

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00877 vom 30. Juni 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-06-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2009.00877

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00877 du 30 juin 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00877 del 30 giugno 2010

Erwägungen

E. 1

Die 1960 in Y.____ geborene X.____ verfügt über eine Ausbildung zur Sozialpädagogin und Nachdiplome als forensische Begleiterin und Praxisausbilderin im Personalmanagement. In der Schweiz arbeitete sie als Gruppenleiterin in einem Wohnheim und in einer Aussenwohngruppe und war auf einer geschlossenen Massnahmestation einer psychiatrischen Klinik sowie im Strafvollzug/Halbfreiheit tätig (Urk. 8/2). Seit August 2005 ist sie wegen eines Erschöpfungszustandes in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Sie meldete sich am 21. Februar 2006 zum Bezug von Leistungen der Eidgenössischen Invalidenversicherung (berufliche Massnahmen und Rente) an (Urk. 8/1). Nach erwerblichen Abklärungen (Urk. 8/6-7, 8/22) und Bezug der Berichte der behandelnden Ärztin, Dr. med. Z.____, Allgemeine Medizin FMH, vom 5. April 2006 (Urk. 8/8) sowie des von der Beamtenversicherungskasse des Kantons Zürich (BVK) veranlassten vertrauensärztlichen Berichts von Dr. med. A.____, Spezialärztin FMH für Innere Medizin, vom 18. Januar 2006 (Urk. 8/9) kündigte die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, der Versicherten mit Vorbescheid vom 5. Juli 2006 die Ablehnung des Leistungsbegehrens an (Urk. 8/13). Auf die Einwände des Arbeitgebers, der BVK und der Versicherten (Urk. 8/19, 8/22, 8/28) hin und nach Eingang des Berichts von Dr. med. B.____, Allgemeine Medizin FMH, Manuelle Medizin (SAMM), Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (APPM), vom 18. August 2006 (Urk. 8/23) sowie der Stellungnahme der Versicherten zum vertrauensärztlichen Gutachten vom 14. Juli 2006 (Urk. 8/27/1-4), verfügte die IV-Stelle am 2. Oktober 2006 die angekündigte Ablehnung des Leistungsbegehrens (Urk. 8/29).

E. 2

Im Rahmen des am 2. November 2006 am hiesigen Gericht anhängig gemachten Beschwerdeverfahrens (IV.2006.00955) informierte die Versicherte darüber, dass sie seit dem 23. November 2006 vollständig arbeitsunfähig sei (Urk. 8/34-35). Die IV-Stelle hob schliesslich am 23. Januar 2007 die Verfügung vom 2. Oktober 2006 wiedererwägungsweise auf und erklärte sich bereit, eine medizinische Begutachtung durchzuführen (Urk. 8/48, 8/51). Das genannte Beschwerdeverfahren wurde daher mit Verfügung vom 25. Januar 2007 als gegenstandslos abgeschrieben (Urk. 8/54).

Das am 23. Januar 2007 bei der Neurologischen Poliklinik des Spitals C.____, in Auftrag gegebene Gutachten (Urk. 8/49) erging am 13. Dezember 2007 und wurde von PD Dr. med. D.____ und Dr. med. E.____ verfasst (Urk. 8/69). Die IV-Stelle veranlasste in der Folge eine ergänzende psychiatrische Abklärung bei Dr. med. F.____,

MBA, FMH Psychiatrie und Psychotherapie (Urk. 8/71, 8/81). Dessen Gutachten (Urk. 8/80) wurde am 30. Dezember 2008 erstellt - nach Eingang des Berichts von Dr. med. G.____ vom 8. August 2008 (Urk. 8/74) und nachdem die Versicherte am 1. August 2008 eine Stelle als Betreuerin mit sozialpädagogischen Aufgaben mit einem 40 %-Pensum angetreten hatte (Urk. 8/89).

Am 16. Juli 2009 erliess die IV-Stelle ihre neue Verfügung (Urk. 2), mit der sie im Einklang mit dem Vorbescheid vom 9. März 2009 (Urk. 8/93) das Leistungsbegehren erneut abwies.

Gegen diesen Entscheid reichte die Anwältin der Versicherten am 14. September 2009 wiederum Beschwerde ein mit dem sinngemässen Rechtsbegehren, der Beschwerdeführerin sei in Aufhebung der Verfügung vom 16. Juli 2009 eine Invalidenrente nach Massgabe des noch festzulegenden Invaliditätsgrades zuzusprechen, eventualiter sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese den Invaliditätsgrad festlege und über ihre Leistungspflicht neu verfüge, unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin (Urk. 1). Die IV-Stelle schloss mit Beschwerdeantwort vom 15. Oktober 2009 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7). Diese Eingabe wurde der Beschwerdeführerin am 20. Oktober 2009 zur Kenntnisnahme zugestellt (Urk. 9).

