

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00024 vom 30. August 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-08-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2009.00024

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00024 du 30 août 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00024 del 30 agosto 2010

Erwägungen

E. 1

Die Verfügung vom 24. November 2008 sei aufzuheben und der Beschwerdeführerin seien die gesetzlichen Leistungen, insbesondere eine volle Invalidenrente ab spätestens 1. Juli 2005, auszurichten.

E. 2

Eventualiter seien zwecks eingehender Abklärung der Gesundheitsbeeinträchtigung und deren Auswirkungen auf die Erwerbstätigkeit der Versicherten weitere Untersuchungen zu veranlassen.

E. 3

3.1. Dr. phil. D. ___ nahm am 5. September 2002 - aufgrund des dritten Verkehrsunfalls der Versicherten vom Februar 2002 - eine neuropsychologische Standortbestimmung vor und berichtete am 19. September 2002, dass sich dabei leichte neuropsychologische Funktionsstörungen gezeigt hätten. Weit im Vordergrund ständen Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen, und zwar vorab bei komplexeren Leistungen und bei Aufgaben, die eine geteilte Aufmerksamkeit erforderten. Die kognitive Belastung sei reduziert; bei länger dauernder Inanspruchnahme komme es zu Leistungseinbrüchen und Fehlern (Urk. 8/28/9). Mit Abklärungsbericht vom 26. Januar 2004 erhoben der Neuropsychologe Dr. phil. E. ___ und cand. psych. F. ___ den Befund von diskret bis leicht ausgeprägten neuropsychologischen Teilleistungsschwächen (ICD-10 F07.8) in engumschriebenen Funktionsbereichen (exekutive Funktionen, Aufmerksamkeitsfunktionen, komplexere Sprachaufnahme) bei einer insgesamt gut durchschnittlichen bis überdurchschnittlichen allgemeinen kognitiven Leistungsfähigkeit. Es bestehe eigentlich kein Zweifel daran, dass diese Teilleistungsschwächen zerebral bedingt seien (Urk. 8/3/4-5). Die beruflichen Schwierigkeiten der Versicherten als kaufmännische Angestellte erstaunten angesichts dieser Teilleistungsschwächen nicht, seien doch dafür genau solche Funktionen besonders wichtig, welche beeinträchtigt seien (Überblick, Flexibilität, Interferenzfestigkeit, intakte beziehungsweise gute Fähigkeiten im Aufnehmen von komplexeren, detailreichen mündlichen Informationen; Urk. 8/3/6-7).

3.2. Mit Bericht vom 21./23. März 2004 griff Dr. med. G. ___, Fachärztin FMH für Allgemeinmedizin und seit Juni 2001 Hausärztin der Versicherten, den Befund aus dem soeben erwähnten neuropsychologischen Bericht auf (Erw. 3.1; Urk. 8/9/1) und führte aus, nach drei Auffahrkollisionen innerhalb der letzten drei Jahre mit konsekutiver HWS-Distorsion bestehe zurzeit ein Zustand mit rezidivierenden depressiven Episoden und Schwierigkeiten an den Arbeitsplätzen bei aufbrausendem Charakter und

Konzentrationsstörungen. Die Patientin vermute einen Zusammenhang zwischen ihren Schwierigkeiten in der Berufstätigkeit und einem ADHS in der Kindheit. Unter adäquaten Rahmenbedingungen sei diese heute und auf längere Sicht im Haushalt- sowie im (bisherigen und behinderungsangepassten) Erwerbsbereich - zu 100 % arbeitsfähig (Urk. 8/9 S. 2 und 4).

