

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.01025 vom 29. August 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-08-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.01025

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.01025 du 29 août 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.01025 del 29 agosto 2012

Erwägungen

E. 2

2.1. Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene Verfügung damit, dass der Beschwerdeführerin gemäss der Beurteilung im eingeholten Z.____-Gutachten die Ausübung ihrer zuletzt ausgeübten selbstständigen Tätigkeit seit April 2007 zu 80 % und eine behinderungsangepasste Tätigkeit zumutbar sei (Urk. 2).

2.2. Demgegenüber lässt die Beschwerdeführerin im Wesentlichen geltend machen, dass nicht auf das Z.____-Gutachten abgestellt werden könne. Stattdessen sei auf das Gutachten der Dres. A.____ und B.____ abzustellen, gemäss welchem eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit von 50 % bestehe und die Unüberwindbarkeit der Schmerzproblematik zu bejahen sei ("Foerster-Kriterien mehrheitlich erfüllt"; Urk. 15 S. 4 Ziff. 33 f. am Ende, Ziff. 34).

E. 3.1

3.1.1. In medizinischer Hinsicht stützte sich die Beschwerdegegnerin bei ihrer Annahme, dass der Beschwerdeführerin eine behinderungsangepasste Tätigkeit voll zumutbar sei, auf das polydisziplinäre Z.____-Gutachten vom 3. März 2011 (Urk. 7/38).

In der auf medizinischen Vorakten sowie auf eigenen allgemeinmedizinischen/internistischen (Dr. med. C.____, Fachärztin für Innere Medizin und Rheumatologie), rheumatologischen (Dr. med. D.____, Facharzt für Rheumatologie), neurologischen (Dr. med. E.____, Facharzt für Neurologie) und psychiatrischen Untersuchungen (Dr. med. F.____, Facharzt für Psychiatrie) beruhenden Expertise wurde als 'Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit' eine Neurasthenie (ICD-10 F48.0) angegeben (Urk. 7/38/29 Ziff. 5.1) und wurden folgende 'Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit' festgehalten (Urk. 7/38/29 Ziff. 5.2):

- chronisches zervikozephalales und brachiales Schmerzsyndrom links bei Status nach Autounfall mit HWS-Beschleunigungsverletzung vom 29. Januar 2007
- leichte degenerative HWS-Veränderungen C5/C6
- Genua vara
- Spreizfüsse
- leichte Knick-Senkfüsse
- Tinnitus links
- Verdacht auf Hypertonie

