

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.01128 vom 28. November 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-11-28, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2009.01128](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2009.01128)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.01128 du 28 novembre 2011

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.01128 del 28 novembre 2011

## Erwägungen

### E. 2

2.1. Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG).

Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 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).

2.2. Die massgeblichen Rentenabstufungen geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

2.3. 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 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Aussagen eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

2.4. 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 würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 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 auseinander setzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nützlich 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 präferend 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 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 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.).

3. Die IV-Stelle stellte sich im Wesentlichen auf den Standpunkt, die medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass bei diagnostisch nicht nachweisbarem organischem Korrelat für die subjektiv von der Beschwerdeführerin empfundene Erschöpfbarkeit, verminderte kognitive Leistungsfähigkeit und objektivierbaren diskreten neuropsychologischen Auffälligkeiten am ehesten eine Neurasthenie (ICD-10: F48.0) als Ursache für die Beschwerden in Frage komme. Ein Zusammenhang mit der Lipomextraktion im Februar 2005 sei nicht anzunehmen. Abgesehen von der Einschränkung wegen Sturzgefahr bei Tätigkeiten in grosser Höhe bestehe ein 100%ige Arbeitsfähigkeit für jegliche Tätigkeit (Urk. 2, Urk. 8 und Urk. 22).

Dem hält die Beschwerdeführerin zusammengefasst entgegen, ob die neurologisch erhobenen Befunde, die Störung der Daueraufmerksamkeit und der Konzentration, die Folge des Eingriffs von 2005 seien, sei ohne Belang. Tatsache sei vielmehr, dass diese vorhanden seien und die Leistungsfähigkeit über längere Zeit massiv beeinträchtigen. Dies belege auch der Abbruch der Abklärungsmassnahmen bei der F. mit der nachfolgenden Intensivbehandlung beim G. Es leuchte nicht ein, weshalb die Beschwerdegegnerin an der Diagnose einer Neurasthenie festhalte, nachdem der RAD-Arzt pract. med. J. dies vorab als eher unwahrscheinlich erachtet und mit Dr. E. eine psychische Störung auf der Persönlichkeitsstufe diskutiert habe. Auch die Diagnose des G. schliesse ein somatisches Syndrom aus (Urk. 19).

#### E. 4

4.1 Dr. med. K., Facharzt für Innere Medizin, notierte im Arztbericht vom 3. Januar 2006 (Urk. 9/11), die Beschwerdeführerin habe im Jahr 1998 eine mehrmonatige depressive Episode erlitten, die mit einem Antidepressivum behandelt worden sei. Im Januar 2005 seien unklare Schulter- und Nackenbeschwerden aufgetreten, die zur Diagnose einer Raumforderung in der Cisterna quadrigemina geführt hätten, und am 3. Februar 2005 sei die partielle operative Exzision des Lipoms erfolgt. Eine neuropsychologische Abklärung vom 30. September 2005 (Urk. 9/11/7 ff.) habe keine Einschränkung der kognitiven Funktionen nachgewiesen. Die Beschwerdeführerin leide jedoch weiterhin unter Tagesmüdigkeit, Einschlafstörungen, Druck im Kopf und Verlangsamung bei der Arbeit, wo es auch zu Verwechslungen und anderen Fehlern komme. Da es an einem somatischen Korrelat für die aktuellen Beschwerden fehle, sei sie der Psychiaterin Dr. E. zur Behandlung überwiesen worden.

Diese hielt im Bericht vom 2. Februar 2006 (Urk. 9/16) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelschwere depressive Episode (ICD-10:

