

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00640 vom 18. September 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-09-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00640

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00640 du 18 septembre 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00640 del 18 settembre 2017

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1966, arbeitete zuletzt seit Mai 2009 als Senior Management Assistant bei der Y.____ (vgl. Urk. 7/7/1-5 S. 1 f. Ziff. 2.1, Ziff. 2.7). Am 14. November 2013 meldete sie sich unter Hinweis auf Schmerzen im Becken-, Brust- und Lendenwirbelbereich sowie Schwindel bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (vgl. Urk. 7/2 S. 5 Ziff. 6.2). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische und erwerbliche Situation (Urk. 7/6 -7; Urk. 7/9-11; Urk. 7/13; Urk. 7/16; Urk. 7/21-22; Urk. 7/25; Urk. 7/29; Urk. 7/34; Urk. 7/36-37; Urk. 7/51-52) ab und veranlasste eine polydisziplinäre Begutachtung, über welche am 17. August 2015 berichtet wurde (Urk. 7/77/2-43). Die zuständige Pensionskasse entrichtet der Versicherten seit dem 1. Dezember 2014 eine Invalidenrente, wobei das Arbeitsverhältnis auf diesen Zeitpunkt hin aufgelöst wurde (Urk. 7/47).

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 7/79; Urk. 7/84) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 9. Mai 2016 (Urk. 7/88 = 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). 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 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (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

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. 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 rentenausschliessendes 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. 1.4

). Von einer Verniedlichung kann demnach – entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 1 S. 12 Ziff. 19) – keine Rede sein.

Die aus somatischer Sicht erfolgte umfassende Begutachtung im K.____

erfüllt alle rechtsprechungsgemässen Kriterien (vorstehend E. 1.5), weshalb für die Beurteilung vollumfänglich darauf abgestellt werden kann . 4.2

Auch hinsichtlich des psychischen Leidens der Beschwerdeführerin erweist sich das Gutachten des K.____ als beweiskräftig. Der psychiatrische Gutachter erklärte nach ausführlicher Befundaufnahme schlüssig und nachvollziehbar , weshalb

lediglich eine leichte depressive Episode als mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliege (vgl. Urk. 7/77/2-43 S. 16 f. Ziff. 4.1.2-4.1.4).

Aufgrund der Schmerzproblematik diagnostizierte er eine Schmerzverarbeitungsstörung , mass dieser jedoch keine

Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bei . Dabei handelt es sich auch lediglich um eine Verhaltensauffälligkeit, nicht jedoch um ein psychisches Leiden mit Krankheitswert (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_275/2016 vom 19. August 2016 E. 4.3.4).

Der Umstand, dass der behandelnde Psychiater Dr. J.____ demgegenüber eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostizierte, bei welcher ein andauern der, schwerer und

quälender Schmerz verlangt wird (BGE 141 V 281 E. 2.1.1), vermag für sich allein noch keine Zweifel an der gutachterlichen Einschätzung aufkommen zu lassen. Anhaltspunkte, dass – wie von Dr. J.____ behauptet (vgl. Urk. 3/3 S. 1) - die anlässlich der Begutachtung erhobenen Befunde falsch gewichtet worden seien, ergeben sich nicht. Zumal eine psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_694/2008 vom 5. März 2009 E. 5.1). Da der psychiatrische Gutachter des K.____ keine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostizierte, sondern lediglich eine Schmerzverarbeitungsstörung, war – entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 1 S. 6 f. Ziff. 9-10) – auch keine Auseinandersetzung mit den Standardindikatoren notwendig (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C_567/2009 vom 17. September 2009 E. 5), womit für das aus diesem Grund event ualiter beantragte psychiatr i sche Gerichtsgutachten keine Veranlassung besteht.

