

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00886 vom 28. Juni 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-06-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00886

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00886 du 28 juin 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00886 del 28 giugno 2017

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1978, war vom 1. Mai 2011 bis 30. April 2014 als Germanistiklehrerin in einem 80%-Pensum in der Y.____ tätig und übernahm intern ab 1. Mai 2014 die Stelle als Geschäftsleitungsassistentin und wissenschaftliche Mitarbeiterin Qualitätsmanagement (Urk. 7/16/2). Nachdem sich die Versicherte erstmals am 17. November 2005 zum Leistungsbezug bei der Invalidenversicherung angemeldet, ihr Gesuch jedoch am 30. April 2006 wieder zurückgezogen hatte (Urk. 7/1; Urk. 7/9), meldete sie sich am 25. März 2014 unter Hinweis auf eine Epilepsie und eine Erschöpfungsdpression bei der Invalidenversicherung erneut zum Leistungsbezug an (Urk. 7/12). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische und erwerbliche Situation ab, zog die Akten der Krankentagegeldversicherung der Versicherten bei (Urk. 7/21) und liess die Versicherte durch den Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) psychiatrisch (Urk. 7/54) und neurologisch (Urk. 7/55) abklären.

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 7/43; Urk. 7/44; Urk. 7/52; Urk. 7/63) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 21. Juni 2016 einen Anspruch auf IV-Leistungen (Urk. 7/65 = 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).

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

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken.

Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein seelisches Leiden mit Krankheitswert besteht, welches die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein renten ausschliessendes 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. 1.3

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. 1.4

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Be schwerdefall 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 arbeits unfähig 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).

E. 1.5

Die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Art. 59 Abs. 2 bis IVG). Nach Art. 49 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) beurteilen die RAD die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs. Die geeigneten Prüfmethoden können sie im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz und der allgemeinen fachlichen Weisungen des Bundesamtes frei wählen (Abs. 1). Die

RAD können Versicherte bei Bedarf selber ärztlich untersuchen. Sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest (Abs. 2; Urteil des Bundesgerichts 9C_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweis auf BGE 135 V 254 E. 3.5).

Die Funktion interner RAD-Berichte besteht darin, aus medizinischer Sicht – gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und zu würdigen, wo zu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen sei. Sie würdigen die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht (Urteil des Bundesgerichts 9C_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweisen).

RAD-Berichte sind versicherungsinterne Dokumente, die von Art. 44 ATSG betreffend Gutachten nicht erfasst werden; die in dieser Norm vorgesehenen Verfahrensregeln entfalten daher bei Einholung von RAD-Berichten keine Wirkung (Urteil des Bundesgerichts 8C_385/2014 vom 16. September

2014 E. 4.2.1 mit Hinweis auf BGE 135 V 254 E. 3.4).

Praxisgemäss kommt einer reinen Aktenbeurteilung des RAD im Vergleich zu einer auf allseitigen Untersuchungen beruhenden Expertise, welche auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und die Schlussfolgerungen widerspruchsfrei begründet, nicht der gleiche Beweiswert zu (Urteil des Bundesgerichts 8C_971/2012 vom 11. Juni 2013 E. 3.4).

Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxisgemässen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1) genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (BGE 137 V 210 E. 1.2.1). Allerdings kann auf das Ergebnis versicherungsinterner ärztlicher Abklärungen – zu denen die RAD-Berichte gehören – nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (Urteil des Bundesgerichts 8C_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4.2 mit Hinweisen auf BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7). 2.

E. 2

Die Versicherte erhob am 23. August 2016 Beschwerde gegen die Verfügung vom 21. Juni 2016 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihr eine ganze, eventuell mindestens aber eine halbe Rente der Invalidenversicherung auszurichten (Urk. 1 S. 2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 26. September 2016 (Urk. 6) die Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführerin am 24. Oktober 2016

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete ihren abweisenden Entscheid (Urk. 2) damit, gestützt auf den erstellten medizinischen Sachverhalt bestehe aufgrund der äusseren Umstände eine vollständige Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit als Lehrperson in der Y.____, hingegen bestehe keine gesundheitliche Einschränkung in ihrer Tätigkeit als Lehrerin an sich. Es liege somit kein IV-relevanter Gesundheitsschaden vor

(Urk. 2 S. 2).

