

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00746 vom 6. Dezember 2018**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-12-06, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2017.00746](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00746)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00746 du 6 décembre 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00746 del 6 dicembre 2018

## **Erwägungen**

### **E. 1**

1. Februar 2015 verneint (Urk. 7/44 ). In der Folge veranlasste die IV-Stelle eine interdisziplinäre medizinische Untersuchung beim Zentrum C.\_\_\_\_ , über welche am 17. März 2016 berichtet wurde (Urk. 7/79). Im Rahmen einer aktenbasierten Einschätzung nahm der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) am 13. April 2016 Stellung (vgl.

Feststellungsblatt, Urk. 7/81 S. 4). Ausgehend von keinem versicherungsrelevanten Gesundheitsschaden stellte die IV-Stelle mit Vorbescheid vom 22. April 2016 die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (Urk. 7/82). Dagegen erhob die Versicherte am 20. Mai 2016 (Urk. 7/85) sowie ergänzend am 24. Mai (Urk. 7/88) , am

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG] ). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 Bundesgesetz 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 ausgeglichene Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 1.2**

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert besteht, welcher die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (vgl. BGE 139 V 547 E. 5, 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 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 eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E.

6). Eine fachärztlich einwandfrei 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. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 1.3**

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

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

### **E. 1.4**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im 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. 1.5**

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.).

Praxisgemäss ist für die Eignung einer Ärztin oder eines Arztes als Gutachtensperson in einer bestimmten medizinischen Disziplin ein Entsprechen der, dem Nachweis der erforderlichen Fachkenntnisse dienender spezialärztlicher Titel der berichtenden oder zumindest der den Bericht visierenden Arztperson vorausgesetzt. Hingegen ist der FMH-Titel nicht Bedingung (Urteile des Bundesgerichts 9C\_547/2010 vom 26. Januar 2011 E. 2.2 und 8C\_65/2010 vom 6. September 2010 E. 3.1). 2.

## 2.1

In der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) vom 29. Mai 2017 hielt die Beschwerdegegnerin fest,

die Gutachter

hätten keinen invalidenversicherungsrechtlich relevanten Gesundheitsschaden festgestellt. Die Beschwerdeführerin sei in ihrer bisherigen Tätigkeit wie auch in einer anderen adaptierten Tätigkeit zu 80 % arbeitsfähig. Im Prozentvergleich ergebe sich aufgrund der Einschränkung von 20 % ein Invaliditätsgrad von 20 %, weshalb die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung habe. 2.2

Demgegenüber machte die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerde vom 29. Juni 2017 (Urk. 1) zusammengefasst geltend, das C.\_\_\_\_-Gutachten vermöge aus verschiedenen Gründen nicht zu überzeugen und lasse sich nicht als Grundlage für den Entscheid betreffend Vorliegen eines Leistungsanspruchs verwerten. Es liege ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden vor. Der Einkommensvergleich ergebe einen Invaliditätsgrad von 60 %, womit sie Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung habe. Eventualiter berechtige der Invaliditätsgrad von 20 % zur Durchführung von beruflichen Massnahmen. 3.

## E. 3

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

### E. 3.1

Anfang 2010 wurde bei der Beschwerdeführerin ein hormonrezeptorpositives, HER2-positives, nodal-positives Mammakarzinom auf der rechten Seite diagnostiziert, weshalb sie sich am 4. März 2010 in der Klinik D.\_\_\_\_ einem operativen Eingriff (Lumpektomie) unterziehen musste (vgl. Arztbericht von Dr. E.\_\_\_\_, Gynäkologie und Geburtshilfe FMH, vom 24. Februar 2015, Urk. 7/25). In der Folge wurde die Beschwerdeführerin von Dr. F.\_\_\_\_, Onkologie FMH am Zentrum G.\_\_\_\_, betreut und behandelt. Die Beschwerdeführerin habe eine adjuvante Chemotherapie und Herceptin-Behandlung erhalten und sei ergänzend adjuvant an der rechten Brust bestrahlt worden. Unter der Chemotherapie habe die Beschwerdeführerin ein Fatigue-Syndrom entwickelt, welches sich nach Aufnahme der adjuvanten Hormonbehandlung nicht gebessert habe. Dr. F.\_\_\_\_ attestierte der Beschwerdeführerin eine vollständige Arbeitsunfähigkeit seit März 2010 (vgl. Arztbericht vom 29. Juli 2015 [Urk. 7/50] und vom 23. November 2016 [Urk. 7/104]). Nach eigenen Angaben arbeitete die Beschwerdeführerin ab April 2011 bis Dezember 2011 zu 50 % und ab Januar 2012 bis Oktober 2013 in einem

