

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01219 vom 30. September 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-09-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.01219

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01219 du 30 septembre 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01219 del 30 settembre 2016

Erwägungen

E. 1

Am 7. Januar 2014 meldete sich

X.____, geboren 1970, unter Hinweis auf die Folgen eines Auffahrunfalles vom 26. März 2013 bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 9/2). Die IV-Stelle tätigte medizinische und erwerbliche Abklärungen, wobei sie unter anderem die Akten des Unfallversicherers, der AXA Versicherungen AG, beizog.

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 22. Oktober 2014 einen Leistungsanspruch (Urk. 2 [= 9/40]).

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). Sie 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 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

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 so weit 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 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

E. 1.3

Eine fachärztlich (psychiatrisch) diagnostizierte anhaltende somatoforme

Schmerz störung

oder eine vergleichbare Störung ohne erkennbare organische Ursache begründet als solche noch keine Invalidität. Nach der bisherigen Rechtsprechung bestand eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Danach konnten bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügte. Ob ein solcher Ausnahmefall vorlag, entschied sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien

(BGE 130 V 352, 131 V 49 E. 1.2, BGE 139 V 547 E. 3).

E. 1.4

Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht seine bisherige Rechtsprechung zur Invaliditätsbemessung bei Schmerzstörungen ohne erkennbare organische Ursache und vergleichbaren psychosomatischen Leiden (BGE 130 V 352 und anschliessende Urteile) angepasst und festgehalten, dass die Invaliditätsbemessung stärker als bisher den Aspekt der funktionellen Auswirkungen zu berücksichtigen hat, was sich schon in den diagnostischen Anforderungen niederschlagen muss. An die Stelle des bisherigen Kriterienkatalogs (bei anhaltender somatoformer Schmerzstörung und vergleichbaren psychosomatischen Leiden) treten im Regelfall beachtliche Standardindikatoren. Diese lassen sich in die Kategorien Schweregrad und Konsistenz der funktionellen Auswirkungen einteilen. Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur. Die Anerkennung eines bestimmten Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es da ran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweispflichtige versicherte Person zu tragen (E. 6).

Die im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren, welche nach gemeinsamen Eigenschaften systematisiert werden können, umschreibt das Bundesgericht in BGE 141 V 281 wie folgt: - Kategorie „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3) - Komplex „Gesundheitsschädigung“ (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder – resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2) - Komplex „Sozialer Kontext“ (E. 4.3.3) - Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanagnostisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2) . 2.

Während die IV-Stelle im angefochtenen Entscheid erwog, es sei kein dauerhafter, IV-relevanter Gesundheitsschaden ausgewiesen, weshalb kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung bestehe (Urk. 2), brachte die Beschwerdeführerin vor, bis am 28. Februar 2014 sei sie vollständig arbeitsunfähig gewesen. Seither sei sie zu 70 %

arbeitsunfähig . Es bestehe somit ein Anspruch auf Durchführung von beruflichen Massnahmen. Im Übrigen sei der medizinische Sachverhalt ungenügend abgeklärt worden. Zur Beurteilung ihres Gesundheitszustandes sei eine polydisziplinäre Untersuchung zu veranlassen . Ausserdem machte die Beschwerdeführerin geltend, es liege eine Rechtsverweigerung vor, da die Beschwerdegegnerin die angefochtene Verfügung nicht ausreichend begründet habe (Urk. 1 /1). 3.

Einleitend ist auf die Rüge der Beschwerdeführerin, die Beschwerdegegnerin habe die Verfügung vom 22 . Oktober 2014 nicht ausreichend begründet, einzugehen.

Gemäss Art. 49 Abs. 3 ATSG sind Verfügungen, wenn sie den Begehren der Parteien nicht voll entsprechen, zu begründen. Die Begründungspflicht folgt aus dem Anspruch auf rechtliches Gehör und stellt keinen Selbstzweck dar. Der Anspruch auf rechtliches Gehör verlangt, dass Entscheidungen sachgerecht angefochten werden können. Hiefür muss dem Betroffenen bekannt sein, von welchen Überlegungen sich die Behörde hat leiten lassen und worauf sie ihren Entscheid stützt. Soweit eine Verfügung sachgerecht angefochten werden kann, liegt somit keine Verletzung der Begründungspflicht vor (BGE 134 I 83 E. 4.1 mit Hinweisen; vgl. dazu auch Kieser , ATSG-Kommentar. 2. Auflage, Zürich /Basel/Genf 2009, N 38 zu Art. 49).

