

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00235 vom 13. Mai 2016**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-05-13, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2015.00235](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00235)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00235 du 13 mai 2016

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00235 del 13 maggio 2016

## **Erwägungen**

### **E. 1**

2. Februar 2013 meldete sich die Versicherte erneut zum Leistungsbezug an ( Urk. 7/24 , Urk. 7/27 ). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, tätigte Abklärungen der medizinischen und erwerblichen Situation ( Urk. 7/ 31-35, Urk. 7/37-39 , Urk. 7/54 ) und gewährte der Versicherten Frühinterventionsmassnahmen in Form einer Laufbahnberatung ( Urk. 7/40) sowie eines Job Coachings ( Urk. 7/45). Im April 2014 schloss die IV Stelle die Frühinterventionsmassnahmen ab ( Urk. 7/57) und veranlasste eine rheumatologische sowie psychiatrische Begutachtung, über welche am 28. Mai respektive 2. Juni 2014 berichtet wurde ( Urk. 7/65, Urk. 7/67).

Die zuständige Pensionskasse entrichtet der Versicherten

eine Teilinvalidenrente ( Urk. 7/49, Urk. 7/93).

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren ( Urk. 7/70, Urk. 7/79, Urk. 7/83, Urk. 7/85, Urk. 7/94, Urk. 7/105, Urk. 7/111) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 22. Januar 2015 ( Urk. 7/113 = Urk. 2) einen Rentenanspruch der Versicherten.

### **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 herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig ( Art.

### **E. 1.3**

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

### **E. 1.4**

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 Vorkenntnisse (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). 2.

### **E. 2**

Die Versicherte erhob am 19. Februar 2015 Beschwerde gegen die Verfügung vom 22. Januar 2015 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihr eine Rente zuzusprechen. Eventuell seien weitere medizinische Abklärungen, insbesondere ein Gerichtsgutachten, anzuordnen (Urk. 1 S. 2). Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 10. April 2015 (Urk. 6) die Abweisung der Beschwerde. Am 24. August 2015 beantragte die Beschwerdeführerin ferner, es sei das rheumatologische Gutachten aus dem Recht zu weisen (Urk. 14 S. 1), was der Beschwerdegegnerin am 26. August 2015 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 16). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin hielt in der vorliegend angefochtenen Verfügung (Urk.

2) gestützt auf die erfolgten Abklärungen fest, es seien zwar Diagnosen ausgewiesen, welche Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten. Diese würden jedoch keinen Anspruch auf eine Invalidenrente begründen. Die bisherige Tätigkeit als Bankangestellte sei optimal angepasst und der Beschwerdeführerin zu 100 % zumutbar. Die Beschwerdeführerin benötige einzig eine halbe Stunde Pause pro Halbtage, was allerdings nicht rententanzierend sei. Auf weitere medizinische Untersuchungen könne verzichtet werden (S. 2 f.).

#### **E. 2.2**

Demgegenüber vertrat die Beschwerdeführerin den Standpunkt, sie leide an einer hypermobilen Form des Ehlers-Danlos-Syndroms. Auf das rheumatologische Gutachten könne nicht abgestellt werden. Das Gutachten verneine diese Diagnose und sei zudem unvollständig, da es sich nicht zur Fatigue äussere und auch bezüglich der Schmerzproblematik unvollständig sei. Sodann sei im Gutachten eine Skoliose verneint worden, obwohl radiologisch eine linksseitige Torsionsskoliose nachgewiesen worden sei.

Das Gutachten sei zudem aufgrund wirtschaftlicher Abhängigkeit der Sachverständigen von der Beschwerdegegnerin aus dem Recht zu weisen (Urk. 1 S. 4 ff.; Urk.

#### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin. 3. 3.1

Die Ärzte des Z.\_\_\_\_, Abteilung für Stoffwechselkrankheiten, führten mit Bericht vom 27. Mai 2011 (Urk. 7/77/4-6) folgende Diagnosen auf (S. 1): - Hyperlaxitätssyndrom mit Fingerarthralgien - chronische Schmerzen im Nacken- und Schultergürtelbereich, mehrheitlich muskulären Ursprungs - chronische lumbale Rückenschmerzen seit der Jugend, aktuell wohl mehrheitlich überlastungsbedingt - Einschlafparästhesien der rechten Hand sowie Kribbelparästhesien

planta

pedis rechts unklarer Ätiologie - Eisen- und Vitamin B12 Mangel, supplementiert - Status nach Behandlung im interdisziplinären Schmerzprogramm des A.\_\_\_\_ im Jahr 2008 - Diagnosen 1-3 möglicherweise verursacht durch ein Hypermobilitätssyndrom, Differentialdiagnose (DD) hypermobiles Ehlers-Danlos-Syndrom (EDS) Typ III