100%-Pensum wieder als Geschäftsstellenleiterin der Krankenversicherung (vgl. Urk. 7/38). Seit 2013 - so Dr. F.\_\_\_\_ - leide sie wieder vermehrt unter Vergesslichkeit, Konzentrationsstörungen und Störungen der Arbeitsprozessverarbeitung. Zusätzlich seien leistungslimitierende Arthromyalgien unter der Hormonsenkertherapie mit dem Aromatasehemmer

Femara aufgetreten. Aufgrund des tumorassoziierten bzw. therapieassoziierten Fatigue-Syndroms und der sekundären Anpassungsstörung sei keine Arbeitsfähigkeit gegeben (vgl. Arztbericht von Dr. F.\_\_\_\_ vom 23. November 2016, Urk. 7/104).

### **E. 3.2**

Nach einem Sturz auf die rechte Körperseite im Dezember 2013, so Dr. H.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Rheumatologie, in seinem Arztbericht vom 8. März 2015 (Urk. 7/28), habe die Beschwerdeführerin Schmerzen in der rechten Hüfte sowie im rechten Oberschenkel ausschliesslich bei der Aussenrotation sowie bei der Flexion im rechten Hüftgelenk angegeben. Er diagnostizierte ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom auf der rechten Seite sowie eine Gonarthrose lateral auf beiden Seiten, wobei es links deutlich ausgeprägter sei als rechts. Ausserdem nannte er ein Mammakarzinom bei adjuvanter antihormoneller Therapie mit einem Aromatasehemmer als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. In therapeutischer Hinsicht habe er der Beschwerdeführerin zwecks Kräftigung und Stabilisation der Rumpf-, der tiefen Bauch- und der Oberschenkelmuskulatur Physiotherapien

verordnet, wodurch sie im Mai 2014 wieder schmerzfrei gewesen sei und die Behandlung abgeschlossen werden könne. Aus rein rheumatologischer Sicht attestierte Dr. H.\_\_\_\_ der Beschwerdeführerin eine vollständige Arbeitsfähigkeit.

Seit Dezember 2014 geht die Beschwerdeführerin zwecks weiterer Kräftigung und Stabilisation der Rumpf-, der tiefen Bauch- und der Oberschenkelmuskulatur wieder ein- bis zweimal pro Woche in die Physiotherapie (verordnet durch Dr. I.\_\_\_\_, Allgemeine Medizin FMH; vgl. Arztbericht vom 23. Februar 2015, Urk. 7/27) sowie einmal pro Woche in chiropraktische Behandlung bei Dr.

J.\_\_\_\_, Chiropraktiker (vgl. Bericht vom 21. März 2015, Urk. 7/35). Betreffend Einschätzung der Arbeitsfähigkeit empfahl Dr. J.\_\_\_\_ eine arbeitsmedizinische Abklärung.

### **E. 3.3**

Seit Januar 2015 nahm die Beschwerdeführerin wegen familiärer Probleme (Tumor erkrankung des Ehemannes) und depressiver Verstimmungsschübe zusätzlich eine psychoonkologische Begleitbehandlung bei Dr. K.\_\_\_\_, Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie, in Anspruch. In ihrem Arztbericht vom 13. April 2015 (Urk. 7/36) zu Händen der Beschwerdegegnerin hielt Dr.

K.\_\_\_\_ fest, die Beschwerdeführerin habe über eine ausgeprägte körperliche Erschöpfung seit Herbst 2013

berichtet. Ferner habe sie einen rezidivierend auftretenden Tinnitus. Dr. K.\_\_\_\_

schilderte weiter, die Beschwerdeführerin wirke voll orientiert und bewusstseinsklar. Sie denke formal und inhaltlich geordnet, habe aber Kurzzeitgedächtnisstörungen, eine verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit sowie kognitive Störungen. In der Verarbeitung sei sie deutlich verlangsamt. Ausserdem zeige sie sowohl eine reduzierte

Umstellungsfähigkeit als auch ein en reduzierten Antrieb. Sie leide unter Stimmungsschwankungen mit ausgeprägter Gereiztheit, schneller Ermüdbarkeit und ausgeprägten Durchschlafstörungen. Der affektive Rapport sei nur eingeschränkt herstellbar. Es würden aber keine Ängste oder Zwänge, keine wahnhaftige Denkstörung, Ich-Störung oder Halluzinationen bestehen. Ebenso wenig bestehe eine akute Eigen- oder Fremdgefährdung. Dr. K.\_\_\_\_ konstatierte, die vorliegende Symptomatik entspreche aufgrund ihrer Ausprägung und der Dauer einer mittelschweren Depression, die als Folge der Krebserkrankung und der chronischen Belastungssituation im familiären und beruflichen Umfeld in den letzten Jahren zu sehen sei. Dass die Beschwerdeführerin sehr leistungsorientiert sei und sich darüber definiere, führe zu einer weiteren Destabilisation . Neben der mittelschweren depressiven Episode im Sinne einer Stressfolgeerkrankung (ICD 10: F32.1) diagnostizierte Dr. K.\_\_\_\_ eine tumorassoziierte Fatigue ( cancer-related