Die Überlegungen der Beschwerdegegnerin zur Verneinung des Leistungsanspruches wurden in der angefochtenen Verfügung summarisch dargestellt. Trotz der knappen Begründung konnte die Beschwerdeführerin erkennen, aufgrund welcher Überlegungen die Beschwerdegegnerin entschied , nämlich, dass die Beschwerdegegnerin einen Leistungsanspruch mit der Begründung verneinte, es bestehe keine dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Eine sachgerechte Anfechtung war daher möglich. Eine Verletzung der Begründungspflicht und damit des Anspruchs der Beschwerdeführerin auf rechtliches Gehör liegt somit nicht vor . 4 . 4.1

Med. pract . Y.____ , Assistenzärztin Chirurgie am Z.____ , welche die Beschwerdeführerin nach dem Unfallereignis vom 26. März 2013 behandelte, hielt im Dokumentationsfragebogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma vom 26. März 2013 fest, die Befragung zum Unfallablauf habe keine Anhaltspunkte für eine Bewusstlosigkeit, eine Gedächtnislücke oder eine Angst- oder Schreckreaktion ergeben. Nach dem Unfall seien Kopf- und Nackenschmerzen, Schwindel, Übelkeit, jedoch ohne Erbrechen, sowie Müdigkeit aufgetreten. Die Patientin habe angegeben, bereits vor dem

erneuten Unfall unter behandlungsbedürftigen Beschwerden im Bereich des Kopfes und des Nackens gelitten zu haben. Bei der Untersuchung der Halswirbelsäule seien bei der Flexion, Extension sowie der Rechts- und Linksdrehung Schmerzen beklagt worden. Ausserdem sei es zu Druckschmerzen im Bereich des Kopfes/Nackens sowie zu Ruheschmerzen gekommen. Die Kopfdrehung sei mit 45 Grad beidseits eingeschränkt gewesen. Der Kinn-Sternum-Abstand habe bei Flexion 10 cm, bei Extension 15 cm betragen. Die neurologische Untersuchung habe keine pathologischen Befunde gezeigt und die Röntgenuntersuchungen der Halswirbelsäule und die Densaufnahme

transbuccal hätten unauffällige Verhältnisse zur Darstellung gebracht . Med. pract . Y.____ diagnostizierte ein HWS-Distorsionstrauma Grad II (gemäss QTF-Klassifikation) und hielt dafür, die zumutbare Arbeitsintensität betrage 100 % (Urk. 9/9/43-45).

Im Bericht des Z.____ vom 31. März 2013 wurde sodann festgehalten, dass es bereits im Jahr 1998 zu einem Autounfall gekommen sei, worauf eine Versteifung bei C5/6 vorgenommen worden sei. Ausserdem wurde mitgeteilt, nach dem Unfall vom 26. März 2013 sei der Patientin eine stationäre Aufnahme zur Analgesie empfohlen worden, was diese jedoch – sowie jegliche Medikation – abgelehnt habe. Die Patientin habe mitgeteilt, sich weiterhin von ihrem Chiropraktiker behandeln zu lassen (Urk. 9/9/40). 4.2

Der Hausarzt der Beschwerdeführerin, Dr. A.____, Praktischer Arzt, teilte mit Bericht vom 29. April 2013 (Urk. 9/9/46) mit, die Beschwerdeführerin leide unter Nackenschmerzen, Schwindel sowie einer eingeschränkten Konzentration. Seit dem 26. März 2013 bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Bei der Frage nach der gegenwärtigen Behandlung notierte Dr. A.____ „Schonung“ und empfahl die Durchführung eines neurologischen Konsils. 4.3

Der behandelnde Chiropraktiker, Dr. B.____, berichtete am 3. Mai 2013 (Urk. 9/9/38-39), dass es zwischen dem 27. März und dem 26. April 2013 unter chiropraktischer und osteopathischer Behandlung zu keiner Verbesserung gekommen sei. Seit dem 26. April 2013 sei die Behandlung bei ihm abgeschlossen, da keine funktionellen Blockierungen mehr vorliegen würden. Die Beschwerdeführerin sei zurzeit zu 50 % arbeitsunfähig. 4.4

