

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00981 vom 30. April 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-04-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00981

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00981 du 30 avril 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00981 del 30 aprile 2015

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1963, lebt seit 1986 in der Schweiz. Sie

arbeitete hier unter anderem als Lageristin, Verkäuferin, Serviceangestellte und Mitarbeiterin des Gartenprojektes Gärtnerei des Y.____. Zu letzt war sie ihren Angaben zufolge ab dem Jahr 2006 in den Bereichen Psycho logie, Pflegehilfe und Massage als selbständig Erwerbende tätig (Urk. 8/4).

Während eines Restaurantbesuches prallte ihr am 9. Juli 2009 ein Fensterrahmen gegen den Kopf, worauf sie kurz bewusstlos wurde und

in der Folge

über ein Schwächegefühl im linken Arm und dauerhafte Kopfschmerzen klagte.

Am

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). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, 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).

E. 1.2

mit Hinweis). 2.

In der angefochtenen Verfügung zog die Beschwerdegegnerin in Betracht,

dass kein invaliditätsrelevanter Gesundheitsschaden ausgewiesen sei. Das neurologische und psychiatrische Gutachten vom 19. und 27. Mai 2014 habe ergeben, dass bei der Beschwerdeführerin gesundheitliche Einschränkungen vorlägen, die ihre Arbeitsfähigkeit in subjektiver Weise einschränkten. Diese seien aber mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar, so dass die Beschwerdeführerin vollzeitlich ihrer

angestammten Tätigkeit nachgehen könne. Es bestehe auch keine gesundheitsbedingte Einschränkung bei der Stellensuche (Urk. 2).

Demgegenüber lässt die Beschwerdeführerin den Standpunkt vertreten, es bestehe ein invaliditätsrelevanter Gesundheitsschaden (Urk. 1 und 15). Auf das erwähnte interdisziplinäre

Gutachten könne nicht abgestellt werden und es sei ein Obergutachten einzuholen (Urk. 15). 3. 3.1

Aus dem Bericht des Departementes Chirurgie der Klinik für Unfallchirurgie des E.____ vom 20. Juli 2009

geht hervor, dass die Beschwerdeführerin gleichentags wegen Kopfschmerzen die Notfallstation aufgesucht hatte .

Mit einer

Computer tomographie des Schädels

seien keine frische Blutung, keine Frakturen aber eine alte hypodense verkalkte Läsion parietal links festgestellt worden . Röntgenaufnahmen der Halswirbelsäule hätten keine ossären Läsionen gezeigt (Urk. 8/4/19).

Am 31. Juli 2009 wurden ein MRI des Schädels und eine MR-Angiographie der supraaortalen Gefässe angefertigt. Diese hätten einen kortikalen und subkortikalen Defekt links im Gyrus

postcentralis und parietal im Versorgungsgebiet der Arteria cerebri media mit zentraler Verkalkung ergeben . Überdies seien drei weitere kleinfleckige ätiologisch unspezifische Gliosen des supratentorialen

Marklager

und Wandunregelmässigkeiten der nicht dominanten Arteria vertebralis links, wie dies mit einer segmentalen fibromuskulären Dysplasie vereinbar sei, festgestellt worden (Urk. 8/4/24) . 3.2

Dr. Z.____ untersuchte die Beschwerdeführerin am 29. Juni und am 7. Juli 2010 neurologisch (Urk. 8/4/16) . Diese sei logorrhöisch , mache Gedankensprünge und habe Mühe , sich an gewisse Namen zu erinnern. Es sei keine aphasische oder diagnostische Störung feststellbar. Der affektive Rapport sei zeitweise schwer herstellbar und die Beschwerdeführerin sei emotional labil (Urk. 8/4/17). 3.3

