

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00086 vom 20. Januar 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-01-20, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2010.00086](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2010.00086)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00086 du 20 janvier 2012

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00086 del 20 gennaio 2012

## Erwägungen

### E. 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 Übergangsrechtliche 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 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b, je mit Hinweisen). Die angefochtene Verfügung ist am 29. Dezember 2009 ergangen, wobei ein Sachverhalt zu beurteilen ist, der vor dem Inkrafttreten der revidierten Bestimmungen der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 begonnen hat. Daher und aufgrund dessen, dass der Rechtsstreit eine Dauerleistung betrifft, über welche noch nicht rechtskräftig verfügt wurde, ist entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln für die Zeit bis 31. Dezember 2007 auf die damals geltenden Bestimmungen und ab diesem Zeitpunkt auf die neuen Normen der 5. IV-Revision abzustellen (vgl. zur 4. IV-Revision: BGE 130 V 445 ff.; Urteil des Bundesgerichts I 28/04 vom 7. Juni 2006 E. 1). Dies fällt materiellrechtlich jedoch nicht ins Gewicht, weil die 5. IV-Revision hinsichtlich der Invaliditätsbemessung keine substantiellen Änderungen gegenüber der bis 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Rechtslage gebracht hat, so dass die zur altrechtlichen Regelung ergangene Rechtsprechung weiterhin massgebend ist (Urteil des Bundesgerichts 8C\_76/2009 vom 19. Mai 2009 E. 2). Im Folgenden werden die massgeblichen Gesetzesbestimmungen - soweit nichts anderes vermerkt ist - in der seit dem 1. Januar 2008 geltenden Fassung zitiert.

1.2 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).

in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung).

1.3 Die seit dem 1. Januar 2004 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).

1.4 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

1.5 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 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 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.).

1.6 Jede psychogene Störung, ob einfache oder neurotische Form, kann im Einzelfall Krankheitswert haben, weshalb jeder Einzelfall sorgfältig geprüft werden muss. Notwendig sind in jedem Fall ein ausführlicher ärztlicher Bericht oder ein entsprechendes fachärztliches Gutachten sowie die Abklärung der erwerblichen Umstände (AHI 1997 S. 43 E. 5c). Dabei müssen psychiatrische Berichte in der Regel auf einer persönlichen Untersuchung beruhen (RKUV 2001 Nr. U 438 S. 345, Urteile des

Bundesgerichts 9C\_602/2007 vom 11. April 2008 E. 5.3 und I 169/06 vom 8. August 2006 E. 4.4 mit Hinweisen). Für die verlässliche Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes und seiner Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sind in der Regel psychiatrische Fachärzte beizuziehen (BGE 130 V 352 E. 2.2.3, Urteil des Bundesgerichts 8C\_989/2010 vom 16. Februar 2011 E. 4.4.2 mit Hinweisen).

## E. 2

2.1.1 Im D.\_\_\_\_-Gutachten vom 17. September 2009 (Urk. 7/61) wurden gar keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden ein chronisches zervikales Schmerzsyndrom (ICD-10: R52.1) mit zephaler und intermittierend brachialer Komponente beidseits, bei Status nach Autounfall (Heckkollision) mit Halswirbelsäule (nachfolgend HWS-Distorsionstrauma am 13. Februar 2005 bzw. nach Autounfall (Heck-, gefolgt von Frontalkollision) mit HWS-Distorsionstrauma am 21. September 2001 (ICD-10: S13.6), eine Migräne ohne Aura (ICD-10: G43.0), eine leichte depressive Episode (ICD-10: F32.0) und eine Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10: F54) diagnostiziert (Urk. 7/61 S. 21 Ziff. 5).

Bei der Versicherten bestehe somit eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit für die zuletzt ausgeübte und für andere körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten. Lediglich körperlich schwere Arbeiten seien ihr bleibend nicht mehr zumutbar. Die gemischte Methode komme nicht zur Anwendung. Medizinische Massnahmen würden der Erhaltung des Gesundheitszustandes dienen und berufliche Massnahmen seien nicht zu empfehlen. Die Prognose bezüglich beruflicher Wiedereingliederung sei ungünstig (Urk. 7/61 S. 24 Ziff. 6.9).

