

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00998 vom 31. Januar 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-01-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00998

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00998 du 31 janvier 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00998 del 31 gennaio 2017

Erwägungen

E. 1

Die 1957 geborene X.____ hat eine Ausbildung zur Pharma-Assistentin abgeschlossen und war zuletzt von 1989 bis 2009 selbstständig als Geschäftsleiterin des Y.____ erwerbstätig (Urk. 8/15). Am 22. Mai 2001 wurde sie erstmals aufgrund eines Hirntumors operiert (Urk. 8/1/2). Zwei weitere Operationen folgten am 26. Januar 2006 (Urk. 8/57/40) und 8. November 2012 (Urk. 8/57/43). Am 11. Juli 2012 meldete sich die Versicherte unter Hinweis auf ein Meningeom am Tuber culum sellae, einer Erblindung des linken Auges sowie teilweise nicht möglichem Aufenthalt in künstlich beleuchteten Räumen bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 8/4/6).

Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, gewährte nach einem Standortgespräch (Urk. 8/8) Beratung und Unterstützung bei der Stellen suche (Urk. 8/14; Urk. 8/26). Es gelang jedoch innert angemessener Frist nicht, die Versicherte in den Arbeitsmarkt zu integrieren, weshalb die IV-Stelle die Arbeitsvermittlung am 13. Juli 2012 abschloss (Urk. 8/37). Sie holte in der Folge einen Auszug aus dem individuellen Konto der Versicherten (IK-Auszug; Urk. 8/2) sowie medizinische Unterlagen ein (Urk. 8/1; Urk. 8/40 f.; Urk. 8/45). Ferner wurde eine polydisziplinäre medizinische Untersuchung in Auftrag gegeben (Gutachten vom 19. Mai 2014; Urk. 8/57). Mit Vorbescheid vom 3. Juli 2014 teilte die IV-Stelle mit, dass sie gedenke, das Leistungsbegehren abzuweisen (Urk. 8/62). Dagegen erhob X.____ unter Beilage weiterer Arztberichte (Urk. 8/74) mit Eingabe vom 9. September 2014 Einsprache (richtig: Einwand; Urk. 8/67). Nach Eingang der Stellungnahme der Gutachter (Urk. 8/79) sowie des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; Urk. 8/86/3) verfügte die IV-Stelle am 21. August 2015 im angekündigten Sinne (Urk. 8/87 = Urk. 2).

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]). 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. 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 her stellen, 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.

E. 1.3

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. Recht spre chungs gemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein see lisches Leiden mit Krankheitswert besteht, welches die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenaus schliessendes Erwerbs einkommen 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. Novem ber 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 Bundes ge richts 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 Krank heit 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 unbe sehen 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 Rest arbeits fähigkeit 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. 1.4

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und ge gebenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beur teilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätig keiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Be urteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

E. 1.5

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

E. 2

Hiergegen erhob X.____ am 24. September 2015 Beschwerde und beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung sowie die Zusprache der ihr von Gesetzes wegen zustehenden Invalidenrente. In prozessualer Hinsicht ersuchte sie um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege (Urk. 1 S. 2). Die IV-Stelle schloss in ihrer Beschwerdeantwort vom 26. Oktober 2015 (Urk. 7) auf Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführerin mit gerichtlicher Verfügung vom 10. November 2015 (Urk. 9) zur Kenntnis gebracht wurde. Zugleich wurde das Gesuch um unentgeltliche Prozessführung bewilligt.

