

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00956 vom 25. November 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-11-25, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00956

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00956 du 25 novembre 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00956 del 25 novembre 2016

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1962, meldete sich am 13. September 2010 (Eingangsdatum) unter Hinweis auf einen am 6. März 2010 erlittenen dreifachen Gesichtsbruch bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 7/16; vgl. Früherfassung vom 31. August 2010, Urk. 7/9). Die IV-Stelle tätigte erwerbliche und medizinische Abklärungen und holte insbesondere das Gutachten vom 21. November 2011 von med. pract. Y.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, sowie das neurologische Konsilium von Dr. med. Z.____, Neurologie FMH, vom 30. September 2011 ein (Urk. 7/41; Urk. 7/41/18 ff.). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Vorbescheid vom 6. März 2014, Urk. 7/67; Einwand vom 27. März 2014, Urk. 7/70; ergänzende Einwandbegründungen vom 22. Mai und 30. Juni 2014, Urk. 7/74 und Urk. 7/77) wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 16. Juli 2015 ab (Urk. 2).

E. 2

Hiergegen erhob die Versicherte am 14. September 2015 Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und die Angelegenheit sei an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie ein polydisziplinäres Gutachten einhole und hernach erneut über den Rentenanspruch entscheide (Urk. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 19. Oktober 2015 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6 unter Beilage ihrer Akten, Urk. 7/1-85), was der Beschwerdeführerin am 22. Oktober 2015 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 8).

E. 2.1

Invaliderität 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).

E. 2.2

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. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur so weit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

E. 2.3

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. 2.4

Sowohl im Rahmen einer erstmaligen Prüfung des Rentenanspruches als auch anlässlich einer Rentenrevision (Art. 17 Abs. 1 ATSG) stellt sich unter dem Gesichtspunkt des Art. 28a Abs. 3 IVG in Verbindung mit Art. 16 und 7 Abs. 2 ATSG die Frage nach der anwendbaren Invaliditätsbemessungsmethode.

Ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist, führt je zur Anwendung einer anderen Methode der Invaliditätsbemessung (Einkommensvergleich, Betätigungsvergleich, gemischte Methode) und ergibt sich aus der Prüfung, was die Person bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. Entscheidend ist nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch, das heisst ohne Gesundheitsschaden, aber bei sonst gleichen Verhältnissen, erwerbstätig wäre (Art. 27 bis der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV). Die gemischte Methode bezweckt damit eine möglichst wirklichkeitsgerechte Bemessung des Invaliditätsgrades (BGE 133 V 504 E. 3.3 mit Hinweisen).

Die gemischte Methode findet auch Anwendung, wenn der (in einem Aufgabenbereich tätigen) versicherten Person ohne gesundheitliche Beeinträchtigung eine vollzeitliche Erwerbstätigkeit zumutbar wäre, sie aber trotzdem eine solche nicht ausüben würde (vgl. BGE 133 V 504 E. 3.3 in fine). Ist jedoch anzunehmen, die versicherte Person wäre ohne gesundheitliche Beeinträchtigung teilerwerbstätig oder sie arbeitete unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mit, ohne daneben in einem andern Aufgabenbereich nach Art. 5 Abs. 1 IVG tätig zu sein, ist die Invalidität ausschliesslich nach den Grundsätzen für Erwerbstätige, somit nach Art. 16 ATSG zu bemessen (Art. 28a Abs. 3 e contrario). Die gemischte Methode gelangt hier ebenso wenig zur Anwendung wie

bei ohne Gesundheitsschaden voll Erwerbstätigen (Art. 27 bis IVV). Das Vali deneinkommen ist nach Massgabe der ohne Gesundheitsschaden ausgeübten Teilerwerbstätigkeit festzulegen. Entscheidend ist, was die versicherte Person als Gesunde tatsächlich an Einkommen erzielen würde, und nicht, was sie besten falls verdienen könnte. Wäre sie gesundheitlich in der Lage, voll erwerbstätig zu sein, reduziert sie aber das Arbeitspensum aus freien Stücken, insbesondere um mehr Freizeit zu haben, oder ist die Ausübung einer Ganztagestätigkeit aus Gründen des Arbeitsmarktes nicht möglich, hat dafür nicht die Invalidenversicherung einzustehen (BGE 125 V 157 E. 5c/bb mit Hinweisen; ZAK 1992 S. 92 E. 4a). Das Invalideneinkommen bestimmt sich entsprechend den gesetzlichen Vorgaben danach, was die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte. Dabei kann das – vom Arzt festzulegende – Arbeitspensum unter Umständen grösser sein als das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung geleistete (vgl. BGE 131 V 51 E. 5.1.2).

E. 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 anzugeben, 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.). 3.

Die medizinische Aktenlage präsentiert sich im Wesentlichen folgendermassen:

E. 3

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung:

1.

Die Beschwerdegegnerin hielt in der angefochtenen Verfügung dafür, dass die Beschwerdeführerin ohne Gesundheitsschaden weiterhin ihrer Tätigkeit als Serviceangestellte in einem Pensum von 50 % nachgehen würde. Die restlichen 50 % entfielen in den Aufgabenbereich. Aufgrund der medizinischen Beurteilung sei ihr die bisherige Tätigkeit weiterhin zu 50 % zumutbar. Im Haushalt sei sie zu 44 % eingeschränkt.