2.2.1 Dagegen macht die Beschwerdeführerin in ihrer Eingabe vom 23. September 2010 geltend (Urk. 14), aus den Berichten des E.\_\_\_\_ vom 30. März 2010 (Urk. 10) und 13. Juli 2010 (Urk. 15/1-2), in welchem sie zwischen dem 29. März und dem 11. Juni 2010 für 8 Wochen in der tagesklinischen Behandlung gewesen sei, ergäben sich folgende Diagnosen, welche auch nach dem genannten Aufenthalt zu einer 80-100%igen Arbeitsunfähigkeit führen würden: eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4), Migräne (ICD-10: G43), ein Status nach HWS-Distorsion infolge von zwei Unfällen am 21. September 2001 und am 13. Dezember 2005, Grad II (ICD-10: S13.4) mit/bei posttraumatischem zerviko-enzephalen Syndrom bei peripher-zentraler vestibulärer Funktionsstörung rechts, Hyperreaktivität des vestibulo-oculären Reflexes, visuo-vestibulärer Integrationsstörung, zerviko-proprio-nociceptiver Funktionsstörung bei Verdacht auf multisegmentale Läsionen der zervikalen Facettengelenke (Diagnose von Dr. F.\_\_\_\_ vom 31. Dezember 2002 [Urk. 7/17 S. 7]), sowie ein chronisches zervikales Schmerzsyndrom (ICD-10: R52.1) mit zephaler und intermittierend brachialer Komponente beidseits (Diagnose des D.\_\_\_\_ vom 17. September 2009 [Urk. 7/61 S. 21 Ziff. 5.2/1]).

2.3.1 Strittig und zu präzisieren ist somit, ob beziehungsweise in welchem Umfang die Beschwerdeführerin arbeitsunfähig und daraus folgend erwerbsunfähig ist.

## E. 3.1

3.1.1.1 Sowohl im Einwand gegen den Vorbescheid (Urk. 7/65) als auch in der Beschwerde (Urk. 1) macht die Versicherte hauptsächlich geltend, es könne deshalb nicht auf das D.\_\_\_\_-Gutachten abgestellt werden, weil sich dieses überhaupt nicht bzw.

nicht vertieft genug mit ihrer Schwindelproblematik auseinandersetze. Aufgrund verschiedener Schwindelattacken sei eine Untersuchung bei Dr. F. \_\_\_ erfolgt, welcher in seinem Bericht vom 30. Dezember 2002 (Urk. 7/17 S. 7) die Diagnose u.a. einer peripheren-zentralen vestibulären Funktionsstörung rechtsbetont, einer Hyperreaktivität des vestibulo-oculären Reflexes sowie einer visuo-vestibulären Integrationsstörung gestellt (Urk. 1 S. 3 Ziff. 4 Abs. 2) und die Schwindelbeschwerden objektiviert habe (Urk. 7/65 S. 1 am Ende). Es wird insbesondere geltend gemacht, dass die Schwindelattacken nicht weiter diskutiert und auch nicht abgeklärt worden seien, obwohl dies technisch möglich wäre, was sich aus den Richtlinien der SUVA zur Abklärung derartiger Beschwerden ergebe (Urk. 7/65 S. 2 und Urk. 1 S. 4 Ziff. 6).

3.1.2.2. Gegen die von der Versicherten vorgebrachten Argumente macht die IV-Stelle im Wesentlichen geltend, sämtliche Beschwerden der Versicherten seien im D. \_\_\_-Gutachten erhoben und untersucht worden, weshalb sie als umfassend abgeklärt erachtet werden könnten (Urk. 7/66 S. 5 und Urk. 2 S. 2). Ausserdem seien keine neuen medizinischen Tatsachen vorgebracht worden (Urk. 2 S. 2).