Fatigue [ crF ]), kognitive Störungen (ICD 10: F06.70), ein Mammakarzinom (Erstdiagnose Januar 2010) sowie Diabetes mellitus mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit und attestierte der Beschwerdeführerin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Unter Einhaltung vermehrter Pausen könne sie zwei Stunden pro Tag arbeiten. Aufgrund der ausgeprägten Schlafstörung sei eine Medikation mit Trittico angezeigt. Die Kostentragung des von ihr empfohlenen stationären Aufenthalts in einer Spezialklinik für Stressfolgeerkrankungen sei vom Krankenversicherer abgelehnt worden . In der Folge sei die Erstellung eines ambulanten Therapiesettings mit komplexen medizinischen Massnahmen, Physiotherapie und Entspannungsverfahren erfolgt. Im Verlauf habe eine psychopathologische Stabilisierung mit Teilremission der depressiven Symptomatik verzeichnet werden können. Die Beschwerdeführerin weise aber immer noch eine verminderte Leistungsfähigkeit, Energielosigkeit, Erschöpfung nach Alltagstätigkeiten, Tagesmüdigkeit, fehlende Regegeneration, fehlender Leistungsaufbau trotz Aktivitäten sowie kognitive Störungen auf. Es sei von einer tumorassoziierten Fatigue

( crF ) auszugehen. Die Einschränkungen durch die genannten Symptome seien durch die Beschwerdeführerin willentlich teilweise nicht zu überwinden und würden sich im Auftreten durch Unvorhersehbarkeit auszeichnen. Dr. K.\_\_\_\_ attestierte der Beschwerdeführerin zum Ende der Behandlung (März 2016) aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht sowohl in der angestammten wie auch in einer optimal angepassten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 80 % ( vgl.

Arztbericht vom 28. September 2016, Urk. 7/101).

### **E. 3.4**

6

In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit konstatierten die Gutachter , die Beschwerdeführerin sei in der bisherigen Tätigkeit, welche einer Tätigkeit mit leichter körperlicher Belastung entspreche, seit spätestens April 2011 im Rahmen von 80 % arbeitsfähig. Die bisherige Tätigkeit sei optimal adaptiert und es gebe keine weiteren Möglichkeiten der Verbesserung. Einschränkungen bestünden für mittel schwere bis schwere körperlich belastende Tätigkeiten. Die Reduktion der Arbeitsfähigkeit um 20 % resultiere durch den etwas vermehrten Pausenbedarf, das verlangsamte Arbeitstempo und die Beschwerden, die als Femora -Nebenwirkungen zu verstehen seien. Die C.\_\_\_\_ -Gutachter verwiesen überdies darauf, dass weder Schmerzmedikation noch Psychopharmaka eingenommen würden ( Urk. 7/79 S. 43).

### **E. 3.4.3**

Der rheumatologische Gutachter Dr.

M. \_\_\_ führte aus, im Bereich des Bewegungsapparates bestehe am Achsenskelett eine chronische Rückenproblematik mit cervikovertebralem und lumbovertebralem Syndrom, ohne Hinweise auf radikuläre Reiz- oder Ausfallsphänomene. Bildgebende Befunde würden im Bereich der Halswirbelsäule degenerative Veränderungen im Sinne von fortschrittlicher Osteochondrose C6/7 mit multisegmentaler Spondyl- und Unkovertebralarthrosen zeigen. Im Bereich der Lendenwirbelsäule würde man degenerative Veränderungen im Sinne einer hyperostotischen Spondylose finden. Ausser dem sei im Deckplattenanteil von LWK2 eine umschriebene Sklerosezone sichtbar. Die Wirbelkörperstrukturen hingegen würden intakt erscheinen. An der rechten Schulter zeige sich eine Periarthrose

humeroscapularis ohne Hinweise einer Rotatorenmanschettenläsion. Die von der Beschwerdeführerin angegebenen Schmerzen im Knochenabschnitt des gesamten Bewegungsapparates seien am ehesten als Nebenwirkung bei laufender Femara-Therapie einzuordnen. Separat davon seien die Gonarthrosen-Beschwerden beidseits zu werten. Klinisch bestehe eine Valgus-Stellung der Kniegelenke mit radiologisch lateral-betonter Arthrosesituation. Die geschilderte Mundtrockenheit könne ebenfalls im Rahmen der laufenden Femara-Therapie eingeordnet werden. Dr. M. \_\_\_ attestierte der Beschwerdeführerin für leichte Tätigkeiten in Wechselbelastung eine Teilarbeitsfähigkeit (Urk. 7/79 S. 24 und S. 41-42).