Entsprechend resultiere ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 22 %. Weitere Abklärungen seien nicht notwendig. Die Beschwerdeführerin führe aus, dass die Einschränkungen im Haushalt vor allem durch die Sehstörung begründet seien, welche in der augenärztlichen Untersuchung nicht bestätigt worden seien. Somit bestehe kein ausgewiesenes Augenleiden, das die Einschränkungen erklären würde, und die gegenüber dem Aussendienst gemachten Angaben seien sicher zu hinterfragen, insbesondere da sie diesbezüglich nicht in Behandlung sei und auch gestützt auf die medizinischen Berichte eine Alkohol-Problematik anzunehmen sei. Da die ermittelten Einschränkungen keine Rentenleistungen begründen würden, könne auf weitere Abklärungen verzichtet werden (Urk. 2).

Die Beschwerdeführerin erklärte demgegenüber, dass die Qualifikation und die Einschränkung im Haushalt unbestritten seien. Der medizinische Sachverhalt sei allerdings nicht hinreichend geklärt (Urk. 1 S. 4 f.). Das psychiatrische und neurologische Gutachten von med. pract. Y. ___ und Dr. Z. ___ sei nicht mehr aktuell, insbesondere da sich in der Zwischenzeit drei weitere Unfälle ereignet hätten. Die von der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) eingeholten ophthalmologischen Berichte äusserten sich nicht zur Arbeitsfähigkeit, sondern lediglich zur Unfallkausalität. Eine neuro-ophthalmologische Untersuchung sei - trotz Empfehlung von Dr. Z. ___ - nicht durchgeführt worden. Auch hinsichtlich des verschiedentlich erwähnten übermässigen Alkoholkonsums sei der Sachverhalt ungenügend abgeklärt. Allenfalls wäre eine zusätzliche neuropsychologische Abklärung induziert. Dass die Arbeitsfähigkeit mehr eingeschränkt sei als von der Beschwerdegegnerin angenommen, zeige sich auch in der grossen Einschränkung im Haushaltsbereich. Auch Dr. med. A. ___ des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) habe in ihrer Stellungnahme vom 1. März 2014 festgehalten, dass eine umfassende Abklärung notwendig sei. Zusammenfassend sei ein polydisziplinäres Gutachten mit den Fachrichtungen Ophthalmologie, Psychiatrie, Neurologie, Neuropsychologie und Rheumatologie einzuholen (Urk. 1). 2.

E. 3.1

Die behandelnden Ärzte des B. ___ notierten in ihrem Bericht vom 8. März 2010, dass die Beschwerdeführerin am 6. März 2010 auf einer Treppe gestürzt sei und laut Angaben einer Bekannten etwa eine Minute bewusstlos gewesen sei. Die Ärzte diagnostizierten eine Tripodfraktur links und vereinbarten einen Operationstermin am 12. März 2010 (Urk. 7/22/18).

Im Austrittsbericht vom 19. März 2010 über die Hospitalisation vom 12. bis zum 13. März 2010 hielten die Ärzte des B. ___ fest, dass sie die dislozierte Tripodfraktur operativ versorgt hätten, und attestierten eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit vom 12. bis zum 19. März 2010 (Urk. 7/22/14).

E. 3.2

Dr. med. C. ___, FMH Innere Medizin, notierte in seinem Verlaufsbericht zuhanden des zuständigen Unfallversicherers vom 26. Juli 2010, dass die Beschwerdeführerin vier Monate nach der operativ versorgten Tripodfraktur noch weiter unter einer Hyposensibilität der linken Wange, Augenschwellungen und feinmotorischen Störungen von Konzentrationsschwierigkeiten leide. Es sei eine gesichtschirurgische Beurteilung erfolgt. Zusätzlich befinde sie sich in psychiatrischer Behandlung, nach Angaben der Beschwerdeführerin aufgrund einer unfallbedingten Depression (Urk. 7/22/8).

E. 3.3

Im von der Beschwerdegegnerin eingeholten Bericht der Ärzte der Klinik und Poliklinik für Kiefer- und Gesichtschirurgie des D.____ vom 22. September 2010 hielten diese im Rahmen der Diagnose fest, dass die Beschwerdeführerin am 6. März 2010 auf der Treppe gestürzt sei und eine dislozierte Tripod-Fraktur links erlitten habe, welche im B.____ am 12. März 2010 versorgt worden sei. Postoperativ, respektive posttraumatisch leide sie unter Sensibilitätsstörungen (Hypästhesie) im Bereich Hirnnerv V2 links, sowie einer Druckdolenz über dem Foramen infraorbitale links. Weiterhin bestünden auch erhebliche Druckdolenz im Bereich der Halswirbelsäule und sie klagte über Kopfschmerzen, Schwindelgefühl sowie Kribbeln im Bereich der oberen Extremität. Als Serviceangestellte sei sie seit dem Unfalltag bis auf weiteres vollumfänglich arbeitsunfähig (Urk. 7/25/6 ff.).

E. 3.4

Im von der Beschwerdegegnerin eingeholten Arztbericht vom 23. Oktober 2010 konstatierte Dr. C.____, dass die Beschwerdeführerin aufgrund einer Hypo sensibilität der linken Wange, Augenschwellungen, feinmotorischen Störungen von Konzentrationsschwierigkeiten und Schmerzen bei der Flektion der Hals wirbelsäule und beim Bücken, bei der Arbeit eingeschränkt sei. Die bisherige Tätigkeit sei seit dem 6. Oktober 2010 allerdings wieder zumutbar und es könne mit der vollumfänglichen Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit ab dem 6. Oktober 2010 gerechnet werden (Urk. 7/27/5 ff.).

