

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00884 vom 27. März 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-03-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.00884

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00884 du 27 mars 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00884 del 27 marzo 2013

Erwägungen

E. 2

Ä Ä Ä Ä Ä Dagegen liess die Versicherte am 29. August 2011 (Urk. 1) Beschwerde erheben und beantragen, es sei die angefochtene VerfÄ¼gung aufzuheben und es sei ihr eine Rente der Invalidenversicherung zuzusprechen. Die IV-Stelle schloss in ihrer Vernehmlassung vom 13. Oktober 2011 (Urk. 7) auf Abweisung der Beschwerde.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Trotz mehrfacher AnkÄ¼ndigung, dass noch ein aktueller Bericht des behandelnden Psychiaters Prof. em. Dr. med. Z.____, Facharzt FMH fÄ¼r Psychiatrie und Psychotherapie, nachgereicht werde (Urk. 1 S. 6, Urk. 10, Urk. 11, Urk. 17) wurde dieser jedoch in der Folge nicht zugestellt.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Auf die AusfÄ¼hrungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den ErwÄ¼gungen eingegangen.

3.Ä Ä Ä Ä Ä Ä Mit heutigem Datum ergeht auch das Urteil im unfallversicherungsrechtlichen Parallelfall UV.2011.00261.

Das Gericht zieht in ErwÄ¼gung:

1.Ä Ä Ä Ä Ä Ä

1.1Ä Ä Ä Ä Ä InvaliditÄ¼t ist die voraussichtlich bleibende oder lÄ¼ngere Zeit dauernde ganze oder teilweise ErwerbsunfÄ¼higkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes Ä¼ber den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Die InvaliditÄ¼t kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes Ä¼ber die Invalidenversicherung, IVG). ErwerbsunfÄ¼higkeit ist der durch BeeintrÄ¼chtigung der kÄ¼rperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der ErwerbsmÄ¼glichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). FÄ¼r die Beurteilung des Vorliegens einer ErwerbsunfÄ¼higkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen BeeintrÄ¼chtigung zu berÄ¼cksichtigen. Eine ErwerbsunfÄ¼higkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht Ä¼berwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

1.2Ä Ä Ä Ä Ä Die massgeblichen Rentenabstufungen geben bei einem InvaliditÄ¼tsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem InvaliditÄ¼tsgrad von mindestens 50 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem InvaliditÄ¼tsgrad von mindestens 60 Prozent Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem InvaliditÄ¼tsgrad von mindestens 70 Prozent Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

1.3 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 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 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

1.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Aussagen eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

1.5 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 präferend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.).

2. Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente.

Die IV-Stelle begründete die Ablehnung des Leistungsbegehrens damit, die Beschwerdeführerin habe das Wartejahr mit einer durchgehenden

Arbeitsunfähigkeit von 40 % nicht erfüllt.

Dem holt die Beschwerdeführerin entgegen, die IV-Stelle habe sich nicht genügend mit den diversen Gutachten auseinandergesetzt. Unter Verweis auf das von der SWICA (dem zuständigen Unfallversicherer) bei der I. in Auftrag gegebene Gutachten vom 30. Juni 2010 (Urk. 8/39/6 ff.), macht sie geltend, vom 25. März bis zum 23. Dezember 2008 habe eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit bestanden und vom 1. Januar bis zum 14. August 2009 habe die Arbeitsfähigkeit 50 % betragen. Ab dem 15. August 2009 sei schliesslich eine Arbeitsfähigkeit von 60 % attestiert worden. Damit sei das Wartehjahr erfüllt und der Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung ausgewiesen.

3.1

Gemäss Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma vom 14. April 2008 (Urk. 8/10/189 f.), ausgefüllt durch Dr. med. A., Facharzt FMH für Innere Medizin, erlitt die Beschwerdeführerin anlässlich einer Auffahrkollision am 16. März 2008 ein HWS-Distorsionsstrauma QTF Grad II. Die Erstkonsultation erfolgte am 25. März 2008, also mehr als eine Woche nach dem Unfallereignis. Berichtet wurde von sofort aufgetretenen Kopf- und Nackenschmerzen, andere Symptome wurden verneint. Es wurde ihr eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit von voraussichtlich zwei bis drei Wochen ab dem Datum der Erstkonsultation attestiert. In der Folge attestierte der Hausarzt der Beschwerdeführerin ab dem 21. April 2008 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit, jedoch bereits am 25. April 2008 eine erneute 100%ige Arbeitsunfähigkeit ab dem 26. April 2008. Ab dem 2. Juni 2008 wurde ihr erneut eine 50%ige Arbeitsfähigkeit attestiert, aber bereits am 12. Juni 2008 wurde ihr wiederum eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ab dem 13. Juni 2008 attestiert (vgl. Urk. 8/12/5).