Am 11. August 2010 wurde die Beschwerdeführerin in der Klinik für Neurologie des E.____ neuropsychologisch untersucht (Urk. 8/4/13) . Da bei dieser von mittelschwer bis schwer reichende kognitive Minderleistungen in den Bereichen Aufmerksamkeit und Interferenzkontrolle sowie weitere, diffus über alle ansonsten geprüften Domänen verteilte, von leicht bis mittelschwer reichende Teilleistungsschwächen festgestellt worden . Zusätzlich durchgeführte Fragebogenverfahren hätten auf eine schwere sowohl körperliche als auch kognitive Tätigkeiten betreffende Fatiguesymptomatik sowie eine leichte bis mittelgradige depressive Verstimmung hingedeutet. Klinisch seien eine allgemeine Verlangsamung mit Antriebsminderung, eine ausgeprägte Logorrhöe mit gelegentlichem code-switching (abrupter Wechsel zwischen Deutsch und Englisch) und eine erhöhte

Ermüdbarkeit aufgefallen.

Die erhobenen Befunde seien neuropsychologisch nicht eindeutig dem bekannten Hirnparenchymdefekt links parietal zuordenbar. Plausibler sei eine multifaktorielle Genese, wobei insbesondere die anamnestiche genannten Schmerzen, die anamnestiche und im Fragebogenverfahren evidente depressive Verstimmungen sowie die Fatiguesymptomatik relevante leistungsmindernde Faktoren darstellten (Urk. 8/4/14). 3.4

Eine weitere Magnetresonanztomographie vom

6. Oktober 2010 in der Klinik F.____

zeigte wiederum ein ätiologisch uneindeutiges Defektareal links in der Postcentralregion am Gyrus

postcentralis. Als Nebenbefund wurde ein venöses Angioma links occipital vermerkt (Urk. 8/4/11). 3.5

Aus dem Verlaufsbericht von Dr. med. G.____, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, vom 18. Januar 2011 (Urk. 8/12) geht hervor, dass sich die neuropsychologischen Ausfälle und die Kopfschmerzen nicht besserten. Der Gedankengang sei völlig ungeordnet und es sei Logorrhoe feststellbar. Wegen der eingeschränkten Konzentrationsfähigkeit sei die Beschwerdeführerin ab dem 14. Oktober 2009 bis auf Weiteres zu 100% arbeitsunfähig. 3.6

Gemäss dem polydisziplinären Gutachten von Dr. med. H.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, dipl.-psych. I.____ und Prof. Dr. med. J.____, Facharzt FMH für Neurologie, vom 21. September 2011 (Urk. 8/31) ergaben die erhobenen Befunde keinen ausreichenden Anhalt für eine die Arbeitsfähigkeit mindernde Gesundheitsstörung, so dass von einer vollen Arbeitsfähigkeit für ein Pensum von 100% bei vollem Rendement auszugehen sei.

Zur Begründung wurde ausgeführt, die neurologische Untersuchung vom 11. Juli 2011 habe

keine ausreichenden Anhaltspunkte für eine behindernde Läsion am zentralen oder peripheren Nervensystem ergeben. Es bestehe auch kein ausreichender Anhalt für ein behinderndes Kopfschmerzsyndrom;

differentialdiagnostisch sei ein Analgetikakopfschmerz bei anamnestichem Analgetikafehlgebrauch zu vermerken (Urk. 8/31/12). Die aktienkundigen bildmorphologischen

Läsionsbefunde seien unspezifischer Genese, ein klinisches Korrelat, namentlich ein korrespondierendes fokales nervales Defizit fehle, so dass auch hieraus kein mindernender Effekt auf die Arbeitsfähigkeit resultiere. Die aktienkundige neuropsychologische Testuntersuchung und deren Interpretation krankten an der unzureichenden kritischen Diskussion der offensichtlichen Diskrepanz zwischen den testpsychologisch formal auffälligen Befunden und dem regelrechten klinischen Befund sowie an einer mangelhaften methodenkritischen Diskussion der differentiellen Abgrenzung von Störartefakten. Kognitive Testuntersuchungen (sogenannte neuropsychologische Testungen) seien als Hilfsuntersuchungen der Medizin ohne eigenständigen diagnostischen Wert und nur im Kontext mit klinischen und paraklinischen Befunden sinnvoll verwertbar. Sie

repräsentierten also keine „feinere“ Untersuchung der höheren zerebralen (kognitiven) Leistungen, sondern eigneten sich lediglich, bei einem klinisch vorliegenden kognitiven Störungsbild zu dessen Differenzierung beizutragen (Urk. 8/31/13 f.).