Die Kleinfinger seien deutlich mehr als 90° extensibel. Ellbogen und Kniegelenke seien nicht überstreckbar. Die Handgelenke seien grenzwertig überdehnbar und die Beschwerdeführerin könne den Boden bei gestreckten Beinen mit den Händen problemlos berühren. Es ergebe sich somit ein Beighton Score von 4/9. Ferner leide die Beschwerdeführerin an Arthralgien während drei Monaten in mehr als vier Gelenken und weise einige Nebenkriterien wie Stria

atropica, Hyperextensibilität sowie Besenreiserven im Thoraxbereich auf, weshalb definitiv ein Gelenkhypermobilitätssyndrom vorliege. Die Beschwerdeführerin werde zur Hautbiopsie aufgeboten. Dadurch solle geklärt werden, ob die Gelenkhypermobilität in den Formenkreis der Bindegewebskrankheiten gehöre respektive ein EDS Typ III vorliege (S. 2).

Mit Schreiben vom 1. März 2012 (Urk. 7/77/7) informierten die Ärzte des Z.\_\_\_\_ über die erfolgte Hautbiopsie. Die Elektronenmikroskopie weise Kollagen- und Elastin-Pathologien mit verbreiteten Zisternen des endoplasmatischen Retikulums (ER) auf, welche auf eine Apoptose hinweisen könnten. Das vorhandene Bild könne keinem spezifischen EDS-Typ zugewiesen werden. Mit grösster Wahrscheinlichkeit könnten allerdings ein EDS Typ I, II, IV und VII ausgeschlossen werden. 3.2

Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte mit Bericht vom 20. September 2012 (Urk. 7/31) zuhanden der Arbeitgeberin der Beschwerdeführerin folgende Diagnosen auf (S. 1): - nicht sicher klassifizierbare Bindegewebsschwäche bei Elastan

(richtig: Elastin)-Störung

(biologisch) mit: - rezidivierenden lumbalen Bandscheibenprotrusionen - Hyperlaxität der Wirbelsäule und Gelenke - chronischem

lumbovertebralem Syndrom mit/bei: mässiger Degeneration der Lendenwirbelsäule (LWS) mit Protrusion L3/4 - Streckhaltung der gesamten Wirbelsäule und unspezifische

Myotendinosen

gluteal beidseits - chronische Schmerzen im Nacken- und Schultergürtelbereich, vorwiegend muskulären Ursprungs mit/bei: - symptomatischen Hartspannsträngen und Triggerpunkten - leichte Segmentdegeneration C4/5 mit Protrusion - Fingerarthralgien bei hier betonter Hyperlaxität - nächtliche Einschlafparästhesien der rechten Hand sowie

Kribbel pa rästhe sien

planta

pedis rechts - s ubstituierter Eisen- und Vitamin B 12 Mangel

Die Beschwerdeführerin sei derzeit zu 50 % arbeitsfähig. Eine Steigerung auf ein Pensum von 75 % könne mittelfristig erhofft werden. Rückfälle und auch bleibende schwerere Einschränkungen seien langfristig nicht auszuschliessen (S.

2). 3.3

Mit Bericht vom 7. Januar 2013 ( Urk. 7/23) gab Dr. med. C.\_\_\_\_ , Fach arzt für Chirurgie , an, dass er die Beschwerdeführerin seit längerer Zeit schmerzmedizinisch betreue , und diagnostizierte ein chronisches Schmerzsyndrom verursacht durch ein Hypermobilitätssyndrom auf dem Boden eines EDS Typ III. Die Beschwerdeführerin sei derzeit in der bisherigen Tätigkeit zu 50 % arbeitsfähig. Es sei davon auszugehen, dass in einer behinderungsangepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 75 % erreicht werden könne (S. 1). 3.4

Über die im Spital D.\_\_\_\_ durchgeführte interdisziplinäre Schmerzsprechstunde informierte Dr. C.\_\_\_\_ mit Bericht vom 8. April 2013 ( Urk. 7/39/5-6), wobei folgende Diagnosen hätten gestellt werden können (S. 1): - chronisches Schmerzsyndrom verursacht durch ein Hypermobilitätssyndrom auf dem Boden eines EDS Typ III - chronifiziertes lumbales Schmerzsyndrom bei Status nach Diskushernie L3/4 mit kaudalem Luxat und Segmentdegeneration L3/4 - chronisches zervikozepales Schmerzsyndrom

Die Beschwerdeführerin habe unter der Medikation mit Cortison in einer angepassten Tätigkeit wieder zu 75 % arbeiten können. Diese Arbeitsbelastung könne nur aufrechterhalten werden, wenn die Arbeit flexibilisiert werden könne. Eine psychiatrische Erkrankung liege bei der Beschwerdeführerin nicht vor (S. 2). 3.5

Im November 2013 erfolgte erneut eine Beurteilung durch Dr. B.\_\_\_\_ im Auftrag der Arbeitgeberin der Beschwerdeführerin ( vgl. Bericht vom 26. November 2013, Urk. 7/48). Dabei bestätigte Dr. B.\_\_\_\_ die bisher gestellten Diagnosen, wobei er zusätzlich auf ein chronisches Schmerzsyndrom verursacht durch ein Hypermobilitätssyndrom bei Vorliegen eines EDS Typ III hinwies (S. 1). Die aus gebaute Schmerztherapie vermöge die Beschwerden zu lindern. Dadurch verstärke sich allerdings die Ermüdbarkeit. Die angestrebte Arbeitsfähigkeit von 75 % überfordere die Beschwerdeführerin. Eine Arbeitsfähigkeit von 50 % erscheine realistisch (S. 2). 3.6

Die Ärzte des

Z.\_\_\_\_ diagnostizierten mit Bericht vom 3. Januar 2014 (Urk.