E. 3.5

Dr. med. E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. phil. F.____, Psychologin/Psychotherapeutin, hielten in ihrem von der Beschwerdegegnerin eingeholten Bericht vom 15. November 2010 eine Anpassungsstörung ICD-10 F43.22; Angst und depressive Reaktion gemischt (als Folge des Unfallereignisses vom 6. März 2010) als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest. Als Serviceangestellte sei die Beschwerdeführerin vom 6. März bis zum 4. Oktober 2010 vollumfänglich arbeitsunfähig gewesen, seit dem 5. Oktober 2010 bestehe eine 50%ige Arbeitsfähigkeit. Seit dem Unfallereignis vom 6. März 2010 bestünden persistierende Schmerzen und Sensibilitätsstörungen in der linken Gesichtshälfte sowie Störungen der Feinmotorik; auch die seit der OP veränderte Morphologie des Gesichtes belaste die Beschwerdeführerin psychisch sehr. Nebst den somatischen und neurologischen Symptomen seien auch die oben genannten psychopathologischen Symptome, vor allem Affektlabilität, kognitive Defizite, eingeschränkte Belastbarkeit und soziale Ängste als Folge des Unfallereignisses zu betrachten, was die Beschwerdeführerin bei der Arbeit als Serviceangestellte stark beeinträchtigt (Urk. 7/30/7 ff.).

E. 3.6

Dr. med. G.____ von der Klinik für Kiefer- und Gesichtschirurgie des D.____ hielt in seinem von der Beschwerdegegnerin eingeholten Arztbericht vom 26. Januar 2011 (Eingangsdatum) fest, dass aus kieferchirurgischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit vorliege (Urk. 7/33).

E. 3.7.1

Dr. Y.____ notierte im Gutachten vom 21. November 2011 als Diagnose eine erschwerte Beschwerde-Verarbeitung (ICD-10 F54) bei Status nach dislozierter Tripod-Fraktur links

am 6. März 2010 und laborchemisch Hinweisen für fort gesetzten übermässigen Alkoholkonsum (ICD-10 F10.1) (Urk. 7/41/13).

Aus gutachterlich psychiatrischer Sicht k ö n n e aufgrund der im vorliegenden Gutachten gestellten psychiatrischen Diagnose keine andauernde Einschränkung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin im Rahmen eines psychiatrischen Störungsbildes abgeleitet werden. Eine in der Vorgeschichte durch den ambulant behandelnden Psychiater vorübergehend abgeleitete Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Rahmen der vorübergehenden psychischen Anpassungsstörung k ö n n e gutachterlich psychiatrisch grundsätzlich nachvollzogen werden. Diesbezüglich seien die Angaben zur Arbeitsunfähigkeit in den verschiedenen vorliegenden Berichten der Praxis Dr. E.____ (vergleiche Zusammenfassung unter 2.) widersprüchlich. Aufgrund der dokumentierten Befundlage sei die im Bericht an die Schweizerische Mobiliar Versicherungs-Gesellschaft/Vertrauens-arzt vom 2. August 2010 attestierte 50%ige Arbeitsunfähigkeit als Service-Angestellte seit dem Unfallereignis vom 6. März 2010 bis zum Berichtszeitpunkt unter versicherungsmedizinischen Kriterien gutachterlich psychiatrisch nachvollziehbar. Aufgrund der Angaben der Beschwerdeführerin zur Beschwerdeentwicklung, der Therapiesituation und der zuletzt erhobenen Befunde (vergleiche 3. und 4.) sei aus gutachterlich psychiatrischer Sicht eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Krankheitsgründen bis 10/2010 nachvollziehbar dokumentiert. Eine fortgesetzt andauernde Arbeitsunfähigkeit im Rahmen eines fortgesetzten psychischen Krankheitsgeschehens k ö n n e zusammenfassend gutachterlich psychiatrisch bei der Beschwerdeführerin nicht abgeleitet werden. Bezüglich der neurologischen Bewertung unter versicherungsmedizinischen Kriterien, die nicht Sache des psychiatrischen Gutachters sei, verweise er auf das im Gutachten zusammengefasste und beigelegte neurologische Konsilium von Dr. Z.____ vom 30. September 2011 (Urk. 7/41/15).