Das Verfahren erweist sich als spruchreif. Auf die Parteivorbringen und die eingereichten Unterlagen ist, soweit erforderlich, im Rahmen der nachstehenden Erwägungen einzugehen.

Das Gericht zieht in Erwägung:

1.

1.1 Am 1. Januar 2008 sind die im Zuge der 5. IV-Revision revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 6. Oktober 2006, der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 28. September 2007, des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) sowie das Bundesgesetz über die Schaffung und die Änderung von Erlassen zur Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) vom 6. Oktober 2006 in Kraft getreten. In materiellrechtlicher Hinsicht gilt jedoch der allgemeine bergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen sind, die bei Erlass des angefochtenen Entscheids respektive im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 467 Erw. 1, 126 V 136 Erw. 4b, je mit Hinweisen),

Die angefochtene Verfügung erging zwar nach Inkrafttreten der 5. IV-Revision. Doch betrifft sie Leistungen, die mit der Anmeldung vom 21. Februar 2006 für eine bereits zuvor eingetretene Invalidität geltend gemacht wurden. Es kommen daher in erster Linie die altrechtlichen Bestimmungen zur Anwendung. Bei den im Folgenden zu zitierenden Gesetzes- und Verordnungsbestimmungen handelt es sich deshalb - soweit nichts anderes vermerkt wird - um die Fassungen, wie sie bis Ende 2007 in Kraft gewesen sind.

1.2 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den

1.5. Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 Erw. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 Erw. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 Erw. 4b.cc).

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu wärdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 Erw. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.).

Die IV-Stelle nimmt den Standpunkt ein, es lägen keine objektivierbaren Befunde vor, die den chronischen Erschöpfungszustand erklären oder eine somatische oder psychische Komorbidität darstellen würden, welche gegen die Überwindbarkeit der Symptomatik sprechen würde. Mangels dauerhafter Einschränkung der Arbeitsfähigkeit fehle es somit an einem invalidisierenden Gesundheitsschaden (Urk. 2).

Demgegenüber weist die Beschwerdeführerin darauf hin, dass sie unter einem Chronic Fatigue Syndrom (CFS) leide und es sich dabei gemäss den Ergebnissen aktueller Studien um eine mindestens teilweise auch organisch mess- und feststellbare Erkrankung handle. Zudem leide sie unter einer chronischen Migräne mit Aura, unter zunehmenden Kiefergelenkschmerzen, Schlafstörungen und einem Restless Legs Syndrom. Da bei dieser Krankheit durchaus organische Faktoren mitwirkten, falle sie nicht unter die psychosomatischen Erkrankungen. Die Rechtsprechung zu den somatoformen Schmerzstörungen lasse sich nicht darauf übertragen. Selbst wenn diese zur Anwendung gelangen würde, sei von mehreren organischen Komorbiditäten auszugehen (Urk. 1 S. 4 ff.).

