

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00554 vom 29. August 2014**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-08-29, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2013.00554](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2013.00554)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00554 du 29 août 2014

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00554 del 29 agosto 2014

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

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.

### **E. 1.2**

Im Zusammenhang mit Schmerzleiden hat das Bundesgericht in BGE 127 V 294 E. 4c und 5a erwo gen , dass eine fachärztlich festgestellte psychische Krankheit nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität ist. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu erfolgende Beurteilung, ob und inwiefern der versicher ten Person trotz ihres Leidens die Verwertung ihrer Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offenstehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch sozial-praktisch zumutbar und für die Gesellschaft tragbar ist. Damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann, sind von der soziokulturel len Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne verselbststän digte psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfä higkeit unabdingbar.

Bezüglich der unter die Kategorie der psychischen Leiden fallenden somatoformen Schmerzstörungen entschied das Bundesgericht in BGE 130 V 352 E. 2.2.2 und 2.2.3, dass im Rahmen der sozialversicherungsrechtlichen Leistungsprüfung Schmerzangaben durch damit korrelierende, fachärztlich schlüssig feststellbare Befunde hinreichend erklärbar sein müssen, andernfalls sich eine rechtsgleiche Beurteilung der Rentenansprüche nicht gewährleisten lässt. Solche Leiden ver mögen in der Regel keine lang dauernde, zu einer Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG führende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu bewirken. Die - nur in Ausnahmefällen anzunehmende - Unzumutbarkeit einer willentlichen Leidensüberwindung und eines Wiedereinstiegs in den Arbeitsprozess setzt voraus: das Vorliegen einer mitwirkenden, psychisch ausgewiesenen Komorbi dität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer oder aber das Vorhandensein anderer qualifizierter, mit gewisser Intensität und Konstanz erfüllter Kriterien wie chronische körperliche Begleiterkrankungen und mehr jähriger Krankheitsverlauf bei unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerfristige Remission, ein ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Be langen des Lebens, ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr angehbarer inner seelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Kon fliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn) oder

schliesslich unbefriedigende Behandlungsergebnisse trotz konsequent durchgeführter Behandlungsbemühungen (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) und gescheiterte Rehabilitationsmassnahmen bei vorhandener Motivation und Eigenanstrengung der versicherten Person.

Diese Rechtsprechung wendet das Bundesgericht analog auch auf diejenigen Fälle an, bei denen eine Distorsion der Halswirbelsäule ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle festgestellt wurde und deren Folgen in eine chronifizierte Schmerzproblematik münden (BGE 136 V 279).

### **E. 1.3**

Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). 2.

### **E. 2**

Dagegen liess die Versicherte am 12. Juni 2013 Beschwerde erheben und die Zusprechung einer ganzen Invalidenrente beantragen; eventualiter liess sie die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zum Neuentscheid verlangen (Urk. 1). Die IV-Stelle beantragte in der Beschwerdeantwort vom 15. August 2013 die Abweisung der Beschwerde (Urk. 6). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Dem Entscheid der Beschwerdegegnerin, dass keine invalidisierende Gesundheitsstörung vorhanden ist, die zu einer Rente berechtigen würde (Urk. 2), liegt das erwähnte MEDAS-Gutachten des G. \_\_\_ zu Grunde. Die Beschwerdeführerin war anlässlich eines stationären Aufenthalts während des Zeitraums vom 12. bis 16. November 2012 im G. \_\_\_ internistisch, orthopädisch, neurologisch, psychiatrisch und neuropsychologisch abgeklärt worden. In einer konsensualen Beratung kamen dabei die Gutachter im Gutachten vom 31. Januar 2013 zu den relevanten Diagnosen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, einer rezidivierenden depressiven Störung (gegenwärtig remittiert) und einem Verdacht auf eine hyperkinetische Störung (differentialdiagnostisch: Persönlichkeitsakzentuierung) (Urk. 3/5 S.

76).

Die Gutachter beschrieben hinsichtlich des Zustandes, die Versicherte klagt über konstant vorhandene belastungsabhängige verstärkte Nackenschmerzen mit Ausstrahlung in beide Schultern und den Hinterkopf. Intermittierend werde eine Schmerzausstrahlung in die Innenseite des linken Armes bis zum kleinen Finger angegeben mit einer Taubheit ebenda .