Im Feststellungsblatt für den Beschluss (Urk. 7/66) weist PD Dr. med. univ. G. \_\_\_, Facharzt für Neurologie und Zertifizierter Medizinischer Gutachter SIM, vom Regionalärztlichen Dienst, darauf hin, dass der Bericht von Dr. F. \_\_\_ (Urk. 7/17) auf S. 5 des D. \_\_\_-Gutachtens (Urk. 7/61) aufgearbeitet sei und die Beschwerden der Versicherten - darunter auch die Schwindelbeschwerden - auf S. 16 umfassend erhoben und unter anderem neurologisch und psychiatrisch untersucht worden seien (Urk. 7/66 S. 5 und Urk. 2 S. 2).

Den Argumenten der IV-Stelle kann nicht gefolgt werden. Zwar wurde der Bericht von Dr. F. \_\_\_ (Urk. 7/17) auf S. 5 des D. \_\_\_-Gutachtens (Urk. 7/61) im Rahmen des etwa drei Seiten langen Verzeichnisses der vorhandenen Akten aufgelistet. Es fand allerdings keine Auseinandersetzung mit den darin untersuchten Beschwerden statt.

Auch auf Seite 16 des D. \_\_\_-Gutachtens, worauf PD Dr. G. \_\_\_ verweist, wird lediglich erwähnt, nach dem Unfall vom 21. September 2001 sei die Versicherte selber noch weitergefahren, habe aber ein komisches Gefühl gehabt, etwas später seien dann auch Nacken- und Kopfschmerzen sowie ein Schwindel aufgetreten. Dann sei sie einmal auf der Strasse vor Schwindel umgefallen, was zu einer Verstärkung der vorbestehenden Beschwerden geführt habe, worauf sie dann auch 100 % arbeitsunfähig geschrieben worden sei (richtig wohl arbeitsunfähig, vgl. Urk. 7/8 S. 8 und 7/13 S. 2, wonach sie aufgrund eines am 24. Juli 2002 erlittenen Sturzes ab dem 25. Juli 2002 bis auf Weiteres zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben wurde). Ausserdem ist im Gutachten, Seite 16, davon die Rede, dass sie im Dezember 2005 einen zweiten Unfall erlitten habe und ihr sofort schwindlig gewesen sei, sie habe auch keine Kraft mehr im ganzen Körper gehabt, nicht mehr aufstehen können. Durch diesen Unfall hätten sich ihre vorbestehenden Beschwerden noch verdoppelt.

Auf Seite 17 des Gutachtens wird im zweiten Absatz im Zusammenhang mit der Schwindelproblematik von einer offensichtlich nicht vertieften Abklärung berichtet, die nicht vergleichbar ist mit derjenigen, welche von Dr. F. \_\_\_ gemäss Bericht vom 30. Dezember 2002 (Urk. 7/17) durchgeführt worden ist. Dr. F. \_\_\_ führte im Rahmen seiner audio-neurootologischen Untersuchung unter anderem

eine Audiometrie, eine klinische Vestibularisprüfung, eine Elektronystagmographie und eine computerisierte dynamische Posturographie durch. Dies lässt auf eine deutlich intensivere Erhebung als im Rahmen der Begutachtung durch das D.\_\_\_\_ schließen.

3.1.4.1 Eine genügende, zu einem schlüssigen Ergebnis führende Untersuchung wäre jedoch angezeigt gewesen, zumal auch in folgenden Berichten von dieser Problematik die Rede ist:

- Austrittsbericht der H.\_\_\_\_ vom 10. März 2003 (Urk. 7/19, S. 13-18), bei welcher die Versicherte vom 14. Januar bis zum 11. Februar 2003 an einem spezifischen 4-wöchigen, ganzheitlich orientierten, interdisziplinären I.\_\_\_\_-Behandlungsprogramm für Patienten mit Status nach HWS-Trauma teilnahm (Urk. 7/19 S. 16, wo festgehalten wird, dass ein Schwindel, vor allem Drehschwindel häufig aufträte);