F32.10) und als Vermutungsdiagnosen eine Neurasthenie mit Konzentrationsstörungen, vermehrter Müdigkeit und Kopfschmerzen (ICD10: F48.0) sowie misstrauische Persönlichkeitszüge fest. Sie bescheinigte der Beschwerdeführerin für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Büroangestellte eine Arbeitsfähigkeit von 20 % bei einer 50%-Stelle, als Musiklehrerin von 10 % bei einer 15%-Stelle und eine nicht näher definierte Einschränkung bei der Haushaltstätigkeit, insbesondere der Kinderbetreuung. Die Psychiaterin erlebte die Beschwerdeführerin als bewusstseinsklare Person, die ihre Beschwerden vage und unpräzise, wahrscheinlich aus Mangel an Wahrnehmungsbildung, beschreibe. Erst auf Nachfrage und Nachhaken könne sie über Intensität oder Frequenz glaubhaft Auskunft geben. In der Beziehung sei sie oberflächlich zugewandt, aber immer wieder auch misstrauisch und ablehnend. Sie sei nicht sehr spürbar in der Beziehung.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Gegenüber Dr. D.\_\_\_\_ führte die Beschwerdeführerin laut dem Gutachten vom 6. September 2006 (Urk. 9/28) aus, nach einem guten postoperativen Verlauf nach der Lipomentfernung habe sich die Situation verschlechtert, indem sie sich bei der Arbeit nicht mehr konzentrieren könne und viele Fehler gemacht habe. Dem Experten machte sie einen aufgeschlossenen, lebendigen, viften Eindruck, sie habe das Vertrauen zu ihm gefunden und die gestellten Fragen prompt und sicher beantwortet. Gesprächsmässig hätten sich keine Störungen im Bereich der Merkfähigkeit, der Auffassung und des Gedächtnisses feststellen lassen. Trotz intensivem Gespräch seien keine Ermüdungserscheinungen oder Konzentrationsstörungen aufgetreten. Sie habe heiter gewirkt, herzlich gelacht und Sinn für Humor gezeigt. Diagnostisch erwähnte Dr. D.\_\_\_\_ Verstimmungszustände, gelegentlich depressiver Färbung, eine Verängstigung und Sorgen im Rahmen einer Anpassungsstörung nach der Operation des Lipoms in der Cisterna quadrigemina (ICD-10: F43.8) sowie einen Verdacht auf ein neurasthenisches Syndrom (ICD-10: F48.0). Objektiv liessen sich keine affektiven Störungen und gesprächsmässig keine mnestischen und kognitiven Störungen feststellen. Der Experte ging davon aus, inzwischen habe sich die Beschwerdeführerin von der Operation und deren Folgen erholt und sie könne sofort als leistungs- und arbeitsfähig betrachtet werden. Dies gelte sowohl für ihre Tätigkeit als Musiklehrerin als auch für die bisher im Teilzeitpensum ausgeübte Tätigkeit im Büro- und Verkaufsbereich. Die geklagten Störungen erachtete er als psychogen und somit einer Behandlung zugänglich. Der psychische Zustand sei nicht ganz stabil und erfordere die Fortsetzung der laufenden psychiatrischen Behandlung. Diesbezüglich sei die Beschwerdeführerin in kompetenten Händen. Ihre Arbeitsfähigkeit bemass der Experte mit Ä■mehr als 75 % Ä■.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Im Kontrast zu diesen Ausführungen steht die Eingabe der Beschwerdeführerin an die IV-Stelle vom 7. September 2006 (Urk. 9/27), in der sie sich beklagte, sie habe die Praxis von Dr. D.\_\_\_\_ völlig verwirrt über das Gehörte verlassen, habe er ihr doch über seine Ferien in San Salvador und seinen Sohn erzählt, der im Triathlon sehr talentiert sei, und ihr geraten, sich als gesunde Person beim Regionalen Arbeitsvermittlungszentrum neu zu melden. Ergänzend setzte sich die Beschwerdeführerin nach Kenntnisnahme des Gutachtens von Dr. D.\_\_\_\_ im Schreiben vom 29. September 2006 (Urk. 9/36 und Urk. 9/35, nicht in der korrekten Reihenfolge eingescannter Beleg) mit dessen Inhalt auseinander, mit dem sie sich nicht einverstanden erklärte. Zu dieser Expertise nahm auch Dr. E.\_\_\_\_ im Bericht vom 1. November 2006