In ihrer 'zusammenfassenden Beurteilung' hielten die Z.____-Gutachter fest, im rheumatologischen und neurologischen Fachbereich wÄ¼rden sich nur sehr bescheidene Befunde objektivieren lassen, welche die geklagten "multipelsten" Beschwerden der BeschwerdefÄ¼hrerin nicht erklÄ¼ren kÄ¼nnten. In Bezug auf das chronische zervikozepale und brachiale Schmerzsyndrom seien lediglich leichte degenerative HWS-VerÄ¼nderungen auf HÄ¼he C5/C6 zu objektivieren. Es bestehe eine psychische beziehungsweise psychosomatische Fehlverarbeitung nach dem erlittenen Verkehrsunfall. Auch im internistischen Bereich wÄ¼rden sich keine fÄ¼r die ArbeitsfÄ¼higkeit relevanten somatischen Befunde erheben lassen, lediglich ein Verdacht auf eine arterielle Hypertonie habe gestellt werden kÄ¼nnen. Die bescheidenen statischen Probleme der unteren ExtremitÄ¼ten seien fÄ¼r die ArbeitsfÄ¼higkeit ebenfalls irrelevant. Die somatische Symptomatik umfasse Nacken- und Schulterschmerzen sowie Schmerzen im linken Arm bis in die Fingerspitzen, ein KÄ¼ltegefÄ¼hl, wechselnde GefÄ¼hle einer AnÄ¼sthesie in den Fingern sowie von ParÄ¼sthesien, Schmerzausstrahlung in die rechte Schulter, einen Tinnitus und Missempfindungen in den Beinen, eine BerÄ¼hrungsempfindlichkeit an der Kopfhaut und Kopfschmerzen, Kiefer- und Zahnschmerzen mit DruckgefÄ¼hlen, SchlafstÄ¼rungen, eine ausgeprÄ¼gte WetterfÄ¼higkeit seit dem Unfall, KonzentrationsstÄ¼rungen und eine chronische MÄ¼digkeit sowie kÄ¼rperliche und geistige ErschÄ¼pfung schon bei geringen Anstrengungen. Diese ausgeprÄ¼gte, vielfÄ¼ltige Symptomatik lasse sich - nicht nur aufgrund des Fehlens einer somatischen ErklÄ¼rung, sondern auch aufgrund der charakteristischen Zusammensetzung und Wechselhaftigkeit der geklagten Symptome - mit Sicherheit als ein psychosomatisches Geschehen im Sinne einer Neurasthenie diagnostizieren. Die BeschwerdefÄ¼hrerin sei auf psychischer Ebene wÄ¼hrend den Untersuchungen im Z.____ auffÄ¼llig gewesen; sie sei angespannt, nervÄ¼s und motorisch unruhig gewesen und habe sich teilweise bizarr Verhalten. So sei sie im Affekt sehr labil und hÄ¼ufig inadÄ¼quat und der formale Gedankengang sei sehr logorrhöisch und weitschweifig gewesen. Die geklagten kognitiven StÄ¼rungen hÄ¼tten in der klinischen Untersuchung keine BestÄ¼tigung gefunden. Die psychischen Symptome seien im Rahmen der ausserordentlichen Stresssituation zu verstehen, in der sich die BeschwerdefÄ¼hrerin in Folge der Begutachtung gefÄ¼hlt habe. Denkbar sei aber auch eine tiefer liegende Psychopathologie; hier sei insofern ein Vorbehalt zu machen, als dass die kÄ¼nftige Entwicklung zeigen werde, in welche Richtung diese gehen kÄ¼nnte. Aus psychiatrischer Sicht sei darauf hinzuweisen, dass eine deutliche Diskrepanz zwischen der von der BeschwerdefÄ¼hrerin jahrelang ausgeÄ¼bten, psychologisch anspruchsvollen TÄ¼tigkeit und der im Z.____ gezeigten Psychopathologie bestehe. Dabei sei auch eine gewisse histrionische Komponente feststellbar, wobei keine bewusste Aggravation anzunehmen sei, sondern vielmehr eine ausserordentliche Stresssituation der BeschwerdefÄ¼hrerin.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In Bezug auf die 'ArbeitsfÄ¼higkeit in der zuletzt ausgeÄ¼bten TÄ¼tigkeit' erklÄ¼rten die Z.____-Gutachter (Urk. 7/38/31-32 Ziff. 6.3), es wÄ¼rden in den Vorakten Angaben Ä¼ber die effektive Arbeit der BeschwerdefÄ¼hrerin fehlen, aber auch die entsprechende Exploration im Z.____ sei wenig ergiebig gewesen. Die BeschwerdefÄ¼hrerin habe angegeben, bis zum Unfall vollschichtig und erfolgreich gearbeitet zu haben. Rein somatisch-medizinisch wÄ¼rde es keinen objektivierbaren Grund geben, weshalb dies nach dem Unfall nicht weiterhin hÄ¼tte mÄ¼glich sein sollen. Falls eine vorbestehende PersÄ¼nlichkeitsstÄ¼rung fÄ¼r die aktuelle komplexe Symptomatik verantwortlich sein sollte, so habe die BeschwerdefÄ¼hrerin mit dieser

