

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.01031 vom 18. März 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-03-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2012.01031

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.01031 du 18 mars 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.01031 del 18 marzo 2013

Erwägungen

E. 1

1.1 Die rückwirkend ergangene Verfügung über eine befristete oder im Sinne einer Reduktion abgestufte Invalidenrente umfasst einerseits die Zusprechung der Leistung und andererseits deren Aufhebung oder Herabsetzung. Letztere setzt voraus, dass Revisionsgründe (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen) vorliegen, wobei der Zeitpunkt der Aufhebung oder Herabsetzung nach Massgabe des analog anwendbaren (AHI 1998 S. 121 E. 1b mit Hinweisen) Art. 88a der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) festzusetzen ist (vgl. BGE 121 V 264 E. 6b/dd mit Hinweis). Ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten und damit der für die Befristung oder Abstufung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt der Rentenzusprechung oder des Rentenbeginns mit demjenigen zur Zeit der Aufhebung bzw. Herabsetzung der Rente (BGE 125 V 413 E. 2d am Ende, 369 E. 2, 113 V 273 E. 1a, 109 V 262 E. 4a, je mit Hinweisen; vgl. BGE 130 V 343 E. 3.5).

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

1.3 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 präzisierend 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.).

E. 2

2.1 Streitig und zu präzisieren ist, ob die Beschwerdeführerin mit Wirkung ab 1. Mai 2004 weiterhin Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat.

Das Bundesgericht stellte im Urteil vom 23. Oktober 2008 (Prozess Nr. 9C_640/2007 E. 5.3, Urk. 7/118) fest, bei der Ermittlung des leistungsentsprechenden Invalideneinkommens im Sinne von Art. 16 ATSG sei zunächst auf die grundsätzlich unverzichtbaren (vgl. BGE 132 V 393 E. 3.2) ärztlichen Arbeitsfähigkeitseinschätzungen abzustellen. Danach sei die Beschwerdeführerin bezüglich der in der Firma Z. ___ verrichteten Tätigkeit ab 16. Juli 1999 zu 50 %, ab 7. September bis 9. Oktober 2001 vorübergehend zu 100 % und ab 10. Oktober 2001 bis mindestens Frühjahr 2004 zu 70 % arbeitsunfähig (insbesondere Gutachten des Prof. Dr. C. ___ vom 8. Mai 2002 samt Ergänzungen vom 19. September 2002) gewesen. Folglich bildet der im Zeitpunkt der Begutachtung durch Prof. Dr. C. ___ festgestellte Gesundheitszustand Referenzpunkt für die Beurteilung, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin in relevantem Ausmass verändert hat.

2.2 Prof. Dr. C. ___ nannte im Gutachten vom 8. Mai 2002 an den Unfallversicherer folgende Diagnosen (Urk. 7/33 S. 4 f.):

"1. Isoliert linksseitige, schwer schmerzhafte Dysfunktionsschmerzen C3/4 > C2/3

mit - wahrscheinlicher Hypomobilität

- zusätzlicher schmerzhafter Blockierung C1/2 links

- ausgesprochener Erschütterungsempfindlichkeit

- rezidivierendem, zur Zeit tagesweisem, im wesentlichen myotendinotischem Kopfschmerz occipital > parietal und links >> rechts, zusammen mit Schwelligkeit sowie seltenem Erbrechen; mehrere Tage dauernden Kopfschmerz-Schüben

- myotendinotische Befunde und Beschwerden mässigen Grades im Schultergürtelbereich und ausgeprägt entlang der Linea nuchae (lateral- und linksbetont) samt kurz- und mittelstreckigen Ausstrahlungen in den Kopf, in den seitlichen Halsbereich und weniger intensiv in die Scapula-Region

- irritiertem 1. Rippen-Wirbelbogen-Gelenk bds. samt Ausstrahlungen links ins Occiput und rechts in die Scapularegion

- mässiggradiger, teils deutlich schmerzhafter Panniculose

ohne - segmentale Bewegungsstörungen des cervikothorakalen Überganges

- Brachialgien

- neurologische Ausfälle

bei - HWS-Distorsionstrauma am 23.6.1998

- Status nach Gelenkscapularesektion C2/3 und C3/4 rechts am 6.12.1999 sowie erfolgreicher Infiltrationen derselben Stellen später

- einer auffälligen Wirbelsäulenfehlform im Sinne eines Beckentiefstandes links samt Linksshift (tiefthorakal, 1 cm), einer ausgesprochenen kurzen Kyphose cervikothorakal,

einer ausgeprägten zusätzlichen Kopfprotraktion sowie einer Schulterprotraktion bds.