3.3 Dr. med. H. ____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychiatrisches Zentrum '____', I. ____(J. ____), bei der die Versicherte seit März 2004 in Behandlung steht, erhob am 15. April 2004 die Diagnosen einer Anpassungsstörung (ICD-10 F43.21), eines ADHS, diskret bis leicht ausgeprägter neuropsychologischer Teilleistungsschwächen (ICD-10 F90.0) und einer Migräne bei Status nach Einlage eines Shunts bei Hydrocephalus und Status nach dreimaliger, unfallbedingter HWS-Distorsion (Urk. 8/12/5). Die Patientin sei in angestammter Tätigkeit als kaufmännische Angestellte zu 50 % arbeitsfähig, in angepasster Tätigkeit zu 100 % (Urk. 8/12/8).

3.4 Am 10. November 2004 wurde die Versicherte in der Reha Klinik K. ____ von Dr. med. S. ____, Facharzt FMH für Neurologie, untersucht, wobei dieser am 16. November 2004 ein chronisches multifaktorielles zervikozephalales Schmerzsyndrom mit/bei Migräne, Status nach dreimaligem HWS-Distorsionstrauma und Status nach Implantation eines ventrikulo-peritonealen Shunts 1997, ein ADHS und eine depressive Episode diagnostizierte (Urk. 8/28/3). Insgesamt bestehe eine komplexe und vielschichtige Situation, deren Lösung Ansätze auf verschiedenen Ebenen erfordere. Voraussetzung sei eine psychische Stabilisierung der Patientin (Urk. 8/28/5).

3.5 Mit Bericht vom 11. Dezember 2005 erhob die Hausärztin Dr. G. ____ dieselben Diagnosen wie Dr. S. ____ im erwähnten Bericht vom 16. November 2004. Die Patientin sei seit 28. Juli 2004 zu 50% und seit 18. August 2005 zu 100% arbeitsunfähig (Urk. 8/29/3). Diese sei überzeugt davon, an einem ADHS zu leiden, jedenfalls gehe es ihr viel schlechter, wenn sie kein Ritalin nehme. Als Befunde führte Dr. G. ____ eine mittelschwere bis schwere Depression, eine Adipositas und eine somatoforme Schmerzstörung auf (Urk. 8/29/4).

3.6 Die Psychiaterin Dr. H. ____ hielt im Verlaufsbericht vom 15. März 2006 folgende Diagnosen - mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit - fest: Schmerzsyndrom nach dreimaliger HWS-Distorsion, ADHS gemäss Status nach einfacher Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10 F90.0), rezidivierende depressive Störung, zur Zeit remittiert (ICD10 F33.4) und Migräne (Urk. 8/32/3). Insgesamt lasse sich unter Behandlung mit Methylphenidat, Antidepressiva sowie Psychotherapie und Coaching eine Verbesserung der Symptomatik erzielen, so dass langfristig von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % (in der angestammten Tätigkeit als kaufmännische Angestellte) auszugehen sei (im Rahmen eines Arbeitsplatzes, der der Versicherten viel Struktur gebe, mit geregelter Tagesablauf und klar abgestecktem Aufgabenbereich, wenn möglich bei täglich etwa vier Stunden). Ziel sei es, diese Arbeitsfähigkeit bis Juni 2006 zu erreichen (Urk. 7/32/4; Urk. 7/32/6).

3.7 Dem Bericht der Klinik '____' L. ____ vom 17./28. März 2006, wo die Beschwerdeführerin vom 7. Dezember 2005 bis 14. Februar 2006 hospitalisiert war, sind folgende Diagnosen zu entnehmen: Mittelschwere bis schwere depressive Episode (ICD-10 F32.2), chronifiziertes Schmerzsyndrom nach dreimaligem HWS-Schleudertrauma, Status

nach VP-Shunt rechts 3/97 bei Hydrocephalus occlusivus mit cerebral bedingten Teilleistungsschwächen mit Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen sowie psychoreaktiven Auffälligkeiten und ADHS (Urk. 8/33/1).