Mit Replik vom 1. März 2016 änderte die Beschwerdeführerin ihre Rechtsbehauptungen dahingehend, dass sie nun statt der Zusprache einer Invalidenrente beantragte, die Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zurück zuweisen, damit diese nach ergänzend durchgeführten Abklärungen neu über den Rentenantrag entscheide (Urk. 13 S. 2). Mit Schreiben vom 30. März 2016 (Urk. 15) verzichtete die IV-Stelle auf das Einreichen einer Duplik. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die IV-Stelle hielt in der angefochtenen Verfügung gestützt auf das polydisziplinäre Gutachten der Z.____ GmbH fest, dass der Invaliditätsgrad 30 % betrage und somit kein Anspruch auf eine Invalidenrente bestehe. In Bezug auf die von der Beschwerdeführerin im Einwandverfahren eingereichten Unterlagen äusserte sich die IV-Stelle dahingehend, dass die von Dr. med. A.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischen Gründen aus ärztlicher Sicht aufgrund der gestellten psychiatrischen Diagnose und mit Blick auf die im Gutachten des Z.____ abgeklärten somatischen Beschwerden nicht nachvollzogen werden könne. Es lägen keine medizinischen Tatsachen vor, welche eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes begründen würden. Aus dem neuropsychologischen Bericht vom 25. November 2014 gehe zudem hervor, dass keine namhaften kognitiven Einschränkungen bestehen würden, weshalb eine zusätzliche neuropsychologische Abklärung nicht angezeigt sei (zum Ganzen Urk. 2 S. 2).

E. 2.2

In ihrer Beschwerdeschrift vom 24. September 2015 machte die Versicherte geltend, dass sie mit der Einschätzung der noch vorhandenen Arbeitsfähigkeit nicht einverstanden sei. Sie leide an neuropsychologischen Defiziten, was denn auch durch Prof. Dr. med. B.____, Facharzt für Neurologie, so festgestellt worden sei. Ebenso gehe aus dem Bericht der C.____ AG hervor, dass die Beschwerdeführerin ein verlangsamtes Arbeitstempo aufweise und im ersten Arbeitsmarkt nicht arbeitsfähig sei. Anlässlich der Begutachtung durch die Z.____ sei keine neuropsychologische Begutachtung durchgeführt und die bei ihr vorliegenden psychischen Beeinträchtigungen seien nur ungenügend gewürdigt worden. Aus diesen Gründen scheine der Sachverhalt in medizinischer Hinsicht nur ungenügend abgeklärt worden zu sein (Urk. 1 S. 3 f.).

In ihrer Replik vom 1. März 2016 führte die Versicherte zusätzlich an, dass sie mit der Feststellung im Gutachten, wonach bloss eine leichte depressive Episode vorliege, nicht einverstanden sei. Es handle sich um eine mittelgradige depressive Episode, bei der nicht von vornherein gesagt werden könne, dass diese die Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtige (Urteil des Bundesgerichts 9C_980/2010 vom 20. Juni 2011). Dass die Beschwerdeführerin durch ihre psychischen Beeinträchtigungen in ihrer Arbeitsfähigkeit gestört sei, werde vom behandelnden Arzt Dr. A.____ bestätigt. Ebenso sei die untersuchende Diplompsychologin H.____ zum Schluss gekommen, dass bei der Beschwerdeführerin eine mittelgradige depressive Episode gemäss ICD-10 F.32.3 vorliege. Es sei zudem zumindest ein leichter Leistungsabfall zu beobachten gewesen und das Arbeitstempo der Beschwerdeführerin sei deutlich verlangsamt. Dabei handle es sich um objektiv feststellbare Befunde, welche auf die geklagte Konzentrations- sowie Affektbeeinträchtigung und die nicht mehr vorhandene Belastbarkeit schliessen liessen. Die psychiatrische Einschätzung im Gutachten der Z.____ sei daher nicht nachvollziehbar, weshalb nicht darauf abgestellt werden könne. Aufgrund des unvollständigen Sachverhalts sei die Angelegenheit zur psychiatrischen Begutachtung an die Beschwerdeführerin zurückzuweisen, damit diese hiernach über den Rentenanspruch neu befunde (zum Ganzen Urk. 13 S. 3 f.).

E. 3.1

Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin lässt sich wie folgt zusammenfassen:

Gemäss Schreiben von Prof. Dr. D.____, Facharzt für Neurochirurgie, vom 5. Juni 2001 (Urk. 8/1/3) wurde bei der Beschwerdeführerin ein Meningeom am Tuberculum sellae im Inneren des Canalis nervi optici, medial am Keilbeinflügel links, mit massiver Kompression des linken Sehnerven diagnostiziert. Anlässlich der Operation vom 22. Mai 2001 erfolgte eine Freilegung und weitgehende Exstirpation des Tumors.