E. 3

3.1. Die Internistin Dr. A.____, hielt in ihrem vertrauensärztlichen Bericht vom 18. Januar 2006 (Urk. 8/9) zuhanden der BVK fest, dass die Versicherte in jungen Jahren vorübergehend an häufigen Migräneattacken gelitten habe, die in späteren Jahren nur noch selten aufgetreten seien. Im Juli 1998 sei sie schwer an Masern, vermutlich mit einer begleitenden Hirn- und Hirnhautentzündung (Meningoencephalitis) erkrankt. Seither sei es zu einem Leistungseinbruch mit vermehrter Müdigkeit, Erschöpfbarkeit und hauptsächlich wieder häufigen Migräneattacken gekommen. Bezüglich Licht, Schall und Geruchsemissionen sei sie ohnehin empfindlich. Seit den Masern leide sie fast ständig unter einem Kopfdruck beziehungsweise leichtgradigen Kopfschmerzen. Erreichten diese bei Hinzukommen von übermässiger körperlicher Beanspruchung, allgemeiner Ermüdung, Stress, Wettereinflüssen wie Föhn, bei Lärm und sehr hellem Licht die Schmerzintensität des Grades drei, so komme es zu Sehstörungen in Form von Lichtblitzen und Gesichtsfeldeinschränkungen (Skotomen), zu Brechreiz, zu mit Kribbelparästhesien in beiden Händen und Gefühllosigkeit in den Beinen verbundenem Schwindel, manchmal auch zu Durchfallattacken und häufigem Wasserlassen oder erhöhter Körpertemperatur. In solchen Phasen leide die Versicherte auch an Konzentrationsstörungen. Seit der Masernerkrankung befinde sie sich in ständiger Behandlung bei ihren Hausärzten Dr. B.____ und Dr. Z.____. Es seien auch zahlreiche neurologische Abklärungen durchgeführt worden, namentlich Untersuchungen mit bildgebenden Verfahren. Die Behandlung mit verschiedenen Basismedikamenten habe zeitweise zu einer deutlichen Besserung der Kopfschmerzsymptomatik und zu einem deutlich verminderten Schmerzmittelkonsum geführt. Im Sommer 2005 hätten sich die schweren Migräneattacken wieder häufig und nur noch wenig auf die verabreichten Medikamente angesprochen. Sie hätten sich nur noch mit vermehrter Ruhe, vermehrtem Schlafen und Entspannungsübungen behandeln lassen. Die Versicherte habe die Freizeit nur noch zum Ausruhen nutzen und keine privaten Kontakte mehr wahrnehmen können. Auch habe sie ihre früheren sportlichen Aktivitäten wie Segeln, Kanu- und Wildwasserfahren sowie das Musizieren aufgeben müssen. Um überhaupt noch arbeiten zu können, sei sie auf die regelmässige Einnahme von hohen Schmerzmitteldosen angewiesen gewesen. Dr. H.____ habe sie dann während 5 Wochen zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben. Seit dem 26. September 2005 verrichte sie ein Arbeitspensum von 40 %, wobei es sich um weniger belastende Aufgaben handle wie Nachtwache und einzelne Betreuungsstunden am Tag. Seit dieser beruflichen Entlastung habe sich die Migräneerkrankung wieder gebessert, so dass die Versicherte an arbeitsfreien Tagen nicht mehr Schmerzmittel einnehmen müsse. Sie bedauere jedoch, dass sie bei der aktuellen Tätigkeit ihre grosse Berufserfahrung als Sozialpädagogin und insbesondere ihre Fähigkeit als Ausbilderin kaum mehr einsetzen könne. Sie hoffe längerfristig eine berufliche Tätigkeit mit regelmässigen Arbeitszeiten, das heisst ohne Schichtarbeit, zu finden - beispielsweise als Dozentin oder Praxisausbilderin an einer Schule für Soziale Arbeit oder Betreuung von Opfern von Gewalttaten, was eine berufsbegleitende Weiterbildung beziehungsweise eine Verbesserung der deutschsprachlichen Fähigkeiten erfordern würde.

Dr. A.____ stellte die Diagnosen chronische Migräne mit Aura, Status nach Masernerkrankung im Juli 1998 mit wahrscheinlicher Meningoencephalitis, Halsrippen (diagnostiziert 1976) und Kiefergelenkschmerzen bei craniomandibulärer Dysfunktion. Zusammenfassend erklärte sie, wegen der Migräneerkrankung mit

chronischem Verlauf sei die Versicherte langfristig nur eingeschränkt beziehungsweise zu 40 % arbeitsfähig. Für die zuletzt ausgeübte, sehr belastende Tätigkeit als Sozialpädagogin im Strafvollzug und mit Schichtarbeit müsse eine 60%ige Berufsinvalidität angenommen werden. Eine berufliche Neuorientierung mit weniger belastender und regelmässiger Arbeitszeit zum Beispiel als Dozentin an einer Schule für Soziale Arbeit oder als Betreuerin von Praktikantinnen oder eine Umschulung zur Betreuerin von Gewaltopfern könnte den weiteren Verlauf der Krankheit mit grosser Wahrscheinlichkeit günstig beeinflussen und zu einer deutlichen Steigerung des Arbeitspensums, jedoch kaum zu einer 100%igen Arbeitsfähigkeit führen.