7/77 /1-2 = Urk. 3/5 ) anhand einer elektronenmikroskopischen Untersuchung der Hautzellen eine hypermobile Form des

EDS .

Das Geburtsgebrechen Ziff. 485 nach Anhang zur Verordnung über Geburtsgebrechen (GGV) sei aus gewiesen. Die Beschwerdeführerin sei derzeit zu 50 % arbeitsfähig. In einem Pensum von 75 % stosse sie aufgrund der starken Gelenkschmerzen und der Fatigue an ihre Grenzen . Bei einem optimalen Therapiesetting könne das Arbeitspensum gegebenenfalls zu einem späteren Zeitpunkt wieder gesteigert werden (S . 1 f. ). 3.7

Mit Bericht vom 3. Februar 2014 ( Urk. 7/54/1-4) bestätigte Dr. C.\_\_\_\_ die bisher gestellten Diagnosen und gab an, dass die Beschwerdeführerin in der bis herigen Tätigkeit seit September 2012 zu 50 % arbeitsunfähig sei. Die Beschwerdeführerin sei auch in einer behinderungsangepassten Tätigkeit nur noch zu 50 % arbeitsfähig (S. 1 ff. Ziff. 1.1, Ziff. 1.6-1.7 ). 3.

#### **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

#### **E. 8**

Dr. med. und Dr. sc. nat. ETH E.\_\_\_\_ , Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, erstattete ihr internistisch- rheumatologisches Teilkonstatat zuhause der Beschwerdeführerin am 28. Mai 2014 ( Urk. 7/65) und führte die nachfolgend gekürzt angeführten Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf (S. 48 Ziff. 9.1): - verminderte Belastbarkeit und Beschwerden der LWS bei - leichter medianer Protrusion L3/4 mit leichter Impression des Dura Sacrales ohne Spinalkanalstenose und ohne Kompression neuraler Strukturen, mit unauffälligen Iliosakralgelenken ( ISG ) beidseits und normaler autochthoner Muskulatur und damit deutliche Verbesserung der bildgebenden Befunde; Magnetresonanztomographie ( MRI ) Januar 2013 gegenüber MRI August 2012 - keinen

radikuläre Zeichen - ausgedehnte chronische Schmerzen mit unauffälliger Dolorimetrie und unauffälligem neurologischem Befund (Juli 2009) bei - moderater Hyperlaxität /Hypermobilität mit 3/9 Punkten beim Beighton

Score - DD: milde Variante des hypermobilen Typs des EDS mit unauffälligem Kollagen-Screening der Hautbiopsie und elektronenmikroskopisch hauptsächlich normalen Kollagenfibrillen, jedoch vereinzelt Kollagen- und Elastin-Pathologien - DD: unvollständiges Hypermobilitätssyndrom nach Beginn einer Ballettausbildung im Alter von vier Jahren (1987) mit intensivem Ballett-/Jazztanzen und Tanzproduktionen als Dance Captain bis 2007

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie einen Nikotinabusus sowie einen Verdacht auf eine Opiat/Opioid-Abhängigkeit seit vielen Jahren (S. 48 Ziff. 9.2).

In der klinischen Untersuchung sei der Gang normal gewesen. Alle drei Wirbelsäulenabschnitte hätten eine normale Form und Beweglichkeit, wobei die Beschwerdeführerin ihre Hände mit gestreckten Knien flach auf den Boden legen könne. Das Becken sei gerade. Radikuläre Zeichen seien nicht vorhanden. Die articulationes metacarpophalangeales (MCP)-Gelenke der Finger II-V seien deutlich hyperextendierbar . Die Beschwerdeführerin habe zudem eine deutliche Hyperflectierbarkeit beider Hüftgelenke gezeigt. Die Beweglichkeit der übrigen Gelenke sei normal. Insbesondere seien die Ellbogen, die Knie sowie die oberen Sprunggelenke ( OSG ) und die übrigen Fingergelenke nicht deutlich hyperextendierbar oder hyperlax . Die Beschwerdeführerin erreiche daher nur 3/9 Punkte des Beighton Score, weshalb eine moderate Hyperlaxität bestehe. Da für die Diagnose eines Hypermobilitätssyndroms bei Personen unter 50 Jahren mindestens vier Punkte des Beighton Score erfüllt sein müssten , könne diese Diagnose

nicht gestellt werden. Die Dolorimetrie verlaufe normal. Die Bioimpedanz -Analyse zeige eine erfreulich grosse Muskelmasse von 55 % . Die Röntgen und Untersuchung der LWS vom Juli 2008 zeige altersentsprechende Befunde und keine wesentliche Skoliose. Das MRI der LWS vom Januar 2013 zeige eine leichte mediane Diskusprotrusion L3/4 mit leichter Impression des Duralsackes ohne Kompression neuraler Strukturen. Anlässlich eines im August 2012 erfolgten MRI der LWS sei eine mediane bis mediolaterale

