

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00091 vom 27. April 2015**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-04-27, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2015.00091](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00091)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00091 du 27 avril 2015

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00091 del 27 aprile 2015

## **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 All gemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]). 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 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**

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG]).

### **E. 1.3**

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sogenanntes Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden

wäre (sogenanntes Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

#### **E. 1.4**

Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, wird für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabebereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs.

#### **E. 1.5**

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 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

#### **E. 1.6**

Zur Annahme der Invalidität nach Art. 8 ATSG ist - auch bei psychischen Erkrankungen - in jedem Fall ein medizinisches Substrat unabdingbar, das (fach-)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Je stärker psychosoziale und soziokulturelle Faktoren wie beispielsweise Sorge um die Familie oder Zukunftsängste (etwa ein drohender finanzieller Notstand) im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein. Das bedeutet, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belastenden soziokulturellen Faktoren her rühren, bestehen darf, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat, zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand. Solche von der soziokulturellen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne selbstständige psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann. Wo die begutachtende Person dagegen im Wesentlichen nur Befunde erhebt, welche in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in ihnen aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben (BGE 127 V 294 E.

5a; Urteil des Bundesgerichts 8C\_730/2008 vom 23. März 2009 E.

2).

Wenn und soweit psychosoziale und soziokulturelle Faktoren zu einer eigentlichen Beeinträchtigung der psychischen Integrität führen, indem sie einen ver selbst ändigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder den Wirkungsgrad seiner - unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden - Folgen verschlimmern, können sie sich mittelbar invaliditätsbegründend auswirken (Urteil des Bundesgerichts 9C\_ 537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.2 mit Hinweisen ). 2.

## **E. 2**

IVG festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad entsprechend der Behinderung in beiden Bereichen zu bemessen (Art.

28a Abs.

### **E. 2.1**

Die IV-Stelle begründete die Leistungsverweigerung - unter Hinweis auf das Gutachten der MEDAS vom 25. Juni 2014 (Urk. 7/48) - damit, dass die Beschwerdeführerin keinen invalidenversicherungsrechtlich relevanten Gesundheitsschaden aufweise (Urk. 2, Urk. 6).

### **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt, die Expertise der MEDAS vom 25. Juni 2014 (Urk. 7/48) sei aufgrund verschiedener Mängel nicht beweistauglich (Urk. 1 S. 4 ff.). Auf die bereits im Vorbescheidverfahren geäußerte Kritik daran sei die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung nicht eingegangen. Tatsächlich sei sie nach wie vor - zumindest teilweise - in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt und unmittelbar nach dem Unfall vom 19. Juli 2011 für längere Zeit gänzlich arbeitsunfähig gewesen, weshalb sie jedenfalls vorübergehend Anspruch auf eine Rente habe (S. 3).

## **E. 3**

IVG; gemischte Methode der Invaliditätsbemessung).

Nach der Gerichts- und Verwaltungspraxis wird zunächst der Anteil der Erwerbstätigkeit und derjenige der Tätigkeit im Aufgabenbereich (so unter anderem im Haushalt) ermittelt; die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person ohne gesundheitliche Beeinträchtigung erwerbstätig wäre, beurteilt sich mit Rücksicht auf die gesamten Umstände, so die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse. Im Rahmen der gemischten Methode bestimmt sich die Invalidität dadurch, dass im Erwerbsbereich ein Einkommens- und im Aufgabenbereich ein Betätigungsvergleich vorgenommen wird, wobei sich die Gesamtinvalidität aus der Addierung der in beiden Bereichen ermittelten und gewichteten Teilinvaliditäten ergibt (BGE 130 V 393 E. 3.3 mit Hinweisen; vgl. BGE 134 V 9).

### **E. 3.1**

Die am 20. Juli 2011 notfallmässig (ambulant) konsultierten Ärzte des Z.\_\_\_\_ Krankenhauses in A.\_\_\_\_ gaben in ihrem (undatierten) Bericht (Urk. 7/14 S. 129) an, die Beschwerdeführerin habe ein zerrissenes Augenlid sowie Hämatome am Hals und an

anderen Körperteilen aufgewiesen. Man habe ihr ein Anti-Tetanus-Serum verabreicht und das rechte Augenlid genäht. Die Beschwerdeführerin sei bewusstseinsklar und räumlich wie auch zeitlich orientiert gewesen. Aufgrund des Hämatoms am Hals sei die Halsbeweglichkeit schmerzbedingt eingeschränkt gewesen. Die radiologische Untersuchung des Kopfs und der HWS habe einen normalen Befund ergeben. Es sei eine medikamentöse Therapie verordnet worden. Im Falle einer Persistenz der Beschwerden sei eine Kontrolluntersuchung indiziert.

### **E. 3.2**

In ihrem Bericht vom „20.07.2011 - 22.07.2011“ (Urk. 7/14 S.

125 ) diagnostizierten die Ärzte des Z. \_\_\_ Krankenhauses, Neurologische Abteilung, eine posttraumatische Zephaläe beziehungsweise Kopfschmerzen. Die Beschwerdeführerin habe angegeben, bei einem Unfall ein kraniales Trauma erlitten zu haben. Sie habe sich aufgrund von Turbulenzen während eines Flugs am rechten frontal-parietalen Bereich des Kopfs, am Hals und am rechten Arm verletzt. Sie habe weder das Bewusstsein verloren noch erbrechen müssen. Aus ihrem linken Nasenloch, nicht aber aus den Ohren, habe sie geblutet. Sie klagte über Kopfschmerzen im Bereich des Hinterkopfs und über Halsschmerzen. Es seien periorbitale Hämatome rechts, eine Lateration in der Nähe der rechten Augenbraue und eine Rötung des rechten parietalen Bereichs festgestellt worden. Ödeme hätten keine bestanden. In Rahmen der neurologischen Untersuchung habe sich die Beschwerdeführerin bewusstseinsklar sowie räumlich und zeitlich orientiert gezeigt. Motorische oder sensorische Defizite seien keine nachgewiesen worden. Das MRI des Kopfs und der HWS habe unauffällige Befunde ergeben. Es sei eine medikamentöse Behandlung verordnet worden.

### **E. 3.3**

Die MRI-Untersuchung der HWS und des Schädels vom 19. August 2011 zeigte im Bereich der HWS ein diskretes Bulging der leicht signalalterierten Bandscheibe C2/3 und einen geringen Signalverlust im Sinne einer leichten Degeneration der Bandscheibe C1/2 bei ansonsten unauffälligem Befund. Der bildgebende Befund betreffend das Neurokranium wurde als altersnormal beurteilt (Bericht Spital B. \_\_\_ , Institut für Radiologie, vom 22. August 2011, Urk. 7/14 S. 113-115 ).

### **E. 3.4**

Die Sonographie des linken Schultergelenks vom 23. September 2011 ergab einen unauffälligen Befund (Bericht Spital B. \_\_\_ , Institut für Radiologie, vom 23. September 2011, Urk. 7/14 S. 103 ).