- ausgeprägter Haltungsinsuffizienz

- geringgradiger Tendenz zur Generalisierung der myotendinotischen Befunde insbesondere im Becken-/Kniebereich

2. Leichte bis mittelschwere neuropsychologisch-kognitive Funktionsstörungen

mit - den schwerpunktmässigen Beeinträchtigungen der Aufnahme, Verarbeitung und Wiedergabe sprachlicher Informationen, der Konzentrations- und Aufmerksamkeitsleistungen, der geteilten Aufmerksamkeit sowie des Arbeitsgedächtnisses

- rascher Ermüdbarkeit und vermehrtem Schlafbedürfnis

ohne - eruierbare depressive Komponente

- Schwindelempfindungen und Gleichgewichtsproblemen

bei - vgl. Diagnose 1

3. Vollständiger Senk- und ausgeprägter Spreizfuss bds.

mit - deutlicher Valgus-Stellung des OSG links

ohne - grössere Beschwerden

bei - leichtgradiger Valgus-Stellung bd. Kniegelenke

(Intermalleolärabstand von 5 cm)"

Das posttraumatische Erkrankungsbild zerfalle von allem Anfang bis heute deutlich in zwei zu trennende Komponenten, d.h. in eine schwer schmerzhaft, lokal umschriebene Funktionsstörung innerhalb der oberen Hälfte der HWS linksseitig und in die als leicht bis mittelschwer beurteilte neuropsychologische Funktionsstörung. Klinisch beurteilt betreffe die Dysfunktionsproblematik die drei Segmentbewegungshöhen von C1/2 über C2/3 bis zu C3/4. Im Mittelpunkt stehe bezüglich der Anamnese, möglicherweise auch der Pathophysiologie die bereits einmal sanierte und inzwischen erfolgreich infiltrierte Segmenthöhe bzw. das dazugehörige Facettengelenk C2/3 links. Ausgangspunkt der pathophysiologischen Entwicklung sei das Knochenmarksoedem in verschiedenen Anteilen des Wirbelkörpers C2, welches mit Sicherheit Ausdruck einer diffusen traumatischen Schädigung der Spongiosastruktur dieses Wirbelkörpers sei. Man könne damit von der Tatsache ausgehen, dass die hauptsächlichste indirekte Krafteinwirkung den Wirbelkörper C2 und damit die beiden Segmenthöhen C1/2 bzw. C2/3 getroffen habe. Die bei der Operation am 6.12.1999 gefundene und anschliessend entfernte verdickte Gelenkkapsel C2/3 sei ein weiteres untrügliches Zeichen für eine nicht unerhebliche Schädigung der Strukturen, aber auch des funktionellen Gefüges auf dieser Höhe. Nicht ausser Acht gelassen werden dürfte, dass heute auch die nächst tiefer gelegene Segmenthöhe, nämlich C3/4, ebenfalls linksbetont, auf Druck und Funktionsausübung äusserst schmerzhaft sei. Diese Mitbeteiligung der Höhe C3/4, die noch am 6.12.1999 eine zarte und dünne Gelenkkapsel gezeigt habe, sei möglicherweise eine Folge der bisherigen therapeutischen Bemühungen zur Sanierung der darüberliegenden Höhe. Zusammengefasst seien die Struktur- und

Funktionsprobleme recht eindeutig auf die genannten drei Segmenth hlen begrenzt. Die Segmenth hle C1/2 sei zur Zeit mit grosser Wahrscheinlichkeit nach links blockiert und derart irritiert, dass eine exakte manuelle Untersuchung nicht möglich sei.

         Die kaudal gelegeneren Segmenth hlen bzw. Facettengelenke seien entgegen früherer Vermutungen auch bei Vorhandensein möglicher degenerativer Veränderungen klinisch ohne Bedeutung. Eine besondere Beachtung verdiene die Tatsache, dass die operative Sanierung des Facettengelenkes C2/3 ausdrücklich lediglich zu einer Verbesserung der lokalen Schmerzsituation, nicht aber zu einer spürbaren Erleichterung der Beschwerden des Kopfes bzw. des Schultergürtels geführt habe. Diese Tatsache sei ein ernst zu nehmender Hinweis auf die mehr- gegenüber einer unisegmentalen Ursache der Beschwerden.

         Auf der neuropsychologisch-kognitiven Ebene liege auf Grund zweier fachspezifischer Untersuchungen (am 4. November 1998 sowie am 27. Juni 2001) eine mindestens leichte bis mittelschwere Funktionsstörung vor, die von Dr. B. ___ in die temporalen Strukturen der linken Hirnrinde unter Einbezug tiefer Hirnstammstrukturen lokalisiert werde. Beim Fehlen von Hinweisen auf eine am 23. Juni 1998 erlittene milde traumatische Hirnläsion sei die Annahme eines auch nur diffusen Strukturschadens nicht zu begründen. Im Sinne eines Ausschlusses sei man gezwungen, von einer damals aufgetretenen und sich inzwischen nur unvollständig zurückgebildeten lokalen - im Gegensatz zu einer diffusen - Funktionsstörung auszugehen, die auf Grund ihrer Charakterisierung sogar zu einer Lokalisationsdiagnose geführt habe. Die strukturell kaum begründbare Funktionsstörung sei nachweislich unmittelbar nach dem Unfall aufgetreten, sei in den ersten Monaten recht deutlich invalidisierend geblieben und sei im Groben mit übereinstimmenden Resultaten von zwei verschiedenen Seiten in grossem Abstand dokumentiert worden. Die anamnestisch zu erhebende und auch von Prof. A. ___ formulierte relative Unabhängigkeit der jeweiligen Intensität der neuropsychologischen Störungen von der Intensität des Schmerzzustandes sowie die fehlenden psychologischen Auffälligkeiten im Sinne einer Verarbeitungsst rung wiesen auf eine primäre und nicht reaktive Funktionssch digung der Gehirnteile hin.