Schliesslich konnte der psychiatrische Gutachter des K.____

im Gegensatz zu Dr. J.____ lediglich akzentuierte ängstlich-vermeidende, zwanghafte Persönlichkeitszüge, jedoch keine relevante Persönlichkeitsstörung feststellen. Zur abweichenden Beurteilung durch Dr. J.____ nahm er ausführlich Stellung und wies insbesondere auf die vor der Erkrankung während mehrerer Jahre n volle Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin hin (vgl. Urk. 7/77/2-43 S. 18 Ziff. 4.1 . 8). Zwar ist eine Persönlichkeitsstörung meistens, aber nicht stets, mit deutlichen Einschränkungen der beruflichen und sozialen Leistungsfähigkeit verbunden (vgl. die klinisch-diagnostischen Leitlinien der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), Dilling / Mombour /Schmidt, Hrsg., 9. Auflage, Bern 2014, S. 277). Erstaunlich ist dennoch, dass bis Juli 2013, als die Beschwerdeführerin bereits 47-jährig war, kein derartiges Verhaltensmuster festgestellt werden konnte. Aus der vom Gutachter erhobenen Anamnese sowie der übrigen Aktenlage ergeben sich hierfür keine Anhaltspunkte. Erstmals im Bericht vom September 2015 beschrieb Dr. J.____ die Familienanamnese der Beschwerdeführerin etwas ausführlicher, wobei insbesondere auf eine überstarke Bindung zur Mutter hingewiesen wurde (vgl. Urk. 3/3 S. 2). Gewichtiger als die „richtige“ Diagnose ist jedoch, dass der Nachweis der Invalidität eine gesundheitlich bedingte erhebliche und evidente, dauerhafte sowie objektivierbare Beeinträchtigung voraussetzt. Dieser Massstab gilt für sämtliche Leiden gleichermassen. Auch die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung weist keine direkte Korrelation zu einer Arbeitsunfähigkeit auf (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.1, 139 V 547 E. 9.4; Urteil des Bundesgerichts 8C_813/2016 vom 10. März 2017 E. 4). Umso mehr, wenn wie vorliegend die Beschwerdeführerin trotz der durch

Dr. J.____

diagnostizierten seit der Jugend bestehenden Persönlichkeitsstörung jahrelang beim selben Arbeitgeber erfolgreich einer Erwerbstätigkeit nachgehen konnte. Unter Beachtung der Divergenz von medizinischem Behandlungs- und Abklärungsauftrag kann es schliesslich nicht an gehen, eine medizinische Administrativ- oder Gerichtsexpertise stets dann in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte nachher zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangen oder an solchen vorgängig geäusserten abweichenden Auffassungen festhalten (Urteil des Bundesgerichts

8C_694/2009 vom 5. März 2009 E. 5.1). 4. 3

Soweit die Beschwerdeführerin die Mangelhaftigkeit des Gutachtens mit der fehlenden neuropsychologischen Abklärung begründet (vgl. Urk. 1 S. 10 f.

Ziff.

E. 1.5

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

E. 2

Die Versicherte erhob am 3. Juni 2016 Beschwerde gegen die Verfügung vom 9. Mai 2016 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihr ab dem 1. Juli 2014 eine ganze Invalidenrente zuzusprechen. Eventuell sei ein Gerichtsgutachten einzuholen (Urk. 1 S. 2). Die IV-Stelle beantwortete mit Beschwerdeantwort vom 8. Juli 2016 (Urk. 6) die Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführerin am 26. Juli 2016 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin hielt in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) gestützt auf die medizinischen Abklärungen fest, dass die Beschwerdeführerin in der bisherigen, optimal angepassten Tätigkeit zu 20 %

eingeschränkt sei. Körperlich schwere Tätigkeiten seien ihr nicht zumutbar und in einer mittelschweren Tätigkeit bestehe eine 50%ige

Arbeitsfähigkeit. Da keine durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit von mindestens 40 % vorliege, könne das Wartefahrerjahr nicht eröffnet werden (S. 1 f.).

In der Beschwerdeantwort (Urk. 6) führte die Beschwerdegegnerin ergänzend aus, dass das Gutachten vom 17. August 2015 beweiskräftig sei. Da eine Schmerzverarbeitungsstörung ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert worden sei, erübrige sich eine Prüfung der Standardindikatoren. Beim begutachtenden Arzt der Pensionskasse handele es sich sodann nicht um einen Psychiater und seinem Bericht seien kaum aussagekräftige objektive Befunde zu entnehmen. Zwar sei der Beschwerdeführerin aufgrund einer leichten depressiven Episode eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden. Einer solchen komme jedoch keine invalidisierende Wirkung zu (S. 1 f.).

