

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00920 vom 20. Februar 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-02-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00920

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00920 du 20 février 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00920 del 20 febbraio 2020

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1977, war zuletzt bis 2014 bei drei verschiedenen Arbeitgebern als Raumpflegerin tätig (Urk. 6/2, Urk. 6/7/3). Unter Angabe einer HWS-Distorsion nach einem Unfall am 17. Oktober 2014 (vgl. Urk. 6/4/317) meldete sie sich am

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). 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. 1.2.1

Nach der Rechtsprechung kann eine bei einem Unfall erlittene Verletzung im Bereich von Halswirbelsäule (HWS) und Kopf auch ohne organisch nachweisbare (d.h. objektivierbare) Funktionsausfälle zu länger dauernden, die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit beeinträchtigenden Beschwerden führen. Derartige Verletzungen sind gemäss Rechtsprechung durch ein komplexes und vielschichtiges Beschwerdebild mit eng ineinander verwobenen, einer Differenzierung kaum zugänglichen Beschwerden physischer und psychischer Natur gekennzeichnet. Diese mit Bezug auf die obligatorische Unfallversicherung - und dabei insbesondere hinsichtlich der adäquaten Kausalität zwischen Unfall und Gesundheitsschaden - entwickelten Grundsätze sind auch für die Invalidenversicherung massgebend. Auch hier kann eine spezifische HWS-Verletzung ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle mit dem für derartige Verletzungen typischen, komplexen und vielschichtigen Beschwerdebild die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit beeinträchtigen (BGE 136 V 279 E. 3.1).

E. 1.2.2

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, (IVG) sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 145 V 215 E. 5.1, 143 V

409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierte(n) Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zu mutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2.3

Gemäss der Rechtsprechung ist bei fachärztlich (psychiatrisch) diagnostizierten somatoformen Schmerzstörungen und vergleichbaren psychosomatischen Leiden, wozu auch spezifische und unvollständige HWS-Verletzungen (Schleudertrauma) ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle gehören (vgl. BGE 136 V 279), anhand von Standardindikatoren das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen ergebnisoffen und symmetrisch zu beurteilen, indem gleichermassen den äusseren Belastungsfaktoren wie den vorhandenen Ressourcen Rechnung getragen wird (BGE 141 V 574 E. 4.1; Urteil des Bundesgerichts 9C_534/2015 vom 1. März 2016 E. 2.2). Die Anerkennung eines rentenbegründenden 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 an diesem Nachweis, hat die materiell belastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 142 V 106 E. 4.5; Urteil des Bundesgerichts 8C_676/2017 vom 28. Februar 2018 E. 6.3).

Gemäss BGE 143 V 418 (E. 7) sind neu sämtliche psychischen Leiden, laut BGE 143 V 409 (E. 4.5.2) namentlich auch leichte bis mittelschwere Depressionen, einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen (Änderung der Rechtsprechung).

E. 1.2.4

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychosomatischen Leiden und psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE

143 V 418, 143 V 409, 141 V 281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - 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 eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4). 1.

E. 1.4

UV170510 Beweiswert eines Arztberichts 08.2018 Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). 2.

E. 2

Gegen die Verfügung vom 20. September

2018 erhob die Versicherte am 22. Oktober 2018 Beschwerde (Urk. 1 S. 2 f.) und beantragte,

die Verfügung der Beschwerdegegnerin sei aufzuheben (1.), der Beschwerdeführerin sei spätestens ab dem 1. August 2016 eine ganze IV-Rente auszurichten (2.), eventualiter sei ein neutrales, umfassendes, polydisziplinäres Gutachten unter Beachtung der neuen Schmerzrechtsprechung gemäss BGE 141 V 281 in Auftrag zu geben (3.), subeventualiter sei der Beschwerdeführerin der Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen zuzusprechen (4.), alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zzgl. MwSt. zu Lasten der Beschwerdegegnerin. Die IV-Stelle schloss in ihrer Beschwerdeantwort vom 22. November 2018 (Urk. 5) auf Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführer in am 29. November 2018

unter Aufforderung zur Einreichung weiterer Akten zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 7). Die von der Beschwerdeführerin daraufhin eingereichten Berichte wurden der Beschwerdegegnerin zugestellt (vgl. Urk.

8, 9/1-3 und 10). Am 24.

Januar

2020 reichte die Beschwerdeführerin auf Aufforderung des Gerichts einen weiteren Bericht nach (Urk. 12 und 13). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene Verfügung (Urk. 2) damit, die Diagnose eines HWS-Distorsionstraumas habe keine dauerhafte Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. In den Arztberichten aus dem Jahr 2016 werde von den gleichen Symptomen berichtet und die Beschwerden seien seither unverändert. Bei den Untersuchungen von 2016 hätten keine körperlichen oder psychischen Ursachen der geklagten Symptome objektiviert werden können. Damals hätten keine gesundheitlichen Einschränkungen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestanden. Da aktuell über dieselben Beschwerden geklagt werde wie im Jahre 2016, könne davon ausgegangen werden, dass auch aktuell keine Einschränkungen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorhanden seien. Auf die medizinischen Unterlagen aus dem Jahr 2016 könne vollumfänglich abgestützt werden.