(Urk. 9/38) Stellung. Ihre frühere Diagnose ergänzte die Psychiaterin in dem Sinne, dass sie nunmehr eine deutliche Verminderung von Belastbarkeit und Durchhaltevermögen bei der Vermutungsdiagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F61 [recte: F61.0]), differenzialdiagnostisch organische Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F07.8), differenzialdiagnostisch andauernde Persnlichkeitsnderung nach Extrembelastung (ICD-10: F62.0) mit Misstrauen, unrealistischem inkonstantem Selbstbild, Mangel an Analyse- und Integrationsfähigkeit, Perfektionismus, emotionaler Distanziertheit und disfunktionalem Krankheitskonzept und mangelnder Adaptation an die aktuelle Behinderung erhob. An der Begutachtung kritisierte Dr. E.\_\_\_\_ den Umstand, dass der Experte keine Fremdanamnese erstellt und weder den letzten Arbeitgeber der Beschwerdeführerin noch ihre Bezugsperson im Projekt des Einsatzprogramms für Arbeitslose kontaktiert habe. Denn die Beschwerdeführerin habe aus diesem Arbeitsprojekt nach zweieinhalb Monaten aussteigen müssen, weil sie die geforderte 50%ige Arbeitsfähigkeit nicht habe leisten können, und es sei ihr daraufhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit wegen eines Rezidivs der Depression bei geklagter Arbeitsüberlastung bescheinigt worden. In den letzten Monaten habe sich weder die Symptomatik noch die Krankheitsbewrtigung noch die Belastungsfähigkeit verbessert. Aktuell beteilige sich die Beschwerdeführerin an einem multimodalen, auf sie zugeschnittenen ambulanten Rehabilitationsprogramm.

 Im Bericht vom 24. Januar 2007 (Urk. 9/39) notierte Dr. E.\_\_\_\_, die Beschwerdeführerin gebe an, motorisch geschickter zu sein, beispielsweise beim Z.\_\_\_\_ spielen, und auch das kognitive Training erlebe sie als nützlich. Insgesamt hätten sich die Beschwerden im vergangenen Jahr nur geringfügig verbessert. Sodann berichtete die behandelnde Psychiaterin über eine etwas gefestigtere therapeutische Beziehung, doch öffne sich die Beschwerdeführerin nur begrenzt.

4.2 Im Bericht über Arbeitsfähigkeit in Beruf und Haushalt vom 7. Dezember 2007 (Erhebung vom 2. August 2007) ging die Abklärungsperson davon aus, die Beschwerdeführerin sei als alleinerziehende Mutter auf ein 85%iges Einkommen angewiesen, und qualifizierte sie als zu 50 % unselbständig, zu 30 % selbständig erwerbstätig und zu 20 % als Hausfrau (Urk. 9/55/4). Gestützt auf die Abklärung vor Ort bemass sie die Einschränkung im Haushalt mit 3,2 %, hinsichtlich einer unselbständigen Erwerbstätigkeit mit 0 % und bezüglich der selbständigen Tätigkeit als Musiklehrerin mit 65 %, woraus sich ein Invaliditätsgrad von rund 23 % ergab.

 Die von der IV-Stelle angeordnete berufliche Abklärung durch die F.\_\_\_\_ (Mitteilung vom 16. April 2008, Urk. 9/63) war für die Dauer vom 5. Mai bis zum 31. Juli 2008 geplant (Urk. 9/62). Die Beschwerdeführerin habe bis zum 28. Mai 2008 regelmässig an der Abklärung teilgenommen, jedoch habe sie sich von Anfang an unter Druck gefühlt. Dennoch habe sie sich am Arbeitsplatz während vier Stunden sehr auf die Abklrungsaufgaben konzentriert. Sie habe auch souverän und intellektuell eher unterfordert gewirkt. Eine Verschlechterung ihres gesundheitlichen Zustandes sei nicht offenkundig gewesen. Nach der Konsultation bei Dr. E.\_\_\_\_ am 28. Mai 2008 habe sie die Abklärung abgebrochen und die Psychiaterin habe sie in das G.\_\_\_\_ überwiesen (Bericht der F.\_\_\_\_ vom 16. Juli 2008, Urk. 9/69). Die kurze Dauer ihres Aufenthaltes ermögliche keine genaueren Aussagen zu ihrer Person und ihrem Leistungsvermögen. Grundsätzlich könne ihr attestiert werden, dass sie es nach bestem Wissen und

Gewissen versucht habe, leider sei sie schnell an ihre Grenzen gestossen. Nach dem aktuellen Stand der Abklärung verfiere die Beschwerdeführerin über ein genau zu definierendes Leistungspotential, sei aber nicht in der Lage, mit der während der Abklärung entstandenen Belastungssituation umzugehen. Sie verfüge über recht gute PC-Kenntnisse und eine gewisse Fachkenntnis. Lassen sie teilweise durch logisches Denken schliessen, was aber nur bedingt funktioniere. In der aktuellen Verfassung scheine sie wegen der geringen Belastbarkeit wohl nicht in der Lage zu sein, einer regelmässigen Arbeit nachzugehen.