Nach weiteren Untersuchungen stellte Prof. Dr. D.____ am 25. November 2004 sodann folgende Diagnosen (Urk. 8/1/11): - Status nach subtotaler, transkranieller Operation eines Meningeoms am Tuberculum sellae mit starker Adhäsion am Chiasma und beiden Sehnerven - Tumorrest am Processus clinoideus anterior links und im Innern des linken Sehnerven Kanals. Kleines Meningeom an der Konvexität links parietal. Alle diese Tumoren haben sich seit der Operation radiologisch nicht vergrössert. - Arachnoidalzyste links temporal - Status nach Halswirbelsäulentrauma 1988 - Osteochondrose der traumatisierten Halswirbelsäule, radikuläre Symptomtome im Bereich des Segmentes C8 rechts

E. 3.2

Dem Schreiben des E.____, Klinik für Radio-Onkologie, vom 18. Mai 2007 lassen sich folgende Diagnosen entnehmen (Urk. 8/1/17): - Meningeom Tuberculum sellae links, Erstdiagnose (ED) 5/01 - Status nach Resektion 23. Mai 2001 - Resttumor mit Tangierung des linken N. opticus und das Chiasma opticum bis an den rechten N. opticus - Grössenprogredienz im MRI 3/06 - Status nach Totalresektion eines links peritoccipital gelegenen Konvexitäts-Meningeom 1/06

E. 3.3

PD Dr. med. F.____, Neurochirurgie Klinik O.____, untersuchte die Versicherte am 20. Februar 2013 nach einer weiteren Operation (vgl. Urk. 8/40/7). Die durchgeführte

MRI-Untersuchung zeige einen regelrechten postoperativen Befund ohne Hinweise auf Rest- oder Rezidivtumor im Operationsgebiet. Das linksseitige Tuberculum sellae Meningeom zeige sich unverändert. Die Versicherte habe sich abgesehen von einer leichten Hypästhesie im Bereich der Operationsnarbe gut erholt (Urk. 8/40/6).

E. 3.4

Dr. med. G.____, Fachärztin für Ophthalmologie, benannte in ihrem Bericht vom 20. August 2013 folgende Diagnosen (Urk. 8/45/1): - Tuberculum sellae Meningeom seit 05/01 - Status nach Resektion 05/01 - Status nach Radiotherapie 07 - Status nach Exstirpation Konvexitätsmeningeom links 01/06 - Status nach Exstirpation pariteales Meningeom rechts 11/12

In Bezug auf die bei der Versicherten vorliegenden körperlichen Einschränkungen wies Dr. G.____ auf das blinde linke Auge, das linksseitig eingeschränkte Gesichtsfeld sowie die reduzierte Stereopsis hin. Zur Arbeitsfähigkeit äusserte sie sich hingegen nicht konkret beziehungsweise machte eine Beurteilung von weiteren Abklärungen abhängig (Urk. 8/45/2 f.).

E. 3.5.1

Dem polydisziplinären Gutachten der Z.____

vom 19. Mai 2014 können die folgenden Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit entnommen werden (Urk. 8/57/22 f.): - Visusverminderung, fehlendes Stereosehen und eingeschränktes Gesichtsfeld links - komplette Optikusatrophie nach Meningeom links (ICD-10 H48.0) - anlagebedingte Fehlsichtigkeit beidseits (Hyperopie, Astigmatismus) (ICD-10 H50.0, H52.2) - Alterssichtigkeit beidseits (ICD-10 H52.5) - Aussenschielen links (ICD-10 H50.1) - chronische Benetzungsstörung beidseits (ICD-10 H19.3) - beginnende Linsentrübung beidseits (ICD-10 H25.0) - Meningeomatosis (ICD-10 D32.0) - Tuberculum sellae-Meningeom links - Status nach partieller Exstirpation mittels fronto-temporaler osteoplastischer Kraniotomie am 22. Mai 2001 - Status nach perkutaner Radiotherapie des Chiasma/N. opticus mit 54 Gy 03/07 bis 05/07 - im Verlauf Befundkonstanz des Rest-Meningeoms mit Kompressionswirkung auf den N. opticus und Ummauerung der Carotis (MRI 02/14) - residuell: Amaurosis links - Status nach Exstirpation eines Konvexitäts-Meningeoms parieto-okzipital links 01/06 - Status nach Exstirpation eines hochparietalen postzentralen Meningeoms rechts am 8. November 2012