- Arztbericht von Dr. Z.\_\_\_\_ vom 23. Februar 2006 (Urk. 7/44 S. 7-8), wonach infolge des am 13. Dezember 2005 erlittenen Auffahrunfalls, was in einem Bericht vom Notfall des J.\_\_\_\_ bestätigt worden sei, starke Nacken- und Kopfschmerzen sowie Schwindel aufgetreten seien (Urk. 7/44 S. 7) bzw. zusätzlich zu den vorbestehenden Beschwerden jetzt ein starker Schwindel aufgetreten sei (Urk. 7/44 S. 8);

- Arztbericht von Dr. Z.\_\_\_\_ vom 16. Januar 2007 (Urk. 7/44 S. 9), wonach Schwindelbeschwerden bei Reklination und bei Kopfschmerzen auftraten;

- Arztbericht von Dr. A.\_\_\_\_ vom 13. Januar 2009 (Urk. 7/50), wonach die Beschwerdeführerin, obwohl seit dem Unfall schon viel Zeit vergangen [sei, ...] Schwindelgefühle habe [und der] Zustand sich chronifiziert, einen invalidisierenden Verlauf genommen [habe] (Urk. 7/50 S. 4 Ziff. 4.5 am Ende);

- Arztbericht des E.\_\_\_\_ vom 30. März 2010 (Urk. 10), wonach sie bereits seit dem ersten Unfall am 21. September 2001 unter Schwindel leide und infolge des zweiten Unfalls am 13. Dezember 2005 eine Verstärkung des Schwindels erfolgt sei (Urk. 10 S. 3). Die gleichen Beschwerden werden auch im Arztbericht des E.\_\_\_\_ vom 13. Juli 2010 erwähnt (Urk. 15/1 S. 1).

3.1.5.1 Aus den erwähnten Berichten geht hervor, dass die Beschwerdeführerin über einen langen Zeitraum bis heute unter Schwindelbeschwerden gelitten hat. Im Zusammenhang mit den weiteren, vorhandenen Gesundheitsbeeinträchtigungen kam es unter anderem zur Kündigung ihres Arbeitsverhältnisses trotz erfolgtem Wiedereingliederungsversuch (Urk. 7/16), zum Abbruch der beim K.\_\_\_\_ erfolgten Berufsabklärung (Urk. 7/30 S. 2) und zum Ausbleiben der erwarteten Verbesserung bei den Behandlungen in der H.\_\_\_\_ (Urk. 7/19 S. 17 Abs. 3) und im E.\_\_\_\_ (Urk. 15/1 S. 5 am Ende).

Die eingehende Untersuchung der Schwindelproblematik erscheint somit als notwendig.

3.2.1

3.2.1.1 Die Beschwerdeführerin macht ausserdem geltend, es seien im D.\_\_\_\_-Gutachten (Urk. 7/61) die kognitiven Einschränkungen nicht näher abgehandelt, welche in der neuropsychologischen Testung an der H.\_\_\_\_ vom 10. Februar 2003 (Urk. 7/19 S. 13-18) und im Rahmen der beruflichen Abklärung am K.\_\_\_\_, die vom 3. bis zum 28. Mai 2004 stattfand (Urk. 7/30), festgestellt worden und aktenkundig seien (Urk. 1 S. 3