### **E. 3.4.4**

Die begutachtende Psychiaterin, Dr. N. \_\_\_ , konstatierte, die Beschwerdeführerin wirke wach, bewusstseinsklar und vollständig orientiert. Sie sei aktiv und energisch. Die Psychomotorik wirke nicht beeinträchtigt. Das Ausdrucksverhalten sei ausgeglichen, die Mimik mitschwingend und lebhaft. Die Beschwerdeführerin könne den Kontakt gut herstellen und spreche mit klarer und lauter Stimme. Über ihre Geschichte gebe sie breitwillig und ausführlich Auskunft. Sie wirke natürlich und unbefangen, ihre Umgangsformen seien gewandt, höflich und korrekt. Das formale und das inhaltliche Denken seien nicht beeinträchtigt und es würden weder wahnhaftes noch phobische Symptome vorliegen. Die Stimmung und Affekt seien leicht niedergedrückt, die Beschwerdeführerin sei jedoch ruhig, schwingungsfähig und situationsangepasst. Die mnestischen Funktionen seien nicht beeinträchtigt, so erinnere sie sich chronologisch exakt und detailreich an frühere Untersuchungen und Behandlungen. Bei der Anpassung an Regeln und Routinen sei die Beschwerdeführerin in ihrer psychischen Funktionsfähigkeit leicht beeinträchtigt. Sie müsse mehr Rücksicht auf ihren körperlichen Zustand nehmen. Die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit sowie auch die Durchhaltefähigkeit seien mittelgradig beeinträchtigt. Die Beschwerdeführerin brauche vermehrt Pausen und sei rasch ermüdet. Laut eigenen Angaben habe sie während ihrer Arbeit manchmal wesentliche Dinge vergessen und ausgelassen. Die Anwendung fachlicher Kompetenzen sei entsprechend mittelgradig beeinträchtigt. Leicht eingeschränkt seien auch die Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit sowie ihre Selbstbehauptungsfähigkeit (Urk. 7/79 S. 29-31).

Dr. N. \_\_\_ hielt zusammenfassend fest, ausser einer leichtgradigen depressiven Symptomatik mit einer Antriebsstörung, Gedankenkreisen und einer Anhedonie

gebe es keine Anhaltspunkte für eine schwere Erkrankung. Diese Symptomatik könne entweder im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Episode oder als reaktives Geschehen unter anderem auch auf die psychosozialen Belastungen (Erbschaftskonflikt mit Bruder, Konflikt mit ehemaligem Arbeitgeber, Krebserkrankung des Ehemannes) gesehen werden. Im Hamilton Depressions index zeige die Beschwerdeführerin 17 von 64 möglichen Punkten, was höchstens einer leichten depressiven Episode entspreche. Auch die psychische Funktionsfähigkeit sei in vielen Bereichen vollständig erhalten. So organisiere die Beschwerdeführerin ihr Leben selbst, sei fähig zur Einhaltung von Strukturen und zur Planung ihres Lebens. Die Selbststeuerung und die soziale Kontaktfähigkeit seien nicht beeinträchtigt. Auch hier seien lediglich der Antrieb und die Durchhaltefähigkeit mittelgradig beeinträchtigt. Zum Zeitpunkt der Begutachtung finde nach Angaben der Beschwerdeführerin noch einmal pro Monat eine psychiatrische Behandlung bei Dr. K.\_\_\_\_ am Psychoonkologischen Zentrum statt. Eine antidepressive Therapie habe sie selbständig abgesetzt. Viele der beschriebenen psychischen Symptome seien als mögliche Nebenwirkungen von Femara zu interpretieren (Urk. 7/79 S. 32 und S. 42-43).

### **E. 3.5**

Zu den gesamten Vorakten nahm RAD-Arzt Dr. P.\_\_\_\_, Facharzt Anästhesiologie FMH, am 13. April 2016 Stellung (vgl. Feststellungsblatt, Urk. 7/81 S. 4) und äusserte, aufgrund des Diabetes mellitus mit Hypoglykämien ergebe sich für angepasste Tätigkeiten eine - lediglich qualitative, nicht quantitative - Einschränkung für berufsmässiges Autofahren und für selbst- und fremd gefährdende Tätigkeiten.