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin stelle sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1 S. 11), dass anhand der Vorakten erstellt sei, dass sie seit dem Unfall vom 17. Oktober 2014 unfallbedingt zu 100 % erwerbsunfähig sei. Der zweite Unfall vom 16. September 2016

habe zur Exazerbation des Schmerzleidens geführt. Die Suva und die Krankentaggeldversicherung hätten ebenfalls die 100 % ige Erwerbs unfähigkeit anerkannt, da diese doch nahtlos bis zum 30. Juni 2018, und somit während mehr als dreieinhalb Jahren Taggelder ausgerichtet hätten. Eine lang andauernde Krankheit liege nachweislich vor. Die Beschwerdegegnerin habe bis heute keine eigenen medizinischen Untersuchungen durchgeführt. Auch die Suva habe lediglich rudimentäre Abklärungen durchgeführt. Die von der Krankentaggeldversicherung bei der Y. ___ in Auftrag gegebenen Gutachten seien wertlos, da diese MEDAS nicht neutral sei und die neue Schmerzrechtsprechung gemäss BGE 141 V 281 nicht berücksichtigt worden sei. Aufgrund des komplexen Krankheitsbildes hätte die Beschwerdegegnerin zwingend ein neutrales, umfassendes, polydisziplinäres Gutachten, welches die Kriterien von BGE 141 V 281 erfülle, in Auftrag geben müssen (S. 12). Der medizinische Sachverhalt sei von der Beschwerdegegnerin offensichtlich nicht umfassend überprüft worden, weshalb gegen die Untersuchungsmaxime gemäss Art. 43 ATSG verstossen worden sei (S. 13). Da bei der Beschwerdeführerin der IV-Grad bei weit über 20 % liege, habe die Beschwerdeführerin Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen (S. 14). 3.

E. 3

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 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.

E. 3.1

Dr. med. Z. ___ , Facharzt für Neurologie FMH, hielt in seinem Arztbericht vom 27. Februar 2015 (Urk. 9/1) als Diagnosen ein posttraumatisches, cervico-cephales und lumbales Schmerzsyndrom bei Status nach

Heckauffahrkollision mit Beschleunigungstrauma der HWS sowie Prellung der LWS fest (S. 1) . Im Status bestehe eine schmerzbedingte Bewegungseinschränkung der Halswirbelsäule mit palpatorisch verdickter und druckdolenter Nacken- und Schultermuskulatur. Neurologische Ausfälle würden keine bestehen, so dass eine Schädigung am Nervensystem nicht anzunehmen sei. Die geklagten Schwindel dürften zervikal bedingt sein und somit eine weitere Folge des HWS-Traumas (S. 2)

E. 3.2

Dr. med. A. ___ , Fachärztin Innere Medizin und Rheumatologie FMH, nannte in ihrem Bericht vom 17. September 2015 (Urk. 9/2) die folgende Diagnose: - St. n. HWS-Distorsion am 17.10.2014 - Persistierend verminderte Belastbarkeit, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen - Persistierende Kopfschmerzen und zerviko-thorakovertebrales bis spondylogenes Schmerzsyndrom

Dazu führte sie aus, dass der Verlauf elf Monate nach der HWS-Distorsion bei geringer Geschwindigkeit und ohne initial strukturelle

Verletzungen ungewöhnlich sei. Es sei anamnestisch zwar über längere Zeit Physiotherapie erfolgt, aber offenbar keine Erfassung der Begleitprobleme und keine

Rehabilitationsversuche, obwohl die Arbeitswiederaufnahme mehrfach gescheitert sei. Zum jetzigen Zeitpunkt seien sowohl Funktionsstörungen wie muskuläre Befunde erhebbar. Zur Quantifizierung der neuropsychologischen Problematik sei sie, Dr. A.____, nicht qualifiziert (S. 2).

E. 3.3

Die bei der B.____ tätigen Ärzte, Dr. med.

C.____, Assistenzärztin Arbeitsorientierte Rehabilitation, und Dr. med. D.____, Facharzt Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, nannten in ihrem Bericht vom 20. Oktober 2015 (Urk. 6/4/38-50) folgende Diagnosen (S. 1): - HWS-Distorsion QTF II - 23.01.2015 MRI HWS: Normales Myelon, keine Spinalkanalstenose, keine Neurokompression - 23.03.2015 MRI Schädel: Kein Nachweis einer frischen oder alten residuellen traumatischen Läsion. Venöses Angiom fronto-temporal rechts. Empty-Sella. Ansonsten unauffälliges Schädel-MRT - 27.02.2015 Zerebrovaskuläre Doppeluntersuchung und Duplex-Sonographie mit Farbkodierung: Normale extra- und transkraniale Karotis- und Vertebralis-Dopplersonographie. Keine Hinweise für traumatische Gefässschäden - 27.02.2015 EEG-Befund: In begrenzender Norm mit leichter unspezifischer Allgemeinveränderung der Grundaktivität. Kein Herd abgrenzbar, keine Epilepsie verdächtigen Potenziale - Zervikobrachiales Syndrom rechts - Kopfschmerzen - BWS-Kontusion - 23.04.2015 MRI BWS sagittal und axial, koronal nativ und nach i. v. KM-Gabe: Unauffälliges MRT der BWS. Kein Nachweis einer traumatischen Läsion

Des Weiteren berichteten die Ärzte, dass beim durchgeführten Assessment für die aktiven und passiven Therapiemassnahmen ein mässiger Zugang gefunden werden konnte. Die Beschwerdeführerin habe eine mässige Leistungsbereitschaft gezeigt. Die minimale Performance sei nicht erreicht worden (S. 4).

