

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00209 vom 29. Dezember 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-12-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2009.00209

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00209 du 29 décembre 2009

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00209 del 29 dicembre 2009

Erwägungen

E. 1

1.1 Der Beurteilung sind jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen, die bei Erlass des angefochtenen Entscheids respektive im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 467 Erw. 1, 126 V 136 Erw. 4b, je mit Hinweisen). Der Rentenanspruch für die Zeit bis am 31. Dezember 2007 ist damit aufgrund der bisherigen und nicht nach den neuen, mit der 5. IV-Revision geänderten Normen zu prüfen.

1.2 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts; ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 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. 7 ATSG).

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 50 Erw. 1.2 mit Hinweisen).

1.3 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent Anspruch auf eine ganze Rente.

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

Wird vom Zeitpunkt des Verfügungserlasses an rückwirkend eine Rente zugesprochen und diese für eine weitere Zeitspanne gleichzeitig herabgesetzt oder aufgehoben, so sind nach der Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen analog anwendbar (BGE 133 V 263 Erw. 6.1 mit Hinweisen). Nach Art. 41 IVG (seit 1. Januar 2003: Art. 17 Abs. 1 ATSG) ist eine Rente für die Zukunft entsprechend zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben, wenn sich der Grad der Invalidität der Person, die eine Rente bezieht, in einer für den Anspruch erheblichen Weise ändert. Setzt die Verwaltung bei der Leistungszusprechung die Rente nach Massgabe der Veränderung des Invaliditätsgrades rückwirkend herab oder hebt sie sie auf, richtet sich der Zeitpunkt der Rentenherabsetzung bzw. -aufhebung rechtsprechungsgemäss nach Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; BGE 125 V 417 f. Erw. 2d, 109 V 125, 106 V 16). Danach ist bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen oder bei einer Verminderung der Hilflosigkeit oder des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwandes die anspruchsbeeinflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit andauern wird; sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird (BGE 109 V 126 f. Erw. 4a; AHI 2001 S. 159 f. Erw. 1 und S. 278 Erw. 1a, 1998 S. 121 Erw. 1b, ZAK 1990 S. 518 Erw. 2 mit Hinweis).

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 261 Erw. 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 Erw. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 Erw. 4b.cc).

1.5 Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist 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 auseinander setzt - 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 prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmglichchen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 Erw. 5.1; 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.).

2. Die Beschwerdeführerin begründet die befristete Rentenzusprechung damit, dass die Beschwerdeführerin ab Januar 2005 in ihrer Arbeitsfähigkeit erheblich eingeschränkt gewesen sei und einer Erwerbstätigkeit mit einem Pensum von zunächst lediglich 50 % und ab Mitte 2006 von 70 % nachgehen könne. Gestützt darauf ermittelte sie aufgrund der statistischen Daten der Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (LSE) einen Invaliditätsgrad von 50 % beziehungsweise 28 % ab Mitte 2006 (Urk. 2 S. 5).

 Demgegenüber stellt sich die Beschwerdeführerin auf den Standpunkt, angesichts des Unfallhintergrundes hätte im Rahmen der interdisziplinären Begutachtung im Y.____ auch ein orthopädisch-traumatologisches Teilgutachten erstellt werden müssen. Weiter rügte sie verschiedene Mängel im Y.____-Gutachten vom 14. April 2008 (Urk. 1 S. 3 ff.).

E. 3

3.1 Den medizinischen Vorakten kann entnommen werden, dass die Beschwerdeführerin am 25. Januar 2005 einen Verkehrsunfall mit seitlichem Aufprall erlitt. Seither klagt sie über persistierende Schmerzen im Bereich der Halswirbelsäule (HWS). In den konventionell-radiologischen HWS-Funktionsaufnahmen vom 11. Februar 2005 fanden sich eine leichte dynamische Translationsbewegung zwischen C3 und C4, möglicherweise einer leichten Instabilität entsprechend, jedoch keine Hinweise für eine Fraktur (Urk. 7/9 S. 14). Am 8. März 2005 erfolgte eine konventionell-radiologische Verlaufskontrolle der HWS, wo eine diskrete Retrolisthesis von HWK3 und HWK4 sowie in Reklination auch von HWK5 bestand, allerdings mit regelrechtem Ventralgleiten bei der Inklination. Es fand sich kein Nachweis einer signifikanten Instabilität oder Fraktur (Urk. 7/9 S. 15). Dr. med. Z.____, Facharzt für Neurologie, diagnostizierte im Bericht vom 17. März 2005 ein posttraumatisches cervicocephales Schmerzsyndrom bei Status nach berdehnungstrauma der HWS. Klinisch fand er eine verdickte und druckdolente Nacken- und Schultermuskulatur. Die neurologische Untersuchung war hingegen unauffällig. Aufgrund seiner Befunde attestierte er der Beschwerdeführerin bis mindestens Mitte April 2005 eine volle Arbeitsunfähigkeit und empfahl eine körperliche Schonung (Urk. 7/9 S. 5 ff.).