3.2. Hausärztin Dr. Z.____, führte in ihrem Bericht vom 5. April 2006 (Urk. 8/8) als sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkende, wahrscheinlich seit 1999 bestehende Gesundheitsstörung ein Chronisches Fatigue-Syndrom (CFS) an. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bleibe die weitere Diagnose, eine seit 1998 bestehende chronische Migräne mit Aura. Seit einer Maserninfektion mit wahrscheinlich leichter Meningitis im Jahr 1998 fühle sich die Versicherte ausserordentlich erschöpft. Sie habe immer wieder unter Kopf-, Glieder- und Gelenkschmerzen sowie unter Konzentrationsstörungen gelitten. Seit Ende August 2005 werde sie von Dr. B.____, einem Spezialisten für CFS, betreut. Nachdem ab 26. August 2005 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden habe, fühle sich die Beschwerdeführerin dank regelmässiger Vitamin B12-Spritzen energiemässig insgesamt wieder etwas besser, so dass sie seit dem 26. September 2005 immerhin wieder zu 40 % arbeiten könne.

3.3. Dr. B.____, erkannte in seinem Bericht vom 18. August 2006 folgenden Diagnosen eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu (Urk. 8/23 S. 5):

a) chronische Müdigkeit/Erschöpfbarkeit unbekannter Ätiologie seit 1998 - erfüllt Kriterien für das Chronic Fatigue Syndrom (nach CDC 1994)

b) chronische Kopfschmerzen

- St. N. Entlastungsmigräne in der Jugend (12.-15. Lebensjahr)

- Seit 1998 persistierende Kopfschmerzen, Dauertherapie - DD: Migräne

c) St. N. Masern mit wahrscheinlicher meningealer Reizung 1998

- seitdem chron. Kopfschmerzen

- seitdem chron. Müdigkeit/Erschöpfbarkeit

Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bleiben laut Dr. B.____ ein Status nach Eisen-, Vitamin B12- sowie Carnithin-Mangel, die mittlerweile substituiert seien. Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Gefangenenbetreuerin bestehe seit etlichen Jahren eine Arbeitsunfähigkeit. Er selber habe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für die Zeit vom 29. August bis 25. September 2005 und eine 60%ige Arbeitsunfähigkeit ab 26. September 2005 bescheinigt. Dr. B.____ bezeichnete den Gesundheitszustand als stationär. Die Fragen, ob die Arbeitsfähigkeit durch medizinische Massnahmen verbessert werden könne und ob berufliche Massnahmen angezeigt seien, verneinte er. Der aktuelle Arbeitsplatz sei trotz seiner möglichen psychischen Belastung relativ ideal, zumal sich die Versicherte keinen anderen Beruf vorstellen könne.

Als Symptome führte Dr. B. ___ nebst Ermüdbarkeit und Kopfschmerzen

eine Verminderung des Kurzzeitgedächtnisses und der Konzentration an; ferner seit den Masern bei zuwenig Trinken auftretende Halsschmerzen, tägliche Muskelschmerzen in den Beinen und manchmal auch in den Armen, selten auch Gelenkschmerzen, Schmerzhaftigkeit der Hals-Lymphknoten, unerholsamen Schlaf und ein Krankheitsgefühl nach körperlicher Anstrengung während mindestens 24 Stunden. Mit diesen zusätzlichen Symptomen seien sechs der insgesamt 8 möglichen CDC-Kriterien eines Chronic Fatigue Syndrome erfüllt, wobei für die Diagnose bereits vier Kriterien reichen würden.

Schliesslich wies Dr. B. ___ darauf hin, dass die Aussagen der Versicherten vollkommen glaubhaft seien. Die geschilderte Symptomatik und die damit verbundenen Beeinträchtigungen im Alltag bedeuteten für sie eine erhebliche Zäsur im Leben, die weder sozial noch psychodynamisch irgendeinen Sinn ergäben. Ebenso wenig sei irgendein Krankheitsgewinn zu erkennen. Die Symptomatik und deren Verläufe seien typisch für das CFS. Da weder Aetiologie noch Pathomechanismus bekannt seien, stehe auch keine spezifische Therapie zur Verfügung. Die von der Versicherten inzwischen unternommene intelligente Einteilung ihrer Kräfte über den Tag und die Woche habe sich bisher als bestes Vorgehen erwiesen. Die Vermutung, wonach belastende Arbeit zu vermehrten Kopfschmerzen und diese wiederum zur Erschöpfung führten, könne er nicht teilen. Die Versicherte erlebe Freude und Sinnerfüllung in ihrer Arbeit und erhalte viel Lob von Vorgesetzten, Mitarbeitern und Gefangenen. Vielmehr führe die rasche Erschöpfung zu den Kopfschmerzen. Diese reduzierten sich nur, wenn die vorhandenen Kräfte richtig berücksichtigt würden.