Hinsichtlich der Konsistenz hielten sie fest, dass eine Diskrepanz zwischen dem Fehlen einer relevanten klinischen Problematik im Bereich Hand oder Vorderarm und der schlechten Handkraft links besteht. Ausserdem bestehe eine Diskrepanz zwischen dem Ausmass der angegebenen Einschränkungen im Fragebogen zur Selbsteinschätzung der Leistungsfähigkeit (PACT-Test) und den beobachteten funktionellen Fähigkeiten. Die Selbsteinschätzung sei erheblich zu tief gewesen. Die Angabe von starken Schmerzen entspreche nicht dem kaum leidenden Eindruck, den die Beschwerdeführerin während den Aktivitäten vermittelt habe. Es liege auch eine neurologisch nicht plausible sensorische Störung vor (S. 12).

Unter den beschriebenen Therapieempfehlungen und im Hinblick auf den bisherigen Verlauf und die heutigen Resultate spreche nichts gegen einen baldigen Arbeitsversuch (S. 5).

E. 3.4

In seiner

Aktenbeurteilung vom 25. Februar 2016 (Urk. 6/4/7-12) führte Dr. med. E.____, Facharzt für Chirurgie sowie Kreisarzt, zunächst die vorhandenen Berichte auf. Zu den von Dr. F.____ initial festgehaltenen Schmerzen in der Kreuzregion hielt er insbesondere fest, dass es extrem unwahrscheinlich sei, dass die durch den Sitz gut geschützte LWS bei einem Auffahrunfall mit niedriger Geschwindigkeit eine Verletzung erleiden würde. Dies sei selbst bei höheren Geschwindigkeiten aufgrund der genannten Schutzwirkung des Sitzes unwahrscheinlich (S.

4). Beim Unfall seien weder bildgebend noch unfallbedingte strukturelle Läsionen aufgetreten noch fachärztlich neurologisch nachweisbare neurogene Verletzungen (S. 6).

5). Aus rein traumatologisch -/somatischer Sicht sei anlässlich der Auffahrung am 17. Oktober 2014 keine unfallbedingte strukturelle Läsion erfolgt und es sei von einem Status quo sine mit Datum des MRI der BWS vom 23. April 2015 auszugehen. Die weiterhin geklagten Beschwerden der Beschwerdeführerin seien aus traumatologisch -/somatischer Sicht somit nicht nachvollziehbar und es sei anzunehmen, dass diese im Rahmen einer Symptomausweitung zu sehen seien. Aus somatischer Sicht ergebe sich somit kein Ansatzpunkt für weitere unfallursächliche therapeutische Bemühungen. Bei fehlendem Ansatzpunkt könne zum einen kein therapeutisches Regime vorgeschlagen werden und zum anderen könne nicht erwartet werden, dass durch jedwede somatisch orientierte Therapie noch eine Verbesserung auftreten werde (S. 6). Die Suva stellte daraufhin die Versicherungsleistungen per 15. April 2016 ein (Urk. 6/11/38-39; vgl. auch Urk. 6/23).

E. 3.5

Dr. med. G.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte im undatierten, im Februar 2017 bei der IV-Stelle eingegangenen Bericht als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen Status nach HWS-Distorsion am 17. Oktober 2014 mit chronischen Schmerzen und mit zervikothorakalem Schmerzsyndrom sowie eine Depression und Schlafstörungen an (Urk. 6/27/1-5 S. 1; vgl. auch Urk. 6/14). Die letzte Kontrolle habe am 30. Juni 2016 stattgefunden und seit Juni 2016 sei keine Arbeitsunfähigkeit mehr attestiert worden. Er denke, dass mit einer Wiederaufnahme beziehungsweise einer Erhöhung der Einsatzfähigkeit gerechnet werden könne (Urk. 6/27/3).

E. 3.6.1

Dr. med. H.____, Facharzt Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, Sportmedizin SGSM, Manuelle Medizin SAMM und Interventionelles Schmerzmanagement SSIPM sowie Dr. med. I.____, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie FMH,

erstatteten gestützt auf ihre Untersuchungen vom 22. September 2016 am 21. November 2016 ein interdisziplinäres Gutachten (Urk. 6/52/2-37).