         Aufgrund der differenzierten Anamneseerhebung und in Würdigung aller Befunde scheine die neuropsychologische Funktionsstörung auf Dauer eine Restarbeitsfähigkeit von 30 % zu ermöglichen, wobei mittelfristig von keiner sicher zu prognostizierenden Verbesserung ausgegangen werden könne. Die Beschwerdeführerin habe inzwischen die notwendigen Kompensationsstrategien bereits erlernt und verwirklicht. Die regelmässig sich für Tage einstellende vollständige Arbeitsunfähigkeit werde durch die Kopfschmerz-Schübe erzwungen, die ihrerseits einen gut zu dokumentierenden Zusammenhang mit den schmerzhaften Funktionsstörungen der oberen HWS zeigten.

         Unter der Bedingung, dass die lokalen medizinischen Massnahmen innerhalb der oberen HWS auch nur einigermassen erfolgreich sein werden, sei aus heutiger Sicht von einer beruflichen Belastbarkeit "in einem organisatorischen und weitgehend selbstständig tätigen Bereich" von 30 % auszugehen. Der in Aussicht gestellte 30%ige Arbeitsplatz der Firma scheine eine ideale Lösung zu sein, so dass die Notwendigkeit zur Suche einer alternativen Tätigkeit bzw. eines neuen Arbeitsplatzes zum Glück entfalle.

2.3     Der aktuelle Gesundheitszustand ergibt sich aus folgenden Berichten:

2.3.1.1 Laut Überweisungsschreiben von Dr. med. F.____, leitender Arzt Manuelle Medizin und Interventionelle Rheumatologie an der G.____, vom 31. Juli 2008 (Urk. 7/160/16-17) zur Durchführung einer Radiofrequenz-Therapie an das Gelenk C2/3 und C3/4 links liegt das Hauptproblem in einem chronischen invalidisierenden cervico-spondylogenen sowie cephalen Syndrom bei Status nach schwerem HWS-Beschleunigungstrauma, Status nach operativer Gelenkkapselresektion und Denervation C2/3 und C3/4 links, persistierenden neuropsychologischen Defiziten mit verminderter Arbeitsleistung und sicher positiver Facettengelenksinfiltration Höhe C2/3 links.

Die durch gezielte Facettengelenksblockaden und Ausschluss einer degenerativen Genese der Beschwerden hätten für die von der Beschwerdeführerin wieder neu geklagten Beschwerden hauptsächlich das Gelenk C2/3 links und deutlich weniger stark das Gelenk C3/4 links verantwortlich gemacht werden können. Die Beschwerdeführerin sei über die Hintergründe der Radiofrequenz-Therapie informiert worden.

2.3.2.1 Dr. D.____ berichtete am 23. Juni 2009 (Urk. 7/157), es seien beachtliche persistierende Beschwerden geblieben, insbesondere in Form von chronischen cervicalen, cervico-spondylogenen und cervico-cephalen Schmerzen, welche akut exazerbieren könnten. Dazu beständen nach wie vor die neuropsychologischen Defizite wie Konzentrationsverminderung, Verlangsamung der Aufnahmefähigkeit, verlangsamtes Arbeiten und teilweise mnestiche Störungen. Zusätzlich bestehe eine schnellere Ermüdbarkeit, sodass die Beschwerdeführerin die Tätigkeit immer wieder unterbrechen müsse. Im Alltagsablauf brauche es immer wieder Phasen mit Ruhe, Abliegen und Schlafen.

Die Beschwerdeführerin arbeite aktuell in einem maximalen Pensum von 30 % als Naturheilpraktikerin. Die selbständige Arbeitstätigkeit sei ideal, zumal keine schweren körperlichen Tätigkeiten damit verbunden seien und der Tagesablauf derart eingeteilt werden könne, dass immer wieder Ruhephasen möglich seien.