E. 3.5.2

Gemäss Gutachten haben hingegen folgende Diagnosen keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit der Versicherten (Urk. 8/57/24): - leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) - chronisches zervikovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.2) - radiologisch erhebliche degenerative Veränderungen HWK5/6/7 mit foraminale Verengung links (MRI 22. August 2007) - weitgehend freie Beweglichkeit der HWS und deutliche Verspannung des Trapezius - episodisches Spannungstyp-Kopfweg (ICD-10 G44.2) - Adipositas, BMI 30 kg/m² (ICD-10 E66.0) - chronischer Nikotinabusus, circa 35 py (ICD-10 F17.1) - leicht erhöhte Entzündungsparameter unklarer Aetiologie (ICD-10 R79) - Differentialdiagnose (DD) bei interkurrentem Infekt - rezidivierende Episoden mit Schlechtsein und Unsicherheitsgefühl unklarer Ursache - keine Anhaltspunkte für Epilepsie

E. 3.5.3

Die Beurteilung der Gutachter in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin stellte sich sodann wie folgt dar (Urk. 8/57/25):

Aus ophthalmologischer Sicht finde sich eine Optikusatrophie am linken Auge, die praktisch zu einer Erblindung geführt habe. Am – funktionell letzten – rechten Auge bestehe eine beginnende Linsentrübung und eine chronische Benetzungstörung, die eine geringe Sehschärfereduktion verursacht habe. Aufgrund der Monokelsituation bestehe kein Stereosehen. Ausserdem sei das Gesichtsfeld links fast komplett eingeschränkt. Aus ophthalmologischer Sicht bestehe dadurch eine 30%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für alle in der freien Wirtschaft verwertbaren beruflichen Tätigkeiten mit durchschnittlicher Anforderung an die Sehfähigkeit, beispielsweise auch im angestammten kaufmännischen Bereich. Aufgrund des fehlenden Stereosehens und der Gesichtsfeldeinschränkung seien potentiell gefährliche Arbeitsplätze für die Explorandin nicht geeignet. Durch eine spezifisch der Sehbehinderung angepasste Tätigkeit mit entsprechenden Hilfen könnte eine leicht höhere Arbeitsfähigkeit von 80 % erreicht werden. Der erhöhte Pausenbedarf würde in geringem Umfang bleiben.

Aus orthopädischer Sicht finde sich keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Die angestammte Tätigkeit sei der Explorandin trotz des chronischen zervikovertebralen Schmerzsyndroms aus gutachterlicher Sicht zumutbar. Aufgrund der allgemeinen körperlichen Konstitution seien lediglich andauernd schwere Tätigkeiten für die Explorandin eher ungeeignet.

Aus neurologischer Sicht bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit durch die Sehverminderung links, welche ursprünglich durch die Meningeomatose verursacht worden sei. Eine darüber hinausgehende Einschränkung bestehe aus neurologischer Sicht nicht.

Aus psychiatrischer Sicht liege keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor. Die leichte depressive Episode wirke sich nicht einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit aus. Der Explorandin könne es aus psychiatrischer Sicht zugemutet werden, die nötige Willensanstrengung aufzubringen, um einer ihren körperlichen Einschränkungen angepassten Tätigkeit ganztags und ohne Leistungseinschränkung nachgehen zu können.

Auch aus allgemeininternistischer Sicht fänden sich keine weiteren Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Insgesamt könne somit aus polydisziplinärer Sicht eine Arbeits- respektive Leistungsfähigkeit von 70 % in der angestammten Tätigkeit festgestellt werden. Lediglich körperlich schwer belastende Tätigkeiten seien für die Explorandin nicht geeignet. In einer mit Sehhilfen unterstützten Tätigkeit könne die Arbeitsfähigkeit von 80 % erreicht werden.