E. 3.6.2

Dr. H.____ gab in seinem rheumatologischen Teilgutachten (Urk. 6/52/2-26) an, die Beschwerdeführerin habe Beschwerden im zervikalen Bereich, interscapulär und den rechten Arm betreffend sowie auch die Brustregion rechts, den Hals ventral und zum Gesicht hinaufziehend angegeben. Zudem habe sie am Beckenkamm rechts Beschwerden beklagt. Weiterhin habe sie Beschwerden im Bereich der Gelenke der unteren Extremität und der Hände mit Empfinden eines Anschwellens beklagt. In der Untersuchung habe sich kein behinderungsrelevanter Befund objektivieren lassen. Die Schmerzangaben seien durchgehend nicht konsistent gewesen (bei Ablenkung nicht auslösbar) und objektive Störungsbefunde seien nicht zu erheben gewesen, v. a. habe die spontane Mobilität frei und ungehindert imponiert (S. 16). Die Anamnese spreche zudem für eine Selbstständigkeit und Selbstversorgung sowie eine rege familiäre Aktivität (Betreuung der Kinder des Bruders), was mit einer namhaften somatischen Einschränkung nicht in Einklang zu bringen sei. Auch führe die Beschwerdeführerin wieder einen PKW. Eine rheumatologische

Erkrankung im Sinne einer autoimmun-vermittelten Pathologie oder einer anderen ossären, arthrogenen oder myogenen sowie auch einer ligamentären Erkrankung sei nicht evident. Zeichen einer unfallbedingten strukturellen Schädigung würden nicht vorliegen und seien auch aktenkundig bereits verneint worden. Das Unfallereignis sei ohne jeden Anhalt für eine namhafte strukturelle spinale Läsion einhergegangen, dies sowohl in den radiologischen Vorbefunden als auch in den vorbeschriebenen klinischen Untersuchungen, die nicht über subjektive Schmerzangaben und weitere Klagen hinausgehen würden. Der Unfallhergang spreche zudem eher für ein Bagatell-Unfallgeschehen. Die Beschwerdeführerin habe die Fahrt fortsetzen können. Die seinerzeit bildmorphologisch beschriebene Steilstellung der HWS sei ohne wesentlichen eigenständigen Krankheitswert (S. 17). Hinzuweisen bleibe auf die deutliche Diskrepanz zwischen reklamierter aktueller Schmerzintensität und dem nicht schmerzgeplagten klinischen Eindruck sowie der freien spontanen Mobilität der Beschwerdeführerin. Die positiven Waddell-Signs sprechen für eine bewusstseinsnahe demonstrative Beschwerdepräsentation. Entsprechende Befunde hätten sich auch im Bericht der B.____ gefunden.

Für die zuletzt ausgeübte sowie jedwede vergleichbare Tätigkeit oder eine andere Arbeit des allgemeinen Arbeitsmarktes bestehe somit aus rheuma-orthopädischer Sicht eine 100 % ige Arbeitsfähigkeit, dies per sofort geltend (S. 17).

E. 3.6.3

In seinem psychiatrischen Teilgutachten (Urk. 6/52/ 27-37) hielt Dr. I.____ fest, die Beschwerdeführerin habe anlässlich der Begutachtung angegeben, dass sie keine Depression habe. Sie könne lachen und sich freuen, fühle sich nicht traurig oder niedergeschlagen. Angst oder innere Unruhe würden nicht bestehen, auch fühle sie sich nicht dünnhäutig und empfindlich. Sie mache sich Sorgen bezüglich der Gesundheit und der Zukunft. Grübeln oder Gedankenreisen habe die Beschwerdeführerin verneint (S. 2).

Die Beschwerdeführerin habe vorrangig über ein diffus verteiltes unspezifisches Schmerzsyndrom mit erheblicher aktueller Ausprägung berichtet. Schmerzassoziiert seien vegetative Beeinträchtigungen, Gesundheitsorgen und vermindertes Konzentrationsvermögen berichtet worden. Eine erhebliche psychische Beeinträchtigung sei nicht reklamiert worden und sei auch in der vertiefenden Exploration nicht herauszuarbeiten gewesen. Im AMDP-konform erhobenen psychiatrischen Befund würden keine namhaften Auffälligkeiten bestehen, insbesondere seien Stimmung, Antrieb und affektive Schwingungsfähigkeit unbeeinträchtigt. Ein depressives Syndrom sei nicht zu diagnostizieren. Auch für eine anderweitige psychiatrische Erkrankung seien keine Anhaltspunkte zu finden: eine Angst- oder Zwangserkrankung, Persönlichkeitsstörung oder Suchterkrankung, Traumafolgestörung oder andere psychiatrische Erkrankung würden nicht vorliegen. Eine somatoforme Schmerzstörung sei ebenfalls nicht zu diagnostizieren: ein den Schmerzen zugrundeliegender erheblicher seelischer oder psychosozialer Konflikt sei nicht herauszuarbeiten, eine ICD-10-konforme Diagnose-Konstellation sei somit nicht gegeben (S. 7).