 Am 13. Januar 2006 erfolgte auf Veranlassung von Hausarzt Dr. med. A.____, Facharzt für Allgemeine Medizin, ein MRI der HWS, in der sich bis auf eine Streckhaltung derselben und leichte posteriore Spondylose auf Höhe HWK3/4 und HWK4/5 kein Nachweis einer posttraumatischen Diskushernie und auch keine

posttraumatische Dislokation oder Fraktur darstellte (Urk. 7/9 S. 13). Anlässlich einer Verlaufskontrolle bei Dr. Z. ___ am 10. Februar 2006 bestand eine erhebliche Einschränkung der HWS-Beweglichkeit, insbesondere für die Reklination und die Kopffrotation sowie die Kopfneigung nach rechts. Neurologische Auffälle waren allerdings nach wie vor nicht nachweisbar. Dr. Z. ___ empfahl eine stationäre Behandlung in der Klinik B. ___ (Urk. 7/9 S. 8 ff.).

3.2. Dr. A. ___ diagnostizierte im Bericht vom 17. März 2006 ein cervicocephales Schmerzsyndrom bei Status nach HWS-Distorsion und attestierte der Beschwerdeführerin in ihrer Tätigkeit als Reinigerin eine volle Arbeitsunfähigkeit vom 25. Januar 2005 bis auf weiteres (Urk. 7/9 S. 1 ff.).

3.3. Vom 25. April 2006 bis 22. Mai 2006 wurde die Beschwerdeführerin in der Klinik B. ___ hospitalisiert, wo man einen Status nach HWS-Distorsionstrauma mit chronifiziertem cervicocephalem Schmerzsyndrom und eine reaktive Depression diagnostizierte. Trotz der guten Motivation liessen sich während der Hospitalisation nur langsame Fortschritte erzielen. Bei Austritt war der funktionelle Torticollis jedoch praktisch vollständig regredient. Aus psychologischer Sicht verzichtete man aufgrund der klar ersichtlichen reduzierten psychophysischen Belastbarkeit sowie der starken Beschwerdefixierung auf eine neuropsychologische Leistungsabklärung. Aus somatischer und neuropsychologischer Sicht attestierte man der Beschwerdeführerin eine volle Arbeitsunfähigkeit. Mittel- bis längerfristig erachtete man zumindest das Erreichen einer Teilarbeitsfähigkeit als möglich (Urk. 7/11).

3.4. Daraufhin nahm die Beschwerdeführerin eine Gesprächstherapie bei Dr. med. C. ___, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, auf, welche in ihrem Bericht vom 1. November 2006 keine psychiatrische Diagnose erwähnte. Sie attestierte der Beschwerdeführerin dennoch aufgrund der Schmerzen eine volle Arbeitsunfähigkeit als Reinigungsmitarbeiterin (Urk. 7/14).

3.5. In einem Verlaufsbericht des Neurologen Dr. Z. ___ vom 13. November 2006 wurden die Beschwerden bei einer erheblichen Bewegungseinschränkung im Bereiche der HWS als unverändert angegeben. Die neurologischen Befunde waren weiterhin unauffällig (Urk. 7/15 S. 2 ff.).

3.6. Anlässlich der Magnetresonanztomographie des Schädels vom 22. November 2006 fanden sich normale Befunde, ohne Hinweise auf eine posttraumatische Läsion (Urk. 7/16 S. 2).