Die im Austrittsbericht des G. \_\_\_ vom 15. Juli 2008 (Urk. 9/72) gestellte psychiatrische Diagnose lautete auf eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.10) ohne somatisches Syndrom, bei akzentuierter Persönlichkeit und Borderline-Zügen bei rezidivierenden Kopfschmerzen (Wetter- und belastungsabhängig). Die Beschwerdeführerin habe sich als bewusstseinsklar, allseits orientiert, ohne Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen präsentiert. Im formalen Denken bestehe eine leichte Hemmung und Größenbeugung. Es lägen weder inhaltliche Denkstörungen noch Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen vor. Ihre Stimmung sei gedrückt, innerlich unruhig, leicht misstrauisch, und der Affekt sei wenig schwingungsfähig. Aktuell ergäben sich keine Hinweise auf eine akute Selbst- und Fremdgefährdung. Im Verlauf der Behandlung sei eine leichte Verbesserung des psychopathologischen Zustandsbildes erreicht worden (Urk. 9/72/3).

Am 10. November 2008 fand die psychiatrische Begutachtung durch pract. med. J. \_\_\_ (RAD) statt. Wie dem am gleichen Tag erstellten Untersuchungsbericht (Urk. 9/79) zu entnehmen ist, klagte die Beschwerdeführerin über eine stark erhöhte physische wie psychische Erschöpfbarkeit. Sie fühle sich sehr rasch überfordert, was sich durch Migräne und Unkonzentriertheit äussere. Zusätzlich komme es gehäuft zu Versprechern und selten zu Wortfindungsstörungen. Sobald verschiedene Sachen gleichzeitig ihre Aufmerksamkeit forderten, könne sie sich überhaupt nicht mehr konzentrieren. Diese Beschwerden beständen seit der Hirnoperation. Auch sei sie vermehrt ablenkbar. Beim Erledigen von administrativen Aufgaben, was früher praktisch ohne Nachdenken funktioniert habe, sei sie häufig am Limit. Zusätzlich sei es wiederholt zu Bewusstseinsverlusten und damit zusammenhängenden Stürzen gekommen. Die Akzeptanz ihrer Defizite falle ihr sehr schwer.

Die Beschreibung des psychopathologischen Befundes stimmt im Wesentlichen mit derjenigen des G. \_\_\_ überein (Urk. 9/79/4). Diagnostisch hielt demgegenüber der Begutachter lediglich einen Verdacht auf eine Teilleistungsstörung der kognitiven Hirnfunktionen (ICD-10: F07.9), differentialdiagnostisch neurasthenische Beschwerden (ICD-10: F48.0), fest, während er anlässlich seiner Untersuchung keine Anhaltspunkte für die in den Akten beschriebene chronifizierte depressive Symptomatik und für die Persönlichkeitsauffälligkeiten habe finden können. Für die differentialdiagnostisch erwähnte Neurasthenie spreche die erhöhte Erschöpfbarkeit zusammen mit der Reizbarkeit, den Schlafstörungen und den körperlichen Beschwerden. Die eindrücklich beschriebenen kognitiven Beschwerden seien indes für eine solche Diagnose atypisch. Da eine psychiatrische Diagnose für die beschriebene Symptomatik erst gestellt werden könne, wenn eine somatische Diagnose ausgeschlossen werden könne, postulierte pract. med. J. \_\_\_ eine aktuelle neuropsychologische Testung und eine ergänzende neurologische Untersuchung (Urk. 9/79/5).