Die Beschwerdeführerin habe nicht namhaft schmerzgeplagt gewirkt, was diskrepant zur anamnestisch reklamierten hohen Schmerzintensität stehe. Dies spreche für eine bewusstseinsnahe demonstrative Darbietung von Einschränkungen und Beschwerden (S. 8 und S. 10). Die Beschwerdeführerin stehe in ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung. Eine regelmässige Psychopharmaka-

Einnahme werde verneint. Eine psychiatrische Therapie-Indikation sei aus Sicht des Gutachters auch nicht zu erkennen (S. 8).

Eine psychiatrische Erkrankung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit liege nicht mit der gebotenen Wahrscheinlichkeit vor und aus psychiatrischer Sicht bestehe somit vollschichtige Arbeitsfähigkeit in der angestammten/letzten sowie jedweder vergleichbaren oder auch einer anderen Tätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarkts (Pensum und Rendement 100 %), dies per sofort geltend (S. 8 f.).

E. 3.6.4

Krankentaggeldversicherung sah daraufhin die die Einstellung der Taggelder per 19. Dezember 2016 vor (Urk. 6/41/51).

E. 3.7

Dr. med. univ. J.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, bei welcher die Beschwerdeführerin seit März 2017 in Behandlung steht, hielt in ihrem Bericht vom 22. Februar 2018 (Urk. 9/3) als Diagnosen eine Anpassungsstörung mit Angst und Depression (ICD-10: F43.22) mit/bei St. n. Verkehrsunfall 2014 und 2016 mit anschliessendem HWS-Distorsionsstrauma sowie eine somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F 45.4) fest (S. 2).

Das psychische Zustandsbild werde durch chronische Kopfschmerzen, Nacken- und Rückenschmerzen, persistierende Schwindelattacken und Tagesmüdigkeit bei minimalen Belastungen sowie Angstzustände (Zukunfts- und Existenzängste) ergänzt, welche zu weiteren Verunsicherungen und Einschränkungen in der Adaptation und Durchhaltefähigkeit führt. Die Beschwerdeführerin habe über Gedankenkreise um ihre aktuelle Situation und die Zukunft berichtet sowie Sorgen und Ängste in Bezug auf weitere Arbeitsmöglichkeiten geäussert. Sie sei gelegentlich auch gereizt, traurig und innerlich angespannt (S. 1).

Des Weiteren führte

Dr. J.____ aus, dass die Schmerzen möglicherweise als Ergebnis einer psychogenen Entwicklung und demnach als Symptom eines intrapsychischen Konfliktes einzuordnen seien, dies bedeute, der Schmerz habe die Funktion einer klinischen Manifestation eines Konfliktes und könne nur über dieses Symptom exprimiert werden (S. 2).

Es sei davon auszugehen, dass der Autounfall und der Verlust der Arbeit als hohe Belastung erlebt worden seien. Dazu komme auch die soziale Situation der Beschwerdeführerin, welche fast 40 Jahre alt sei, noch immer bei den Eltern wohne, nie verheiratet gewesen sei und keine Kinder habe. Gemäss Dr. J.____

ist dies aus kulturellen Gründen für die Beschwerdeführerin sehr belastend und dadurch würden auch die Schmerzen als hohe Belastung erlebt (S. 2). 3.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art.

E. 8

Dr. med. K.____, Fachärztin Neurologie FMH, nannte in ihrem Arztbericht vom 6. April 2018 (Urk.

E. 13

) folgende Diagnosen: - Chronisches zervikozephalisches Schmerzsyndrom bei Status nach HWS-Distorsion QTF II am 17.10.2014 sowie BWS-Kontusion am 23.04.2015 mit/

bei: - MRI HWS: Streckhaltung der HWS. Ausschluss einer relevanten Diskuspathologie oder über das Altersmass hinausgehenden degenerativen Veränderungen (19.02.2018) - Chronifizierte Migräne ohne Aura - Verdacht auf Medikamentenübergebrauchskopfschmerz (Paracetamol, Ibuprofen) - Intermittierende Sensibilitätsstörungen in den median versorgten Fingern mit/bei: - Ausschluss eines Carpaltunnelsyndroms rechts - Am ehesten pseudoradikuläre Beschwerden

Bei der Beschwerdeführerin zeige sich ein typisches chronifiziertes Störungsbild nach einem HWS-Distorsions trauma mit Zervikobrachi algie und Zervikozephal gien . Bez üglich der Zervikalgien würden sich typischerweise lokale Verspan nungen der Nackenmuskulatur sowie druck d olente

Triggerpunkte finden lassen. Klinisch und radiologisch fänden sich keine Anhaltspunkte für eine radikuläre Kompression. Die Sensibilitätsstörungen in den median versorgten Fingern seien für ein Carpaltunnelsyndrom recht suggestiv, zumal das Tinel -Phänomen und der Phalen -Test bei der Beschwerdeführerin rechtsbetont positiv gewesen seien. Die elektrophysiologische Untersuchung sei allerdings völlig normal. So sei allenfalls von einem subklinischen CTS oder einer pseudoradikulären Problematik auszu gehen. Die Kopfschmerzen seien anhand der Semiologie eher migränös . Die hohe Kopfschmerzfrequenz werde durch den chronischen Schmerzmittelübergebrauch aufrechterhalten (S. 2).

