

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01282 vom 6. Juni 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-06-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.01282

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01282 du 6 juin 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01282 del 6 giugno 2016

Erwägungen

E. 1.1

In formeller Hinsicht machte die Beschwerdeführerin geltend, die Beschwerde gegnerin habe durch die Nichtgewährung einer erstmaligen Fristverlängerung zur Nachreichung eines Arztberichtes ihren Anspruch auf rechtliches Gehör verletzt (Urk. 1 S. 4 ff.).

E. 1.2

Gemäss Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung (BV) haben die Parteien Anspruch auf rechtliches Gehör. Das rechtliche Gehör dient einerseits der Sachaufklärung, andererseits stellt es ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht beim Erlass eines Entscheids dar, welcher in die Rechtsstellung einer Person eingreift. Dazu gehört insbesondere deren Recht, sich vor Erlass des in ihre Rechtsstellung ein greifenden Entscheids zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen (BGE 132 V 368 E. 3.1 mit Hinweisen).

Das Recht, angehört zu werden, ist formeller Natur. Die Verletzung des rechtlichen Gehörs führt ungeachtet der Erfolgsaussichten der Beschwerde in der Sache selbst zur Aufhebung der angefochtenen Verfügung. Es kommt mit anderen Worten nicht darauf an, ob die Anhörung im konkreten Fall für den Ausgang der materiellen Streitentscheidung von Bedeutung ist, das heisst die Behörde zu einer Änderung ihres Entscheides veranlasst wird oder nicht (BGE 132 V 387 E. 5.1; 127 V 431 E. 3d/ aa).

Nach der Rechtsprechung kann eine - nicht besonders schwerwiegende - Verletzung des rechtlichen Gehörs ausnahmsweise als geheilt gelten, wenn die betroffene Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt wie die Rechtslage frei überprüfen kann (BGE 127 V 431 E. 3d/ aa). Von einer Rückweisung der Sache an die Verwaltung ist selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des rechtlichen Gehörs dann abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (BGE 132 V 387 E. 5.1 mit Hinweis).

E. 1.3

Die Beschwerdeführerin hat gegen den Vorbescheid vom 19. September 2014 mit Eingabe vom 20. Oktober 2014 rechtzeitig Einwand erhoben und diesen begründet (Urk. 8/166). Dabei hat sie unter anderem einlässlich dargelegt, wes halb aus ihrer Sicht – entgegen der

gutachterlichen Beurteilung – von einer Narkolepsie auszugehen sei und die Rechtsprechung des Bundesgerichtes zu den somatoformen Schmerzstörungen keine Anwendung finde. Das Gesuch um Gewährung einer Nachfrist begründete sie damit, dass sie beabsichtige, zum Ganzen eine Stellungnahme des behandelnden Neurologen Dr. Z. ___ einzu holen.

Laut ihren Angaben in der Beschwerdeschrift vom 3. Dezember 2014 hat sich die Beschwerdeführerin, nachdem Dr. Z. ___ schliesslich innerhalb der ange setzten Frist nicht in der Lage gewesen sei, eine fundierte Stellungnahme zum Gutachten bzw. zur Diagnose innerhalb des Gutachtens abzugeben, an einen anderen, bereits einmal mit ihrem Fall befasst gewesenen Neurologen, gewandt (Urk. 1 S. 6 und S. 7). Am 22. Juni 2015 reichte sie den Bericht von Dr.

C. ___ vom Zentrum für Schlafmedizin des D. ___ vom 25. März 2015 nach (Urk. 10 und Urk. 11).

Die Frage, ob die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin unter den gegebenen Umständen eine Nachfrist hätte ansetzen müssen, kann offen bleiben (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichtes 8C_543/2015 vom 12. Februar 2016 E. 6.3 mit Hinweis). Die Beschwerdeführerin konnte im vorliegenden Beschwerde ver fahren ohne Einschränkungen ihre Einwände vorbringen, und die Sach- und Rechtslage wird vom hiesigen Gericht umfassend überprüft. Dabei wird nament lich auch der von ihr am 22. Juni 2015 nachträglich eingereichte Bericht von Dr. C. ___ vom 25. März 2015 (Urk. 11), soweit er etwas zur Feststellung des rechtlich massgebenden Sachverhalts im massgebenden Zeitraum bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 31. Oktober 2014 (Urk. 2) beizutragen ver mag, berücksichtigt. Eine Rückweisung wegen einer Verletzung des rechtlichen Gehörs würde demnach vorliegend zu einem formalistischen Leerlauf führen. Davon scheint implizit auch die Beschwerdeführerin auszugehen. Zwar wies sie in der Beschwerdeschrift vom 3. Dezember 2014 darauf hin, dass die ange foch tene Verfügung wegen der Verletzung des rechtlichen Gehörs aufzuheben sei (Urk. 1 S. 9). Ihren Antrag auf Aufhebung der angefochtenen Verfügung ver band sie jedoch nicht mit einem solchen auf Rückweisung, sondern mit einem solchen auf Weiterausrichtung der bisherigen Dreiviertelsrente (Urk. 1 S. 2). Ihrer Eingabe vom 22. Juni 2015 (Urk. 10) lässt sich sodann nicht ent nehmen, dass sie den Beizug einer Stellungnahme von Dr. Z. ___ weiterhin für erfor derlich hält. 2 . 2 . 1 2.1.1