### **E. 3.5**

Dr. med. C. \_\_\_ , Facharzt für Neurologie, gab in seinem Bericht vom 5. Oktober 2011 an, die Beschwerdeführerin leide an diversen Beschwerden im Sinne einer Funktionsstörung, die durch psychogene Faktoren als Folgebeschwerden einer am 19. Juli

2011 in einem Flugzeug erlittenen Commotio cerebri verstärkt würden. Die Beschwerdeführerin sei beim fraglichen Ereignis auf der Toilette des Flugzeugs aus ihrer sitzenden Position geschleudert worden, habe möglicherweise mit dem Kopf zuerst gegen die Decke geschlagen, sei wahrscheinlich für kurze Zeit bewusstlos gewesen und habe sich eine Rissquetschwunde an der rechten Augenbraue zugezogen (Urk. 7/14 S. 105 ). Sie habe danach Nackenschmerzen, ein Hitzegefühl im Kopf und möglicherweise

Herzklopfen verspürt; für kurze Zeit habe ihre Nase geblutet. Die Rissquetschwunde sei bei einer Zwischenlandung im Flugzeug versorgt worden. Am Reiseziel sei die Beschwerdeführerin dann im Z.\_\_\_\_ Krankenhaus untersucht und kurz behandelt worden. Die Beschwerdeführerin sei imstande, den Unfall genau zu schildern. Es bestehe keine fassbare retro- anterograde Amnesie. Die sicherheitshalber durchgeführte MRI-Untersuchung des Neurokraniums und der Halswirbelsäule (HWS) habe einen unauffälligen Befund ergeben (vgl. Bericht Spital B.\_\_\_\_, Institut Radiologie, vom 22. August 2011; Urk.

### **E. 3.6**

Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Innere Medizin, hielt am 12. Oktober 2011 fest, die Beschwerdeführerin sei am 19. Juli 2011 während eines Flugs bei einem heftigen Gewitter in der Toilette zu Boden geschleudert worden. Dabei habe sie sich eine Rissquetschwunde über dem rechten Auge und eine Comotio cerebri zugezogen. Seit dem Unfall stünden Nacken- und Kopfschmerzen im Vordergrund. Das MRI des Schädels und der HWS vom 22. August 2011 (Urk. 7/14 S. 102) habe einen normalen Befund ergeben. Im Rahmen der klinischen Untersuchung vom 29. September 2011 habe die Beschwerdeführerin Druckschmerzen über den unteren Facettengelenken der HWS links, über der paravertebralen zervikalen Muskulatur links, über der 1. Rippe links, über dem Musculus

supraspinatus sowie über der ventralen Schultermuskulatur links im Bizepsbereich angegeben. Die HWS-Rotation sei beidseits bis 65° und die HWS-Lateralflexion links bis 45° und rechts bis 30° möglich gewesen. Der Kinn-Jugulum-Abstand habe maximal 14 cm und minimal 3 cm betragen, und die Schulter-Anteversion und - Abduktion links sei bis 150° möglich gewesen (Urk. 7/14 S. 101).

### **E. 3.7**

Am 8. Dezember 2011 stellte Dr. D.\_\_\_\_ folgende Diagnosen (Urk. 7/14 S. 74): - Comotio cerebri am 19. Juli 2011 mit - HWS- und Schädelkontusion - Facettengelenksirritation HWS links - begleitenden muskulären Verspannungen zervikal - schmerzhaften Myogelosen der Schultermuskulatur Nach einem Wechsel der Physiotherapeutin sei subjektiv eine Besserung eingetreten. Objektiv bestünden noch deutlich schmerzhaft Facettengelenke im Bereich der HWS links und eine starke Verspannung der Nacken-Schultermuskulatur. Die belastende familiäre Situation wirke sich auf den Heilungsverlauf aus. Die Beschwerdeführerin unterziehe sich einer Physio- und einer Psychotherapie; die Dauer der Behandlung sei noch unklar. Es sei kein aus dem Unfall resultierender bleibender Nachteil zu erwarten.

### **E. 3.8**

Dr. med. E.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte in ihrem Bericht vom 4. Januar 2012 eine Anpassungsstörung. Die Beschwerdeführerin sei am 19. Juli 2011 aufgrund von Turbulenzen derart in der Flugzeugtoilette herumgeschleudert worden, dass sie mit dem Kopf gegen Decke und Wände geschlagen und schliesslich am Boden gelegen habe. Zwei Nächte nach dem Unfall sei das ganze Ereignis wieder wie ein Film vor ihren Augen abgelaufen. Ein von ihr konsultierter Arzt habe ihr dann einen Halskrausen verordnet. Sie habe in den Tagen darauf nicht mehr aufstehen können und an extremen Schmerzen am Hinterkopf gelitten, die über den Nacken bis hin zur Brustwirbelsäule (BWS) ausgestrahlt hätten. Anlässlich der Erstkonsultation vom 18. Oktober 2011 habe die Beschwerdeführerin über andauernde starke Schmerzen im

Bereich der Schultern, des Hinterkopfs, des Nackens und der BWS, über häufiges Weinen, Abgeschlagenheit, schmerzbedingt gestörten Schlaf, starke Konzentrations- und Gedächtnisstörungen und teilweise fehlende Orientierung geklagt (Urk. 7/14 S. 70). Mitte November 2011 seien wiederholt heftige Drehschwindelattacken sowie ein einmaliger nächtlicher Zustand mit Schreien, Weinen und Angst aufgetreten, für den die Beschwerdeführerin selbst eine Amnezie aufweise. Es fänden eine Gesprächstherapie sowie eine anxiolytische medikamentöse Behandlung statt, wobei medikamentös eine Linderung der Verspannungen und der Schulterschmerzen sowie eine gute Schlafqualität hätten erreicht werden können. Seit mindestens 18. Oktober 2011 bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 7/14 S. 71).

### **E. 3.9**

Dr. D.\_\_\_\_ berichtete am 5. Februar 2012, die im Vordergrund stehenden Nacken- und Kopfschmerzen beeinträchtigten das Befinden nach wie vor erheblich. Wenn sich die Beschwerdeführerin körperlich anstrengte, ermüde sie rasch und habe nur wenig Kraft. Die Schmerzen könnten durch die Physiotherapie jeweils für zwei bis drei Tage deutlich reduziert werden. Nach der Triggerpunkttherapie sei die Muskulatur nach Angaben der Beschwerdeführerin jeweils weicher, und die Schmerzen verschwänden. Es sei eine chiropraktische Behandlung indiziert. Bis zur Mitte Februar 2012 vorgesehene Nachkontrolle bestehe weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 7/14 S. 63).

### **E. 3.10**

Nachdem sich die Beschwerdeführerin vom 14. März bis 23. Mai 2012 stationär in der Klinik F.\_\_\_\_ hatte behandeln lassen, stellten die Ärzte im Austrittsbericht vom letztgenannten Datum nachstehende Diagnosen (Urk. 7/14 S. 33): - Unfall vom 19. Juli 2011: Schädelkontusion durch Flugturbulenzen - mögliche leichte traumatische Hirnverletzung (LTHV) - Schädel- und HWS-Kontusion - Rissquetschwunde Augenbraue rechts - daraus resultierend: - Facettengelenksirritationen HWS links - undifferenzierte Somatisierungsstörung, ICD-10 F45.1 - subsyndromale posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) Bei Klinikaustritt hätten folgende Probleme bestanden: - Diffuse Schmerzen im linken Arm, Kopf- und Nackenschmerzen bis in die BWS ausstrahlend - Ängstliche Anspannung - Allgemeine Kraftlosigkeit, Müdigkeit, Konzentrationsmangel - Klagen über multiple wechselnde körperliche Symptome - Arterielle Hypertonie Die neurologische Untersuchung habe einen unauffälligen Befund ergeben. Auslöser der aus psychiatrischer Sicht bestehenden Somatisierungsstörung sei die seit Jahren bestehende schwierige psychosoziale Belastungssituation in der Familie. Mit dem Unfall sei es zu einem zusätzlichen Stressereignis gekommen; die bisherigen Bewältigungsstrategien („Durchhalten“, „Sich mehr anstrengen“) hätten in der Folge nicht mehr geholfen. Aufgrund der psychischen Störung von Krankheitswert bestehe eine leichte Leistungsminderung; aus neuropsychologischer Sicht und aus physischen Gründen bestehe keine arbeitsrelevante Einschränkung. Die Arbeit als Verkäuferin und jede andere Tätigkeit mit (vorherhand) leichten kognitiven Anforderungen seien der Beschwerdeführerin an sich wieder zu 100% zumutbar; allerdings sei ein gestufter Wiedereinstieg zu empfehlen. Der Fall könne abgeschlossen werden. Der Beschwerdeführerin sei die Anmeldung beim zuständigen Regionalen Arbeitsvermittlungszentrum (RAV) empfohlen worden (Urk. 7/14 S. 34). Es seien eine ambulante, psychiatrisch ausgerichtete Ergotherapie zur positiven Aktivierung und Unterstützung in der Entwicklung einer Tagesstruktur sowie die Fortführung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung indiziert (Urk. 7/14 S. 33).