2.3.3.1 Im Gutachten der E.____ vom 22. März 2010 werden folgende Diagnosen gestellt (Urk. 7/164 S. 31):

1. St.n. Beschleunigungsmechanismus der HWS vom 23.6.1998 mit/bei

- akutem Knochenmarksödem im C2-Bereich mit verdickter Gelenkkapsel C2/3, allerdings ohne Hinweis auf knöcherne Frakturen oder diskoligamentäre Beteiligungen

- Gelenkkapselresektion C2/3 und C3/4 links am 6.12.1999

- Entwicklung chronischer, linksbetonter zerviko-zephaler Schmerzen

- wiederholte positive Infiltration des Gelenks C2/3 mit Indikation zur Denervation mittels Radiofrequenztherapie (bis heute nicht durchgeführt)

2. Unfallfremd:

3. M40.24 Konstitutionelle thorakale Hyperkyphose mit protrahierter Kopfstellung.

In chirurgisch-orthopädischer/manualmedizinischer Hinsicht beklage die Beschwerdeführerin Beschwerden, die eindeutig auf die obere HWS zu beziehen

seien bzw. auf das Segment C2/3 links, wo die Operation mit der Kapselresektion und der Denervation durchgeführt worden sei. Im Vordergrund ständen Beschwerden, die mit der Beugung und der Rotation linksseitig ausgelöst würden, was mit dem klinischen Provokationstest für dieses Segment korreliere. Palpatorisch sei die Region druckschmerzhaft. Ein muskulärer Hartspann liege aber nicht vor. Die subokzipitalen Nervenaustrittspunkte seien frei. Dass im Segment C2/3 eine objektivierte segmentale Dysfunktion vorgelegen habe, sei früher mit dem festgestellten Knochenmarksödem der Wirbel auf dieser Höhe und der folgenden Operation, die nur temporär zur Beschwerdefreiheit geführt habe, eindeutig belegt worden. Indiziert sei auf dieser Höhe die Denervation mittels Radiofrequenztherapie, welche bis heute nicht durchgeführt worden sei. Die Beschwerdeführerin nehme von dieser recht einfachen und entscheidenden Möglichkeit, die Schmerzsituation für mindestens ein Jahr, möglicherweise aber sogar dauerhaft zu verbessern, trotz der dauerhaft als invalidisierend angegebenen Beschwerden Abstand.

Thorako-lumbal beständen keine Einschränkungen von Seiten der Wirbelsäule, allerdings liege konstitutionell eine thorakale Hyperkyphose vor, die relativ fixiert sei mit protrahierter Kopfstellung, so dass ein sternosymphysaler Haltungstyp vorliege, der häufig mit muskulären Dysbalancen des thorakalen Rückenabschnittes assoziiert sei.

Die Beschwerdeführerin beschreibe eine Hypermobilität in ihrer Jugend. Auch heute liege noch eine teilweise über die Norm hinausgehende Beweglichkeit vor. Ein klassisches Hyperlaxitätssyndrom bestehe jedoch nicht. Von Seiten der oberen und unteren Extremitäten würden keine Schmerzen beklagt, die klinische Untersuchung sei dementsprechend unauffällig bis auf eindrückliche Knick-Senk-Spreizfüsse beidseits, ohne dass sich daraus bis jetzt Hinweise für eine Tibialis posterior-Insuffizienz ergeben hätten.

Im Rahmen der durchgeführten klinisch-neurologischen Untersuchung fanden sich bei der Beschwerdeführerin keine Hinweise auf Schädigungen des zentralen oder peripheren Nervensystems, die überwiegend wahrscheinlich auf den erlittenen Unfall hätten zurückgeführt werden können. Die Beschwerdeführerin wirke konsistent in ihren Angaben und in ihrem Verhalten bei den neurologischen Funktionstests, ohne Hinweise auf Verdeutlichungen oder Schmerzverarbeitungsstörungen. Damit könnten aus neurologischer Sicht intakte gesundheitliche Verhältnisse attestiert werden, ohne nennenswerte Einschränkungen der Leistungsfähigkeit. Die von der Beschwerdeführerin angegebenen Kopfschmerzen erfüllten weder die Kriterien für einen posttraumatischen Kopfschmerz noch für einen anderen, spezifischen Kopfschmerztyp. Die im Bericht von Dr. H. ___ vom 6. Juni 1990 erwähnte Migraine accompagnée sei jetzt von der Beschwerdeführerin nicht mehr erwähnt worden. Die damals ebenfalls von Dr. H. ___ erwähnte, im Jahr 1988 aufgetretene Meningitis habe für die Beurteilung der aktuellen gesundheitlichen Verhältnisse keine Bedeutung mehr.

In der aktuell durchgeführten neuropsychologischen Untersuchung zeigten sich nur mehr sehr geringe Auffälligkeiten, die insgesamt nicht krankheitswertig seien. Klinisch ergäben sich keine Hinweise auf kognitive Störungen, auch nicht auf eine erhöhte Ermüdbarkeit (immerhin seien das Erstgespräch und die anschließende neuropsychologische Untersuchung mit einem Zeitaufwand von rund 4 Stunden sowie mit