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]). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG]). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beein trächtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verur sachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommen den ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesund heitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). 2.1.2

Eine fachärztlich (psychiatrisch) diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerz störung

oder eine vergleichbare Störung ohne erkennbare organische Ursache begründet als solche noch keine Invalidität. Nach der bisherigen Rechtsprechung bestand eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Danach konnten bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügte. Ob ein solcher Ausnahmefall vorlag, entschied sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien (BGE 130 V 352, 131 V 49 E. 1.2, BGE 139 V 547 E. 3). 2.1.3

Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht seine bisherige Rechtsprechung zur Invaliditätsbemessung bei Schmerzstörungen ohne erkennbare organische Ursache und vergleichbaren psychosomatischen Leiden (BGE 130 V 352 und anschliessende Urteile) angepasst und festgehalten, dass die Invaliditätsbemessung stärker als bisher den Aspekt der funktionellen Auswirkungen zu berücksichtigen hat, was sich schon in den diagnostischen Anforderungen niederschlagen muss. An die Stelle des bisherigen Kriterienkatalogs (bei anhaltender somatoformer Schmerzstörung und vergleichbaren psychosomatischen Leiden) treten im Regelfall beachtliche Standardindikatoren. Diese lassen sich in die Kategorien Schweregrad und Konsistenz der funktionellen Auswirkungen einteilen. Der Prüfungsraaster ist rechtlicher Natur. Die Anerkennung einer renten begründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweispflichtige versicherte Person zu tragen (E. 6).

Die im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren, welche nach gemeinsamen Eigenschaften systematisiert werden können, umschreibt das Bundesgericht in BGE 141 V 281 wie folgt: - Kategorie „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3) - Komplex „Gesundheitsschädigung“ (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder –resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2) - Komplex „Sozialer Kontext“ (E. 4.3.3) - Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestic ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2) . 2 .2

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). 2.3

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C_261/2009 vom 11. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 1 mit Hinweisen). 2.4

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). 2.5

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 anzu geben, 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 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.). 3.

E. 3

Am 15. Juni 2012 (Eingangsdatum) meldete sich die Versicherte zum Bezug einer Hilflosenentschädigung an (Urk. 8/52). Nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens (Urk. 8/46) wies die IV-Stelle mit Verfügung vom 12. Juli 2012 die Kostenübernahme für das Sonim

Sentinel Notruf-Handy ab (Urk. 8/55). Sie nahm Abklärungen über die Zumutbarkeit der Tätigkeit als Bereiterin (vgl. Bericht vom 20. November 2012, Urk. 8/62) sowie über die Hilflosigkeit der Versicherten (vgl. Bericht vom 26. November 2012, Urk. 8/63) vor. Ausserdem holte sie die Arztberichte von Dr. Z.____ vom 30. November 2012 (Urk. 8/64/1-4; unter Beilage weiterer Arztberichte, Urk. 8/64/5-24) sowie von Prof. Dr. C.____, Leiter am Zentrum für Schlafmedizin des D.____, vom 4. Januar 2013 (Eingangsdatum, Urk. 8/68/1-4 [Aktensverzeichnis zu Urk. 8/1-184]; unter Beilage weiterer Arztberichte, Urk. 8/68/5-81) ein und ersuchte Dr. A.____ um Zustellung sämtlicher Verlaufs- und Fremdatklärungsberichte (Urk. 8/69-70 und Urk. 8/75-76). Im

Dezember 2012 brachte die Versicherte den Sohn E.____ zur Welt, weshalb ihr die IV-Stelle mit Verfügung vom 10. Januar 2013 mit Wirkung ab dem 1. Dezember 2012 die akzessorische Kinderrente zusprach (Urk. 8/72). Nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens (Urk. 8/65) sprach die IV-Stelle der Versicherten mit Verfügung vom 7. Februar 2013 eine Hilflosenentschädigung leichten Grades zu (Urk. 8/84). Am gleichen Tag ordnete die IV-Stelle die Vornahme einer Begutachtung durch Prof. Dr. med. F.____, Direktor und Chefarzt der G.____, D.____, an (Urk. 8/83). X.____ erhob dagegen mit Schreiben vom 12. Februar 2013 Einwand, da sie in dieser Klinik bereits behandelt worden und die Unabhängigkeit somit nicht gewährleistet sei (Urk. 8/85). Die IV-Stelle hielt jedoch an der Begutachtung fest (Urk. 8/87). Am 18. März 2013 nahm die IV-Stelle eine weitere Abklärung im Haushalt der Versicherten zur Prüfung des von dieser geltend gemachten Anspruches auf einen Assistenzbeitrag vor (Abklärungsbericht vom 6. Mai 2013, Urk. 8/88). Nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens (Urk. 8/90) sprach die IV-Stelle

