

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00542 vom 29. Oktober 2014

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-10-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2013.00542

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00542 du 29 octobre 2014

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00542 del 29 ottobre 2014

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1963, war nach ihrer Einreise in der Schweiz als Betriebsmitarbeiterin, angelernte Fotolaborantin und zuletzt bis am 20.

September 2008 teilzeitlich als Verkäuferin tätig (Urk.

6/1). Am 13. Januar 2007 verursachte die Versicherte als Personenwagenlenkerin einen Selbstunfall (Urk.

6/47/25-36). Anschliessend klagte sie über Konzentrationsstörungen und Vergesslichkeit, weshalb am 20. Februar 2007 ein CT des Schädels durchgeführt wurde (Urk. 6/47/37). Am 26.

November 2009 meldete sie sich bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung wegen Depressionen, Burnout und verringerter Belastungsfähigkeit zum Leistungsbezug an (Urk.

6/3), wobei sie am 6.

Januar 2010 präzisierte, dass sie Massnahmen für die berufliche Eingliederung beantragte (Urk.

6/10). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, nahm erwerbliche und medizinische Abklärungen vor (Urk.

6/8, Urk.

6/12, Urk.

6/13, Urk.

6/32-34, Urk.

6/57/5-7). Nach erfolglos durchgeführten Arbeitsvermittlungsbemühungen (Urk.

6/37) teilte die IV-Stelle der Versicherten am 12. Januar 2011 mit, dass die Arbeitsvermittlung abgeschlossen werde, da es seit dem 14.

April 2010 nicht gelungen sei, sie innert angemessener Zeit in den Arbeitsmarkt zu integrieren. Zudem benötige es gemäss der Interinstitutionellen Zusammenarbeit (IIZ) Koordination Y.____

weitere medizinische Abklärungen und sei eine Arbeitsvermittlung in den ersten Arbeitsmarkt nicht angezeigt (Urk.

6/36). Seit dem 6.

Oktober 2010 ist die Versicherte dreimal wöchentlich vier Stunden in einem Beschäftigungsprogramm bei der Z.____ GmbH tätig (Urk.

6/37/7, Urk.

6/60).

Im Rahmen der medizinischen Abklärungen beauftragte die IV-Stelle die Psychiatrische Klinik A.____ (A.____) mit einem psychiatrischen Gutachten, welches am 16.

Juni 2011 erstattet wurde (Urk.

6/47) und anschliessend die MEDASO.____ mit einem polydisziplinären Gutachten, welches am 12.

Dezember 2012 erstattet wurde (Urk.

6/56). Mit Vorbescheid vom 19.

Februar 2013 wurde der Versicherten mitgeteilt, dass die IV-Stelle von einer Arbeitsfähigkeit von 100 % ausgehe, wes halb kein Rentenanspruch bestehe (Urk.

6/58). Die Versicherte liess dagegen am 14.

März 2013 Einwand erheben (Urk.

6/61) und diesen innert erstreckter Frist am 26.

März 2013 begründen (Urk.

6/64). Mit Verfügung vom 10.

Mai 2013 entschied die IV-Stelle im Sinne ihres Vorbescheids (Urk.

2).

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art.

8 Abs.

1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]). 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.

E. 1.2

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv

bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

E. 1.3

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

E. 1.4

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 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.). 2.

E. 2

Hiergegen liess die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Hans Stünzi, am 10.

Juni 2013 beim Sozialversicherungsgericht Beschwerde erheben und die Rückweisung der Sache beantragen. Eventuell sei ihr ab 1. Dezember 2010 eine ganze Rente zuzusprechen (Urk.

1). Die IV-Stelle beantragte am 13.

August 2013 die Abweisung der Beschwerde (Urk.

5). Mit Verfügung vom 26.

August 2013 wurde ein zweiter Schriftenwechsel angeordnet, am 18.

September 2013 erfolgte die Replik und die IV-Stelle teilte am 24.

Oktober 2013 mit, auf eine Duplik zu verzichten (Urk.

7, Urk.

9, Urk.

12).

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die IV-Stelle führte in der angefochtenen Verfügung vom 10.

Mai 2013 aus, dass das medizinische Gutachten der A.____
vom 16.