### **E. 3.11**

In seiner gestützt auf die Akten verfassten Beurteilung gelangte Dr. med. G.\_\_\_\_ , Facharzt FMH für Chirurgie, Kreisarzt der SUVA, am 4. Juni 2012 zum Schluss, dass keine somatischen Unfallfolgen mehr vorlägen und die Beschwerdeführerin wieder zu 100 % arbeitsfähig sei (Urk. 7/14 S. 26 ).

### **E. 3.12**

Das native multiplanare MRI der HWS und des kraniozervikalen Übergangs vom 24. August 2012 ergab gemäss Dr. med. H.\_\_\_\_ , Fachärztin FMH für Radiologie und Neuroradiologie, I.\_\_\_\_ , eine sehr diskrete Flüssigkeitsansammlung im Facettengelenk C3/C4 links im Bereich der posttraumatischen (13 Monate nach dem Trauma) intraartikulären und periartikulären Hämorrhagie. Der Befund sei demnach als traumabedingt zu interpretieren. In der Medulla spinalis auf Höhe C5/C6 fanden sich zudem zwei punktförmige Mikroblutungen. Der kraniozervikale Übergang sei unauffällig; eine wesentliche Segmentdegeneration der HWS bestehe nicht (vgl. Bericht vom 24. August 2012, Urk. 7/32 S. 20 ).

### **E. 3.13**

Der Neurologe Dr. C.\_\_\_\_ gab in seinem Schreiben an die IV-Stelle vom 1. September 2012 an, die Beschwerdeführerin leide an erheblichen psychischen Beschwerden, die durch den kleinen Unfall verschlimmert worden seien. Die SUVA habe ihre Leistungen verständlicherweise per 30. Juni 2012 eingestellt; nicht nachvollziehbar sei indes, dass der Beschwerdeführerin, als wäre sie arbeitsfähig, nahegelegt worden sei, sich ans RAV zu wenden. Der dadurch bedingte zusätzliche enorme psychische Druck habe noch zu einer weiteren Verschlechterung des psychischen Zustandes geführt. Die Beschwerdeführerin sei - krankheitsbedingt - weiterhin in erheblichem Ausmass arbeitsunfähig (Urk. 7/15 S. 1). Sie sei seit Jahren aus verschiedenen Gründen einer enormen psychischen Belastung ausgesetzt und habe deswegen eine - zunächst latente - Depression mit deutlicher Reduktion der Belastbarkeit und der Vitalkraft entwickelt. Trotz dem habe sie weiter funktionieren müssen, um ihrer Verantwortung gegenüber ihrer Familie gerecht zu werden. Der kleine Unfall im Flugzeug sei dann der letzte Tropfen gewesen, der das Fass zum Überlaufen gebracht habe. Nach dem fraglichen Ereignis seien die psychischen Beschwerden dann deutlich manifest geworden und in der Folge therapieresistent geblieben (S. 2).

### **E. 3.14**

Dr. D.\_\_\_\_ hielt am 17. Oktober 2012 fest, gemäss Dr. H.\_\_\_\_ sei die in m MRI vom 24. August 2012 (Urk. 7/32 S. 20 ) festgestellte Hämorrhagie auf Höhe C3/C4 zweifelsfrei schon auf den initialen MRI-Bildern dargestellt worden, auch wenn die Blutung von den damals beurteilenden Radiologen nicht beschrieben worden sei. Die diskrete Flüssigkeitsansammlung im Facettengelenk C3/C4 links könne als Ausdruck einer beginnenden Facettengelenksarthrose in diesem Bereich gewertet werden. Dies erkläre die Schmerzen der Beschwerdeführerin (Urk. 9/104 S. 1 im Prozess Nr. UV.2013.00177 ).

### **E. 3.15**

Nach Einsichtnahme in die bildgebend dargestellten Befunde der MRI-Untersuchungen vom 19. August 2011 (Urk. 7/14 S. 102 ) und vom 24. August 2012 (Urk. 7/32 S. 20 ) gelangte Prof. Dr. med. J.\_\_\_\_ , Facharzt FMH für Radiologie, Chefarzt Klinik K.\_\_\_\_ , in seiner im Auftrag der SUVA (Urk. 9/120 im Prozess Nr. UV.2013.00177 ) verfassten

Beurteilung vom 28. Dezember 2012 (Urk. 9/123 im Prozess Nr. UV.2013.00177 ) zum Schluss, dass sehr diskrete degenerative Veränderungen der HWS mit einer kleinen Diskusprotrusion C3/C4 links ohne Beeinträchtigung neurogener Strukturen vorlägen. Diskrete Degenerationen der Facettengelenke C3-C6 auf der linken Seite seien möglich. Eine intraartikuläre und periartikuläre Hämorrhagie im Bereich des Facettengelenks C3/C4 links lasse sich nicht erkennen; eine solche sei nach einer Latenz von 13 Monaten nach dem Trauma auch hochgradig unwahrscheinlich. Die MEDIC-Sequenz sei bezüglich Hämosiderin -Ablagerungen auf grund der Artefakte nicht verwertbar.

### **E. 3.16**

Der SUVA-Kreisarzt Dr. G. \_\_\_ gelangte - nach Kenntnisnahme der Einschätzung von Prof. Dr. J. \_\_\_ vom 28. Dezember 2012 (Urk. 9/123 im Prozess Nr. UV.2013.00177 ) und unter Hinweis auf den Austrittsbericht der Klinik F. \_\_\_ vom 23. Mai

2012 ( E. 3.

### **E. 3.17**

Gestützt auf die Ergebnisse des MRI der HWS vom 19. August 2011 (Urk. 7/

### **E. 3.18**

Dr. D. \_\_\_ gab in seinem Schreiben vom 3. März 2013 an den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin (Urk. 9/132 im Prozess Nr. UV.2013.00177 ) an, diese sei am 19. Juli 2011 während eines Flugs aufgrund eines starken Gewitters mit Windböen zu Boden geschleudert worden. Dabei habe sie sich am Kopf und am Nacken verletzt und eine Commotio cerebri erlitten. Seither stünden Nacken- und Kopfschmerzen im Vordergrund und belasteten das Befinden und den Alltag erheblich. Neben diesen körperlichen Beeinträchtigungen bestünden -

unfallbedingt

- auch psychische Beschwerden (S. 1). Zwar habe die klinische Untersuchung eine leichte Verbesserung der HWS-Beweglichkeit in den letzten zwölf Monaten gezeigt, es persistierten indes erhebliche Beschwerden. Als Ursache der anhaltenden Symptomatik habe Dr. H. \_\_\_ strukturelle Veränderungen im Bereich der Facettengelenke links auf Höhe C3/C4 ausmachen können, die die genannte Ärztin als Ausdruck eines - eindeutig traumabedingten

-

Gelenkkapselrisses gewertet habe. Die chronischen Schmerzen im Nackenbereich und die darauf zurückzuführenden Konzentrationsstörungen seien demnach bildgebend erklärbar. In einer leichten Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin zu 75 % arbeitsunfähig (S. 2).