X.____ mit Verfügung vom 6. Juni 2013 mit Wirkung ab dem 8. Februar 2013 einen Assistenzbeitrag an tatsächlich erbrachte Assistenzstunden von monatlich durchschnittlich Fr. 1'153.25 bzw. jährlich maximal Fr. 12'685.75 zu (Urk. 8/97). Nachdem Prof. F.____ die Begutachtung aus Kapazitätsgründen doch nicht vornehmen konnte, ordnete die IV-Stelle am 1. Juli 2013 eine Begutachtung durch die Klinik für Neurologie des H.____

an (Urk. 8/100). Am 20. November 2013 gab die IV-Stelle sodann eine zusätzliche psychiatrische Begutachtung durch Dr. med. I.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, in Auftrag (Urk. 8/123). 1.

E. 3.1

Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin gestützt auf folgende ärztliche Beurteilungen mit Verfügung vom 1. Juni 2012 (Urk. 8/51) basierend auf einem Invaliditätsgrad von 67 % eine Dreiviertelsrente zugesprochen: 3 . 1 . 1

Gemäss dem Arztbericht des Neurologen

Dr. Z.____ vom 2. November 2011 (Urk. 8/12/1-4) besteht bei der Beschwerdeführerin eine Narkolepsie mit kataplektischen Anfällen seit Oktober 2010. Die Beschwerdeführerin werde seit Mai 2011 durch ihn ambulant behandelt. Es finde eine medikamentöse Behandlung mit

Modasomil und Anafranil statt. Sie sei von März bis am 10. Juli 2011 zu 100 % , vom 11. Juli bis zum 1. August 2011 zu 70 % , vom 2. bis zum 12. August 2011 zu 60 % und seit dem 13. August 2011 zu 50 % arbeitsunfähig. Die Beschwerdeführerin leide unter rascher Ermüdung welche unter Belastung zunehme. Bei der Arbeit sei sie leicht verlangsamt, im Ausmass von 10- 20 % . Seit dem 13. August 2011 leiste sie Arbeit im Büro von 4 -5 Stunden pro Tag. Die Prognose sei unsicher. Eine spätere Besserung sei möglich. Angaben über die voraussichtliche Dauer der Einschränkung könnten nicht gemacht werden. 3 . 1 . 2

Der Hausarzt Dr. A.____ führte in seinem Bericht vom 1. November 2011 (Urk. 8/13/8) aus, er habe die Beschwerdeführerin letztmals vor einem Jahr gesehen, dannzumal bei Verdacht auf allergisch bedingte Nasenobstruktion bei Katzenepithelallergie Rastklasse 5. Daneben hätten immer wieder unklare Synkopen und akute Kopfschmerzen im Vordergrund gestanden, welche regelmässig von diversen Fachärzten abgeklärt würden. Zum Teil habe eine Migräne vom Basilaristyp mit vertiginöser Aura und Locked -in-Syndrom, dann ein e

Vocal Cord Symptomatik und zuletzt gemäss Dr. Z.____ eine Narkolepsie mit kataplektischen Anfällen zur Diskussion gestanden. Aufgrund der Anamnese sei davon auszugehen, dass die Arbeitsunfähigkeit im Wesentlichen von diesen unklaren Kopfschmerzen und zuletzt von dieser Narkolepsie abhängen würde. Es sei deshalb die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch die behandelnden Fachärzte vorzunehmen. Dies gelte auch für die zweite immer wieder auftretende Problematik, welche in Beschwerden im Schulterbereich bestehen würde. 3 . 1 . 3

Dr. med. L .____ , Allgemeine Innere Medizin FMH, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) der Beschwerdegegnerin hielt in der Stellungnahme vom 7.

Februar 2012 (Urk. 8/30/3-4) fest, aus versicherungsmedizinischer Sicht könne ein neurologisches Leiden (Narkolepsie mit kataplektischen Anfällen) mit Tangierung der Arbeitsfähigkeit nachvollzogen werden. Eine zunächst 100%ige Arbeitsunfähigkeit in bisheriger Tätigkeit sei ab dem 15. November 2010 nach vollziehbar.

