

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00716 vom 31. Oktober 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-10-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00716

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00716 du 31 octobre 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00716 del 31 ottobre 2016

Erwägungen

E. 1

Die 1963 geborene X.____, ausgebildete Coiffeuse und zuletzt vom 1. September 2010 bis 31. Dezember 2011 als Serviceangestellte in einem Teilzeitpensum von 50 % angestellt, meldete sich am 11. Januar 2012 (Eingangsdatum) unter Hinweis auf eine seit 1997 bestehende Epilepsie bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (Urk. 10/3). Die IV-Stelle klärte die erwerblichen und medizinischen Verhältnisse ab, zog die Akten der Krankentaggeldversicherung bei (Urk. 10/8-12, Urk. 10/25 f.) und teilte der Versicherten am 28. März 2012 mit, gemäss ihren Angaben beim Gespräch vom 20. März 2012 sei zurzeit keine Arbeitsvermittlung möglich (Urk. 10/21). Am 3. Dezember 2012 teilte sie der Versicherten sodann mit, aufgrund ihres Gesundheitszustandes seien zurzeit auch keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich (Urk. 10/30). Am 15. Mai 2014 veranlasste die IV-Stelle eine polydisziplinäre Begutachtung der Versicherten (Urk. 10/42). Die Abklärungsstelle

Y.____

erstattete das Gutachten am 7. November 2014 (Urk. 10/48). Dieses wurde nach Rückfrage der IV-Stelle vom 20. November 2014 (Urk. 10/50) am 27. März 2015 ergänzt (Urk. 10/53). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Vorbescheid vom 14. April 2015 [Urk. 10/55]; Einwand vom 3. Mai 2015 [Urk. 10/60]) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 1. Juni 2015 einen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung (Urk. 2 [= Urk. 10/63]).

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]). Sie 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).

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob eine seelische Störung mit Krankheitswert besteht, welche die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG; BGE 139 V 547 E. 5; 131 V 49 E. 1.2; 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5

und 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4.).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt grundsätzlich eine lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (vgl. BGE 130 V 396; Urteile des Bundesgerichts 8C_616/2014 vom 25. Februar 2015 E. 5.3.3.3 und 9C_739/2014 vom 30. November 2015 E. 3.2). Eine fachärztlich festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Es ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilen, ob und inwiefern der versicherten Person trotz ihres Leidens die Verwertung ihrer Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch sozial-praktisch zumutbar und für die Gesellschaft tragbar sei (BGE 141 V 281 E. 3.7.3; 136 V 279 E. 3.2.1; BGE 127 V 294 E. 4c; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5 und 8C_731/2015 vom 18. April 2016 E. 4.1).

E. 1.2

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 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.

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).

Für die verlässliche Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes und seiner Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sind in der Regel psychiatrische Fachärzte beizuziehen (BGE 130 V 352 E. 2.2.3; Urteil des Bundesgerichts 8C_989/2010 vom 16. Februar 2011 E. 4.4.2 mit weiteren Hinweisen; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts

8C_880/2015 vom 30. März 2016 E. 4.2.4). Wichtigste Grundlage gutachterlicher Schlussfolgerungen bildet – gegebenenfalls neben standardisierten Tests – die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung (Urteil des Bundesgerichts 8C_47/2016 vom 15. März 2016 E. 3.2.2 mit Hinweis). Bezüglich der Wahl der Untersuchungsmethoden kommt der Expertin oder dem Experten ein weiter Ermessensspielraum zu, und es ist nicht zwingend notwendig, dass fremdanamnestic Angaben eingeholt oder Zusatzuntersuchungen angeordnet werden (Urteile des Bundesgerichts 8C_660/2013 vom 15. Mai 2014 E. 4.2.3, 8C_602/2013 vom 9. April 2014 E. 3.2 und 9C_275/2014 vom 21. August 2014 E. 3). Rechtsprechungsgemäss gibt es keine verbindliche Mindestdauer für eine psychiatrische Exploration, sondern es wird lediglich verlangt, dass die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist, wobei der für eine psychiatrische Untersuchung zu betreibende zeitliche Aufwand der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie angemessen sein muss (Urteile des Bundesgerichts 8C_660/2013 vom 15. Mai 2014 E. 4.2.3, 8C_602/2013 vom 9. April 2014 E. 3.2 und 8C_47/2016 vom 15. März 2016 E. 3.2.2).

E. 1.4

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; Ulrich Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in: Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.). 2.