Juni 2011 aus versicherungsmmedizinischer Sicht nicht plausibel nachvollziehbar sei. Im polydisziplinären Gutachten vom 12. Dezember 2012 seien die Schlussfolgerungen ausführlich begründet und nachvollziehbar. Es habe keine schulmedizinische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden können und bei der Versicherten bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Im MEDAS-Gutachten sei nur verdachtsweise eine mittelgradige Depression für möglich gehalten worden, wobei dieser Diagnose das Merkmal der Dauerhaftigkeit fehle, weshalb sie auch bei Bestehen nicht invalidenversicherungsrechtlich relevant wäre. Auch einer lediglich als Verdacht diagnostizierten dissoziativen Störung gehe die invalidenversicherungsrechtliche Relevanz ab, da sie typischerweise zu den nicht invalidisierenden Störungen ohne objektivierbares Korrelat gezählt werde. Daher werde im Gutachten der MEDAS O.____ von einer fehlenden medizinisch-theoretisch ausgewiesenen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausgegangen und erweise sich eine

stationäre psychiatrische Abklärung somit als entbehrlich (Urk.

2).

E. 2.2

Die Versicherte liess in der Beschwerde vom 10.

Juni 2013 beantragen, die Angelegenheit sei an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Wenn die Gutachter der MEDAS O.____

selbst ausführten, eine stationäre Abklärung in einer psychiatrischen Klinik sei notwendig, um die Arbeitsfähigkeit einzuschätzen, dann habe der Versicherungsträger diese Abklärung von Amtes wegen vorzunehmen. Die Zumutbarkeit einer stationären Abklärung in einer psychiatrischen Klinik werde ausdrücklich anerkannt und sie werde an einer solchen mitwirken. Eventualiter liess sie die Zusprechung einer ganzen Rente basierend auf dem Gutachten der A.____

beantragen (Urk. 1).

Weiter liess die Beschwerdeführerin in der Replik vom 18.

September 2013 ausführen, die IV-Stelle habe es unterlassen, nachvollziehbar zu begründen, weshalb das Gutachten der A.____

nicht plausibel nachvollziehbar sein solle, und sie lese das Gutachten der MEDAS O.____ nur selektiv (Urk.

9). 3. 3.1

Der behandelnde Psychiater Dr. med. B.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erhob

im Bericht vom 18.

Januar 2010 die Diagnose einer längeren depressiven Reaktion (ICD-10 F43.21). Er hielt fest, die Versicherte klagt über Müdigkeit, Traurigkeit, Schlafstörungen, andauernde Zahnschmerzen für welche kein Grund gefunden werde, Hoffnungslosigkeit und Antriebslosigkeit. Es seien eine depressive Verstimmung mit Energielosigkeit, Adynamie, Tagesmüdigkeit, Schlafstörungen, Gedankenkreisen um ihre Unfähigkeit, das Leben zu meistern, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen sowie ein starker sozialer Rückzug festzustellen. Antidepressiva habe die Versicherte schon in kleinen Dosen nicht vertragen und die Medikamente hätten auch nicht geholfen. Zu tiefgründigen Gesprächen sei die Versicherte aus kulturellen und sprachlichen Gründen nicht in der Lage. Zur Arbeitsfähigkeit hielt Dr. B.____

fest, es brauche dringend Wiedereingliederungsmassnahmen, um die Versicherte wieder schrittweise ins Arbeitsleben zu integrieren. Die Depression sei bessungsfähig, so dass längerfristig wieder mit einer 100%igen Arbeitsfähigkeit gerechnet werden könne (Urk. 6/12).

Im Verlaufsbericht vom 8.

März 2011 gab Dr. B.____ die geänderte Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F33.01) sowie den Verdacht auf eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61.0) an. Er führte aus, die Störungen seien seit dem Jahr 2008 in mittlerem Ausmass vorhanden und seit Januar 2010 unverändert. Die Versicherte besuche seit Oktober 2010 an drei Tagen in der Woche je vier Stunden ein Arbeitsintegrationsprogramm, habe dort jedoch offenbar ihre Arbeitsleistung nicht wesentlich steigern können. Die Prognose sei seiner Ansicht nach im Prinzip gut und er habe keine Erklärung dafür, weshalb das Arbeitsintegrationsprogramm keine Erfolge erziele (Urk.