Diskus hernie L3/4 rechts mit einem nach caudal gerichteten Luxat mit Kontakt zur Nervenwurzel L4 rechts sichtbar gewesen, so dass eine deutliche Verbesserung des bildgebenden Befundes vorliege. Der bildgebende Befund der LWS vom Januar 2013 sei nicht gravierend, sondern eher ein Normalbefund. Die Hautbiopsie habe ein unauffälliges Kollagen-Screening ergeben. Die Elektronenmikroskopie zeige hauptsächlich normale Kollagenfibrillen mit vereinzelt Kollagen- und Elastin-Pathologien. Der Befund der Hautbiopsie sei nicht sehr eindrücklich und könne keinem EDS-Typ zugeordnet werden . Mit grosser Wahrscheinlichkeit könne daher ein EDS Typ I, II, IV und VII ausgeschlossen werden. Die Anamnese weise eher auf ein unvollständiges Hypermobilitätsyndrom als auf eine hypermobile Form des EDS hin (S. 49 f. Ziff. 10).

Eine angepasste Tätigkeit ohne Heben und Tragen von Lasten schwerer als 12.5

kg und ohne Tätigkeit, welche eine lang andauernde kraftvolle repetitive Belastung der Hände und der LWS voraussetzt, sei der Beschwerdeführerin zu 100 % zumutbar. Dabei benötige sie pro Halbtage eine halbe Stunde zusätzliche Pause . Die angestammte Tätigkeit sei als angepasste Tätigkeit zu betrachten

(S.

51 Ziff. 11.1). Eine langandauernde Arbeitsunfähigkeit habe nie bestanden (S. 52 Ziff. 11.2). Die Prognose sei gut. Die im August 2012 diagnostizierte Diskushernie L3/4 habe sich deutlich gebessert. Mit dem fortschreitenden Alter vermindere sich in der Regel die Gelenkbeweglichkeit und damit die Hyperlaxität (S. 52 Ziff. 12.3). 3.9

PD Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erstattete sein psychiatrisches Gutachten zuhanden der Beschwerdegegnerin am 2. Juni 2014 ( Urk. 7/67 /1-13 ), wobei er keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen konnte (S. 8 lit . A Ziff. 4.1). Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führte er eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0) , auf (S. 8 lit . A Ziff. 4.2). Es sei nachvollziehbar, dass die Beschwerdeführerin angesichts ihrer aktiven prämorbid Anamnese rezidivierende depressive Einbrüche erlebe. Diese seien in der Untersuchung im Rahmen wiederholter affektlabiler Einbrüche auch objektivierbar gewesen. Es handle sich um eine sekundäre depressive Symptomatik, welche sich aufgrund der Schmerzen entwickelt habe. Die Beschwerdeführerin habe ausgeführt, dass es ihr an Tagen mit weniger Beschwerden auch psychisch besser gehe (S. 9 f.

lit . A Ziff. 5 ).

Aus psychiatrischer Sicht sei die Beschwerdeführerin in der bisherigen sowie in jeglicher anderen Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig (S. 10 lit . A Ziff. 6-7). Es bestehe keine Indikation für eine regelmässige ambulante psychiatrische Behandlung oder eine antidepressive Medikation (S. 11 lit . B). 3.10

In der interdisziplinären Zusammenfassung vom 2. Juni 2014 ( Urk. 7/67/14) führ ten Dr. E.\_\_\_\_ und PD Dr. F.\_\_\_\_ die bereits in den Teilgutachten genannten Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf. Die Beschwerdeführerin sei in der bisherigen Tätigkeit oder in einer anderen angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig. Dabei benötige sie pro Hal btag eine halbe Stunde zusätzli che Pause. 3.

### E. 8.5

).