3.7. Vom 17. Januar 2007 bis 15. März 2007 absolvierte die Beschwerdeführerin eine tagesklinische Rehabilitationsbehandlung im Zentrum D. ___. Dort wurden eine mittelgradige depressive Episode, eine Somatisierungsstörung, eine Adipositas und eine HWS-Distorsion diagnostiziert. Das kognitive Leistungsprofil (Aufmerksamkeit und Konzentration) erachtete man als beeinträchtigt. Im Laufe der Behandlung konnte eine Verbesserung der Depression beobachtet werden, währenddem die Schmerzen unverändert persistierten. Bei Austritt bestehe immer noch eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit und es empfehle sich eine ambulante psychotherapeutische Nachbehandlung, weshalb man eine ambulante Gruppentherapie sowie Einzeltherapie im Zentrum D. ___ fortführte (Urk. 7/26 S. 4 ff.).

3.8. Der von der Beschwerdeführerin konsiliarisch beigezogene Dr. med. E. ____, Facharzt für Chirurgie, Wirbelsäulenleiden, Schleudertrauma und orthopädische Traumatologie diagnostizierte im Bericht vom 13. Juni 2007 ein cervicocephales Syndrom mit Begleitschwindel und äusserte den Verdacht auf neuropsychologische Defizite bei Status nach Beschleunigungstrauma der HWS. Daneben diagnostizierte er ein lumbovertebrales Syndrom bei degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule (LWS) mit multisegmentaler Diskopathie sowie Instabilität L2/L3. Er attestierte der Beschwerdeführerin in der zuletzt ausgeführten Tätigkeit als Serviceangestellte aufgrund der belastungsabhängigen Beschwerden eine volle Arbeitsfähigkeit. In einer behinderungsangepassten, wechselbelastenden Tätigkeit erachtete er eine 50%ige Restarbeitsfähigkeit als medizinisch zumutbar (Urk. 7/26 S. 1 f.).

3.9. Im Y. ____-Gutachten vom 14. April 2008 wurden folgende Diagnosen gestellt (Urk. 7/30 S. 28 f.):

mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

1. Chronifiziertes, bewegungs- und belastungsabhängiges lumbosakrales Schmerzsyndrom mit/bei:

- erosiver Osteochondrose L5/S1

- beginnenden plurisegmentalen Chondrosen

- Diskushernie links mediolateral L3/L4 ohne Kontakt zur Nervenwurzel

- anamnestisch intermittierenden facettengelenksfortgeleiteten Schmerzen in beiden unteren Extremitäten

- deutlich dekonditionierter Muskulatur und konsekutiver Überbelastung des lumbosakralen Überganges bei anlagebedingt angetragtem steilem Kreuzbeinbasiswinkel

2. Leichte bis mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11)

ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

3. Intermittierende Missempfindungen am cervicothorakalen Übergang mit/bei:

- haltungsbedingter Überbelastung cervicothorakal

- inkonstant reproduzierbaren, zum Teil generalisierenden Weichteildysbalancen ohne Hartspannbildung, ohne Hinweis für eine Fibromyalgie

4. Adipositas Grad I nach WHO (BMI 31.2 kg/m²)

Weiter führte die Gutachter aus, die Beschwerdeführerin klagte über nach wie vor persistierenden Kopf-, Nacken- und Kreuzschmerzen, assoziiert mit psychischen Problemen. Die Rückenschmerzen seien andauernd von gleich bleibender Intensität, mit mehrmals täglich auftretenden Schmerzausstrahlungen in beide Beine, die bis zu einem Tag anhalten könnten und mit Gefühlsstörungen verbunden seien. Aus internistischer Sicht sei die Beschwerdeführerin voll arbeitsfähig (Urk. 7/30 S. 31).

Bei der rheumatologischen Untersuchung liessen sich deutliche degenerative Veränderungen im Sinne einer erosiven Osteochondrose L5/S1 objektivieren, was die dort lokalisierten Schmerzen bei Bewegung und Belastung erklären.

