

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01039 vom 7. August 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-08-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.01039

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01039 du 7 août 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01039 del 7 agosto 2017

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1991, absolvierte eine KV-Lehre und war bis Ende 2012 als kaufmännische Angestellte in einem Reisebüro tätig (vgl. Urk. 11/15). Am 23. April 2012 meldete sich die Versicherte unter Hinweis auf ein seit August 2011 bestehendes Guillain-Barré-Syndrom bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 11/13). Die IV-Stelle zog die Akten des Krankentaggeldversicherers bei (Urk. 11/18) und tätigte berufliche sowie medizinische Abklärungen (Urk. 11/16, Urk. 11/19-20, Urk. 11/25-33, Urk. 11/36). Nach einem mehrmonatigen Auslandsaufenthalt arbeitete die Versicherte ab November 2013 im 20-30%-Pensum als Arztsekretärin im Y.____ (vgl. Urk. 11/28, Urk. 11/33, Urk. 11/47/11). In der Folge veranlasste die Beschwerdegegnerin ein polydisziplinäres Gutachten (vgl. Urk. 11/43), welches die Z.____ am 24. März 2015 erstattete (Urk. 11/47). Gestützt auf die gutachterlichen Ausführungen stellte die IV-Stelle der Versicherten mit Vorbescheid vom 31. März 2015 die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (Urk. 11/48). Dagegen erhob diese am 30. April 2015 Einwand (Urk. 11/49) und reichte mit Einwandbegründung vom 8. Juni 2015 (Urk. 11/57) weitere Unterlagen ein (Urk. 11/53-56). Am 25. Januar 2016 nahmen die Gutachter zu den Einwänden der Versicherten Stellung (Urk. 11/70). Am 21. März 2016 reichte die Versicherte eine weitere Stellungnahme samt Beilagen zu den Akten (Urk. 11/75-76). Mit Verfügung vom 19. Juli 2016 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren wie vorbeschrieben ab (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

Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70 Prozent, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 Prozent,

auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 Prozent, oder auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 Prozent invalid sind.

E. 1.3

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

E. 1.4

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe 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.). 2.

E. 2

Dagegen erhob die Versicherte am 13. September 2016 Beschwerde und beantragte, die Verfügung sei aufzuheben und es sei ihr

eine Teilrente zuzusprechen, eventualiter seien weitere medizinische Abklärungen vorzunehmen. In prozessualer Hinsicht ersuchte sie um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung und Bestellung eines unentgeltlichen Rechtsbeistands (Urk. 1). Mit Eingabe vom 21. Oktober 2016 (Urk. 7) reichte die Beschwerdeführerin das Formular

zur Abklärung der prozessualen Bedürftigkeit samt diverser Belege ein (Urk. 8, Urk. 9).

Mit Beschwerdeantwort vom 24. Oktober 2016 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 10, unter Beilage ihrer Akten, Urk. 11 /1- 87), was der Beschwerdeführer in am 4. November 2016 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 12).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin erwog in der angefochtenen Verfügung, gemäss Z.____-Gutachten vom 24. März 2015 bestünden keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Es bestehe somit kein invalidisierender Gesundheitsschaden. Darüber hinaus liege keine Befangenheit des Gutachters vor und es ergäben sich aus dem Gutachten auch keine Anhaltspunkte, dass die Beschwerdeführerin vom Gutachter voreingenommen untersucht worden wäre (Urk. 2).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin bestritt ihrerseits, dass kein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliege. Dabei brachte sie im Wesentlichen vor, dem neurologischen Teilgutachten mangle es an Beweiskraft. Der Gutachter sei voreingenommen gewesen und seine Einschätzungen erschienen willkürlich und nicht nachvollziehbar. Es sei der Einschätzung der behandelnden Ärztin zu folgen, weil sich diese auf die jahrelange Behandlung und Beobachtung des Krankheitsverlaufs der Beschwerdeführerin stütze (Urk. 1).

E. 3

Auf die Vorbringen der Parteien sowie die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der leistungsabweisenden Verfügung vom 19. Juli 2016 in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten der Z.____ vom 24. März 2015 (Urk. 11/47). Darin werden die bis zur Begutachtung der Beschwerdeführerin aktenkundigen medizinischen Berichte zusammengefasst (Urk. 11 / 47/2-8), weshalb sie an dieser Stelle nicht noch einmal wiedergegeben werden. Soweit erforderlich, wird in den nachfolgenden Erwägungen aber darauf Bezug genommen.

E. 3.1.1

Die Beschwerdeführerin wurde allgemeininternistisch, neurologisch, neuropsychologisch sowie psychiatrisch untersucht. Die Gutachter hielten fest, es bestünden keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bestehe ein mögliches Painful-Legs-and-Moving-Toes-Syndroms (PLMT-Syndrom) (Urk. 11/47/34).