In der Untersuchung bewege sich die Versicherte jedoch frei. Ein Hartspann der paravertebralen Muskulatur sei nicht objektivierbar, festzustellen sei eine leichte muskuläre Dysbalance und es würden vor allem zahlreiche Druckdolenzen angegeben. Eine MRI-Untersuchung der HWS nach dem Unfall habe leichtgradige degenerative Veränderungen im Sinne von Chondrosen der cervikalen Bandscheiben mit einer leichten Protrusion bei C5/6 ergeben. Weitere aktuelle konventionelle Bilder zeigten eine leichte Fehllage im Seitenbild, jedoch keine über das Altersentsprechende hinausgehenden Veränderungen. Klinisch würden sich auch keine Anhaltspunkte für das Vorliegen eines radikulären Reiz- oder sensiblen Ausfallsyndroms als Erklärung für die im linken Arm angegebene Ausstrahlung bzw. Gefühlsstörung ergeben. Nachdem eine Untersuchung elektrodiagnostischer Natur keine Schädigung ergeben habe, müsse die Gefühlsstörung letztlich als ursächlich unklar beurteilt werden.

Es liege somit deskriptiv aus somatischer Sicht ein Schmerzsyndrom im Nacken-/Schulterbereich vor. Es bestehe eine Diskrepanz zwischen den angegebenen Beschwerden und deren Auswirkungen im Alltag und bei der Arbeit zu den fehlenden objektivierbaren Befunden. Auffallend sei auch der Verlauf der Schmerzsymptomatik über einen Zeitraum von vielen Jahren ohne relevante Besserung, gerade auch mit Blick auf die Tatsache, dass das Geschwindigkeits-Delta-V so gering gewesen sei, dass die festgestellten Befunde und Beschwerden eher nicht mit dem Unfall erklärbar gewesen seien. Diese Diskrepanz sei im Rahmen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung zu interpretieren. Psychiatrischerseits bestünden prätraumatisch erhebliche psychosoziale Belastungsfaktoren und Konflikte.

Die Gutachter erwähnten sodann Inkonsistenzen. Die Versicherte sei trotz der geltend gemachten Schmerzen in der Lage, mit Fahrzeug und Wohnwagen in die Ferien zu reisen, mithin übe sie durchaus auch anspruchsvolle Aktivitäten aus. Sodann bestünden entgegen ihrer Darstellung durchaus auch intensivere soziale Aktivitäten mit einer Freundin, und die Versicherte könne gemäss ihrer Darstellung sich an den Besuchen des Sohnes erfreuen, sie habe auch Freude an Kontakten mit den Eltern und der Freundin. Auch anlässlich der psychiatrischen Untersuchung habe keine relevante depressive Störung bestanden. Es sei davon auszugehen, dass diese remittiert sei (Urk. 3/5 S. 80 f.).

Zu den Auswirkungen der Diagnosen der rezidivierenden depressiven Störung (gegenwärtig remittiert) sowie des Verdachts auf eine hyperkinetische Störung (differentialdiagnostisch: Persönlichkeitsakzentuierung) äusserten die Gutachter die Ansicht, dass eine Reduktion des Rendements von 10 % vorliege. Sowohl die angestammte als auch eine angepasste Tätigkeit, bei der die Versicherte nicht unter einem zu grossen Zeit- und Leistungsdruck stehe, seien der Versicherten zumutbar. Das Ausmass der somatoformen Schmerzstörung erachteten sie als minimal, sie verwiesen dabei auch auf die dargestellten Inkonsistenzen (Urk. 3/5 S. 88 ff.).

## **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin lässt gegen das Gutachten zusammengefasst vorbringen, es seien ihr im Laufe der 10 Jahre seit dem Unfall nie Aggravations- oder Inkonsistenzvorwürfe gemacht worden. Vielmehr sei es aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich gewesen, die Ende Dezember 2005 vorgesehene Steigerung des Arbeitsverhältnisses bis auf 60 % vorzunehmen (Urk. 1 S. 4 f.). Auch die gegenwärtig innehabende Anstellung als Sitzwache könne sie nicht über ein Pensum von 10 bis 20 % steigern, ohne dass die Schmerzen

regelmässig exazerbierten . Sodann sei sie mit der Mutter abwechselnd fahrend mit dem Auto in die Ferien gefahren, der Wohnwagen sei fest stationiert im Schwarzwald und werde nicht verschoben. Sie dementiert sodann psychosoziale Belastungsfaktoren , die gemäss Gutachter zu den Beschwerden geführt haben sollten ( Urk. 1 S. 7). Die seitens der Gutachter attestierte 100%ige Arbeitsfähigkeit im angestammten Berufsfeld sei nicht nachvollziehbar, nachdem sie während über 9 Jahren die Arbeitsfähigkeit trotz finanzieller Not nicht habe steigern können. Sie widerspreche auch den Einschätzungen sämtlicher anderer Ärzte, trotz identischer Diagnosen. Entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin verfüge sie nicht über die persönlichen Ressourcen, um wieder auf dem ersten Arbeitsmarkt tätig zu sein ( Urk. 1 S. 10). 3.