E. 3.5.4

Ergänzend führten die Gutachter aus, dass es schwierig sei, die Arbeitsfähigkeit der Versicherten aufgrund der vorliegenden Unterlagen zu einem früheren Zeitpunkt retrospektiv gesehen mit Sicherheit zu beurteilen. Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit von 70-80 % gelte demnach mit Sicherheit ab dem Zeitpunkt der Untersuchung im April 2014 und sei wahrscheinlich seit November 2012 anzunehmen. Höhergradig und länger dauernd sei die Arbeitsfähigkeit in der Vergangenheit nicht eingeschränkt gewesen (Urk. 8/57/25). Im Haushalt bestehe ferner bei freier Zeiteinteilung und in vertrauter Umgebung keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/57/26). Im Vergleich zur Selbsteinschätzung der Versicherten, welche sich ein Arbeitspensum von mindestens 50 %

- je nach Arbeitsplatz eventuell auch von 100 % - vorstellen könne, bestünde schliesslich keine grosse Diskrepanz zur Einschätzung der Gutachter (Urk. 8/57/26).

E. 3.6

Dr. med. A.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, benannte in seinem Bericht vom 27. Dezember 2014 nachstehende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/74/1): - Rezidivierende depressive Störung, aktuell leichte bis mittelschwere Episode, in Abheilung, bestehend seit Kindheit (ICD-10 F33.11) - unklare organische Beeinträchtigung bei Status nach drei neurochirurgischen Eingriffen und Status nach Nachbestrahlung, zu quantifizieren mittels neuropsychiatrischer Untersuchung - Meningeomatoses

Er führte sodann aus, dass X.____ aktuell gemäss Aussagen ihrer Angehörigen persönlichkeitsverändert sei. Zudem sei sie subjektiv sowie nach Aussagen der Angehörigen auch objektiv vermindert belastbar und in ihrer Konzentration eingeschränkt. Von der Belastbarkeit her habe sich gezeigt, dass die Versicherte nach einer Stunde Tätigkeit rasch ermüde und ihre Konzentration nachlasse (Urk. 8/74/1). Aufgrund der Befunde sei sie aus psychoorganischen Gründen nur noch circa 25-30 % erwerbsfähig. Für die zuletzt ausgeführte Tätigkeit als Pharma-Assistentin / Sachbearbeiterin bestehe seit dem 29. August 2014 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischen Gründen (Urk. 8/74/2). Mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit könne eher nicht - eventuell zu 50 % in angepasster Tätigkeit – gerechnet werden, was allerdings noch ungewiss sei (Urk. 8/74/3).

E. 3.7

Diplompsychologin H.____ stellte mit Schreiben vom 25. November 2014 die Diagnose mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1). Ausreichende klinische Anhaltspunkte für eine behinderungsrelevante, hirnorganisch bedingte kognitive Leistungsminderung gebe es hingegen nicht (Urk. 8/74/12). Der Befund basierte auf zwei psychometrischen Selbsteinschätzungsinstrumenten, welche die Beschwerdeführerin selbstständig ausgefüllt habe (Urk. 8/74/10).

H.____ gegenüber habe die Versicherte im Weiteren geäußert, dass ihre ansonsten als harmonisch beschriebene Partnerschaft durch den jetzigen Gesundheitszustand überschattet sei. Sie vernachlässige ferner zunehmend ihre sozialen Kontakte. Zusätzlich leide sie unter einem massiven Verlust an Selbstvertrauen und könne an manchen Tagen keine Kraft aufbringen, um ihren Alltag zu bewältigen. Dies löse in ihr enorme Ängste aus. Die Versicherte sei nach eigenen Angaben auch zunehmend zerstreut, vergesslich und schwermütig geworden (Urk. 8/74/10).

E. 4.1

Strittig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführerin eine Rente der Invalidenversicherung zusteht beziehungsweise ob ergänzende medizinische Abklärungen vorzunehmen sind.