E. 2.2

Demgegenüber stellte sich die Beschwerdeführerin auf den Standpunkt (Urk. 1), auf das Gutachten könne nicht abgestellt werden. So setze sich dieses nicht mit den Standardindikatoren auseinander. Auch sei die attestierte 80%ige Arbeitsfähigkeit in der bisherigen, allerdings nicht optimal angepassten Tätigkeit nicht nachvollziehbar. Mangelhaft sei das Gutachten auch dadurch, dass auf eine neuropsychologische Abklärung verzichtet worden sei. Ausserdem würden die Auswirkungen der Endometriose verniedlicht. Für die Beurteilung sei vielmehr auf die Berichte der behandelnden Ärzte

abzustellen, wonach sie seit Juli 2013 vollständig arbeitsunfähig sei. Seither habe sie daher Anspruch auf eine ganze Invalidenrente. Auch die Pensionskasse entrichte ihr bereits eine ganze Rente. Eventuell sei eine psychiatrische sowie eine neuropsychologische Begutachtung zu veranlassen (S. 6 ff.).

E. 2.3

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

Am 17. Dezember 2012 erfolgte in der Z.____ bei diagnostiziertem Endometrium am linken Ovar eine diagnostische operative Laparoskopie, eine Salpingoovariolyse links sowie eine Exzision des Endometriums (vgl. Bericht vom 19. Dezember 2012, Urk. 7/11/24-25 S. 1). 3.2

Mit Austrittsbericht vom 23. April 2013 (Urk. 7/11/17-19) informierten die Ärzte des A.____ , Klinik für Kardiologie, über die am 22. April 2013 erfolgte Ablation der links lateralen akzessorischen Bahn

sowie

Isthmusablation bei diagnostiziertem Wolff-Parkinson-White-Syndrom (WPW-Syndrom) mit Vorhofflimmern und Vorhofflattern mit Präexzitation. Die Beschwerdeführerin sei bis zum 1. Mai 2013 vollständig arbeitsunfähig (S. 1). 3.3

Am 26. Februar 2014 erfolgte im B.____ eine Hysteroskopie mit Resektion des polypösen Endometriums an der Hinterwand und eine Laparoskopie mit Entfernung der

Endometrioseherden Blasendach, Douglas, Ovarien beidseits sowie Fossa ovarica beidseits. Die Beschwerdeführerin sei daher vom 26. Februar bis 1. März 2014 stationär hospitalisiert gewesen, wobei sowohl der intra- als auch der postoperative Verlauf komplikationslos verlaufen seien. Die Beschwerdeführerin sei bis zum 12. März 2014 vollständig arbeitsunfähig (vgl. Operationsbericht vom 26. Februar 2014, Urk. 7/21/10-11; Austrittsbericht vom 5. März 2014, Urk. 7/13 S. 1 ff.). 3.4

Dr. med. C.____ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, gab mit Bericht vom 18. März 2014 (Urk. 7/10) an, dass er die Beschwerdeführerin seit dem Jahr 2001 behandle (S. 1 Ziff. 1.2), und folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen könne (S. 1 Ziff. 1.1): - Migräne, seit Kindheit - chronisches Schmerzsyndrom - Achsen-Skelett, chronisch

pelvic

pain , linke Leistengegend - Endometriose r-AFS III - Wolff-Parkinson-White (WPW) -Syndrom mit Vorhofflimmern, abladiert im Jahr 2013 - invalidisierende Schwindelsymptomatik, vorerst unklarer Ätiologie

Die Beschwerdeführerin sei in der bisherigen Tätigkeit seit dem 24. Juli 2013 vollständig arbeitsunfähig. Im Vordergrund stehe offenbar eine invalidisierende Schwindelsymptomatik, aufgrund welcher sie auch eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit nur teilweise ausüben könne. Zusätzlich bestehe die Schmerzsymptomatik. Die Migräne begründe allenfalls noch kürzere krankheitsbedingte Absenzen. Der Beschwerdeführerin sei derzeit weder die bisherige noch eine adaptierte Tätigkeit zumutbar (S. 2 f. Ziff. 1.6-1.7, Ziff. 3). Die Prognose sei eher ungünstig (S. 2 Ziff. 1.4). 3.5