### 3.1

Die von den Gutachtern gestellte Diagnose für die geklagten Schmerzen im Nacken-/Schulterbereich einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung überzeugt. Sie wurde nach eingehender Untersuchung, sorgfältiger Erhebung der Anamnese, unter Berücksichtigung sämtlicher relevanter Vorkarten und überzeugend begründet gestellt. Denn keiner der Ärzte vermochte bildgebend eine objektivierbare Ursache für die vielschichtigen Schmerzen zu finden. Die kurz nach dem Unfall vorgenommenen auch neurologischen Untersuchungen brachten keine pathologischen objektivierbaren Befunde hervor, so dass der Neurologe Dr. H.\_\_\_\_ bereits wenige Monate nach dem Unfall von einem prolongierten zervikozephalen Schmerzsyndrom sprach ( Urk. 7/165/161, 7/165/179). Ebenso stufte der neurologische Gutachter des G.\_\_\_\_

Dr. I.\_\_\_\_ die objektivierbaren Befunde an der Halswirbelsäule, nämlich die degenerativen Veränderungen in der Form von Chondrosen der cervikalen Bandscheiben, als leichtgradig ein und wies darauf hin, dass auch die von der Versicherten geklagte Gefühlsstörung im linken Arm als ursächlich unklar beurteilt werden müsse, ebenso wie der von ihr geklagte Schwindel. Er schloss eine neurologische Pathologie aus ( Urk. 3/5 S. 51 f.). Der orthopädische Gutachter Dr. J.\_\_\_\_ taxierte die Befunde bei seiner Untersuchung an der Halswirbelsäule als leichtgradig , es bestehe nur eine leichte asymmetrische Bewegungseinschränkung ohne eigentliche Blockade bei muskulärer Dysbalance , und er erwähnte ebenfalls, dass in keiner Phase strukturelle traumatische Veränderungen in den bildgebenden Untersuchungen festgestellt werden konnten ( Urk. 3/5 S.

42).

Die psychiatrische Diagnose der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung wird auch seitens der Beschwerdeführerin nicht in Frage gestellt ( Urk. 1 S. 6). Vielmehr geht auch sie davon aus, dass die von ihr geklagten Schmerzen nicht mit somatisch nachweisbaren Befunden erklärt werden können. Der psychiatrische Gutachter Dr. K.\_\_\_\_ begründete diese psychiatrische Krankheitsdiagnose (ICD-10 F45.4) denn auch damit, dass bei der Beschwerdeführerin genügend emotionale und psychosoziale Momente vorlägen, die für diese Diagnose sprechen würden, und er erwähnte dabei die Tatsachen, dass die Versicherte bis zum Unfall beruflich nur noch in diversen ausbildungsfernen Gelegenheitsarbeiten tätig gewesen war, dann vom Unfall im Kündigungszeitpunkt getroffen wurde, zudem damals mit ihrem verhaltensauffälligen Sohn , der in einem Heim untergebracht war, konfrontiert war und zudem in einer Beziehung zu einem Mann stand, die durch Aussenbeziehungen des Mannes belastet war ( Urk. 3/5 S. 67). Dem Einwand der Versicherten, dass sie vor dem Unfall unter viel grösseren psychosozialen Problemen

gelitten habe, ohne dass eine Arbeitsunfähigkeit resultiert habe, weshalb sie die Bedeutung psychosozialer Belastungen für die Arbeitsunfähigkeit ausschliesst, ist entgegen zu halten, dass es nicht ungewöhnlich ist, dass psychosoziale Herausforderungen unter üblichen Umständen gemeistert werden können, dass sie jedoch beim Zusammentreffen mit einem Krisenmoment, wie ein Unfall darstellen kann, exazerbieren und in relevanter Weise in den Vordergrund treten, wie dies offenbar bei der Beschwerdeführerin der Fall war. Denn der psychiatrische Gutachter erwähnte, dass der Unfall die Versicherte, die sich in einem labilen Gleichgewicht befunden habe, aus der Bahn geworfen habe (Urk. 3/5 S. 68). Demgegenüber vermochte der psychiatrische Gutachter des Z.\_\_\_\_