E. 2

Dagegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom 30. Juni 2015 Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihr für die Dauer vom 1. Juli 2012 bis am 31. Januar 2015 eine halbe Rente auszurichten. Zur Prüfung eines Rentenanspruches ab dem 1. Februar 2015 sei die Sache zur weiteren Abklärung (insbesondere zur Einholung eines psychiatrischen und neuropsychologischen Gutachtens und zur Durchführung eines Arbeitsbelastungstrainings) an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (Urk. 1). Mit Eingabe vom 3. September 2015 (Urk. 7) reichte die Beschwerdeführerin vier Arbeitsunfähigkeitszeugnisse der Z.____, A.____, für die Dauer vom 3. Mai 2013 bis zum 30. November 2014 zu den Akten (Urk. 8/5a-d). Mit Beschwerdeantwort vom 4. September

2015 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 9) . Mit Verfügung vom 11. September 2015 wurde den Y.____ - Gutachtern Prof. Dr. med. B.____ und Dipl. Psych. C.____ Frist angesetzt, um dazu Stellung zu nehmen und zu erklären, weshalb im neuropsychologischen Teil Igutachten, welches Bestandteil des polydisziplinären Gutachtens vom 7. November 2014 ist , an zwei Stellen der Name einer anderen Explorandin aufgeführt werde. Mit derselben Verfügung wurde der Beschwerdeführerin die Beschwerdeantwort zugestellt (Urk. 11). Die Stellungnahme der Gutachter wurde am 15 . September 2015 eingereicht (Urk. 13) und den Parteien mit Verfügung vom 14. Oktober 2015 zur Stellungnahme zugestellt (Urk. 14). Die Beschwerdeführerin nahm am 29. Oktober 2015 Stellung (Urk. 16), wohingegen die Beschwerdegegnerin auf eine Stellungnahme verzichtete (Urk. 17). Die se Eingaben (Urk. 16 und Urk. 17) wurden den Parteien mit Verfügung vom 11. November 2015 gegenseitig zur Kenntnisnahme übermittelt (Urk. 18). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

In der angefochtenen Verfügung erwog die Beschwerdegegnerin, dass zwar ein Gesundheitsschaden (Epilepsie) bestehe, eine Arbeitsfähigkeit jedoch dank der laufenden und seit längerem bestehenden fachärztlichen Therapie erhalten bleiben können. In der Vergangenheit sei keine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit attestiert worden. Seit 2005 sei daher anzunehmen, dass trotz des Gesundheitsschadens keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe. Gestützt auf das Gutachten sei von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit mit einer qualitativen Einschränkung auszugehen (keine Arbeiten an gefährlichen Maschinen, Tätigkeiten auf Leitern und Gerüsten bzw. mit Absturzgefahr). Da die angestammte Tätigkeit als Coiffeuse keines dieser Kriterien erfülle, gelte diese Tätigkeit weiterhin als zu 100 % zumutbar . Eine namhafte psychiatrische Erkrankung bestehe sodann nicht mehr (Urk. 2).

E. 2.2

Demgegenüber machte die Beschwerdeführerin geltend, sie leide seit der Geburt ihrer Tochter (1997) an Epilepsie. Seit 2004 sei sie immer wieder stationär und ambulant im D.____ in Behandlung gewesen. Eine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit habe spätestens am 31. Juli 2011 mit einem stationären Aufenthalt im D.____

begonnen, der bis am 2. September 2011 gedauert habe. Nach dem Austritt habe sie einen Zusammenbruch erlitten und sei aufgrund einer depressiven Reaktion von Dr. med. E.____ vom 5. September 2011 bis auf weiteres als arbeitsunfähig beurteilt worden. Auch von den übrigen behandelnden Ärzten sei ihr weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden (Urk. 1 S. 3 f.). Vom 28. März 2013 bis am 12. April 2013 sei sie stationär im F.____ behandelt worden. Diesen Bericht habe die Beschwerdegegnerin jedoch in Verletzung ihrer gesetzlichen Abklärungspflicht nicht beigezogen, weshalb auch der psychiatrische Gutachter keine Kenntnis davon erhalten habe. Die retrospektive Beurteilung der psychiatrisch begründeten Arbeitsunfähigkeit widerspreche den echtzeitlichen fachärztlichen Berichten des A.____ und des F.____ und sei damit beweisrechtlich nicht verwertbar (Urk. 1 S. 5 f.). Nach Rückfrage der Beschwerdegegnerin hätten die Gutachter in ihrer Stellungnahme vom 27. März 2015 ausgeführt, die retrospektive Attestierung einer Arbeitsunfähigkeit sei nicht mit der gebotenen Wahrscheinlichkeit möglich. Die Beschwerdegegnerin habe diese unmissverständliche gutachterliche Aussage nicht korrekt zur Kenntnis genommen, sondern fälschlicherweise behauptet, es sei seit 2005 nicht von