Dem Bericht vom 27. März 2014 (Urk. 7/16/2-4) von Dr. med. D.____, Oberärztin, B.____, ist als Diagnose eine Vestibulopathie zu entnehmen. Dr. D.____ kam zum Schluss, dass differentialdiagnostisch nebst einem Schwankschwindel im Rahmen einer Angstsymptomatik oder dissoziativer Zustände auch eine Funktionsstörung des Innenohrs in Frage käme. Sie habe der Beschwerdeführerin daher zu einer entsprechenden Abklärung geraten. Die wesentliche Symptomatik sei jedoch der Beckenschmerz, welcher als somatoforme Störung gedeutet werden müsse. Anhaltspunkte für eine neurologische Erkrankung, insbesondere ursächlich für den Schwindel, fänden sich nicht

(S. 2). 3.6

Dr. med. E.____, Facharzt für Oto-Rhino-Laryngologie, diagnostizierte mit Bericht vom 4. April 2014 (Urk. 7/16/1) einen unklaren Schwindel bei erhaltener peripher-vestibulärer Funktion. 3.7

Mit Bericht vom 29. April 2014 (Urk. 7/22) informierte Dr. med. F.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, zuhanden der Arbeitgeberin der Beschwerdeführerin über die erfolgte Begutachtung. Die Beschwerdeführerin sei aktuell zu 100% arbeitsunfähig. Dies gelte kurz- und wahrscheinlich mittelfristig. Die längerfristige Prognose sei unsicher. Eine Behandlung an einer psychosomatischen Klinik scheine indiziert (S. 2). 3.8

Dr. med. G.____, Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe, B.____, äusserte mit Bericht vom 4. Juli 2014 (Urk. 7/21/1-6) den Verdacht auf ein psychosomatisches Krankheitsbild mit unklaren Unterbauchschmerzen, einer unklaren Schwindelsymptomatik sowie unklaren Parästhesien als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Als ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erachtete er eine Endometriose r-AFS III sowie ein WPW-Syndrom (S. 1 Ziff. 1.1). Aus gynäkologischer Sicht könne aufgrund der starken psychosomatischen Überlagerung keine Prognose gestellt werden. Von der rein somatisch indizierten Hysterektomie werde aufgrund der ausgeprägten psychosomatischen Überlagerung Abstand genommen. Eine intensive psychosomatische Betreuung werde empfohlen (S. 3 Ziff.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 8

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60% auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70% auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 13

Ziff. 3.6).

Aus psychiatrischer Sicht könne eine leichte depressive Episode diagnostiziert werden.

So lägen eine verminderte Freudeempfindlichkeit, eine erhöhte Ermüdbarkeit, Konzentrations- und Schlafstörungen sowie ein verminderter Appetit vor. Zusätzlich bestehe eine ausgeweitete Schmerzsymptomatik, dies vor allem mit Schmerzen am

Bewegungsapparat aber auch im Unterleib. Die Beschwerdeführerin sei verunsichert. Es lägen lebensgeschichtliche Belastungen mit Enttäuschungen bei der beruflichen Tätigkeit vor. Auch

seien etwas auffällige ängstlich-vermeidende, zwanghafte Persönlichkeitszüge zu verzeichnen. Gegen eine Persönlichkeitsstörung spreche vor allem der Verlauf mit vor der Erkrankung während mehreren Jahren voller Leistungsfähigkeit. Die Prognose sei ungünstig. Der Verlauf sei chronisch. Eine schwere psychische Störung, welche therapeutisch nicht günstig beeinflusst werden könne, liege nicht vor. Die Beschwerdeführerin ziehe sich sozial zu den Eltern zurück. Es bestünden jedoch durchaus noch Kontakte, auch zu ein paar Kolleginnen. Ein schwerer sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens liege nicht vor (S. 16 f. Ziff. 4.1.4). Aufgrund der depressiven Störung bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 20 %

(S. 17 Ziff. 4.1.5, S. 38 Ziff. 6.2). Die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung sollte weitergeführt werden. Falls es im Verlauf zu einer Verschlechterung der Depression komme, wäre eine psychopharmakologische Medikation einzusetzen (S. 18 Ziff. 4.1.9).