Am 3. und 18. Juni 2013 fand eine neurologische sowie eine neuropsychologische Abklärung im C.____, statt (Bericht von lic. phil. D.____, Neuropsychologin, vom 10. Juni 2013 [Urk. 9/9/34-37], Bericht von Dr. med. E.____, Neurologie FMH, vom 6. August 2013 [Urk. 9/9/32-33]). Im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchungen fand sich testpsychologisch eine leichte bis mittelstarke Minderleistung in der semantischen Wortflüssigkeit. Die restlichen erhobenen kognitiven Funktionen befanden sich alle im unteren bis oberen Durchschnittsbereich. Die Neuropsychologin hielt fest, die neuropsychologischen Befunde, bestehend aus psychometrischen Befunden und klinischer Beobachtung, würden einem kognitiven Normalbefund entsprechen. Anzumerken sei jedoch, dass die Belastbarkeit der Beschwerdeführerin deutlich reduziert gewesen sei. Die Beschwerdeführerin habe die Aufgaben zwar normgerecht lösen können, jedoch während der Untersuchung immer wieder kleine Pausen benötigt. Die Beschwerdeführerin habe dabei über Übelkeit, Müdigkeit, Kopfschmerzen und Aussetzer geklagt. Das Lösen der Aufgaben am Tisch sowie das Bearbeiten von computergestützten Aufgaben seien für sie schlecht möglich gewesen. Die reduzierte Belastbarkeit könne einen negativen Einfluss auf die Gesamtleistungsfähigkeit haben. Für den Wiedereinstieg in die Arbeit sei ein therapeutischer Arbeitsversuch empfehlenswert (Urk. 9/9/37).

Dr. E.____ hielt mit Bericht vom 6. August 2013 fest, die klinischen neurologischen und neuropsychologischen Untersuchungsbefunde seien normal gewesen. Die während der neuropsychologischen Untersuchung beobachtete verminderte Belastbarkeit illustrierte die von der Beschwerdeführerin angegebene rasche Ermüdbarkeit und sei zusammen mit dem erhöhten Schlafbedürfnis, den intermittierenden Blackouts und Zitteranfällen, sowie einem bewussten Meiden alltäglicher Umweltreize, suggestiv für eine komplexe Verarbeitung des Unfallgeschehens. Dr. E.____ empfahl eine psychiatrische Mitbeurteilung der Frage nach einer posttraumatischen Belastungsstörung und hielt dafür, in Zusammenarbeit mit dem beurteilenden Psychiater könnte die Beschwerdeführerin von einer Psychotherapie, gegebenenfalls auch vom Einsatz eines Antidepressivums, profitieren. Aus neurologischer und neuropsychologischer Sicht sei ein Wiedereinstieg in die Arbeit, zunächst mit einem Pensum von 30 % realistisch, wobei das Pensum nach Massgabe des Verlaufs schrittweise

angepasst werden könne (Urk. 9/9/33). 4.5

Gegenüber der Aussendienstmitarbeiterin des Unfallversicherers klagte die Beschwerdeführerin am 19. Juni 2013 über Kopfweh, Übelkeit, Schwindel, Konzentrationsschwierigkeiten, Lichtempfindlichkeit, ausgeprägte Müdigkeit, Aussetzer und Zittern. Auf die Frage nach aktuell durchgeführten Behandlungen teilte die Beschwerdeführerin mit, es fänden keine Therapien statt. Sie nehme stattdessen Vitamine ein, welche sie von Dr. A.____ erhalte. Vitamin D erhalte sie, damit keine psychischen Beschwerden entstünden. Medikamente nehme sie keine ein. Sie habe ausserdem in der Apotheke Spagyrik sowie Magnesium und Calcium geholt (Urk. 9/1/9). 4.6