der zusätzlich vorgängigen Anfahrt nach Bern klinisch gut toleriert worden, ohne Hinweise auf Leistungseinbrüche oder Erschöpfung). Die Beschwerdeführerin habe sich stets sehr differenziert und authentisch zu Äussern vermocht, ohne Hinweise auf Störungen der Sprache, wie sie im Untersuchungsbericht von Frau Dr. B. ___ erwähnt worden seien (Wortfindungsstörungen). Im Gegenteil, die Spontansprache sei sehr flüssig und differenziert. Testpsychologisch hätten sehr geringfügige Leistungsschwankungen im Bereich der Aufmerksamkeit bestanden, die allerdings derart diskret gewesen seien, dass sie nicht als krankheitswertig beurteilt werden könnten, zumal sie auch kein klinisches Korrelat hätten (im Sinne einer klinisch erkennbaren psychomotorischen Verlangsamung). Insbesondere seien auch die Gedächtnisfunktionen weder klinisch noch testpsychologisch nennenswert beeinträchtigt gewesen. Verglichen mit den neuropsychologischen Vorbeurteilungen von Prof. A. ___ aus dem Jahr 1998 (leichte bis mittelschwere Funktionsstörungen im Bereich der Aufmerksamkeit, 20%ige Arbeitsfähigkeit) und von Dr. B. ___ aus dem Jahr 2001 (leichte bis mittelschwere neuropsychologische Defizite, 50%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit) müsse aufgrund der heutigen neuropsychologischen Befunde von einer erheblichen Besserung der intellektuellen Funktionen ausgegangen werden, was auch von der Beschwerdeführerin selber bestätigt werde. Sie sage, dass sie gelernt habe, mit den subjektiv empfundenen Gedächtnis- und Konzentrationsproblemen zu leben, und dass sie dadurch nicht mehr in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt sei.

Ohnehin müsse aus neuropsychologischer Sicht angemerkt werden, dass eine hirnganische Basis für kognitive Defizite zu keinem Zeitpunkt vorgelegen habe. Weder könne aufgrund der Akten hinsichtlich des Unfallmechanismus und der anfänglichen Beschwerden von einem nennenswerten Schädelhirn-Trauma ausgegangen werden, noch habe die nach dem Unfall durchgeführte Bildgebung des Schädels einen pathologischen Befund (z.B. im Sinne nachweisbarer traumatisch bedingter Parenchymschäden) gezeigt. Vor diesem Hintergrund bleibe es offen, auf welche organisch-strukturelle Erklärungsbasis sich die früheren Einschätzungen der subjektiven kognitiven Probleme der neuropsychologisch beschriebenen kognitiven Defizite beziehen. Insbesondere seien die Ausführungen von Dr. B. ___, die in ihrem Bericht spezifische Hirnareale angebe, welche Funktionsstörungen aufweisen sollen, völlig unwissenschaftlich und spekulativ. Neuropsychologische Tests seien nämlich nicht geeignet, geschädigte Hirnareale zu identifizieren, und dies insbesondere nicht bei Patienten, die in der Bildgebung des Schädels keine erkennbaren Schäden aufwiesen.

Zusammenfassend sei unbestritten, dass die Beschwerdeführerin zervikogen ausgelöste Beschwerden habe. Trotz der Beschwerden und der Doppelrolle als Hausfrau und Mutter sei sie aber in der Lage gewesen, die Ausbildung als Naturheilpraktikerin zu absolvieren. Aufgrund der heutigen chirurgisch-manualmedizinischen Befunderhebung seien zwei Arbeitsblöcke am Tag mit einer verlängerten Mittagspause zumutbar. Es sei davon auszugehen, dass zwei dreistündige Arbeitsblöcke mit einer mehrstündigen Mittagsruhe trotz der medizinisch plausiblen Beschwerden (gewisse Dauerschmerzhaftigkeit) auf Höhe C2/3 vertretbar seien. Dass die Beschwerdeführerin von sich aus darauf verzichte, sich der indizierten, medizinisch zumutbaren Behandlung (Energervation mittels Radiofrequenztherapie) zu unterziehen, relativiere zusätzlich die geltend gemachten Schmerzen und Funktionseinschränkungen. Neurologisch und neuropsychologisch

können heute keine Störung mit Krankheitswert (mehr) identifiziert werden.

Grundsätzlich liessen sich die linksbetonten zerviko-zephalen Schmerzen gut mit der bekannten Pathologie erklären. Nicht erklärbar sei das Ausmass der damit einhergehenden Leistungsminderung von 70 % sowie der Umstand, dass die Beschwerdeführerin bisher darauf verzichtet habe, eine indizierte und medizinisch zumutbare Behandlung durchführen zu lassen, die erwartungsgemäss für knapp ein Jahr (möglicherweise sogar länger) zu einer vollständigen Beschwerdefreiheit oder einer deutlichen Beschwerdelinderung führen würde.