E. 3.7.2

Dr. Z.____ konstatierte in seinem Teilgutachten vom 30. September 2011, dass aufgrund der Angaben der Beschwerdeführerin und der zur Verfügung stehenden Akten bzw. der klinischen und elektrodiagnostischen Untersuchung nach dem Sturz mit Tripod-Fraktur links am 6. August (richtig: März) 2010 Sensibilitätsstörungen im Gesicht links sowie eine augenstellungsabhängige Sehstörung (subjektiv z. T. mit Doppelbilder) bestünden. Daneben gebe die Beschwerdeführerin ein chronifiziertes Schmerz-Syndrom des Kopfes, vorwiegend vom Spannungstyp, z. T. mit migräneartiger Verstärkung und iB im Gesicht links an. Nach ihren Angaben seien diese Beschwerden insgesamt erst seit dem obgenannten Unfall vorhanden bzw. seither weitgehend therapieresistent. Ebenfalls erst seit dem Unfall bedürfe sie einer psychiatrischen Behandlung (Gespräch und medikamentös). Frühere, für die aktuellen Beschwerden verantwortliche Ereignisse, verneine sie. Die klinisch-neurologischen und elektrophysiologischen Untersuchungen liessen diese Beschwerden nicht objektivieren. Die Sensibilitäts-Störung beschränke sich auf das Ausbreitungsgebiet des N. trigeminus V2 links. Es bestehe ein massiges cervicales muskuläres Überlastungssyndrom; das Kopfschmerz-Syndrom sei in einem Kopfschmerzkalender über mehrere Wochen konstant (gleichbleibend) dokumentiert. Er sei nicht legitimiert, zum Zusammenhang Unfall - posttraumatische Beschwerden und psychiatrische Situation Stellung zu nehmen. Ein Zusammenhang des Kopf- und Gesichtsschmerzes sowie der weiteren neuropsychologischen und vegetativen Beschwerden mit dem eingangs erwähnten Unfall sei nicht auszuschliessen. Ebenfalls denkbar sei

aufgrund einer Gesichtsschädel- Fraktur das Persistieren von (klinisch nicht fassbaren) Doppelbildern. Die Beschwerdeführerin erfülle durch die regelmässige Analgetica-Einnahme die Kriterien für einen Medikamenten-Überdosierungs- Kopfschmerz. Andere Kopfschmerz-Ursachen würden verneint. Eine familiäre Belastung sei nicht vorhanden. Offen bleibe bezüglich Kopfschmerz der Einfluss einer cervicalen Komponente bei nachgewiesener links betonter Diskushernie C6/7 (Status nach PRT in diesem Segment links 30. 6.2006). Dies insbesondere, da die Beschwerdeführerin diesbezügliche Beschwerden wieder verstärkt wahrnehme. Genauere Akten dazu seien aber nicht erhältlich. Ebenso offen seien Ursache und Beschwerderelevanz der doch auffälligen Labor- Konstellation. Trotz Negierung durch die Beschwerdeführerin

sei dabei von einem persistierenden übermässigen Alkohol- Konsum auszugehen. Dieser wiederum könne für das Ausmass und die Verarbeitung eines Schmerz- Syndromes bzw. die Wirksamkeit der Analgetica wesentlich sein; ebenso für den Umgang mit Analgetica (Urk. 7/41/21 f.).

Die Arbeitsfähigkeit aus neurologischer Sicht hänge hauptsächlich vom Effekt der empfohlenen Schmerzbasis- Therapie mit Begleitmassnahmen ab. Aktuell sei aufgrund des Schmerz-Syndromes aus neurologischer Sicht eine

Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf (Serviceangestellte) von max. 50 % anzunehmen. Eine Schmerztherapie könne im Zeitraum von mehreren Monaten zu einer Normalisierung der Arbeitsfähigkeit aus neurologischer Sicht führen. Einschränkend bleiben könnten auffällig nicht besser behandelbare Sehstörungen. Bei anhaltend eingeschränkter Leistungsfähigkeit trotz Schmerzreduktion wäre eine zusätzliche neuropsychologische Beurteilung induziert (Urk. 7/41/23 f.).

E. 3.8

Am 3. Januar 2012 lief die Beschwerdeführerin die Treppe hinunter, um Holz zu holen, rutschte dabei aus und fiel rückwärts auf die Treppenstufen (Unfallmeldung vom 12. Januar 2012, Urk. 7/55/179). Im Auftrag der SUVA wurde am 4. April 2012 ein ambulantes Assessment an der Rehaklinik H.____ durchgeführt. Die untersuchenden Ärzte hielten dabei folgende Diagnosen fest (Urk. 7/55/137):

- Unfall vom 03.01.2012: Treppensturz - HWS-Kontusion - 23.01.2012 MRI der HWS: Mässige Osteochondrose C4 bis C7, leicht aktiviert. Kleine bis höchstens mittelgrosse Diskushernie, begleitend Unkovertebral- und Spondylarthrose. Mässig- bis höhergradige osteodiskale Foraminalstenose C5/6 (eine Reizung der Nervenwurzel C6 rechts wäre erklärt).

- Unfall vom 06. 03.2010: Treppensturz - Status nach Tripod-Fraktur - Status nach offener Reposition und Osteosynthese

- Unfall vom 12/2011: Sturz beim Duschen - Rippenfraktur rechts - konservative Behandlung

Die Ärzte notierten folgende aktuellen Probleme: - Nackenschmerzen ausstrahlend bis Auge links - Schwarze Flecken Augen bei diesen mit unkontrollierten Augenbewegungen - Schwindel - Linksseitige Kopfschmerzen - Kein Geschmack (seit dem ersten Unfall) - Gefühlosigkeit und Einschlafen des linken Armes - Konzentrationsstörungen - Reduziertes Gleichgewicht und Raum Orientierung

Die Ärzte konstatierten, dass hinsichtlich der geklagten Beschwerden ein MRI des Kopfes mit Hämosiderinsequenz zu empfehlen sei, da dies, laut den anamnesehaften

Angaben, weder vor noch nach den Unfällen durchgeführt worden sei. Hinsichtlich der berichteten schwarzen Flecken in beiden Augen und des u.g. Untersuchungsbefundes seien dringend eine ophthalmologische und eine neurologische Konsiliaruntersuchung zu empfehlen. Aufgrund der bestehenden Konzentrationsstörungen, Gedächtnisstörungen, Ratlosigkeit, Verzweiflung und Parathymie sei eine psychosomatische Konsiliaruntersuchung indiziert. Bis zum Abschluss der Abklärungen sei von einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % auszugehen (Urk. 7/55/139).