### **E. 3.6**

Im Bericht vom 28. Februar 2017 (Urk. 7/108) beantworteten Dr. N.\_\_\_\_ und Dr. L.\_\_\_\_ vom C.\_\_\_\_ die von der Beschwerdegegnerin zusätzlich gestellten Fragen und führten aus, in Bezug auf die Fahrtauglichkeit für Fahrzeuge Klasse

1 werde nicht zwischen beruflichem und nicht beruflichem Einsatz unterschieden. Die Beschwerdeführerin beweise ihre Fahrtauglichkeit durch ihr Autofahren im privaten Bereich. Des Weiteren gehe Diabetes grundsätzlich mit zu hohen Blutzuckerwerten einher. Nur gewisse Medikamente würden zu einer Hypoglykämie führen, jedoch nicht Metformin, weshalb es diesbezüglich auch keine Auflagen bei Fahrern Klasse 1 gebe.

Hinsichtlich der Fatigue-Symptomatik äusserten sie, eine Fatigue könne bei Krebserkrankungen und speziell deren Therapien bestehen, insbesondere während einer Chemo- und Strahlentherapie des Kopfes. Ausserdem werde sie bei schweren, fortgeschrittenen und metastasierenden Krebserkrankungen beschrieben. Sehr oft laufe sie parallel mit einer Anämie. Alle diese Komplikationen seien bei der Beschwerdeführerin nicht vorhanden. Ebenso seien betreffend die geklagte Fatigue auch aufgrund des Tätigkeitsprofils im Privat- und Freizeitbereich kaum äquivalente Einschränkungen zu eruieren gewesen.

Was die durch Dr. K.\_\_\_\_ propagierte Depression betreffe, habe diese während der Untersuchung ebenfalls nicht festgestellt werden können. Angesichts dessen, dass die Krankenkasse keine Indikation für eine stationäre Behandlung gesehen habe und die Depression lediglich mit niedrigdosiertem Trinitico (und selbst dies nur kurzfristig) und komplementärmedizinischen Massnahmen behandelt worden sei, sei davon auszugehen, dass die Diagnosekriterien einer mittelschweren depressiven Störung kaum erfüllt worden seien.

### **E. 3.7**

Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens reichte die Beschwerdeführerin den Arztbericht von Dr. F. \_\_\_ vom 14. Juni 2017 (Urk. 3/4) zu den Akten. Dr. F. \_\_\_ legte dar, bei der Beschwerdeführerin sei eine antihormonelle Therapie mit dem Aromatasehemmer

Femara weitergeführt worden, um das Rezidivrisiko des Mammakarzinoms von 2010 zu senken. Aufgrund dessen seien bei der Beschwerdeführerin zunehmend kognitive Störungen, Vergesslichkeiten und Konzentrationsstörungen aufgetreten, welche es ihr verunmöglicht hätten, die Tätigkeit als Geschäftsleiterin auszuführen. Überdies seien aus psychiatrischer Sicht dieselben Beschwerden aufgeführt und die Arbeitsunfähigkeit bestätigt worden (vgl. Arztbericht von Dr. K. \_\_\_; vorstehend E. 3.3). 4.4.1

Beim Erlass der angefochtenen Verfügung vom 29. Mai 2017 (Urk. 2) stützte sich die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf das polydisziplinäre C. \_\_\_ Gutachten vom 17. März 2016 (vgl. vorstehend E. 3.4), wonach ein Diabetes mellitus Typ 2, ein Mammakarzinom rechts nach Lumpektomie (März 2010) und

nach Chemo- und Radiotherapie (2010) sowie ein chronisches cervikovertebrales und lumbovertebrales Syndrom mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliegen. Des Weiteren diagnostizierten die Gutachter unter anderem Vergesslichkeit und Konzentrationsschwierigkeiten unklarer Ätiologie mit Fatigue (möglicherweise als Femara-Nebenwirkungen) sowie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode, (ICD-10: F 33.0) ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. 4.2

Das polydisziplinäre C. \_\_\_ -Gutachten vom 17. März 2016 umfasst die Fachrichtungen Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie, Psychiatrie und Neuropsychologie. Die Gutachter Dr. L. \_\_\_, Dr. M. \_\_\_ und Dr. N. \_\_\_ verfügen über den entsprechenden Facharztstitel und waren somit in ihren Fachgebieten zur Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin befähigt. Gegen das neuropsychologische Teilgutachten brachte die Beschwerdeführerin unter anderem vor, dem beigezogenen Neuropsychologen

O. \_\_\_ fehle es an einer zureichenden fachlichen Qualifikation (Urk. 1 S.

### **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. 12**

). Kritisiert wurde namentlich das Fehlen einer Mitgliedschaft im Verband der Schweizer Neuropsychologen SVNP (Urk. 3/5).