Aussendiensttätigkeiten seien nicht mehr möglich und neben anderen Einschränkungen dürfe die Beschwerdeführerin auch nicht mehr Auto fahren. Eine angepasste Tätigkeit habe die Beschwerdeführerin aber ab dem 13. August 2011 wieder zu 50 % und zuvor ab dem 2. August 2011 zu 40 % sowie ab dem 11. Juli 2011 zu 30 % aufnehmen können. Eine weitere Steigerung der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit könne zukünftig erwartet und erhofft werden. Mehr als 50 % seien aber beim bisherigen Arbeitgeber nicht möglich. Angepasste Tätigkeiten seien eher Backoffice-tätigkeiten , ohne Stress und ohne andere emotionale Belastungen, mit der Möglichkeit , Ruhepausen nach Bedarf einzulegen und sich zurückzuziehen. Tätigkeiten verbunden mit Sitzungen und Kundenkontakten könnten zeitnah und wahrscheinlich längerfristig bis dauerhaft nicht mehr als geeignet beurteilt

werden. Auto fahren sei nicht mehr möglich. Es werde die Vornahme einer medizinischen Reevaluation

in sechs bis neun Monaten empfohlen.

E. 3.2

Nach der Rentenzusprechung vom 1. Juni 2012 ergingen unter anderem folgende medizinische Berichte:

E. 3.2.1

Laut dem Bericht von Dr. Z.____ an Dr. A.____ vom 2. Juli 2012 (Urk. 8/64/5-6) über die am 28. Juni 2012 durchgeführte neurologische Verlaufskontrolle bestehen bei der Beschwerdeführerin eine exzessive Tagesschläfrigkeit unklarer Ätiologie, ein exzessiver fragmentarischer Myoklonus sowie Sturzanfälle unklarer Ätiologie. Die Verdachtsdiagnose einer Narkolepsie mit kataplektischen Anfällen habe in einer Schlafuntersuchung im D.____ am 24. Mai 2012 nicht bestätigt werden können. Aus Sicht der dortigen Kollegen bleibe die Diagnose offen und es sei von einer Somatisierungsstörung, möglicherweise aufgepfropft auf eine Narkolepsie oder eine idiopathische Hypersomnie, gesprochen worden. Seit der letzten Untersuchung vom 23. Mai 2012 berichte die Beschwerdeführerin über einen problemlosen Verlauf. Insbesondere sei es seit her zu keinen weiteren Anfallsereignissen gekommen. An Medikamenten nehme die Beschwerdeführerin Modasomil 200-300 mg pro Tag und Ritalin 3 x 10 mg pro Tag sowie Anfranil

E. 3.2.2

Dr. Z.____

stellte im Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 30. November 2012 (Urk. 8/64/1-4) die Diagnose einer Narkolepsie mit kataplektischen Anfällen. Es komme weiterhin zu kataplektischen Anfällen. Der Zustand dürfte stationär bleiben. Die Beschwerdeführerin nehme Ritalin ein. Sie sei nach wie vor in behinderungsangepasster Tätigkeit zu 50 % arbeitsfähig und in ihrer Leistungsfähigkeit wegen Verlangsamung zu 10-20 % eingeschränkt. 3.2.3

Gemäss dem Bericht des Neurologen Prof.

C.____

an die Beschwerdegegnerin vom 4. Januar 2013 (Urk. 8/68/1-4) bestehen bei der Beschwerdeführerin eine unklare Tagesschläfrigkeit sowie unklare Bewusstseinsstörungen, Differentialdiagnose: Narkolepsie-Kataplexie oder Nicht-Organische-Hypersomnie und Somatisierungsstörung. Die letzte Kontrolle habe am 14. März 2012 stattgefunden. Eine neurologische Untersuchung habe nicht durchgeführt werden können, da die Beschwerdeführerin keine weitere Konsultation gewünscht habe. Bei völliger unklarer Diagnose könne keine Prognose gestellt werden. Ebenso seien Angaben zur Arbeitsfähigkeit nicht möglich, solange keine korrekte Diagnose vorliege. Es sei eine Tagesschläfrigkeit objektivierbar, welche sich in der Form von intermittierenden Konzentrationsstörungen negativ auf die Arbeitsfähigkeit auswirke. Bei korrekter Diagnose und gezielter Therapie liesse sich der Gesundheitszustand verbessern, insbesondere könnte die Schläfrigkeit durch Medikamente reduziert werden, wie dies schon unter Modasomil passiert sei (vgl. auch Bericht an Dr. Z.____ vom 13. Juni 2012,