E. 3.9

Am 11. Mai 2012 führte PD Dr. med. I.____, leitende Ärztin Neuroradiologie des B.____, ein MRI des Schädels durch. Sie notierte, dass kein Hinweis auf posttraumatische Veränderungen vorlägen. In der tiefen weissen Substanz des Centrum semiovale bestünden kleine unspezifische hyperintense Foci linksseitig; diesbezüglich sollten kleine embolische vaskuläre Läsionen (kardiale und vasogene Quelle aus den grossen Halsarterien) ausgeschlossen werden. Es bestehe kein Hinweis auf eine entzündliche Pathologie und keine Sinusvenenthrombose (Urk. 7/55/124).

E. 3.10

Dr. med. J.____, Facharzt für Neurologie FMH, erstattete am 13. August 2012 seinen neurologischen Konsiliarbericht im Auftrag der SUVA (Urk. 7/55/99 ff.). Er hielt fest, dass er aufgrund der Aktenlage eine Schädel- und Wirbelsäulenprellung, ohne begleitende strukturelle Verletzungen des zentralen oder peripheren Nervensystems, nicht nachvollzogen werden könne. Der Eindruck aus den Akten habe bei der aktuellen Untersuchung bestätigt werden können. Die Beschwerdeführerin sei fokal-neurologisch, abgesehen von einer vorbestehenden Sensibilitätsstörung im Bereich des 2. und 3. Trigeminusastes links nach einer Gesichtsschädelfraktur, unauffällig. Die Halswirbelsäule (HWS)

sei bei der aktuellen Untersuchung schmerzfrei normal beweglich gewesen. In der ergänzenden Neurosonographie hätten auch keine Hinweise für eine stattgehabte traumatische Gefässdissektion vorgelegen. Die ergänzenden elektrophysiologischen Untersuchungen hätten weder Hinweise für eine peripher neurogene Schädigung noch für eine radikuläre oder medulläre Läsion ergeben. Aus den Akten der Suva ergebe sich, dass die Beschwerdeführerin nach einem Treppensturz mit Tripod-Fraktur am 6. März 2010 bereits unter gemischten diffus-somatischen und psychischen Symptomen gelitten habe. In Bezug auf den neuerlichen Sturz vom 3. Januar 2012 sei kein unfallkausaler neurologischer Gesundheitsschaden nachweisbar. Die angegebenen Sehstörungen erinnerten am ehesten an so genannte harmlose „mouches volantes“. Diesbezüglich empfehle sich noch eine augenärztliche Ausschlussdiagnostik. Die in der zerebralen MRI beschriebenen Marklagerveränderungen

seien nicht als posttraumatisch zu beurteilen und entsprechen am ehesten unspezifischen unfallfremden mikrovaskulären Veränderungen, beispielsweise im Rahmen eines bislang unerkannten Hypertonus. Bei der aktuellen neurologischen Untersuchung sei der Blutdruck mit 160/90 mmHg leicht erhöht gewesen. Diesbezüglich sollte nochmals hausärztlich kontrolliert und ggfs. eine antihypertensive Behandlung eingeleitet werden (Urk. 7/55/104)

f.).

E. 3.11

Die Ärzte der Augenklinik des B.____ hielten in ihrem von der SUVA eingeholten konsiliarischen ophtalmologischen Untersuchungsbericht vom 31. Oktober 2012 folgende Diagnosen fest (Urk. 7/55/10 f.): - Zirkuläre Gesichtsfeldeinschränkung beidseits - Nahexophorie - Hyperopie und Astigmatismus beidseits - Presbyopie - Siccasymptomatik beidseits - Status nach fokaler Chorioretinitis rechts, differentialdiagnostisch Toxoplasmose - Status nach Treppensturz 6. März 2010 mit Status nach Tripodfraktur und Status nach offener Reposition und Osteosynthese - Status nach Sturz beim Duschen 12/2011 mit C1 Rippenfraktur rechts und anschliessender konservativer Behandlung - Status nach erneutem Treppensturz vom 3. Januar 2012 mit HWS-Kontusion