Auch die neuropsychologische Untersuchung habe keine Anhaltspunkte für eine Störung ergeben. Bei den testpsychologischen Erhebungen hätten deutliche Hinweise auf eine Selbstlimitierung, suboptimale Testanstrengung und Aggravation bestanden, welche die Ergebnisse relativierten (Urk. 8/31/27). Der testpsychologisch formal erhobene geringe Intelligenzquotient sei grob diskrepant zum klinischen Befund der kognitiven Leistungsfähigkeit. Auch die gezeigte rasche Auffassung der Testinstruktionen stehe im groben Widerspruch zu den formalen Testleistungen (Urk. 8/31/33). Die am 1. August 2010 bei der neuropsychologischen Untersuchung vorgetragene Beeinträchtigung habe die Beschwerdeführerin anlässlich der aktuellen Untersuchung vom 1. Juli 2011 nicht mehr erwähnt. Die Interpretation der seinerzeit erhobenen kognitiven Minderleistungen stütze sich überwiegend auf anamnestisch erhobene Daten mit keiner ausreichenden Kongruenz zum klinischen Befund. Die testpsychologischen Untersuchungen seien als Hilfsuntersuchungen ohne eigenständigen diagnostischen Wert zu betrachten (Urk. 8/31/33).

In psychiatrischer Hinsicht könne eine somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) differentialdiagnostisch erwogen werden. Die geklagten Schmerzen seien aber nicht als unüberwindbar anzusehen. Es sei insbesondere nicht erkennbar, dass die Schmerzproblematik nicht durch eine bewältigungsorientierte Behandlung angegangen werden könne. Hinzu komme, dass die Schmerzsymptomatik zumindest wesentlich anteilig im Rahmen eines Analgetikafehlgebrauchs erklärbar sei (Urk. 8/31/47).

An der gutachterlichen Beurteilung wurde in der Stellungnahme vom 8. August 2012 festgehalten, zumal die neu vorgelegten Arztberichte unzureichend seien, da sie ihre Befunde in der Diskussion nicht von Artefakten abgrenzten und die unzureichende biologische Plausibilität ignorierten (Urk. 8/61 und 8/62). 3.7

Dr. med. K.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. phil. klin. psych. L.____ vom M.____ diagnostizierten am 17. Februar 2012 eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1). Die neuropsychologische Abklärung habe eine deutliche Störung des Gedächtnisses, der Aufmerksamkeit, der Konzentration und der Reaktion gezeigt. In allen Tests habe die Beschwerdeführerin Werte erreicht, die deutlich unter der Norm lägen. Hinsichtlich der Details sei auf die Resultate des neuropsychologischen Screenings zu verweisen (Urk. 8/52). 3. 8

Dr. med. N.____, Oberarzt des A.____ der B.____

hielt in einem Schreiben vom 23. Juli 2013 fest, aus Sicht der Arbeitstherapie sei am 4. Juli 2013 keine Arbeitsfähigkeit für den Allgemeinen Arbeitsmarkt erkennbar gewesen. Eine Tätigkeit im geschützten Rahmen müsste die stark eingeschränkte Performanz berücksichtigen. Es bedürfe einer steten Begleitung und Anleitung im Arbeitsprozess (Urk. 8/59) .