einer längerdauernden Arbeitsunfähigkeit auszugehen (Urk. 1 S. 6). Die Diagnose des begutachtenden Psychiaters sei sodann falsch, da die Belastungssituation länger als 2 Jahre dauere und die Diagnose einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion nach ICD-10 F43.2 somit nicht zulässig sei. Die Beschwerdeführerin sei sodann in ihrem vor über 30 Jahren letztmals ausgeübten Beruf als Coiffeuse heute nicht 100 % arbeitsfähig. Zur Beurteilung der aktuellen Arbeitsfähigkeit sei ein neues psychiatrisches Gutachten einzuholen (Urk. 1 S. 8). Bei der neuropsychologischen Beurteilung seien zudem Abklärungsresultate vertauscht worden; es erscheine der Name einer anderen Patientin. Die neuropsychologischen Testergebnisse und Diagnosen seien somit falsch und betreffen nicht die Beschwerdeführerin, weshalb auch ein neues neuropsychologisches Gutachten einzuholen sei. Sodann sei auch ein Arbeitsbelastungstraining in einer dafür geeigneten Institution in Auftrag zu geben (Urk. 1 S. 8 f.).

E. 2.3

In der Beschwerdeantwort vom 4. September 2015 brachte die Beschwerdegegnerin vor, Berichte von behandelnden Ärzten seien mit Vorbehalt zu würdigen, einem Gutachten komme höherer Beweiswert zu. Der begutachtende Psychiater habe ausgeführt, dass vor dem Hintergrund der eindeutig reaktiven Symptomauslösung die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode nicht haltbar sei. Zudem habe er auf die guten Kompetenzen der Beschwerdegegnerin (richtig: Beschwerdeführerin) hingewiesen, der Symptomausprägung entgegenzuwirken (Teilnahme an einer Psychoedukationsgruppe, Leiten einer Kochgruppe für ältere Patienten und Leiten einer Spielgruppe). Sodann könne von einem Scheitern einer konsequent befolgten Depressionstherapie nicht die Rede sein (Urk. 9).

E. 2.4

In der Stellungnahme vom 29. Oktober 2015 hielt die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen fest. Die Beschwerdeführerin habe eine konsequente Depressions-therapie durchgeführt. Die retrospektive gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei nicht nachvollziehbar. Retrospektive Beurteilungen seien gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ohnehin nur zurückhaltend zu gewichten (Urk. 16). 3.

3.1

Vorgängig zu den nachstehenden Erwägungen (E. 4 ff.) ist auf die Rüge der Beschwerdeführerin

einzuweisen, das neuropsychologische Gutachten sei nicht verwertbar, da Abklärungsresultate vertauscht worden seien. Da im neuropsychologischen Teilgutachten an zwei Stellen statt des Namens der Beschwerdeführerin der Name einer gewissen „Frau G.____“ erwähnt wurde (vgl. Ziff. 2.4.2 neuropsychologischer Befund [Urk. 10/48 S. 44] und Ziff. 2.4.4 neuropsychologische Beurteilung [Urk. 10/48 S. 45]), wurden die Y.____ - Gutachter Prof. Dr. med. B.____ und Dipl. Psych. C.____ mit Verfügung vom 11. September 2015 zur Stellungnahme aufgefordert (Urk. 11). 3.2

Die beiden Gutachter gaben in ihrer Stellungnahme vom 15. September 2015 zur Auskunft, nach Prüfung des zur Diskussion stehenden Gutachtens handle es sich um einen ausschliesslich den Namen der Beschwerdeführerin betreffenden Diktier- und Schreibfehler seitens des Unterzeichners C.____. Die berichteten Untersuchungsbefunde betreffen ausschliesslich die Beschwerdeführerin, deren Name im übrigen Text des

neuropsychologischen Gutachtens mehrfach korrekt genannt werde. Inhaltlich sei dies auch aus dem Verweis auf „Absencen“ (hier synonym für „Anfälle“) ersichtlich, da hier also auf die anamnestischen Angaben von „Anfällen“ Bezug genommen werde. Auch würden die erhobenen Befund ergebnisse mit der Zusammenfassung und Beurteilung inhaltlich übereinstimmen. Weiter hätten die Unterzeichner das vom Gutachter C.____ erstellte Gutachten „G.____“ überprüft und festgestellt, dass hier ebenfalls keine inhaltliche Vertauschung (und auch keine den Namen betreffende Verwechslung) vorliege (Urk. 13).

3.3

In der Stellungnahme vom 29. Oktober 2015 führte die Beschwerdeführerin aus, die gutachterliche Behauptung, es liege gleichzeitig ein Diktier- und Schreibfehler vor, sei eine Schutzbehauptung. Entweder habe der Gutachter seinen Bericht diktiert oder ihn selbst geschrieben, nicht beides. Die neuropsychologische Beurteilung sei nicht verwertbar. Sollte das Gericht anderer Ansicht sein, werde beantragt, dass es das Gutachten der anderen Patientin beiziehe. Der Vergleich werde ergeben, dass sicherlich keine Verwechslung stattgefunden habe (Urk. 16).