Die Beschwerdeführerin berichtet über Adaptationsschwierigkeiten insbesondere beim Übergang vom Dunkeln in die Helligkeit, ausserdem klagt sie über Schwindel und „unkontrollierte Augenbewegungen“, zeitweise sehe sie ebenfalls schwarze Punkte. Bei der Untersuchung der Augen an der Spaltlampe finde sich eine leichte Sicca mit einer etwas reduzierten Tränenaufrisszeit. Zusätzlich zeige sich eine leichte chronische Lidrandentzündung. Aufgrund dessen hätte sie eine Befeuchtungstherapie mit Lacrycon UD Augentropfen eingeleitet und sie hinsichtlich einer korrekten Lidrandhygiene instruiert. Die von der Beschwerdeführerin erwähnten schwarzen Punkte könnten mit Glaskörpertrübungen erklärt werden, die die Beschwerdeführerin gelegentlich sehe. Dies sei eine gutartige Veränderung des Glaskörpers und bedürfe keiner weiteren Therapie. Im orthoptischen Status zeige sich eine leichte Nahexophorie, dies könne kompensiert werden und mache keine Beschwerden. Die Sehschärfe in die Ferne betrage mit der entsprechenden Korrektur 1.0. In die Nähe sei sie nicht vollkorrigierbar. Es bestehe volle Binokularfunktion. Sehr auffällig seien die Gesichtsfelduntersuchungen. Diese zeigten beidseits massive konzentrische Einschränkungen, einem Röhrenblick gleichend. Selbstsam sei jedoch, dass die konzentrische Einschränkung des Gesichtsfeldes bei der initialen Untersuchung zugenommen habe, wenn sich die Beschwerdeführerin auf 1 m entfernt habe. In der Regel sollte es gerade umgekehrt der Fall sein, da mit steigender Entfernung die Ausdehnung des Gesichtsfeldes zunehme. Die Gesichtsfelduntersuchung vom 24. Oktober 20

E. 3.12

Dr. med. K.____, hielt in seinem von der Beschwerdeführerin eingeholten Arztbericht vom 23. Dezember 2013 fest, dass die Beschwerdeführerin keine Medikamente nehme. Um die Arbeitsfähigkeit einschätzen zu können, sei eine psychiatrische Beratung und Einschätzung notwendig (Urk. 7/64/5). 4.

Zu prüfen ist vorab die Qualifikation der Beschwerdeführerin und in diesem Zusammenhang, ob sie im Gesundheitsfalle über einen invalidenversicherungsrechtlich relevanten Aufgabenbereich verfügen würde oder die nicht zum ausserhäuslichen Erwerb genutzte restliche Zeit als Freizeit und damit als invalidenversicherungsrechtlich nicht versichert zu werten ist: 4.1

Für den Rentenanspruch finden einzig die Einschränkungen in der Erwerbsfähigkeit und im sogenannten Aufgabenbereich Berücksichtigung, nicht jedoch Freizeitaktivitäten oder alltägliche Lebensverrichtungen. Als Aufgabenbereich der im Haushalt tätigen Versicherten gelten insbesondere die übliche Tätigkeit im Haushalt, die Erziehung der

Kinder sowie gemeinnützige und künstlerische Tätigkeiten (Art. 27 IVV). Darunter fallen praxismässig auch die unentgeltliche Betreuung und Pflege von Familienangehörigen oder ehrenamtliche Engagements (vgl. BGE 130 V 360 E. 3.3), nicht jedoch sportliche Aktivitäten oder Hobbys. Besteht kein Aufgabenbereich, spielt ein erhöhter Zeitbedarf für Alltagsverrichtungen keine Rolle. Solche Einschränkungen wären allenfalls im Rahmen der Hilflosenentschädigung zu prüfen. Andererseits ist im Erwerbsbereich nicht massgebend, was die versicherte Person, wäre sie gesund geblieben, im besten Fall zu erzielen im Stande wäre. Ist aufgrund der gesamten Umstände des Einzelfalls anzunehmen, dass sie sich als Gesunde voraussichtlich dauernd mit einer bescheidenen Erwerbstätigkeit aus freien Stücken begnügen würde, so ist darauf abzustellen (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zürich /Basel/Genf 2014, 3. Aufl., Art. 28a N 71 mit Hinweisen). 4.2

Massgebend ist entsprechend, ob sich die Beschwerdeführerin zusätzlich zur teilzeitlichen Erwerbstätigkeit vor Eintritt des Gesundheitsschadens in einem Aufgabenbereich betätigt hat. Im Protokoll über die Eingliederungsberatung vom 3. April 2012 wurde festgehalten, dass die Beschwerdeführerin klar und mehrmals betont habe, dass sie bei voller Gesundheit nur 50 % arbeiten würde. Sie habe in den letzten Jahren trotz finanziellen Schwierigkeiten auch nur 50 % gearbeitet und würde dies auch jetzt tun. Sie habe genug zu tun im Haus und Garten ihres Partners (Urk. 7/47/4). Auch anlässlich der Haushaltsabklärung führte sie aus, dass sie ohne Gesundheitsschaden weiterhin 50 % gearbeitet hätte (Urk. 7/58/2). Aktuell lebt die Beschwerdeführerin zusammen mit ihrem bereits pensionierten Lebenspartner in einer 2.5-Zimmerwohnung. Hinweise darauf, dass die Beschwerdeführerin einen Aufgabenbereich im Sinne von Art. 27 IVV ausüben würde, wäre sie gesund, liegen keine vor (vgl. Urk. 7/58). Unter diesen Umständen kann nicht vom Vorliegen eines Aufgabenbereichs ausgegangen werden, da die Führung eines Zweipersonenhaushalts nach allgemeiner Lebenserfahrung auch bei einem vollzeitlich Erwerbstätigen anfällt und vom bereits pensionierten Partner auch im Gesundheitsfalle eine Entlastung erwartet werden dürfte. 4.3

Nach dem Gesagten ist mit dem im Sozialversicherungsrecht erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die Beschwerdeführerin ohne Gesundheitsschaden auch im Gesundheitsfall einem 50 %-Pensum nachgehen würde, was auch seitens der Parteien unbestritten blieb (vgl. Urk. 1 S. 5 und Urk. 2). Aufgrund der Qualifikation der Beschwerdeführerin als Teilzeiterwerbstätige ohne Betätigung im Aufgabenbereich kommt vorliegend die gemischte Methode nicht zur Anwendung. Dementsprechend ist für die Invaliditätsbemessung einzig ein Einkommensvergleich vorzunehmen. 5.