Die Bestimmung von Art. 50b der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV), auf welche sich die Beschwerdeführerin in mutmasslich bezieht, trat erst am 1. Juli 2017 und

somit nach der Begutachtung durch das

C.\_\_\_\_ in Kraft. Darüber hinaus müssen die Zulassungsbedingungen in Art. 50b KVV nicht von Gesetzes wegen zwingend auf den Zeitpunkt seines Inkrafttretens in der IV Begutachtungspraxis übernommen werden (Urteile des Bundesgerichts 8C\_466/2017 vom 9. November 2017 E. 4.3; 9C\_531/2017 und 9C\_532/2017 vom 15. September 2017 E. 4.3), demnach schon gar nicht rückwirkend. Ausserdem ist O.\_\_\_\_ Neuropsychologin und daher zur Durchführung der neuropsychologischen Untersuchung befähigt und unterliegt es der Verantwortung der gutachterlichen Fachärzte, hier insbesondere der Psychiaterin, psychologische Testverfahren durch nichtärztliches Fachpersonal durchführen zu lassen und zu überwachen.

Die diesbezüglichen Einwände

der Beschwerdeführerin

erweisen sich demnach als unbegründet.

Die Gutachter berücksichtigten die geklagten Beschwerden und das Verhalten der Beschwerdeführerin in

( Urk. 7/79

S. 9-13, S. 18-20 und S. 25-29 )

und erstellten ihren jeweiligen Teil des Gutachtens in Kenntnis der Vorakten

( Urk. 7/79 S. 5-9 , S. 17 und S. 22) . Die gestellten Diagnosen als auch die Schlussfolgerungen zur Arbeitsfähigkeit werden im Gutachten ausführlich begründet und sind nachvollziehbar. Hierbei setzten sich die Gutachter jeweils mit den medizinischen Vorakten, insbesondere den anderslautenden Einschätzungen, auseinander (Urk. 7/79 S. 15, S. 24, S. 31 und zusammengefasst S. 43) und die Beurteilung erfolgte im Konsens aller am Gutachten beteiligten Fachärzte ( Urk. 7/79 S. 37).

Damit erfüllt das C.\_\_\_\_ -Gutachten die bundesgerichtlichen Anforderungen an ein medizinisches Gutachten ( vgl. vorstehend E. 1.5 ) vollumfänglich, so dass für die Entscheidfindung darauf abzustellen ist.

Da von weiteren medizinischen Abklärungen keine neuen entscheiderelevanten Erkenntnisse zu erwarten wären, kann davon in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 124 V 90 E. 4b) abgesehen werden. 4.3

#### 4.3.1

Es bestehen divergente ärztliche Beurteilungen darüber, ob der depressiven Symptomatik mit einer Antriebsstörung, Gedankenkreisen und einer Anhedonie , der festgestellten Fatigue sowie dem Diabetes mellitus ein invalidenverursachender rechtlich relevanter Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zukommt respektive in welchem Ausmass. Die C.\_\_\_\_ -Gutachter schätzten die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin insbesondere aufgrund ihrer deutlichen Verlangsamung im kognitiven Bereich sowie ihrer Beschwerden im Zusammenhang mit der Einnahme des Aromatasehemmers

Femara um 20 % beeinträchtigt ein. Auf der anderen Seite verneinte der behandelnde Onkologe Dr. F.\_\_\_\_ eine Arbeitsfähigkeit aufgrund einer tumorassoziierten Fatigue ( crF ) (vgl.

vorstehend E. 3.1).

Die behandelnde Psychiaterin Dr. K. \_\_\_ beurteilte die Beschwerde der Führerin gestützt auf eine tumorassoziierte Fatigue ( crF ) sowie eine mittelschwere Depression bis zu 80 % in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt (vgl.