Mit Schreiben vom 23. November 2006 (Urk. 8/34) bescheinigte Dr. B. ___ schliesslich ab diesem Zeitpunkt eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit bis auf weiteres.

Am 2. November 2006 (Urk. 8/33/156) bestätigte Dr. med. I. ___, stellvertretender Chefarzt Psychosomatik der Klinik und Poliklinik für Allgemeine Innere Medizin/Psychiatrische Poliklinik des Spitals J. ___, dass die Beschwerdeführerin an einer Studie über das CFS teilnehme und die Fukuda-Kriterien des CFS erfülle.

In dem von der IV-Stelle beim Spital C. ___ veranlassten Neurologischen Gutachten vom 13. Dezember 2007 (Urk. 8/69) werden die Diagnosen Chronisches Erschöpfungssyndrom, seit 1998 zunehmend, ohne Hinweise auf eine neurologische oder schlafmedizinische Ursache, sowie Migräne mit Aura gestellt. Die Gutachter erklärten, formal erfülle die Klinik der Patientin die Kriterien eines CFS. Leitsymptom sei eine chronische Müdigkeit und eine schnelle Ermüdbarkeit seit knapp 10 Jahren mit sukzessiver Zunahme im Verlauf. Zurzeit liege keine anderweitige somatische Begleiterkrankung vor, die differentialdiagnostisch das Erschöpfungssyndrom erklären könnte. Die Müdigkeit werde derart intensiv empfunden, dass sogar überdurchschnittlich langes Schlafen und Ruhen die Beschwerden nicht zu beheben ver helfe und sogar die einfache Haushaltführung in mehreren Etappen und über mehrere Tage aufgeteilt werden müsse. Gleichzeitig mit der Erschöpfung hätten sich auch weitere, mit einer grippalen Symptomatik vergleichbare Beschwerden wie Hals-, Muskel- und wandernde Gelenkschmerzen sowie Konzentrationsschwierigkeiten

entwickelt. Der Schlaf werde nicht als erholsam empfunden. Nach einem Kinobesuch oder Treffen von Freunden exazerbiere die MÄ¼digkeit und die Versicherte mÄ¼sse die folgenden ein bis zwei Tage hauptsÄ¼chlich im Bett schlafend oder ruhend verbringen, dies obwohl frÄ¼her Reisen und Segeln zu ihren Hobbies gezÄ¼hlt hÄ¼tten.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Differentialdiagnostisch gebe es - so die neurologischen Gutachter weiter - keine Anhaltspunkte fÄ¼r eine anderweitige aktive Erkrankung, die das ErschÄ¼pfungssyndrom verursachen kÄ¼nne. Chronische Vorerkrankungen seien nicht bekannt. Hinweise fÄ¼r einen Substanzmissbrauch lÄ¼gen ebenfalls nicht vor. Die internmedizinischen AbklÄ¼rungen hÄ¼tten bis auf einen leicht erniedrigten Vitamin B12-Spiegel normale Befunde ergeben. Namentlich neurologische Ursachen hÄ¼tten sich nicht eruieren lassen. Bei blandem somatischem Neurostatus lÄ¼gen auch keine Hinweise fÄ¼r eine chronische oder chronisch-progrediente Myopathie oder Neuropathie vor. Auch kognitiv sei die Patienten adÄ¼quat. Anhaltspunkte fÄ¼r eine zentralnervÄ¼se