E. 2.2

Demgegenüber stellte sich die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerde (Urk. 1) auf den Standpunkt, die Beschwerdegegnerin habe bei der Beurteilung, ob das vorliegende Epilepsie-Leiden invalidisierend sei, die Komorbiditäten nicht berücksichtigt. Gemäss der eingereichten veröffentlichten Studie (vgl. Urk. 3) könnten Epilepsien mit diversen psychischen Erkrankungen assoziiert sein. Die einzelnen Krankheitsgeschehen könnten daher nur im Kontext und unter Berücksichtigung der jeweiligen Wechselwirkungen betrachtet und beurteilt werden. Dass sie aus neurologischer Sicht vollständig arbeitsfähig sei, würde zutreffen, wenn die psychische Erkrankung nicht mitberücksichtigt würde. Es seien jedoch beide Erkrankungen zu berücksichtigen (Urk. 1 S. 6 ff.).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung - insbesondere auf eine Invalidenrente - hat. 3. 3.1

Dem Bericht von Dr. med. Z.____, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie vom 10. Februar 2006 (Urk. 7/4) lässt sich entnehmen, dass die Beschwerdeführerin an einer schizotypen Störung (ICD-10 F21) mit Epilepsie und einer seit 1997/1998 bestehenden vorübergehenden dissoziativen Störung des Kindes- und Jugendalters (ICD-10 F44.82) litt. 3.2

Am 19. Januar 2014 erstatte Dr. med. A.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, als Vertrauensarzt ein von der Pensionskasse der Beschwerdeführerin in Auftrag gegebenes psychiatrisches Gutachten (Urk. 7/27). Er nennt als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein Burnout-Syndrom (ICD-10 Z73.0), eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1), sowie Folgen von sexuellem Missbrauch in der Kindheit (ICD-10 Z61.4) und als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Epilepsie bestehend seit dem 16. Lebensjahr (S. 2). Die Beschwerdeführerin habe trotz schwerer Traumatisierung in der Kindheit und einer Epilepsieerkrankung auf beeindruckende Art und Weise eine sehr zufriedenstellende private wie berufliche Lebenssituation aufgebaut. Sie sei im Jahre 2013 durch ein Wiederauftreten der Epilepsie mit einem Grand Mal Anfang Frühling (mit folgender langwieriger medikamentöser Neueinstellung) und der Trennung von ihrer ersten Beziehung zu einer Frau im Dezember 2013 in eine Erschöpfungsdepression und einen körperlichen Erschöpfungszustand gekommen. Dies habe dann im November 2013 zu einer Arbeitsunfähigkeit geführt. Mithilfe der Therapie sei es ihr gelungen, ihre Tätigkeit Anfang Januar 2014 wieder zu 50 % aufzunehmen. Es sei zu hoffen, dass sie genügend Zeit habe, sich weiter zu stabilisieren, um später ihren Aufgaben wieder voll nachkommen zu können (S. 4 f.). Ab 6. Januar 2014 bestehe eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit und es liege eine vorübergehende Erwerbsunfähigkeit vor (S. 9). 3.3