E. 3.1.2

Der neurologische Gutachter, Prof Dr. med. A.____, Facharzt für Neurologie, hielt fest, die Beschwerdeführerin habe während der gesamten Untersuchung, diskrepant zu ihren anamnestischen Angaben zur hohen aktuellen Schmerzstärke, nicht schmerzgequält oder anderweitig namhaft beeinträchtigt gewirkt. Der klinisch erhobene Befund habe eine bei Ablenkung zu mindest deutlich geringere Bewegungsunruhe im Bereich der Zehen sowie der Füsse gezeigt. Das prompte Nachlassen bis hin zum Sistieren der Störung bei Ablenkung und scheinbarer Abwendung des Untersuchers sowie der fehlende schmerzbeeinträchtigte klinische Eindruck sprächen für einen zumindest anteilig wesentlichen bewusstseinsnahen demonstrativen Störungsanteil. Der übrige neurologische Befund habe eine geringgradige Reflexauffälligkeit gezeigt. Zeichen einer vegetativen Störung oder einer gravierenden peripheren nervalen Beteiligung hätten sich nicht ergeben.

Insbesondere würden die erhaltenen Dehnungsreflexe ein namhaftes peripher nerveales Defektes residuum unwahrscheinlich machen. Die in den Vorakten gestellte Diagnose eines PLMT-Syndroms impliziert eine konstante und bei Ablenkung nicht sistierende Bewegungsunruhe, was angesichts der gemachten Beobachtungen nicht zuträffend und zumindest Zweifel an der bisherigen Diagnose rechtfertigt. Auch lässt sich kein durchgreifender Effekt aller bisherigen Therapien erkennen, was ebenfalls Anlass zu einer kritischen Überprüfung der bisherigen Diagnose rechtfertigt. Letztlich fusse die gestellte Diagnose auf einer rein phänomenologischen Basis von klinischen Beobachtungen und aus der Literatur bekannten Fallberichten, wobei die Diagnose zu den dystonen Störungen gezählt werde und sicherlich keine vielfach beschriebene residuelle Störung nach stattgehabten parainfektösen Erkrankungen am Nervensystem repräsentiere.

Anzumerken sei auch, dass eine parainfektöse Erkrankung im Fall der Beschwerdeführerin gar nicht belegt worden sei. Aktenkundige Berichte, die anhand von Goldstandard-Untersuchungen (klinischer neurologischer Befund, Liquor, Bildgebung, Elektrophysiologie) eine aktenkundig unterstellte Polymyeloradikulitis nachwiesen, lägen nicht vor. Eine Akutbehandlung, wie dies bei derartigen in der Akutphase in der Regel erheblich beeinträchtigend verlaufenden Erkrankungen der Fall sei, werde nicht beschrieben. Die Diagnose fusse vielmehr weitgehend auf recht spät nach anamnestischem Störungsbeginn erhobenen geringgradigen Auffälligkeiten sowie den subjektiven

Störungsangaben. Eine parainfektöse entzündliche Erkrankung am Nervensystem könne hier also allenfalls als möglich gelten und die beklagten Beschwerden und erhobenen Befunde nicht mit der gebotenen Wahrscheinlichkeit erklären. Sicherlich gebe es auch blande Verläufe von Polyradikulitiden, diese seien jedoch in der Regel ohne bleibendes Defektes residuum endend. Die derzeitige Medikation sei schon aufgrund der Polypragmasie und des nicht erkennbaren differenzierten Einsatzes nicht rational und nicht nachvollziehbar. Legt man die, in der spontanen Verhaltensbeobachtung zu erkennende, allenfalls geringe Bewegungsunruhe der Zehen und den nicht schmerzgeplagten klinischen Eindruck zugrunde, sei dies nicht geeignet, die Arbeitsfähigkeit namhaft zu beeinträchtigen (Urk. 11/47/18-20). Ausdrücklich sei dabei nochmals darauf hingewiesen, dass nicht bestritten werde, dass möglicherweise ein dystones Krankheitsbild bestehe. Versicherungsmedizinisch sei jedoch dessen Ausprägung und Behinderungsrelevanz zu bewerten, zu mindest eben dies sei bislang unzureichend verstanden und unzureichend geklärt.

E. 3.1.3

Der psychiatrische Gutachter führte aus, dass in der Schmerzsymptomatik zugrunde liegender erheblicher psychosozialer oder seelischer Konflikt sei anamnestisch nicht gegeben und der hierige psychiatrische Befund sei ohne namhafte Auffälligkeit. Auch habe die Beschwerdeführerin nicht wesentlich schmerzgeplagt gewirkt und eine wesentliche Depressivität sei nicht zu erkennen gewesen. Das Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung sei ebenfalls nicht wahrscheinlich, da kein seelischer Konflikt respektive keine namhafte psychosoziale Belastungssituation vorlägen sowie kein namhaft schmerzgeplagter klinischer Eindruck bestanden habe. Hinweise für eine anderweitige psychiatrische Erkrankung fänden sich nicht. Zusammenfassend sei das Vorliegen einer psychischen Erkrankung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nicht wahrscheinlich und werde auch aktenkundig nicht attestiert (Urk. 11/47/25).