Dr. E.\_\_\_\_ im Gutachten vom 13. Mai 2008 wie auch im Gutachten vom 1. Februar 2010 (Urk. 7/140) keine psychische Pathologie zu erkennen, weshalb er keine Diagnosen stellte (Urk. 7/106/38). Dies überzeugt aber nicht, wie die Gutachter des G.\_\_\_\_ zu Recht festgestellt haben. Denn zum einen klagte die Versicherte über Beschwerden, die objektiv nicht nachvollziehbar waren, bei gleichzeitig vorliegenden erheblichen emotionalen Konflikten und psychosozialen Problemen. Sodann stand die Beschwerdeführerin unter psychopharmakologischer Medikation und in psychiatrischer Therapie (Urk. 7/106/33), Umstände, die der damalige Gutachter überhaupt nicht würdigte. Dr. K.\_\_\_\_ vom G.\_\_\_\_ hingegen nahm diesen Verlauf der psychischen Befindlichkeit in seinem Gutachten auf, vermochte gleichzeitig zu vermelden, dass die Befunde remittiert seien; deshalb diagnostizierte er eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (Urk. 3/5 S. 76).

Bei der Beschwerdeführerin mündete somit die anfänglich diagnostizierte Distorsion der Halswirbelsäule (Urk. 7/165/160) in eine chronifizierte

Schmerzproblematik, wie dies das Bundesgericht auch in anderen Fällen mehrfach festgestellt hat (BGE 136 V 279 E. 3.2.2). Es ist auch vorliegend deshalb zu prüfen, ob die bei der Beschwerdeführerin diagnostizierte Schmerzverarbeitungsstörung invalidisierend ist, unabhängig davon, ob andere Ärzte bei gleicher Diagnose jeweils eine Arbeitsunfähigkeit attestiert hatten (Urteile des Bundesgerichts 9C\_850/2013 vom 12. Juni 2014 E. 3.2, 8C\_195/2008 vom 16. Dezember 2008 E. 6). Dabei gilt es zu prüfen, ob ausnahmsweise die Kriterien gegeben sind, die für eine Unüberwindbarkeit dieses Krankheitsbildes sprechen (sog. Foerster-Kriterien; vgl. oben E. 1.2). 3.2

Im Zeitpunkt der Begutachtung der Versicherten durch das G.\_\_\_\_ vermochte der psychiatrische Gutachter keine psychische Komorbidität festzustellen. Die Beschwerdeführerin zeigte sich zwar in ernster Stimmung, sie zeigte jedoch einen sich entwickelnden Antrieb und beim Berühren entsprechender Themen konnte sie emotional gut auftauen und die Stimmung war modulationsfähig, auch zeigte die Versicherte keine auffälligen mnestischen Funktionen (Urk. 3/5 S. 59). Der Gutachter sprach deshalb in Anbetracht der Vorgeschichte der Beschwerdeführerin von einer rezidivierenden depressiven Störung, die allerdings im Zeitpunkt der Begutachtung remittiert war (ICD-10 F33.4; Urk. 3/5 S. 60). Anlässlich der Hospitalisierung in der Klinik L.\_\_\_\_ am 29. März 2005 wurden neben einem zephalo-zervikalen Schmerzsyndrom, einer Somatisierungsstörung auch depressive Stimmungsschwankungen ärztlich festgestellt, es konnte jedoch bereits während des Aufenthalts eine Verbesserung der Situation erreicht werden (Urk. 7/165/51). Auch die Ärzte der M.\_\_\_\_ hielten im Bericht vom 3. März 2007 eine depressive Störung fest (Urk. 7/165/413). Die Versicherte befand sich sodann vom 5.