Am 11. Juni 2014 (Urk. 7/23) diagnostizierte Dr. Z.____ eine seit 2006 bestehende und andauernde Persönlichkeitsänderung nach der Extrebelastung durch sexuelle Übergriffe erlitten als Kind sowie eine seit dem Jahr 2000 bestehende Epilepsie (Urk. 7/23/1 Ziff. 1.1). Sie führte aus, ab Mai 2013 sei eine Verschlechterung in den medizinischen Bereichen Psyche und Epilepsie eingetreten. Aktuell wirke die Beschwerdeführerin leicht unruhig, unsicher, gespannt ärgerlich, unzufrieden und bodenlos. Den Gedankengang ordne sie mit Kraft und Mindmaps strukturell, doch kämen in der Therapie Sprunghaftigkeit und eine

starke Beeinträchtigung durch Traumatisierungen in der Kindheit und deren versuchte Bewältigungen zum Vorschein. Diese könnten schlecht weiter verarbeitet werden. So wirkte sich das auf die aktuellen Arbeitsbeziehungen negativ aus. Bei der Arbeit als Gefängnisinsassenlehrperson sei die Beschwerdeführerin nicht mehr einsetzbar, da der direkte Kontakt mit den Straftätern nicht möglich, ja lebensgefährlich für sie sei. Psychopathologisch resultiere daraus eine leicht formale Denkstörung mit leichter Ich-Störung, die Befürchtungen seien nachvollziehbar, also nicht pathologisch, Wahn oder Sinnes täuschungen seien nicht vorhanden, die Störung der Affektivität sei mittelgradig, Mangel an Antrieb zeige sich in der gehemmten Bewältigung der banalen Lebensaufgaben. In der jetzigen Krankheitsphase sei kein sozialer Rückzug (außer der Auflösung der Zweierbeziehung) festzustellen. Hingegen sei der Mangel an Krankheitseinsicht seit Jahren ein leichteres Problem. Die Prognose sei bei angepasster Arbeit (50 %) und angepasster Lebensführung an Epilepsie und Traumafolgestörung dank sehr guter Intelligenz und Aufbau von stabilen und verlässlichen Beziehungen im sozialen Netz und den ärztlichen Behandlungen soweit gut (Urk. 7/23/7-8).

Hinsichtlich Arbeitsfähigkeit attestierte die Ärztin der Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit als Lehrperson eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 21. November bis Ende Dezember 2013, eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit von Januar bis Ende März 2014 und hernach eine 25%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 7/23/2 Ziff. 1.6). Ergänzend hielt sie fest, nach der körperlichen Erholung von den epileptischen Anfällen könnte die Beschwerdeführerin ab August 2014 zu 25 %, ab Oktober 2014 zu 50 % einsatzfähig sein, was sie als das Maximum beurteile (Urk. 7/23/8). 3.4

Mit Bericht vom 16. Juni 2014 (Urk. 7/26/1-6) nannte Dr. med. B.____, Fachärztin für Neurologie, als Diagnose eine Temporallappen-Epilepsie mit Beginn in der Pubertät und erstmaliger Behandlung im Jahre 2000 und verwies hinsichtlich einer psychiatrischen Diagnose auf den Bericht von Dr. C.____ (Ziff. 1.1). Die letzten epileptischen Anfälle habe die Beschwerdeführerin am 26. Mai und 3. Juni 2014 erlebt (Ziff. 1.4). Aus neurologischer Sicht bestünden nicht kontrollierte Anfälle, welche vor allem bei Infekten und psychischer Destabilisierung aufträten. Auf Grund der jetzigen Situation sei die Beschwerdeführerin nicht arbeitsfähig, sie habe soeben auch ihre Stelle verloren. Aus langjähriger Erfahrung sei wahrscheinlich, dass sie wieder zu 50 % arbeiten können sollte, wobei darauf geachtet werden müsse, dass die Arbeit nicht zu belastend sei (Ziff. 1.7). 3.5

Dr. Z.____ berichtete am 14. Juli 2014 der Krankentaggeldversicherung der Beschwerdeführerin, sobald die antiepileptische Therapie wieder optimal eingestellt sei, werde die Beschwerdeführerin möglichst am Wohnort eine 50%-Stelle suchen und auch finden, da sie über viele herausragende geistige Kompetenzen verfüge. Dann werde sie mit der anvisierten 50%-IV-Rente, dem Lohn und den Therapien gut leben können (Urk. 7/33 Ziff. 15). 3.6