Die Ärzte des Z.\_\_\_\_

sowie

Dr. E.\_\_\_\_

stimmen bei der Erhebung der klini schen Befunde da hingehend überein, dass bei der Beschwerdeführerin beide Kleinfinger mehr als 90 ° extendierbar seien und sie den Boden bei gestreckten Beinen mit den Händen problemlos berühren könne. Auch sind sie sich einig , dass die Beschwerdeführerin weder die Ellbogen- noch die Kniegelenke über strecken könne . Während Dr. E.\_\_\_\_

ebenfalls verneinte, dass die Beschwer deführerin den Unterarm mit dem Daumen berühren könne, erachteten die Ärzte des Z.\_\_\_\_ eine grenzwertige Überdehnbarkeit der Handgelenke als gegeben ( vgl. Urk. 7/65 S. 46 Ziff. 8.5, Urk. 7/77/4-6 S. 2, Urk. 7/104 S. 1 , Urk. 7/109 S.

1 ). D iesbezüglich

erscheint es höchst wahrscheinlich , dass die Ärzte des Z.\_\_\_\_ mit der Überdehnbarkeit der Handgelenke das im Beighton Score aufgeführte Krite rium des Berührens des Unterarms mit dem Daumen gemeint haben. Der Umstand , dass die Beschwerdeführerin den jeweiligen Unterarm mit dem Daumen berühren kann – womit zwei zusätzliche Punkte des Beighton Score erfüllt wären – wurde von den Ärzten des Z.\_\_\_\_

auch fotografisch festg ehalten (vgl. Urk. 7/104 S. 5). Somit ist anzunehmen, dass die Beschwerdeführerin tat sächlich 5/9 Punkte des Beighton Score erfüllt. 4.3

Wie es sich damit verhält, kann jedoc h vorliegend offen bleiben, denn a us inva li den versicherungsrechtlicher Sicht sind nicht die Diagnosen und deren Anzahl entscheidend , sondern die Auswirkungen der gesundheitlichen Beein trächti gungen auf die Arbeitsfähigkeit (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 mit Hinweis auf BGE 127 V 294) . Diese w erden vorliegend unterschiedlich beurteilt :

Die behan deln den Ärzte erachteten die Beschwerdeführer in derzeit in jeglicher Tätigkeit als zu 50 % arbeitsfähig, wobei teilweise auch eine spätere Steigerung des Pensums auf 75 % nicht ausgeschlossen wurde

( Urk. 7/23 S. 1 ; Urk. 7/31 S.

2; Urk. 7 /39/5-6 S. 2 ; Urk. 7/48 S. 2; Urk. 7/54/1-4 S. 2 f.; Urk. 7/77 /1-2 S.

1 ). Dr. E.\_\_\_\_ attestierte der Beschwerdeführerin dagegen eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ohne Heben und Tragen von Lasten schwerer als 12.5 kg und ohne Tätigkeit, welche eine langandauernde kraftvolle repetitive Belastung de r Hände und der LWS voraussetzt . Dabei benötige die Beschwerdeführerin pro Halbtage eine halbe

Stunde zusätzliche Pause. Die angestammte Tätigkeit entspreche einer angepassten Tätigkeit ( Urk. 7/65 S. 51 Ziff. 11.1).

Diese von Dr. E.\_\_\_\_

gutachterlich vorgenommene Einschätzung der verbliebenen Arbeitsfähigkeit erscheint nachvollziehbar und schlüssig. So erhob sie im Gegensatz zu den übrigen Ärzten sehr genaue rheumatologische Befunde, welche sich praktisch als normal erwiesen haben (vgl. Urk. 7/65 S. 42 ff. Ziff.

8.2). Zudem weist die Beschwerdeführerin gestützt auf die durch Dr.

E.\_\_\_\_ durchgeführte Bioimpedanz-Analyse eine über dem Normwert liegende Muskelmasse von 55

% auf ( Urk. 7/65 S. 45 Ziff. 8.4, S. 49 Ziff. 10) , was gegen eine schmerzbedingt lange andauernde Schonung spricht. In diesem Zusammenhang ist festzuhalten, dass auch Dr. F.\_\_\_\_ anlässlich der psychiatrischen Exploration eine unauffällige Körperposition der Beschwerdeführerin feststellte ( Urk. 7/67 S. 6 Ziff. 3).

Sodann konnte Dr.

E.\_\_\_\_

auch keine Fatigue erkennen und erwähnte sie deshalb auch nicht in der rheumatologischen Beurteilung; dies obwohl die Beschwerdeführerin am Tag der Begutachtung noch gearbeitet und angegeben habe, dass sie daher etwas müde sei

( vgl.

Urk. 7/65 S. 38).

Im Übrigen wäre eine Fatigue

in der psychiatrischen Teilbeurteilung von Bedeutung gewesen, wobei PD Dr. F.\_\_\_\_ allerdings in Kenntnis der von der Beschwerdeführerin geklagten Müdigkeit insbesondere kein Chronic

Fatigue Syndrome (CFS; chronisches Müdigkeitssyndrom) diagnostizierte (vgl. Urk. 7/67 S. 8 ff.). Schliesslich ist in Bezug auf die Einschätzung der behandelnden Ärzte auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (Urteile des Bundesgerichts 8C\_1055/2010 vom 17. Februar 2011 E. 4.1 und I 551/06 vom 2. April 2007 E. 4.2). Eine Verbesserung der Beschwerden durch eine Anpassung der aktuellen

Schmerzbehandlung

ist zuletzt nicht auszuschliessen. Anlässlich der psychiatrischen Begutachtung durch PD Dr.