Dr. A.____ berichtete am 5. September 2013, die Beschwerdeführerin klagte über Kopfschmerzen, Schwindel, Brechreiz, ein ausgeprägtes Schlafbedürfnis, eine andauernde Müdigkeit und Erschöpfung, Konzentrationsmangel, einen wirren Kopf, Sehprobleme, ein verlangsamtes Denken und Handeln sowie über Gleichgewichtsstörungen. Sie vertrage keinen Stress und nicht viele Leute und könne weder während langer Zeit einem Gespräch folgen noch selber sprechen. Als Diagnosen nannte er eine segmentale Dysfunktion der Halswirbelsäule in mehreren Etagen mit Einbezug der Kopfgelenke mit gestörter Beweglichkeit im Segment und Segment Schmerz, einen Schwindel, ein myofasziales Schmerzsyndrom der Halswirbelsäule und der mittleren Brustwirbelsäule, einen Zustand nach traumatischer Diskushernie bei C5/6 und einen Zustand nach Diskektomie und Spondylodese bei C5/6 (Urk. 9/9/26). Auf die Frage hin, welche Therapien seit dem Unfall vom 26. März 2013 durchgeführt worden seien, berichtete Dr. A.____ über Chiropraktik, Akupunktur, eine psychosomatische Energetik zur Stabilisierung der psychischen Situation sowie orthomolekulare Medizin zur Stabilisierung der körperlichen Situation. Er habe die Beschwerdeführerin vor einer Woche mit einem Akustikpointer behandelt, wobei er eine völlige Auflösung sämtlicher segmentaler Dysfunktionen habe erreichen können. Eine medikamentöse antidepressive Therapie lehne die Beschwerdeführerin aktuell ab (Urk. 9/9/27). 4.7

Dr. med. F.____, Facharzt FMH Neurologie, beratender Arzt des Unfallversicherers, nahm am 25. September 2013 zu den medizinischen Akten Stellung (Urk. 9/9/19 -22). In seiner Stellungnahme führte er aus, die geklagten Beschwerden seien vollkommen unspezifisch. Spannungstypkopfschmerzen seien vom Neurologen Dr. G.____ bereits im März 2009 diagnostiziert worden. Dass zwischen diesen und dem ersten Unfall ein Kausalzusammenhang bestehe, sei höchstens möglich, nicht jedoch überwiegend wahrscheinlich. Eine Unfallkausalität zum zweiten Unfall sei nicht gegeben. Die Schwindelbeschwerden seien sehr unscharf umschrieben und würden auch sehr inkonstant auftreten. Diese Beschwerden dürften einem phobischem Schwankschwindel entsprechen und seien ebenfalls nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Folge des Unfalles vom 26. März 2013. Gemäss Literatur (Croft et al) sei bei einem HWS-Distorsionstrauma mit einem Kraftgrad Quebec Task-Force II - wie hier vorliegend - eine vollständige Abheilung innert 26 Wochen zu erwarten, mithin per 25. September 2013. Aus neurologischer Sicht würden keine abklärungsbedürftigen Beschwerden bestehen, welche zumindest mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 26. März 2013 zurückzuführen seien. Der Vorzustand sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit per 25. September 2013 erreicht. 4.8

Mit Bericht vom 19. November 2013 (Urk. 9/9/13-14) teilte Chiropraktiker Dr. B.____ mit, die Beschwerdeführerin sei vom 5. Juli 2012 bis am 25. März 2013 wegen Kreuzschmerzen bei ihm in Behandlung gewesen. Die Beschwerdeführerin habe sehr gut auf die Behandlungen reagiert und sei im März 2013 weitgehend beschwerdefrei gewesen. Die nach dem zweiten Unfall aufgetretenen Beschwerden hätten sich durch seine Behandlungen überhaupt nicht verbessert, weshalb er die Behandlung am 26. April 2013 sistiert habe. Nach weiteren Therapien beim Hausarzt habe ihn die Beschwerdeführerin am 9. September 2013 erneut konsultiert. Auch dieses Mal sei die Therapie jedoch insgesamt erfolglos geblieben. Aktuell versuche er, die Wirbelsäule im Segment C2/3 zu behandeln. 4.9

Eine in der H.____ durchgeführte MRI-Untersuchung der Halswirbelsäule vom 19. Dezember 2013 zeigte - abgesehen vom Status nach intercorporeller Fusion bei C5/C6 mit vollständigem Durchbau sowie einer subfusionellen Degeneration der Bandscheibe mit mediolinkslateraler Diskushernie C6/7 und Verlagerung der Wurzel C7 - normale Befunde. Das dargestellte Myelon war im gesamten Verlauf unauffällig (Urk. 9/9/10-11). 4.10