### **E. 3.19**

PD Dr. med. L. \_\_\_ , Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, Versicherungsmedizin der SUVA, hielt in seiner auf den Akten beruhenden Beurteilung vom 6. Juni 2013 (Urk. 9/140 im Prozess Nr. UV.2013.00177 ) fest, die Einschätzung von Prof. Dr. J. \_\_\_ vom 28. Dezember 2012 (Urk. 9/123 im Prozess Nr. UV.2013.00177 ) werde durch die Beurteilung von Dr. H. \_\_\_ vom 29. Januar 2013 (Urk. 9/129 im Prozess Nr. UV.2013.00177 ) nicht entkräftet. Das Unfallereignis vom 19. Juli 2011 habe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine strukturellen Verletzungen im Bereich der HWS

verursacht. Gestützt auf den schlüssig und nachvollziehbar begründeten Austrittsbericht der Klinik F.\_\_\_\_ vom 23. Mai 2012 (Urk. 7/14 S. 33-44 ) sei aus physischer Sicht von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen (S. 6).

### **E. 3.20**

Im Auftrag des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin wurde diese am 22. April 2013 von Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie sowie für Physikalische Medizin und Rehabilitation, untersucht. In seinem Gutachten vom 31. Mai 2013 (Urk. 14 im Prozess Nr. UV.2013.00177 ) stellte dieser folgende Diagnosen (S. 7): - Status nach multiplen Kontusionen, Schädel- und HWS-Trauma bei Flugturbulenzen am 19. Juli 2011 mit - durchgemachter MTBI (leichte traumatische Hirnverletzung) nach EFNS-Guideline - HWS-Distorsion mit Gelenkläsion C2/3 links - Rissquetschwunde rechte Augenbraue - leichter kognitiver Beeinträchtigung mit Gedächtnisstörungen - leichten Gleichgewichtsstörungen - chronischem Zervikovertebralsyndrom - chronischer depressiver Symptomatik, wahrscheinlich im Rahmen einer posttraumatischen Anpassungsstörung mit häufigen Albträumen seit dem Unfall Die in ausgeprägter Form anhaltenden Beschwerden hätten eine erhebliche organische Komponente (S. 8) und seien zum überwiegenden Teil direkte Folgen des Unfalls. Die überlagerten psychoreaktiven Befunde würden wahrscheinlich durch die unfallfremde langjährige psychosoziale Belastung mitverursacht. Ohne den fraglichen Unfall hätten sie sich indes mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht eingestellt (S. 9). Seit rund einem halben Jahr sei die Beschwerdeführerin als Verkäuferin und in jeder andern Tätigkeit wieder zu 40 % arbeitsfähig; im Haushaltsbereich sei das Leistungsvermögen etwa um 40 % reduziert (S. 8 und S. 10). Der Endzustand sei - insbesondere hinsichtlich der psychischen Symptomatik - noch nicht erreicht. Betreffend die HWS-Problematik seien wahrscheinlich noch längerfristig physiotherapeutische Behandlungen mit Lockerung, Entspannungsübungen und stabilisierendem Muskeltraining erforderlich. Der Integritätsschaden betrage für die HWS-Problematik mit mässigen Dauerschmerzen bei nachgewiesener Gelenksaffektion 10 %. Die - bis anhin nicht quantifizierten - kognitiven Beeinträchtigungen, vor allem im Gedächtnisbereich, seien wahrscheinlich Folge der leichten traumatischen Hirnverletzung und der Depression. Da betreffend letztere noch auf eine Verbesserung zu hoffen sei, sei der diesbezügliche Integritätsschaden erst zu einem späteren Zeitpunkt aufgrund einer neuropsychologischen Untersuchung zu beziffern (S. 10). Die medizinisch-theoretische Invalidität betrage 15 bis 20 % (S. 11).

### **E. 3.21**

Dr. D.\_\_\_\_ stellte in seinem Bericht vom 16. September 2013 (Urk. 7/32 S. 1-5 ) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 2): - Status nach Flugunfall vom 19. Juli 2011 mit - Commotio cerebri, HWS- und Schädelkontusion - lineariformer, intraartikulärer (im Gelenkspalt liegender) und periartikulärer (seitlich des Gelenks gelegener) Einblutung, am ehesten bei Status nach Riss der Gelenkkapsel (MRI vom 29. Januar 2013) - begleitenden zervikalen muskulären Verspannungen - schmerzhaften Myogelosen der Schultermuskulatur beidseits - depressiver Entwicklung, Konzentrationsstörungen

Keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten nachstehende Diagnosen: - Oligosymptomatische gastroösophageale

Refluxerkrankung - kleine Hiatushernie (Gastroskopie vom April 2007) -  
Unterschenkelvarikosis beidseits - Status nach Fissurektomie am 19. Juni 2008 bei  
chronischer Analfissur bei 6 Uhr SSL - aktuell Verdacht auf rezidivierende anale Fissur -  
Status nach temporärer Druck- und Hitzesensation im Ohrbereich rechts im Oktober 2008 -  
Verdacht auf funktionelle Störung; differentialdiagnostisch neurogen, zervikogen

In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Kleiderverkäuferin habe vom 1. September 2012 bis  
9. Juni 2013 eine 70%ige, vom 10. Juni bis 4. Juli 2013 eine 60%ige und vom 5. Juli bis  
22. September (ab dem 1. September 2013 wegen einer Schnittverletzung) eine 100%ige  
Arbeitsunfähigkeit bestanden. Ab dem 23. September 2013 und bis auf Weiteres sei die  
Beschwerdeführer in zu 70 % arbeitsunfähig. Die bisherige Tätigkeit sei ab diesem  
Zeitpunkt (S. 5) - ohne Leistungseinbuße - wieder im Pensum von 30 bis 40 % zumutbar.  
Die Konzentrationsfähigkeit sei deutlich beeinträchtigt. Während der Arbeit falle die  
Beschwerdeführerin durch gehäufte Fehlleistungen, welche teilweise auch mit den  
chronischen Kopfschmerzen erklärt werden könnten, auf . Aus physischer Sicht wirkten  
sich die chronischen und bei körperlichen Belastungen verstärkten Nacken- und  
Kopfschmerzen einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit aus (S. 4).

### **E. 3.22**

Dr. med. N.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. phil. klin .  
psych. O.\_\_\_\_, Klinischer Psychologe und Supervisor, P.\_\_\_\_, stellten in ihrem Bericht vom  
15. Oktober 2013 nachstehende Diagnosen (Urk. 7/33 S. 5): - Mittelgradige depressive  
Episode mit somatischen Symptomen, ICD-10 F32.01; bestehend seit Ende 2011 -  
Anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ICD-10 F45.4; bestehend seit Ende 2011 -  
Status nach Flugunfall am 19. Juli 2011 mit Kopfanprall, Bewusstlosigkeit, mit/bei - Status  
nach HWS-Distorsion, ICD-10 S13.4

Die infolge der chronischen Schmerzen entwickelte depressive Symptomatik sei massiv; es  
beständen vor allem kognitive Defizite sowie ein Verlust der Selbstsicherheit und des  
Selbstwertgefühls. Die betreffend die physischen Beschwerden durchgeführten  
therapeutischen Massnahmen (Physiotherapie, Medikation, Massage) hätten bis anhin kaum  
eine anhaltende Besserung gebracht; insofern sei von einer drohenden Chronifizierung  
auszugehen. Die Prognose sei ungünstig (S. 6). Die angestammte Tätigkeit sei der  
Beschwerdeführerin aufgrund insbesondere kognitiver Defizite (Konzentrations-,  
Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörung) noch maximal während drei Stunden täglich  
beziehungsweise höchstens im Pensum von 30 % zumutbar. In einer behinderungsange-  
passsten Tätigkeit bestehe ab sofort eine 50%ige Arbeitsfähigkeit. Neben der Arbeit müsse  
sich die Beschwerdeführerin, da ihr kranker Ehemann sie nicht unterstütze, allein um die  
drei Kinder und den Haushalt kümmern (S. 7).