Urk. 8/68/16-17). 3 . 2.4

Laut dem psychiatrischen Gutachten von Dr. I.____ vom 9. April 2014 (Urk. 8/143/24) besteht bei der Beschwerdeführerin eine dissoziative Störung (Konversionsstörung) mit dissoziativen Bewegungsstörungen und dissoziativem Stupor (ICD-10 F44.7). Im Juni 2000 sei es zum erstmaligen Anfall mit Hyper ventilation und Atemnot gekommen und es sei damals anlässlich einer Hospita lisation im M .____ eine dissoziative Störung als Haupt diagnose gestellt worden. Zwischen 2000 und 2010 seien Schulter luxationen und zwei Sturzereignisse in den Jahren 2004 sowie 2008 bekannt. Fragliche epileptische Anfälle hätten diagnostisch nicht bestätigt werden können. Seit 2010 komme es bei der Beschwerdeführerin immer wieder zu Lähmungs erscheinungen sowie Episoden mit Bewusstlosigkeit und migräniformen Schmerzen. Ab Mai 2011 sei erstmals der Verdacht auf eine Narkolepsie geäußert worden, die Diagnose habe sich aber in der ausführlichen Untersuchung im D.____

im Mai 2012 und auch in der aktuellen neurologischen Begutachtung nicht bestätigt. Eine beweisende Untersuchung durch Lumbalpunktion (Hypocretin -Bestimmung) sei von der Beschwerde führerin abgelehnt worden. In der Betrachtung der Anam nese und der Lebensgeschichte der Beschwerde führerin falle auf, dass sie neben den langjährigen Beeinträchtigungen durch Sturzereignisse, Bewusstlosigkeiten und zahlreiche Unfälle ein Leben geführt habe, welches sie selber mit den Wor ten „auf der Überholspur unterwegs“ um geschrieben habe. Sie habe intensiv Sport getrieben, unter anderem mit Triathlon, Autorennsport und Springreiten. Die Beschwerdeführerin sei sowohl im Sport als auch im Beruf ehrgeizig gewesen und habe nach Erfolg gestrebt. Dieses intensive Leben habe durch die gesund heitlichen Einschränkungen eine deut liche Verlangsamung erfahren. Im Anschluss an einen Einbruch, welcher die Beschwerdeführerin erschüttert habe, sei eine psychotherapeutische Behandlung durchgeführt worden. Sie habe sich aber rasch stabilisiert , und auf eine mögliche psychogene Beteiligung an ihrem Anfallsleiden sei nicht eingegangen worden. Davon habe die Beschwerde führe rin nichts wissen wolle n. In der von ihm durchgeführten Untersuchung habe die Beschwerde führerin locker, eher beschleunigt, aber insgesamt offen über ihre Lebenssituation und ihre Krankheitssituation berichtet, wobei aufgefallen sei, dass sie keine emotionale Betroffenheit gezeigt habe. Sie habe jegliche psychi sche Beteiligung an ihrem Leiden von sich gewiesen und betont, dass es klar einer Narkolepsie entspreche. Sie habe sich dabei durch die Narko lepsie-Gesell schaft unterstützt gefühlt. Eine weitere anamnestische Auffälligkeit bestehe darin, dass die Schwangerschaft der Beschwerdeführerin erst im Rahmen eines Zufallsbefundes im 5. Monat bekannt worden sei. Möglicherweise handle es sich dabei ebenfalls um dissoziatives Geschehen, indem die Schwangerschaft von der Beschwerdeführerin verdrängt oder negiert worden sei. Diagnostisch müsse auf grund der fehlenden somatischen ätiopatho gene tischen

Korrelate auf ein psy chogenes Krankheitsgeschehen geschlossen werden. Insofern könne die früher gestellte Diagnose einer dissoziativen Störung bestätigt werden, wobei die dis soziativen Bewegungsstörungen zu nennen seien. Solche Störungen seien grundsätzlich behandelbar, wobei allerdings eine Krankheitseinsicht notwendig sei. Diese sei bei der Beschwerde führerin aktuell noch nicht gegeben. Sie versu che nach wie vor, ihre Störungs bilder einer neurologischen Erkrankung zuzu ordnen. Eine adäquate Behandlung würde in einer mehrjährigen Gesprächspsy chotherapie bestehen. Aufgrund des chronifi zierten Verlaufs, bei dem der Beginn der Erkrankung mit grosser Wahr scheinlichkeit auf das 16.