In rheumatologischer Hinsicht liege eine chronische Schmerzsymptomatik im Beckenbereich mit Ausdehnung bis zur Wirbelsäule und mit Ausstrahlung in den linken Oberschenkel vor. Die aus subjektiver

Sicht konstante

sehr hohe

Schmerzintensität sei angesichts der durchwegs freien Bewegungen sämtlicher Abschnitte des Bewegungsapparates ausserordentlich auffällig. Insgesamt ergäben sich weder klinische noch radiomorphologische Anhaltspunkte für eine vom Bewegungsapparat ausgehende Symptomatik. Angesichts des Habitus sowie der deutlichen Tendenz zur Hyperlaxität liege funktionell eine leicht- bis mässiggradig eingeschränkte körperliche Belastbarkeit vor (S. 22 f. Ziff. 4.2.4). Der Beschwerdeführerin seien daher körperlich schwere Tätigkeiten nicht zumutbar. In einer körperlich mittelschweren Tätigkeit bestehe eine Einschränkung von 50 %. In einer körperlich leichten Tätigkeit liege dagegen keine Arbeitsunfähigkeit vor (S. 23 Ziff. 4.2.4, S. 37 Ziff. 6.2).

Die neurologische Untersuchung sei aus objektiver Sicht

vollkommen unauffällig gewesen. Bei seitengleichen Reflexen und Motorik sei keine Nervenläsion objektivierbar. Es fänden sich keine Hinweise für eine neurale Beteiligung der Becken- und Unterleibsschmerzen links. Hinsichtlich des mitbeklagten Schwindels ergebe sich kein Korrelat und die Art der Präsentation wie auch das auffällige Gangbild beim Verlassen des Untersuchungszimmers sprächen eher für einen phobischen Schwindel. Hinweise für eine peripher-vestibuläre Störung ergäben sich nicht. Der phobische Schwindel sowie die Unterleibsschmerzen links wie auch die beklagten Herzbeschwerden würden zu einer ausgeprägten Somatisierungsstörung passen. Aufgrund des Schwindels sollten der Beschwerdeführerin keine Tätigkeiten mit Absturzgefahr zugemutet werden. In körperlich leichten bis punktuell mittelschweren Tätigkeiten sei sie voll arbeitsfähig (S. 26 f. Ziff. 4.3.4-4.3.5, S. 37 Ziff. 6.2).

Aus oto-rhino-laryngologischer Sicht könne eine praktisch altersentsprechende Hörschwelle beidseits mit nur leichtgradiger Hochtonsenke rechts objektiviert werden. Es

beständen weder subjektiv noch objektiv auditive Einschränkungen. Hinsichtlich der peripher-vestibulären Funktionen seien die Befunde bei fehlenden pathologischen Nystagmen sowie symmetrischer kalorischer Erregbarkeit beidseits unauffällig. Eine retrocochleäre Pathologie habe bereits vorgängig mittels MRI des Neurocraniums ausgeschlossen werden können. Es liege demnach eine Schwankschwindelsymptomatik bei unauffälliger peripher-vestibulärer Funktion vor. Sturzgefährdende Tätigkeiten seien nicht geeignet. Ansonsten sei die Beschwerdeführerin in einer körperlich angepassten Tätigkeit voll arbeitsfähig (S. 30 Ziff. 4.4.4-4.4.5, S. 37 f. Ziff. 6.2).

In gynäkologischer Hinsicht sei festzuhalten, dass aufgrund der oberflächlichen und kleinvolumigen

Restendometriose

anlässlich der letzten Operation, der fehlenden Besserung der Beschwerden unmittelbar postoperativ, der letzten Bildgebung mittels MRI sowie dem fehlenden Ansprechen der hormonellen und schmerzinterventionellen Therapie eine gynäkologische Ursache der Beschwerden nicht gegeben sei. Insgesamt bestehe der Eindruck, dass psychische Probleme einen gewichtigen Einfluss auf die Beschwerden ausüben würden. Aus gynäkologischer Sicht liege keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor (S. 35 Ziff. 4.5.4-4.5.5, S. 38 Ziff. 6.2).

Zusammenfassend kamen die Gutachter zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin in körperlich schweren Tätigkeiten nicht mehr arbeitsfähig sei. Eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 50 % liege in einer

angepassten körperlich mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit vor. In einer angepassten körperlich leichten Tätigkeit bestehe eine vollschichtig realisierbare 80%ige Arbeitsfähigkeit mit leicht erhöhtem Pausenbedarf. Dies gelte auch für die angestammte Tätigkeit. Eine vorübergehende, maximal drei Monate dauernde vollständige Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit habe nach der am 22. April 2013 durchgeführten Ablation und nach dem am 26. Februar 2014 erfolgten gynäkologischen Eingriff vorgelegen. Somit könne ab Juli 2013 respektive ab Mai 2014 vom beschriebenen Arbeits- und Leistungsprofil ausgegangen werden (S. 38 Ziff. 6.2-6.3).