Die neurologische Untersuchung vom 26. Februar 2009 ergab laut dem neurologischen Gutachten des C. \_\_\_ vom 26. März 2009 (Urk. 9/90 S. 1-10) einen unauffälligen Neurostatus. Die von pract. med. J. \_\_\_ aufgeworfene Frage nach dem Vorliegen eines Psychosyndroms nach einer Hirnverletzung könne zwar nicht mit Sicherheit beantwortet werden. Eine organische, insbesondere eine operationsbedingte Ursache erachtete der Neurologe aber als unwahrscheinlich. Unter Hinweis auf die anlässlich der neuropsychologischen Untersuchung vom 26. März 2009 erhobenen Befunde, die abgesehen von einer leichten Einschränkung des Abrufs von gelerntem verbalem Material keine relevanten Defizite ergeben hatte, insbesondere nicht in den Bereichen der Aufmerksamkeit und der Konzentration (neuropsychologisches Teilgutachten vom 26. März 2009, Urk. 9/90/11 f.), gelangten die Experten zum Schluss, dass die Ursache für die beschriebenen Defizite aus psychiatrischer Sicht eruiert werden müsse.

4.4 In seiner Stellungnahme vom 1. Juli 2009 (Urk. 9/91/10) notierte pract. med. J. \_\_\_, angesichts eines nicht nachweisbaren organischen Korrelats für die subjektiv von der Beschwerdeführerin empfundene Erschöpfbarkeit und die verminderte kognitive Leistungsfähigkeit und der nur diskreten objektivierbaren neuropsychologischen Auffälligkeiten könne diagnostisch am ehesten eine Neurasthenie (ICD-10: F48.0) als Ursache für die Beschwerden in Erwägungen gezogen werden. Versicherungsmedizinisch seien lediglich die anamnestisch erwähnten gelegentlichen Sturzereignisse relevant, weshalb Tätigkeiten in grosser Höhe wegen der Verletzungsgefahr auszuschliessen seien. Abgesehen davon bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in jeder Tätigkeit.

4.5 In ihrer auf den Vorbescheid vom 6. Juli 2009 (Urk. 9/93) hin eingereichten Eingabe vom 9. Juli 2009 (Urk. 9/97) setzte sich Dr. E. \_\_\_ mit dem Gutachten des RAD-Arztes und seiner ergänzenden Stellungnahme auseinander. Insbesondere kritisierte die behandelnde Psychiaterin, dass pract. med. J. \_\_\_ im Vorfeld der Untersuchung weder sie als behandelnde Psychiaterin noch die früheren Arbeitgeber der Beschwerdeführerin kontaktiert habe. Sodann habe er sich mit den auch vom G. \_\_\_ erhobenen akzentuierten Persönlichkeitszügen

nicht auseinander gesetzt. Anzeichen für das Vorhandensein solcher Störungen seien in ein- bis zweimaligen Gesprächen schwierig zu erfassen, insbesondere wenn die zu untersuchende Person wenig Krankheitseinsicht zeige, nur ausgewählt erzähle und nicht aus Fakten einen Überblick synthetisieren könne.

Aktuell sei eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode, mit somatischem Syndrom (ICD-10: F33.11) zu diagnostizieren (Urk. 9/97 S. 2-3). Dr. E. \_\_\_ begründete diesen Befund mit der entsprechenden Einstufung in der Hamilton Depressionsskala. Ferner diagnostizierte sie eine seit 2006 nie symptomfrei verlaufene kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F62, richtig wohl F61.0) mit Misstrauen, emotionaler Distanziertheit und daraus folgenden Schwierigkeiten beim Erlangen und Pflegen von Beziehungen, Mangel an emotionaler Steuerbarkeit, Rigidität im Denken und Handeln. Zusammengefasst zeige die Beschwerdeführerin einen chronifizierten chronischen Verlauf einer psychischen Störung ohne Remission. Sie weise ein rigides dysfunktionales Krankheitskonzept auf und zeige einen sozialen Rückzug. Sie habe sich bislang den verschiedenen Therapien, so wie es ihr mit der beschriebenen, deutlich herabgesetzten Therapiefähigkeit möglich

gewesen sei, bereitwillig unterzogen. Mit ihrem Gesundheitsschaden habe sie sich so gut wie möglich in die Arbeitswelt integriert und könne ihre Arbeitstätigkeit von 10-20 % knapp aufrecht erhalten.