Lebensjahr zurückdatiert werden könne, und der fehlenden Krankheits einsicht bestehe eine sehr unsichere Prognose. Es liege ein psychisches Leiden mit Krankheitswert vor, welches sich auch limitierend auf die Arbeitsfähigkeit auswirke. Es sei von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit für die angestammte Tätigkeit als kaufmännische Angestellte sowie in der angepassten Tätigkeit als Bereiterin auszugehen. Die Einschränkungen lägen in den wiederholten Funktionseinbussen durch Stürze nach Tonusverlust und Amnesien, welche von der Beschwerdeführerin weder vorgetäuscht noch absichtlich herbeigeführt würden. Der Gesundheitszustand sei seit 2010 unverändert, dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit würden aber anders beurteilt, indem erstmalig auch eine psychiatrische Diagnose gestellt werde. Es liege eine psychische Störung mit Krankheitswert vor, psychosoziale Aspekte stünden nicht im Vordergrund. Eben so wenig handle es sich um eine Erkrankung aus dem somatoformen Formenkreis. 3 .2.5

Gemäss dem interdisziplinären (neurologisch unter Berücksichtigung des psychiatrischen Gutachtens von Dr. I.____) Gutachten der Klinik für Neurologie des H.____

vom 18. August 2014 (Urk. 8/147/20-21) bestehen bei der Beschwerdeführerin mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine dissoziative Störung (Konversionsstörung) mit dissoziativen Bewegungsstörungen und dissoziativem Stupor (ICD-10 F44.7) sowie klinisch: rezidivierende Attacken mit Tonusverlust, erhaltenem Bewusstsein und Optomotorik, gefolgt von starken Kopfschmerzen (EM 10/2010). Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bestehe ausserdem eine minime exzessive Tagesschläfrigkeit (mittlere Einschlaf latenz im MLST 7.6 Minuten) bei chronischem Schlafmanko (insufficient

Sleep Syndrome, ISS). Die Beschwerdeführerin berichte über seit dem 19. Oktober 2010 rezidivierend auftretende Episoden mit anfallsartigem Tonusverlust der Skelettmuskulatur über Sekunden bis Minuten, in denen sie nur noch über Blinzeln und Augenbewegungen kommunizieren könne und die sich dann unter stärksten Kopfschmerzen zurückbilden würden. Letztere würden den regelhaften Gebrauch von Opiaten notwendig machen. Es sei in diesem Zusammenhang auch schon zu relevanten Verletzungen gekommen. Weiterhin berichte die Beschwerdeführerin über eine hochgradige Tagesschläfrigkeit mit Einschlafattacken und einem häufig unterbrochenen Nachtschlaf. Zudem käme es nachts regelmässig zu Episoden mit Lähmungen beim Erwachen, zudem auch Halluzinationen in der Einschlaf- oder Aufwachphase. Die Attacken seien vom behandelnden Neurologen Dr. Z.____ als Kataplexien im Rahmen einer Narkolepsie-Kataplexie bewertet worden und im Mai 2011 sei die Diagnosestellung einer Epilepsie mit Kataplexien durch Dr. Z.____ erfolgt. Die Diagnose sei auf die anamnestisch erfüllte klinische Tetrade (Tagesschläfrigkeit, Halluzinationen, Kataplexien und Schlaf lähmungen) gestützt und eine entsprechende Therapie mit Anafranil zur Kataplexie-Prophylaxe sowie Modafinil gegen die beklagte Tagesschläfrigkeit installiert worden. Auf Grundlage der Diagnose einer Narkolepsie-Kataplexie sei am 26. September 2011 eine IV-Anmeldung mit Anerkennung einer Arbeitsunfähigkeit von 50% und Zusprache einer Dreiviertelrente erfolgt. In der auf Betreiben von Dr. Z.____ 2012 durchgeführten Schlafabklärung im D.____ bei Prof. C.____ habe keine definitive Diagnose gestellt werden können (Urk. 8/147/21-22). Es habe zusammenfassend in der durchgeführten Diagnostik und den umfangreichen Vorbefunden keine organisch-neurologische Störung als Ursache der Beschwerden festgestellt werden können. Die Beschwerden passten zu keiner neurologischen Erkrankung. Im Besonderen hätten sie eine Narkolepsie anhand der bisherigen Befunde ausschliessen können. Aus schlafmedizinischer Sicht könne somit allenfalls eine leichte Tagesschläfrigkeit

diagnostiziert werden, die zu keiner relevanten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führe und gut behandelbar sein sollte. Im psychiatrischen Teilgutachten sei als Erklärung für die Episoden eine dissoziative Störung (Konversionsstörung) mit dissoziativen Bewegungsstörungen und dissoziativem Stupor (ICD-10 F44.7) diagnostiziert worden. Die berichteten und beobachteten Anfälle mit Tonusverlust, welche als unwillkürlich und somit nicht beeinflussbar bewertet würden, stellten einen die Arbeitsfähigkeit einschränkenden Faktor dar. Einerseits bedürfe es eines angepassten Arbeitsplatzes, bei dem die Gefahr der Eigen- und Fremdgefährdung minimiert werde.