Störung immer vollschichtig gearbeitet. Möglicherweise habe der Unfall zu einer Dekompensation beziehungsweise zu einer Fehlverarbeitung oder "Kausalisierungsmöglichkeit" für zuvor latent vorhandene Probleme dienen können. Über den genauen inneren Mechanismus dieses Prozesses könne jedoch keine Aussage gemacht werden, da die Beschwerdeführerin ihre Probleme ausschliesslich auf somatischer und nicht auf psychischer Ebene sehe. Der vorhandenen psychosomatischen und psychischen Symptomatik mit der Neurasthenie sei aktuell ein gewisser Krankheitswert zuzubilligen, welcher mit 20 % zu bemessen sei. In Bezug auf die 'Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit' erklärten die Gutachter (Urk. 7/38/32 Ziff. 6.4), somatisch würde keine Einschränkung für irgendeine Tätigkeit bestehen, ausgenommen für körperliche Schwerarbeit. Dabei könne bezüglich psychosomatischer beziehungsweise psychischer Problematik kein spezifisches Belastungsprofil genannt werden, für das eine höhere Arbeitsfähigkeit zu erwarten wäre, weshalb auch bei einer leidensangepassten Tätigkeit von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen sei.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In Bezug auf die Überwindbarkeit der Neurasthenie wurde ausgeführt (vgl. Urk. 7/38/34 Ziff. 9.1 und 9.2), dass keine relevante somatische Komorbidität vorliege; psychisch finde sich eine gewisse agitierte Depressivität und affektive Labilität, welche bei der Diagnose 'Neurasthenie' mitberücksichtigt sei. Rein medizinisch könne die Beschwerdeführerin ihre Beschwerden überwinden. Sodann erklärten die Z.____-Gutachter, eine retrograde Beurteilung sei immer schwierig, doch würde es sich vorliegend um einen leichten Unfall handeln, dessen durchschnittliche Konsequenzen rein somatisch wahrscheinlich nach einem Vierteljahr abgeheilt gewesen seien. Ab diesem Zeitpunkt habe die Unfall-Fehlverarbeitung beziehungsweise die neurasthene Symptomatik das Krankheitsbild geprägt (Urk. 7/38/35 Ziff. 9.4).

3.1.2 Ä Ä In dem von der Beschwerdeführerin eingereichten Gutachten der Dres. A.____ und B.____ wurden aus neurologischer Sicht keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt und die vom neurologischen Z.____-Teilgutachter beschriebenen Befunde bestätigt (vgl. Konsensbesprechung; Urk. 16/3 S. 25). Dagegen wurden aus psychiatrischer Sicht folgende Diagnosen festgehalten (siehe auch Urk. 16/3 S. 20 Ziff. 5):

- rezidivierende, zwischen leicht- bis mittelgradig schwankende, ängstlich gefärbte depressive Episoden ("ICD-10 F33.0-1")
- anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)
- Persönlichkeitsstörung vom narzisstischen, zur Somatisierung neigenden Typ (ICD-10 F61.0)

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der Psychiater Dr. B.____ gab an, anlässlich seiner Untersuchung habe die Beschwerdeführerin vorwiegend ihr ideales Selbstbild dargestellt und weniger über ihre eigentlichen Beschwerden und Einschränkungen berichtet. In seiner Beurteilung hielt Dr. B.____ unter anderem fest (Urk. 16/3 S. 23), die narzisstische Persönlichkeitsstörung der Beschwerdeführerin werde dadurch gekennzeichnet, dass sie in ihren Angaben vage sei, immer auf die Selbstdarstellung all ihrer Möglichkeiten zurückerkomme und "konfliktive" Gefühle und Selbstreflexion kaum zulasse. Die narzisstische Persönlichkeitsstörung der Beschwerdeführerin liege in ihren frühen Bindungen begründet, über die der Referent wenig berichten könne, da die Beschwerdeführerin ihre Kindheit und Jugend idealisiere. Die Beschwerdeführerin sei aufgrund der narzisstischen Persönlichkeitsproblematik hinsichtlich ihrer psychischen