Vom 21. August bis 2. September 2014 war die Beschwerdeführerin zwecks medikamentöser Umstellung bei vordiagnostizierter Temporallappenepilepsie bei psychiatrisch labiler Situation in der D.____ hospitalisiert. Mit Austrittsbericht vom 9. September 2014 (Urk. 7/48) nannten die Ärzte als Hauptdiagnose dissoziative Anfälle (ICD-10 F44.5) und als Nebendiagnosen eine komplexe post traumatische Belastungsstörung (ICD-10 F62.0) sowie einen Verdacht auf zussätzliche epileptische Anfälle (S. 1). Ferner hielten sie fest, im Rahmen einer psychologisch-psychiatrischen Mitbeurteilung und -behandlung habe sich die Beschwerdeführerin in einem hinreichend stabilen Zustandsbild präsentiert. Die

Diagnose einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) lasse sich aufgrund der summarischen Schilderungen der Beschwerdeführerin nachvollziehen, auf eine detaillierte Exploration sei verzichtet worden. Sowohl die von der Beschwerdeführerin eigenanamnestisch beschriebenen, als auch die von ihnen beobachteten Anfälle könnten plausibel als dissoziative Begleitsymptomatik bei zugrunde liegender komplexer PTBS und zusätzlicher psychosozialer Belastungssituation verstanden werden (S. 3 unten). 3.7

Am 14. November 2014 (Urk. 7/38) führte Dr. Z.____ gegenüber der Beschwerdegegnerin aus, die Beschwerdeführerin habe nun einen Therapiehund (Epilepsiehund), welcher zu einer dauerhaften Stabilisierung der gesamten Gesundheit führen werde, sodass eine konstante Arbeitsfähigkeit von 50 % möglich sein werde (Beiblatt S. 1 oben). Im Moment könne von einer guten Prognose ausgegangen werden. Der Beschwerdeführerin werde mit einer adäquaten psychiatrischen und neurologischen Medikation – falls sie in Bezug auf die Epilepsie anfallsfrei bleibe – eine 50%ige Arbeit in angepasster Tätigkeit (ohne zu viele direkte persönliche Kontakte und ohne psychischen Stress) ausüben können (Beiblatt S. 1 unten). 3.8

Dr. Z.____ erstattete der Krankentaggeldversicherung der Beschwerdeführerin am 3. März 2015 Bericht (Urk. 7/60/2-3). Sie habe die Behandlung am 12. März 1997 begonnen. Aktuell leide die Beschwerdeführerin an einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F62.0) sowie an einer Temporallappenepilepsie. Aus psychiatrischer Sicht bestehe seit dem 1. Mai 2015 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit (S. 1). 3.9

Zuhanden der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin führte Dr. Z.____ am 10. August 2015 (Urk. 7/50) aus, die Beschwerdeführerin sei längerfristig in einer angepassten Tätigkeit nur zu 50% arbeitsfähig. Ihre psychische Störung dürfe nicht unter ICD-10 F32 oder F33 diagnostiziert werden, da die Episoden nicht zwei Wochen anhielten, sondern oft nach einem Tag, seltener nach drei Tagen, wieder verschwänden. Gemäss ihrem Wissen existiere kein ICD-10-Code für solche Umstände respektive Störung (S. 1). Ferner machte sie Ausführungen zur Krankheitsanamnese, dem psychopathologischen Zustand und zur Eignung einer angepassten Arbeitsstelle und schlug die Prüfung einer 50%igen Berentung vor (S. 2 f.). 3.10