Dr. K.____ schlug eine Reduktion des Schmerzmittelgebrauchs, den gezielten Einsatz von Triptanen sowie den Einsatz von Botulinumtoxin , welches eine wirk same und gut verträgliche Methode bei Migräne sei , vor . Bei letzterem bestehe häufig eine Wirksamkeit bei chronifizierten

Zervikalgien nach HWS-Distorsions trauma (S. 2). 4. 4.1

Hinsichtlich der rentenabweisenden Verfügung vom 20. September 2018 (Urk. 2) steht zunächst in Frage, ob zur Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auf das bidisziplinäre Gutachten der Y.____ vom 21. November 2016 (vgl. E. 3.6 hiervor) abgestellt werden kann.

4.2

Das eingeholte Gutachten wurde in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den fallrelevanten Vorakten erstellt und beruht grundsätzlich auf den erforderlichen Untersuchungen. Die Gutachter legten die medizinischen Zusammenhänge ein leuchtend dar und setzten sich mit den geklagten Beschwerden und dem Verhal ten der Beschwerdeführerin auseinander. Weder im rheumatologischen noch im psychiatrischen Teilgutachten konnten Diagnosen mit wesentlicher Einschränkung der Arbeitsfähigkeit beschrieben werden. Dr. H.____

berichtete in seinem rheumatologischen Teilgutachten ausführlich, welche Beschwerden die Beschwer deführerin zugab und überprüfte diese bei seiner klinischen Untersuchung (Urk.

6/52/2-37 S. 3 f., S. 9 ff.). Dabei zeigte er Widersprüche zwischen den An gaben der Beschwerdeführerin und dem von ihm festgestellten Gesundheits zu stand anlässlich der

Begutachtung auf. So hielt er unter anderem fest, dass die Sitzbelastung während der 40-minütigen Amneseerhebung beschwerdefrei toleriert wurde und die Transfers sehr dynamisch durchgeführt worden seien. Er habe keinen Schonsitz, Schongang oder Schonhaltung eruieren können. Auch sei die Wendebewegung des Kopfes und Rumpfes während der Amneseerhebung normal, spontan und frei erfolgt (S. 9 f.; vgl. auch vorne E. 3.6.2). Dr. H.____ begründet schliesslich nachvollziehbar, weshalb er keinen Anhalt für eine rheumatologische Erkrankung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit feststellen konnte. Auch das psychiatrische Teilgutachten von Dr. I.____ befasst sich mit den geklagten Beschwerden und überprüft diese auf ihr Bestehen. So kam

Dr. I.____ nachvollziehbar zum Schluss, dass im erhobenen psychiatrischen Befund keine namhaften Auffälligkeiten bestanden und insbesondere Stimmung, Antrieb und die affektive Schwingungsfähigkeit unbeeinträchtigt waren. Er stellt zudem fest, dass weder ein depressives Syndrom, noch eine Angst- oder Zwangserkrankung, Persönlichkeitsstörung, Suchterkrankung, Traumafolgestörung oder eine andere psychiatrische Erkrankung diagnostiziert werden konnte. Er diskutierte ausserdem die Möglichkeit einer somatoformen Schmerzstörung und erklärte, dass diese mangels eines den Schmerzen zugrundeliegenden erheblichen seelischen oder psychosozialen Konflikts nicht als gegeben betrachtet werden könne (S. 33). Die im Gutachten beschriebenen Feststellungen sind schlüssig und überzeugend. 4.3

Die Beschwerdeführerin brachte in ihrer Beschwerde (Urk. 1 S. 7 f.) vor, Gutachten der Y.____ seien wegen

Voreingenommenheit von vorneherein nicht beweistauglich.

Nach der Rechtsprechung gelten für Sachverständige grundsätzlich die gleichen Ausstands- und Ablehnungsgründe, wie sie für Richter vorgesehen sind. Danach ist Befangenheit anzunehmen, wenn Umstände vorliegen, die geeignet sind, Misstrauen in die Unparteilichkeit zu erwecken. Das Misstrauen muss dabei in objektiver Weise als begründet erscheinen (vgl. BGE 132 V 93 E. 7.1, 120 V 357 E. 3).

Vorliegend sind keine Anhaltspunkte ersichtlich, welche eine mangelnde Neutralität und damit Ausstandsgründe von Dr. H.____ oder Dr. I.____ zu begründen vermöchten. Konkrete Hinweise für eine Befangenheit wurden auch von der Beschwerdeführerin nicht dargetan. Soweit der Y.____ unter Hinweis auf zwei kantonale Gerichtsentscheide und eine Sendung des Kassensturzes pauschal eine Voreingenommenheit vorgehalten und deren Gutachten jeglicher Beweiswert abgesprochen wird, so ist darauf hinzuweisen, dass nur Gutachter, nicht jedoch die medizinischen Abklärungsstellen als solche befangen sein können. Statistischen Daten zu einzelnen Gutachterstellen kommt im Hinblick auf die Frage der Befangenheit der einzelnen Gutachter keine Relevanz zu (Urteil des Bundesgerichts 9C_19/2017 vom 30. März 2017 E. 5.1). Das Bundesgericht hat zudem Hinweise für eine - auch vorliegend zu berücksichtigende - Befangenheit des ebenfalls mit unterzeichnenden medizinischen Leiters der Y.____, Prof. Dr. med. L.____, Facharzt für Neurologie, verneint (Urteil des Bundesgerichts 9C_19/2017 vom 30. März 2017 E. 5.2 f.). 4.4