6/38). 3.2

Das von der IV-Stelle in Auftrag gegebene psychiatrische Gutachten der A.____ datiert vom 16.

Juni 2011 (Urk. 6/47/1). Da es allerdings Untersuchungsergebnisse bis und mit dem MRI des Schädels vom 8. September 2011 berücksichtigt hat, muss es nach diesem Datum abgeschlossen worden sein (Urk. 6/47/2, Urk. 6/47/38-39).

Zunächst wurden

der Krankheitsverlauf, die geklagten Beschwerden, die soziale Situation, die persönliche Anamnese, die Systemanamnese und Fremdanamnesen bei behandelnden Ärzten, einer früheren Arbeitgeberin und dem Arbeitsintegrationsprogramm erhoben (Urk. 6/47/7-14, Urk.

6/47/16-18). Es wurde festgehalten, Dr. B.____ habe am 9.

August 2011 telefonisch insbesondere ausgeführt, ein Behandlungsversuch mit Cipralext über vier Monate und ein Versuch mit Yarsin über längere Zeit hätten keine Verbesserung gebracht. Die übrigen Antidepressiva habe die Versicherte alle wegen Nebenwirkungen (erbrechen, doppelt sehen, unwohl

fühlen) absetzen müssen (Urk.

6/47/17). Es wurde die Diagnose einer anderen psychischen Störung auf Grund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit / organisch emotional labile (asthenische) Störung (ICD-10 F06.6) gestellt. Zudem wurde ein Status nach einem Autounfall vom 13.

Januar 2007 erwähnt sowie ausgeführt, dass sich im MRI des Schädels vom 7.

September 2011 mikroangiopathische Veränderungen im Marklager und juxtakortikal bilateral fronto-parietal gefunden hätten. Die Versicherte nehme keine Medikamente ein (Urk. 6/47/18-19) und gemäss ihren Äusserungen stünden als Symptome die Konzentrationsschwierigkeiten, die Vergesslichkeit, die bedrückte Stimmung, das Morgentief, die Ein- und Durchschlafstörungen, die Kopfschmerzen, der starke soziale Rückzug sowie die Zukunftsängste im Vordergrund. Diese Symptome sowie ein frontaler Druckkopfschmerz mit Beteiligung der Augen, ein unspezifischer Schwindel mit Gleichgewichtsstörungen sowie Nackenverspannungen seien nach dem Autounfall vom 13.

Januar 2007 aufgetreten. Anlässlich der psychopathologischen Untersuchung hatten sich eine örtlich unscharfe

Orientierung, eine schwere Merkfähigkeitsstörung, eine mittelgradige Gedächtnisstörung sowie eine Konzentrationsstörung gezeigt (Urk. 6/47/19). Die Testergebnisse der neuropsychologischen Untersuchung konnten gemäss den Gutachtern nicht verwertet werden, da der Eindruck entstand sei, dass die Versicherte eine Tendenz zur Aggravation zeige

(Urk.

6/47/20). Die Gutachter gingen davon aus, dass

die im MRI dargestellten Läsionen mangels anderer Ursachen mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Folge des Autounfalles vom 13. Januar 2007 und hauptverantwortlich für die kognitiven und emotionalen Defizite seien (Urk.

6/47/20). Zur Arbeitsfähigkeit wurde festgehalten, es bestehe seit dem 13. Januar 2007 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für die bisherige Tätigkeit und allgemein für den ersten Arbeitsmarkt. Im geschützten Bereich habe aber über die ganze Zeitdauer eine Arbeitsfähigkeit von 40

% bestanden. Die Aufgaben im Haushalt sollte die Versicherte trotz ihrer psychischen Beschwerden wahrnehmen können (Urk.

6/47/20-23). Schliesslich wurde noch darauf hingewiesen, im MRI des Schädels sei ein kleines Aneurysma festgestellt worden und zum Ausschluss weiterer Aneurysmen sowie zur besseren Charakterisierung dieses Aneurysmas werde eine konventionelle Angiographie empfohlen (Urk.

6/47/24). 3.3

Dr. med. C.____ , Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) hielt in der Stellungnahme vom 14.