Wie die Gutachter zu Recht anmerken, wurde im neuropsychologischen Teilgutachten nicht ausschliesslich der Name „G.____“ erwähnt; der Name der Beschwerdeführerin wurde mehrfach aufgeführt und zwar nicht nur unter dem Titel der neuropsychologischen Anamnese (vgl. z.B. Urk. 10/48 S. 40, S. 42), sondern auch bei der Befundbeschreibung (Urk. 10/48 S. 44). Die erhobenen Befundergebnisse stimmen sodann mit der Zusammenfassung und Beurteilung (wo der Name „G.____“ erscheint) inhaltlich überein. Zutreffend wiesen die Gutachter ferner darauf hin, dass aus dem verwendeten Begriff „Absencen“ darauf geschlossen werden könne, dass damit auf die von der Beschwerdeführerin geklagten epileptischen Anfälle Bezug genommen werde. Es ist somit erstellt, dass es sich bei der Verwendung des Namens „G.____“ um einen reinen Verschieb handelte. Dies wurde von den Gutachtern überdies durch Konsultation des anderen Gutachtens „G.____“ verifiziert. Der Vorhalt der Beschwerdeführerin, es könne nicht gleichzeitig ein Diktier- und ein Schreibfehler vorliegen, ist nicht stichhaltig. Wenn der Name vom Gutachter falsch diktiert wurde, wurde er bei der Niederschrift des Diktierten durch eine Drittperson auch falsch geschrieben. In diesem Sinne mindert der genannte Verschieb den Beweiswert des Gutachtens aus formeller Sicht nicht. Es ist daher weder das Gutachten „G.____“ beizuziehen, noch ist eine neue neuropsychologische Begutachtung anzuordnen.

Des Weiteren trifft zu, dass die Beschwerdegegnerin den Austrittsbericht des F.____ vom 22. April 2013 (Urk. 3/3) nicht eingeholt hatte und dieser den Gutachten deshalb nicht vorlag. Ein Hinweis auf den Aufenthalt der Beschwerdeführerin im F.____

vom 28. März bis 12. April 2013 wäre dem Bericht des A.____ vom 26. September 2013 zu entnehmen gewesen (Urk. 10/40/1). Gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz ist der Sachverhalt jedoch bloss soweit zu ermitteln, dass über den Leistungsanspruch zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entschieden werden kann (vgl. Ueli Kieser, ATSG Kommentar, 3. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2015, Art. 43 N 20). Von einer Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes zufolge Nichteinholens des Austrittsberichts des F.____ vom 22. April 2013 kann daher nicht ohne weiteres ausgegangen werden. Schliesslich veranlasste die Beschwerdegegnerin zur Klärung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin eine polydisziplinäre Begutachtung, unter Vorlage sämtlicher übriger

Arztberichte. Es ist daher zu prüfen, ob der Beweiswert des Gutachtens durch den fehlenden Bericht des F._____

geschmälert wird beziehungsweise ob der genannte Bericht an der Nachvollziehbarkeit der gutachterlichen Beurteilung etwas ändert (E. 5.3) . 4 . 4 . 1

Das von der Beschwerdegegnerin eingeholte polydisziplinäre Gutachten der

Y._____ vom 7. November 2014 beruht auf Untersuchungen in den Fachgebieten Innere Medizin, Neurologie, Psychiatrie und Neuropsychologie (Urk. 10/48/1-51). In der interdisziplinären Zusammenfassung des Gutachtens wurde

als

Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Epilepsie mit einfachen komplex-fokalen Anfällen aufgeführt. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter sodann 1) einen chronischen Spannungskopfschmerz, 2) eine Migräne, 3) einen schädlichen Gebrauch von Cannabis und Kokain, derzeit abstinent, sowie 4) einen Restzustand einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (Urk. 10/48 S. 48). Gemäss dem begutachtenden Neurologen gab die Beschwerdeführerin in der Anamneseerhebung zur Auskunft, im Jahr 2011 hätten sich die Anfallshäufigkeit und die Intensität der epileptischen Anfälle verstärkt . Sie habe im Dezember 2011 ein neues Antiepileptikum bekommen, was bei ihr starken Durchfall verursacht habe. Sie sei damals so frustriert und enttäuscht gewesen, dass sie die Medikamente ganz abgesetzt und 6 Monate lang versucht habe, nur mit homöopathischer Medikation zurechtzukommen. Dies habe jedoch nicht funktioniert; in dieser Zeit habe sie auch tagsüber plötzliche Anfälle mit Einnässen bekommen, was sie sozial stark behindert habe. Sie habe sich nicht mehr aus dem Haus getraut und ständig Einlagen tragen müssen. Sie habe dann im Dezember 2012 wieder begonnen, Tegretal zu nehmen und nehme momentan 1000 mg am Tag, worunter sich die Anfallshäufigkeit etwas gebessert habe. Sie leide jetzt nur noch unter nächtlichen Anfällen, tagsüber sei nichts mehr aufgetreten, auch kein Einnässen mehr (Urk. 10/48 S. 25).