E. 3.1.4

Im neuropsychologischen Teilgutachten wurde festgehalten, die hiesige klinische Verhaltensbeobachtung habe eine wache und geistig rege junge Frau gezeigt, die alle ihr gestellten Aufgaben adäquat und zügig gelöst habe. Sie habe nicht schmerzgeplagt gewirkt und es hätte auch keine motorische Unruhe der Beine beobachtet werden können. Die neuropsychologische Testung sei ohne Anhalt für eine namhafte kognitive Störung gewesen. Lediglich in der Testung des visuellen Gedächtnisses habe sich im verzögerten Abruf ein knapp unterdurchschnittliches Ergebnis gezeigt. Der Befund sei gering ausgeprägt und angesichts der ansonsten regelrechten weiteren Befunde ohne eigenständigen Krankheitswert.

Die Ergebnisse stünden auch in Einklang mit dem aktenkundigen neuropsychologischen Vorbefund. Eine encephale Erkrankung sei zudem auch nie belegt worden. Zusammenfassend seien aus neuropsychologischer Sicht keine kognitiven Störungen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu attestieren (Urk. 11/47/32-33). Im internistischen Teilgutachten wurde festgehalten, der erhobene klinische Befund sei ohne Anhalt für eine internistische Erkrankung gewesen. Bei der Untersuchung seien kein Schonsitz, kein schmerzbeeinträchtigter klinischer Eindruck und auch keine Unruhe der Beine zu erkennen gewesen (Urk. 11/47/12-13).

E. 3.1.5

Die Gutachter hielten zusammenfassend fest, internistisch und psychiatrisch bestünden aktenkundig und angesichts der hiesigen Befunde keine namhaften Erkrankungen. Eine namhafte kognitive Störung lasse sich ausweislich der hiesigen neuropsychologischen Untersuchung ebenfalls nicht objektivieren und sei auch nicht behauptet. Neurologischerseits ergebe sich aus dem objektiven klinischen Befund keine überwiegend wahrscheinliche behinderungsrelevante Gesundheitsstörung. Die aktenkundige Erwägung einer stattgehabten parainfektiösen Erkrankung des Nervensystems als Ursache der beklagten Beschwerden sei als möglich, nicht jedoch als überwiegend wahrscheinlich anzusehen. Das allenfalls als möglich anzusehende PLMT-Syndrom sei aufgrund der geringen objektiven Ausprägung nicht geeignet, die Arbeitsfähigkeit namhaft einzuschränken. Auffällig seien eine deutliche Diskrepanz zwischen anamnestisch reklamierten Schmerzen und fehlender Schmerzbeeinträchtigung im klinischen Eindruck sowie eine Inkonsistenz in der dargebildeten motorischen Störung der Füße. Hier sei zumindest ein wesentlicher bewusstseinsnaher demonstrativer Störungsanteil zu erwägen und in der Bewertung der Arbeitsfähigkeit mit zu berücksichtigen (Urk. 11/47/33). Bereits im Jahr 2012 sei auf erhebliche Inkonsistenzen in der Untersuchung der Beschwerdeführerin hingewiesen und keine Arbeitsunfähigkeit attestiert worden. Die Gutachter kamen zum Schluss, die Beschwerdeführerin sei in allen Tätigkeiten zu 100 % arbeitsfähig. Eine leidensangepasste Tätigkeit sei nicht notwendig (Urk. 11/47/35).

E. 3.2

Im einwandweise eingereichten Bericht vom 6. Mai 2014 (Urk. 11/53/3-9) hielten die Ärzte der Klinik für Neurologie des B.____ fest, anamnestisch bestünden Hinweise auf eine akute Polyradikuloneuritis im Anschluss an mehrere grippale Infekte Anfang 2011. Die initiale Schwäche an Armen und Beinen habe sich rasch zurückgebildet. Im Verlauf hätten sich neuropathische Schmerzen und unwillkürliche Bewegungen der Zehen ausgebildet. Klinisch-neurologisch hätten sich in Ruhe permanente unwillkürliche Bewegungen der Zehen mit teilweise schraubenförmigem, teilweise kloniformem

Charakter gezeigt . Die Beschwerden und die Klinik könnten zu einem PLMT-Syndrom passen, die Geschwindigkeit der Bewegungen erscheint

jedoch etwas schnell für ein typisches PLMT-Syndrom . Ätiologisch sei das

PLMT-Syndrom als Folgeerscheinung der Polyradikulitis möglich. Eine zerebrale und spinale Bildgebung sei bereits erfolgt sei.

Die orientierend durchgeführte Untersuchung habe weiterhin eine leichte Reduktion der CMAP-Amplitude des linken Nervus peroneus gezeigt. Die Tibialisneurographie links sei unauffällig gewesen .