November 2011 fest, sie habe den Fall mit ihrem Kollegen, dem RAD- Arzt

Dr. med. D.____ , Facharzt für Neurologie, diskutiert und das A.____ - Gutachten sei aus medizinischer Sicht nicht plausibel nachvollziehbar. Es werde eine weitere neurologische, psychiatrische und neuropsychologische Abklärung empfohlen (Urk.

6/57/6). Daraufhin gab die IV-Stelle ein solches polydisziplinäres Gutachten bei der MEDAS O.____ in Auftrag (Urk. 6/49) . 3.4

Für das von der IV-Stelle in Auftrag gegebene polydisziplinäre Gutachten der MEDAS O.____ vom 12.

Dezember 2012 wurde die Versicherte neu neuropsychologisch, psychiatrisch, neurologisch und allgemeininternistisch abgeklärt (Urk. 6/55) . Es wurden die Krankheitsgeschichte und die Unterlagen über den beruflichen Werdegang und die psychosoziale Situation berücksichtigt, insbesondere das Gutachten der A.____ (Urk. 6/56/2-12). Die Gutachter erhoben die Familienanamnese, die Sozial- und Berufsanamnese, die persönliche Anamnese, die geklagten Beschwerden und die systematische Anamnese , wobei dies durch die Schwerbesinnlichkeit der Versicherten und ihre Schwierigkeiten, auf eine Frage eine präzise Antwort zu geben, deutlich erschwert worden sei . Es wurde festgehalten, als Medikament nehme die Versicherte Aspirin ein, wobei die Dosierung unklar sei und sie dieses Medikament sicherlich nicht täglich einnehme (Urk.

6/56/13-17 , Urk. 6/56/19-23). Als Hauptbefund wurde in der zusammenfassenden Beurteilung, welche auf einer Schlussbesprechung aller beteiligten Fachleute, nach einem vorgängig im Zirkulationsverfahren erarbeiteten Konsensfindungsprozess, beruhte, eine deutliche mentale Antriebslosigkeit und , als damit im Zusammenhang stehend , eine Art Schwerbesinnlichkeit sowie eine spürbare Müdigkeit geschildert (Urk.

6/56/23) . Als deren Ursache habe die Versicherte ihre schwere Müdigkeit im ganzen Körper , und somit auch im Kopf mit negativen Auswirkungen auf ihre Konzentrationsfähigkeit , benannt. Die für das Verständnis der Person in der Gegenwart wichtigen Themen wie Kindheit, Jugendzeit, ungewollte Schwangerschaft als Studentin, das Verschwinden des Kindsvaters, die Unmöglichkeit das Studium abzuschliessen, die Kriegsaspekte, die Migration, die Beziehung zum Exmann und der Leidensverlauf nach dem Unfall im Jahr 2007 seien weitgehend in einer Art Nebel verborgen geblieben (Urk.

6/56/23) . Neurologischerseits seien die geklagte Adynamie und Schlaflosigkeit nicht zu erklären. Insbesondere sei es wenig wahrscheinlich, dass die Adynamie im Zusammenhang mit den im MRI nachgewiesenen unspezifischen, möglicherweise mikroangiopathischen zerebralen Läsionen stehe . Und diese Läsionen wiederum seien überwiegend wahrscheinlich nicht Folgen des Auto unfalls im Januar 2007. Diesbezüglich sei die gegenteilige Einschätzung im A.____ -Gutachten nicht nachvollziehbar (Urk. 6/56/24) . Anlässlich der neuropsychologischen Testung habe die Versicherte ähnlich wie bei der letzten Testung vor einem Jahr in der A.____

wiederum weitgehend massiv verminderte Leistungen erbracht, wobei die Befunde wiederum nicht nachvollziehbar gewesen seien und sich gezeigt habe, dass die Anstrengungsbereitschaft nicht gegeben gewesen sei. Zudem habe die Versicherte im Gesprächsverhalten plötzlich dynamisch gewirkt, habe schnell gesprochen, nicht mehr

antriebsgemindert gewirkt und Antwort geben können (Urk. 6/56/24-25) . Von Seiten der Psychiatrie her habe aufgrund der erschwerten Anamnese, der widersprüchlichen Angaben und der Auffälligkeiten in den zwei neuropsychologischen Tests nur Vermutungen bezüglich einer allfälligen Psychopathologie angestellt werden können. An sich liege aufgrund des aktuellen Psychostatus eine Depression mittelgradigen Ausmasses vor, doch aufgrund der verschiedenen Beobachtungen sei diese Diagnose nicht mit dem Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit plausibel

(Urk.