Dem vom Unfallversicherer in Auftrag gegebenen Gutachten von Dr. med. B., Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, vom 30. Juli 2008 (Urk. 8/10/146 ff.) ist zu entnehmen, dass ausser Verspannungen keine objektivierbaren organischen Korrelate für die geklagten Beschwerden zu erheben waren. Dr. B. attestierte der Beschwerdeführerin eine Arbeitsfähigkeit von 80 % aus orthopädisch-rheumatologischer Sicht. Die von der Beschwerdeführerin subjektiv wahrgenommene vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit sei in erster Linie auf den psychischen Zustand zurückzuführen.

Am 14. August 2008 (Urk. 8/10/139) stellte die SWICA dem Gutachter Ergänzungsfragen, die Dr. B. am 18. August 2008 (Urk. 8/10/137 f.) beantwortete. Auf die Frage, welche Beschwerden (somatische oder psychische) aktuell subjektiv und bezüglich Behandlungsmassnahmen und Arbeitsunfähigkeit im Vordergrund ständen, antwortete er, dass es sich bei dem diffusen Beschwerdebild seines Erachtens um somatoforme Schmerzen handle. Er habe wenig Bewegungseinschränkungen im Bereich sämtlicher Gelenke und der Wirbelsäule gefunden. Die Frage danach, wie sich die somatisch bedingte 20%ige Arbeitsunfähigkeit erklären lasse, wenn eine Objektivierung nicht möglich sei, beantwortete er dahingehend, dass aus seiner Sicht die Beschwerdeführerin ihre Schmerzen somatisiere, daher habe er diesen somatischen Anteil der psychisch begründeten Schmerzen aus seiner persönlichen Sicht mit 20 % bewertet, er sei der Auffassung, dass dieser 20%ige Anteil von einer allfälligen

psychiatrischen Arbeitsunfähigkeitseinschätzung abgezogen werden müsste.

3.3 Am 9. Oktober 2008 (Urk. 8/10/129) berichtete der Hausarzt Dr. A. ___ der Rechtsanwältin der Beschwerdeführerin, bisherige Therapien hätten eine kleine Besserung gebracht, in der letzten Zeit sei es jedoch zu einer deutlichen Verschlechterung des Zustands gekommen und seit dem 13. Juni 2008 sei die Beschwerdeführerin wieder zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben. Er sei der Meinung, dass die Beschwerdeführerin stationär behandelt werden müsse. Mit der Beurteilung von Dr. B. ___ sei er nicht einverstanden, der habe sich lediglich mit alten Problemen hinsichtlich der LWS auseinandergesetzt und nicht mit den neuen Problemen, die nach dem Unfall entstanden seien. Seiner Ansicht nach sei der Zustand der Beschwerdeführerin absolut auf den Unfall zurückzuführen.

3.4 Auf Veranlassung der SWICA wurde die Beschwerdeführerin am 21. Oktober 2008 von Dr. med. C. ___, Facharzt FMH für Rheumatologie, untersucht, der gleichentags seinen Bericht (Urk. 8/12/2 ff.) erstattete. Die Beschwerdeführerin klagte nach wie vor über Nacken- und Hinterkopf-Schmerzen, welche sich bei Lärm und psychischer Belastung verstärkten. Bei der klinischen Untersuchung sei ein ausgeprägter Hartspann im Bereich von Trapezius und Levator scapulae, rechts betont, mit Druckdolenzen von C3 bis C5 sowie der oberen BWS aufgefallen. Die Beweglichkeit der HWS sei sowohl bei der Anamnese wie auch bei der klinischen Untersuchung kaum eingeschränkt gewesen.