4.4.1

Gestützt auf das überzeugende und in Übereinstimmung mit den Vorberichten (vgl. E. 3.3-3.5) stehende Gutachten der Y.____ vom 21. November 2016 war im Gutachtenszeitpunkt von keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszu gehen. An dieser

Stelle ist anzumerken, dass sich der zweite Auffahrunfall vom 16. September 2016 vor den dem Gutachten zugrundeliegenden Untersuchungen vom 22. September 2016 zugetragen hat. Allfällige durch den zweiten Unfall bedingte Beschwerden und Befunde waren somit bereits berücksichtigt worden, auch wenn die Beschwerdeführerin den zweiten Unfall bei den Untersuchungen nicht erwähnt hat (vgl. Urk. 6/52/2-26 und 6/52/27-37 S. 30). Die Ärzte gingen nicht von einem typischen, komplexen und vielschichtigen Beschwerdebild, wie es nach HWS-Traumen ohne organisch nachweisbare Verletzungen auftreten kann, aus. Bei attestierter 100%iger Arbeitsfähigkeit ist sodann ein strukturiertes Beweisverfahren ohnehin grundsätzlich obsolet (Urteil des Bundesgerichts 9C_319/2017 vom 15. Februar 2018 E. 2.5).

Das Gutachten der Y.____ datiert vom 21. November 2016 und die leistungsfähigkeits ablehnende Verfügung vom 20. September 2018. Damit ist im Hinblick auf den Einwand der Beschwerdeführerin, die Beschwerdegegnerin habe keine eigenen Untersuchungen vorgenommen und die späteren Arztberichte seien unberücksichtigt geblieben, zu prüfen, ob ergänzende Abklärungen erforderlich machen. 4.4.2

Im rheumatologischen Teilgutachten vom 21. November 2016 (vgl. E. 3.6.2 hier vor) wurden Beschwerden in der Nackenregion beidseits und der interscapulären Region mit Ausstrahlung über das Schulterblatt rechts in den Oberarm rechts sowohl rückwärtig als auch vorne, beides etwa bis zum Ellenbogen festgehalten. Weiter wurden Beschwerden über dem Beckenkamm rechts, im Bereich der Brustmuskulatur rechts und der vorderen Halsregion, teils auch im Bereich der Wangen beidseits und der Stirn beidseits, Atembeschwerden, Druck und Brennen über den Augen, Schwindel, Schmerzen im Nacken, Schlaflosigkeit, Konzentrationsabnahme, Schmerzen in den Gelenken (Hüfte, Knie, Fuss- und Sprunggelenke sowie Hand- und Fingergelenke), Müdigkeit und Erschöpfung angegeben (Urk. 6/52/2-26 S. 2 f.).

Diskrepanz zu diesen Schmerzangaben war kein behinderungsrelevanter Befund zu objektivieren (S.

17).

Im neusten den Akten zugrundeliegenden Bericht von Dr. K.____ vom 6. April 2018 (vgl. E. 3.8 hiervor) werden Schmerzen im Hals und Nackenbereich, ausstrahlend in die Schultern und Arme, gelegentlich bis in die Finger sowie in den Rücken genannt. Weiter werden Parästhesien in den Fingern, Kopfschmerzen, Lärmempfindlichkeit, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen sowie Schlafstörungen angegeben (S. 1). Ausser endgradigen Bewegungseinschränkungen der HWS, lokalen Verspannungen der Nackenmuskulatur und druckdolente

Triggerpunkten konnten keine Befunde erhoben werden. Hinsichtlich der neu diagnostizierten chronifizierten Migräne ohne Aura wurde der Verdacht auf ein Medikamentenübergebrauchskopfschmerz geäußert (S. 1 f.).

Von einer relevanten Veränderung des Gesundheitszustandes ist aufgrund dieses Berichts vom 6. April 2018 nicht auszugehen. Eine Arbeits- oder Erwerbsunfähigkeit ergibt sich daraus sodann nicht. Aufgrund der im Wesentlichen übereinstimmenden geklagten Beschwerden und Befunde behält die Einschätzung der Ärzte der Y.____ ihre Gültigkeit.

Ebenfalls keine (relevante) Veränderung ergibt sich aus dem Bericht von Dr. med. M.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, welcher am 1. März 2017 von einer nur subjektiv

eingeschränkten Kopfbeweglichkeit und einem ansonsten unauffälligen neurologischen Befund berichtet hatte (Urk. 6/41/35). Seine hausärztlichen Arbeitsunfähigkeitsatteste (Urk. 6/41/35, 6/41/39, 6/41/58) vermögen die auf umfassender Untersuchung erfolgte Beurteilung der Ärzte der Y.____ von vorneherein nicht in Frage zu stellen. 4.4.3

Dr. J.____ diagnostizierte in ihrem Bericht vom 22. Februar 2018 (E. 3.7) eine Anpassungsstörung mit Angst und Depression (ICD-10: F43.22) und eine soma to forme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4). Ob damit von einer Veränderung des psychischen Gesundheitszustandes seit der im September 2016 erfolgten Untersuchung auszugehen ist, oder ob Dr. J.____ den Gesundheitszustand anders als Dr.