E. 3.3

Am 5. Juni 2015 (Urk. 11/53/10-11) nahm die behandelnde Neurologin der Beschwerdeführerin, Dr. med. C.____, im Auftrag des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin zum Gutachten Stellung. Sie führte unter anderem aus, in der neurologischen Anamnese würden

die für die Gesamtbeurteilung relevanten Angaben unter Berücksichtigung der Fremdanamnese vermisst. Die Befunde seien klinisch vollständig und fachlich korrekt erhoben worden, allerdings sei die Interpretation diskussionswürdig. Die Diagnose PLMT-Syndrom

werde klinisch gestellt . Die Diagnose sei im B.____ und auch durch die Literatur bestätigt worden. Sie könne nach einer Polyradikuloneuropathie auftreten oder auch spontan entstehen. Die Symptomatik fluktuierend stark. Auch im vorliegenden Fall sei die Ausprägung während der regelmässig erfolgenden Konsultationen nicht immer gleichermassen ausgeprägt . Dies sei nicht als Zeichen einer Simulation, sondern der Wechselwirkung zwischen der ephaptischen Exzitation in den beschädigten betreffenden Fasern und einer abnormen Impulsübertragung in den peripheren sympathischen und sensiblen Nerven sowie einer Reorganisation der zentralen Signalverarbeitung einschliesslich der Bahnen im Bereich der Hinterstränge, im ventralen Thalamus und im somatosensorischen Cortex anzusehen. Ab dem Zeitpunkt der Erstkonsultation im August 2011 habe im Verlauf eine sukzessive Besserung der Muskelkraft, bei einem Spontanverlauf nach Polyradikulitis unterstützt durch Aufbau-Training stattgefunden . Entsprechend der Pathophysiologie des PLMT-Syndroms bleibe die symptomatische Behandlung schwierig, wobei die Kombinationstherapie bestehend aus Pregabalin, Pramipexol und Intervall-Behandlungen mit Botox bislang die besten Wirkungen gezeigt habe.

Aufgrund des Beschwerdebildes und des bisherigen Verlaufes sei eine absehbare Heilung nicht wahrscheinlich. Eine längerfristige Einschränkung der

Arbeitsfähigkeit sei sehr wahrscheinlich. Die Beschwerdeführerin sei zurzeit zu 50 % arbeitsunfähig.

E. 3.4

Dr. med. D.____, Fachärztin FMH für Anästhesie, spez. Schmerztherapie, der E.____, führte am 2. November 2015 (Urk. 11/64) aus, bei der Beschwerdeführerin bestünde wegen der Schmerzen ein hoher Leidensdruck. Es sei versucht worden, das Medikament Cymbalta zu reduzieren, wobei es dadurch zu einer ausgeprägten Schmerzexazerbation gekommen sei und die Beschwerdeführerin nicht mehr schlafen und arbeiten könne. Man habe mit

der Beschwerde führerin besprochen, dass die Opioiddosis wegen der Toleranzentwicklung möglichst tief bleiben sollte. Zurzeit sei der Antrag für eine Cannabis-Therapie beim Bundesamt für Gesundheit noch hängig.

E. 3.5

In ihrer Stellungnahme vom 25. Januar 2016 (Urk. 11/70) äusserten sich die Gutachter zu den Einwänden der Beschwerdeführerin im Wesentlichen dahin gehend, dass das Beschwerdebild sachlich anhand der tatsächlichen klinischen Beobachtungen und vorliegenden Aktdaten abgewogen worden sei. Die Einwände zum Gutachten seien tatsachenwidrig, irreführend und falsch. Insbesondere sei im Gutachten darauf hingewiesen worden, dass nicht bestritten werde, dass möglicherweise ein dystones Krankheitsbild bestehe, versicherungsmedizinisch jedoch dessen Ausprägung und Behinderungsrelevanz zu bewerten sei. Der Beschwerdeführerin

seien nicht eine Erkrankung oder Gesundheitsstörung pauschal abgesprochen und stattdessen eine Simulation attestiert worden.

Der Rechtsvertreter habe selbst eingeräumt, dass die Ausprägung der Störung der Beschwerdeführerin variabel sei und auch in einer mehrstündigen Untersuchung möglicherweise nicht gravierend zu Tage trete, was auch das seitens der Gutachter vorgetragene Argument einer nicht ausreichend überzeugenden Beeinträchtigung zu unterstützen vermöge. Auch der Bericht der Klinik für Neurologie des B.____ vom Mai 2014 enthalte keine Bestätigung einer definitiven Erkrankung auf dem Boden einer Polyradikulitis. Es werde vielmehr ausgeführt, dass ein PLMT-Syndrom als Folgeerscheinung der Polyradikulitis möglich sei. Die berichteten elektrophysiologischen Befunde seien unspezifisch gewesen. Weiter sei lediglich ausgeführt worden, dass die Beschwerden und die Klinik zu einem PLMT-Syndrom passen könnten. Damit stütze der Bericht bei näherer Prüfung vielmehr die Auffassung der Gutachter. Die Berichte von Dr. C.____

seien von den Gutachtern zur Kenntnis genommen und diskutiert worden. Es liege somit kein Mangel hinsichtlich der Gründlichkeit in der Darstellung der Anamnese und der Vorberichte vor. In ihren Berichten aus den Jahren 2011 und 2012 stelle