Für Haushaltstätigkeiten

liege bei freier Zeiteinteilung und in gewohnter Umgebung eine Arbeitsunfähigkeit von maximal 10 % vor (S. 38 Ziff. 6.4). 3.13

Mit Stellungnahme vom 28. August 2015 empfahl Dr. med. L.____, Facharzt für Anästhesiologie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), für die Beurteilung auf das Gutachten des K.____

abzustellen. Die Beschwerdeführerin sei seit Juli 2013 in der bisherigen sowie einer angepassten Tätigkeit zu 20 % arbeitsunfähig. Eine Verbesserung sei möglich (vgl. Urk. 7/78 S. 5 f.). 3.14

Dr. J.____

führte mit Schreiben vom 26. September 2015 (Urk. 3/3) aus, dass die Kriterien einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) vollständig erfüllt seien. Die Möglichkeiten der Lebensführung seien dramatisch eingeschränkt. Der psychiatrische

K.____ -Gutachter dokumentiere zwar alle relevanten Befunde. Die Gewichtung als Symptomausweitung ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit werde dem Krankheitsbild jedoch nicht gerecht. Nicht nachvollziehbar sei überdies die Aussage, wonach eine Persönlichkeitsstörung durch eine volle mehrjährige Leistungsfähigkeit ausgeschlossen werde. Die Beschwerdeführerin weise genügend Befunde in der Anamnese und Symptomatologie auf, die zur Diagnosestellung einer Persönlichkeitsstörung benötigt würden (S. 1 f.). 3.15

Am 9. November 2015 informierte

Dr. F.____

die Arbeitgeberin der Beschwerdeführerin über die erneute Begutachtung (Urk. 3/7). Dabei nannte er folgende Diagnosen (S. 1 f.): - chronische invalidisierende und therapierefraktäre Unterbauchbeschwerden links bei Endometriose und Status nach Endometriosesanierung im Dezember 2012 - WPW-Syndrom mit/bei: - Status nach Schmalplextachykardie, Vorhofflimmern und Breitkomplextachykardie - Status nach Ablation der links lateralen akzessorischen Bahn sowie Isthmusablation, April 2012 - ängstlich vermeidende Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6) kombiniert mit zwanghaften Persönlichkeitsstrukturen (ICD-10 F60.5) mit/bei: - Rückenschmerzen, Hyperalgesie und Schwindelzuständen - sozialem Rückzug - Verlust der Selbständigkeit - Angst - Migräne, anamnestisch - Status nach Zeckenbiss ohne Borreliose im Jahr 2000 mit Verdacht auf Fibromyalgie, anamnestisch - Untergewicht

Die Beschwerdeführerin leide an einer chronischen Schmerzproblematik im Unterbauch. Der Zustand sei besorgniserregend. Sie sei vollkommen von ihren Eltern abhängig. Eine Realisierung der Arbeitsfähigkeit dürfe sich als äusserst schwierig erweisen und sei kurz- oder mittelfristig nicht möglich. Der Gesundheitszustand sei stabil schlecht. Die bisherige Berentung sei beizubehalten (S. 3). Da chronische Schmerzstörungen von der Invalidenversicherung nun anders bewertet würden, sei eine Neuurteilung des Falles zumindest in Erwägung zu ziehen (S. 4). 3.16