## 5.1.1.1.1.1

5.1.1.1.1.1 Fest steht, dass die Beschwerdeführerin bis zum Zeitpunkt ihrer Gehirnoperation vom 3. Februar 2005 in der Lage gewesen war, aufgrund ihres 85%igen erwerblichen Einsatzes als Sachbearbeiterin und Musiklehrerin den Lebensunterhalt für sich und ihren Sohn als alleinerziehende Mutter sicherzustellen und den Haushalt zu führen. Nach der Operation nahm sie ihre Erwerbstätigkeit bei der B.\_\_\_\_ wieder auf, jedoch bloss noch im Rahmen einer 20%igen Leistung, weshalb sich ihre Arbeitgeberin zur Kündigung per 31. März 2006 veranlasst sah (Urk. 7/15/4). Danach vermochte sich die Beschwerdeführerin nicht mehr in den Arbeitsmarkt zu integrieren und auch ihre Tätigkeit als selbständigwerbende Musiklehrerin reduzierte sich auf wenige Unterrichtsstunden pro Woche (Urk. 9/55). Im Rahmen des Bezugs von Arbeitslosentgeldern (Urk. 9/22) war die Beschwerdeführerin in einem Integrationsprojekt mit einem 50%igen Pensum beschäftigt, das sie jedoch wegen Überlastung abbrach (Urk. 9/55, Urk. 9/71/2 f., Urk. 9/74/7). Auch die von der IV-Stelle auf das Gesuch der Beschwerdeführerin hin angeordnete berufliche Abklärung bei der F.\_\_\_\_ vom 5. Mai bis zum 31. Juli 2008 scheiterte nach wenigen Wochen und veranlasste Dr. E.\_\_\_\_, die Beschwerdeführerin zur stationären psychiatrischen Behandlung einzuweisen. Seitdem bescheinigt ihr die behandelnde Psychiaterin eine 80%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 9/74/7).

5.2.1.1.1.1 Nach der aktuellen Aktenlage besteht unter den involvierten Fachärzten eine Divergenz sowohl hinsichtlich der erhobenen Funktionsstörungen als auch im Hinblick auf einen psychischen Gesundheitsschaden.

5.2.1.1.1.1 Die Prüfung der kognitiven Funktionen im Rahmen einer neuropsychologischen Untersuchung im C.\_\_\_\_ vom 30. September 2005 (Urk. 9/11/7) ergab einen unauffälligen Mentalstatus. Lediglich bei einer Aufgabe zur Untersuchung der gerichteten Aufmerksamkeit habe sich eine Leistungseinbusse gezeigt, die jedoch nicht als Beeinträchtigung in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit gewertet wurde. Demgegenüber war der Neuropsychologin Dr. phil. H.\_\_\_\_, welche die Beschwerdeführerin über eine Zeitspanne vom 22. Mai 2006 bis zum 16. August 2007 untersucht und therapiert hatte, einerseits ein überdurchschnittliches Leistungsprofil aufgefallen, andererseits konstatierte sie neuropsychologische Funktionsstörungen, nämlich eine Verminderung der Konzentration und Aufmerksamkeit sowie der kognitiven Dauerbelastbarkeit mit entsprechender Zunahme der Fehlertendenz (Berichte vom 26. Mai 2006 [Urk. 9/74/20 ff.] und vom 16. August 2007 [Urk. 9/74/11 und 28]). Während im ersten Bericht vom 26. Mai 2006 erwähnt wurde, die Beschwerdeführerin könne die festgestellten leichten Funktionsstörungen weitgehend kompensieren, wurde im Bericht vom 16. August 2007 vermerkt, aus neuropsychologischer Sicht sei nun eine Tätigkeit zu therapeutischen Zwecken im realen Berufsumfeld zu empfehlen. Eine konkrete Feststellung über die Arbeitsfähigkeit enthalten diese Berichte jedoch nicht.