Dr. C.____

mehrmals die Verdachtsdiagnose einer stattgehabten Polyradikulitis und damit keine definitive Diagnose. Dies unterscheidet sich nicht wesentlich von der gutachterlichen Einschätzung einer möglichen Gesundheitsstörung unklarer Ursache und unklarer Ausprägung (Urk. 11/70/2-3). Die Gutachter hielten abschliessend fest, im Falle einer objektivierte Verschlechterung sei eine nochmalige Evaluation sinnvoll. Dies könne auch im Rahmen einer nochmaligen gutachterlichen Überprüfung in circa einem halben Jahr erfolgen. An der Beantwortung der Gutachtenfragen ergebe sich jedoch nach jetzigem Kenntnisstand keine Änderung (Urk. 11/70/4).

E. 3.6

Dr. med. univ. F.____, Facharzt für Neurologie, des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) hielt in den Stellungnahmen vom 27. März 2015 (Urk. 11/58/6) sowie vom 29. April 2016 (Urk. 11/78/5) fest, in medizinischer Hinsicht seien die Ergebnisse des Gutachtens nachvollziehbar.

E. 4

Das Verhalten eines fachärztlichen Gutachters während der Exploration kann objektiv den Anschein von Befangenheit erwecken. Zu denken ist etwa an Äusserungen, welche die Glaubhaftigkeit der Angaben der versicherten Person zum Gesundheitszustand und zur Selbsteinschätzung der Arbeitsfähigkeit von vornherein mehr oder weniger offen verneinen, abschätzige Bemerkungen persönlicher Natur oder unter Umständen die Art und Weise, wie die Untersuchung durchgeführt wird. Auch kann die Abfassung einer medizinischen Expertise in beleidigendem Ton oder sonst auf unsachliche Art und Weise objektiv Zweifel an der Unvoreingenommenheit der sachverständigen Person wecken (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_905/2011 vom 6. Juni 2012 E. 4.2).

E. 4.1

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin zu Recht auf das polydisziplinäre Z.____-Gutachten vom 24. März 2015 (Urk. 11/47, E. 3.1) abge stellt hat. Die Beschwerdeführerin bringt verschiedene formelle und materielle Einwände gegen das neurologische Teilgutachten von Prof. Dr. A.____ (vgl. E. 3.1.2) vor. Das internistische, das psychiatrische wie auch das neuropsychologische Teilgutachten blieben unbeanstandet.

E. 4.2

In formeller Hinsicht rügt die Beschwerdeführerin, das

neurologische Teilgutachten sei nicht beweismässig, da

Prof. Dr. A.____ voreingenommen respektive vorgefasst gewesen sei. Einerseits sei der Gutachter früher ein Mitarbeiter von Dr. C.____ gewesen und habe die Arbeitsstelle unter negativen Umständen verlassen müssen. Andererseits habe er im persönlichen Umgang mit der Beschwerdeführerin mehrere Grenzen überschritten, was diese als schlechten Stil respektive unhöflich empfunden habe. Die Beschwerdeführerin habe den Gutachter als zynisch empfunden und das Gefühl gehabt, dass er ihre Krankheit nicht ernst nehme. Die Voreingenommenheit zeige sich auch im persönlich gefärbten Sprachstil, in welchem das Gutachten verfasst worden sei (Urk. 1 S. 8). Schliesslich liege der Verdacht der Voreingenommenheit auch aufgrund des Umstands, dass der Gutachter dermassen stark von den Meinungen der behandelnden Ärzte abweiche, nahe (Urk. 1 S. 12).

E. 4.3

Nach der Rechtsprechung gelten für Sachverständige grundsätzlich die gleichen Ausstands- und Ablehnungsgründe, wie sie für Richter vorgesehen sind. Danach ist Befangenheit anzunehmen, wenn Umstände vorliegen, die geeignet sind, Misstrauen in die Unparteilichkeit zu erwecken. Bei der Befangenheit handelt es sich allerdings um einen inneren Zustand, der nur schwer bewiesen werden kann. Es braucht daher für die Ablehnung nicht nachgewiesen zu werden, dass die sachverständige Person tatsächlich befangen ist. Es genügt vielmehr, wenn Umstände vorliegen, die den Anschein der Befangenheit und die Gefahr der Voreingenommenheit zu begründen vermögen. Bei der Beurteilung des Anscheins der Befangenheit und der Gewichtung solcher Umstände kann jedoch nicht auf das subjektive Empfinden einer Partei abgestellt werden. Das Misstrauen muss vielmehr in objektiver Weise als begründet erscheinen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztgutachten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters ein strenger Massstab anzusetzen (BGE 132 V 93 E. 7.1, 120 V 357 E. 3).