Seit etwa 2013 nehme sie zudem Trinitico ein, womit sie besser schlafen könne. An der (nächtlichen) Anfallsfrequenz habe das Medikament zwar nichts geändert, doch erlebe sie die Anfälle seither nicht mehr so bewusst mit (Urk. 10/48 S. 24) . Sie lebe zusammen mit ihrem Ehemann und ihrer aktuell 17-jährigen Tochter. Im Alltag stehe sie üblicherweise um 05.00 Uhr auf und gehe mit ihrem Hund spazieren. Sie übe etwa einmal in der Woche eine freiwillige Tätigkeit in der Psychiatrischen Klinik aus , wobei sie zweimal im Monat eine Kochgruppe betreue und zweimal im Monat mit dortigen Insassen Spiele mache. Einmal im Monat absolviere sie derzeit eine Weiterbildung, die das Ziel habe, später psychisch kranken Menschen zu helfen , und die einmal im Monat ein zweitägiges Modul mit einer Dauer von 09.00 Uhr morgens bis 17.00 Uhr nachmittags beinhalte. Sie beabsichtige, mit der Ausbildung Ende 2015 fertig zu sein und sich dann eine etwa 50%ige Anstellung in einer psychiatrischen Klinik zu suchen. Sie kümmere sich zu Hause um den Haushalt und koche. Mehrfach am Tag gehe sie mit ihrem Hund spazieren. Sie habe zwar einen Fahrausweis, dürfe aber nicht Auto fahren. Vor 3 Wochen habe sie wieder mit Fahrradfahren begonnen. Nach ihrer Depression im vergangenen Jahr würden sich die sozialen Kontakte wieder etwas bessern, sie habe gute Freunde (Urk. 10/48 S. 27 ; zum Tagesablauf vgl. auch Urk. 10/48/35). Nach eingehender Untersuchung gelangte der begutachtende Neurologe zum Schluss, der körperlich neurologische Befund sei regelrecht.

Die Untersuchung der Koordination, der Hirnnerven, der Motorik, der Sensibilität, der Stand- und Gangver such e sowie der Muskeleigenreflexe sei komplett unauffällig. Die Konzentrati onsfähigkeit, die Auffassungsgabe und die geistige Spannkraft seien nicht beeinträchtigt. Bei der Beschwerdeführerin bestehe sei t etwa 17 Jahren eine komplex-fokale Epilepsie, die momentan medikamentös eingestellt sei. Auf grund der Epilepsie sei (einzig) von einer qualitativen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen (Urk. 10/48 S. 31). Gemäss dem begutachtende n Psychiater gab die Beschwerdeführerin in der Anamneseerhebung zur Auskunft, der Nachtschlaf sei in Abhängigkeit der nächtlichen Anfallsfrequenz mehr oder weniger gestört. Sie sei schneller erschöpfbar, leide mitunter unter unspezifischen Ängsten, nach draussen zu gehen sowie Menschen zu begegnen. Die Stimmung sei unterschiedlich. Wenn sie sich müde und schwach fühle, sei die Stimmung auch depressiv und der Antrieb vermindert. Sie wirke dem mit ihrem Pflichtbewusstsein entgegen. Manchmal sei sie nachdenklich über ihre gesundheitliche und finanzielle Situa tion, nachts könne dies bis zum Grübeln ausarten. Insgesamt gehe es ihr seit einem Monat besser (Urk. 10/48 S. 31 f.). Die Beschwerdeführerin schilderte zur psychiatrischen Vorgeschichte sodann unter anderem , eine psychiatri sche/psychotherapeutische Behandlung finde seit 2011 statt. Seit circa einem Jahr erhalte sie Trittico zur Nach t , wodurch sie besser einschlafen könne. Sie habe zudem beschrieben, sich um einen strukturierten, möglichst aktiven Tages ablauf zu bemühen, was auch zu einer Verbesserung ihres psychischen Zustan des sei t nunmehr einem Monat geführt habe (Urk. 10/48 S. 33). Der begutach tende Psychiater hielt in seiner Beurteilung zusammenfassend fest, unter Wür digung der im Dossier vorhandenen Arztberichte e , der anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin und der aktuell erhobenen Befunde aus gutachterlicher Sicht sei eine reaktive depressive Entwicklung, resultierend aus den gesundheit lichen Einschränkungen der Beschwerdeführerin und insbesondere ausgelöst offensichtlich durch die Kündigung der letzten Arbeitsstelle ,