E. 4.2

Zunächst ist auf die Beweiskraft des Z.____-Gutachtens vom 19. Mai 2014 (vgl. E. 3.5) einzugehen. Dieses entspricht vorliegend in sämtlichen Punkten den praxisgemäss gestellten Anforderungen an den Beweiswert einer Expertise (vgl. E. 1.5). So basiert das Gutachten auf sorgfältigen ophthalmologischen, orthopädischen, neurologischen, psychiatrischen sowie allgemeininterne Untersuchungen. Es ist demnach für die

Beantwortung der gestellten Fragen umfassend, gibt es doch detailliert Auskunft über die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin und berücksichtigt dabei die Vorakten sowie die von der Versicherten geklagten Beschwerden. Das Gutachten leuchtet ferner in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge ein. Dem gemäss sind die Schlussfolgerungen der untersuchenden Experten in einer Weise begründet, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann. Es ist schlüssig und nachvollziehbar dargelegt worden, welche Befunde in welchem Ausmass einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit der Versicherten haben. Auf das Gutachten kann somit ohne weiteres abgestellt werden (vgl. auch die Stellungnahme des RAD vom 23. Juni 2014; Urk. 8/72/3 f.).

E. 4.3

Den Beweiswert des Z.____-Gutachtens vermögen auch die von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Einwände nicht zu schmälern. So stützt jene ihre Argumentation, dass die psychiatrische Einschätzung im Gutachten nicht nachvollziehbar sei, massgeblich auf den Arztbericht von Dr. A.____ (vgl. E. 3.6) und die Stellungnahme von H.____ (vgl. E. 3.7) ab (Urk. 13 S. 3 f.).

Im Unterschied zum Z.____-Gutachten hat Dr. A.____ bei der Beschwerde führen eine rezidivierende depressive Störung bei aktuell leichter bis mittelgradiger Episode diagnostiziert, welche sich in Abheilung befindet (ICD-10 F33.11; Urk. 8/74/1). Hierzu ist zu bemerken, dass die Diagnose offenbar massgeblich auf den Aussagen von X.____, welche sich wiederum auf solche ihrer Angehörigen bezieht, basiert (Urk. 8/74/1). Hinzu kommt, dass der Arzt bezieht in punkto Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin Widersprüche enthält. Zunächst wird die aufgrund der Befunde verbliebene Erwerbsfähigkeit auf 30 % festgesetzt (Urk. 8/74/2 Ziff. 1.4), bei einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit (Ziff. 1.6 f.), und schliesslich wird von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit gesprochen (Ziff. 1.9). Der Bericht von Dr. A.____ vermag das Z.____-Gutachten vor diesem Hintergrund klarerweise nicht in Zweifel zu ziehen, zumal auch noch hinzukommt, dass Dr. A.____ als behandelnder Arzt aufgrund seiner auftragsrechtlichen Vertrauensstellung eher zugunsten der Versicherten aussagen wird (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.5), weshalb seine Aussagen ohnehin mit gewissem Vorbehalt zu würdigen sind.

Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin überzeugt auch die Stellungnahme der Diplompsychologin H.____ (Urk. 8/74/8) nicht. Ihrer Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1) liegt im Wesentlichen ebenfalls die subjektiv empfundene Beeinträchtigung der Versicherten zugrunde. Die Diagnose stützt sich namentlich auf zwei psychometrische Selbsteinschätzungsinstrumente (SCL-90-R – Die Symptom-Checkliste und Beck-Depressionsfragebogen BDI-II; Urk. 8/74/10). Auf dieser Basis und den wenigen objektiven Feststellungen etwa hinsichtlich des verlangsamtten Arbeitstempoes sowie des leichten Leistungsabfalls (Urk. 8/74/8 f.) kann die gestellte Diagnose jedenfalls nicht schlüssig nachvollzogen werden.

Zusammenfassend vermögen die von der Beschwerdeführerin eingereichten Unterlagen somit keine Zweifel an der Beweiskraft des Gutachtens zu wecken. In Übereinstimmung mit jenem ist demnach von einer (mindestens) 70%igen Arbeitsfähigkeit der Versicherten auszugehen (vgl. E. 3.5.4). Der auf dieser Feststellung basierende Einkommensvergleich der IV-Stelle (Urk. 8/61/1) wurde von der Beschwerdeführerin nicht beanstandet. Es kann

in diesem Zusammenhang auch offen gelassen werden, ob bei der Berechnung des Validitätswertes allenfalls auf den IK-Auszug (Urk. 8/2) hätte abgestellt werden muss, da der Invaliditätsgrad in diesem Fall infolge des geringen Einkommens der Versicherten noch deutlich tiefer - und damit zu ihren Ungunsten - ausgefallen wäre. Im Übrigen bleibt festzuhalten, dass selbst in Anbetracht eines allenfalls diskutablen Leidensabzuges in Höhe von 10 % kein Invaliditätsgrad von mindestens 40 % resultieren würde, der einen Anspruch auf eine Invalidenrente zur Folge hätte.