Die behandelnden Fachpersonen des I.____, wo die Beschwerdeführerin ab dem 22. Oktober 2013 in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung gestanden hatte, berichteten am 3. Februar 2014 (Urk. 9/38/19-21), die Beschwerdeführerin sei bewusstseinsklar und in allen vier Qualitäten orientiert, die Auffassung sei normal und die mnestischen Funktionen unauffällig bis auf gewisse Jahreszahlen, welche die Beschwerdeführerin in ihrer Biographie nicht abrufen könne oder wolle. Über Konzentrationsstörungen sei subjektiv berichtet worden. Insgesamt sei der for male Gedankengang kohärent, jedoch eingengt auf die Symptome und Folgen des Unfalls vom 26. März 2013. Sie diagnostizierten eine Anpassungsstörung auf das Unfallereignis vom 26. März 2013 (ICD-10 F43.2), DD eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1), sowie einen Verdacht auf eine gemischte Persönlichkeitsstörung mit Tendenz zu emotional-instabiler Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.31). Bei der Frage zur Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht hielten sie dafür, diese könne nicht beurteilt werden, ohne die körperliche Symptomatik miteinzubeziehen. Denn diese verlange nach neuen, flexiblen und angepassten Strategien. Diese zu entwickeln falle der Beschwerdeführerin aufgrund ihrer relativ starren Verhaltensmuster im Beziehungsverhalten (zwischen ängstlich-vermeidend und abhängig) schwer. Unter Berücksichtigung aller Faktoren sei die Arbeitsfähigkeit zurzeit bis auf weiteres nicht als gegeben zu beurteilen. Die Therapie sei im gegenseitigen Einverständnis beendet worden, da kein therapeutisches Bündnis habe installiert werden können. 4.11

Dr. A.____

attestiert mit Bericht vom 27. Februar 2014 (Urk. 9/13)

eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 25. April 2013 bis 28. Januar 2014 sowie eine solche von 70 % ab dem 1. März 2014. Er hielt dafür, es bestehe eine verminderte Konzentrationsfähigkeit, eine Licht- und Blendempfindlichkeit, ein vermehrtes Schlafbedürfnis, eine verminderte Kraft, ein sozialer Rückzug sowie Nackenbeschwerden (Urk. 9/13/6-7). 4.12

Im Bericht der J.____ vom 21. März 2014 (Urk. 9/38/10-12), wo die Beschwerdeführerin ab dem 17. Februar 2014 in psychotherapeutischer Behandlung stand, wurde festgehalten, die Beschwerdeführerin sei wach, bewusstseinsklar und allseits orientiert. Es bestünden keine

Hinweise auf Störungen von Aufmerksamkeit und Gedächtnis. Das Denken sei eingengt auf die gesundheitlichen Probleme. Es bestünden Hinweise auf eine depressive Symptomatik (Energieverlust, erhöhte Ermüdbarkeit, Gefühle von Schuld und Scham, vegetative Symptomatik). Die behandelnden Fachpersonen diagnostizierten einen Verdacht auf Neurasthenie (ICD-10 F48.0), akzentuiert durch die zweimalige Whiplashverletzung. Auf die Frage hin, was für eine Therapie aktuell durchgeführt werde, hielten sie fest, es fänden psychotherapeutische Gespräche statt. 4.13

Nachdem Dr. med. K.____, Facharzt Anästhesiologie, J.____, bei Verdacht auf spondylogene und radikuläre Schmerzen im Februar 2014 testweise Infiltrationen im Bereich der Wirbelsäule vorgenommen hatte (Urk. 9/38/13-18), teilte er mit Bericht vom 15. Mai 2014 (Urk. 9/38/7-8) mit, es bestehe ein unverändertes Beschwerdebild seit Beginn der Behandlung in der J.____. Ein zervikospondylogener Schmerz sowie ein spondylogener Kopfschmerz seien auszuschliessen. 4.14

Am 3. Juni 2014 nahm Dr. med.

L.____, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, beratender Arzt des Unfallversicherers, zu den medizinischen Akten Stellung (Urk. 9/38/2-4). Er führte aus, die in den Röntgenbildern des Z.____ vom 26. März 2013 gezeigte degenerativ veränderte Etage bei C6/7 sei Folge der Spondylodese bei C5/6. Die an eine Spondylodese anschliessende Etage zeige häufig vermehrte degenerative Veränderungen. Dabei handle sich um einen sogenannten „adjacent

level

disease“, welcher sich in den 15 Jahren seit der Spondylodese C5/6 ausgebildet habe. Dies sei in erster Linie ein radiologischer Befund, welcher nicht zwingend Beschwerden verursache. Bei der Erstuntersuchung im Z.____ hätten muskuläre Verspannungen bestanden, jedoch weder neurologische Ausfälle noch ossäre Läsionen festgestellt werden können. Auch Dr. E.____ habe im August 2013 normale neurologische Befunde erhoben. Am 4. September 2013 sei bei der Prüfung der Beweglichkeit der Halswirbelsäule (Anmerkung: vgl. Befunde des Hausarztes Dr. A.____, Urk. 9/9/29-30) in der Neutralstellung eine Rotation nach beiden Seiten von je 70 Grad möglich gewesen,