In einem Bericht vom 18. Dezember 2012 (Urk. 8/67) nannte er den Verdacht auf eine Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0) und eine Anpassungsstörung (ICD-10: F43.2) als psychiatrische Diagnosen. Während der Gespräche sei zudem deutlich geworden, dass die Beschwerdeführerin unter anhaltenden psychosozialen Belastungen leide. Hiermit

vereinbar seien auch momentane kognitive Defizite, die auch fluktuierend sein könnten. Da die Beschwerdeführerin stets pünktlich zu den Terminen erschienen sei, sich ordentlich gekleidet und ernährt gezeigt habe und auch über bevorstehende Ereignisse gut orientiert gewesen sei, scheine das kognitive Funktionsniveau für die Verrichtungen des alltäglichen Lebens ausreichend.

Die Kriterien einer Demenz seien nicht erfüllt. Hinsichtlich der zumutbaren Erwerbstätigkeit empfehle er eine arbeitsmedizinische Abklärung. 3.9

Dr. K.____ und Dr. L.____ diagnostizierten in einem weiteren Bericht vom 30. September 2013 (Urk. 8/86) erneut eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.) und vermerkten eine deutliche Logorrhoe. Sie überwiesen die Beschwerdeführerin zur stationären Behandlung in die Klinik O.____.

Deren Austrittsbericht vom 15. November 2013 (Urk. 8/91) zufolge hielt sich die Beschwerdeführerin vom 21. bis zum 29. Oktober 2013 dort zur stationären Behandlung auf. In psychiatrischer Hinsicht habe man während dieser Zeit eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1) und eine unklare „Verwirrtheit“

mit alterierter Affektregulation und einschliessenden Ängsten diagnostiziert. Differentialdiagnostisch

stünden ein dissoziatives Syndrom (ohne Codierung) oder

eine traumatische Genese (ohne Codierung) oder ein organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma (ICD-10: F07.2) zur Diskussion. Den neurologischen Status habe man nur erschwert erheben können (Konzentrationsdefizite, Auffassung). Die Beschwerdeführerin habe einfache Befehle oder Anleitungen zum Nachahmen nicht oder nur erschwert ausführen können. Ihr sei eine Adaption beziehungsweise Integration ins therapeutische Milieu deutlich schwer gefallen. Sie sei nach zumindest basaler psychophysischer Stabilisierung auf eigenen Wunsch und gegen ärztlichen Rat wieder aus der Klinik ausgetreten. Eine Klärung und weiterführende Behandlung sei während des Aufenthaltes nicht erfolgt, es bestehe aber eine ambulante psychiatrische Nachbetreuung. 3.10

Im neurologisch-psychiatrischen Gutachten von Dr. C.____ und Dr. D.____

vom 19. und 27. Mai 2014 wurde festgehalten, es seien keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt worden (Urk. 8/103/11). Die Beschwerdeführerin leide an einer Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0) und an histrischen Persönlichkeitszügen (ICD-10: Z73.1), ferner an Problemen in der Beziehung zu ihrem geschiedenen Ehemann und ihrem jetzigen Partner (ICD-10: Z63.0) sowie an Schwierigkeiten bei der kulturellen Eingewöhnung (ICD-10: Z60.3).

Fokal-neurologisch sei die Beschwerdeführerin unauffällig und in der Beschwerdedarstellung ausgesprochen demonstrativ-klagsam, ohne dass in der Gegenübertragung ein authentischer Leidensdruck spürbar werde. Im klinischen Neurostatus sei die Anstrengungsbereitschaft wenig ausgeprägt. Die negativen Medikamentenspiegel (Analgetika und Antidepressiva) untermauerten den Eindruck einer nicht konsistenten Beschwerdedemonstration. Auffällig seien zudem die Diskrepanzen in der biographischen und beruflichen Anamnese im Vergleich zum Vorgutachten vom 21. November 2011. Auch die subjektiven Angaben bei der aktuellen psychiatrischen Teilbegutachtung hätten teilweise von den Schilderungen in der neurologischen Begutachtungssituation ab

gewichen (Urk. 8/103/13) .