Januar bis 3. April 2009 in einem teilstationären Aufenthalt in der psychiatrischen Tagesklinik des N.\_\_\_\_, wo die Ärzte damals von einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F33.1) ausgingen und verschiedene psychosoziale Belastungsfaktoren erwähnten (Urk. 7/119). Ebenfalls von einer mittelgradigen depressiven Episode gingen die Ärzte der Privatklinik F.\_\_\_\_ während des Aufenthalts der Versicherten dort während der Zeiträume vom 20. Januar bis 8. April 2011 und vom 17. April bis 3. Mai 2011 aus (Urk. 7/160/3), wohin sich die Versicherte begeben hatte, nachdem ihre langjährige Partnerschaft zerbrochen war (Urk. 7/160/4), ebenso wie der von der Versicherten aufgesuchte psychiatrische Privatgutachter Dr. med. A.\_\_\_\_ im Gutachten vom 3. Mai 2009 (Urk. 7/124/15 ff.). Mittelgradige depressive Episoden stellen nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts keine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depressionen im Sinne eines verselbständigten Gesundheitsschadens dar, die es der betroffenen Person verunmöglichten, die Folgen der Schmerzstörung zu überwinden (Urteile des Bundesgerichts 9C\_736/2011 vom 7. Februar 2012 E. 4.2.2.1, 9C\_803/2008 vom 29. Mai 2009 E. 5.3.2 mit Hinweisen; SVR 2011 IV Nr. 57 S. 171, 8C\_958/2010 E. 6.2.2.2). Gerade der Verlauf bei der Beschwerdeführerin zeigt die schwankenden Perioden auf, indem die depressiven Episoden fluktuierend und nicht anhaltend gleichbleibend waren. Auch die weitere gestellte psychiatrische Verdachtsdiagnose einer hyperkinetischen Störung (ICD-10 F.90.1) stellt keine relevante selbständige Komorbidität dar, zumal diese Diagnose vor allem rückblickend für vergangene Zeiträume gestellt wurde und der psychiatrische Gutachter nur noch von geringfügigen Residualbeschwerden sprach (Urk. 3/5 S. 67). Gesamthaft ist zu folgern, dass bei der Versicherten keine psychisch ausgewiesene Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer vorhanden war oder ist, die die somatoforme Schmerzstörung als unüberwindbar erscheinen liesse.

Auch das Kriterium der chronischen körperlichen Begleiterkrankung ist nicht erfüllt. Denn die Beschwerdeführerin leidet an keiner objektivierbaren chronischen somatischen Erkrankung, wobei als solche nicht gerade jenes Leiden gelten kann, welches die Beschwerden aufrechterhält (Urteil des Bundesgerichts 9C\_709/2009 vom 14. Dezember 2009 E. 4.1.4).

Hinsichtlich ihres sozialen Lebens ist anzuführen, dass die Beschwerdeführerin kurz vor dem Unfall eine neue Lebensgemeinschaft mit einem Mann eingegangen war, die während der Dauer der Rekonvaleszenz vom Unfall und bis 2010 dauerte. Die Versicherte pflegte daneben auch Kontakt zu den Kindern dieses Mannes, sie hatte und hat noch immer Kontakt und Unterstützung durch eine langjährige Freundin (Urk. 3/8) und ihre Eltern und pflegt auch Kontakt zu ihrem Sohn (Urk. 3/5 S. 30, 55). Auch nach dem Beziehungsabbruch zu diesem Lebenspartner aufgrund von dessen Aussenbeziehungen blieben die übrigen Kontakte bestehen (Urk. 3/6 S. 61). Auch wenn die Versicherte, wie sie darlegte, einige ihrer früheren Hobbies wie Skifahren, Motorradfahren, Wandern und Werken nicht mehr ausübt (Urk. 3/5 S. 30), kann nicht gesagt werden, dass ein Rückzug der Versicherten in allen Belangen des Lebens besteht. Weiterhin vermag sie die erwähnten Beziehungen zu pflegen, auch in die Ferien zu fahren, und sie hat ein kleines Pensum in einer O.\_\_\_\_-Organisation als Sitzwache inne (Urk. 3/5 S. 31). Diese in verschiedenen Bereichen nach Aussen tretenden Verhaltensweisen sind entscheidender als die von Bekannten beschriebenen Veränderungen der Beschwerdeführerin in den einzelnen Beziehungen, die zudem auch unterschiedlich wahrgenommen wurden. So spricht eine der

Kolleginnen von Wesensveränderungen der Beschwerdeführerin seit dem Unfall, während die andere die Beziehung selber als unverändert schildert ( Urk. 3/8, 3/10 ).