eine Rotation in maximaler Anteflexion und Retroflexion von je 40 Grad sowie eine Seitenneigung von je 40 Grad. Bei der Testung sei etwas Schwindel beklagt worden. Beim Messen des Kinn-Jugulum-Abstandes sei ein Vermeidungsverhalten wegen Schwindel angegeben worden. Dies kontrastiere allerdings mit den Angaben, wonach eine Rotation in maximaler Ante- und Retroflexion möglich gewesen sei und ein annähernd normaler Bewegungsausschlag erreicht worden sei. Die Versteifung eines Segments habe auf die Beweglichkeit der Halswirbelsäule nur einen geringen Einfluss. Anfangs September sei die Beweglichkeit der Halswirbelsäule frei gewesen. Die von der Beschwerdeführerin vorgebrachten Beschwerden würden sich nicht durch Befunde aus dem Fachgebiet der Orthopädie erklären lassen (Urk. 9/38/2-3).

Die MRI-Untersuchung der Halswirbelsäule vom 19. Dezember habe eine vollständig durchgebaute Spondylodese C5/6 sowie eine Degeneration der Etage C6/7 mit Diskushernie C6/7 mit Verlagerung der Wurzel C7 links gezeigt, jedoch keine Kompression, was auch den neurologischen Befunden entspreche. Die Befunde würden somit auf der orthopädischen Ebene keine Beschwerden zu erklären vermögen. Bei dieser

Ausgangslage seien in der J.____ testweise Infiltrationen durchgeführt worden, um herauszufinden, ob die Schmerzen sich so erklären liessen. Eine Beeinflussung der Beschwerden habe sich jedoch nicht ergeben, so dass diese Nerven als Ursache der Beschwerden nicht in Frage kämen. Störungen auf mechanischer Ebene, welche die Beschwerden erklären könnten, würden somit nicht vorliegen (Urk. 9/38/3).

Dr. L.____ hielt abschliessend fest, aus orthopädischer Sicht seien keine Folgen des Unfalles vom 26. März 2013 mehr vorhanden. Der Status quo sine sei per 25. September 2013 erreicht gewesen. Angesichts der geringen Energie bei der Kollision und der entsprechenden geringen Befunde ver - neinte Dr. L.____ eine verlängerte Heilungsdauer trotz Vorzustand (Urk. 9/38/3-4).

E. 2

Dagegen

erhob X.____ am 18. November 2014 Beschwerde (Urk. 1 /1-2) und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und die IV-Stelle

sei vorab anzuweisen, berufliche Massnahmen anzuordnen . Im Übrigen sei die Sache zur Durchführung einer polydisziplinären Begutachtung an die IV-Stelle zurückzuweisen, eventualiter sei ihr

gestützt auf die Aktenlage eine halbe Invalidenrente zuzusprechen

(Urk. 1 S. 1 f.). Mit Beschwerdeantwort vom 2

E. 3

Mit Verfügung vom 6. Juni 2014 hatte

der Unfallversicherer

die Versicherungsleistungen mangels Vorliegens weiterer Unfallfolgen per 15. Februar 2014 ein gestellt (Urk. 9/34), woran er mit Einspracheentscheid vom 10. April 2014 fest hielt . Mit heutigem Urteil wurde die von der Versicherten dagegen erhobene Beschwerde abgewiesen (Prozess-Nr. UV.201

E. 5

.00 080). 4.

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 5.1

Aus der

Stellungnahme von Dr. L.____

vom 3. Juni 2014 geht hervor, dass bei der Beschwerdeführerin kein organisches Korrelat für die geklagten Beschwerden gefunden werden konnte . Dr. L.____ setzte sich eingehend mit den in der Vergangenheit durchgeführten Untersuchungen auseinander (vgl. E. 4.14) . So ergaben sich weder anlässlich der neurologischen Untersuchung im Z.____ noch anlässlich der neurologischen Abklärung bei Dr. E.____ pathologische Befunde (vgl. E. 4.1 und 4.4) . Das im Dezember 2014 durchgeführte MRI brachte sodann zwar eine Diskushernie bei C6/7 zur Darstellung (E. 4.9). Dr. L.____ legte diesbezüglich jedoch