### **E. 3.23**

Nachdem sie die Beschwerdeführerin Ende März und Anfang April 2014 polydisziplinär  
untersucht hatten, stellten die Ärzte der MEDAS in ihrem Gutachten vom 25. Juni 2014  
(Urk. 7/48) folgende - sich nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirkende - Diagnosen mit  
Krankheitswert (S. 26): - Status nach Kopfanprall am 19. Juli 2011 mit Schädelprellung  
rechts, Rissquetschwunde an der Augenbraue rechts, mit möglicherweise leichter  
traumatischer Hirnverletzung sowie mit Traumatisierung der HWS, im WC eines  
Flugzeuges bei Turbulenzen - chronisches, therapierefraktäres, zervikales,  
zervikothorakales und mögliches zervikozephalisches Schmerzsyndrom, linksbetont

(möglicher Weise mitbeeinflusst durch das spätere HWS-Distorsionstrauma in Folge Heckauffahrunfall am 25. November 2013) - Fraglich diskret subluxiertes Sternoklavikulargelenk rechts - Metatarsalgie links bei Senk-Spreiz-Füssen - Beginnende Fingerendgelenksarthrosen - Akzentuierung von Persönlichkeitszügen, histrionisches Verhalten ,

ICD-10 Z73.1 - Aktenanamnestisch Hinweise auf Somatisierungsstörung und Depression , ICD-10 F45

und F32 - testmässig verminderte kognitive Leistungsfähigkeit, differentialdiagnostisch am ehesten durch die

psychische Störung bedingt - Anamnestisch chronischer Eisenmangel unklarer Genese - Anamnestisch Rhinitis allergica , wahrscheinlich Gräser-Allergie

Zudem bestünde ein Status nach Operation im Jahr 2010 wegen Hämorrhoiden und rezidivierender Analfissur sowie eine ausgeprägte Besenreiser-Varikosis. Die Beschwerdeführerin, die aktuell im Rahmen eines 50%-Pensums ein Pflegepraktikum in einem Betagtenzentrum absolviert, obwohl sie aufgrund ihrer Wesensart nicht geeignet sei für einen Beruf im Pflegebereich, sei in den bisherigen Tätigkeiten als Mitarbeiterin eines Call-Centers beziehungsweise als Hilfsverkäuferin und in jeder körperlich leichten oder mittelschweren Verweistätigkeit zu 100 % arbeitsfähig (S. 26). Diese Arbeitsfähigkeit gelte nach einer „Karenzfrist“ von rund drei Monaten nach dem Heckauffahrunfall vom 25. November 2013, mithin ab Anfang März 2014. Die immense Diskrepanz zwischen der sich aufgrund der im Rahmen der Begutachtung erhobenen Befunde ergebenden Arbeitsfähigkeit und der subjektiven Befindlichkeit sei vor dem Hintergrund des enormen psychosozialen Drucks, unter dem die Explorantin stehe und der sie wohl hauptsächlich einschränke, zu sehen. Medizinische Massnahmen zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit seien nicht indiziert. Sinnvoll erscheine indes eine Abklärung der gesamten psychosozialen Situation der Beschwerdeführerin und ihrer Familie vor Ort (S. 27). 4.

Sofern und soweit die IV-Stelle den Anspruch der Beschwerdeführerin auf rechtliches Gehör (Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung [BV]) verletzt hat, indem sie sich in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) nicht im Detail mit der im Einwand vom 29. September beziehungsweise 29. Oktober 2014 (Urk. 7/52, Urk. 7/57) geäusserten Kritik am Gutachten der MEDAS vom 25. Juni 2014 (Urk. 7/48) auseinandersetzte (Urk. 1 S. 3), ist festzuhalten, dass nach der Rechtsprechung eine - nicht besonders schwerwiegende - Verletzung des rechtlichen Gehörs als geheilt gelten kann, wenn die betroffene Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt wie die Rechtslage frei überprüfen kann. Die Heilung eines - allfälligen - Mangels soll aber die Ausnahme bleiben (BGE 127 V 431 E.

3d/aa mit Hinweisen). Von der Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur Gewährung des

rechtlichen Gehörs ist im Sinne einer Heilung des Mangels selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des rechtlichen Gehörs nach dem Grundsatz der Verfahrensökonomie dann abzusehen, wenn dieses Vorgehen zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem der Anhörung gleichgestellten Interesse an einer möglichst beförderlichen Beurteilung des Leistungsanspruchs nicht zu vereinbaren ist (vgl. BGE

132 V E.

5.1 ). Angesichts des Umstands, dass die Beschwerdeführer in im Rahmen dieses Verfahrens Gelegenheit hatte, sich vor einem Gericht, dem in der streitigen Angelegenheit eine umfassende Kognition zusteht ( Art. 61 lit . c ATSG ), zu äussern, kann die Gehörsverletzung als geheilt betrachtet werden. Es widerspräche der Verfahrensökonomie, wenn die Beschwerdegegnerin einen neuen, im Ergebnis gleich lautenden Entscheid zu erlassen hätte. Von einer Rückweisung der Sache an die Verwaltung aus formellen Gründen ist daher abzu sehen , zumal die Beschwerdeführer in dies auch gar nicht beantragt hat. 5. 5.1

Nach Lage der Akten steht fest, dass sich die Beschwerdeführerin beim Unfall im Flugzeug vom 19. Juli 2011 Verletzungen im Bereich des Kopfs und des Nackens zuzog und seither über verschiedene therapieresistente Beschwerden klagt . 5.2

Die IV-Stelle ging gestützt auf das Gutachten der MEDAS vom 25. Juni 2014 (Urk. 7/48) davon aus, dass die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin

in der angestammten beziehungsweise generell in einer körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit weder aus physischen noch aus psychischen Gründen eingeschränkt sei . Die Expertise der MEDAS enthält eine umfassende Stellungnahme zu den vorhandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen und deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/48 S. 26 f. ), beruht auf einer fundierten allgemeininternistischen (Urk. 7/48 S.

## **E. 7**

/14 S.

102 ). Es hätten sich ein diskretes Bulging C2/C3 und eine leichte Degeneration der Bandscheibe C1/2 gezeigt. Die Beschwerdeführerin klagt derzeit über Nackenschmerzen links sowie immer wieder auftretende Schmerzen, Verspannung und Blockierungsgefühle im linken Arm. Seit dem Unfall fühle sie sich nicht mehr wohl, ängstlich, unsicher, immer wieder müde und - vor allem beim Autofahren - schreckhaft ( Urk. 7/14 S. 106 ). Die aus subjektiver Sicht bestehenden funktionellen Beschwerden seien zweifellos Folge des Unfalls, der zu einer Commotio cerebri mit Beteiligung der HWS geführt habe. Es bestünden keine objektivierbaren neurologischen Befunde. Dass die gesundheitlichen Beeinträchtigungen nach dem nicht so schwerwiegenden Unfall persistierten und dass im Laufe der Zeit sogar noch weitere Beschwerden zur bestehenden Symptomatik hinzugekommen seien, sei mit den schwierigen Lebensumständen der Beschwerdeführerin, die als hauptverantwortliche Person einer vierköpfigen [richtig: fünfköpfigen] Familie seit Jahren unter enormer Belastung stehe, zu erklären (Urk. 7/14 S. 106) . Der nicht schwerwiegende Unfall habe ihr schon fragiles Gleichgewicht gestört und zur Entgleisung mit den geschilderten und bis anhin therapieresistenten Beschwerden geführt. In erster Linie seien daher eine psychiatrische Behandlung und insbesondere eine Entlastung im Alltag erforderlich. Weitere neurologische Abklärungen beziehungsweise Kontrolltermine seien nicht erforderlich (Urk. 7/14 S. 107) .

