstrauma. Pathologische Befunde, welche auf eine strukturell-somatische Ursache der geklagten Beschwerden schliessen liessen, stellte das

Spital F. ___ nicht fest (Urk. 7/34/9). Da - wie ausgeführt - die somatoforme Schmerzstörung der Beschwerdeführerin als überwindbar zu qualifizieren ist, und für die HWS-Verletzung (Schleudertrauma) ohne organisch nachweisbare Funktionsfälle grundsätzlich die gleichen Kriterien betreffend Überwindbarkeit gelten (E. 1.2), ist aus rechtlicher Sicht auch von einer Überwindbarkeit der Folgen des HWS-Distorsionstraumas auszugehen. Da die vom Spital F. ___ aus rein medizinischer Sicht festgestellte Arbeitsunfähigkeit aus rechtlicher Sicht somit als überwindbar gilt, kann offen bleiben, ob die neurologische Beurteilung des Spitals F. ___ aus rein medizinischer Sicht diejenige des E. ___ in Frage zu stellen vermag.

3.4.5.1 Die Klinik J. ___ attestierte der Beschwerdeführerin für die Zeit der Hospitalisation bei ihnen eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (E. 2.9). Zur weiteren Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin machte sie hingegen keine Angaben, weshalb ihre Einschätzung diejenige des E. ___ nicht in Zweifel zieht.

3.4.6.1 Das I. ___ konnte die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aufgrund ihres selbstlimitierenden Verhaltens nicht schlüssig beurteilen. Zudem wies das I. ___ darauf hin, dass eine genaue Beurteilung der Arbeitsfähigkeit unter anderem auch eine psychiatrische Begutachtung erfordere (E. 2.7). Das Gutachten des I. ___ vom 24. März 2004 stellt daher die Einschätzung des E. ___ nicht in Frage.

3.4.7.1 Dr. H. ___ attestierte der Beschwerdeführerin am 17. November 2003 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (E. 2.5). Er begründet die Arbeitsunfähigkeit im Wesentlichen mit dem vom Unfall vom 15. August 2002 verursachten zervikalen Syndrom und den Beschwerden der linken Schulter (Urk. 7/16/52). Da wie ausgeführt (E. 1.2) die invalidisierende Wirkung einer Schleudertrauma-Verletzung der HWS ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle sich sinngemäss nach der Rechtsprechung zur anhaltenden somatoformen Rechtsprechung beurteilt, begründet das von Dr. H. ___ festgehaltene zervikale Syndrom für sich keine Invalidität. Die von Dr. H. ___ im Weiteren angeführten Schulterbeschwerden wurden auch vom E. ___ berücksichtigt, hielt es doch fest, dass mit dem linken Arm keine Lasten von mehr als zwei bis drei Kilogramm und keine Überkopfarbeiten mehr verrichtet werden könnten (Urk. 7/82/23). Die Einschätzung von Dr. H. ___ erschüttert diejenige des E. ___ also nicht.

3.4.8.1 Dr. Z. ___ hielt am 10. Oktober 2003 zwar fest, dass die Beschwerdeführerin momentan keine Arbeitstätigkeit ausüben könne (E. 2.4). Hierbei gilt es jedoch zu beachten, dass er der SUVA am 8. Dezember 2003 mitteilte, dass seines Erachtens die Beschwerdeführerin sie "auf den Arm nimmt" und sofort zu 100 % arbeitsfähig sei (E. 2.6). Es muss daher davon ausgegangen werden, dass Dr. Z. ___ nicht weiter an seiner zuvor attestierten Arbeitsunfähigkeit festhalten wollte.

3.4.9.1 Die Klinik B. ___ attestierte der Beschwerdeführerin mit Bericht vom 5. Januar 2004 für die angestammte Tätigkeit eine 50%ige und für eine behinderungsangepasste Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (E. 2.3). In Anbetracht der Tatsache, dass das E. ___ auch für eine behinderungsangepasste Tätigkeit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit festhielt und die Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit im Vergleich zu sämtlichen einfachen und repetitiven Tätigkeiten ein unterdurchschnittliches Einkommen erzielte (Einkommen der Beschwerdeführerin ohne Gesundheitsschaden im Jahr 2003: Fr. 47'840.-- [Fr. 3'680 {Urk. 7/6} x 13], Einkommen berechnet nach der Schweizerischen

Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik [LSE] für das Jahr 2003 für einfache und repetitive Tätigkeiten: Fr. 48'546.05 [Fr. 3'820.- {LSE 2002, TA1} x 12 : 40 x 41,7 {betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit gemäss die Volkswirtschaft 7/8-2012, S. 90, Tabelle B.2, Total} : 113,5 x 115,3 {Nominallohnindex des Bundesamtes für Statistik, Tabelle T1.2.93, Total}]), kann sie aus dem Bericht der Klinik B.____, welche ihr im Gegensatz zum E.____ für die angestammte Tätigkeit lediglich noch eine 50%ige Arbeitsfähigkeit attestierte, nichts zu ihren Gunsten ableiten.

E. 3.4.10

Dr. G.____ attestierte der Beschwerdeführerin mit Bericht vom 18. Juni 2003 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (E. 2.2). Hierbei gilt es zu beachten, dass Dr. G.____ die durch den Unfall vom 15. August 2002 bedingten Folgen beurteilte. Da seine Beurteilung vom 18. Juni 2003 weniger als ein Jahr nach dem Unfall erfolgte, kann auch eine damals noch bestehende unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit keinen Anspruch auf eine Invalidenrente begründen (Art. 28 Abs. 1 lit. c IVG). Analoges gilt für den Bericht des Spitals F.____ vom 18. August 2002 (E. 2.1).

3.5. Nach dem Gesagten ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin auf das Gutachten des E.____ vom 15. Dezember 2009 abgestellt hat. Da die vom E.____ vorgenommene Beurteilung der Überwindbarkeit der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nicht zu beanstanden ist, erweist es sich als rechtens, dass die Beschwerdegegnerin von einer 70%igen Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in der angestammten und in jeder anderen behinderungsangepassten Tätigkeit ausgegangen ist.

4. Die Beschwerdeführerin ist in ihrer angestammten Tätigkeit weiterhin zu 70 % arbeitsfähig, weshalb sie eine Einkommenseinbusse von 30 % erleidet, was einen Invaliditätsgrad in gleicher Höhe ergibt. Die Beschwerdeführerin hat daher keinen Rentenanspruch. Die Beschwerde erweist sich deshalb als unbegründet und ist abzuweisen.

5. 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. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der Beschwerdeführerin aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

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

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Claudia Eugster

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. Die Beschwerde gegen diese Entscheidung kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht 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.