E. 4.5

Vorliegend sind keine Anhaltspunkte ersichtlich, die objektiv betrachtet den Anschein einer Befangenheit respektive Voreingenommenheit von Prof. Dr. A.____ zu erwecken vermöchten. Der Umstand, dass der Gutachter den Angaben der Beschwerdeführerin zufolge in der Vergangenheit mit der sie behandelnden Ärztin zusammengearbeitet hat, vermag für sich alleine noch keine Vorbefasstheit zu begründen. Dies umso weniger, als die Beschwerdeführerin die „negativen“ Umstände, unter denen gemäss ihrer Aussage die Zusammenarbeit beendet worden sei, nicht konkret erläutert. Im Weiteren wies Dr. C.____ in ihrer Stellungnahme vom 5. Juni 2015 (vgl. E. 3.3), in welcher sie sich ausführlich mit dem neurologischen Teilgutachten auseinandersetzte, mit keinem Wort auf eine allfällige Befangenheit von Prof. Dr. A.____ ihr gegenüber hin. Auch in der Einwandbegründung vom 8. Juni 2015 (Urk. 57) wurde eine Befangenheit aufgrund eines schwierigen persönlichen Verhältnisses zwischen Gutachter und behandelnder Ärztin nicht thematisiert (vgl. Urk. 57/5-6).

Was die Beschwerdeführerin zu einer ihr entgegengebrachten, persönlichen Voreingenommenheit vorbringt, vermag ebenfalls nicht zu überzeugen. Die Beschwerdeführerin behauptet lediglich pauschalisiert, dass der Gutachter ihr gegenüber zynisch gewesen sei und „Bemerkungen“ gemacht habe, äussert sich aber nicht konkret zum Inhalt ebendieser Bemerkungen. Entgegen dem Vorbringen der Beschwerdeführerin ist dem Gutachten sodann weder ein per sönlich gefärbter Sprachstil noch eine Unsachlichkeit zu entnehmen. Es enthält vielmehr durchwegs differenzierte und neutral verfasste Aussagen und widerspiegelt darüber hinaus in keiner Weise das subjektive Gefühl der Beschwerdeführerin, nicht ernst genommen worden zu sein. Auch der Umstand, dass der Gutachter von den Einschätzungen der behandelnden Ärztin abweicht und aufgrund seiner Exploration keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellt, vermag keine Voreingenommenheit respektive Befangenheit zu begründen. Ebenso wenig sind der Stellungnahme der Gutachter, welche sich ausführlich mit den Einwänden der Beschwerdeführerin und deren behandelnder Ärztin auseinandersetzten (E. 3.5), unsachliche oder gar abschätzig Aussagen zu entnehmen. Nicht zuletzt vermag die Tatsache allein, dass die Beschwerdeführerin und ihr Rechtsvertreter mit dem Inhalt respektive Ergebnis des Gutachtens nicht einverstanden sind, den Beweiswert des Gutachtens nicht zu mindern. Nach dem Gesagten ist das neurologische Teilgutachten somit entgegen dem Ansinnen der Beschwerdeführerin nicht aus formellen Gründen aus dem Recht zu weisen, sondern in die nachfolgende materielle Beurteilung des strittigen Rentenanspruchs mit einzu beziehen.

E. 5

.1

Sowohl die von der Beschwerdeführerin unbeanstandet gebliebenen Teilgutachten der Fachdisziplinen Allgemeinmedizin, Neuropsychologie und Psychiatrie als auch das neurologische Teilgutachten erfüllen die rechtsprechungs gemäss erforderlichen Kriterien für beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen (vgl. E. 1.4). Das polydisziplinäre Z.____-Gutachten beruht auf eigenen Untersuchungen und wurde entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (vgl.

Urk. 1

S.

10) in Kenntnis der relevanten Vorakten (Urk. 11/47/2-8)

abgegeben. Die fachärztlichen Gutachter befassten sich ausführlich mit der persönlichen, beruflichen und gesundheitlichen Entwicklung der Beschwerdeführerin und nahmen zu den früheren Beurteilungen Stellung. Sie haben die medizinischen Zusammenhänge und die medizinische Situation einleuchtend dargelegt und ihre Schlussfolgerung nachvollziehbar begründet. Dem Z.____-Gutachten kommt somit volle Beweiskraft zu.

E. 5.2

Die Beschwerdeführerin bringt im Wesentlichen vor, Prof. Dr. A.____ gehe zu Unrecht und im Widerspruch zu den Einschätzungen der behandelnden Ärztin von einer vollen Arbeitsfähigkeit aus. Die Einschätzung des neurologischen Gutachters sei willkürlich, nicht nachvollziehbar und gründe in einer oberflächlichen Betrachtungsweise. Da er keine Abklärungen betreffend die Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit der Beschwerdeführerin vorgenommen habe, verfüge er über keine Grundlage, um deren Arbeitsfähigkeit einzuschätzen (Urk. 1 S. 10 f.). Der Gutachter habe nicht verstanden, wie sich das PMLT-Symptom auswirke und stelle es im Widerspruch zu den Vorakten in Frage (Urk. 1 S. 9 f.).