schlüssig dar, dass dieser Befund bei Fehlen einer Kompression und angesichts der unauffälligen neurologischen Untersuchungsergebnisse keine Beschwerden zu erklären vermöge. Schliesslich setzte sich Dr. L.____

auch mit den in der J.____ durchgeführten Infiltrationen auseinander, welche ohne Auswirkung auf die beklagten Beschwerden geblieben waren (E. 4.13) und kam zum Schluss, dass die entsprechenden Nerven daher nicht als Ursache der Beschwerden in Frage kämen und somit keine Störungen auf mechanischer Ebene vorliegen würden, welche die Beschwerden zu erklären vermöchten

(vgl. E. 4.14). In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass Schmerzen, Druckdolenz und klinisch feststellbare Bewegungseinschränkungen - wie sie von den behandelnden Ärzten beschrieben worden sind - für sich allein kein klar fassbares organisches Korrelat eines Beschwerdebildes zu begründen vermögen (vgl. etwa Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] U 9/05 vom 3. August 2005 E. 4; Urteile des Bundesgerichts U 354/06 vom 4. Juli 2007 E. 7.2, U 328/06 vom 25. Juli 200

E. 5.2

Aus psychiatrischer Sicht wurde von den behandelnden Fachpersonen im Psychotherapeutischen Ambulatorium eine Anpassungsstörung auf das Unfallereignis vom 26. März 2013 (ICD-10 F43.2), DD eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) sowie ein Verdacht auf eine gemischte Persönlichkeitsstörung mit Tendenz zu emotional-instabiler Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.31) diagnostiziert (vgl. E. 4.10). Diese Diagnosen konnten von den nach behandelnden Fachpersonen der J.____, wo die Beschwerdeführerin ab Februar 2014 in Behandlung stand, jedoch nicht bestätigt werden (vgl. E. 4.12). Bei der Anpassungsstörung handelt es sich denn auch um eine vorübergehende Störung (Urteil des Bundesgerichts 8C_322/2010 vom 9. August 2010 E. 5.2; vgl. auch Dilling / Mombour / Schmidt, Hrsg., Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, 9. Auflage, Bern 2014, S. 209) und

eine posttraumatische

Belastungsstörung kann definitionsgemäss nur anerkannt werden, wenn sie nach einem Ereignis mit aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmass auftritt, das bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde, wie beispielsweise nach einer Vergewaltigung, einer Folterung oder wenn man Zeuge eines gewaltsamen Todes wird (Urteile des Bundesgerichts 9C_775/2009 vom 12. Februar 2010 E. 4.1, 9C_671/2012 vom 15. November 2012 E. 4.3; vgl. auch die entsprechende Umschreibung in der ICD-10-Klassifikation, F43.1, in: Dilling / Mombour / Schmidt, a.a.O., S. 207). Diese Voraussetzung ist bei der vorliegenden Heckaufprallkollision vom 26. März 2013 nicht gegeben.

E. 5.3

Die behandelnden Fachpersonen der J.____

diagnostizierten einen Verdacht auf Neurasthenie (ICD-10 F48.0), akzentuiert durch die zweimalige Whiplash-Verletzung (E. 4.12).

Sowohl bei der Frage nach der invalidisierenden Wirkung einer Neurasthenie als auch einer Schleudertrauma-Verletzung der Halswirbelsäule ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle ist die Rechtsprechung zur anhaltenden somatoformen Schmerzstörung

(vgl. vorne E. 1.3 und E. 1.4) sinngemäss anwendbar (BGE 136 V 279, Urteil des Bundesgerichts 9C_662/2009 vom 17. August 2010 E. 2.3) , mithin ist zu prüfen, ob es Indikatoren gibt, welche die Überwindbarkeit der Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung verhindern könnten .