6/56/25) . Gemäss dem psychiatrischen Gutachter seien Zweifel angezeigt, da die Versicherte in Untersuchungssituationen, in welchen sie keine Defizite habe zeigen müssen oder sollen, affektiv deutlich unauffälliger gewesen sei . Zwar sei sie während der psychiatrischen Untersuchung in gedrückter Grundstimmung geblieben, doch auch hier habe das Auftreten nicht vollkommen schlüssig gewirkt, wobei der Wechsel zwischen ernst und jugendlich irritierend gewirkt habe (Urk.

6/56/37). Eine organisch - depressive Störung wäre wahrscheinlich gewesen, wenn die zerebralen Läsionen aktuell neurologischerseits nicht so stark abgeschwächt bewertet worden wären. Für das Vorhandensein einer Persönlichkeitsstörung spreche nichts. Möglich sei das Vorliegen einer dissoziativen Störung, welche die verschiedenen Auffälligkeiten, Gedächtnislücken und Widersprüche erklären könnte. Möglich wäre auch das Vorliegen einer mittelgradigen depressiven Episode und bezüglich der Vergangenheit bestehe der Verdacht eines Status nach einer posttraumatischen Belastungsstörung (Urk. 6/56/25) .

Zusammenfassend wurde ausgeführt, dass bei der sehr auffälligen und widersprüchlichen Versicherten keine schulmedizinischen Diagnosen

mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit mit dem Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit gestellt werden könne. Da aber insbesondere eine dissoziative Störung nicht ausgeschlossen werden könne, werde man der Versicherten versicherungsmedizinisch nur dann gerecht, wenn sie unter stationären Bedingungen über einen genügend langen Zeitraum psychiatrisch beobachtet werden könne. Aus gesamtgutachterlicher Sicht komme im Übrigen auch eine Neurasthenie in Frage (Urk. 6/56/25) . Zudem wurde unter den Diagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, aber mit Krankheitswert, unter anderem der Verdacht auf eine mittelgradige Depression (ICD-10 F32.1) beziehungsweise die Differentialdiagnose einer organischen depressiven Störung (ICD-10 F06.32) erwähnt (Urk.

6/56/26) .

Es wurde ausgeführt, unter stationären Bedingungen könne auch klarer Stellung genommen werden zur Thematik einer Regression respektive einer Aggravation oder Simulation. Dass wohl nicht nur eine Aggravation oder Simulation vorliege, lasse sich aufgrund der übereinstimmenden Fremdbeobachtungen am letzten Arbeitsplatz sowie im aktuellen Beschäftigungsprogramm und somit über einen langen Zeitraum vermuten (Urk.

6/47/26) . Weiter wurde aus neurologischer Sicht eine fachärztliche Abklärung der Kiefergelenke als mögliche Co-Faktoren an den Gesichtsschmerzen empfohlen. Wegen des 2011 entdeckten Aneurysmas sei eine entsprechende Angiographie empfehlenswert (Urk.

6/56/27) . Schliesslich wurde abschliessend festgehalten, die Quintessenz des Gutachtens bestehe darin, dass eine stationäre psychiatrische Abklärung durchgeführt werden solle, um eine Psychopathologie mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nachzuweisen respektive ausschliessen zu können (Urk.

6/5 6/27). 3.5

Dr. med. E.____ , Facharzt für Innere Medizin, vom RAD führte in seiner Stellungnahme vom 19.

Dezember 2012 aus, die Schlussfolgerungen des Gutachtens der MEDAS O.____ seien ausführlich begründet und nachvollziehbar. Aus versicherungsmedizinischer Sicht sei keine Arbeitsunfähigkeit nachgewiesen, weshalb eine Arbeitsfähigkeit von 100 % in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Kundenberaterin beziehungsweise Verkäuferin bestehe (Urk. 6/57/7). 3.6

Die Betriebsleitung der Z.____ GmbH führte in ihrer Einschätzung der Arbeitsfähigkeit vom 7.