E. 5.3

Die neurologische Untersuchung und Befundaufnahme durch Prof. Dr. A.____ erfolgte in umfassender und eingehender Weise. Dies wird auch von der behandelnden Ärztin, gemäss welcher die Befunde klinisch vollständig und fachlich korrekt erhoben worden

seien (vgl. E. 3.3), nicht in Abrede gestellt. Entgegen dem Vorbringen der Beschwerdeführerin sind somit vorliegend keine Anhaltspunkte ersichtlich, aufgrund welcher angenommen werden müsste, dass die neurologische Untersuchung nicht lege artis vorgenommen worden wäre. Insbesondere kann aus dem Umstand alleine, dass die Eltern der Beschwerdeführerin entgegen der Darlegung

des Gutachters beide berufstätig sind (Urk. 1 S. 8), nicht auf eine unsorgfältige Vorgehensweise von Prof. Dr. A.____ in fachlicher Hinsicht geschlossen werden. Was das Vorbringen der Beschwerdeführerin, Prof. Dr. A.____ habe sie lediglich an zwei unterschiedlichen Tagen je etwa zwei Stunden gesehen (Urk. 1 S. 7), betrifft, gilt es festzuhalten, dass nicht die Dauer

der Abklärung entscheidend ist, sondern ihre Qualität. So kommt es rechtsprechungsgemäss für den Aussagegehalt eines medizinischen Gutachtens grundsätzlich nicht auf die Dauer

der

Untersuchung an, sondern es ist in erster Linie massgebend, ob die Expertise – wie vorliegend – inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (Urteile des Bundesgerichts 9C_676/2009 vom 17. Dezember 2009 E. 3). Im Weiteren kommt dem Gutachter nach der Rechtsprechung hinsichtlich der Wahl der Untersuchungsmethoden ein weiterer Ermessensspielraum zu. Namentlich ist es nicht zwingend notwendig, dass der Gutachter Zusatzuntersuchungen durchführt (Urteil des Bundesgerichtes 8C_768/2012 vom 24. Januar 2013 E.

3). Dass Prof. Dr. A.____ auf eine Abklärung der Leistungsfähigkeit, wie von der Beschwerdeführerin geltend gemacht, verzichtete, ist damit nicht zu beanstanden, zumal nicht ersichtlich ist, welche neuen entscheidungsrelevanten Erkenntnisse eine solche Abklärung

liefern würde.

E. 5.4

Der neurologische Gutachter hat seine Schlussfolgerung, wonach bei der Beschwerdeführerin keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vorliege, unter Einbezug der Vorakten, der Befundlage und seiner Beobachtungen anlässlich der

Untersuchungssituation nachvollziehbar begründet. Dass er bei seiner Einschätzung seine eigenen Beobachtungen mit berücksichtigte, ist entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin nicht unprofessionell (Urk. 1 S. 9)

und gibt insbesondere keinen Anlass zur Beanstandung, ist es doch nachgerade Aufgabe des Gutachters, sich ein umfassendes Bild der Beschwerden und des Verhaltens der Beschwerdeführerin zu machen (E. 1.4). Es kommt hinzu, dass sich der klinische Eindruck des neurologischen Gutachters, die Beschwerdeführerin habe während der gesamten Untersuchung nicht schmerzgequält oder anderweitig beeinträchtigt gewirkt (vgl. E. 3.1.2), mit den erhobenen Befunden der anderen fachärztlichen Gutachter deckt. So hielt die internistische Gutachterin fest, es sei anlässlich der Untersuchung kein schmerzbeeinträchtigter klinischer Eindruck und auch keine Unruhe der Beine zu erkennen gewesen (E. 3.1.4). Auch anlässlich der psychiatrischen Untersuchung wirkte die Beschwerdeführerin trotz ihrer Angabe, dass es ihr momentan sehr schlecht gehe, nicht wesentlich schmerzgeplagt (E. 3.1.3, (vgl. Urk. 11/47/20-21). Schliesslich berichtete auch der neuropsychologische Gutachter, dass keine motorische Unruhe der Beine beobachtet werden können und die Beschwerdeführerin nicht schmerzgeplagt gewirkt habe (E. 3.1.4).