Die von der Beschwerdeführerin geklagten körperlichen Symptome träten in Verbindung mit emotionalen Konflikten und psychosozialen Problemen auf, die schwerwiegend genug seien, um als entscheidender ursächlicher Faktor zu gelten

(Urk. 8/104/13). Wenn depressive Verstimmungen überhaupt aufträten, dann seien diese reaktiver Natur (auf die multiplen sozialen Belastungen) und stellten somit kein eigenständiges Krankheitsbild im Sinne einer Komorbidität dar. Chronische körperliche Begleiterkrankungen, die zum Krankheitsbild in erheblicher Weise beitragen würden, bestünden nicht. Die Beschwerdeführerin pflege auch soziale Kontakte und lebe nicht zurückgezogen. Verfestigte, therapeutisch nicht mehr angehbare innerseelische Verläufe einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn) seien weder anamnestisch zu eruieren noch aktenkundig. Die Beschwerdeführerin sei in unregelmässigen Abständen und bei mehreren Institutionen psychiatrisch-psychotherapeutisch und sozio-therapeutisch behandelt worden. Eine wesentliche Besserung ihres Zustandes sei jedoch nicht eingetreten, weil das syndromale Leiden im Zusammenhang mit psychosozialen Belastungsfaktoren stehe, welche medizinisch nicht effektiv angegangen werden könnten (Urk. 8/104/15). 4. 4.1

Das polydisziplinäre Gutachten vom 21. September 2011 (Urk. 8/31) beruht auf körperlichen, neuropsychologischen und psychiatrischen Untersuchungen der Beschwerdeführerin vom 1. Juli 2011 (vgl. Urk. 8/31/2, 8/31/20 und 8/31/40). Es wurde in Kenntnis der medizinischen Vorakten erstellt und berücksichtigt die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden angemessen. Die gestellten Fragen beantwortet es umfassend. Überdies setzt es sich detailliert mit anders lautenden Beurteilungen, namentlich der aktenkundigen neuropsychologischen Testung vom 1. August 2010 und deren Resultaten, auseinander. Insbesondere begründet es die eigene Einschätzung

einleuchtend und nachvollziehbar. Es erfüllt folglich die von der Rechtsprechung statuierten Anforderungen an ein medizinisches Gutachten (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.a und 125 V 351 E. 3a).

Der pauschale Vorwurf, Prof. Dr. J.____ sei dem Vertreter der Beschwerdeführerin bekannt als jemand, der den Empfindlichkeitstest durch die dicke Winterjacke ausführe, um festzustellen, dass die explorierte Person gesund und arbeitsfähig sei (Urk.

E. 2

6. November 2010 meldete sich die Versicherte bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 8/5) und reichte diverse

Beilagen ein (Urk. 8/4) . Die IV-Stelle klärte darauf die beruflichen Verhältnisse ab (Urk. 8/1-3 , 8/9 und 8/10) und nahm weitere medizinische Unterlagen zu den Akten (Urk. 8/12 , 8/14 und 8/15) . Am

E. 7

. Juni 2011 gab sie ein polydisziplinäres Gutachten (neurologisch, psychiatrisch und neuropsychologisch) in Auftrag (Urk. 8/28), das am 21. September 2011 erstattet wurde (Urk. 8/31) . Mit Vorbescheid vom 18. Oktober 2011 stellte die IV-Stelle die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (Urk. 8/34) . Dagegen liess die Versicherte am

1. November 2011 Einwand erheben (Urk. 8/35), der am 14. Dezember 2011 ergänzend begründet wurde (Urk. 8/41). Gleichzeitig wurde ein Schreiben von Dr. med. Z.____, Fachärztin FMH für Neurologie, vom 27. November 2011 (Urk. 8/40) zu den Akten gegeben. Mit Zuschrift vom 13. April 2012 (Urk. 8/53) reichte die damalige Rechtsvertreterin

der Versicherten weitere Arztberichte ein (Urk. 8/52). Die IV-Stelle ersuchte darauf die Gutachter um eine Stellungnahme (Urk. 8/55), welche am 8. August 2012 abgegeben wurde (Urk. 8/61 und 8/62).