Um einen Einkommensvergleich vornehmen zu können, ist vorab zu prüfen, ob die medizinische Aktenlage die Beurteilung des Gesundheitszustandes bzw. der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zulässt und falls ja, in welchem Umfang die Beschwerdeführerin im zeitlichen Ablauf allenfalls eingeschränkt gewesen war. 5.1

Die Beschwerdeführerin meldete sich am 13. September 2010 zum Leistungsbezug an, womit ihr frühestens ab dem 1. März 2011 ein Rentenanspruch zustehen würde (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG).

Das psychiatrische und das neurologische Gutachten vom 30. September bzw. 21. November 2011 erfüllen sämtliche rechtsprechungsgemäss erforderlichen Kriterien für

beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen (vgl. E. 2.5). Sie beruhen auf fachärztlichen Untersuchungen durch die Gutachter und wurden in Kenntnis der relevanten Vorakten (Urk. 7/41/4 f.; Urk. 7/41/18) abgegeben. Sie würdigen die vorhandenen Arztberichte sorgfältig

(vgl. Urk. 7/41/4; Urk. 7/41/13; Urk. 7/41/15). Sie berücksichtigen die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden und setzen sich mit diesen hinreichend auseinander. Die Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ist einleuchtend und die Gutachten sind schlüssig. Gestützt auf das psychiatrische und das neurologische Gutachten ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die Beschwerdeführerin ihre angestammte Tätigkeit als Serviceangestellte seit März 2011 in einem Pensum von 50 % (wieder) hätte ausüben können (vgl. E. 3.7).

Auch die behandelnden Ärzte kamen zu keinem anderen Schluss: Dr. C.____ attestierte eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit ab dem 6. Oktober 2010 (E. 3.4). Dr. E.____ und Dr. phil. F.____ hielten dafür, dass seit dem 5. Oktober 2010 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit bestehe (E. 3.5). Dr. G.____ hielt am 26. Januar 2011 fest, dass aus kieferorthopädischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit vorliege (E. 3.6).

Damit ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die Beschwerdeführerin ihre angestammte Tätigkeit spätestens ab März 2011 wieder in ihrem ursprünglichen Pensum von 50 % hätte ausüben können. Entsprechend war sie im Rahmen ihres angestammten Pensums nicht mehr arbeitsunfähig und erlitt sie keine Erwerbseinbusse. Da die Beschwerdeführerin über keinen invalidenversicherungsrechtlich relevanten Aufgabenbereich verfügt und sie ab März 2011 keine Erwerbseinbusse erlitt, betrug der Invaliditätsgrad spätestens ab dem 1. März 2011 0 %. 5.2

Zu prüfen bleibt, ob sich der Gesundheitszustand ab März 2011 bis zum Verfügungserlass verschlechterte. Diesbezüglich ist festzuhalten, dass das Wartjahr im Sinne von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG i.V.m. Art. 29 ter IVV neu zu laufen beginnt (vgl. Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zürich/Basel/Genf 2014, 3. Aufl., Art. 28 N 35 mit Hinweisen).

Im Protokoll über die Eingliederungsberatung vom 3. April 2012 wurde festgehalten, dass die Beschwerdeführerin angab, seit Ende November 2011 drei weitere Unfälle gehabt zu haben. Am 27. November 2011 sei sie in der Dusche ausgerutscht, im Dezember sei sie die Treppe hinunter untergestürzt (nur der Hausarzt sei informiert) und am 3. Januar 2012 sei sie wiederum die Treppe hinunter gestürzt (Urk. 7/47/3).

Die SUVA übernahm für den Sturz vom 3. Januar 2012 die Kosten für die Heilbehandlung und erbrachte Taggeldleistungen (Urk. 7/55/178) bis zum 1. Dezember 2012 (Schreiben vom 13. November 2012, Urk. 7/55/7). Die Ärzte der Rehaklinik H.____ hielten in ihrem Bericht vom 4. April 2012 fest, dass bis zum Abschluss von weiteren Untersuchungen eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit zu attestieren sei (E. 3.8). Gestützt auf das MRI vom 11. Mai 2012 (E. 3.9), die neurologische Beurteilung von Dr. J.____ (E. 3.10) sowie die augenärztlichen Untersuchungen vom 11. September und 24. Oktober 2012 (E. 3.11) sind keine gesundheitlichen Verschlechterungen im Vergleich zum Gesundheitszustand vor dem Sturz vom 3. Januar 2012 bzw. zum Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. Y.____ und Dr. Z.____ auszumachen:

Aus neurologischer Sicht hielt Dr. J. ___ fest, dass die Beschwerdeführerin fokal-neurologisch, bis auf die vorbestehende Sensibilitätsstörung im Bereich des 2. und 3. Trigeminusastes links nach der Gesichtsschädelfraktur, unauffällig sei. Die im MRI beschriebenen zentralen Marklagerveränderungen seien nicht als posttraumatisch zu beurteilen und entsprächen am ehesten unspezifischen unfallfremden mikrovaskulären Veränderungen (E. 3.10). Damit ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin aus neurologischer Sicht spätestens am 13. August 2012 (Bericht von Dr. J. ___) wieder dem Gesundheitszustand vor dem Unfall vom 3. Januar 2012 entsprach, womit der Beschwerdeführerin aus neurologischer Sicht seither mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine 50%ige Arbeitsfähigkeit als Servicemitarbeiterin wieder zumutbar war (E. 3.10).