Unter dem Aspekt „funktioneller Schweregrad“ ist in Betracht zu ziehen, dass eine Neurasthenie nur dann zu diagnostizieren ist, wenn die mit ihr einhergehenden depressiven Symptome nicht anhaltend und schwer genug sind, um eine spezifischere Störung zu diagnostizieren (vgl. Dilling / Mombour /Schmidt, a.a.O., S. 236). Was das Schläudertrauma betrifft, so ist darauf hinzuweisen, dass die kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung des Personenwagens, in welchem sich die Beschwerdeführerin beim Unfall vom 26. März 2013 befand, lediglich 3,3 bis 7,6 km/h betrug (vgl. Urk. 10/A15/1 S. 9 im Verfahren UV.2015.00080) , es anlässlich dieses Unfalles weder zu einer Bewusstlosigkeit noch zu Gedächtnislücken kam, die Beschwerdeführerin nicht erbrechen musste, und die erste handelnde Ärztin im Z.____

bereits wieder eine Arbeitsintensität von 100 % für zumutbar erachtet e
(vgl. E. 4.1) .

Gegen einen hohen Schweregrad der diagnostizierten Leiden spricht auch die Tatsache, dass im Anschluss an den Unfall lediglich ambulante Therapien wie Chiropraktik, Akupunktur, Osteopathie, orthomolekulare und myofasziale Therapien sowie psychotherapeutische Gespräche durchgeführt wurden, wobei zeitweise überhaupt keine Therapien stattfanden und jegliche Medikation , insbesondere auch eine medikamentöse antidepressive Therapie, trotz ärztlicher Empfehlung , abgelehnt wurde

(vgl. E. 4.1, 4.5, 4.6) . Trotz empfohlener Arbeitsaufnahme durch Dr. E.____ anlässlich der Untersuchung im Juni 2013 (vgl. E. 4.4) sind sodann keine Anstrengungen der Beschwerdeführerin ersichtlich, nach der erfolgten Kündigung im Juni 2013 (Urk. 9/15) bis im März 2014 – als sie die IV-Stelle um Unterstützung für ein Arbeitstraining ersuchte (Urk. 9/16) – wieder eine Arbeitstätigkeit aufzunehmen. Eine Eingliederungsresistenz ist somit nicht ausgewiesen.

Was den Indikator „Komorbidität“ betrifft, so liegen keine weiteren psychischen oder körperlichen Begleiterkrankungen vor . Zum Komplex „Persönlichkeit“ ist festzuhalten, dass die behandelnden Fachpersonen des Psychiatrischen Ambulatoriums eine Verdachtsdiagnose einer Persönlichkeitsstörung stellten (E. 4.10), diese Verdachtsdiagnose von den nachbehandelnden Fachpersonen des J.____ jedoch nicht bestätigt werden konnte (E. 4.12) . Hinsichtlich des Komplexes „Sozialer Kontakt“ ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin einen Lebenspartner hat, mit welchem sie zusammenlebt (Urk. 9/1/10, 9/38/19) , was sich potentiell günstig auf ihre Ressourcen auswirken dürfte. Zum Aspekt der Konsistenz ist sodann zu erwähnen, dass die Beschwerdeführerin über nicht unerhebliche Ressourcen verfügt. So fährt sie wieder selbständig Auto (Urk. 9/38/19), betätigt sich regelmässig sportlich (Urk. 9/38/20) und fliegt mit dem Flugzeug auch wiederholt in die Ferien (Urk. 9/1/8; Urk. 10 /A17 im Verfahren UV.2015.00080) . Entscheidend ist diesbezüglich aber massgeblich, dass die Behandlungsbemühungen (vgl. vorstehend) , insbesondere die Verweigerung einer antidepressiven medikamentösen Behandlung sowie der Einnahme jeglicher Schmerzmedikamente, nicht auf einen ausgeprägten Leidensdruck schliessen lassen .

Angesichts all dessen kann gesamthaft betrachtet nicht auf eine invalidisierende Wirkung der diagnostizierten Leiden geschlossen werden. Eine Arbeitsunfähigkeit wurde von den behandelnden Fachpersonen der J.____

denn

auch nicht attestiert (vgl. E. 4.12). 6 .

Nach dem Gesagten ist mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die Beschwerdeführerin spätestens im Zeitpunkt der Anmeldung bei der Beschwerdegegnerin an keiner invalidisierenden gesundheitlichen Beeinträchtigung mehr gelitten

hat und eine volle Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit bestanden hat . Weitere Abklärungen waren somit keine angezeigt. Die IV-Stelle hat daher einen Anspruch auf eine Rente sowie auf Eingliederungsmassnahmen zu Recht verneint und die dagegen gerichtete Beschwerde ist abzuweisen.

E. 7

.

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 600.-- 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. 600.-- werden der Beschwerdeführerin

aufgelegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der

Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zuge stellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt George Hunziker - 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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin HurstF. Brühwiler

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