Die ¼brigen lumbalen degenerativen VerÄnderungen seien nicht so ausgeprÄgt und die magnetresonanztomographisch nachgewiesene Diskopathie sei ohne Hinweise f¼r eine radikulÄre Mitbeteiligung. Die cervicothorakalen Beschwerden seien bedingt durch die Fehlhaltung bei muskulÄrer Insuffizienz und konsekutiver Äberlastung cervicothorakal. Die Versicherte neige zu einer Weichteilgeneralisierung pan-/parathorakal und lumbal sowie in der SchultergÄrtelregion. Aus rheumatologischer Sicht bestehe f¼r die zuletzt ausgef¼hrte TÄtigkeit im Service respektive f¼r Reinigungsarbeiten aufgrund einer Osteochondrose L5/S1 eine andauernde 50%ige ArbeitsunfÄhigkeit. In einer behinderungsangepassten, wirbelsÄulenschonenden TÄtigkeit ohne repetitives Vorn¼berb¼cken und ohne repetitives Gewichtheben Äber 15 kg lasse sich aber keine EinschrÄnkung der ArbeitsfÄhigkeit rechtfertigen (Urk. 7/30 S. 32).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Bei der psychiatrischen Exploration zeige sich insgesamt eine affektlabile, zeitweise auch dysphorisch vorwurfsvolle Versicherte, die meist weinend Äber zerm¼rbende Schmerzen seit dem Autounfall vom 25. Januar 2005 klage. Im Einklang mit den Arztberichten der Klinik B.____ vom 26. Juni 2006 und des Zentrums D.____ vom 30. April 2007 sei anhand der aktuellen Untersuchungsbefunde von einer depressiven Symptomatik auszugehen. In diagnostischer Hinsicht wÄrden die ICD-Kriterien f¼r eine leicht- bis mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) erf¼llt. Die ICD-Kriterien f¼r eine SomatisierungsstÄ¶rung (Arztbericht des Zentrums D.____ vom 30. April 2007) beziehungsweise f¼r eine somatoforme SchmerzstÄ¶rung wÄrden hingegen bei der Versicherten gemÄss ICD-Klassifikation der WHO nicht erf¼llt. Es ergÄben sich keine Hinweise f¼r die hierf¼r verlangten relevanten psychosozialen Belastungsfaktoren oder innerseelischen Konflikte. Die bei der Versicherten durchaus bestehenden Somatisierungstendenzen seien als Teil der depressiven StÄ¶rung zu interpretieren, im Sinne eines damit einhergehenden somatischen Syndroms. Aus psychiatrischer Sicht lasse sich aktuell aufgrund der diagnostischen depressiven StÄ¶rung eine 30%ige EinschrÄnkung der ArbeitsfÄhigkeit f¼r jegliche TÄigkeiten rechtfertigen (Urk. 7/30 SJ. 32 f.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zusammenfassend und unter BerÄcksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde bestehe aktuell in den zuletzt ausgef¼hrten TÄigkeiten im Service und als Reinigungsangestellte global eine 50%ige EinschrÄnkung der ArbeitsfÄhigkeit seit Februar 2005. In einer behinderungsangepassten TÄigkeit bestehe aufgrund der psychiatrischen Problematik eine 30%ige EinschrÄnkung der ArbeitsfÄhigkeit. Aufgrund der vorliegenden Akten lasse sich die Auswirkung der psychiatrischen Problematik auf die ArbeitsfÄhigkeit auf Mitte 2006 (Austrittsbericht der Klinik B.____) zur¼ckdatieren (Urk. 7/30 S. 33 f.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Hinsichtlich der Diskrepanzen zu den fr¼heren Ärztlichen Beurteilungen und EinschÄtzungen f¼hrten die Gutachter aus, anders als in der EinschÄtzung von Dr. Z.____ vom 17. MÄrz 2005 sei infolge der cervicalen Problematik keine einschrÄnkende ArbeitsfÄhigkeit begr¼ndbar. Weiter bestÄnden keine Hinweise f¼r die im Zentrum D.____ diagnostizierte SomatisierungsstÄ¶rung. Auch sei die dort und von Dr. C.____ geschÄtzte 100%ige ArbeitsunfÄhigkeit nicht nachvollziehbar. Schliesslich sei die von Dr. E.____ postulierte InstabilitÄt L2/3 nicht nachweisbar (Urk. 7/30 S. 35 f.).