## **E. 10**

) - in seiner Stellungnahme vom 8. Januar

2013 (Urk. 9/125 im Prozess UV. 20 13.00177 ) zum Schluss, dass keine somatischen Unfallfolgen mehr vorlägen, der Endzustand erreicht und die Beschwerdeführerin aus

medizinischer Sicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt wieder voll arbeitsfähig sei.

#### **E. 14**

S. 102 ), des MRI der HWS und des hochauflösenden MRI des kraniozervikalen Übergangs vom 24. August 2012 ( Urk. 7/32 S. 20 ), der wiederholten Medic- Gradientenechosequenz vom 18. Januar 2013 und des nativen CT der HWS vom 19. Januar 2013 hielt Dr. H.\_\_\_\_ am 29. Januar 2013 fest, das MRI des Schädels vom 19. August 2011 (Urk. 7/14 S. 102 ) zeige zwar keine strukturellen Veränderungen des Hirnparenchyms. Kleine Häm siderinablagerungen liessen sich indes nur in einer Gradientenechosequenz (am ehesten in einer SWI-Gradientenechosequenz ) beweisen beziehungsweise ausschliessen. Da diese Sequenz nicht durchgeführt worden sei, könnten traumabedingte Veränderungen im Hirnparenchym, wie alte Mikroblutungen, nicht sicher ausgeschlossen werden. Das Vorliegen einer intramedullären Mikroblutung auf Höhe C5/C6 habe in der wiederholten Medic- Gradientenechosequenz nicht reproduziert werden können, insofern sei dieser Befund zu revidieren. Richtigerweise bestehe demnach kein Verdacht auf eine alte Mikroblutung in der Medulla spinalis auf Höhe C5/C6. Nach wiederholtem kritischem Anschauen der Region des Facettengelenks auf Höhe C3/C4 auf der linken Seite stehe eindeutig fest, dass sich in diesem Bereich eine lineariforme , intraartikuläre (im Gelenkspalt) und eine periar tikuläre (lateral vom Gelenk) Einblutung finde, am ehesten bei Status nach Riss der Gelenkkapsel (STIR-Sequenz Bild 1 und transversale Gradientenechosequenz

Bild 31). Diese Diagnose werde durch die in der STIR-Sequenz vom 24. August 2012 festgestellte schmale Flüssigkeitsansammlung im selben Gelenkspalt unterstützt. Für eine Demonstration dieses eindeutigen, traumabedingten Befundes stehe sie - Dr. H.\_\_\_\_

- gerne zur Verfügung. Das CT der HWS vom 29. Januar 2013 schliesslich habe einen unauffälligen Befund ohne nachweisbare Frakturlinie ergeben (Urk. 9/129 im Prozess Nr. UV.2013.00177 ).

#### **E. 19**

f. ), (auch bildgebenden [vgl. Urk. 7/48 S. 28 ] ) rheumatologischen (Urk. 7/48 S. 22 f. und S. 30 ff. ), neurologischen (Urk. 7/48 S.

#### **E. 23**

und S. 41 ff. ) , neuropsychologischen (Urk. 7/48 S. 23 und S. 43 ff.) und psychiatrischen (Urk. 7/48 S. 23 ff. und S. 53 ff. ) Untersuchung, berücksichtigt die geklagten Beschwerden (Urk. 7/48 S. 15 ff. ) und ergibt in Kenntnis der Vorakten (Urk. 7/48 S. 1 ff. ; zum Beweiswert eines medizinischen Gutachtens vgl. BGE 125 V 351 E.

3a, 122 V 157 E. 1c). 5.3

Was den physischen Gesundheitszustand anbelangt, legten die Gutachter der MEDAS einleuchtend dar, dass den von der Beschwerdeführerin geklagten somatischen Beschwerden kein objektivierbares organisches Substrat zugrunde liegt ( Urk. 7/48 S. 22 f. ). Zu diesem Schluss waren - gestützt auf die Ergebnisse der unmittelbar nach dem fraglichen Unfall durchgeführten MRI-Untersuchung von Kopf und HWS - bereits die Ärzte des Z.\_\_\_\_ Krankenhauses in A.\_\_\_\_ (Urk. 7/14 S. 125 und S. 129) und - aufgrund des erneuten MRI des Schädels und der HWS vom 19. August 2011

- auch die Radiologen des Spitals B.\_\_\_\_ (Urk. 7/14 S. 113-115) gelangt.

Dass die Beschwerdeführerin, wie dies ausschliesslich Dr. H.\_\_\_\_ annahm, eine (traumatisch bedingte) lineariforme , intraartikuläre und periartikuläre Einblutung in der Region des Facettengelenks auf Höhe C3/C4 aufweist (Urk. 7/32 S. 20 und Urk. 9/129 im Prozess Nr. UV.2013.00177), erscheint nicht als überwiegend wahrscheinlich . So legte Prof. Dr. J.\_\_\_\_ am 28. Dezember 2011 einleuchtend dar, dass die bis dahin erfolgten bildgebenden Untersuchungen keinen relevanten Schaden im Bereich der HWS gezeigt hatten

(Urk. 9/123 im Prozess Nr. UV.2013.00177) , und auch aufgrund der (erneuten) radiologischen Untersuchung im Rahmen der Begutachtung durch die MEDAS liess sich der gemäss Dr. H.\_\_\_\_ im Bereich des Facettengelenks auf Höhe C3/C4

vorhandene pathologische Befund

nicht bestätigen (Urk. 7/48 S. 22 und S. 28 f.). Anhaltspunkte dafür, dass die bildgebenden Abklärungen der Experten der MEDAS ( und auch diejenigen der Ärzte des Z.\_\_\_\_ Krankenhauses in A.\_\_\_\_ und des Spitals B.\_\_\_\_ ) aus einem falschen Blick- und Schnittwinkel beziehungsweise mit veralteten Geräten durchgeführt worden und deshalb qualitativ ungenügend

wären (Urk. 1 S. 4 f.) , gibt es keine. Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang darauf, dass sowohl Prof. Dr. J.\_\_\_\_ als auch die Experten der MEDAS Kenntnis davon hatten, dass Dr. H.\_\_\_\_ von einer Einblutung im Bereich des Facettengelenks auf Höhe C3/C4 ausging, diesen Befund indes einhellig

für unzutreffend hielten. Dr. H.\_\_\_\_

anerkannte am 29. Januar 2013 im Übrigen selbst, dass ihre Einschätzung vom 24. August 2012 ( Urk. 7/32 S. 20 ) zumindest insofern unrichtig sei, als sie damals noch (vorbehaltlos) von zwei Mikroblutungen in der Medulla spinalis auf Höhe C5/C6 ausgegangen sei

(Urk. 9/129 im Prozess Nr. UV.2013.00177) . Gestützt auf die im Einklang stehenden Beurteilungen sämtlicher weiterer Radiologen ist daher davon auszugehen, dass den von der Beschwerdeführerin geklagten anhaltenden Beschwerden kein objektivierbares strukturelles Korrelat zu Grunde liegt.

Angesichts dieses Ergebnisses kann offen bleiben, ob eine lineariforme , intraartikuläre und periartikuläre Einblutung in der Region des Facettengelenks auf Höhe C3/C4, wie sie Dr. H.\_\_\_\_ annahm (Urk. 7/32 S. 20 und Urk. 9/129 im Prozess Nr. UV.2013.00177), überhaupt zu einer (hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit in einer körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit bedeutsamen ) wesentlichen funktionellen Einschränkung führen könnte.