Ressourcen in ihrer Anpassungsfähigkeit auf negative Lebensereignisse beeinträchtigt. Die reduzierten psychischen Ressourcen hätten die Entwicklung der affektiven Störung und der Schmerzproblematik begünstigt. In Bezug auf die psychiatrische Beurteilung im Z. ___-Gutachten hielt der Psychiater fest (Urk. 16/3 S. 25), er komme zum Schluss, dass eine narzisstische Persönlichkeitsproblematik vorliege. In Bezug auf die Diagnose der Neurasthenie erklärte Dr. B. ___ zudem, die Depression stelle vorliegend "die dominante" Störung dar, weshalb auf die Diagnose der Neurasthenie verzichtet werden müsse (Urk. 16/3 S. 22 Absatz 2 am Ende). Weiter führte der Psychiater aus, dass die leicht bis mittelgradige depressive Episode pharmakologisch nicht behandelt werde; das Erzwingen einer pharmakologischen Behandlung im Rahmen der Schadenminderungspflicht sei bei der Beschwerdeführerin aufgrund ihrer Persönlichkeitsstörung aber nicht sinnvoll, da mit erheblichen Nebenwirkungen gerechnet werden müsse. Insgesamt sei von einer (psychisch bedingten) 50%igen Beeinträchtigung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit auszugehen (in der bisherigen oder einer angepassten Tätigkeit; vgl. Urk. 16/3 S. 24). Dabei sei die derzeitige berufliche Integration der Beschwerdeführerin als selbständige Beraterin gut; die Eingliederung der Beschwerdeführerin in ein Team, nachdem diese 14 Jahre selbständig gearbeitet habe, was zur Stabilisierung ihres Selbstwertgefühls beigetragen habe, sei mit einem grossen Fragezeichen zu versehen. Kränkungen hätten bei der Beschwerdeführerin im Rahmen der narzisstischen Persönlichkeitsstörung eine enorm destabilisierende Wirkung, weshalb davon abzusehen sei, die Beschwerdeführerin anderweitig einzugliedern.

E. 3.2

3.2.1 In Bezug auf die gestellten Diagnosen und die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin liegen divergierende medizinische Gutachten vor. Indes ist vor allem das Z. ___-Gutachten, auf welches sich die Beschwerdegegnerin abstützt, umfassend und nachvollziehbar. Die Z. ___-Expertise berücksichtigt die geklagten Beschwerden, wurde in Kenntnis der medizinischen (Vor-)Akten erstattet und beruht auf Untersuchungen in den für die Beurteilung der gesundheitlichen Situation der Beschwerdeführerin wesentlichen medizinischen Fachgebieten der Rheumatologie, Neurologie und Psychiatrie. Entgegen der Beschwerdeführerin, welche bemängelte, ihre Präsenz- und Konzentrationsdefizite (vgl. Urk. 7/38/30 Ziff. 3.6) seien bei der Z. ___-Begutachtung nicht durch einen Mediziner mit der notwendigen Fachkompetenz abgeklärt worden (vgl. Urk. 1 S. 5 Ziff. 19) beziehungsweise nicht durch einen Neuropsychologen (vgl. Urk. 1 S. 4 Ziff. 17), ist festzustellen, dass sich sowohl der neurologische (im Gespräch keine neurokognitiven Defizite [vgl. Urk. 7/38/20 am Anfang und Ziff. 4.3.3; siehe auch Urk. 7/38/22 Abs. 2]) als auch der psychiatrische Z. ___-Teilgutachter, der erklärte, die Klage über rasche geistige Erschöpfbarkeit gehöre zur Diagnose der Neurasthenie (vgl. psychiatrische Beurteilung in Urk. 7/38/27 Ziff. 4.4.5), mit diesen Beschwerden auseinandersetzen. Weshalb vorliegend nur ein Neuropsychologe und nicht auch ein Facharzt für Neurologie oder Psychiatrie die neuropsychologischen Beschwerden der Beschwerdeführerin beurteilen können soll, ist nicht nachvollziehbar, bilden doch neuropsychologische Defizite Gegenstand sowohl der Neurologie als auch der Psychiatrie.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Soweit die Beschwerdeführerin sodann eine ungenügende Sachverhaltsabklärung durch den psychiatrischen Z. ___-Gutachter Dr. F. ___ geltend machen lässt, da dieser den Verdacht auf einen psychosenahen Prozess beziehungsweise