3.10Ä Ä Am 8. September 2008 nahmen die Therapeuten des Zentrums D.____ zum Y.____-Gutachten vom 14. April 2008 Stellung und bemÄngelten im Wesentlichen, dass

im Gutachten nur einige der zahlreichen depressiven Symptome der Beschwerdeführerin aufgeführt worden seien. Weitere Symptome seien jedoch in zum Teil starkem Ausmass vorhanden und führten zu einer beträchtlichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (so Müdigkeit, deutliche Aggressionen, Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen). Gegen die Qualität des Gutachtens spreche auch, dass unter den Diagnosen nur die Rücken-, nicht jedoch die Kopf- und Nackenschmerzen erwähnt seien, obwohl diese Beschwerden die Arbeitsfähigkeit massiv beeinträchtigten. Weiter liege eine beträchtliche Chronifizierung der Beschwerden vor, welche eine gegenwärtige und voraussichtlich auch eine zukünftige Arbeitstätigkeit verhindere. Laut ICD-10 würden für die Diagnose einer Somatisierungsstörung keine Hinweise auf psychosoziale Belastungsfaktoren oder innerseelische Konflikte verlangt. Die Beschwerdeführerin klagt seit über zwei Jahren über multiple und wechselnde körperliche Beschwerden. Die ständige Beschäftigung mit diesen Symptomen führe zu einem andauernden Leiden. Die Beschwerdeführerin könne kaum akzeptieren, dass es für diese Beschwerden keine ausreichende körperliche Ursache gebe. Sie leide darunter, keine Tagesstruktur zu haben und nichts mehr zum Lebensunterhalt ihrer Familie beitragen zu können, und fühle sich deswegen minderwertig. Sie sei durch ihre Beschwerden so stark eingeschränkt, dass sie zu 100 % arbeitsunfähig sei. Sie sei sehr schnell überfordert, könne nicht lange ohne Unterbruch stehen, sitzen oder gehen und ertrage weder Lärm noch Publikumsverkehr, da es dadurch zu einer Zunahme von Nervosität und Schmerzen komme. Diese Beschwerden verhinderten jegliche Arbeitstätigkeit (Urk. 7/51).

4. Gegen das Y.____-Gutachten vom 14. April 2008 wendet die Beschwerdeführerin ein, angesichts des Unfallhintergrundes hätte im Rahmen der interdisziplinären Begutachtung auch ein orthopädisch-traumatologisches Teilgutachten erstellt werden müssen (Urk. 1 S. 3). Dem ist zu entgegnen, dass sich die fachärztlichen Disziplinen der orthopädischen Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates beziehungsweise der Rheumatologie in verschiedenen Bereichen überschneiden. Denn die Rheumatologie beinhaltet auch interdisziplinäre Kenntnisse, insbesondere der inneren Medizin, Orthopädie, Neurologie und Neurochirurgie, der physikalischen Medizin und Rehabilitation, der psychosomatischen Medizin. Bei der Beschwerdeführerin liegen keine traumatischen, organisch nachweisbaren Beschwerden vor (Urk. 7/9 S. 13-15), was denn auch zur Einstellung der Leistungen des Unfallversicherers per 1. Januar 2007 mit rechtskräftiger Verfügung vom 6. Dezember 2006 führte (Urk. 7/17). Somit sind keine Gründe für Zweifel an der Befähigung des vom Y.____ beigezogenen rheumatologischen Konsiliararztes ersichtlich, die vorliegend bestehenden degenerativen Erkrankungen der Wirbelsäule und Weichteilbeschwerden (Urk. 7/9 S. 6, Urk. 7/11 S. 2, Urk. 7/15 S. 3) fachmedizinisch richtig zu beurteilen.

Hinsichtlich der Meinungsverschiedenheiten zwischen dem Y.____ und dem Zentrum D.____ bezüglich der Diagnose einer Somatisierungsstörung ist festzuhalten, dass das Bundesgericht die analoge Anwendbarkeit der im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze (BGE 130 V 352) bei der Würdigung des invalidisierenden Charakters einer undifferenzierten Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.1) und damit auch der eine auffallendere Symptomatik aufweisenden Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0) bejaht hat (Urteil vom 24. August 2009, 9C_340/2009, Erw. 3.4.2). Demnach begründet eine

Somatisierungsstörung als solche wie jede andere psychische Beeinträchtigung noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Umstände welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern und den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt (psychische Komorbidität, körperliche Begleiterkrankungen, chronifizierter Krankheitsverlauf, sozialer Rückzug, primärer Krankheitsgewinn, Behandlungsmisserfolg), liegen hier nicht im erforderlichen Ausmass vor.