März 2013 zu Handen der Versicherten aus, die sei körperlich und psychisch kaum belastbar. Sie arbeite drei Halbtage die Woche, wobei es ihr einigermaßen gut gehe, wenn sie dazwischen jeweils einen Tag frei habe. Wenn sie an zwei Halbtagen hintereinander zur Arbeit kommen müsse, könne sie sich kaum dazu aufraffen und sei merklich angeschlagen, wenn sie doch erscheine . Die Versicherte leide unter Sehstörungen, Verspannungen, Kopfschmerzen und könne sich kaum konzentrieren. Sie arbeite langsam und bedächtig. Ihre Arbeitsleistung entspreche nicht dem, was für den ersten Arbeitsmarkt gefordert werde. In den letzten zwei Jahren seien nur minimale Fortschritte erzielt worden, welche nichts mit der Verbesserung ihrer Gesundheit, sondern eher mit dem Aufgehobensein in einem vertrauten Umfeld zu tun hätten. Die Versicherte benötige einen Arbeitsplatz in einem geschützten Umfeld, in welchem sie langsam, aber konstant an ihrer Leistungsfähigkeit arbeiten könne, um diese beizubehalten und nicht ganz zu verlieren. Eine Steigerung dieser Leistungsfähigkeit sei zur Zeit nicht absehbar (Urk.

6/60). 3.7

Dr. med. F.____ , Facharzt für Anästhesiologie, vom RAD hielt in seiner Stellungnahme vom

29.

April 2013 fest, im Gutachten der MEDAS O.____ habe keine Diagnose mit wesentlicher Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit gestellt werden können. Es sei nur verdachtsweise eine mittelgradige Depression für möglich gehalten worden, wobei dieses das Merkmal der Dauerhaftigkeit fehle, weshalb sie selbst bei Bestehen nicht versicherungsrechtlich relevant wäre. Auch einer lediglich als Verdacht diagnostizierten dissoziativen Störung gehe die versicherungsrechtliche Relevanz ab, da sie typischerweise zu den nicht versicherungsrechtlich relevanten Störungen ohne objektivierbares Korrelat gezählt werde . Deshalb sei im Gutachten korrekt von einer medizinisch-theoretisch fehlenden ausgewiesenen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausgegangen worden. Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch die Z.____ GmbH beziehe sich nicht auf medizinisch fassbare Befunde , weshalb darauf für die Beurteilung nicht abgestellt werden könne (Urk.

6/65/2). 4. 4.1

Das Gutachten der MEDAS O.____

vom 12. Dezember 2012 (Urk. 6/56) weicht vom Gutachten der A.____

vom 16. Juni 2011 (Urk. 6/47) ab. Es wird im Gutachten der MEDAS O.____

nämlich anders als im Gutachten der A.____ davon ausgegangen, dass die im MRI des Schädels ersichtlichen Läsionen keinen Zusammenhang mit dem Unfall vom Januar 2007 hätten und zudem nicht ursächlich für die psychischen Störungen seien. Dazu ist anzumerken, dass sich die Gutachter der A.____

auf ein durch die Klinik G.____ erstelltes MRI des Schädels stützten. Gemäss dem Bericht der Klinik G.____

vom 8.

September 2011 wurden unspezifische kleine fokale Läsionen im Marklager und juxtakortikal bilateral fronto-parietal gefunden, bei welchen es sich am ehesten um mikroangiopathische Veränderungen handle. Diesem Bericht lässt sich nichts zu den Ursachen und Auswirkungen der Läsionen entnehmen (Urk.

6/47/38-39). Das A.____-Gutachten wurde ohne Beizug eines Neurologen durchgeführt. Die Richtigkeit des A.____-Gutachtens wurde von einem beim RAD angestellten Neurologen bezweifelt, weshalb die IV-Stelle ein

weiteres Gutachten bei der MEDAS O.____ in Auftrag gab. Die Gutachter der MEDAS O.____, unter ihnen ein Facharzt in der Neurologie,

gelangten im Rahmen eines polydisziplinären Gutachtens daraufhin zum Schluss, dass diese Läsionen sehr wahrscheinlich nicht durch den Unfall vom Januar 2007 entstanden seien und keine Adynamie oder Insomnie mit Ein- sowie Durchschlafstörungen bewirkten (Urk.