Ebenfalls zuhanden der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin erklärte Dr. B.____ in ihrer Stellungnahme vom 13. August 2015 (Urk. 7/47), dass die Beschwerdeführerin aus neurologischer Sicht in angepasster Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei, sofern man die psychiatrische Erkrankung nicht mitberücksichtige (S. 2 oben). Zur Zeit bestünden keine neurologischen und neuropsychologischen Ausfälle (S. 2 Mitte). Um die Beschwerdeführerin zu schützen, hätte sie jeweils die Arbeitsunfähigkeit aus neurologischer Sicht bestätigt, da sie während Phasen der Dekompensation immer auch Anfälle (echte epileptische und wahrscheinlich auch dissoziative) gehabt habe (S. 3 oben). Ferner wies die Ärztin auf die von ihr vergessene Diagnose einer dissoziativen Störung und deren Komorbidität hin (S. 3 f.). 3.11

Am 28. August 2015 erstattete med. pract. E.____, Facharzt für Neurologie, RAD, seinen neurologischen Bericht über seine am 7. April 2015 durchgeführte Untersuchung (Urk. 7/54). Er diagnostizierte eine Epilepsie mit generalisierten Anfällen (Differentialdiagnose: psychogene Anfälle) und führte aus, auf neurologischem Fachgebiet bestehe eine Anfallserkrankung. Die Beschwerdeführerin sei Jahre lang anfallsfrei gewesen und habe in den Jahren 2012 und 2013 vermehrt Anfälle nach einer psychosozialen

Belastungssituation (Partnerschaftskonflikt) gehabt. Es sei zu einer Umstellung der Medikation gekommen und die Beschwerdeführerin sei aktuell seit November 2014 durchgehend anfallsfrei. Psychogene Anteile seien daher nicht auszuschliessen. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit bestehe aus neurologischer Sicht mit Ausnahme der üblichen Vermeidung von Tätigkeiten, die zu einer potentiellen Gefährdung bei einem Anfall führen könnten, wie zum Beispiel Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, mit Gefahrenstoffen, heissen Flüssigkeiten, Autofahren, Arbeit in der Nähe von Gewässern etc., keine Einschränkung. Vor diesem Hintergrund müsse auch die Tätigkeit in einer Strafanstalt ab 2011 als nicht mehr zumutbar angesehen werden (vollständige Arbeitsunfähigkeit). In allen anderen Tätigkeiten ohne Provokation vermehrter Anfälle (auszuschliessen seien Schichtdienste und Tätigkeiten mit extremer psychischer Belastung, Flackerlicht etc.) bestehe aus neurologischer Sicht aktuell und zurückliegend eine vollständige Arbeitsfähigkeit (S. 4 Ziff. 4). 3.12

Med. pract. F.____, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie, RAD, er stattete am 28. August 2015 seinen gestützt auf die Akten und seine am 7. April 2015 erfolgte Untersuchung basierenden psychiatrischen Bericht (Urk. 7/55). Er konnte keine psychiatrischen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nach ICD-10 nennen. Als psychiatrische Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte er einen Zustand nach Missbrauch in der Kindheit/Jugend und verwies hinsichtlich somatischer Diagnosen auf den neurologischen Bericht von med. pract. E.____ (S. 4 Ziff. 9). Zum psychopathologischen Befund notierte er einen flüssigen und zusammenhängenden Gedankengang, keinen Anhalt für Sinnestäuschungen und Ich-Störungen oder inhaltliche Denkstörungen. Die Beschwerdeführerin sei affektiv schwingungsfähig, unauffällig in Gestik und Mimik. Ferner berichtete er von einem unauffälligen Antrieb mit eigeninitiativen Gesprächsbeiträgen und prompten Antworten. Die Beschwerdeführerin sei aufmerksam und konzentriert über die gesamte anderthalbstündige Untersuchungszeit gewesen und habe keine klinisch auffälligen Gedächtnisstörungen gezeigt. Ferner sei sie glaubhaft nicht suizidal, habe keine Sitzunruhe und keine erkennbaren Schmerzäusserungen gezeigt (S. 3 Ziff. 8). Im Rückblick zeige die Beschwerdeführerin sich als eine Persönlichkeit, die trotz der sexuellen Missbräuche in der Kindheit/Jugend und der später diagnostizierten Epilepsie erfreulich leistungsfähig geblieben sei: Sie habe die Matura geschafft, anschliessend studiert. Auch im sportlichen Bereich habe sie zum Beispiel als Mitglied in der Handball-Nationalmannschaft geglänzt. Im Jahr 2013 hätten mehrere Belastungen zu einer vorübergehenden Dekompensation geführt, wobei die Beschwerdeführerin die schmerzhafteste Trennung von ihrer damaligen Partnerin hervorgehoben habe. Die langjährig behandelnde Psychiaterin Dr. C.____ habe am 14. November 2014 nur noch ein Minimum an Auffälligkeiten und eine Erholung von den krankhaften Zuständen der letzten 1¼ Jahre beschrieben. Aus rein psychiatrischer Sicht könne daher seitdem keine Arbeitsunfähigkeit mehr vorliegen. Die Angabe einer nur 50%igen Arbeitsfähigkeit sei psychiatrisch nicht nachvollziehbar (S. 5 Ziff. 11). 3.13