I.____ beurteilt, kann offenbleiben. Denn eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestierte Dr. J.____ nicht, soweit ersichtlich auch nicht gegenüber der Suva, dem für den zweiten Unfall massgeblichen Unfallversicherer (vgl. Urk. 6/41/33, 6/41/58).

Die uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit stimmt denn auch mit dem Ergebnis einer kursorischen Indikatorenprüfung überein. Die psychopathologischen Befunde waren nur gering ausgeprägt; gemäss Dr. J.____ war die Beschwerdeführerin etwa nur gelegentlich gereizt, traurig und innerlich angespannt (Urk. 9/3). Am 23. Mai 2017 hatte sie gegenüber der Aussendienstmitarbeiterin der Suva (Urk. 6/41/37-41 S.

4) – wie gegenüber Dr. I.____ (Urk. 6/52/27-37 S. 2) - noch angegeben, sie habe keine «Depression». Die Therapie diene nur dem Umgang mit der Schmerzsituation. Auch die weiterhin geltend gemachten Nacken-, Rücken- und Kopfschmerzen und der Schwindel können nicht von sehr erheblicher Ausprägung sein. So berichtete die Beschwerdeführerin beim Gespräch vom 23. Mai 2017 beispielsweise, sie könne den

Kopf nicht korrekt drehen, habe Mühe die Arme hoch zu halten und leide unter Schwindel (S. 3). Im Bericht von Dr.

J.____ lassen sich ebenfalls äusserst limitierende Beschwerden wie Schwindelattacken finden (Urk.

9/3 S. 1). Im Gespräch mit der Suva gab die Beschwerdeführerin hingegen an, weiterhin Auto zu fahren (S. 2). Auch im Rahmen der Begutachtung hatte die Beschwerdeführerin angegeben, ihr Auto problemlos führen zu können (Urk.

6/52/2-26 S.

4 und Urk.

6/52/27-37 S.

4). Es ist nicht nachvollziehbar, in wie fern die Beschwerdeführerin kaum in der Lage sein soll sich ohne Unterbruch die Zähne zu putzen oder zu Essen (Urk. 6/41/37-41 S. 3), beim Autofahren aber keinerlei hindernde Beschwerden zu haben scheint. Eine aktive und sichere Teilnahme am Strassenverkehr ist mit den vorgebrachten Beschwerden nicht vereinbar. Bei der Beschwerdeführerin ist auch darüber hinaus von einem weitgehend erhaltenen Aktivitätsniveau auszugehen. Im Gutachten der Y.____ wurde ein uneingeschränktes soziales Dasein beschrieben. Im Tagesablauf der Beschwerdeführerin wird so das Führen des Haushalts, das Spazieren gehen, das Versorgen der Kinder des Bruders, das Lesen und Freunde treffen aufgeführt (Urk.

6/52/2-26 S. 4 und Urk. 6/52/27-37 S. 4). Dass sich insoweit etwas geändert hätte, wurde beschwerdeweise nicht geltend gemacht und ergibt sich auch nicht aus dem Bericht von Dr. J. ___ vom 22. Februar 2018 (Urk. 9/3).

Anlass für ergänzende Abklärungen besteht damit nicht. Auch vom ergänzenden Beizug der Suva-Akten kann abgesehen werden, da davon - auch angesichts der der Beschwerdeführerin eingeräumten Möglichkeit, die Akten zu vervollständigen, - keine entscheidungsrelevanten Erkenntnisse zu erwarten sind (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_468/2007 vom 6. Dezember 2006 E. 2.2 mit Hinweisen). 4.5

Zusammenfassend ist gestützt auf das Y. ___ - Gutachten und die Vorberichte von der vollständigen Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin seit mindestens Frühjahr 2016 auszugehen. Ein Rentenanspruch ab 1. August 2016 bei der am 22. Februar 2016 erfolgten Anmeldung fällt somit ausser Betracht. Die Beschwerdegegnerin hat somit einen Rentenanspruch zu Recht verneint.

Über den Anspruch auf berufliche Massnahmen war am 16. September 2016 vorab entschieden worden (Urk. 6/25). Entgegen dem Wortlaut der Verfügung bilden sie somit nicht Anfechtungsgegenstand. Der Beschwerdeführerin ist es unbenommen, sich bezüglich beruflicher Massnahmen erneut anzumelden. Soweit solche vorliegend beantragt werden, ist auf die Beschwerde jedoch nicht einzutreten.

Die Beschwerde ist somit abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist.

5.

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf eingetreten wird. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Tobias Figi - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage einer Kopie von Urk. 12 und 13 - 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 GräubBabic

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