5.2.1.1.1.1 Die auf Veranlassung der IV-Stelle am 26. Februar 2009 durchgeführte neurologische Begutachtung und neuropsychologische Testung der Beschwerdeführerin in der Neurologischen Klinik des C.\_\_\_\_ ergab keine neurologischen

Diagnosen (Gutachten vom 26. März 2009, Urk. 9/90). Nach einer umfassenden Diskussion der von der Beschwerdeführerin geschilderten Beschwerden wie auch der von Dr. H.\_\_\_\_ erhobenen Befunde und unter Berücksichtigung des erfolgten Eingriffs sowie dessen Lokalisation kamen die Gutachter zum Schluss, dass sich die geschilderten Symptome mit Überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht durch eine neurologische Erkrankung erklären liessen. Dementsprechend wurde auch festgestellt, dass aus neurologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Das neurologische Gutachten entspricht den von der Rechtsprechung konkretisierten Anforderungen (BGE 125 V 352 E. 3a). Es ist für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend, berücksichtigt die medizinischen Vorakten ebenso wie die geklagten Beschwerden und setzt sich mit diesen differenziert auseinander. Die Beurteilung und die Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar begründet. Eine Auseinandersetzung mit abweichenden Meinungen ist erfolgt. Daher kann in neurologischer Hinsicht auf dieses Gutachten abgestellt werden.

5.3 Ä Ä Ä Ä Was die psychiatrischen Beurteilungen anbetrifft, ist vorab festzustellen, dass auf das von der IV-Stelle veranlasste Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_ vom 6. September 2006 bereits aufgrund des Zeitablaufs nicht mehr abgestellt werden kann. Weiter ist zu bemerken, dass Dr. D.\_\_\_\_ angab, die behandelnde Psychiaterin habe ihm anlässlich der Begutachtung einen Arztbericht als Ergänzung zukommen lassen (vgl. Urk. 9/28/3), dieser Bericht sich jedoch nicht bei den Akten befindet. Gemäss der Zusammenfassung von Dr. D.\_\_\_\_ wurde darin festgehalten, dass die Beschwerdeführerin ab dem 24. August 2006 wegen zunehmender Erschöpfung und massiver Schlafstörungen zu 100 % arbeitsunfähig sei. Daneben liege erneut das Vollbild einer mittelschweren depressiven Störung vor. Weiter werde fragend aufgeworfen, ob bei der Beschwerdeführerin zusätzlich eine psychische Mangelentwicklung, eine somatoforme Störung oder eine Störung der Persönlichkeitsentwicklung vorliege.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. D.\_\_\_\_ diskutierte weder die Abweichung in den gestellten Diagnosen noch die unterschiedliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit. Ebenso wenig nahm er die von der behandelnden Psychiaterin aufgeworfenen Fragen auf und ergründete sie allenfalls durch spezifische Explorationen. Schliesslich ist festzuhalten, dass er die Verdachtsdiagnose einer Neurasthenie stellte, sich in der Folge dazu jedoch nicht mehr äusserte. Auch aus diesen Gründen kann nicht auf das Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_ abgestellt werden. Damit kann offen bleiben, ob die Untersuchung respektive das Setting überhaupt regelgerecht erfolgt ist.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dem Untersuchungsbericht des RAD-Arztes pract. med. J.\_\_\_\_ vom 12. Dezember 2008 (Urk. 9/79, Untersuchung vom 10. November 2008) ist zu entnehmen, dass er das Vorliegen einer depressiven Störung verneinte. Ebenfalls eher unwahrscheinlich sei die Verdachtsdiagnose einer Neurasthenie (ICD-10: F48.0). Zur Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht wurde nicht abschliessend Stellung bezogen, da zuerst eine somatische Diagnose ausgeschlossen werden müsse. Nach dem Eintreffen des neurologischen Gutachtens nahm pract. med. J.\_\_\_\_ nochmals intern Stellung (Urk. 9/91/9 f.). Er berichtete, diagnostisch könne bei nicht nachzuweisendem organischem Korrelat für die von der Beschwerdeführerin subjektiv empfundene Erschöpfbarkeit und die verminderte kognitive Leistungsfähigkeit am ehesten eine Neurasthenie als Ursache für

die Beschwerden in Erwägung gezogen werden. Versicherungsmedizinisch könne auf dem Hintergrund einer Neurasthenie (ohne relevante Komorbidität) eine Verminderung der Arbeitsfähigkeit nicht nachvollzogen werden und die geschilderten Beschwerden könnten willentlich angegangen werden.