Dr. B.____ berichtete am 28. August 2015 der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin über ihre Konsultation vom 27. August 2015 (Urk. 7/56). Die Beschwerdeführerin sei zur Zeit zwar psychisch stabil, aber nicht in der Lage, Unregelmässigkeiten im Arbeitsrhythmus zu tolerieren. Sie sei in eine Art Erschöpfung gekommen, als sie sich nicht habe genügend erholen können. Auch habe sie nie zwei Tage hintereinander frei gehabt, an denen sie habe ausspannen können (S. 1 unten). Sie habe der Beschwerdeführerin dazu geraten, das

Gespräch mit ihrem Chef zu suchen und sich „zurückstufen“ zu lassen, so dass sie eine regelmässige Arbeit als Buchhändlerin mit reiner Kundenarbeit zu 50 % verrichten könne (S. 2 oben). 3.14

Die RAD-Ärzte med. pract. F. ___ und med. pract. E. ___ hielten in ihren Stellungnahmen vom 24. Februar respektive 21. März 2016 an den Ergebnissen anlässlich ihrer RAD-Untersuchungen fest (Urk. 7/64/3). 4. 4.1

Die volle Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin in der früheren Tätigkeit als Lehrerin in der Strafanstalt ist unbestritten. Zu prüfen ist die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in einer behinderungsangepassten Tätigkeit. Die Beschwerdegegnerin ging diesbezüglich gestützt auf die Einschätzungen der RAD-Berichte vom August 2015 (vgl. vorstehend E. 3.11-12) davon aus, dass seit November 2014 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestehe (vgl. vorstehend E. 2.1 und E. 3.11). 4.2

Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxisgemässen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1) genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (BGE 137 V 210 E. 1.2.1). Allerdings kann auf das Ergebnis ver sicherungsinterner ärztlicher Abklärungen – zu denen die RAD-Berichte ge hören – nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuver lässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (Urteil des Bundesgerichts 8C_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4.2 mit Hinweisen auf BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7 ; vgl. auch vorstehend E. 1.5) 4.3

Die RAD-Berichte von med. pract. E. ___ und med. pract. F. ___ (vgl. vor stehend E. 3.11-12) berücksichtigen die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden und setzen sich mit diesen und ihrem Verhalten umfassend aus einander. Die Berichte wurden sodann in Kenntnis der wesentlichen Vorakten abgegeben, leuchten in der Darlegung der medizinischen Situation ein, und die Schlussfolgerungen sind in nachvollziehbarer Weise begründet, womit sie die Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise (vgl. vorstehend E. 1.5) erfüllen . 4.4