eine tiefer liegende Psychopathologie geäußert, jedoch auf entsprechende weitere Abklärungen verzichtet habe (Urk. 1 S. 5 Ziff. 20), ist darauf hinzuweisen, dass bei ärztlichen Beurteilungen üblicherweise differentialdiagnostische Überlegungen angestellt werden, diese analysiert aber wie im vorliegenden Fall begründet verworfen wurden (vgl. auch entsprechende Stellungnahme von RAD-Arzt Dr. G. ____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 24. Juni 2011, Feststellungsblatt vom 16. August 2011 [Urk. 7/50/2]). Der Gutachter Dr. F. ____ ging vorliegend davon aus, dass die Beschwerdeführerin sich anlässlich der Begutachtung im Z. ____ in einem psychischen Ausnahmezustand befunden habe und unter normalen Bedingungen, insbesondere in Berücksichtigung der über Jahre ausgeübten beruflichen Tätigkeit, geordneter sei (Urk. 7/38/28), was angesichts der Aktenlage einleuchtet.

Das Z. ____-Gutachten ist somit umfassend und schlüssig und wird - wie die nachstehenden Erwägungen zeigen - auch nicht durch das mit Replik eingereichte Gutachten der Dres. A. ____ und B. ____ vom 6. Februar 2012 in Frage gestellt.

3.2.2 Insbesondere die durch Dr. B. ____ gestellte Diagnose einer Persönlichkeitsstörung - welche die Grundlage für die Entwicklung der vorliegenden affektiven Problematik und der Schmerzstörung sei - leuchtet insoweit nicht ohne weiteres ein, als sich eine solche Störung dadurch auszeichnet, dass sie in der Kindheit oder Jugend auftritt und bis ins Erwachsenenalter andauert (im Unterschied zu Persönlichkeitsänderungen, welche im Erwachsenenalter, zum Beispiel als Folge schwerer oder anhaltender Belastungen, erworben werden; Dilling/Mombour/Schmidt [Hrsg.], von der Weltgesundheitsorganisation [WHO] herausgegebene Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 5. Aufl., Bern 2005, S. 225). Den Ausführungen des Psychiaters Dr. B. ____ ist aber lediglich zu entnehmen, dass die psychische Problematik seit dem Heckauffahrunfall vom 29. Januar 2007 Auswirkungen auf die Arbeitssituation habe (vgl. Urk. 16/3 S. 23 Abs. 2). Anhaltspunkte, die auf eine bereits in der Kindheit oder Adoleszenz aufgetretene Störung hindeuten, fehlen, jedenfalls hat die Beschwerdeführerin mit einer etwaigen Störung "immer vollschichtig gearbeitet" (Urk. 7/38/32) beziehungsweise sie "hielt sich bis zum Heckauffahrunfall sowohl körperlich wie geistig-psychisch in bester Verfassung" (vgl. Urk. 16/3 S. 21 Abs. 2).

Zudem ist in Bezug auf die durch Dr. B. ____ diagnostizierten rezidivierenden leicht- bis mittelgradigen, ängstlich gefärbten depressiven Episoden, welche vorliegend dominieren würden (weshalb die Diagnose der Neurasthenie nicht gerechtfertigt sei; vgl. Urk. 16/3 S. 22 Abs. 2 am Ende) festzustellen, dass die behandelnden Ärzte ihrerseits keine depressive Erkrankung festgestellt haben (siehe Urk. 16/3 S. 1-3; vgl. etwa Berichte von Dr. med. H. ____, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, vom 20. Juli 2007 [Urk. 7/7/14-15], vom 23. Januar 2008 [Urk. 7/7/1-6] und vom 16. April 2008 [Urk. 7/9], Bericht von Dr. Y. ____ vom 7. Mai 2007 [Urk. 7/7/16-18], Bericht von Dr. med. I. ____, Facharzt FMH für Anästhesie Intensivmedizin, vom 25. April 2008 [Urk. 7/10/1-3], Berichte von Dr. med. J. ____, FMH Allgemeine Medizin, vom 1. Februar 2010 [Urk. 7/25/5-6] und vom 21. Oktober 2010 [Urk. 7/30/5]). Zwar kommt den Ausführungen einer medizinischen Fachperson hinsichtlich ihres Spezialgebietes im Allgemeinen höheres Gewicht zu als den Einschätzungen nicht (entsprechend) spezialisierter Ärzte. Dies bedeutet indessen nicht, dass letztere unbeachtlich sind. Die Befunde und Diagnosen der behandelnden Ärzte, welche keine Hinweise auf eine

depressive Störung enthalten, können als weiteres Indiz dafür gewertet werden, dass auf die überzeugende und nachvollziehbar begründete Einschätzung im Z.____-Gutachten, gemäss welchem eine Neurasthenie besteht - bei welcher keine eigentliche depressive Erkrankung vorliegt (vgl. Internationale Klassifikation psychischer Störungen, a.a.O. S. 194) - abgestellt werden kann.