Am Fehlen anspruch relevanter organischer Schäden änderte schliesslich auch eine allfällige

Subluxationsstellung des Sterno klavikulargelenks , wie sie die Radiologen des Q.\_\_\_\_ am 1. April 2014 - bei ansonsten unauffälligem Untersuchungsergebnis - nicht gänzlich ausschliessen konnten (Urk. 7/48 S. 28 f.) ,

nichts. Eine derartige Veränderung wäre nämlich gemäss den genannten Ärzten

lediglich leichtgradig (Urk. 7/48 S. 29)

und vermöchte, wie die Gutachter der MEDAS unter Hinweis auf die sowohl klinisch als auch radiologisch sehr diskreten ent sprechenden Befunde einleuchtend dartaten, die persistierende Symptomatik jedenfalls nicht zu erklären (Urk. 7/48 S. 22). Dass die Experten der MEDAS von einer zusätzlichen Untersuchung der Sternoklavikulargelenke mittels CT absahen, ist daher nicht zu beanstanden (Urk. 1 S. 5). 5.4 Hinsichtlich der von den Ärzten verschiedentlich in Betracht gezogenen MTBI ist festzuhalten, dass es sich dabei um ein durch Kontaktkräfte (Kopfanprall, Schlag auf Kopf) oder Akzeleration beziehungsweise

Dezeleration bedingtes kraniales Trauma, das zu einer Unterbrechung der zerebralen Funktionen führt, handelt. Die Diagnose setzt entweder eine Episode von Bewusstlosigkeit oder einen Gedächtnisverlust für Ereignisse unmittelbar vor oder nach dem Unfall oder eine Bewusstseinsstörung (zum Beispiel Benommenheitsgefühl, Desorientierung) im Zeitpunkt der Verletzung voraus. Andererseits darf die Störung nicht mit einer Bewusstlosigkeit von mehr als 30 Minuten, einem Wert nach der Glasgow Coma

Scale (GCS) von 13 bis 15 nach 30 Minuten oder einer posttraumatischen Amnesie von mehr als 24 Stunden verbunden sein. Die MTBI-Diagnose erfolgt aufgrund bestimmter Symptome nach kranialen Traumen und bedeutet nicht schon, dass eine objektiv nachweisbare Funktionsstörung vorliegt (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C\_902/2010 vom 6. April 2011 E. 6.1.3 mit Hinweisen).

Dass die Beschwerdeführerin beim Unfall vom 19. Juli 2011

eine MTBI erlitten hat (Urk. 1 S. 6), lässt sich zwar aufgrund der Akten nicht auszuschliessen, erscheint aber nicht als überwiegend wahrscheinlich. So verneinte sie eine Bewusstlosigkeit ursprünglich klar (zum Beweiswert der Aussagen der ersten Stunde vgl. BGE 121 V 45 E. 1 a, 115 V 133 E. 8c mit Hinweis) und die unmittelbar nach dem Unfall behandelnden Neurologen des Z.\_\_\_\_ Krankenhauses in A.\_\_\_\_ gelangten, nachdem sie die Beschwerdeführerin radiologisch und klinisch untersucht hatten, zum Schluss, dass diese nach dem von ihr geschilderten kranialen Trauma (ausschliesslich) an einer posttraumatischen Ze phalea leide (Urk. 7/14 S. 125). Unter Hinweis darauf, dass die (erneute) bildgebende Untersuchung einen unauffälligen Befund ergeben habe und die Beschwerdeführerin, die imstande sei, das Unfall geschehnis genau wiederzugeben, keine retro- anterograde Amnesie aufweise, gelangte in der Folge auch der Neurologe Dr. C.\_\_\_\_ zum Schluss, dass der Unfall lediglich eine Commotio cerebri zur Folge gehabt habe. Dass die Beschwerden seither persistierten und es sogar zu einer Symptomausweitung gekommen sei, erklärte der genannte Arzt einleuchtend mit (auch in den weiteren Arztberichten und den sonstigen Akten dokumentierten) massiven

ungünstigen psychosozialen Faktoren in Form schwieriger Lebensumstände beziehungsweise einer belastenden familiären Situation (vgl. Bericht vom 5. Oktober 2011 [Urk. 7/14 S. 105 f.] und auch Schreiben an die IV-Stelle vom 1. September 2012 [Urk. 7/15]). Auch der Hausarzt Dr. D.\_\_\_\_ ging in seinen Berichten stets von einer Commotio cerebri aus (Urk. 7/14 S. 4 und S. 63, Urk. 7/32 S. 2 sowie Urk. 9/104 und Urk. 9/132 im Prozess Nr. UV.2013.00177). Die Gutachter der MEDAS hielten eine MTBI - in Übereinstimmung mit den Ärzten der Klinik F.\_\_\_\_ (Urk. 7/14 S. 33)

-

zwar für möglich, gingen aber

( ebenfalls im Einklang mit den Ärzten der Klinik F.\_\_\_\_ [ Urk. 7/14 S. 34 ] ) davon aus, dass diese keine arbeitsrelevante Einschränkung zeitige (Urk. 7/48 S. 26). Dr. M.\_\_\_\_ hielt eine MTBI zwar - anders als sämtliche anderen untersuchenden und beurteilenden Ärzte - für ausweisend, begründete die Diagnose beziehungsweise die erhebliche „organische Komponente“ (Urk. 14 S. 8 im Prozess Nr. UV.2013.00177) der Beschwerden indes nicht schlüssig und legte auch nicht dar, aufgrund welcher funktioneller Einschränkungen er der Beschwerdeführerin - entsprechend deren im Zeitpunkt seiner Untersuchung effektiv im Pensum vom 40 % ausgeübten Erwerbstätigkeit - eine 60%ige Arbeitsunfähigkeit im Erwerbsbereich und eine 40%ige Leistungseinschränkung im Haushalt attestierte. Insofern kann auf seine Beurteilung nicht abgestellt werden. Festzuhalten ist immerhin, dass auch er die festgestellten kognitiven Defizite - zumindest teilweise - auf die psychische Symptomatik zurückführte (Urk. 14 S. 10 im Prozess Nr. UV.2013.00177).

Dass die Ergebnisse der neuropsychologischen Untersuchung, auf die sich die MEDAS-Ärzte in ihrer Beurteilung stützten, nicht aussagekräftig seien, weil die fragliche Exploration an einem einzigen Termin durchgeführt worden sei (Urk. 1 S. 6), ist unzutreffend. Vorhandene Defizite treten nämlich im Rahmen einer einmaligen längeren (vorliegend fast dreistündigen) Abklärung deutlicher zu Tage, als wenn die erforderlichen Testungen etappenweise durchgeführt werden und zwischen den einzelnen Terminen immer wieder längere Erholungsphasen liegen. Zudem stimmt das Ergebnis der neuropsychologischen Begutachtung durch die MEDAS im Wesentlichen mit der Beurteilung der

Klinik F.\_\_\_\_ überein, welche auf den Beobachtungen der Ärzte und Therapeuten dieser Klinik während des über zwei Monate dauernden stationären Aufenthaltes der Beschwerdeführerin beruht (Urk. 7/14 S. 33 f.).