Dr. med. M.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, nahm mit Schreiben vom 30. Mai 2016 (Urk. 3/4) Stellung zum K.____ -Gutachten. Dabei gab er an, dass er die Beschwerdeführerin mittels Akupunktur/ Traditioneller Chinesischer Medizin (TCM) behandle. Die Gutachter hätten die Befunde sowie die Anamnese umfänglich erfasst, wobei diese bis auf wenige zeitliche Ungenauigkeiten stimmen würden. Allerdings liege durch die Endometriose eindeutig ein somatisches Korrelat als Grunderkrankung vor. Erstaunlich sei, dass der begutachtende Psychiater die psychosomatische Komponente anerkenne, jedoch das Leidensbild in seiner ganzen Ausprägung nicht erfasse. Angesichts der mannigfaltigen Abklärungen und dem Aufsuchen so vieler Spezialisten hätte ihm auffallen müssen, dass eine krankheitsrelevante Persönlichkeitsstörung zu Grunde liege. Die gutachterliche Diagnose einer leichten Depression, welche letztlich für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit relevant werde, sei falsch. Die Beurteilung des behandelnden Psychiaters sei mit Sicherheit höher zu werten und dessen Diagnose sei korrekt. Die Gutachter würden falsche Schlüsse ziehen. Die Beschwerdeführerin sei zu 100 % arbeitsunfähig (S. 1 f.). 4.1

Die medizinischen Akten lassen erkennen, dass die Beschwerdeführerin bereits zahlreiche somatische Abklärungen vorgenommen hat, diese jedoch ihre Beschwerden nicht vollständig zu erklären vermögen und die behandelnden Ärzte deshalb schon früh eine

psychosomatische Komponente fest stellen (vgl. etwa Urk. 7/ 16/2-4 S. 2; Urk. 7/21/1-6 S. 1 ff. Ziff. 1.1, Ziff. 1.4; Urk. 7/36 S. 1 f. Ziff. 1.1, Ziff. 1.4).

So konnte bisher aus rheumatologischer Sicht kein wesentlicher objektiver Befund erhoben werden. Die bildgebenden Befunde des Beckens und

der LWS waren unauffällig (vgl. Urk. 7/25/1-4). Auch anlässlich der ausführlichen rheumatologischen Begutachtung durch die Ärzte des K.____ fanden sich keine klinischen oder radiomorphologischen Hinweise für eine relevante Pathologie des Bewegungsapparates (vgl. Urk. 7/77/2-43 S. 20 f. Ziff. 4.2.2). Für eine neurale Beteiligung der Becken- und Unterleibsschmerzen fand sich ebenfalls kein Anhaltspunkt. Eine Nervenläsion war nicht objektivierbar (vgl. Urk. 7/77/2-43 S. 26 Ziff. 4.3.4). Auch für den beklagten Schwindel konnte sowohl aus neurologischer als auch aus oto-rhino-laryngologischer Sicht weder durch die behandelnden Ärzte noch anlässlich der Begutachtung im K.____ ein entsprechendes somatisches Korrelat gefunden werden. Bei fehlenden pathologischen Nystagmen sowie beidseitiger symmetrischer kalorischer Erregbarkeit war eine unauffällige peripher-vestibuläre Funktion zu verzeichnen.

Eine retro-cochleäre Pathologie konnte bildgebend gleichfalls ausgeschlossen werden (vgl. Urk. 7/16/1; Urk. 7/16/ 2-4 S. 2 ; Urk. 7/77/2-43 S. 26 f. Ziff. 4.3.4, S. 30 Ziff. 4.4.4).

Die Beschwerdeführerin leidet zwar an einem WPW-Syndrom, welches im Rahmen der stationären Hospitalisation infolge eines Vorhofflimmerns/-flatterns mit Präexzitation festgestellt wurde (vgl. Urk. 7/11/17-19 S. 1). Seit der im April 2013 erfolgreich durchgeführten Ablation sind jedoch keine diesbezüglichen Beschwerden mehr aktenkundig und die daraufhin erfolgten kardiologischen Untersuchungen ergaben ebenfalls normale Werte (vgl. Urk. 7/9/13-15 S. 2 f.; Urk. 7/29/1-4 S. 1). Auch anlässlich der Begutachtung im K.____ gab die Beschwerdeführerin an, dass nach diesem Eingriff weder Herzrasen noch Herzpalpitationen oder Dyspnoen aufgetreten seien. Wie die Gutachter des K.____ zutreffend festhielten, liegen somit keine Hinweise auf ein Rezidiv des WPW-Syndroms oder auf ein Vorhofflimmern vor, womit dieser Diagnose nachvollziehbar keine wesentliche Relevanz beigemessen wurde (vgl. Urk. 7/77/2-43 S. 10 Ziff. 3.1.1, S. 13 Ziff. 3.6).