Die Fahrtauglichkeit sei nicht gegeben. Andere gefährdende Tätigkeiten wie Arbeiten in der Höhe, an Starkstrom oder an gefährlichen Maschinen dürften eben falls nicht ausgeführt werden. Die für die Beschwerdeführerin typischen Anfälle schränken die Arbeitsfähigkeit unabhängig von der ungeklärten Ätiologie ein. Der Grad der Einschränkung sei schwierig zu bemessen. Die Einschränkung sei auf etwa 50 % zu schätzen, wobei die Arbeitsunfähigkeit rein psychiatrisch attestiert werde. Aus neurologischer Sicht bestünden keine Einschränkungen (Urk. 8/147/22) . 3 .2.6

RAD-Ärztin Dr. L.____ führte in der Stellungnahme vom 10. September 2014 (Urk. 8/154/9-10) aus, die formalen Aspekte des Gutachtens des H.____ und von Dr. I.____ seien erfüllt. Die vorbestehenden Berichte hätten den Gutachtern vorgelegen und seien von ihnen gewürdigt worden, auf die Klagen der Beschwerdeführerin sei eingegangen worden und die erhobenen Befunde würden nachvollziehbar dargestellt. Aus medizinischer Sicht könne die Einschätzung der Gutachter als plausibel beurteilt werden, jedoch erscheine die Tätigkeit als Bereiterin nicht als (umfassend) angepasst. Bisher sei von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in einer nicht fremd- und selbstgefährdenden Tätigkeit (ohne Autofahren und Tätigkeiten mit Verletzungsgefahr) aufgrund der von Dr. Z.____ diagnostizierten Narkolepsie/Kataplexie ausgegangen worden. Diese organische Störung sei nun nicht bestätigt worden, es sei jedoch eine chronifizierte psychische Störung mit gleicher Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausgemittelt.

E. 3.2.7

Im nachträglich von der Beschwerdeführerin eingereichten Bericht vom 25. März 2015 (Urk. 11) führt Prof. C.____ aus, die Beschwerdeführerin sei zu einer weiteren Besprechung erschienen, nachdem die geplante Hypocretinbestimmung mit einer Lumbalpunktion nicht geklappt habe, weil während dessen ein „Anfall“ aufgetreten sei. Die Semiologie dieses Anfalles mit Verdrehen der Augen, aktivem Lidchluss und Hyperreflexie an allen Extremitäten sei mit einer Kataplexie nicht vereinbar und passend zu einem funktionellen Anfall. Die Psychotherapie sei vor zwei Monaten abgesetzt worden, da es der Beschwerdeführerin relativ gut gegangen sei. In den letzten Wochen und insbesondere nach der missglückten Lumbalpunktion würden aber wieder 2-3 Anfälle pro Woche auftreten. Nach den Anfällen habe die Beschwerdeführerin sehr starke Kopfschmerzen und benötige Opiate, weshalb sie regelmässig ins Spital N.____ ein geliefert werde. Die Anfälle würden jeweils durch Emotionen, Ärger und Stress, aber auch spontan ausgelöst. Die Beschwerdeführerin beschreibe ihr Dilemma, dass einerseits die Beschwerdegegnerin keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr akzeptiere, sie andererseits aber gemäss einer Weisung des M.____ wegen diesen Anfällen ihr Kind nicht alleine betreuen dürfe. Sie fürchte sich sehr vor der Lumbalpunktion und habe diese nur machen lassen wollen, weil man ihr vorgeworfen habe, sie behindere sonst die Abklärungen. Falls nötig sei sie aber immer noch zur Vornahme einer Lumbalpunktion bereit. Die Diagnose einer Narkolepsie-Kataplexie müsse nach

diesem erneuten ärztlich dokumentierten „Anfall“ im Rahmen der geplanten Lumbalpunktion mit Hyperreflexie und aktivem Augenschluss fallen gelassen werden. Somit werde auch der Wert einer Lumbalpunktion relativiert. Andererseits könne eine idiopathische Hypersomnie als Ursache der klar objektivierten Tagesschläfrigkeit aufgrund der bisherigen Befunde nicht ausgeschlossen werden. Diese könne auch zu einer eingeschränkten Leistungsfähigkeit bzw. zu einer Notwendigkeit von mehreren Tagesschläfchen führen. Es bestehe eine ungeklärte Situation zwischen der Beschwerdegegnerin, allfällig weiteren involvierten Versicherungen und der Ärzteschaft. Es werde der Beschwerdeführerin zwar von allen Ärzten eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit attestiert, eine solche jedoch aufgrund einer juristischen Interpretation verneint. 4.