F.\_\_\_\_ führte die Beschwerdeführerin hierzu aus, dass im Rahmen einer im letzten Jahr durchgeführten einmonatigen Behandlung mit Prednison eine vollständige Beschwerdefreiheit vorgelegen habe ( Urk. 7/67 S. 9 f.).

Nach dem Gesagten ist die Beschwerdeführerin daher gestützt auf die gutachterliche Beurteilung durch Dr. E.\_\_\_\_ sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten

Tätigkeit in Beachtung des

genannten Belastungs profils zu 100 % arbeitsfähig, wobei sie allerdings pro Halbtage eine halbe Stunde zusätzliche Pause benötigt. 4.4

Soweit die Beschwerdeführerin eine unseriöse Begutachtung durch Dr. E.\_\_\_\_

rügt, da diese eine Skoliose entgegen dem Bericht des Medizinisch Radiologischen Instituts vom 25. März 2015 verneint habe (Urk. 8), ändert dies nichts an der vorliegenden Beurteilung und der Beweiskraft des Gutachtens. Dr.

E.\_\_\_\_

konnte anlässlich der Befunderhebung eine leichte Lordose der Halswirbel- und Lendenwirbelsäule sowie eine leichte Kyphose der Brustwirbelsäule feststellen. Eine Skoliose verneinte sie hingegen (Urk. 7/65 S.

42 Ziff. 8.2). Dabei wies sie zudem darauf hin, dass die Röntgenuntersuchungen des Beckens sowie der Lendenwirbelsäule im Juli 2008 lediglich altersentsprechende Befunde und keine wesentliche Skoliose und auch die späteren Untersuchungen keine gravierenden Befunde gezeigt hätten (Urk. 7/65 S. 49 Ziff. 10). Die von der Beschwerdeführerin erwähnte radiologische Untersuchung vom 25. März 2015 (vgl. Bericht vom 13. April 2015, Urk. 9) fand fast ein Jahr nach der Begutachtung durch Dr. E.\_\_\_\_ statt und ist damit nicht geeignet, die von Dr. E.\_\_\_\_ erhobenen Befunde in Zweifel zu ziehen. Im Übrigen ist auch hier aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht nicht die Diagnose, sondern deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit massgeblich. 4.5

Hinsichtlich des von der Beschwerdeführerin gestellten Antrages, es sei das Gutachten von Dr. E.\_\_\_\_ aus dem Recht zu weisen, da diese von der Beschwerdeführerin wirtschaftlich abhängig sei

(Urk.

#### **E. 11**

Mit Stellungnahme vom 5. Juni 2014 stellte Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Anästhesiologie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), für die Beurteilung auf das rheumatologisch-psychiatrische Gutachten von Dr. E.\_\_\_\_

und

PD Dr. F.\_\_\_\_ ab (Urk. 7/69 S. 4 f.). 3.

#### **E. 12**

Der die Beschwerdeführerin schmerzmedizinisch betreuende Arzt Dr. C.\_\_\_\_ wies mit Schreiben vom 25. Juni 2014 (Urk. 7/87 = Urk. 3/12) darauf hin, dass er sich bezüglich der Diagnosestellung auf die spezialärztliche Beurteilung der Ärzte des Z.\_\_\_\_ verlassen habe (S. 1). Das Gutachten von Dr. E.\_\_\_\_ konzentrierte sich nur auf die strukturellen bildgebenden Veränderungen und berücksichtige die Mechanismen der neurogenen Schmerzchronifizierung nicht. Er bestätigte, dass die Beschwerdeführerin glaubhaft an Schmerzen leide und damit sehr gut umgehen könne (S. 2). 3.1 3

Am 11. Oktober 2014 äusserte sich Dr. E.\_\_\_\_ dahingehend, dass keine neuen medizinischen Fakten geltend gemacht würden, weshalb sie an ihrer Beurteilung der Arbeitsfähigkeit festhalte. Bei der Beschwerdeführerin bestehe aus klinischer Sicht kein

Hypermobilitätssyndrom, da sie nur 3/9 Punkte des Beighton

Score aufweise. Die Diagnose eines EDS Typ III müsse aufgrund der klinischen Befunde gestellt werden. Die Beschwerdeführerin leide folglich nicht an einem EDS (Urk. 7/98/1 = Urk. 3/7). 3.1 4