Ziff. 4 Abs. 3 und Ziff. 5, Urk. 9 S. 1 Abs. 2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zudem werde der Beschwerdeführerin im D.\_\_\_\_-Gutachten eine Krankheitsüberzeugung unterstellt, welche sie überwinden könne. Im Bericht des E.\_\_\_\_ vom 13. Juli 2010 (Urk. 15/1-2, S. 5 Ziff. 14) werde dies allerdings klar verneint. Es werde ausserdem vergessen, dass die Beschwerdeführerin unmittelbar nach dem Unfallereignis versucht habe, wieder am Arbeitsplatz tätig zu sein, an welchem sie vor dem Unfall stets klaglos und über Jahre hinweg zur vollen Zufriedenheit ihrer Arbeitgeberin tätig gewesen sei. Da sie sowohl im Rahmen des erfolgten Arbeitsversuchs am angestammten Arbeitsplatz als auch später im Rahmen der Abklärung des K.\_\_\_\_ trotz kooperativer Haltung das geforderte Pensum nicht mehr habe erbringen können, hätten die Gutachter die Leistungsfähigkeit hinsichtlich des Konzentrationsvermögens weiter abklären müssen (Urk. 1 S. 3-4 Ziff. 5). Ausserdem sei eine Fremdanamnese für eine objektive Beurteilung unabdingbar (Urk. 9 S. 1 Abs. 2). Da solche Abklärungen nicht getroffen worden seien, liege zweifellos ein schwerwiegender Mangel vor, der zur Rückweisung der Sache führen müsse (Urk. 1 S. 4 Ziff. 5 am Ende).

3.2.2 Ä Ä Auch diesbezüglich ist der Auffassung der Beschwerdeführerin zuzustimmen. Von schweren kognitiven Einschränkungen ist insbesondere im Bericht des E.\_\_\_\_ vom 30. März 2010 die Rede. Aufgrund einer neuropsychologischen Untersuchung wurde dort festgestellt, dass die Versicherte bei komplexen Mehrfachreizen überfordert sei, die Reaktionszeit deutlich unter dem Durchschnitt liege und Aufmerksamkeit, Konzentration sowie Langzeitgedächtnis deutlich eingeschränkt seien (Urk. 10 S. 3 Ziff. 9).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ein ähnlicher Befund findet sich auch im späteren Bericht des E.\_\_\_\_ vom 13. Juli 2010, in welchem erwähnt wird, dass die Beschwerdeführerin in kognitiver Hinsicht in Aufmerksamkeit, Konzentration, Merkfähigkeit und Gedächtnis verlangsamt bzw. deutlich eingeschränkt sei und eine deutliche Vergesslichkeit aufweise (Urk. 15/1 S. 3 letzter Absatz).

3.2.3 Ä Ä Obwohl die erwähnten Berichte des E.\_\_\_\_ einige Monate nach der angefochtenen Verfügung vom 29. Dezember 2009 verfasst wurden, lassen sich daraus Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin in den früheren Jahren ziehen. Da die darin erwähnten Beschwerden bereits im Rahmen des Aufenthaltes in der H.\_\_\_\_ (Urk. 7/19 S. 13-18) sowie der beruflichen Abklärung am K.\_\_\_\_ (Urk. 7/30) festgestellt und auch von Dr. A.\_\_\_\_ diagnostiziert wurden (Urk. 7/50), erscheint es als nötig, hierzu eine ergänzende neurologisch/neuropsychologische, eventuell neurootologische Begutachtung, bei welcher die Schwindelproblematik und die kognitiven Einschränkungen samt Konzentrationsstörungen zu untersuchen sind, einzuholen.

#### **E. 4**

4.1 Ä Ä Ä Ä Weiter macht die Beschwerdeführerin geltend, es falle auf, dass die psychiatrische Diagnose einer leichten depressiven Episode ausschliesslich vor dem Hintergrund einer einmaligen Befragung gestellt worden sei, welche nicht mehr als 40 Minuten gedauert habe, was für eine sorgfältige Abklärung ungenügend sei (Urk. 1 S. 4 Ziff. 7 am Anfang und Urk. 9 S. 1 Abs. 2). Angesichts des langwierigen Verlaufs und der schon seit Jahren anhaltenden fachpsychiatrischen Betreuung könne nicht von einer

depressiven Episode die Rede sein. Da sich das Zustandsbild nicht gebessert habe, wÄre die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Erkrankung, welche sich als chronisches Zustandsbild eingeschlichen habe, richtiger gewesen. Da im D.\_\_\_-Gutachten (Urk. 7/61 S. 16 Ziff. 4.1.8 am Anfang) von der Notwendigkeit der WeiterfÄhrung einer antidepressiven Therapie die Rede sei, gehe auch Dr. C.\_\_\_ von einem chronischen Verlauf aus (Urk. 1 S. 4-5 Ziff. 7).