Der Bericht wie auch die spätere Stellungnahme lassen eine vertiefte und differenzierte Auseinandersetzung mit den von der behandelnden Psychiaterin (Urk. 9/16, 9/38, 9/39 und 9/74/20 ff. und 11) wie auch vom G.\_\_\_\_ (Urk. 9/72) erhobenen Befunden vermissen. Insbesondere wurde nicht nachvollziehbar begründet, weshalb die seit dem Jahr 2005 diagnostizierte depressive Symptomatik sowie die verdachtsweise geäusserten Persönlichkeitsstörungen ausgeschlossen wurden. Mit dem wiederholten Scheitern von Arbeitsversuchen und insbesondere dem abgebrochenen Abklrungsversuch bei der F.\_\_\_\_ setzte sich der RAD-Arzt überhaupt nicht auseinander. Auch überging er das Postulat der neurologischen Begutachtung, dass weitere psychiatrische Abklärungen angezeigt seien (Urk. 9/90/8). Darüber hinaus fehlt eine Erörterung vorhandener Ressourcen der Beschwerdeführerin, die eine Überwindbarkeit der Neurasthenie (zur Anwendung der Rechtsprechung bezüglich somatoformer Schmerzstörung beim Vorliegen einer Neurasthenie vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_111/2010 vom 22. Juni 2010, E. 4.1) aufzuzeigen vermöchten, ist den Akten doch immerhin ein mehrjähriger chronifizierter Verlauf zu entnehmen (vgl. BGE 130 V 352 E. 2.2.4). Schliesslich äusserte sich der RAD-Arzt auch mit keinem Wort zum zeitlichen Verlauf. Nachdem die Anmeldung der Beschwerdeführerin auf das Jahr 2005 zurückgeht, wäre auch die Entwicklung des Krankheitsverlaufs im gesamten Zeitraum mit allfälligen früheren Arbeitsunfähigkeiten zu ermitteln gewesen.

Damit aber vermag der Bericht des RAD-Arztes den beweisrechtlichen Anforderungen an einen Arztbericht gleich in mehrfacher Hinsicht nicht zu genügen (BGE 134 V 231 E. 5.1).

Bei solch divergierenden Beurteilungen bezüglich Diagnosen und Arbeitsfähigkeit wie auch bei der gegebenen Aktenlage wäre die IV-Stelle verpflichtet gewesen, eine umfassende psychiatrische Begutachtung der Beschwerdeführerin durchzuführen. Indem sie darauf verzichtete und statt dessen lediglich auf den - wie festgestellt - unvollständigen Untersuchungsbericht des RAD-Vertreters pract. med. J.\_\_\_\_ abstellte, hat sie den medizinischen Sachverhalt nicht vollständig ermittelt.

In derartig gelagerten Fllen, bei welchen sich nicht beweisrechtlich gleicher-massen valide Gutachten mit unterschiedlichen Schlussfolgerungen gegenüberstehen, ist nach wie vor eine Rückweisung an die Verwaltung angezeigt (BGE 137 V 210 E. 4.4). Dies, zumal hier noch gar kein psychiatrisches Gutachten erstellt worden ist und die IV-Stelle mithin die Abklärungspflicht verletzt hat.

Damit ist festzustellen, dass der medizinische Sachverhalt ungenügend erhoben wurde und die Sache folglich an die IV-Stelle zurückzuweisen ist, damit sie ein verlässliches und umfassendes psychiatrisches Gutachten zur Feststellung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin erstellen lasse.

Abweichend von Art. 61 lit. a ATSG ist das Beschwerdeverfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Gericht kostenpflichtig. Die Gerichtskosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr.

1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Die Kosten sind auf Fr. 800.-- anzusetzen und entsprechend dem Verfahrensausgang der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Parteientschädigung. Die Rechtsvertreterin machte für die Streitsache mit Kostennote vom 21. Juni 2010 einen Gesamtaufwand von 9 Stunden 20 Minuten und Barauslagen von Fr. 62.03 geltend (Urk. 25). Daraus resultiert eine Entschädigung von Fr. 2'075.20 (9,333 Stunden x Fr. 200.-- zuzüglich Barauslagen von Fr. 62.03 zuzüglich Mehrwertsteuer von 7,6 %). Der geltend gemachte Aufwand ist angesichts der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses (§ 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht) der Sache angemessen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 19. Oktober 2009 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu verfährt.

2. 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. 2'075.20 (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Lotti Sigg Bonazzi
- 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.