Die Ärzte des Z.\_\_\_\_ nahmen mit Schreiben vom 10. November 2014 (Urk. 7/100/1-2 = Urk. 7/104/1-2) Stellung zum Schreiben vom Dr. E.\_\_\_\_ vom Oktober 2014. Danach seien ein EDS Typ I, II, IV und VII durch eine Elektronenmikroskopie der Hautzellen sowie biochemische Analyse der kultivierten Fibroblasten ausgeschlossen worden. Für die Diagnosestellung der hypermobilen Form des EDS (Typ III) könnten biochemisch und molekulargenetisch keine hinreichenden Tests angeboten werden. Damit ein EDS Typ III diagnostiziert werden könne, seien sämtliche anderen EDS-Typen auszuschliessen. Dies sei bei der Beschwerdeführerin erfolgt. Es liege mit grösster Wahrscheinlichkeit eine hypermobile Form des EDS respektive differentialdiagnostisch ein Hypermobilitätssyndrom vor. Beide Kleinfinger seien deutlich mehr als 90° extendierbar gewesen. Ellbogen und Kniegelenke seien nicht überstreckbar. Die Handgelenke seien grenzwertig überdehnbar und die Beschwerdeführerin könne den Boden bei gestreckten Beinen mit den Händen problemlos berühren. Der Beighton Score liege bei 5/9 Punkten. Zusätzlich leide die Beschwerdeführerin an chronischen Gelenkschmerzen und Schmerzen der Extremitäten (S. 1). Dr. E.\_\_\_\_ habe zudem die bestehende Skoliose nicht erwähnt (S. 3 f.). 3.1 5

Zu dieser Einschätzung der Ärzte des Z.\_\_\_\_ nahm Dr. E.\_\_\_\_ am 19.

Dezember 2014 Stellung (Urk. 7/107/1-2 = Urk. 7/109 = Urk. 3/8). Dabei wies sie darauf hin, dass die Ärzte des Z.\_\_\_\_

falsche Angaben zur Berechnung des Beighton

Score gemacht hätten. Das erwähnte Kriterium „Handgelenke knapp respektive grenzwertig überdehnbar“ sei im Beighton

Score nicht enthalten. Die Beschwerdeführerin habe deshalb in der Begutachtung nur 3/9 Punkte des Beighton Score erfüllt, was einer moderaten Hypermobilität entspreche. Ein Hypermobilitätssyndrom könne nicht diagnostiziert werden (S.

1). Schliesslich habe sie weder eine Skoliose, noch einen Beckenschiefstand oder eine relevante Beinlängendifferenz beobachten können. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bleibe unverändert (S. 2). 3.16

In dem im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichten Bericht des H.\_\_\_\_ vom 25. März 2015 (Urk. 9) informierte PD Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Radiologie, über die Untersuchung der Beschwerdeführerin mit einer 2 cm dicken Unterlage unter dem linken Fuss, da ansonsten das Becken gegenüber der Wirbelsäule stark verdreht gewesen wäre. Es habe sich eine links konvexe Torsionsskoliose thorakolumbal von 13° gezeigt. Des Weiteren sei eine normale Lordose der LWS und Kyphose der Brustwirbelsäule (BWS) zu verzeichnen gewesen. Die Wirbelsäule sei im Lot und es seien keine Missbildungen erkennbar. 4. 4.1

Im Vordergrund stehen vorliegend klar und unbestrittenermassen die somatischen Beschwerden der Beschwerdeführerin. Die psychiatrisch diagnostizierte

rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0), wurde von PD Dr. F.\_\_\_\_ nachvollziehbar als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eingestuft. PD Dr. F.\_\_\_\_

führte dabei anschaulich aus, weshalb es sich um eine sekundäre depressive Symptomatik handle, welche sich aufgrund der Schmerzen entwickelt habe. Da teilweise somatische Korrelate vorlägen, könne eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung ausgeschlossen werden (Urk. 7/67 /1-13 S. 8 f.). Der geschilderte Tagesablauf und die vorhandenen Sozialkontakte (vgl. Urk. 7/67 /1-13 S. 5 f.) weisen auf genügend Ressourcen hin und die Beschwerdeführerin benötigt derzeit auch keine regelmässige psychiatrische Therapie oder antidepressive Medikation (Urk. 7/67 /1-13 S. 11). Die psychischen Befunde sind somit für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin unbeachtlich. Dies steht im Übrigen im Einklang mit der Rechtsprechung des Bundesgerichts, wonach eine leichte depressive Episode grundsätzlich nicht geeignet ist, eine leistungsspezifische Invalidität zu begründen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_506/2014 vom 10. November 2014 E. 4.2). 4.2

Bei den somatischen Beschwerden der Beschwerdeführerin besteht zwischen den Ärzten indessen Uneinigkeit bezüglich der Diagnosestellung eines EDS Typ III, welche einzig gestützt auf die klinischen Befunde erfolgen könne. Zudem seien sämtliche übrigen EDS-Typen zuerst auszuschliessen, was bei der Beschwerdeführerin aufgrund der durchgeführten Hautbiopsie unbestrittenermassen der Fall sei. Ein EDS Typ III sei schwierig vom Hypermobilitätssyndrom zu unterscheiden. Die Ärzte des Z.\_\_\_\_ hielten hierzu fest, dass sich die Fachwelt zwischenzeitlich unklar darüber sei, ob es sich dabei tatsächlich um zwei verschiedene Krankheitsbilder handle oder ob es ein Spektrum einer und derselben Erkrankung sei. Für die Diagnose eines Hypermobilitätssyndroms bei Personen unter 50