Bereits am 31. Juli 2012

hatte die Rechtsvertreterin der Versicherten ein Schreiben des A.____ der B.____ vom 23. Juli 2013 (Urk. 8/59) zu den Akten gegeben (Urk. 8/60). In der Folge wurden zahlreiche weitere Arztberichte beigebracht (Urk. 8/67, 8/71, 8/86 und 8/91). Die IV-Stelle gab darauf am 27. März 2014 ein interdisziplinäres Gutachten in den Fachbereichen Neurologie und Psychiatrie in Auftrag (Urk. 8/9

E. 8

), das am 19. und 27. Mai 2014 von Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Neurologie und zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, und Dr. med. D.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, erstattet wurde (Urk. 8/103 und 8/104). Nachdem die Versicherte Gelegenheit erhalten hatte, sich hierzu zu äussern (Urk. 8/106; vgl. auch Urk. 8/107 und 8/110), verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 27. August 2014 einen Rentenanspruch und einen Anspruch auf berufliche Massnahmen (Urk. 2 = 8/113). 2.

Gegen die Verfügung vom 27. August 2014 liess die Versicherte mit Eingabe vom 23. September 2014 (Urk. 1) Beschwerde erheben. Ihre damalige Rechtsvertreterin beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei der Versicherten eine Rente der Invalidenversicherung zuzusprechen. Eventuell seien der Versicherten berufliche Massnahmen zuzusprechen. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin. Ferner wurde um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung ersucht (Urk. 1 S. 2). Dieses Gesuch wurde am 24. Oktober 2014 zurückgezogen (Urk. 6). Die IV-Stelle schloss am 31. Oktober 2014 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7). Nachdem Vertreterwechsel (Urk.

E. 12

und 13) wurde die Replik am 16. Februar 2015 erstattet (Urk. 15). Die IV-Stelle verzichtete am 27. März 2015 auf das Einreichen einer Duplik (Urk. 17). Davon hat die Gegenpartei mit Schreiben vom 30. März 2015 Kenntnis erhalten (Urk. 18).

Auf die einzelnen Ausführungen in den Rechtsschriften wird, soweit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 15

S.

2 und 3). Der Vertreter der Beschwerdeführerin hat jedoch weder dargelegt noch ist ersichtlich, weshalb ein Anlass dazu bestanden hätte, die damals gestellte Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode im Rahmen der Begutachtung vom Mai 2014 eingehend zu diskutieren. Sie wurde von den Gutachtern für den damaligen Zeitpunkt nicht ansatzweise in Frage gestellt (vgl. Urk. 8/103 und 8/104). Eine mittelgradig ausgeprägte

depressive Episode ist überdies gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung regel mässig nicht als eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im Sinne eines verselbständigten Gesundheits Schadens zu betrachten. Zudem gelten leichte bis höchstens mittel schwere psychische Störungen aus dem depressiven Formenkreis grundsätzlich als therapeutisch angebar .

Es könnte auch keine psychisch ausgewiesene Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer darin erblickt werden

(vgl. die Urteile des Bundesgerichtes 8C_759/2013 vom 4. März 2014 E.

3.6.1 und

3.6.2 sowie 8C_581/2013 vom 10. Dezember 2013 E. 4.2, je mit weiteren Hinweisen) . Dementsprechend käme der fraglichen Diagnose ohnehin keine Relevanz zu. Im psychiatrischen Teilgutachten vom 19. Mai 2014 wurde sodann eingehend dargelegt, weshalb

von depressiven Verstimmungen auszugehen sei . Insbesondere wurde auch ausdrücklich festgehalten, dass sich die Voraussetzungen für die Diagnose einer depressiven Störung weder aus den Akten ergäben noch aktuell erfüllt seien (Urk. 8/104/14).