4.2Ä Ä Ä Ä Im Bericht des E.\_\_\_ vom 30. MÄrz 2010 wird erwÄhnt, die Depression der Versicherten sei Äpsychometrisch bestÄtigt schwer (HAMD=27)Ä. Weiter ist die Rede davon, dass Äunter Einbezug aller Informationen heute eine mittelgradige depressive EpisodeÄ bestehe (Urk. 10 S. 3). Es wird somit eine Ähnliche Diagnose gestellt wie im Arztbericht von Dr. A.\_\_\_ vom 13. Januar 2009, wonach bei der Versicherten eine Ämittelgradige depressive StÄrung (ICD-10 F32.11) auf dem Boden einer selbstunsicheren PersÄnlichkeit (ICD-10 F60.6)Ä vorliege. Diese Aussagen stehen im Widerspruch zur Diagnose des D.\_\_\_, wonach die Versicherte lediglich an einer leichten depressiven Episode (ICD-10 F32.0) leide.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Obwohl der erwÄhnte Bericht des E.\_\_\_ einige Wochen nach der angefochtenen VerfÄgung vom 29. Dezember 2009 verfasst wurde, lassen sich auch hier RÄckschlÄsse auf den Gesundheitszustand der BeschwerdefÄhrerin in den frÄheren Monaten schliessen. Die vorliegenden Abweichungen zwischen der Diagnose des D.\_\_\_ und denjenigen des die Versicherte seit 2003 behandelnden Dr. A.\_\_\_ sowie des E.\_\_\_, in welchem sie sich wÄhrend etwa 8 Wochen in Behandlung befand, lassen eine neue psychiatrische Untersuchung der Versicherten zur KlÄrung der widersprÄchlichen Angaben als notwendig erscheinen, welche sinnvollerweise im Zusammenhang mit der anzuordnenden neurologischen/neuropsychologischen respektive neurootologischen Begutachtung zu erfolgen hat.

5.Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zusammenfassend ist die Sache somit an die IV-Stelle zur Veranlassung einer ergÄnzenden neurologischen/neuropsychologischen respektive neurootologischen und psychiatrischen Begutachtung zurÄckzuweisen, deren Ergebnisse in zweckmÄssiger Art und Weise unter BerÄcksichtigung des D.\_\_\_-Gutachtens zu wÄrdigen sind. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die hier angeordnete RÄckweisung steht im Einklang mit der neuesten Rechtsprechung des Bundesgerichts (BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4), wonach es dem kantonalen Gericht unbenommen bleibt, eine Sache zurÄckzuweisen, wenn lediglich eine Klarstellung, PrÄzisierung oder ErgÄnzung von gutachtlichen AusfÄhrungen erforderlich ist.

6.Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhÄngig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis 1'000.-- festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Aufgrund der KomplexitÄt des Falles erscheint eine GerichtsgebÄhr in der HÄhe von Fr. 1'000.-- als angemessen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens ist sie der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

7.Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nach stÄndiger Rechtsprechung gilt die RÄckweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren AbklÄrung und neuen VerfÄgung als vollstÄndiges Obsiegen (vgl. Urteil des Bundesgerichts U 199/02 vom 10. Februar 2004 E. 6 mit Hinweis auf BGE

110 V 57 E. 3a; SVR 1999 IV Nr. 10 S. 28 E. 3), weshalb die vertretene Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Prozessentschädigung zu Lasten der IV-Stelle hat. Mit Eingabe vom 23. Mai 2011 machte Rechtsanwalt Michael Ausfeld einen Aufwand von 7.25 Stunden sowie Barauslagen von Fr. 51.50 geltend, was angemessen scheint (Urk. 21). Entsprechend ist die Prozessentschädigung auf Fr. 1'621.60 (inkl. Barauslagen und MWSt) festzusetzen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 29. Dezember 2009 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter ergänzender Abklärung, über den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin neu verfährt.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- 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. 1'621.60 (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Michael Ausfeld
- 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.