3.3.3.3 Demzufolge ist auf das zuverlässige Z.____-Gutachten abzustellen, welches alle von der Rechtsprechung aufgestellten Anforderungen an eine beweistaugliche und beweiskräftige medizinische Grundlage erfüllt (BGE 125 V 352 E. 3a). Es steht damit fest, dass sowohl in der angestammten wie in einer leidensangepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 80 % gegeben ist. Angesichts dessen erbringt sich die Frage, ob die psychische Überwindbarkeit gegeben ist.

E. 4

4.1.1.1 Bei der Invaliditätsbemessung kommt der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG (bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 2 IVG) in Verbindung mit Art. 16 ATSG grundsätzlich Vorrang zu. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie indes nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen. Wird eine Schätzung vorgenommen, so muss diese nicht unbedingt in einer ziffernmässigen Festlegung von Annäherungswerten bestehen. Vielmehr kann auch eine Gegenüberstellung blosser Prozentzahlen genügen. Das ohne eine Invalidität erzielbare hypothetische Erwerbseinkommen ist alsdann mit 100 % zu bewerten, während das Invalideneinkommen auf einen entsprechend kleineren Prozentsatz veranschlagt wird, so dass sich aus der Prozentdifferenz der Invaliditätsgrad ergibt. Diese Berechnungsweise ist insbesondere anwendbar, wenn die konkreten Verhältnisse so liegen, dass die Differenz zwischen Validen- und Invalideneinkommen die für den Umfang des Rentenanspruchs massgebenden Grenzwerte von 70, 60, 50 und 40 % (Art. 28 Abs. 2 IVG) eindeutig über- oder unterschreitet (sogenannter Prozentvergleich; BGE 114 V 310 E. 3a S. 313; Urteil des Bundesgerichts 8C_131/2011 vom 5. Juli 2011 E. 10.2.1 mit Hinweis).

4.2.1.1 Der Beschwerdeführerin ist die angestammte Tätigkeit im Umfang von 80 % weiterhin zumutbar. Da die Erwerbseinkommen der Beschwerdeführerin als Selbständigerwerbende nicht genau ermittelt werden können (vgl. zu dieser Problematik Urk. 2 S. 2, 7/6/1) - Einkommensschwankungen sind solchen Tätigkeiten immanent -, rechtfertigt es sich, für die Invaliditätsbemessung einen Prozentvergleich vorzunehmen. Der Invaliditätsgrad entspricht daher dem Grad der Arbeitsunfähigkeit (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C_130/2007 vom 30. Oktober 2007 E. 3.2 mit Hinweisen) und damit vorliegend 20 %, was eindeutig unter dem rentenbegründenden Mindestwert von 40 % liegt.

5.1.1.1 Nach Art. 45 Abs. 1 ATSG übernimmt der Versicherungsträger die Kosten der Abklärung unter anderem, wenn die Abklärungsmassnahmen für die Beurteilung des Anspruchs des Versicherten unerlässlich waren. Vorliegend war der medizinische Sachverhalt aufgrund des Z.____-Gutachtens bereits genügend geklärt, weshalb kein Anspruch der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 15 S. 2) auf Vergütung der Kosten des Gutachtens der Dres. A.____ und B.____ besteht.

E. 6

6.1 Zusammenfassend für dies zur Abweisung der Beschwerde.

6.2 Die in Anwendung von Art. 69 Abs. 1 bis IVG auszufällende Gerichtskostenpauschale ist auf Fr. 800.-- festzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdeführerin aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

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

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Sebastian Lorentz
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

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

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

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

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