Es ist zwar richtig, dass Dr. K. ___ und Dr. L. ___ am 10. April 2012 und am 1. März 2013 eine neuropsychologische Abklärung aus dem Jahr 2012 erwähnten , die eine deutliche Störung des Gedächtnisses, der Aufmerksamkeit, der Konzentration und der Reaktionszeit gezeitigt habe und bei der die Beschwerdeführerin Testwerte unter der Norm erreicht habe. Tatsächlich handelte es sich hierbei lediglich um ein neuropsychologisches Screening (Urk. 8/52 und 8/71). Letzteres wurde nicht nur vom Gutachter Dr. C. ___ , sondern auch im Rahmen der Konsensbeurteilung eingehend thematisiert und entsprechend gewürdigt (Urk. 8/103/5 und 8/103/14). Dem zufolge erweist sich der Vorwurf einer man gelhaften Auseinandersetzung mit anderslautenden ärztlichen Berichten auch in diesem Punkt als haltlos. Im Beschwerdeverfahren wurde auch sonst nichts vorgetragen, weswegen auf das interdisziplinäre Gutachten vom 19. und 27. Mai 2014 nicht abgestellt werden könnte (Urk. 1 und 15). Ebenso wenig ergibt sich etwas Derartiges aus den Akten. 4.3

Als Zwischenergebnis ist folglich festzuhalten, dass auf die beiden Gutachten abzustellen ist . Die beantragte Oberbegutachtung ist unnötig und es ist darauf zu verzichten . 5. 5.1

Es bleibt zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin die von den Gutachtern diagnostizierte Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0) und die zusätzlich festgestellten

histrionischen Persönlichkeitszüge (ICD-10: Z73.1) , Probleme in der Beziehung zu m geschiedenen Ehemann und jetzigen Partner (ICD-10: Z63.0) sowie Schwierigkeiten bei der kulturellen Eingewöhnung (ICD-10: Z60.3) zu Recht als keine invaliditätsrelevanten Gesundheitsschäden qualifizierte. 5.2

H istrionische Persönlichkeitszüge (ICD-10: Z73.1) stellen gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung keine rechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung dar (Urteil des Bundesgerichts 9C_726/2014 vom 25. Februar 2015 E. 3.1. 1 mit Hinweis).

Die weiteren mit den sogenannten Z-Kodierungen beschriebenen Umstände können zwar den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin beeinflussen, sind aber keine Krankheiten oder Schädigungen. Sie stehen für einen Zusatzfaktor, der berücksichtigt werden muss,

wenn die Person wegen eines pathologischen Zustands behandelt wird. Diese Belastungen fallen als solche ebenfalls nicht unter den Begriff des rechtserheblichen Gesundheitsschadens (Urteil des Bundesgerichts I 514/06 vom 25. Mai 2007 E. 2.2.2.2 mit Hinweisen). 5.3

Für die Somatisierungsstörung (ICD-10: 45.0) gelten dieselben Grundsätze betreffend willentliche Überwindbarkeit wie bei der anhaltenden somatoformen

Schmerzstörung und ihren Folgen (vgl. die Urteile des Bundesgerichts 8C_696/2008 vom 3. Juni 2009 E. 8.2.2 und 8C_348/2008 vom 7. Januar 2009 E. 3.1 mit Hinweis auf das Urteil I 70/07 vom 14. April 2008 E. 5). Eine solche allein

begründet noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbelastung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere mit gewisser Intensität und Konstanz erfüllte Faktoren, so: chronische körperliche Begleiterkrankungen; ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung; ein ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens; ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; „Flucht in die Krankheit“); ein unbefriedigendes Behandlungsergebnis trotz konsequent durchgeführter ambulanter und/oder stationärer Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) und gescheiterte Rehabilitationsmassnahmen bei vorhandener Motivation und Eigenanstrengung (kooperative Haltung) der versicherten Person. Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (BGE 130 V 352, 131 V 49 E. 1.2, BGE 139 V 547 E. 3). In BGE 139 V 547 hat das Bundesgericht an dieser Rechtsprechung unter Auseinandersetzung mit der daran geübten Kritik festgehalten und auf die besondere Bedeutung einer fachgerechten Abklärung hingewiesen (E. 9.1.3, E. 9.2.1). 5.4