Ursache wie chronische Enzephalomyelitis, Tumor, extrapyramidales Syndrom etc. fehlten ebenfalls. Auch aus schlafmedizinischer Sicht habe bis auf einen instabilen Tag-Nacht-AktivitÄ¼tsrhythmus, der mÄ¼glicherweise auf die langjÄ¼hrige Schichtarbeit zurÄ¼ckzufÄ¼hren sei, keine StÄ¼rung nachgewiesen werden kÄ¼nnen. Der fehlende REM-Schlaf in der Polysomnographie sei differentialdiagnostisch auf die damalige Ko-Medikation mit Efexor zurÄ¼ckzufÄ¼hren. DafÄ¼r spreche auch die subjektive Besserung der SchlafqualitÄ¼t nach Absetzen dieses Medikamentes im Verlauf. Ein Gesundheitsschaden in Form eines CFS, der zu einer EinschrÄ¼nkung der ArbeitsfÄ¼higkeit fÄ¼hre, sei somit ausgewiesen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Unter Bezugnahme auf die Beurteilungen von Dr. A.____ und Dr. B.____ erklÄ¼rten die Neurologen, dass die nach der Masernerkrankung exazerbierten Kopfschmerzen im Vergleich zu frÄ¼her semiologisch anderer Natur seien und die Provokation durch Anstrengung durchaus an ein Teilsymptom des CFS denken lasse. GemÄ¼ss den Diagnosekriterien seien jedoch nur neu aufgetretene Kopfschmerzen als diagnostisches Hauptkriterium zu verwerten. Da die Patientin schon im Jugendalter unter MigrÄ¼ne gelitten habe und auch die aktuellen Kopfschmerzen noch mit einer chronischen MigrÄ¼ne vereinbar seien, seien diese nicht im Rahmen des CFS, sondern im Rahmen der Grunderkrankung MigrÄ¼ne zu deuten. Diese bilde aber nicht die alleinige Ursache der reduzierten ArbeitsfÄ¼higkeit. Es liege vielmehr ein Komplex von Symptomen vor, die nicht durch Kopfschmerzen induziert seien und die beim Leitsymptom der persistierenden MÄ¼digkeit/leichten ErmÄ¼dbarkeit klar unter das CFS eingeordnet werden kÄ¼nnten. Diese bildeten die Hauptursache der eingeschrÄ¼nkten ArbeitsfÄ¼higkeit. BezÄ¼glich der Ä¼bermÄ¼ssigen ErmÄ¼dbarkeit sei auch ein Zusammenhang mit der beruflichen Belastungssituation nicht nachvollziehbar, denn die Patientin berichte Ä¼ber unverÄ¼ndert anhaltende Ä¼bermÄ¼ssige ErmÄ¼dbarkeit auch ohne berufliche AktivitÄ¼t. Zudem sei die vorliegenden Symptomkonstellation untypisch fÄ¼r eine Folgeerkrankung nach einer Maserninfektion, weshalb ein Zusammenhang zwischen der Maserninfektion und den aktuellen Beschwerden eher unwahrscheinlich sei.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zur ArbeitsfÄ¼higkeit erklÄ¼rten die Gutachter, dass deren Beurteilung rein auf Symptomebene erfolge. In Anbetracht aller Befunde sei aus neurologischer Sicht eine 40%ige ArbeitsfÄ¼higkeit zumutbar, gegebenenfalls mit UnterstÄ¼tzung im Haushalt, damit die limitierten Ressourcen vollumfÄ¼nglich fÄ¼r die Arbeit eingesetzt werden kÄ¼nnten. Zu empfehlen sei eine geregelte HalbtagsÄ¼tigkeit