Hinsichtlich der Kopf- und Nackenschmerzen ist festzuhalten, dass diese vom rheumatologischen Konsiliararzt sehr wohl als limitierend beurteilt, aber auf eine Fehlhaltung bei muskulärer Insuffizienz und konsekutiver cervicothorakaler Überlastung zurückgeführt wurden (Urk. 7/30 S. 23 und S. 32), was wohl erklärt, wieso bei der Festlegung der Arbeitsfähigkeit die nicht therapierbaren, degenerativen Veränderungen der lumbalen Wirbelsäule als im Vordergrund stehend angesehen wurden (Urk. 7/30 S. 34 f.).

Im Übrigen setzt sich das Y. ___-Gutachten vom 14. April 2008 mit den geklagten Beschwerden und den medizinischen Vorakten auseinander und leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge ein. Seine medizinischen Schlussfolgerungen lassen sich präzisierend nachvollziehen. Es erfüllt somit die von der Rechtsprechung aufgestellten Anforderungen an medizinischen Gutachten (vgl. BGE 122 V 160 Erw. 1c).

Hingegen sind die Berichte der behandelnden Ärzte aufgrund von deren auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zur versicherten Person mit Vorbehalt zu wärdigen (BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc). Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie den behandelnden Spezialarzt und erst recht für den schmerztherapeutisch tätigen Arzt mit seinem besonderen Vertrauensverhältnis und dem Erfordernis, den geklagten Schmerz zunächst bedingungslos zu akzeptieren (Urteil des Bundesgerichts vom 20. März 2006, I 655/05, Erw. 5.4 mit Hinweisen).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Beschwerdeführerin seit Februar 2005 als Service- oder Reinigungsangestellte nur noch zu 50 % arbeitsfähig ist. Eine den körperlichen Einschränkungen angepasste, wirbelsäulenschonende Tätigkeit ohne repetitives Vornüberbücken und ohne repetitives Gewichtheben über 15 kg ist ihr hingegen unter Berücksichtigung der sich seit Mitte 2006 auf die Arbeitsfähigkeit einschränkend auswirkenden psychiatrischen Problematik zu 70 % zumutbar (Urk. 7/30/32-34).

Hinsichtlich der erwerblichen Gewichtung der der Beschwerdeführerin verbliebenen Restarbeitsfähigkeit ging die Beschwerdegegnerin von den statistischen Daten der LSE aus. Das Valideneinkommen ermittelte sie für die Zeit bis Mitte 2006 anhand des Durchschnittslohnes von ungelernten Arbeitskräften im Gastgewerbe (LSE 2006 S. 25), also in der angestammten Tätigkeit der Versicherten. Weiter ging die IV-Stelle davon aus, die Beschwerdeführerin könnte bis Mitte 2006 trotz ihres Gesundheitsschadens noch die Hälfte dieses Pensums erfüllen, was zu einem Invaliditätsgrad von 50 % führte.

Die Zeit nach Mitte 2006 nahm die Beschwerdegegnerin an, der Beschwerdeführerin sei trotz ihrer gesundheitlichen Einschränkungen eine angepasste Tätigkeit im Sinne einer Hilfstätigkeit zu 70 % zumutbar und möglich, bezifferte das daraus erzielbare Einkommen ebenfalls gestützt auf die LSE und berücksichtigte beim Invalideneinkommen zusätzlich einen leidensbedingten Abzug von 10 %, was schliesslich einen Invaliditätsgrad von 28 % ergab, welcher den für die Zusprechung einer Rente notwendigen Invaliditätsgrad von 40 % klar unterschreitet (Urk. 2, Urk. 7/33 S. 2, Urk. 7/34 S. 5).

Diese Berechnungsweise ist korrekt und ist von der Beschwerdeführerin auch nicht gerügt worden, weshalb der errechnete Invaliditätsgrad von 50 % für die Zeit ab Ablauf der Wartezeit im Januar 2006 beziehungsweise von 28 % ab Juni 2006 nicht zu beanstanden ist.

Demzufolge hat die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine halbe Rente der Invalidenversicherung vom 1. Januar 2006 bis 30. September 2006 (Art. 88a Abs. 1 IVV), weshalb die angefochtene Verfügung vom 26. Januar 2009 zu Recht erging.

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 1'000.-- festzulegen und ausgangsgemäss von der Beschwerdeführerin zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG).

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Dr. Sonja Gabi
- 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.