3.8 Mit Verlaufsbericht vom 2. Oktober 2006 hielt die Psychiaterin Dr. H. ____ bezüglich der psychiatrischen Diagnosen fest, die Beschwerdeführerin leide an einer rezidivierenden depressiven Störung, die zur Zeit unter Medikation remittiert sei (ICD-10 F33.4). Hinsichtlich der psychiatrischen Leiden sei die Prognose eher günstig. Unter Behandlung mit Methylphenidat und Antidepressiva seien die Depression sowie das ADHS zurzeit asymptomatisch. Im Vordergrund stehe die Problematik hinsichtlich der HWS-Distorsion (Urk. 8/36/3-4).

3.9 Dem Aktengutachten von Prof. Dr. med. M. ____, Facharzt FMH für Neurologie, zuhanden der A. ____ vom 27. April 2007 ist zu entnehmen, dass in den dokumentierten neurologischen und radiologischen Untersuchungen nie nennenswerte pathologische Befunde erhoben worden waren. Aufgrund der Vorgeschichte schein es aber doch wahrscheinlich, dass ein Teil der vorliegenden Störungen eine organische Ursache habe. Heute stehe wahrscheinlich das psychische Beschwerdebild im Vordergrund, wobei es möglich sei, dass dieses wenigstens zum Teil eine organische Ursache habe (Urk. 8/71/2-3). Er halte es für wahrscheinlich, dass die Arbeitsfähigkeit der Versicherten dauernd eingeschränkt sei und dass sie Anrecht auf eine Rente der IV habe (Urk. 8/71/5).

3.10 Im Rahmen der Begutachtung durch das B. ____ wurde die Beschwerdeführerin am 17./18. September 2007 internistisch, rheumatologisch und psychiatrisch untersucht (Urk. 8/63). Die Sachverständigen (Dr. med. N. ____, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin; Dr. med. O. ____, Fachärztin FMH für Rheumatologie; Dr. med. P. ____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie) erhoben keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierten sie eine rezidivierende depressive Störung, derzeit remittiert (ICD-10 F33.4), ein chronisches cervicovertebrales bis cervicocephales und lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit/bei Status nach dreimaligem HWS-Distorsionstrauma (14.01.1997, 3.05.2000, 27.02.2002), muskulärer Dysbalance und weichteilrheumatischer beziehungsweise myofaszialer Schmerzkomponente und ein Hydrocephalus occlusivus bei kongenitaler Aquäduktstenose mit/bei Status nach Implantation eines ventriko-peritonealen Shunts 1997 und einer Ventilanpassung 10/2004 (Urk. 8/63/75).

Der Zusammenfassung und Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ist zu entnehmen, dass sich aus internistischer Sicht aktuell keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit rechtfertigen lasse. Aufgrund der klinisch rheumatologisch und bildgebend fehlenden objektivierbaren Befunde könne auch aus rheumatologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit begründet werden. Bei der psychiatrischen Exploration habe sich gezeigt, dass sich die Versicherte selbst als ein Kind mit einer Hirnschädigung und Verhaltensauffälligkeiten sehe. Es sei schon sehr früh zu einer neurotischen Fehlentwicklung und Fokussierung auf Defizite gekommen; die Versicherte definiere sich primär über ihre Krankheiten. Die Diagnose eines ADHS, die sich seit März 2004 in den Akten finde, sei in keinem Bericht symptomatisch ausgewiesen. Ausgewiesen seien zwei depressive Phasen, so dass diagnostisch eine rezidivierende depressive Störung vorliege, derzeit remittiert, die im Längsschnitt zu keiner Arbeitsunfähigkeit führe. Aktuell ergäben sich keine Anhaltspunkte für eine psychisch bedingte Einschränkung

der Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/63/78-80). Zum Zeitpunkt der neuropsychologischen Testungen, die leicht ausgeprägte neuropsychologische Teilleistungsschwächen mit Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergeben hätten, habe offensichtlich eine depressive Störung vorgelegen, die Einfluss auf die Testresultate gehabt habe. Die in diesen Testungen attestierten leicht ausgeprägten Teilleistungsschwächen seien im Rahmen der bestehenden depressiven Restsymptomatik zu interpretieren und nicht im Rahmen einer hirnrorganischen Schädigung (Urk. 8/63/81).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zusammenfassend und unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde bestehe aktuell aus internistischer, rheumatologischer und psychiatrischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit für alle bisherigen Tätigkeitsbereiche (Urk. 8/63/80). Die Versicherte sei sowohl in ihrer zuletzt ausgeübten Tätigkeit als kaufmännische Angestellte in einer Arztpraxis als auch in einer anderen vergleichbaren Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt voll arbeitsfähig. Solche anderen Tätigkeiten wären Büroarbeiten auf einer Bank oder in einem Treuhandbüro, Kontroll- und Überwachungstätigkeiten und so weiter (Urk. 8/63/86).

3.11 Ä Ä Die behandelnde Psychiaterin Dr. C. ___ hielt am 13. Mai 2008 zuhanden des Rechtsvertreters fest, aus ihrer Sicht sei die Versicherte als kaufmännische Angestellte zu 100 % arbeitsunfähig. Es sei schwierig, sich eine adaptierte Tätigkeit vorzustellen; eine solche sollte wegen des Schmerzsyndroms keine körperlichen Anforderungen stellen, aufgrund des ADHS strukturiert sein, aufgrund des ADHS, der Depression und des Schmerzes keinen Zeitdruck beinhalten, und aufgrund des ADHS nicht in einem (schwierigen) Team ausgeführt werden müssen. Denkbar wäre, dass die Beschwerdeführerin eine einfache, kleine Buchhaltung für eine oder Schreiarbeiten ohne Termindruck erledige. Der Zeitaufwand dürfe vorerst nicht mehr als eine Stunde pro Tag betragen, später allenfalls zwei. So etwas müsste zuerst als Arbeitsversuch gewertet werden. An einen Erwerb sei zum jetzigen Zeitpunkt nicht zu denken (Urk. 8/81/4). Wegen der somatischen Probleme sei die Versicherte in der Haushaltsführung eingeschränkt, so beim Tragen schwerer Taschen, beim Putzen der Fenster und beim Staubsaugen; auch das ADHS und die Depression wirkten erschwerend (Planung, Organisation der Arbeit, Menuplan je nach Haltbarkeit der Vorräte). Sie schätze die Arbeitsunfähigkeit im Haushalt qualitativ und quantitativ auf etwa 50 bis 60 %. Das Gutachten des B. ___ sei zwar sehr umfangreich, ihres Erachtens fehle aber das Zusammenfügen der einzelnen Bereiche weitgehend (Urk. 8/81/5).

3.12 Ä Ä Mit ergänzender Stellungnahme vom 22. Juli 2008 führte das B. ___ aus, die von der Versicherten beschriebenen Schwierigkeiten in der Kindheit (Schreiben, Sprachheilförderung) würden nicht ausreichen, um ein ADHS zu diagnostizieren. Auch die Einnahme von Ritalin sei kein Beweis für das Vorliegen eines ADHS. Sowohl Dr. phil. D. ___ als auch Dr. phil. E. ___ hätten in ihren neuropsychologischen Abklärungen nur diskrete Leistungseinschränkungen festgestellt, die nach ihrer [Dr. P. ___] Erfahrung überwiegender wahrscheinlich nicht eine hirnrorganische Schädigung abbildeten, sondern damals mit einer depressiven Restsymptomatik in Einklang gestanden hätten. Die Versicherte habe in der Untersuchung über gute kognitive Leistungen verfügt und es seien keine Aufmerksamkeits- oder Konzentrationsstörungen sichtbar geworden (Urk. 8/85).