Nachdem sowohl die Ärzte der Klinik F.\_\_\_\_ als auch die Gutachter der MEDAS gestützt auf die Ergebnisse ihrer fundierten entsprechenden Abklärungen mit überzeugender Begründung zum Schluss gelangten, dass die - sich nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirkende - (leicht) verminderte kognitive Leistungsfähigkeit vor dem Hintergrund der psychischen Beeinträchtigung zu sehen sei (Urk. 7/14 S. 33, Urk. 7/48 S. 26) und auch die behandelnde Psychiaterin Dr. N.\_\_\_\_ die psychische Störung für ursächlich für die kognitiven Defizite hielt (Urk. 7/33 S. 6), ist eine objektivierbare Funktionsstörung jedenfalls zu verneinen. 5.5

Was schliesslich die psychische Symptomatik anbelangt, taten die Gutachter der MEDAS - unter Hinweis auf verschiedene Verhaltensauffälligkeiten und auf Inkonsistenzen in den aktenkundigen und den anlässlich der Begutachtung gemachten Angaben - einleuchtend dar, dass die Beschwerdeführerin an einer Akzentuierung von Persönlichkeitszügen mit histrionischem Verhalten leide, wobei zudem - ausschliesslich aktenanamnestisch - Anhaltspunkte für eine Somatisierungs- und eine depressive Störung bestünden (Urk. 7/48 S. 26 und S. 57 f.). Unter Berücksichtigung der Kriterien des Mini - ICF-Ratingbogens (Urk. 7/48 S. 56) gelangten sie, wie schon die Ärzte der Klinik F.\_\_\_\_ (Urk. 7/14 S. 33), zum Schluss, dass aus psychischer Sicht eine 100%ige

Arbeitsfähigkeit bestehe.

Was die Beschwerdeführerin hiegegen vorbringt (Urk. 1 S. 5), ist nicht stichhaltig.

So vermag die von ihr für (zu) kurz befundene Dauer der psychiatrischen Begutachtung (eine Stunde vierzig Minuten [Urk. 7/48 S. 53]) an sich jedenfalls noch keine Zweifel an der Zuverlässigkeit des Gutachtens

zu begründen ( vgl. hiez u etwa Urteil des Bundesgerichts 8C\_365/2012 vom 30. Juli 2012 E. 6.3 mit Hinweisen). Hinsichtlich der von Dr. E.\_\_\_\_ am 4. Januar 2012 festge stellten Anpassungsstörung

(Urk. 7/14 S. 70) ist sodann festzuhalten, dass sich angesichts der von den Gutachtern der MEDAS erhobenen Befunde (Urk. 7/48 S. 56 f.) keine Anhaltspunkte für eine derartige - auch von der behandelnden Psychiaterin Dr. N.\_\_\_\_ nicht bestätigte (Urk. 7/33 S. 5)

- Störung erge ben. Dass in der Folge (als einziger Arzt) auch der Neurologe Dr. M.\_\_\_\_ in seinem (Partei-)Gutachten vom 31. Mai

2013 (Urk. 14 im Prozess Nr. UV.2013.00177 ) differentialdiagnostisch von einer posttraumat ischen Anpass ungsstörung ausging , ist insofern nicht von Belang, als dieser die - nicht in seinen Fachbereich fallende - fragliche Diagnose lediglich mit von den Beschwerdeführerin angegebenen Alpträumen begründete beziehungsweise in erster Linie auf die langjährige psychosoziale Belastungssituation zurückführte. Dass die Gutachter der MEDAS eine Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 F68 nicht in Betracht zogen (Urk. 1 S . 5), stellt ebenfalls keinen Mangel der Exper tise dar, äusserte doch keiner der seit Juli 2011 behandelnden und beurteilenden Ärzte je auch nur den Verdacht auf eine entsprechende Störung.

Anzumerken bleibt, dass eine allfällige psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit

ohne hin keinen Leistungsanspruch zu begründen vermöchte. Aus den zitierten medizinischen Beurteilungen ist näm lich zu schliessen , dass das psychische Leiden der Beschwerdeführerin mit ungünstigen psychosozialen Faktoren zu erklären ist

(vgl. insbesondere Berichte Dr. C.\_\_\_\_ vom 5. Oktober 2011 [Urk. 7/14 S. 106 f.] und vom 1. September 2012 [Urk. 7/15], Bericht Dr. D.\_\_\_\_ vom 8. Dezember 2011 [Urk. 7/14 S. 74] , Austrittsbericht Klinik F.\_\_\_\_ vom 23. Mai 2012 [Urk. 7/14 S. 34], Expertise Dr. M.\_\_\_\_ vom 31. Mai 2013 [Urk. 14 im Prozess Nr. UV.2013.00177] und Gutachten MEDAS vom 25. Juni 2014 [Urk. 7/48 S. 9, S. 21, S.

## **E. 25**

und S. 27] ) . Die Gutachter der MEDAS gingen denn auch davon aus, dass sich eine gesundheitliche Verbesserung am ehesten durch eine Veränderung der psychosozialen Situation und nicht etwa mittels medi zinischer Massnahmen erzielen lasse (Urk. 7/48 S. 27 ) , und auch Dr. C.\_\_\_\_ hielt insbesondere eine Entlastung im Alltag für indiziert (Urk. 7/14 S. 107).

Da ein klinisches Beschwerdebild, das (einzig) von belastenden psychosoziale n und soziokulturelle n Faktoren herrührt,

rechtsprechungsgemäss nicht als invaliden versicherungsrechtlich relevante Beeinträchtigung zu verstehen ist , vermag die psychische Störung der Beschwerdeführerin, welche - wie dar gelegt - durch ungünstige psycho soziale Umstände verursacht wird und bei Wegfall der Belas tungsfaktoren nach Lage der Akten mit überwiegender Wahrschein lichkeit wieder verschwände, auch keinen Rentenanspruch zu begründen ( E. 1.6) . 5.6

Nach dem Gesagten ging die IV-Stelle zu Recht davon aus, dass die Beschwerdeführerin keinen invalidisierenden Gesundheitsschaden aufweist. Dass diese in der Zeit zwischen dem Unfall vom 19. Juli 2011 und Anfang März 2014

- in Anspruch zumindest auf eine befristete Rente begründender Weise - arbeitsunfähig gewesen sei (Urk. 1 S. 3), ist unzutreffend. So anerkannten die Gutachter der MEDAS zwar eine nach der Auffahrkollision vom 25. November 2013 (Urk. 7/48 S. 16), die nach Lage der Akten abgesehen von einer Untersuchung am Unfalltag zu keinen weiteren medizinischen Abklärungen oder therapeutischen Massnahmen

Anlass gab (Urk. 7/48 S. 16), vorübergehend - für eine „Karenzfrist“ von drei Monaten - eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Dass eine solche schon in der Zeit vor dem fraglichen Verkehrsunfall bestanden hätte, geht indes weder aus dem Gutachten selbst hervor noch ist es aus den weiteren medizinischen Akten zu schliessen, die einen im Wesentlichen seit dem Unfall vom 19. Juli 2011 unveränderten Gesundheitszustand dokumentieren. Für die Zeit vom 19. Juli 2011 bis 30. November 2012 fällt ein Rentenanspruch im Übrigen schon deshalb ausser Betracht, weil sich die Beschwerdeführerin erst am 11. Juni 2012 zum Leistungsbezug anmeldete (Urk. 7/4; vgl. Art. 29 Abs. 1 und Abs. 3 IVG). Die Leistungsverweigerung der Beschwerdeführerin erweist sich demnach als rechtmässig. Die Beschwerde ist folglich abzuweisen. 6.

Gemäss Art. 69 Abs.

1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen abweichend von Art. 61 lit. a ATSG vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind die Gerichtskosten in Höhe von Fr. 1'000.-- der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. 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: - Rechtsanwalt Kaspar Gehring - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage je einer Kopie folgender Aktenstücke des Prozesses UV.2013.00177: Urk. 9/14, Urk. 9/32-35, Urk. 9/72, Urk. 9/89, Urk. 9/97, Urk. 9/104, Urk. 9/120, Urk. 9/123, Urk. 9/125, Urk. 9/129, Urk. 9/132 und Urk. 9/140 sowie Urk. 14 - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert

### **E. 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 Vorsitzende  
Die Gerichtsschreiberin  
Gräub-Fischer

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