Auch ist aktenkundig, dass die Beschwerdeführerin an einer Endometriose leidet, welche bisher zweimalig – im Dezember 2012 so wie Februar 2014 – operiert wurde (vgl. Urk. 7/11/24-25; Urk. 7/13; Urk. 7/21/10-11). Der gynäkologische Gutachter des K.____

kam

diesbezüglich jedoch nachvollziehbar zum Schluss, dass die lediglich oberflächliche Kleinvolumige

Restendometriose nicht ursächlich für die Beschwerden der Beschwerdeführerin sei (vgl. Urk. 7/77/2-43 S. 35 Ziff. 4.5.4). Dies steht überdies auch im Einklang mit der Beurteilung der diesbezüglich behandelnden Ärzte des B.____, stuften diese die Endometriose doch selbst als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein und nahmen von einer weiteren Operation infolge der

ausgeprägten psychosomatischen Überlagerung Abstand (vgl. Urk. 7/21/1-6 S. 1 Ziff. 1.1, S. 3 Ziff.

), vermag dies nicht zu überzeugen, ist es doch der Einschätzung der Gutachter überlassen, ob eine fachärztliche Teilbegutachtung angezeigt ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_567/2009 vom 17. September 2009 E. 4). Das von der Beschwerdeführerin hierzu zitierte – vom hiesigen Gericht gefällte – Urteil kann überdies nicht mit dem vorliegenden Sachverhalt verglichen werden. Da bei ging es um eine Rentenrevision, wobei die Rentenzusprache unter anderem gerade wegen neuropsychologischen Einschränkungen erfolgt war (vgl. Urteil des hiesigen Gerichts IV.2014.01176 vom 2. September 2015 E. 6.2). 4. 4

Zwar entrichtet die zuständige Pensionskasse der Beschwerdeführerin eine ganze Invalidenrente, worauf diese beschwerdeweise auch hinwies (vgl. Urk. 1 S. 14 f. Ziff.

E. 21

; Urk. 7/47). Diese Zusprache erfolgte im Wesentlichen gestützt auf die Begutachtung durch Dr. F.____, wobei sich dieser – indem er auch psychiatrische Diagnosen stellte – ausserhalb seines Fachgebiets der Allgemeinen Inneren Medizin bewegte. Über einen Facharztstitel der Psychiatrie und Psychotherapie

verfügt er dagegen nicht. Dies wäre jedoch für eine verlässliche Beurteilung der psychischen Beschwerden der Beschwerdeführerin unabdingbar (vgl. BGE 130 V 352 E. 2.2.3, Urteil des Bundesgerichts 8C_989/2010 vom 16. Februar 2011 E. 4.4.2) zumal seine im Bericht auch lediglich eine internistische, jedoch keine psychopathologische Befundaufnahme zu entnehmen ist, womit die von ihm gestellten psychiatrischen Diagnosen auch nicht nachvollzogen werden können (vgl. Urk. 3/7). Dasselbe gilt auch für die durch den Internisten Dr. M.____ vorgenommene Einschätzung (vgl. Urk. 3/4). 4. 5

Nach dem Gesagten ist dem K.____-Gutachten folgend somit festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin zwar in einer körperlich schweren Tätigkeit nicht mehr arbeitsfähig ist und auch in einer mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit lediglich eine Arbeitsfähigkeit von 50 % vorliegt. In der bisherigen sowie jeglicher

anderen angepassten

körperlich leichten Tätigkeit

gilt sie dagegen als zu 80 % arbeitsfähig, wobei die quantitative Einschränkung aufgrund der diagnostizierten leichten depressiven Episode

attestiert wurde. Obwohl sich am Ergebnis dadurch nichts ändert, ist dennoch darauf hinzuweisen, dass dieser rechtsprechungsgemäss keine invalidisierende Wirkung zu kommt (vgl. statt vieler: BGE 140 V 193 E. 3.3, Urteil des Bundesgerichts 9C_337/2015 vom 7. April 2016 E. 4.4.1), womit von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit auszugehen ist. Das Wartejahr (vorstehend E. 1.2) kann folglich nicht eröffnet werden, weshalb der Beschwerdeführerin auch kein Rentenanspruch zusteht.

Die angefochtene Verfügung erweist sich demnach als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 5.

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. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der

unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuheben. 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: - Rechtsanwalt Hanspeter Riedener - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

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

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

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

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