3.13 Ä Ä Vom 4. September bis 1. Oktober 2008 war die Versicherte in der Klinik Q. ___, Fachklinik für kardiale und psychosomatische Rehabilitation, hospitalisiert. Die

behandelnden Fachärzte der Psychologie und der Neurologie erhoben gestützt darauf mit Bericht vom 11. November 2008 folgende Diagnosen (Urk. 3/17):

- Chronifiziertes Schmerzsyndrom nach drei Auffahrunfällen 1997 bis 2002 mit HWS 02/02 (ICD-10 F45.0)

- Status nach reaktiver Depression eventuell Anpassungsstörung mit Hospitalisation in der Psychiatrischen Klinik I. 12/02

- Anamnestisch DD Borderline Persönlichkeit (Automutilationsnarben im Bereich des linken Oberarmes)

- Anamnestisch ADHS unter Ritalin 20 mg

- Anamnestisch Hydrocephalus occlusivus congenitus

Bei der Versicherten bestehe ein chronifiziertes Schmerzsyndrom, vermutlich als Folge des dritten Autounfalls. Dass sie seither nicht mehr zu ihrer früheren Leistungsgrenze habe finden können, müsse sich ungünstig auf die psychische Befindlichkeit ausgewirkt haben. Dies umso mehr, als sie durch die ungeklärte finanzielle Situation unter Existenzängsten leide (Urk. 3/17 S. 3). Die Versicherte sei während der Kinder- und Jugendzeit von ihrer Mutter intellektuell enorm gefördert worden. Wohl nur deshalb habe sie trotz der beeinträchtigten psychophysischen Gegebenheiten eine beeindruckende berufliche und private Laufbahn absolvieren können. Dass sich ab 1997 drei ähnlich gelagerte Unfälle ereignet hätten, sei wohl nicht nur dem Zufall zuzuschreiben, sondern könne durchaus auf abnehmende Konzentrations- und Reaktionsleistungen zurückzuführen sein. Der dritte Unfall im Jahr 2002 scheine endgültig zu einer Destabilisierung geführt zu haben, welche offenbar nicht mehr ausgeglichen werden könne. Ausserer Druck oder Stressfaktoren jeglicher Art wirkten sich negativ auf die Arbeits- und Konzentrationsleistungen aus. Der Wunsch, sich aufgrund der unberechenbaren psychophysischen Situation in einem geschätzten Arbeitsumfeld beruflich einzugliedern, sei gut nachvollziehbar. Die Versicherte sei zurzeit nicht in der Lage, den Anforderungen des offenen Arbeitsmarkts zu genügen (Urk. 3/17 S. 4). Die Arbeitsfähigkeit sei weiterhin bis 12. Oktober 2008 nicht gegeben und anschliessend neu zu beurteilen (Urk. 9/17 S. 5).

E. 4

4.1 Die IV-Stelle stütze ihre Verfügung vom 24. November 2008 in medizinischer Hinsicht auf das Gutachten des B. vom 21. Dezember 2007 und die ergänzende Stellungnahme vom 22. Juli 2008 (Urk. 2). Dieses Gutachten ist ausführlich, erwägt und berücksichtigt namentlich die (in Erw. 3.1 bis 3.9 hievore) auszugsweise aufgeführten Vorakten (Urk. 8/63/1-12) und enthält Teilgutachten aus den Bereichen Allgemeine Medizin, Rheumatologie und Psychiatrie. Dennoch stellt es keine hinreichende medizinische Beurteilungsgrundlage für die Beantwortung der Frage nach dem Gesundheitszustand und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin seit dem Jahr 2005 dar (vgl. oben Erw. 1.4). So ist etwa nicht nachvollziehbar, weshalb die von der Verwaltung als notwendig erachtete umfassende polydisziplinäre Begutachtung (vgl. Stellungnahme von Dr. med. T., Facharzt FMH für Allgemeinmedizin vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) vom 27. November 2006; Urk. 8/65/4) ohne Einbezug eines Neurologen erfolgt ist, nachdem Vorakten aus diesem Fachgebiet vorgelegen haben (Neuropsychologische Berichte des U. vom 19. März und vom 24.