E. 3

3.1 Die Beschwerdeführerin rügt, auf das Gutachten der E. (E. 2.3.3) könne schon aus formellen Gründen nicht abgestellt werden. So bemängelt sie, dass das Erstgespräch durch den Neuropsychologen geführt und die neuropsychologische Untersuchung den medizinischen Abklärungen vorangestellt worden seien, und der Neuropsychologe die Federführung bei der Begutachtung übernommen habe. Sie kritisiert, dass der begutachtende Neuropsychologe über die I. Verbindungen zu Dr. med. J. habe, welcher seinerseits über keine Berufsausübungsbewilligung als Arzt im Kanton Bern verfügt haben soll, und dass die ärztliche Leiterin der E., welche sich im Übrigen nicht an der Begutachtung beteiligt hat, ebenfalls Verbindungen zur I. habe. Ausserdem wendet sie ein, ihrem Rechtsvertreter liege eine Aktennotiz vor, woraus ersichtlich sein soll, dass der begutachtende Neuropsychologe einen guten Kontakt zu den Versicherungsgesellschaften habe. Schliesslich bemängelt sie, die neurologischen Ausführungen beschränkten sich im Gutachten auf eine knappe Seite (Urk. 1 Ziff. 5).

Aus dem Gutachten von Dr. C. vom 8. Mai 2002 (E. 2.2) ergibt sich, dass die Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit im Wesentlichen auf der neuropsychologischen Funktionsstörung gründeten, weshalb es auf der Hand liegt, bei der Prüfung einer allfälligen Veränderung des Gesundheitszustandes das Schwergewicht auf eine neuropsychologische Untersuchung zu legen. Dem neuropsychologischen Gutachter standen Fachärzte in Neurologie und manueller Medizin zur Seite, welche ihrerseits die Beschwerdeführerin in ihrem Fachgebiet untersuchten, das Gutachten mitunterzeichneten und sich somit für dessen Gesamthalt verantwortlich zeigen. Massgebend, ob ein Gutachten beweistauglich ist, ist in erster Linie, ob die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist. Im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalles mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen ist entscheidend, ob das abschliessende Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (BGE 137 V 210 E. 6; Urteile des Bundesgerichtes 9C_87/2011 vom 1. September 2011 E. 4.2 und 8C_473/2011 vom 4. November 2011 E. 2.2.1 mit Hinweisen).

3.2 Aber auch die anderen Rügen verfangen nicht (Urk. 1 Ziff. 6): Insoweit die Beschwerdeführerin moniert, der Gutachter lasse sich im Gutachten über die von Prof. Dr. A. Ende 1998 attestierte Arbeitsfähigkeit aus, wonach lediglich noch eine 20%ige Arbeitsleistung zu Hause denkbar sei, ohne zu erwähnen, dass die Beschwerdeführerin die Arbeitsfähigkeit (richtig wohl: Arbeitstätigkeit) auf 50 % gesteigert habe, ist darauf hinzuweisen, dass der Gutachter lediglich die Akten betreffend der neuropsychologischen Beschwerden (S. 27 des Gutachtens) zitiert hat. Im Gutachten vom 19. November 1998 (Urk. 7/3/36-42) hat Prof. Dr. A. wörtlich geschrieben (S. 5): «Deshalb ist Frau

X.____ gegenwärtig ihre 20%ige Arbeitsleistung zu Hause, zeitlich nach eigenem augenblicklichen Befinden verteilbar, zwar zuzumuten. ■. Dass die Beschwerdeführerin ihre Arbeitstätigkeit ab 5. Juli 1999 auf 50 % gesteigert hat, wird vom neuropsychologischen Gutachter weiter unten im Gutachten erwähnt. Wenn er hieraus einen Widerspruch zu der vom Hausarzt Dr. D.____ am 10. Juli 1999 (Urk. 7/3/28) diagnostizierten schweren neuropsychologischen Problematik erblickt, ist es die Pflicht eines Gutachters, sich mit den bereits vorhandenen medizinischen Akten auseinanderzusetzen, auch wenn diese einen Zeitraum betreffen, über welchen bereits rechtskräftig entschieden worden ist (vgl. E. 1.3). Schliesslich ist die Beurteilung, ob sich eine Veränderung des Gesundheitszustandes ergeben hat, nur unter Hinzunahme und in kritischer Auseinandersetzung mit bereits vorhandenen Arztberichten möglich. So hat denn der Gutachter auch nicht die neuropsychologischen Ergebnisse von Dr. B.____ in Zweifel gezogen, sondern ist vielmehr skeptisch gegenüber deren Erklärung, dass die festgestellten kognitiven Defizite auf einer hirnrorganischen Basis beruhen, da aufgrund der Akten hinsichtlich des Unfallmechanismus und der anfänglichen Beschwerden nicht von einem nennenswerten Schädelhirn-Trauma ausgegangen werden könne und die nach dem Unfall durchgeführte Bildgebung des Schädels keinen pathologischen Befund gezeigt habe. An der Erklärung von Dr. B.____ zweifelte im Übrigen schon Dr. C.____, der im Gutachten vom 8. Mai 2002 (E. 2.2) erwog, dass bei Fehlen von Hinweisen auf eine erlittene milde traumatische Hirnlesion die Annahme eines auch nur diffusen Strukturschadens nicht zu begründen sei.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In soweit der Neuropsychologe festgestellt hat, dass bei der Beschwerdeführerin eine deutliche Persönlichkeitsänderung mit deutlichen Störungen in Antrieb, Affekt, Kritikfähigkeit und Sozialverhalten nicht beobachtet werden könne, darf von einem Neuropsychologen erwartet werden, dass er die erwähnten Symptome erkennt. ■berdies wurde in keinem Arztbericht zuvor jemals auch nur ein Verdacht auf eine psychiatrische Störung geussert, und auch die Beschwerdeführerin selber verneinte anlässlich der Exploration psychische Probleme im engeren Sinn und macht solche Probleme auch beschwerdeweise nicht geltend.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dem Gutachten kann auch nicht entnommen werden, dass der Neuropsychologe bei seiner Bemerkung, die Beschwerdeführerin habe nach dem Erstgespräch und der anschliessenden neuropsychologischen Untersuchung mit einem Zeitaufwand von rund vier Stunden und der vorgängigen Anfahrt nach Bern keine erhöhte Ermüdbarkeit gezeigt, davon ausging, die Beschwerdeführerin sei selber mit dem Auto nach Bern gefahren und habe sich nicht chauffieren lassen. Die Adoption der beiden Kinder wird lediglich in der Anamnese und ohne Wertung erwähnt. Wenn der Neuropsychologe erwähnt, dass die Beschwerdeführerin eine Ausbildung zur Naturheilpraktikerin erfolgreich absolviert hat, ist nicht zu erkennen, was daran falsch sein soll. Auch wenn die Beschwerdeführerin die mündliche Prüfung nicht bestanden hat und diese mit einer schriftlichen Nachprüfung kompensieren konnte (was vom Gutachter erwähnt wird), war sie trotz der behaupteten neuropsychologischen Defizite in der Lage, die Ausbildung - neben der Ausübung einer selbständigen Tätigkeit - erfolgreich abzuschliessen. ■berdies konnten die von der Beschwerdeführerin subjektiv empfundenen Konzentrations-, Wortfindungs- und Gedächtnisprobleme jedenfalls im Zeitpunkt der neuerlichen Begutachtung in den neuropsychologischen Tests nicht mehr erhoben werden. Schliesslich ist dem Einwand der Beschwerdeführerin, der Sachverhalt