Jahren müssten unter anderem mindestens vier Punkte des Beighton Score erfüllt sein (vgl. Urk. 7/65 S. 50, Urk. 7/77/7, Urk. 7/104 S. 1, Urk. 7/109 S. 1). Die Ärzte des Z.\_\_\_\_ bejahten das Vorliegen eines EDS Typ III, wobei sie 5/9 Punkte des Beighton Score als erfüllt erachteten (Urk. 7/77/4-6 S. 2, Urk. 7/104 S. 1). Der die Beschwerdeführerin schmerzmedizinisch betreuende Arzt Dr. C.\_\_\_\_ führte als Diagnose ebenfalls ein EDS Typ III auf, verliess sich hierbei allerdings

nach eigenen Angaben auf die Beurteilung der Ärzte des Z.\_\_\_\_ (vgl. Urk. 7/87 S. 1). Auch Dr. J.\_\_\_\_ bejahte in seiner

Stellungnahme zuhanden der Arbeitgeberin der Beschwerdeführerin das Vorliegen eines EDS Typ III. Dem Bericht ist allerdings keine eigene Befundaufnahme zu entnehmen (vgl. Urk. 7/48). Dagegen verneinte

Dr. E.\_\_\_\_

anlässlich der rheumatologischen Begutachtung aufgrund von lediglich 3/9 festgestellten Punkten des

Beighton Score die Diagnose eines EDS Typ III (Urk. 7/65 S. 4 6 Ziff.

#### **E. 14**

S. 2), ist darauf hinzuweisen, dass das Bundesgericht in seinem Grundsatzurteil BGE 137 V 210 entschieden hat, dass die Abgeltung einer medizinischen Abklärungsstelle (MEDAS) durch Mittel der Invalidenversicherung grundsätzlich nicht zu einer Befangenheit führt.

Dies muss analog auch für freiberufliche Ärzte gelten. Die Tatsache allein, dass ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird, bildet deshalb für sich allein keinen A usstands- oder Ablehnungsgrund. Vorliegen d sind keine konkreten Hinweise für eine Befangenheit von Dr. E. \_\_\_ ersichtlich, weshalb die Beschwerde führerin mit ihrem Antrag nicht durchdringt . 4.6

Schliesslich ist nicht ersichtlich, inwiefern die von der Beschwerdeführerin even tuell geforderte weitere Sachverhaltsabklärung ( Urk. 1 S. 2) für die Beur teilung des vorliegenden Falls entscheidende Erkenntnisse liefern könnte, sodass darauf im Sinne des antizipierten Beweiswürdigung (BGE 122 V 157 E.

1d) zu verzichten ist. 4.7

Zusammenfassend ist mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die psy chiatrisch diagnostizierte rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0) , ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ist . Die Beschwerdeführerin ist aus somatischer Sicht sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig, wobei diese keine langan dauernden kraftvollen repetitiven Belastungen der Hände und der L endenwir belsäule voraussetzen und die Beschwerdeführerin keine Lasten schwerer al s 12.5 kg heben und tragen darf. Dabei benötigt die Beschwerdeführerin pro Halbttag eine halbe Stunde zusätzliche Pause . 5.

Die von der Beschwerdeführerin pro Halbttag benötigte zusätzliche Pause von je einer halben Stunde ergibt bei der in ihrem Betrieb geltenden Arbeitszeit von 42

Stunden pro Woche respektive 8.4 Stunden pro Tag in einem Vollpensum (vgl. Fragebogen für Arbeitgebende vom 5. April 2013, Urk. 7/37) eine Arbeits unfähigkeit von gerundet 12 % (bei 7.4 Stunden) . Da die Beschwerde führerin weiterhin ihre bisherige Tätigkeit -

welche ihr nach dem Gesagten in einem Pensum von 100 % zumutbar ist - ausübt, ist sowohl für die Bestimmung des Validen- als auch des Invalideneinkommens auf dieses Einkommen abzustellen ( vg l . BGE 134 V 322 E. 4.1, 126 V 75 E. 3b/ aa und bb ), weshalb der Prozentver gleich

ein en nicht rentenbegründenden Invaliditätsgrad von 12 %

ergibt .

Die angefochtene Verfügung erweist sich demnach als rechtens, was zur Abwei sung der Beschwerde führt. 6 .

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. 8 00.-- anzusetzen. Entsprechend dem Aus gang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerle gen. 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 zuge stellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Lotti Sigg -  
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 Bundes  
gesetzes 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 1 5. Juli bis und mit 1  
5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu  
stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mit tel  
und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu ent halten; 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 MosimannKudelski

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