Er kam zum Schluss, es bestehe noch eine erhebliche subjektive und objektiv zum Teil ebenfalls nachweisbare HWS-Symptomatik mit Bewegungs- und Berührungsschmerzen sowie deutlichem Muskel-Hartspann, und diagnostizierte ein zervikovertebrales und zervikozephalies Syndrom mit ausgeprägten Tendomyosen bei Status nach Beschleunigungstrauma der HWS. Es beständen schmerzhaftes Verspannungen im Nackenbereich sowie eine etwas verminderte Belastbarkeit von Nacken- und Schultergürtel.

Schliesslich hielt er fest, eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit sei seines Erachtens nicht mehr gerechtfertigt, es sei eine möglichst baldige Wiedereingliederung mit vorerst 50 % anzustreben. Er empfahl eine schrittweise Steigerung der Arbeitstätigkeit innerhalb von zwei Wochen auf 50 %, und nach weiteren drei Wochen eine raschstmögliche Steigerung auf ein volles Arbeitspensum. Von einem stationären Aufenthalt riet er ab, da ein solcher kontraproduktiv sein könnte.

3.5 Vom 24. November bis zum 13. Dezember 2008 war die Beschwerdeführerin im D. ___, Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, hospitalisiert. Als Diagnosen sind dem (handschriftlich als vorläufig bezeichneten) Austrittsbericht vom 11. Dezember 2008 (Urk. 8/24/4 ff.) zu entnehmen: Zervikozephalies Syndrom nach Auffahrkollision, mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom, intermittierendes lumbovertebrales Syndrom. Berichtet wurde von klinisch eher geringgradigen Befunden mit paravertebralem Hartspann und massigem Bewegungsschmerz sowie einem passiv normalen Bewegungsausmass der HWS. Die Beschwerdesymptomatik (starke Kopf- und Nackenschmerzen, Schwindelattacken sowie allgemeine Angst- und Unsicherheitsgefühle) sei vor allem von Stress und psychischen Belastungen abhängig. Ab Klinikaustritt bis Anfang Januar 2009 wurde die Arbeitsfähigkeit mit 100 % angegeben, nach einer ergonomischen Arbeitsplatzanpassung

betrage sie 50 %.

3.6 In der Folge gab die SWICA ein interdisziplinäres neurologisch-psychiatrisches Gutachten beim H.____ in Auftrag, das am 27. Februar 2009 (Urk. 8/12/8 ff.) erstattet wurde. Darin kamen Dr. med. E.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, und Prof. Dr. med. F.____, Facharzt FMH für Neurologie, zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin spätestens ab dem 1. März 2009 (Urk. 8/12/28 f.) wieder vollumfänglich arbeitsfähig sei.

In neurologischer Hinsicht bestehe kein sicherer oder wahrscheinlicher Anhalt für eine behindernde Läsion am zentralen oder peripheren Nervensystem und es bestehe ein Zustand nach folgenlos abgeheilten, möglicher leichtgradiger HWS-Distorsion. Der psychopathologische Untersuchungsbefund habe keine klinisch relevanten krankheitswertigen Befunde ergeben, hingegen hätten sich erhebliche Auffälligkeiten in der Symptompräsentation gezeigt. Es seien deutliche Verdachtsmomente auf eine aggravatorische Leidensdarstellung und ein erhebliche Verdeutlichungstendenz festgestellt worden und die Symptomschilderung sei auffallend unanschaulich, vage und unscharf erfolgt. Die geschilderte Intensität der Schmerzen wie auch die Bewegungseinschränkungen hätten mit dem beobachtbaren Verhalten der Beschwerdeführerin deutlich kontrastiert.

3.7 Mit Bericht vom 15. März 2009 (Urk. 8/16/2 ff.) wurden nach einer Arbeitsplatzabklärung vom 27. Januar 2009 durch das D.____ diverse Empfehlungen abgegeben und Massnahmen vorgeschlagen.

3.8 Am 23. Oktober 2009 (Urk. 8/24) berichtete Dr. A.____ der IV-Stelle, es bestehe seit dem 6. Januar 2009 bis auf Weiteres eine Arbeitsunfähigkeit von 50 %.