Aus neurologischer Sicht besteht gemäss med. pract. E. ___ eine (Epilepsie-)Anfallserkrankung, die jedoch die Arbeitsfähigkeit d er Beschwerdeführerin abge sehen für Tätigkeiten , die bei einem Anfall zu einer Gefährdung führen könnten , nicht einschränke. Weitere neurologische Störungen lägen nicht vor (vgl. vorstehend E. 3.11) . Dies e Feststellung deckt sich auch mit der rein neuro logischen B erteilung der behandelnden Dr. B. ___, welche von einer seit der Pubertät bestehenden und ab dem Jahr 2000 behandelten Temporallapen-Epi lepsie berichtete, welche aber keine Arbeitsunfähigkeit zu begründen vermöge. Jedoch wies sie auf eine psychische Erkrankung gestützt auf die Berichte von Dr. Z. ___ hin und hob eine erhebliche Komorbidität d ieser psychischen Erkrankung hervor (vgl. vorstehend E. 3.4 und E. 3.10) .

Eine psychi atri sche Diagnose konnte med. pract . F. ___

anlässlich seines Unter suchs am 7. April 2015 aber gerade nicht (mehr) stellen, lediglich einen Zustand nach sexuellem Missbrauch in der Kindheit/Jugend (vgl. vorstehend E. 3.11) . Dies im Gegensatz zu Dr. Z. ___, die anfänglich eine seit 2006 bestehende andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10 F62.0) diagnostizierte (vgl. vorstehend E. 3.3), später mit Bericht vom 3. März 2015 an die

Krankentaggeldversicherung der Beschwerdeführerin (vgl. vorstehend E. 3.8) diese psychische Erkrankung eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung mit ICD-10-Code F62.0 nannte (wobei eine klassische PTBS in F43.1 kodiert ist) und schliesslich am 10. August 2015 darauf hinwies, es gebe keinen ICD-10-Code für diese psychische Störung beziehungsweise diesen Umstand (vgl. vorstehend E. 3.9), was mit Blick auf die Anforderung, wonach die Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung fachärztlich einwandfrei diagnostiziert werden muss (BGE 141 V 281 E. 2.1), für den Nachweis einer solchen nicht zu genügen vermag. Soweit Dr. Z.____ ausführte, die nicht klassifizierte psychische Erkrankung dauere nur jeweils ein bis maximal drei Tage, weshalb sie nicht unter ICD-10 F32 (depressive Episode) oder F33 (rezidivierende depressive Störung) kodifiziert werden könne, ist darauf hinzuweisen, dass gestützt auf die ständige Rechtsprechung des Bundesgerichts selbst die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F33) grundsätzlich als therapeutisch angebar gilt und in der Regel keine Invalidität zu verurteilen vermag (statt vieler: BGE 140 V 193 E. 3.3 mit Hinweis). Dementsprechend vermag auch die von Dr. A.____ im Januar 2014 diagnostizierte mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) der Beschwerdeführerin keine Invalidität zu begründen. Folgerichtig ging auch er von einer bloss vorübergehenden Erwerbsunfähigkeit aus (vgl. vorstehend E. 3.2).

Die Diagnose einer psychischen Erkrankung in Form einer PTBS wurde ausser dem nur noch von der D.____ gestellt beziehungsweise geteilt und dort auch nur aufgeführt als Nebendiagnose gestützt auf (subjektive) summarische Schilderungen der Beschwerdeführerin und ohne Durchführung einer detaillierten Exploration (vgl. vorstehend E. 3.6), weshalb nicht darauf abgestellt werden kann.

Auch dem fundierten Bericht des Vertrauensarztes der Pensionskasse, Dr. A.____, vom 19. Januar 2014 ist sodann

keine Diagnose einer PTBS zu entnehmen, sondern Folgen von sexuellem Missbrauch in der Kindheit als Z-Diagnose (vgl. vorstehend E. 3.2), was sich wiederum mit der psychiatrischen RAD-Untersuchung vom 7. April 2015 deckt, in welcher med. pract. F.____ dieser Diagnose zustimmte (Urk. 7/55 S. 4 unten). Zwar beeinflussen Z-klassifizierte Störungen den Gesundheitszustand einer Person, sie stellen aber keine Krankheit oder Schädigung dar (SVR 2008 IV Nr. 15 S. 43; vgl. Urteil des Bundesgerichtes 9C_894/2015 vom 25. April 2016 E. 5.1 mit Hinweis auf 9C_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.1 mit weiteren Hinweisen). Schliesslich erfolgte die Anmeldung der Beschwerdeführerin zum Leistungsbezug im Jahr 2014 aufgrund der Epilepsie und eines Burnouts und nicht aufgrund einer posttraumatischen Belastungsstörung.