6/56/43). Daher ist auf die neurologisch fachärztlich begründete Meinung abzustellen und somit davon auszugehen, dass das von psychiatrischen Fachärzten verfasste

A.____-Gutachten diesbezüglich nicht zu überzeugen vermag, weshalb auch die Diagnose einer psychischen Störung aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit / organisch emotional labile (asthenische) Störung (ICD-10 F06.6) nicht nachvollziehbar ist. Die IV-Stelle stützte sich somit zu Recht nicht auf das Gutachten der A.____ ab. Im Übrigen wurde in beiden Gutachten wegen des Aneurysmas eine entsprechende Angiographie sowie aufgrund des Alters der Versicherten ein Verlaufs-MRI empfohlen, wobei diese Empfehlung soweit ersichtlich noch nicht umgesetzt worden ist. 4. 2

Die IV-Stelle stellte gemäss der angefochtenen Verfügung vom 10. Mai 2013 (Urk. 2) auf das Gutachten der MEDAS O.____ vom 12. Dezember 2012 (Urk. 6/56) ab. In der Einleitung dieses Gutachtens wird, wie von der Versicherten zu Recht kritisiert, fälschlicherweise festgehalten, die Versicherte arbeite seit dem 23.

November 2009 in einem Pensum von 50 % und sei als Kundenberaterin in einem Anstellungspensum von 50 bis 80 erwerbstätig, obwohl die Versicherte seit dem September 2008 keiner bezahlten Erwerbstätigkeit mehr nachgeht (Urk. 1, Urk.

6/3/6, Urk. 6/32-34, Urk. 6/37, Urk.

6/56/1).

Anzumerken ist zwar, dass dieser Fehler in der Einleitung den psychiatrischen Gutachter irritierte, was dieser in seiner Einschätzung der Arbeitsfähigkeit so festhielt (Urk. 6/56/37). Allerdings wurde die Berufsanamnese sowie der Tagesablauf im Gutachten sodann korrekt erhoben (Urk.

6/56/10-14, Urk.

6/56/20-21). Auf dieser korrekt ermittelten Ausgangslage basierte auch die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit (Urk.

6/56/26-27), welche sicherlich bei mindestens 50

% fest gehalten worden wäre, wenn die Gutachter von einem aktuell gearbeiteten Pensum in diesem Umfang ausgegangen wären .

Im Gutachten der MEDAS O.____

konnte weder eine abschliessende

psychiatrische oder neuropsychologische Diagnose gestellt werden noch eine konkrete Äusserung zur Arbeitsfähigkeit erfolgen (Urk.

6/56/49, Urk.

6/56/37) . Soweit die IV-Stelle dieses Gutachten in der Verfügung vom 10. Mai 2013 (Urk. 2) in dem Sinne verkürzt wiedergibt, dass keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden könne und deshalb eine 100%ige Arbeitsfähigkeit gegeben sei (Urk.

2) , greift dies zu kurz. Die Gutachter der MEDAS O.____

führt en vielmehr ausdrücklich mehrfach aus, dass weitere Abklärungen mittels eines stationären psychiatrischen Aufenthaltes nötig seien, um eine gesicherte Diagnose stellen zu können und sich mit genügend hoher Wahrscheinlichkeit zur Arbeitsfähigkeit äussern zu können, da insbesondere unklar sei , ob und in welchem Umfang Aggravation und Simulation eine Rolle spielen (Urk.

6/56/25 - 27) . Auch zu berücksichtigen ist, dass gemäss Gutachten der MEDAS O.____ aufgrund der Rückmeldungen vom letzten Arbeitsort sowie der Institution, bei welcher die Versicherte zur Zeit ein Beschäftigungsprogramm besuche , nicht von blosser Aggravation oder Simulation über einen so langen Zeitraum hinweg auszugehen sei (Urk. 6/56/25) . Für diese Ansicht spricht auch der nach Gutachtenserstattung von der Versicherten eingereichte Bericht der Z.____ GmbH vom 7. März 2013 , bei welcher die Versicherte seit zwei Jahren ein Beschäftigungsprogramm besucht (Urk. 6/60) . 4.3

Die IV-Stelle führte in ihrer Verfügung vom 10.