3.9 Dem Arztbericht von Dr. Z.____ an die IV-Stelle vom 13. November 2009 (Urk. 8/26) ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin an einer leichten depressiven Reaktion (ICD-10 F43.21), derzeit leicht bis mittelgradig, im Rahmen eines Status nach einer Auffahrkollision leide. Objektiv sei die Beschwerdeführerin wach und allseits orientiert. Der Gesichtsausdruck sei gespannt, die Bewegungen etwas verlangsamt. Es bestehe ein Gedankenkreisen um die Gesundheit, die Grundstimmung sei mässig depressiv, wobei es Fluktuationen bezüglich der Intensität gebe. Das formale Denken sei etwas verlangsamt, es beständen keine Anhaltspunkte für Wahn- oder Sinnestäuschungen. Die Konzentration sei leicht bis mässig beeinträchtigt. Ich-Störungen beständen keine.

Subjektiv fühle sich die Beschwerdeführerin ängstlich, empfinde beeinträchtigende Schmerzen in der HWS und ermüde rasch. Sie mache sich Sorgen um die Gesundheit, klage über ein mangelndes Körpergefühl, weshalb sie sich leicht verletze. Sie fühle sich unkonzentriert, sei vergesslich und der Schlaf sei gestört.

Dr. Z.____ hielt fest, der psychische Zustand habe sich im Vergleich zum Beginn der Behandlung etwas gebessert, wobei das Erreichen einer vollen Arbeitsfähigkeit unwahrscheinlich sei. Er attestierte der Beschwerdeführerin eine Arbeitsunfähigkeit von 40 % in der angestammten Tätigkeit ab dem 16. Januar 2009 bis zum Berichtsdatum. Das Konzentrationsvermögen und die Anpassungsfähigkeit wurden als leicht eingeschränkt beschrieben, das Auffassungsvermögen sei uneingeschränkt und die Belastbarkeit sei eingeschränkt, hier ohne nähere Angaben.

3.10.10 Am 3., 5. und am 6. Mai 2010 wurde die Beschwerdeführerin in der I. Instanz erneut begutachtet und am 30. Juni 2010 (Urk. 8/39/6 ff.) wurde darüber Bericht erstattet. In somatischer Hinsicht kamen die Gutachter zum Schluss, dass eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit bestehe. Aus psychiatrischer Sicht hätten die Diagnosen einer längeren depressiven Reaktion (ICD-10 F43.21), entsprechend einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) und einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren gemäß ICD-10 F45.41 eine einschränkende Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit im Umfang von 40 %. Dies gelte sowohl für die aktuell ausgeübte Tätigkeit als Hilfskraftin als auch in einer adaptierten Tätigkeit.

Retrospektiv könne der Beschwerdeführerin eine vollkommene Arbeitsunfähigkeit vom 25. März 2008 bis am 31. Dezember 2008, eine Arbeitsfähigkeit von 50 % vom 1. Januar bis am 14. August 2009 und eine Arbeitsfähigkeit von 60 % ab dem 15. August 2009 sowohl in ihrer angestammten als auch in einer adaptierten Tätigkeit attestiert werden.

Der begutachtende Dr. med. G., Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt im psychiatrischen Teilgutachten (Urk. 8/39/81 ff.) fest, aufgrund der Schmerzen und der Depression seien der Antrieb, die Ausdauer, die Konzentrationsfähigkeit und das Selbstvertrauen der Beschwerdeführerin beeinträchtigt und sie brauche zusätzliche Erholungszeit (Urk. 8/39/91 f.). Sie habe Schlafstörungen im Sinne eines unerholsamen Schlafes und sei vermehrt müde und kraftlos, was auch ihre Regenerationsfähigkeit einschränke. Eine Präsenzzeit von 42 Stunden pro Woche sei möglich, allerdings bedürfe sie vermehrter kurzer Pausen und ihre Leistungsfähigkeit sei aus psychiatrischer Sicht um etwa 40 % eingeschränkt, dies vor allem durch die Schmerzen, die Konzentrationsstörungen, den verminderten Antrieb und die Ermüdbarkeit. Dies ergebe eine Arbeitsunfähigkeit von 40 %.

3.11.10 Aufgrund der von Dr. G. geleiteten Kritik am psychiatrischen Gutachten von Dr. E. (Urk. 8/12/28) lud die IV-Stelle Dr. E. zur diesbezüglichen Stellungnahme ein. Dr. E. bestätigte am 15. Dezember 2010 (Urk. 8/41), er halte an seinen Befunden und den Schlussfolgerungen fest.