bezüglich der Aufgabe ihrer letzten Stelle sei vom Gutachter nicht korrekt erhoben worden, entgegenzuhalten, dass die Stelle laut Arbeitgeberbericht vom 3. Mai 2007 seitens der Arbeitgeberin aufgrund einer Reorganisation gekündigt worden war und sie ein anderes Stellenangebot nicht hatte annehmen wollen (Urk. 7/105/3). Von einer Rückstufung wegen der gesundheitlichen Probleme auf eine reine betriebsinterne Arbeitsstelle im Zeitpunkt der Kündigung war - entgegen den Vorbringen in der Beschwerde - nicht die Rede.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aufgrund der durchgeführten neuropsychologischen Tests schloss der Neuropsychologe, dass von einer erheblichen Besserung der intellektuellen Funktionen ausgegangen werden müsse, da sich nur mehr sehr geringe Auffälligkeiten, die insgesamt nicht krankheitswertig seien, gezeigt hätten. Diese Feststellung vermag die Beschwerdeführerin nicht mit anderen Testresultaten zu entkräften, und es spielt auch keine Rolle, dass die Verbesserung der Resultate lediglich darauf gründen soll, dass sich die Beschwerdeführerin mit den neuropsychologischen Defiziten arrangiert und Strategien zur Überwindung derselben angeeignet hat. Die Testung hat jedenfalls ergeben, dass neuropsychologische Defizite nur noch in sehr geringem Mass auffielen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Schliesslich kann die Aussage der Gutachter, der Beschwerdeführerin wäre es zumutbar, sich einer Denervation mittels Radiofrequenztherapie zu unterziehen, der Beweistauglichkeit des Gutachtens nichts anhaben. Eine solche wurde ihr bereits von Dr. F.____ im Juli 2008 empfohlen (E. 2.3.2).

3.3 Ä Ä Ä Ä Das Gutachten der E.____ vom 22. März 2010 (E. 2.3.3) hält den Anforderungen eines Gutachtens stand: Es basiert auf (für die streitigen Belange) umfassenden Untersuchungen (chirurgisch-orthopädisch/manualmedizinisch, neurologisch und neuropsychologisch) und wurde in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den Vorakten (Anamnese) abgegeben. Die Gutachter haben detaillierte und nachvollziehbare Befunde und Diagnosen erhoben und sich mit den von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden und ihrem Verhalten auseinandergesetzt. Zudem haben sie die medizinischen Zusammenhänge und die medizinische Situation einleuchtend dargelegt und ihre Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet. Dem Gutachten kommt somit grundsätzlich volle Beweiskraft zu

(vgl. E. 1.6) .