zu konstatieren mit inzwischen deutlicher Symptomremission. Nach den Kriterien des ICD-10 ergebe sich somit die Diagnose einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion. Aktuell bestehe nur noch eine Restsymptomatik, aus welcher für die Beschwerdeführerin keine relevanten Beeinträchtigungen mehr resultierten. So sei ihr auf Basis einer sehr leistungsorientierten Persönlichkeitsstruktur ein strukturierter, recht aktiver, von verschiedenen Interessen geprägter Tagesablauf möglich. Die von der Beschwerdeführerin beklagten Angstsymptome seien am ehesten im Sinne einer generalisierten Angst einzuordnen, führten ab er offen sichtlich nicht mehr zu einem Vermeidungsverhalten (viele Aussenaktivitäten wie z.B. freiwillige Arbeit) und seien als Komponente der Anpassungsstörung zu werten. Die Kriterien einer eigenständigen Störung im Sinne einer generalisier ten Angststörung seien hingegen nicht gegeben. Aufgrund des reaktiven Cha racters des Symptombildes und der inzwischen guten Symptomremission sei aus gutachterlicher Sicht trotz des Überschreitens der Zweijahresfrist, welche im ICD-10 für die längere depressive Reaktion gesetzt werde, sinnvollerweise immer noch die Diagnose einer Anpassungsstörung als zutreffend diagnosti zierbar . Die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode sei aus aktueller gutachterlicher Sicht vor dem Hintergrund der eindeutig reaktiven Symptom auslösung und der nicht vorhandenen Kriterien für eine mittelgradige depressiv geprägte Symptomatik nicht haltbar (Urk. 10/48 S. 39). Es ergebe sich keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 10/48 S. 40). Der begutachtende Neuropsychologe beschrieb die Beschwerdeführerin während der Exploration als offen, kooperativ, direkt, angemessen gekleidet, im Auftre ten emotional

schwingungsfähig und reflexionsfähig. Es habe keine Anzeichen von Ermüdung oder „Absenzen“, keinen Anfall und keine Anzeichen für einen Anfall gegeben (Urk. 10/48 S. 43). In der Beurteilung führte der begutachtende Neuropsychologe aus, das Testergebnis dokumentiere bei Frau G. ___ (richtig: Frau X. ___) eine durchschnittliche Leistungsfähigkeit der geprüften Aufmerksamkeitskomponenten unter einer durch den Test bedingten, deutlich erhöhten Anforderung an das konzentrierte Arbeiten . Auch im klinischen Eindruck habe sich kein Anhalt für eine namhafte kognitive Einschränkung ergeben. Eine Minderung der Arbeitsfähigkeit sei also neuropsychologisch nicht evident (Urk. 10/48 S. 45). Die Gutachter führten in der zusammenfassenden Konsensbeurteilung aus, sie kämen gemeinsam zum Schluss, die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in der zuletzt ausgeübten sowie jedweder vergleichbaren Tätigkeit oder auch einer anderen Tätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarktes sei mit 100 % zu bewerten (Pensum und Rendement 100 %). Aufgrund der Epilepsie sei dabei von einer qualitativen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen. Namentlich kämen Arbeiten an gefährdenden Maschinen, auf Leitern und Gerüsten beziehungsweise mit Absturzgefahr sowie Arbeiten, die mit dem Führen eines Kraftfahrzeuges verbunden seien, nicht mehr in Frage. Gut geeignet seien jedoch wechselnde Belastungen beziehungsweise überwiegend sitzend ausgeübte Arbeiten, zum Beispiel an Produktionslinien, an Pforten, Auskunftstresen, in Telefondiensten sowie auch im Detailhandel, dies per se sofort geltend (Urk. 10/48 S. 45). Wahrscheinlich habe auch bereits seit 2005 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestanden . Hierzu werde auf die Ausführungen und Diskussionen der aktenkundigen Vorbewertungen der Arbeitsfähigkeit im Kapitel „Konsensbeurteilung“ verwiesen. Ob eine vorangehend längerfristige namhafte depressive Störung bestanden habe, sei angesichts der Aktendaten und des jetzigen Befunds allen falls als möglich und passager zu bezeichnen, zeitlich und quantifizierend zudem nicht ausreichend eingrenzbar (Urk. 10/48 S. 49) . 4.2

Nachdem die Beschwerdegegnerin die Gutachter um erneute Stellungnahme zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin für die Zeit von 2012 bis zur Begutachtung gebeten hatte (Urk. 10/50), gaben diese am 27. März 2015 unter Hinweis auf die bereits gemachten Ausführungen zur Auskunft, eine retrospektive Attestierung einer Arbeitsunfähigkeit sei nicht mit der gebotenen Wahrscheinlichkeit möglich (Urk. 10/53). 5. 5.1