E. 5.5

Im Weiteren hat der neurologische Gutachter entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin ausdrücklich darauf hingewiesen, dass er nicht ausschliesse, dass möglicherweise ein PLMT-Syndrom respektive ein dystonisches Krankheitsbild vorliege (vgl. E. 3.1.2). Er hat jedoch nachvollziehbar dargelegt, dass dieses aufgrund der geringen Ausprägung nicht geeignet sei, die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin namhaft einzuschränken. Diese Einschätzung überzeugt insbesondere auch vor dem Hintergrund der festgestellten Diskrepanzen zwischen der anamnestisch reklamierten Schmerzbeeinträchtigung und den in den verschiedenen Fachdisziplinen erhobenen, durchwegs unauffälligen Befunden. Entgegen dem Vorbringen der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 10) stehen die aktenkundigen medizinischen Berichte der Beurteilung von Prof. Dr. A. ___ nicht entgegen. Diese deckt sich vielmehr insbesondere mit der Einschätzung der Ärzte der Klinik für Neurologie des B. ___, welche die Diagnose eines PLMT-Syndroms nicht ausdrücklich bestätigten, sondern lediglich ausführten, dass die Beschwerden und die Klinik zu einem solchen Syndrom passen könnten, die Geschwindigkeit der Bewegungen jedoch etwas schnell erscheine für ein typisches PLMT-Syndrom (E. 3.2). Was die Berichte der behandelnden Ärztin betrifft, ist darüber hinaus darauf hinzuweisen, dass sie in den Beweisanforderungen grundsätzlich genügendes medizinisches Gutachten

nicht

in

Frage gestellt werden muss und auch keine in Anlass zu weiteren Abklärungen besteht, wenn die behandelnden medizinischen Fachpersonen nachher zu einer unterschiedlichen

Beurteilung gelangen oder an vorgängig geäusserten abweichenden Auffassungen festhalten (vgl. das Urteil des Bundesgerichts vom 29. Juli 2008, 9C_830/07, E. 4.3 mit Hinweisen). Überdies entspricht es in der Erfahrungstatsache, dass die behandelnden Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc mit Hinweisen).

E. 5.6

Nach dem Gesagten ist gestützt auf die gutachterlichen Ausführungen mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweisgrad der überwiegen den Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die geltend gemachten Beschwerden keinen invalidenversicherungsrechtlich relevanten Gesundheitsschaden zu begründen vermögen. Soweit die Beschwerdeführerin diesbezüglich geltend macht, es sei nicht berücksichtigt worden, dass sie zurzeit in einer ideal angepassten Arbeitsstelle in einem 40%-Pensum arbeite, weshalb der Invaliditätsgrad bei 50-60 % liegen dürfte (Urk. 1 S. 6 f.), ist darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdeführerin, wenn sie die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit nicht verwertet, trotzdem nach dieser, mithin nach dem ihr objektiv zumutbaren Arbeitsausmass, zu beurteilen ist (BGE 127 V 294 E. 4c mit Hinweisen).

Aufgrund der beweiskräftigen medizinischen Aktenlage besteht entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 13 f.) kein weiterer Abklärungsbedarf (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. Urteil des Bundesgerichtes 8C_468/2007 vom 6. Dezember 2006 E.2.2 mit Hinweisen).

E. 6

Nach dem Gesagten erweist sich die angefochtene Verfügung als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

E. 7

.1

Da der vorliegende Prozess nicht als von vornherein aussichtslos bezeichnet werden kann und die Beschwerdeführerin gemäss den eingereichten Unterlagen (Urk. 8, Urk. 9) bedürftig ist, ist ihrem Gesuch vom 13. September 2016 (Urk. 1) um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung und Bestellung eines unentgeltlichen Rechtsvertreter in der Person von Rechtsanwalt Christoph Erdös zu entsprechen (§ 16 Abs. 1 und 2 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht [GSVGer]).

E. 7.2

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr.

E. 7.3

Mit Verfügung vom 4. November 2016 (Urk.

E. 8

00.-- festzulegen. Ausgangsgemäss sind die der Beschwerdeführer in aufzuerlegen, zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einsteilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. Die Beschwerdeführer in ist auf § 16 Abs. 4 GSVGer hinzuweisen, wonach sie zur Nachzahlung der Gerichtskosten verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist.

E. 12

) wurde unter anderem darauf hingewiesen, dass gemäss § 8 in Verbindung mit § 7 Abs. 2 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht die Möglichkeit besteht, dem Gericht vor Fällung des Endentscheides eine detaillierte Zusammenstellung über den bisherigen Zeitaufwand und die bisher angefallenen Barauslagen einzureichen, und dass das Gericht im Unterlassungsfall - auch wenn erst im Endentscheid über das Gesuch um unentgeltliche Rechtsvertretung befunden wird - die Entschädigung nach Ermessen festsetzt. Bis dato wurde keine entsprechende Honorarnote eingereicht, weshalb der

unentgeltliche

Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt

Christoph Erdös, beim gerichtlichen Stundenansatz von Fr. 220.-- (zuzüglich MWSt) ermessensweise mit Fr. 1'900.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse zu entschädigen ist. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. Das Gericht beschliesst: In Bewilligung des Gesuchs vom 13. September 2016 wird der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Prozessführung gewährt und es wird ihr in der Person von Rechtsanwalt

Christoph Erdös, Zürich, ein unentgeltlicher

Rechtsvertreter bestellt, und erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt, zu Folge der Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Christoph Erdös, Zürich, wird mit Fr. 1'900.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Christoph Erdös -
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für
Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons

Zürich Der VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin HurstJanett

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