Nach den augenärztlichen Untersuchungen hielten die Ärzte des B. ___ fest, dass kein morphologisches Korrelat für die beschriebenen Gesichtsfeldanomalien habe nachgewiesen werden können. Zusammenfassend seien die Angaben der Beschwerdeführerin und die erhobenen Befunde inkohärent und nicht eindeutig einem Krankheitsbild zuzuordnen. Weitere andauernde erhebliche Einschränkungen notierten die Ärzte keine (E. 3.11).

Entsprechend ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass allfällige Unfallfolgen des Sturzes vom 3. Januar 2012 - wie von der SUVA festgehalten - spätestens am 1. Dezember 2012 wieder vollumfänglich abgeheilt gewesen waren und der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin danach, wie sowohl von den behandelnden als auch begutachtenden Ärzten früher festgehalten (vgl. E. 5.1), wieder eine Tätigkeit als Serviceangestellte in einem 50%-Pensum zulässig. Entsprechend ist spätestens ab dem 1. Dezember 2012 wieder von einem rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 0 % auszugehen.

Ein Anspruch auf eine befristete Rente ist ebenfalls zu verneinen, da die Beschwerdeführerin maximal während 11 Monaten höhergradig eingeschränkt gewesen war und das Wartejahr im Sinne von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG entsprechend nicht abgelaufen war. 5.3

Vollständigkeitshalber ist festzuhalten, dass der somatische Gesundheitszustand sich anhand der im Recht liegenden Akten abschliessend beurteilen lässt und sich weitere Abklärungen entgegen den Ausführungen der Beschwerdeführerin erübrigen: Soweit die Beschwerdeführerin ausführt, dass entsprechend den Empfehlungen der untersuchenden Augenärzte des B. ___ eine elektrophysiologische Untersuchung angezeigt gewesen wäre, ist darauf hinzuweisen, dass sowohl Dr. Z. ___ als auch Dr. J. ___ eine solche vorgenommen hatten. Dr. Z. ___ konstatierte diesbezüglich, dass die elektrophysiologischen Untersuchungen die Beschwerden nicht objektivieren liessen (vgl. E. 3.7.2), und Dr. J. ___ führte aus, dass die elektrophysiologischen Untersuchungen weder Hinweise für eine peripher neurogene Schädigung noch für eine radikuläre oder medulläre Läsion ergeben hätten (vgl. E. 3.11).

Aus psychiatrischer Sicht ist festzuhalten, dass Alkoholismus für sich allein keine Invalidität im Sinne des Gesetzes begründet. Vielmehr wird er invaliden versicherungsrechtlich erst relevant, wenn er eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt hat, in deren Folge ein körperlicher, geistiger oder psychischer, die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden eingetreten ist, oder wenn er selber Folge eines körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheitsschadens ist, dem Krankheitswert

zukommt (Urteil des Bundesgerichts 8C_694/2008 vom 5. März 2009 E. 2). Dabei ist das ganze für die Alkoholsucht massgebende Ursachen- und Folgespektrum in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen, was impliziert, dass einer allfälligen Wechselwirkung zwischen Sucht mittelabhängigkeit und psychischer Begleiterkrankung Rechnung zu tragen ist (Urteile des Bundesgerichts I 758/01 vom 5. November 2002 E. 3.2, und I 390/01 vom 19. Juni 2002 E. 2b). Dr. Y. ___ berücksichtigte einen allfälligen übermässigen Alkoholkonsum, verneinte allerdings einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. E. 3.7.1). Dass diesbezüglich eine invalidenversicherungs rechtlich relevante Verschlechterung vorliegt, ist - gerade unter Berücksichtigung, dass in den neueren Berichten keine Hinweise auf eine allfällige Alkoholproblematik bestehen (E. 3.8-3.12) und sie sich gemäss eigenen Angaben nicht in psychiatrischer Behandlung befindet (vgl. Schreiben vom 18. Oktober 2013, Urk. 7/62) - nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt. 5.4

Damit erweist sich die Verfügung im Resultat als richtig und die Beschwerde ist vollumfänglich abzuweisen. 6.

Gestützt auf Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert unter Berücksichtigung des gesetzlichen Rahmens (Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.--) auf Fr. 800.-- festzusetzen und der unterliegenden Beschwerdeführer in aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsdienst Inclusion Handicap - 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 Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin HurstSchwegler

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).

E. 12

habe dieses Phänomen nicht mehr gezeigt . Ein morphologisches Korrelat für die beschriebenen Gesichtsfeldanomalien hätten sie nicht nachweisen können .

Zusammenfassend seien die Angaben der Beschwerdeführerin

und die erhobenen Befunde inkohärent und nicht eindeutig einem Krankheitsbild zuzuordnen. Zur weiteren Abklärung könnten elektrophysiologische Tests (z. B. mERG) von Nutzen sein (Urk. 7/55/11).

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