vorstehend E. 3.3). 4.3.2

Die depressive Störung betreffend bezweifelte die begutachtende Psychiaterin, dass die Diagnosekriterien für eine mittelschwere depressive Störung je erfüllt waren (vgl. E. 3.6). Sie stellte während der Exploration eine leichte depressive Episode fest, die sich vor allem durch subjektive Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen, einem Antriebsmangel und psychovegetativen Symptomen äusserte, wobei diese Symptomatik entweder als rezidivierende depressive Episode oder als reaktives Geschehen (insbesondere auf die psychosozialen Belastungen) gesehen werden könne (vgl. E. 3.4.4). Vor dem Hintergrund, dass die Beschwerdeführerin sowohl mit ihrem Bruder als auch ihrer ehemaligen Arbeitgeberin in juristische Auseinandersetzungen involviert und ihr Ehemann im Jahr 2012 an Prostatakrebs erkrankt war, ist ein reaktives Geschehen auf psychosoziale Belastungsfaktoren - und damit invaliditätsfremde Faktoren - nachvollziehbar. Überdies besuchte die Beschwerdeführerin die Psychotherapie erst ab Januar 2015 bis März 2016 ( Urk. 7/101) und hat die antidepressive Medikation selbständig abgesetzt (vgl. vorstehend E. 3.4.4). Entsprechend ist nicht von einem derart hohen Leidensdruck und die Arbeitsfähigkeit dauernd beeinträchtigenden depressiven Krankheitsgeschehen auszugehen. 4.3.3

Eine tumorassoziierte Fatigue wurde von den C. \_\_\_ -Gutachtern verneint. Diese bestehe vor allem während einer Chemo- oder Strahlentherapie und werde bei schweren, fortgeschrittenen und metastasierenden Krebserkrankungen beschrieben. Diese Komplikationen würden bei der Beschwerdeführerin jedoch nicht bestehen (vgl. E. 3.6). Des Weiteren betrifft die tumorassoziierte

Fatigue auch die körperliche Ebene, da Erschöpfung und Müdigkeit im Vordergrund stehen und ihr zumindest mittelbar eine organische Ursache zu Grunde liegt (vgl.

BGE 139 V 346 E. 3.2-3.4 ). Vor diesem Hintergrund sowie angesichts dessen, dass die Beschwerdeführerin in der Lage ist, ihren Alltag alleine zu meistern, das Essen zuzubereiten, den Haushalt zu erledigen, täglich längere Spaziergänge mit den Hunden zu unternehmen sowie die Arzt- und Therapietermine selbständig wahrzunehmen (vgl. Urk. 7/79 S. 12), ist eine körperliche Erschöpfung und Müdigkeit respektive eine tumorassoziierte Fatigue ( crF ) im Privat- und Freizeitbereich über die attestierte 20%ige Minderung hinaus nicht zu eruieren. Es ist nicht einleuchtend, dass die geklagte Fatigue zwei Jahre nach Abschluss der Chemo- und Radiotherapie, und nachdem die Beschwerdeführerin wieder fast zwei Jahre voll arbeitstätig war, aufgetreten sein soll. Vielmehr ist gestützt auf die nachvollziehbaren Ausführungen der Gutachter davon auszugehen, dass die Symptomatik einer Femora -Nebenwirkung zuzuordnen ist, welche in der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt wurde (vgl. nachstehend E. 4.4). 4.4

Insoweit die Beschwerdeführerin rügt, dass auf das

C. \_\_\_ -Gutachten nicht abgestellt werden könne, da verschiedene gestellte Diagnosen, unter anderem der Diabetes mellitus Typ 2 oder die kognitiven Störungen, in der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht rechtsgenügend berücksichtigt worden seien ( Urk.

1 S. 17), ist dem entgegenzuhalten, dass der C.\_\_\_\_ -Gutachter Dr. L.\_\_\_\_ im Rahmen der internistischen Exploration festhielt, dass der Diabetes mellitus medikamentös ungenügend eingestellt sei und auch diätetisch nur ungenügende Kenntnisse bestehen würden (vgl. vorstehend E. 3.4. 2). Demnach ist davon auszugehen, dass der Diabetes mellitus bei richtiger medikamentöser Einstellung die Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtigt. Hinsichtlich der kognitiven Störungen verwies die begutachtende Psychiaterin auf die neuropsychologische Testung, in welcher sich eine deutliche Verlangsamung der kognitiven Geschwindigkeiten gezeigt habe. Diese sei unklarer Ätiologie und könne möglicherweise im Rahmen der medikamentösen Behandlung mit Femara auftreten (vgl. Urk. 7/79 S. 32; vorstehend E.