Das polydisziplinäre Gutachten des Y. ___ vom 7. November 2014 (Urk. 10/48), inkl. Ergänzung vom 27. März 2015 (Urk. 10/53), vermag die an eine beweiskräftige ärztliche Expertise gestellten Anforderungen vollumfänglich zu erfüllen (E. 1.4). So tätigten die Gutachter sorgfältige, umfassende Abklärungen, berücksichtigten die geklagten Beschwerden und begründeten ihre Einschätzung in nachvollziehbarer Weise sowie in Auseinandersetzung mit den vorgelegten Vorakten . Die Gutachter legten die medizinischen Zusammenhänge und die medizinische Situation einleuchtend dar und begründeten ihre Schlussfolgerungen nachvollziehbar. 5.2

Hinsichtlich der Epilepsie-Erkrankung der Beschwerdeführerin erweist sich die gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit als schlüssig und im Einklang mit den Einschätzungen der Ärzte des D. ___ . Dass die Beschwerdeführerin mehrmals stationär im D. ___ hospitalisiert war (vgl. die Vorbringen in Urk. 1 S. 3 f.) und ihr für diese Aufenthalte eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde, trifft zu (vgl. insbesondere die Berichte des D. ___

vom 16. Februar 2012 [Urk. 10/14] und vom 10. April 2013 [Urk. 10/34] über die Aufenthalte vom 22. November bis 17. Dezember 2004, vom 4. bis 15. Juli 2005, vom 24. Februar bis 3. März 2011, vom 20. bis 22. Juli 2011, vom 31. Juli bis 2. September 2011, vom 8. bis 23. November 2011 und vom 14. bis 22. Dezember 2011). Darüber hinaus attestierten die Ärzte des D.____ der Beschwerdeführerin allerdings keine quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 10/14/3). Aus der in der Krankengeschichte eingetragenen Telefonnotiz des D.____ vom 6. Februar 2012 geht sodann die Einschätzung des behandelnden Arztes hervor, die Epilepsie-Erkrankung der Beschwerdeführerin begründe nicht ohne weiteres eine Invalidität (Urk. 10/34/7). Die von der Beschwerdeführerin beabsichtigte Einholung einer Zweitmeinung über ihre Epilepsie-Erkrankung am H.____ (vgl. Urk. 10/34/7) scheiterte ferner daran, dass sie sich dort nach einer ersten Sprechstunde nicht mehr meldete (Urk. 10/35 ; vgl. auch Urk. 10/36). Anzuführen bleibt, dass eine Verschlechterung der Epilepsie-Erkrankung durch auch tagsüber auftretende Anfälle mit Einnässen nach eigenen Angaben der Beschwerdeführerin durch das Absetzen der Medikamente verursacht wurde. Seit der erneuten Einnahme von Tegretal

leide sie nur noch unter nächtlichen Anfällen, tagsüber sei nichts mehr aufgetreten, auch kein Einnässen mehr (Urk. 10/48 S. 25). Nach dem Gesagten vermag die Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht der überzeugenden gutachterlichen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, welche im Einklang mit der Einschätzung der behandelnden Ärzte steht, nichts entgegenzusetzen. Dies gilt sowohl für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Zeitpunkt der Begutachtung als auch für die Zeit ab 1. Juli 2012 (frühester Zeitpunkt eines Rentenanspruchs gemäss Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG). 5.3

Die gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ab dem Zeitpunkt der Begutachtung vermag auch aus psychiatrischer und neuropsychologischer Sicht zu überzeugen. Die entsprechenden Befunde bieten keinen Anlass, von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen. Die Beschwerdeführerin schilderte sodann selbst, dass es zu einer Verbesserung ihres psychischen Zustandes seit nunmehr einem Monat gekommen sei (Urk. 10/48 S. 33), worauf auch ihre zahlreichen Aktivitäten schliessen lassen (vgl. die Schilderung des Tagesablaufs in Urk. 10/48 S. 27). In Bezug auf den im Beschwerdeverfahren eingereichten Bericht von med. pract. I.____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 29. Juni 2015 (Urk. 3/4) ist sodann darauf hinzuweisen, dass deren Einschätzung einer 50%igen Arbeitsfähigkeit im zweiten Arbeitsmarkt nicht mit der von ihr gestellten Diagnose einer aktuell leichten depressiven Episode (ICD-10 F32.01) mit somatischem Syndrom vereinbar ist. Eine leichte depressive Episode vermag grundsätzlich keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu begründen. Schliesslich ist in Bezug auf med. pract.