ohne Schichtdienst, aufgrund des verschobenen Ruhe-/Aktivitätsrhythmus im Rahmen der langjährigen Schichtarbeit vorzugsweise am Nachmittag. Ideal wären weniger belastende Aufgaben wie beispielsweise Betreuung von Praktikantinnen oder Betreuung von weiblichen Gewaltopfern.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Auf die Frage, ob die Arbeitsfähigkeit aus psychosozialen Gründen oder aufgrund eines psychischen Leidens mit Krankheitswert eingeschränkt sei, wiesen die neurologischen Gutachter darauf hin, dass das CFS meist ein Überlappungssyndrom der neurologischen und psychiatrischen Fachgebiete darstelle. Diese Frage könne von einem erfahrenen Psychiater besser beurteilt werden, zumal psychosoziale Interaktionen beim CFS prinzipiell immer eine Rolle spielten und die Kausalität nicht einfach einzuordnen sei. Dr. Z.____ und Dr. B.____ würden indes eine psychiatrische Erkrankung als Ursache der Beschwerden praktisch ausschliessen.

3.6 Ä Ä Ä Ä Dr. F.____ kam in seinem psychiatrischen Gutachten vom 30. Dezember 2008 (Urk. 8/80) nach durchgeführten Erhebungen zur Anamnese und zum Psychostatus sowie aufgrund zahlreicher Tests mit weitgehend unauffälligen Ergebnissen zum Schluss, dass aktuell keine Diagnosen gemäss ICD-10 Kapitel V gestellt werden könnten. Dementsprechend lasse sich aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht eine längerfristige Arbeitsunfähigkeit nicht begründen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Differentialdiagnostisch hatte Dr. F.____ zunächst eine organisch bedingte Störung (ICD-10 F0) in Betracht gezogen, eine solche aber aufgrund der subjektiven Angaben der Versicherten, des Psychostatus und der Testergebnisse aber verneinen müssen. Die unspezifische Müdigkeit und rasche Erschöpfung bei körperlicher oder geistiger Anstrengung erfüllten eine solche bei weitem nicht. Die Krankheiten seien weitgehend folgenlos abgeheilt. Auch eine depressive Episode gemäss ICD-10 F3 wurde vom Gutachter verworfen, da von deren Kernsymptomen allein die subjektiv empfundene ausgeprägte Müdigkeit erfüllt sei. Eine somatoforme Störung gemäss ICD-10 F45 verneinte er ebenfalls, denn deren Charakteristikum, die wiederholte Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen, fehle und die Präsentation der Symptome sei angemessen. Auch eine Persönlichkeitsstörung gemäss ICD-10 F6 verneinte der Gutachter. Dies im Wesentlichen mit der Begründung, dass die Lebensbewältigung bis zum 29. Altersjahr vollständig unauffällig gewesen und die Versicherte sozial, persönlich und beruflich gut integriert sei.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Bezüglich der Diagnose einer Neurasthenie (ICD-10 F48) erläuterte Dr. F.____, dass sich deren zwei Hauptformen überschneiden würden. Hauptcharakteristikum der einen Form sei die Klage über vermehrte Müdigkeit nach geistigen Anstrengungen, häufig verbunden mit abnehmender Arbeitsleistung oder Effektivität bei der Bewältigung täglicher Aufgaben. Die geistige Ermüdbarkeit werde typischerweise als unangenehmes Eindringen ablenkender Assoziationen oder Erinnerungen, als Konzentrationsschwäche und allgemein ineffektives Denken beschrieben. Bei der anderen Form liege das Schwergewicht auf Gefühlen körperlicher Schwäche und Erschöpfung nach nur geringer Anstrengung, begleitet von muskulären und anderen Schmerzen sowie der Unfähigkeit, sich zu entspannen. Bei beiden Formen fänden sich eine ganze Reihe von anderen unangenehmen körperlichen Empfindungen wie Schwindelgefühl, Spannungskopfschmerz und allgemeine Unsicherheit. Häufig seien auch Sorge über abnehmendes geistiges und körperliches Wohlbefinden,

Reizbarkeit, Freudlosigkeit, Depression und Angst. Der Schlaf sei oft in der ersten und mittleren Phase gestört. Doch könne auch vermehrter Schlaf im Vordergrund stehen. Diese Diagnose zeige somit eine weitgehende Kongruenz mit der klinischen Beschreibung der bei einem CFS bestehenden Beschwerden. Die Abgrenzbarkeit der beiden Diagnosen sei wissenschaftlich nicht abschliessend geklärt. Bei einer Neurasthenie sei eine benigne myalgische Enzephalomyelitis auszuschliessen. Aus neurologischer Sicht wäre zu diskutieren, inwieweit ein CFS nach Masernerkrankung der Kodierung G93.3 beziehungsweise einem postviralen Müdigkeitssyndrom entspreche. Eine Neurasthenie gemäss ICD 10 F48 führe aber aus versicherungsmedizinischer Sicht mit Blick auf die aktuelle Rechtsanwendung nicht zu einer relevanten Minderung der Arbeitsfähigkeit.

Des Weiteren erklärte Dr. F.____, zu den subjektiven und objektiven somatischen Befunden könne er aus seiner psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht nicht abschliessend Stellung nehmen, sondern müsse insbesondere bezüglich der somatisch bedingten Unzumutbarkeit einer Schmerzüberwindung auf die entsprechenden fachärztlichen Beurteilungen verweisen. Aus seiner allgemeinen ärztlichen Sicht erweise sich die Diagnose eines CFS als angemessen und nachvollziehbar. Bei seiner Einschätzung der Arbeitsfähigkeit habe er invaliditätsfremde Gesichtspunkte beziehungsweise psychosoziale Faktoren wie finanzielle Sorgen, allein lebend etc. mit Bedacht von invaliditätsbedingten, objektivierbaren Befunden abgegrenzt. Die invaliditätsfremden Gesichtspunkte besitzen vor allem therapeutische Relevanz (Urk. 8/80 S.15).