3.4.4-3.4.5). Die Gutachter attestierten der Beschwerdeführerin eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit, wobei die Reduktion unter anderem mit dem verlangsamten Arbeitstempo sowie der Femara -Nebenwirkungen begründet wurde (vgl. vorstehend E. 3.4.5). Damit wurden die kognitiven Störungen unklarer Ätiologie und möglicherweise von der Femara -Therapie herrührend durchaus bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt. Die diesbezüglichen Einwände der Beschwerdeführerin verfangen folglich nicht. 4.5

Die Beschwerdeführerin kritisierte weiter, dass das C.\_\_\_\_ -Gutachten offensichtlich auf einem falschen Tätigkeitsprofil betreffend bisherige bzw. angestammte

Tätigkeit basiere

(Urk. 1 S. 15). Diesbezüglich ist festzuhalten, dass die C.\_\_\_\_ -Gutachter im Rahmen der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit davon ausgingen, dass es sich um eine körperlich leichte Tätigkeit handelt, was unter Berücksichtigung der Angaben im Arbeitgeberfragebogen (Urk. 7/45/7) und ihrem eigenen Tätigkeitsbeschrieb (Urk. 7/79 S. 9 und S. 37) zutreffend ist. Weiter sind die Anforderungen an das Durchhaltevermögen und die Sorgfalt sowie die Konzentration/Aufmerksamkeit laut Angaben im Arbeitgeberfragebogen mittel bis gross (vgl. Urk. 7/45/7). Wie vorstehend bereits genannt, berücksichtigte die C.\_\_\_\_ -Gutachter in ihrer Beurteilung der Arbeitsfähigkeit die vorhandenen kognitiven Störungen indem sie die Arbeitsfähigkeit um 20 % reduzierten (vgl.

E.

4.3). Soweit die Beschwerdeführerin darauf hinwies, dass sie auf die Benutzung des Autos angewiesen bzw. dies berufsbedingt notwendig sei (Urk. 1 S. 17), ist zu erwähnen, dass Dr. L.\_\_\_\_ und Dr. N.\_\_\_\_ in ihrer ergänzenden Stellungnahme vom 28. Februar 2017 darlegten, dass die Beschwerdeführerin aufgrund des Diabetes mellitus in ihrer Fahrtauglichkeit nicht eingeschränkt sei und sie dies auch durch ihr Autofahren im privaten Bereich beweise (Urk. 7/108 S. 2). Es ist nachvollziehbar, dass nicht zwischen beruflichem und privatem Gebrauch des Autos unterschieden wird und die Beschwerdeführerin bei richtiger medikamentöser Einstellung des Diabetes mellitus auch in ihrer Fahrtauglichkeit nicht eingeschränkt ist.

Dass die gutachterliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit auf einer unrichtigen Grundlage beruhe und damit nicht verwertbar sei, erweist sich als unbegründet. 5. 5.1

Zu prüfen bleibt, wie sich die leicht beeinträchtigte Arbeitsfähigkeit in erwerblicher Hinsicht auswirkt. Die Beschwerdeführerin rügte, dass die Beschwerdegegnerin den für

die Invaliditätsbemessung erforderlichen Einkommens vergleich ( Art.

## **E. 16**

ATSG) nicht durchgeführt habe. 5 .2

Die Beschwerdegegnerin hat weder den ohne Gesundheitsschädigung möglichen Lohn ( Valideneinkommen ) noch einen trotz gesundheitlicher Beeinträchtigung zumutbarerweise realisierbaren Verdienst (Invalideneinkommen) ziffernmässig festgehalten und diese beiden Werte einander gegenüber gestellt, sondern ein en Prozentvergleich vorgenommen. Dies ist vorliegend auch nicht zu beanstanden, wäre die Beschwerdeführerin doch gemäss dem im C.\_\_\_\_ -Gutachten formulierten Zumutbarkeitsprofil wieder in der Lage, ihre zuletzt ausgeübte oder eine ver gleichbare Tätigkeit zu 80 % (vgl. E. 3.4.6 ) auszuüben.

Damit ergibt sich, dass die Beschwerdeführerin nicht rentenrelevant in ihrer Erwerbs fähigkeit eingeschränkt ist. 5 . 3

Zu einem allfälligen Anspruch auf berufliche Massnahmen hat die Beschwerde gegnerin keine Stellung genommen. Da der Anspruch auf Eingliederungs mass nahmen nicht Gegenstand der angefochtenen Verfügung war, fehlt es vorliegend an einem Anfechtungsobjekt, womit auf diesen Antrag nicht einzu treten ist. 6.

Zusammenfassend erweist sich der angefochtene Entscheid als rechtens. Die dagegen erhobene Beschwerde ist dementsprechend abzuweisen , soweit darauf einzutreten ist . 7.

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichts kosten sind unabhängig

vom Streitwert festzulegen und gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ermessensweise auf Fr. 7 00.-- festzu setzen.

Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen . Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen , soweit darauf eingetreten wird . 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700 .-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Kaspar Saner - 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 Bundesge setzes 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 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 Hurst Stadler

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