Mai 2013 aus, ein solcher stationärer psychiatrischer Aufenthalt wie im Gutachten der MEDAS O.____ empfohlen, sei nicht notwendig, da die Verdachtsdiagnosen der mittelgradigen Depression und dissoziativen Störung auch bei Zutreffen keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten (Urk. 2) . Es ist zwar richtig, dass für die Beurteilung der invalidisierenden Wirkung von dissoziativen Störungen und von

einer Neu r asthenie die ursprünglich für somatoforme Schmerzstörungen begründete Rechtsprechung zur Anwendung kommt (vgl. das

Urteil des Bundes gerichts 9C_398/2012 vom 27. September 2012 E. 3.1,

BGE 137 V 64 E. 4.2). Dies bedeutet jedoch, dass bei Vorhandensein einer solchen psychischen Störung die von der Rechtsprechung festgelegten Kriterien geprüft werden müssen, um die Frage beantworten zu können, ob einer solchen Störung doch ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zukommt.

Dabei ist insbesondere im Hinblick auf das allfällige Vorliegen einer psychischen Komorbidität darauf hinzuweisen, dass gemäss Rechtsprechung die invalisierende Wirkung einer mittelschweren depressiven Störung nicht schlecht hin auszuschliessen ist; deren Annahme bedingt jedoch, dass es sich nicht bloss um die Begleiterscheinung einer Schmerzkrankheit, sondern um ein selbstständiges, vom psychogenen Schmerzsyndrom losgelöstes depressives Leiden handelt. Im Weiteren ist

vorausgesetzt, dass eine konsequente Depressio nstherapie befolgt wird, deren Scheitern das Leiden als resistent ausweist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_454/2013 vom 29.

Oktober 2013 E.

4.1 mit weiteren Hinweisen). Ob die Versicherte an einer solchen depressiven Störung leidet und ob diese genannten Voraussetzungen erfüllt sind, müsste allenfalls noch geklärt werden.

Im Übrigen kann im jetzigen Zeitpunkt auch das Vorliegen einer anderen, im Gutachten der MEDAS O. nicht aufgeführten psychischen Störung nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden, da in diesem Gutachten keine abschliessende Diagnose gestellt werden konnte. 4.4

Das Gutachten der MEDAS O. lässt somit zusammengefasst die von der Beschwerdeführerin in der Verfügung vom 10.

Mai 2013 (Urk.

2) gezogene Schlussfolgerung nicht zu, die Beschwerdeführerin sei in der bisherigen Tätigkeit zu 100

% arbeitsfähig. Die angefochtene Verfügung gibt das Gutachten der MEDAS O. diesbezüglich

falsch wieder und erweist sich aus diesem Grund als unzutreffend, weshalb die Beschwerde in dem Sinne gutzuheissen ist, dass die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache an die Beschwerdeführerin zurückzuweisen ist. Diese ist gehalten, das Verfahren unter korrekter Berücksichtigung der Feststellungen im Gutachten der MEDAS O. vom 12.

Dezember 2012 (Urk. 6/56) fortzusetzen, wobei der empfohlene stationäre Aufenthalt im Vordergrund stehen dürfte. 5.

5.1

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 der gesetzlichen Vorgaben (Art.

69 Abs.

1 bis IVG) auf Fr.

700.-- anzusetzen. Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (Urteil des Bundesgericht U 199/02 vom 10. Februar 2004 E.

6 mit Hinweis auf BGE 119 V 57; SVR 1999 IV Nr. 10 S. 28 E.

3). Die Kosten sind der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 5 .2

Ferner hat die vertretene Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Prozess - entschädigung. Diese wird ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich). Unter Anwendung des gerichtlichen Stundenansatzes von Fr. 200.-- ist die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung in der Höhe von

Fr. 1'900.-- (inklusive Mehrwertsteuer und Barauslagen) zu bezahlen. Das Gericht erkennt:
1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 10. Mai 2013 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen, damit diese, nach erfolgten Abklärungen im Sinne der Erwägungen, über den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- 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. 1'900.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Hans Stünzi -
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 Unterlagen sind beizulegen, soweit eine Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin GrünigNaef

E. 7

Abs.

2 ATSG).

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