4.1.10

4.1.10.1

4.1.10.1.1 Insgesamt zeigt sich, dass weder bei der erstmaligen Arztkonsultation mehr als eine Woche nach dem Unfall noch im Rahmen der diversen Gutachten organische Befunde erhoben werden konnten, welche die von der Beschwerdeführerin geschilderten Beschwerden hätten erklären können.

In psychiatrischer Hinsicht liegen unterschiedliche Einschätzungen vor. Während Dr. E. die Beschwerdeführerin ab dem 1. März 2009 (Urk. 8/12/29) als vollumfänglich arbeitsfähig erachtete, attestierte ihr der behandelnde Psychiater Dr. Z. am 13. November 2009 (Urk. 8/26) eine Arbeitsfähigkeit von 60 % seit dem 16. Januar 2009 bis zum Berichtsdatum. Der psychiatrische Gutachter Dr. G. attestierte der Beschwerdeführerin im Rahmen des MEDAS-Gutachtens vom 30. Juni 2010 (Urk. 8/39/6 ff.) ebenfalls eine Arbeitsfähigkeit von 60 % (Urk. 8/39/91 f.) und retrospektiv wurde dieser Arbeitsfähigkeitsgrad in der Gesamtbeurteilung auf den 15. August 2009

4.2.1.1. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken können. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten jedoch Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden können. Das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit weiteren Hinweisen).

4.2.2. Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens, so auch einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) oder wie hier einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren gemäss ICD-10 F45.41 als Unterform, setzt zunächst eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine derart diagnostizierte Schmerzstörung als solche begründet für sich allein noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit weiteren Hinweisen).

Die nur in Ausnahmefällen anzunehmende Unzumutbarkeit einer willentlichen Schmerzüberwindung und eines Wiedereinstiegs in den Arbeitsprozess setzt das Vorliegen einer mitwirkenden, psychisch ausgewiesenen Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer oder aber das Vorhandensein anderer qualifizierter, mit gewisser Intensität und Konstanz erfüllter Kriterien voraus. So sprechen unter Umständen chronische körperliche Begleiterkrankungen und ein mehrjähriger Krankheitsverlauf bei unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerfristige Remission, ein ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens, ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr angehbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn ["Flucht in die Krankheit"]) oder schliesslich unbefriedigende Behandlungsergebnisse trotz konsequent durchgeführter ambulanter und/oder stationärer Behandlungsbemühungen (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) und gescheiterte Rehabilitationsmassnahmen bei vorhandener Motivation und Eigenanstrengung der versicherten Person für die ausnahmsweise Unüberwindlichkeit der somatoformen Schmerzstörung (BGE 130 V 352 E. 2.2.3 mit weiteren Hinweisen).

4.2.3. Die ärztlichen Stellungnahmen zum psychischen Gesundheitszustand und zu dem aus medizinischer Sicht (objektiv) vorhandenen Leistungspotential bilden unabdingbare Grundlage für die Beurteilung der Rechtsfrage, ob und gegebenenfalls inwieweit einer versicherten Person unter Aufbringung allen guten Willens die Überwindung ihrer Schmerzen und die Verwertung ihrer verbleibenden Arbeitskraft zumutbar ist. Im Rahmen der freien Beweiswürdigung darf sich dabei die Verwaltung - und im Streitfall das Gericht - weder über die (den beweisrechtlichen Anforderungen genügenden) medizinischen Tatsachenfeststellungen hinwegsetzen noch sich die ärztlichen Einschätzungen und Schlussfolgerungen zur (Rest-) Arbeitsfähigkeit unbeschleunigt ihrer konkreten sozialversicherungsrechtlichen Relevanz und Tragweite zu eigen machen. Die rechtsanwendenden Behörden haben mit besonderer Sorgfalt zu prüfen, ob

die ärztliche Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit allein aufgrund der Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert und allenfalls auch invaliditätsfremde Gesichtspunkte mit berücksichtigt, welche vom sozialversicherungsrechtlichen Standpunkt aus unbeachtlich sind, und ob die von den Ärzten anerkannte (Teil-)Arbeitsunfähigkeit auch im Lichte der für eine Unüberwindlichkeit der Schmerzsymptomatik massgebenden rechtlichen Kriterien standhält (BGE 130 V 352 E. 2.2.5).