In Anbetracht der vorliegenden Akten, der therapeutischen Bemühungen und der guten Prognose beziehungsweise der vorhandenen Ressourcen, kann daher nicht von einem psychiatrisch diagnostizierten resistenten Leiden ausgegangen werden. Es ergeben sich keine Anhaltspunkte, welche die Einschätzung der RAD-Ärzte in Frage stellen würden. 4.5

Mangels Vorliegens eines invalidenversicherungsrechtlich relevanten psychischen Gesundheitsschadens erübrigt sich auch die Auseinandersetzung mit dem von der Beschwerdeführerin eingereichten Zeitschriftenbericht „Epilepsie und psychiatrische Erkrankungen“, erschienen im Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie aus dem Jahre 2008 (Urk. 3). Selbst bei Annahme einer leichten depressiven Episode ist darauf hinzuweisen, dass eine solche Störung gemäss der Gerichtspraxis keine Komorbidität von

hinreichender Erheblichkeit im Sinne der früheren Rechtsprechung zu den unklaren syndromalen Beschwerden darstellt. Sie ist auch grundsätzlich nicht geeignet, eine leistungsspezifische Invalidität zu begründen (Urteil des Bundesgerichts 9C_337/2015 vom 7. April 2016 E. 4.4.1 mit weiteren Hinweisen).

Nicht abgestellt werden kann sodann auf die von Dr. B.____ fachfremd diagnostizierte dissoziative Störung (vgl. vorstehend E. 3.10). Eine solche Diagnose wurde von den Fachärzten nicht gestellt. Die Ärzte der D.____ gingen demgegenüber lediglich von dissoziativen Krampfanfällen (ICD-10 F44.5) als Begleitsymptomatik im Kontext der psychiatrischen Morbidität aus (Urk. 7/48 S. 2 unten). Eine invalidenversicherungsrechtlich relevante psychiatrische Erkrankung ist aber – wie vorstehend ausgeführt (E. 4.4) – gerade nicht erstellt. 4.6

Bezüglich der abweichenden Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch die behandelnden Ärztinnen Dr. Z.____ und Dr. B.____ ist zudem auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass Hausärztinnen und Hausärzte wie überhaupt behandelnde Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc).

Diese Behandlungsnähe zeigt sich besonders exemplarisch, indem Dr. Z.____ die anvisierte halbe Invalidenrente erwähnte (vgl. vorstehend E. 3.4), oder auch in den Ausführungen von Dr. B.____, welche, um die Beschwerdeführerin zu „schützen“, Arbeitsunfähigkeiten aus neurologischer Sicht bestätigte (vgl. vorstehend E. 3.10). 4.7

Nach dem Gesagten wurde der rechtserhebliche Sachverhalt im Verwaltungsverfahren hinreichend festgestellt. Die versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen des RAD sind zuverlässig und schlüssig.

Demnach ist gestützt auf die Einschätzung des RAD davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin ab November 2014 in einer dem Epilepsieleiden angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig ist, mithin lediglich qualitative Einschränkungen (Vermeidung von Tätigkeiten, die zu einer potentiellen Gefährdung bei einem Anfall führen können, vgl. vorstehend E. 3.11) vorliegen, womit kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung besteht.

Die angefochtene Verfügung vom 21. Juni 2016 erweist sich somit als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 5.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Gabriela Gwerder - 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
Mosimann
Brühwiler

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.