I.____ auch der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Was die retrospektive Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht betrifft, ist letztlich nicht von Belang, ob für die Zeit vom 1. Juli 2012 (frühester Zeitpunkt eines Rentenanspruchs gemäss Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG) bis zur Begutachtung von einer mittelgradigen depressiven Episode oder einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion auszugehen ist. Bei einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion handelt es sich grundsätzlich um ein vorübergehendes und deshalb an sich nicht

invalidisierendes Leiden (Urteile des Bundesgerichts 9C_4/2013 vom 19. Dezember 2013 E. 2.2 und 8C_322/2010 vom 9. August 2010 E. 5.2, je mit Hinweisen).

Leichte bis höchstens mittelschwere Störungen aus dem depressiven Formenkreis gelten als behandelbar (Urteil des Bundesgerichtes 9C_454/2014 vom 29. Oktober 2013 E. 4.1 mit Hinweisen). Dass die depressive Symptomatik der Beschwerdeführerin tatsächlich

behandelbar war, ergibt sich aus dem Verlauf der Krankengeschichte. Der psychische Zustand der Beschwerdeführerin verbesserte sich mit der Einnahme der Psychopharmaka sowie unter dem Einfluss der psychotherapeutischen Behandlung. Eine Verbesserung stellte sich somit bloss deshalb über einen längeren Zeitraum nicht ein, weil sich die Beschwerdeführerin keiner angemessenen psychopharmakologischen Behandlung unterziehen wollte (vgl. den Bericht des A.____ vom 6. Juli 2012 [Urk. 10/24/2] und vom 4. März 2013 [Urk. 10/33/2]). Eine Behandlungsresistenz ist somit nicht ausgewiesen. Der von der Beschwerdegegnerin nicht eingeholte, im Beschwerdeverfahren von der Beschwerdeführerin vorgelegte Bericht des F.____ vom 22. April 2013 (Urk. 3/3) ändert nichts an der Nachvollziehbarkeit der gutachterlichen Beurteilung. Auch aus diesem Bericht geht hervor, dass die Beschwerdeführerin zunächst eine antidepressive Medikation ablehnte, dann aber letztlich doch für einen Therapieversuch überzeugt werden konnte, was allmählich zur besagten Besserung führte (Urk. 3/3 S. 2 ; vgl. auch Urk. 10/40).

Dass die retrospektive Beurteilung der psychiatrisch begründeten Arbeitsunfähigkeit den Berichten des A.____ und des F.____ widerspricht, führt, wie von der Beschwerdeführerin geltend gemacht (Urk. 1 S. 5 f.), also nicht zur Unverwertbarkeit des Gutachtens. Auch an dieser Stelle ist auf die auftragsrechtliche Vertrauensstellung der behandelnden Ärzte hinzuweisen (vgl. E. 5.2). Zuletzt ist darauf hinzuweisen, dass die im Beschwerdeverfahren eingereichten Arbeitsunfähigkeitszeugnisse der Z.____ für die Dauer vom 3. Mai 2013 bis zum 30. November 2014 (Urk. 8/5a-d) mangels Nachvollziehbarkeit nicht geeignet sind, die gutachterliche Beurteilung in Frage zu stellen. Es besteht auch kein Anlass, ein Arbeitsbelastungstraining in Auftrag zu geben. 5.4

Nach dem Gesagten kommt dem Gutachten

volle Beweiskraft zu, weshalb mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit

erstellt ist, dass die Beschwerdeführerin bei Aufbietung allen guten Willens (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen) eine 100%ige Arbeits-tätigkeit in einer angepassten Tätigkeit (ohne Arbeiten an gefährdenden Maschinen, auf Leitern und Gerüsten beziehungsweise mit Absturzgefahr sowie Arbeiten, die mit dem Führen eines Kraftfahrzeuges verbunden sind) zumutbar ist. Sowohl die Tätigkeit als Coiffeuse als auch die in der Vergangenheit längerfristig ausgeübten Tätigkeiten bei einer Autovermietung (am Schalter mit Kundenkontakt), Sachbearbeiterin, Telefon- und Empfangsdame (vgl. Urk. 10/29) sind als angepasste Tätigkeiten zu betrachten. Ein Einkommensvergleich erübrigt sich damit, auch da die Beschwerdeführerin gemäss eigenen Angaben im Gesundheitsfall nicht mehr als 50 % arbeiten würde (Urk. 10/32). 6.

Die Beschwerde erweist sich somit als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist. 7.

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG kostenpflichtig.

Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und u nabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Vorliegend erweist sich eine Kostenpauschale von Fr. 600.-- als angemessen. Ausgangsgemäss ist diese der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zuge stellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Dr. Kathrin Hässig - 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 Der VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin HurstMuraro

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art.

E. 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).

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