4.2.4.4 Dr. G. stellte die Diagnosen einer längereren depressiven Reaktion (ICD-10 F43.21), entsprechend einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) und einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41). Dazu ist einerseits festzuhalten, dass gemäss Dilling/Mombour/Schmidt (Hrsg.), Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien, 6., vollständig überarbeitete Auflage, Bern 2008, S. 186, eine längere depressive Reaktion nach ICD-10 F43.21 als Unterform der Anpassungsstörungen (ICD-10 F43.2) geföhrt wird. Die Beschreibung lautet: Ein leichter depressiver Zustand als Reaktion auf eine länger anhaltende Belastungssituation, der aber nicht länger als 2 Jahre dauert. Unter Berücksichtigung, dass sich der Unfall am 16. März 2008 ereignete und die Diagnose anlässlich der Untersuchung vom 5. Mai 2010 gestellt wurde, waren die genannten zwei Jahre bereits überschritten. Überdies lautet die Definition auf eine leichte Depression, Dr. G. präzisierte jedoch: Entsprechend einer mittelgradigen depressiven Episode ohne darzutun, welche konkreten Diagnosekriterien er diesbezüglich als erfüllt erachte.

4.2.4.5 Weiter ist auch festzustellen, dass die genannte Depression vom Gutachter (wie übrigens auch vom behandelnden Psychiater Dr. Z.) ausdrücklich als reaktiv dargestellt wird. Damit aber ist sie gerade nicht als eigenständige, losgelöst vom Schmerzgeschehen zu verstehende, psychische Erkrankung im Sinne der von der Rechtsprechung geforderten Komorbidität zu verstehen und dieses Kriterium ist, entgegen der Auffassung von Dr. G., nicht erfüllt.

4.2.4.6 Weiter ist auch nicht ersichtlich, woraus der Gutachter auf einen sozialen Rückzug in allen Belangen des Lebens schliesst. Die Beschwerdeführerin arbeitet zu 50 %, hat regelmässigen Kontakt mit ihren Familienmitgliedern und mit Freundinnen und geht auch manchmal nach der Arbeit mit Kolleginnen etwas trinken. Dies lässt nicht auf den geforderten umfassenden sozialen Rückzug schliessen.

4.2.4.7 Es kann auch nicht davon gesprochen werden, dass unbefriedigende Behandlungsergebnisse trotz konsequent durchgeführter ambulanter und/oder stationärer Behandlungsbemühungen vorliegen. Eine alle 3-4 Wochen stattfindende Psychotherapie stellt keine konsequent durchgeführte Therapie dar und unterschiedliche Ansätze sind aufgrund der Akten auch nicht ersichtlich. Darüber hinaus kann hier auch nicht von einem mehrjähriger Krankheitsverlauf bei unveränderter oder progredienter Symptomatik gesprochen werden, hielt doch Dr. Z. am 23. November 2009 (Urk. 8/26) fest, der psychische Zustand der Beschwerdeführerin habe sich seit Behandlungsbeginn am 16. Januar 2009 etwas gebessert.

4.2.5.1 Damit ist insgesamt davon auszugehen, dass gestützt auf die von der Rechtsprechung entwickelten Kriterien hier keine ausnahmsweise vorliegende

Unüberwindbarkeit gegeben ist.

4.3 Damit zeigt sich, dass die IV-Stelle zu Recht nicht auf die Arbeitsunfähigkeitsbeurteilung des MEDAS-Gutachtens abgestellt hat und dass insgesamt, gestützt auf das Gutachten E. ___/F. ___ und unter Berücksichtigung der Diagnosen und Schilderungen von Dr. G. ___ von einer vollumfänglichen Arbeitsunfähigkeit auszugehen ist.

Demzufolge ist die Beschwerde abzuweisen.

5. Abweichend von Art. 61 lit. a ATSG ist das Beschwerdeverfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Gericht kostenpflichtig. Die Gerichtskosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Die Kosten sind auf Fr. 800.-- anzusetzen und entsprechend dem Verfahrensausgang 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 Kristina Herenda
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- 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.