Das Vorliegen des Kriteriums eines therapeutisch nicht mehr angehbaren inner seelischen Verlaufs einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung ( primärer Krankheitsgewinn )

wurde von Dr. K.\_\_\_\_ mit dem Hinweis auf den zwar chronischen, mehrjährigen, jedoch nicht immer gleich bleibenden, sondern unter Zuhilfenahme einer psychiatrischen Behandlung fluktuierenden Verlauf ausdrücklich verneint ( Urk. 3/5 S. 69). Dem ist zu zustimmen. Der Gutachter hielt dafür, dass bei gezeigter Motivation durch die Versicherte eine integrativ-psychiatrische Behandlung empfehlenswert wäre, um mit diesen medizinischen Massnahmen zu einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit zu gelangen ( Urk. 3/5 S. 95). Indem die Versicherte zuletzt nurmehr in hausärztlicher Therapie stand, kann nicht gesagt werden, dass sie die therapeutischen Möglichkeiten ausgeschöpft hat.

Im Lauf der Zeit nach dem Unfall hatte sich die Beschwerdeführerin in verschiedene Therapien begeben. Dabei waren deren Ergebnisse teilweise vielversprechend. So verlief der stationäre Aufenthalt vom 29. März bis 13. Mai 2005 in der Klinik L.\_\_\_\_ durchaus erfreulich, indem die Ärzte festhielten, der Chronifizierungsprozess habe durch Perspektivenverlagerung und Aktivierung aufgehalten werden können, und empfahlen, dass die Versicherte sowohl die Psychotherapie als auch das körperliche Eigentaining (wie beispielsweise Nordic Walking, Ergometer) fortsetzen solle ( Urk. 7/165/53). In der Folge gelang der berufliche Wiedereinstieg nicht wie gewünscht. Denn einem Arbeitsversuch in der Administration einer Schreinerei ab 22. Juni bis 1. Dezember 2005 folgte ab 1. Dezember 2005 eine Anstellung als Büroangestellte in einem Pensum von zwischen 20 und 30 % ( Urk. 3/6). Ab 13. September 2006 wurde die Versicherte von ihrem Hausarzt wieder zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben (vgl. Urteil des Sozialversicherungsgerichts im Verfahren UV.2008.00231 vom 23. Februar 2010 S. 6). In der daraufhin aufgesuchten M.\_\_\_\_ wurde eine passive Schmerzbewältigungsstrategie (Entspannungstrainings) notiert ( Urk. 7/165/413), erneut wurde unter anderem eine aktive Therapieform für die Bewältigung der Schmerzen empfohlen. Nach Erhalt der Kündigung im Dezember 2007 ( Urk. 3/7) erfolgte kein Arbeitsversuch durch die Versicherte mehr, obwohl anlässlich der Untersuchung in der M.\_\_\_\_ im Frühjahr 2008 ( Urk. 7/165/311) und auch im

Z.\_\_\_\_ im Jahr 2008 keine erheblichen Befunde erhoben worden waren ( Urk. 7/106). Erst ab März 2011 übernahm sie wieder ein kleines Pensum als Seniorenbetreuerin ( Urk. 7/166/13). Die Ärzte des G.\_\_\_\_ wiesen in ihrem Gutachten auf die Diskrepanz zwischen den von der Versicherten angegebenen Schmerzen, den fehlenden objektivierbaren Befunden und den von der Versicherten geltend gemachten Auswirkungen im beruflichen und sozialen Alltag hin ( Urk. 3/5 S.

79), die in der Tat nicht einleuchten. Bei dieser Sachlage kann nicht davon gesprochen werden, dass unbefriedigende Ergebnisse vorliegen von konsequent durchgeführten Behandlungen (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) und gescheiterten Rehabilitationsmassnahmen, obwohl sich die Versicherte motiviert gezeigt und Eigenanstrengungen vorgenommen hat (BGE 132 V 65 E. 4.2.2 ; 130 V 352 E. 2.2.3 ). 3.3

Mangels Vorliegens der Foerster Kriterien ist somit auch gesamthaft davon auszugehen, dass die somatoforme Schmerzstörung überwindbar ist und daher nicht als invalidisierend im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG gelten kann. Die Beschwerdeführerin hat einen Anspruch

auf eine Invalidenrente zu Recht verneint. Die Beschwerde ist demzufolge abzuweisen. 4.

Das Verfahren ist kostenpflichtig ( Art. 69 Abs. 1 bis IVG), ausgangsgemäss sind die Kosten im Betrag von Fr. 700. -- der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt Rechtskraft zuge stellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Luzius Hafner -  
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, zuzu stellen.

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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die Vorsitzende Der Gerichtsschreiber Grünig Klemm

#### **E. 4**

Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, 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.

#### **E. 7**

ATSG in der bis Ende 2007 gültig gewesenen, hier anwendbaren Fassung).

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