E. 4

Das psychiatrische Gutachten von Dr. I.____

erfolgte am 9. April 2014 (Urk. 8/143 /1-32) und dasjenige von PD Dr. med. J.____ und Dr. med. K.____ , Leitender Arzt resp. Assistenzarzt der Klinik für Neurologie (inkl. interdisziplinäre Beurteilung unter Einbezug des Gutachtens von Dr. I.____) am 18. August 2014 (Urk. 8/14

E. 4.1

Wie eingangs dargelegt, gibt Anlass zur Revision einer Invalidenrente jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (vgl. E. 2.3). In diesem Sinne von Bedeutung sind auch Veränderungen in erwerblich-beruflicher Hinsicht, sofern sie sich auf die Grundlagen der Invaliditätsbemessung auswirken. Dies kann namentlich dann der Fall sein, wenn der Invaliditätsgrad ursprünglich, d.h. im Vergleichszeitpunkt, bezogen auf ein konkretes Arbeitsverhältnis ermittelt worden war, dieses jedoch später aufgelöst wurde. Dies hat nebst dem geänderten eingliederungsmässigen Status zur Folge, dass die Invalidität neu nach der allgemeinen Einkommensvergleichsmethode bezogen auf den allgemeinen (ausgeglichenen) Arbeitsmarkt zu bemessen ist (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 8C_80/2014 vom 11. Juli 2014 E. 3.4.1).

Kann eine versicherte Person neu ein Erwerbseinkommen erzielen oder ein bestehendes Erwerbseinkommen erhöhen, so wird die Rente nur – aber immer hin – dann im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG revidiert, wenn die Einkommensverbesserung jährlich mehr als Fr. 1'500.-- beträgt (vgl. Art. 31 IVG).

E. 4.2

Die Beschwerdegegnerin hat in der Rentenverfügung vom

E. 7

[unterzeichnetes Exemplar]). Mit Vorbescheid vom 17. September 2014 teilte die IV-Stelle X.____ mit, die Rente werde aufgehoben, da die Abklärungen ergeben hätten, dass keine Invalidität mehr vorliege (Urk. 8/156). Dagegen liess X.____ durch Procap Schweiz am 20. Oktober 2014 Einwand erheben, wobei sie unter anderem um Ansetzung einer 30tägigen Nachfrist ersuchen liess, um einen Bericht des behandelnden Neurologen Dr. Z.____ einzureichen (Urk. 8/166). Die IV-Stelle teilte der Versicherten daraufhin am 30. Oktober 2014 mit, die Akten seien ihr am 19. September 2014 zugestellt und der Einwand mit Schreiben vom 20. Oktober 2014 begründet worden. Medizinisch seien alle Abklärungen getroffen und dokumentiert worden. Vom in Aussicht gestellten Bericht von

Dr. Z.____ seien keine neuen Erkenntnisse zu erwarten. Es könne deshalb keine Nachfrist gewährt werden (Urk. 8/168). Daraufhin hob die IV-Stelle die Invalidenrente der Versicherten mit Verfügung vom 31. Oktober 2014 auf Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats auf (Urk. 2). Mit Schreiben vom 30. Oktober 2014 wies die Versicherte die IV-Stelle darauf hin, dass das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich in einem vergleichbaren Fall (Prozess Nr. IV.2013.00717) in der Verweigerung der Fristerstreckung eine Verletzung des rechtlichen Gehörs erblickt habe (Urk. 8/169). Die IV-Stelle hielt jedoch an ihrer Auffassung fest (Urk. 8/172). 2.

Gegen die Verfügung vom 31. Oktober 2014 erhob X.____

durch Fürsprecher Daniel Schilliger von Procap Schweiz am 3. Dezember 2014 Beschwerde mit folgenden Anträgen (Urk. 1 S. 2): „1. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 31.10.2014 sei aufzuheben. 2. Der Beschwerdeführerin sei die bisherige Dreiviertelsrente weiterhin auszurichten. 3. Der Beschwerdeführerin sei die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen und sie sei von allfälligen Vorschuss- und Sicherheitsleistungen zu befreien. Zudem sei ihr die unentgeltliche Rechtsverteidigung durch den Unterzeichnenden zu gewähren. 4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin.“

Am 19. Januar 2015 zog die Beschwerdeführerin das Gesuch um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung zurück (Urk. 6). Mit Eingabe vom 26. Januar 2016 ersuchte die Beschwerdegegnerin um Abweisung der Beschwerde (Urk. 7), was der Beschwerdeführerin am 27. Januar 2015 mitgeteilt wurde (Urk. 9). Am 22. Juni 2015 (Urk. 10) reichte die Beschwerdeführerin den Bericht des Zentrums für Schlafmedizin vom 25. März 2015 ein (Urk. 11). Dieser wurde der Beschwerdegegnerin am 29. Juni 2015 zugestellt (Urk. 12). 3.

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

E. 10

mg morgens.

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