E. 4.4

Unabhängig von den obigen Erwägungen bleibt ergänzend anzufügen, dass selbst einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1) – wie sie von H. ___ diagnostiziert wurde (vgl. E. 3.7) - grundsätzlich keine invalidisierende Wirkung zukommt. Nach der jüngeren bundesgerichtlichen Rechtsprechung fallen leichte bis mittelgradige depressive Störungen rezidivierender oder episodischer Natur einzig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent sind. Nur in dieser - seltenen, da nach gesicherter psychiatrischer Erfahrung Depressionen im Allgemeinen therapeutisch gut angebar sind - gesetzlich verlangten Konstellation sei den normativen Anforderungen des Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG für eine objektivierende Betrachtungs- und Prüfungsweise Genüge getan. Ein solcher Sachverhalt müsse überwiegend wahrscheinlich und dürfe nicht lediglich nicht auszuschliessen sein. Zudem müsse die Therapie in dem Sinne konsequent gewesen sein, als die aus fachärztlicher Sicht indizierten zumutbaren (ambulanten und stationären) Behandlungsmöglichkeiten in kooperativer Weise optimal und nachhaltig ausgeschöpft worden sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_434/2016 und 9C_530/2016 vom 14. Oktober 2016 mit Hinweisen unter anderem auf BGE 140 V 193 E. 3.3).

Im vorliegenden Fall handelt es sich offenkundig um keine therapieresistente Depression. Einerseits stellt die Beschwerdeführerin selbst keine Behauptungen in diese Richtungen auf, andererseits lassen sich auch den medizinischen Unterlagen keine Hinweise auf eine Therapieresistenz entnehmen. Vielmehr sollen die psychischen Beschwerden laut Dr. A. ___ weiterhin mit entsprechenden Medikamenten behandelt werden (Urk. 8/74/2 Ziff. 1.5; vgl. auch Urk. 8/57/26 Ziff. 6.7). In Nachachtung der oben zitierten bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist aus diesen Gründen davon auszugehen, dass den psychischen Leiden der Beschwerdeführerin im konkreten Fall keine invalidisierende Wirkung zukommt. Entgegen der Auffassung der Versicherten (Urk. 13 S. 2 u. 4) besteht aufgrund der beweiskräftigen medizinischen Aktenlage folglich auch kein weiterer Abklärungsbedarf (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. Urteil des Bundesgerichtes 8C_468/2007 vom 6. Dezember 2007 E. 5.2.2 mit Hinweisen).

E. 4.5

Zusammenfassend lässt sich demnach festhalten, dass die Beschwerdegegnerin gestützt auf das polydisziplinäre Z. ___ -Gutachten berechtigerweise den Anspruch der Versicherten auf eine Invalidenrente verneint hat. Mit Blick auf die psychischen Beschwerden liegt davon abgesehen aufgrund der Aktenlage ohnehin kein invalidisierender Gesundheitsschaden im Sinne des Gesetzes und der einschlägigen bundesgerichtlichen Rechtsprechung vor, weshalb auf weitere medizinische Abklärungen verzichtet werden kann.

Die angefochtene Verfügung ist somit nicht zu beanstanden und die Beschwerde demzufolge abzuweisen.

E. 5.1

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 600.-- anzusetzen. Ausgangsgemäss sind sie der Beschwerdeführerin aufzuerlegen.

E. 5.2

Mit gerichtlicher Verfügung vom 10. November 2015 (Urk. 9) wurde der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Prozessführung gewährt. Die ihr auferlegten Gerichtskosten sind demnach einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

Kommt die Beschwerdeführerin künftig in günstige wirtschaftliche Verhältnisse, so kann sie das Gericht zur Nachzahlung der Auslagen für die unentgeltliche Rechtspflege verpflichten (§ 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht [GSVGer]).
Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt, zu Folge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 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
Der Gerichtsschreiber Spitzwüsch

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