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zusammenfassend kann somit mit den Gutachtern davon ausgegangen werden, dass die Beschwerdeführerin infolge der begründbaren zervikozephalen Schmerzen als Naturheilpraktikerin in der Arbeitsfähigkeit dahingehend eingeschränkt ist, als ihr töglich nur zwei dreistündige Arbeitsblöcke mit einer längeren Mittagspause zumutbar sind. In jeder anderen körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit ohne Zwangshaltungen gehen die Gutachter von einer Arbeitsfähigkeit im gleichen Rahmen aus. Ausgehend von einer durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41,7 Stunden (Die Volkswirtschaft 12-2012 Tabelle B9.2 S. 90) entspricht dies einer Arbeitsfähigkeit von gut 70 %.

3.4 Ä Ä Ä Ä Was den Zeitraum vom 1. Mai 2004 bis Januar 2010 (gutachterliche Untersuchung aus neuropsychologischer Sicht) betrifft, kann den Arztberichten nicht entnommen werden, dass sich eine Verbesserung des Gesundheitszustandes schon vor der Begutachtung eingestellt hat. Es ist daher davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin zwischen Mai 2004 und Januar 2010 zu lediglich 30 %

Tätigkeit als Field Project Manager sei aus betrieblichen Gründen gestrichen worden.

4.2.3.3 Der von der Beschwerdeführerin geschilderte berufliche Werdegang wurde von der Arbeitgeberin mit Brief vom 14. November 2001 (Urk. 7/39) bestätigt. Allerdings erzielte die Beschwerdeführerin, obwohl sich die berufliche Laufbahn anders als geplant entwickelt hatte, ein stetig höheres Einkommen bis zu Fr. 170'000.-- ab 1. Januar 2002 (vgl. Urteil vom 11. Juli 2007, Urk. 7/106, E. 3.2.3). Dass sie, hätte sich die berufliche Laufbahn nach Plan vollzogen, ein höheres Einkommen erzielt hätte, kann den Akten nicht entnommen werden. Hingegen ist anzunehmen, dass die Beschwerdeführerin ihre Stelle, selbst wenn sie bis zum Product Manager befördert worden wäre, verloren hätte: Sie wurde für die Vermarktung des Medikaments K.____ eingestellt (vgl. Urk. 7/93/59), welches im Arzneimittelkompendium der Schweiz 2005 nicht mehr erscheint, weil es im Jahr 2004 vom Markt genommen worden ist. Es bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass die Beschwerdeführerin für die Vermarktung eines oder mehrerer anderer Medikamente hätte eingesetzt werden können und hierbei einen annähernd gleich hohen Lohn zu erzielen vermocht hätte. Ferner bleibt festzuhalten, dass nach Angaben ihrer ehemaligen Arbeitgeberin die Stelle als Field Project Manager K.____ ersatzlos gestrichen wurde (Urk. 7/105/3).

4.3.3.3 Nachdem davon auszugehen ist, dass die Beschwerdeführerin ab 1. Mai 2004 auch ohne Gesundheitsschaden nicht mehr als Field Project Manager bei der Z.____ arbeiten würde, kann das bei Z.____ bis 30. April 2004 erzielte Einkommen nicht als Grundlage für das Valideneinkommen herangezogen werden. Die Beschwerdeführerin entschloss sich dazu, nach der Kündigung als Naturheilpraktikerin zu arbeiten. In dieser Tätigkeit war sie bis Januar 2010 zu 30 % und danach zu 70 % arbeitsfähig. In ihrer nebenberuflich ausgeübten Tätigkeit in der Exekutive ihrer Wohnsitzgemeinde (seit April 2010) ist sie nicht eingeschränkt (Urk. 7/178/5). Damit beträgt der Invaliditätsgrad ab 1. Mai 2004 70 % und ab Januar 2010 maximal 30 %.

4.4.3.3 Unter Berücksichtigung von Art. 88a Abs. 1 IVV besteht ab 1. Mai 2004 bis 30. April 2010 ein Anspruch auf eine befristete ganze Rente, und ab 1. Mai 2010 hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch mehr auf eine Invalidenrente (Art. 28 Abs. 2 IVG). In diesem Sinne ist die Beschwerde teilweise gutzuheissen.

5.3.3.3 Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert innerhalb des gesetzlichen Rahmens (Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.--) auf Fr. 800.-- festzusetzen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend sind sie den Parteien je zur Hälfte aufzuerlegen.

6.3.3.3 Nach Art. 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hat die obsiegende beschwerdeführende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (Art. 34 Abs. 3 GSVGer). Aufgrund des nur teilweisen Obsiegens erscheint vorliegend eine um die Hälfte gekürzte Prozessentschädigung von Fr. 1'000.-- (inkl. Mehrwertsteuer und Barauslagen) als angemessen.

Das Gericht erkennt:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verurteilung vom 23. August 2012 insoweit aufgehoben, als festgestellt wird, dass die Beschwerdeführerin vom 1. Mai 2004 bis 30. April 2010 Anspruch auf eine befristete ganze Invalidenrente hat. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden den Parteien je zur Hälfte auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden den Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 1'000.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Renö Mettler
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- BVG-Sammelstiftung Swiss Life
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

5. 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.