Eine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer liegt nicht vor. Ebenso wenig leidet die Beschwerdeführerin an chronischen körperlichen Begleiterkrankungen. Im psychiatrischen Teilgutachten vom

19. Mai 2014 wurde sodann ausdrücklich festgehalten, dass die Beschwerdeführerin ihren Angaben zufolge über einen guten Freundeskreis (unter anderem Cousinsen) verfügt, sich mit Kollegen trifft und in einer von Auseinandersetzungen geprägten festen Beziehung lebt (Urk. 8/104/9). Sie telefoniert auch oft mit ihrer in P.____ wohnhaften Tochter und besuchte diese letztmals im Mai 2013 (Urk. 8/104/10). Bereits

im Rahmen der ersten polydisziplinären Begutachtung wurde erwähnt und berücksichtigt, dass die Beschwerdeführerin in einer (wenn auch konfliktbehafteten) festen Beziehung lebt (Urk. 8/31/5) und sich mit Freunden trifft (Urk. 8/31/22 und 8/31/44). Ein sozialer Rückzug lässt sich damit ausschliessen, zumal sich Hinweise auf einen solchen auch nicht

ansatzweise aus den übrigen Akten ergeben.

Mit dem Resultat der am 13. Mai 2014

entnommenen Blutprobe ist ausgewiesen, dass sich die Beschwerdeführerin keine angemessenen medikamentösen Behandlung unterzieht (Urk. 8/103/11 und 8/103/17). Den stationären Aufenthalt in der Klinik O. hat sie bereits nach rund einer Woche gegen ärztlichen Rat abgebrochen.

Auch die Inanspruchnahme einer regelmässigen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlung ist nicht dokumentiert. Von einem un-

befriedigenden

Behandlungsergebnis trotz konsequent durchgeführter ambulanter und/oder stationärer Behandlung kann sodann nicht die Rede sein. Ebenso fehlt es an einem verfestigten, therapeutisch nicht mehr beeinflussbaren innerseelischen Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung. 5.5

Unter den gegebenen Umständen

ist die Somatisierungsstörung

folglich als überwindbar zu qualifizieren. Es liegt auch sonst kein invaliditätsrelevanter Gesundheitsschaden vor, der die Beschwerdeführerin in ihrer Arbeitsfähigkeit einschränken würde.

Es ist ihr daher eine 100%ige Erwerbstätigkeit in ihren angestammten Tätigkeiten zumutbar. Damit erweist es sich als korrekt, dass die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch verneint und das Rentenbegehren abgewiesen hat. Insoweit ist die Beschwerde abzuweisen. 6.

6.1

Invalide oder von einer Invalidität (Art. 8 ATSG) bedrohte Versicherte haben gemäss Art. 8 IVG Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit: a.

diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern; und b.

die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (Abs. 1).

Der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen besteht unabhängig von der Ausübung einer Erwerbstätigkeit vor Eintritt der Invalidität. Bei der Festlegung der Massnahmen ist die gesamte noch zu erwartende Dauer des Erwerbslebens zu berücksichtigen (Abs. 1 bis).

Die Eingliederungsmassnahmen können in Massnahmen beruflicher Art (Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildung, Umschulung, Arbeitsvermittlung, Kapitalhilfe) bestehen (Abs. 3

lit. b). 6.2

Die Beschwerdeführerin ist uneingeschränkt arbeits- und erwerbsfähig. Sie ist weder invalid noch von Invalidität bedroht, so dass sie auch über keinen Anspruch auf berufliche Massnahmen verfügt. Die Beschwerdegegnerin hat das Bestehen eines solchen

somit zu Recht verneint und dementsprechend korrekt keine entsprechenden Leistungen zugesprochen. Da sich die Beschwerde auch in diesem Punkt als unbegründet erweist, ist sie abzuweisen. 7.

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) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind die Kosten der unterliegenden 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 zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Milosav Milovanovic - 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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Grünig Gohl Zschokke

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