E. 4

4.1 Aufgrund der einleuchtenden Darlegungen im neurologischen Gutachten lassen sich die von der Beschwerdeführerin geklagten somatischen Beschwerden ebenso wie die chronische Müdigkeit ausschliesslich dem von allen Ärzten konstatierten chronischen Erschöpfungssyndrom zuordnen. Dieses erfüllt nicht nur die von Fukuda et al. in Annals of Internal Medicine, Vol. 121, December 15, 1994, pp 953-959, festgelegten Kriterien eines CFS, sondern an sich - wie Dr. F.____s Ausführungen zu entnehmen ist - auch die Kriterien einer Neurasthenie im Sinne von ICD-10 F48. Dass sich der psychiatrische Gutachter in somatischer Hinsicht zwar der Diagnose CFS anschliesst, die in sein eigenes Fachgebiet fallende Diagnose einer Neurasthenie aber nicht stellt, erklärt sich - versteht man seine Ausführungen richtig - offenbar damit, dass die Diagnose Neurasthenie aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht invalidisierend sei.

Dr. F.____ scheint sich auf die Praxis des Bundesgerichts zu beziehen, wonach bei der Würdigung des invalidisierenden Charakters einer Neurasthenie wie auch eines CFS die rechtsprechungsgemässen Grundsätze über die nur ausnahmsweise invalidisierende Wirkung somatoformer Schmerzstörungen analog anzuwenden sind (vgl. etwa Bundesgerichtsurteil vom 28. April 2010, 9C_98/2010, E. 2.2.2 mit Hinweisen). Ob die Voraussetzungen für eine ausnahmsweise Anerkennung des CFS als invalidisierende Krankheit erfüllt sind, hat indes nicht der Gutachter zu entscheiden, handelt es sich dabei doch nicht um eine Tat-, sondern um eine Rechtsfrage (vgl. etwa Bundesgerichtsurteil vom 25. Mai 2010, 8C_834/2009, E. 1.2.2 mit weiteren Hinweisen). Diese ist nachfolgend anhand der für die somatoforme Schmerzstörung entwickelten Kriterien zu prüfen, zumal das Bundesgericht an seiner Praxis zum CFS auch nach Erscheinen der von der Beschwerdeführerin angeführten Studienergebnisse und Fachartikel (Urk. 1 S. 5 ff., Urk. 3/3-4, 8/33/43-160, 8/89/9-17) festgehalten hat.

4.2 Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens, so auch einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, setzt zunächst eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 130 V 398 ff. Erw. 5.3 und Erw. 6). Wie jede andere psychische Beeinträchtigung begründet indes auch eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt.

Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, wie chronische körperliche Begleiterkrankungen, ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung, ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens, ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"), das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person (BGE 130 V 352 Erw. 2.2.3 in fine). Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gallen 2003, S. 77).

4.3 Wie dargelegt ist aus psychiatrischer Sicht die Diagnose einer Neurasthenie im Sinne von ICD-10 F48 durchaus gegeben. Nach Dr. F. S. überzeugenden Ausführungen liegen jedoch keine anderweitigen psychischen Gesundheitsstörungen vor. Somit fehlt es eindeutig an einer psychischen Komorbidität. Chronische körperliche Begleiterkrankungen liegen gemäss den Erkenntnissen der neurologischen Gutachter ebenfalls nicht vor; sie halten denn auch einen Zusammenhang mit der Masernerkrankung als unwahrscheinlich und weisen darauf hin, dass die mit einer grippalen Symptomatik vergleichbaren somatischen Beschwerden Teil des für das CFS typische Beschwerdebild seien. Lediglich die Kopfschmerzen ordnen die Neurologen unter Beachtung der geltenden Diagnosekriterien einer vom CFS unabhängigen Migräne zu. Diese fallen somit als chronische körperliche Begleiterkrankung - wenn auch nicht von schwerwiegender Art - in Betracht. Nicht ersichtlich ist jedoch, inwiefern die vorhandene zweifellos verfestigte und therapeutisch kaum zu beeinflussende Symptomatik Ausdruck einer missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung darstellt. Bei dieser Ausgangslage vermögen die verbleibenden Kriterien wie der mehrjährige, allenfalls chronifizierte Krankheitsverlauf mit unveränderter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung, der mit dem Erschöpfungszustand einhergehende soziale Rückzug und das insgesamt fehlende Ansprechen auf die von der Beschwerdeführerin unternommenen Therapieversuche nicht zur Anerkennung der invalidisierenden Wirkung des

Erschöpfungsstandes zu führen.

Die IV-Stelle hat demnach das Vorliegen einer invalidisierenden Gesundheitsstörung zu Recht verneint. Folglich ist die Beschwerde abzuweisen.

Bei diesem Verfahrensausgang hat die Beschwerdeführerin für das aufgrund Art. 69 Abs. 1 bis IVG kostenpflichtige Verfahren aufzukommen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden ihr nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Yolanda Schweri
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. Gegen diese Entscheidung 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.