September 1997; Neuropsychologischer Bericht Dr. phil. D. ___ vom 19. September 2002; Neuropsychologischer Abklärungsbericht von Dr. E. ___ und cand. psych. F. ___ vom 26. Januar 2004; Bericht des Neurologen Dr. S. ___ der Reha Klinik K. ___ vom 16. November 2004; Aktengutachten des Neurologen Prof. M. ___ vom 27. April 2007; vgl. Gutachten des B. ___ vom 21. Dezember 2007; Urk. 8/63 S. 1 bis 12) und der Neurologe Prof. M. ___ es immerhin als wahrscheinlich erachtet hat, dass ein Teil der (die Arbeitsfähigkeit einschränkenden) Störungen eine organische Ursache habe. In Bezug auf die seit 2004 in diversen Akten erwähnte Diagnose eines ADHS (vgl. Berichte von Dr. G. ___, Dr. H. ___, Dr. S. ___, Klinik ' ___ ' L. ___, Dr. C. ___, Klinik Q. ___) mit damit allenfalls verbundener erhöhter Fehleranfälligkeit auch bei administrativen Tätigkeiten (vgl. insbesondere neuropsychologischer Bericht Dr. E. ___ und cand. psych. F. ___ vom 26. Januar 2004; Urk. 8/3/6) hat sich die psychiatrische Teilgutachterin des B. ___ ohne weitere Begründung auf den blossen Hinweis beschränkt, dass das Vorliegen eines ADHS in keinem Bericht symptomatisch ausgewiesen sei. Die von Neuropsychologen festgestellten Teilleistungsschwächen wurden ferner ohne nähere Begründung damit verneint, dass diese Äusserungen nach ihrer [Dr. P. ___] Erfahrung überwiegend wahrscheinlich nicht eine hirnorganische Schädigung abbildeten, wobei sich Dr. E. ___ und cand. psych. F. ___ eigentlich sicher waren, dass diese zerebral bedingt seien. Nicht hinreichend beantwortet bleiben schliesslich Fragen nach Ausprägung, Dauer und Relevanz der namentlich in den Berichten der Psychiatrischen Klinik I. ___ vom 13. Januar 2003 (vgl. Urk. 8/63/3), Dr. E. ___s und cand. psych. F. ___s vom 26. Januar 2004 (Urk. 8/3/6), Dr. S. ___, RehaClinic K. ___ vom 16. November 2004 (Urk. 8/28/3), Dr. H. ___s vom 15. März und 2. Oktober 2006 (Urk. 8/32/3; Urk. 8/36/3) und der Klinik ' ___ ' L. ___ vom 17./28. März 2006 (Urk. 8/33/1) beschriebenen depressiven Symptomatik seit dem Jahr 2005.

Am eingeschränkten Beweiswert des B. ___-Gutachtens vom 21. Dezember 2007 vermag nichts zu ändern, dass die hinsichtlich der sich vorliegend stellenden Fragen fachfremden Ärzte des RAD (Dr. med. V. ___, Facharzt FMH für Chirurgie und Dr. med. W. ___, Facharzt FMG für orthopädische Chirurgie) die betreffende Expertise in ihrer Stellungnahme vom 25. Januar 2008 als umfangreich und nachvollziehbar bezeichnen (zum Beweiswert eines ärztlichen Berichts bei fehlender fachspezifischer Qualifikation vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 16. November 2007, 9C_341/2007, Erw. 4.1 mit Hinweisen). Auch scheint die Beschwerdeführerin gemäss Beschwerdeschrift den Hausarzt gewechselt zu haben und sich seit längerem bei Dr. med. R. ___, gemäss FMH-Index Facharzt FMH für Allgemeinmedizin und für Innere Medizin (vgl. Urk. 1 S. 11), in Behandlung zu befinden, von dem weder den begutachtenden Ärzten des B. ___ noch der IV-Stelle ein Bericht vorgelegen hat. Nach ständiger Praxis des Bundesgerichts liefern die Berichte behandelnder Ärzte notwendige Hinweise für die medizinische Beurteilung und Komplettieren die Entscheidungsgrundlage. Darum gehört die Einholung solcher Auskünfte in der Regel zur vollständigen Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts; eine andere Frage ist die der Würdigung dieser Berichte (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 5. August 2010, 9C_101/2010, Erw. 3.3.4). Ebenso verhält es sich mit Bezug auf das Kantonsspital ' ___ ', wo die Beschwerdeführerin offenbar eine Schmerztherapie besucht (Urk. 1 S. 11). Schliesslich fehlt eine Auseinandersetzung mit dem Bericht der Klinik Q. ___ vom 11. November 2008, der dem Verfallzeitpunkt vom 28. November 2008 am nächsten liegt und auf einem beinahe einen Monat dauernden stationären Aufenthalt bzw. den

dabei gemachten Beobachtungen beruht.

4.2. Ebenso wenig kann bei der gegebenen Aktenlage auf eine Arbeitsunfähigkeit in dem von der Beschwerdeführerin behaupteten Umfang und insbesondere auch der behaupteten Dauer (50 % von 28. Juli 2004 bis 18. August 2005 und ab 19. August 2005 100 %) geschlossen werden. Die echtzeitlichen Arztberichte, soweit sie der Beschwerdeführerin überhaupt eine Arbeitsunfähigkeit attestieren (Dr. G.____, Dr. H.____, Prof. M.____, Dr. C.____), stellen weitgehend auf deren Angaben ab, die es zu objektivieren gilt. Die Diagnose eines ADHS scheint ursprünglich aufgrund entsprechender Hinweise der Beschwerdeführerin durch ihre Hausärztin Dr. G.____ (Bericht vom 21./23. März 2004; Urk. 8/9/1) aufgegriffen worden zu sein. Ferner attestiert keiner der psychiatrischen Fachärzte der Beschwerdeführerin längerfristig eine volle Arbeitsunfähigkeit in angestammter und angepasster Tätigkeit (vgl. insbesondere Berichte von Dr. H.____ vom 15. März 2006 [Urk. 8/32/3] und von Dr. C.____ vom 13. Mai 2008 [Urk. 8/81/4]). Die Beweiskraft der neuropsychologischen Berichte wird insoweit geschmälert, als es sich bei den untersuchenden Personen, Dres. phil. D.____ und E.____s nicht um medizinische Fachpersonen handelt beziehungsweise neuropsychologische Untersuchungsergebnisse nur insoweit bedeutsam sind, als sie sich in die anderen (interdisziplinären) Abklärungsergebnisse schlüssig einfügen (vgl. BGE 119 V 335 Erw. 2b/bb; RKUV 2000 Nr. U 395 S. 316; ferner etwa Urteil des Bundesgerichts vom 17. November 2006, I 542/05, Erw. 4.1). Der aktuellste Bericht der Reha Klinik Q.____ äussert sich nur für die Zeit des stationären Aufenthalts und die zwei folgenden Wochen, womit er die Frage der Arbeits(un)fähigkeit nur für einen kurzen Zeitraum beantwortete. Ä

5. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Enthaltene Akten keine überzeugende Einschätzung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin und ihrer Arbeitsfähigkeit (für den gesamten vorliegend relevanten Zeitraum ab 2005), ist die Sache zur weiteren medizinischen Abklärung und zu anschliessender Entscheidung an die Verwaltung zurückzuweisen, wobei darauf hinzuweisen ist, dass die Beschwerdeführerin seit dem 29. Mai 2006 verheiratet ist und seither mit ihrem Ehemann zusammen wohnt (Urk. 8/34), was auch eine Befassung mit der Statusfrage (Anteile Erwerbstätigkeit/Haushalt; allfällige diesbezügliche Einschränkungen) erfordern dürfte.

6. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 800.-- festzulegen und ausgangsgemäss von der Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Zudem ist der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zuzusprechen (Ä§ 61 lit. g ATSG, in Verbindung mit Ä§ 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht).

Das Gericht erkennt:

1. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 24. November 2008 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu verfähe.

2. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2'500.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Roland Hochreutener
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

5. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

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