

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01233 vom 9. Juli 2019**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-07-09, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2017.01233](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.01233)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01233 du 9 juillet 2019

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01233 del 9 luglio 2019

## **Erwägungen**

### **E. 1**

5; Meldebestätigung/Schriftenempfangsschein vom 28. Juli 2014, Urk. 7/27). Sie ist Mutter zweier erwachsener Kinder (geboren 1987 und 1991), und ihre Ehe wurde im Jahr 2007 geschieden (Familienausweis in Urk. 7/3; Urteil und Verfügung vom 20. September 2007, Urk. 7/2).

In der Schweiz arbeitete X.\_\_\_\_ von 1986 bis 2010 bei der Y.\_\_\_\_ AG, zunächst in der Bedienung von Maschinen und später als Sachbearbeiterin in Verkauf, Marketing, Logistik und Kommunikation (Urk. 7/23/23). Berufsbegleitend absolvierte sie unter anderem einen zweisemestrigen Handelsdiplomkurs und einen dreisemestrigen Bildungsgang in der Marketingplanung (Urk. 7/23/11 +12). Im Oktober 2010 nahm X.\_\_\_\_ eine Tätigkeit als Geschäftsführerin der Z.\_\_\_\_ AG auf (Urk. 7/23/3).

#### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerb sunfähigkeit ( Art.

#### **E. 1.2**

Von Januar bis Juli 2009 war X.\_\_\_\_ nach einem Sturz auf das Gesäss teilweise arbeitsunfähig gewesen (Bericht des Suva-Kreisarztes Dr. med. A.\_\_\_\_, Spezialarzt für orthopädische Chirurgie, vom 8. Juli 2009, Urk. 7/33/35-39; Bericht des Röntgeninstituts B.\_\_\_\_ vom 23. Januar 2009, Urk. 7/33/47-48).

Im Sommer 2014 begab sich X.\_\_\_\_ wegen Kopf- und Rückenschmerzen erneut in ärztliche Behandlung, und der Hausarzt Dr. med. C.\_\_\_\_ attestierte ihr ab dem 16. Juli 2014 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Bericht von Dr. C.\_\_\_\_ an die Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG [«Zürich»] als zuständigen Krankentaggeldversicherer vom 28. August 2014, Urk. 7/34/14-15). Es folgten Magnetresonanzuntersuchungen der Lendenwirbelsäule, des Iliosakralgelenks und des Neurocraniums sowie der Halswirbelsäule, der Brustwirbelsäule, des Beckens und der Oberschenkel (Berichte des Röntgeninstituts B.\_\_\_\_ vom 31. Juli und vom 12. August 2014, Urk. 7/33/16 und Urk. 7/33/17-18); des Weiteren wurde X.\_\_\_\_

im August 2014 in der Wirbelsäule n-Sprechstunde und im Oktober 2014 in der Rheumatologie-Sprechstunde der Uniklinik D.\_\_\_\_ untersucht (Berichte vom 20. August und vom 24. Oktober 2014, Urk. 7/33/14-15 und Urk. 7/33/1013), und im November 2014 fand ebenfalls in der Uniklinik D.\_\_\_\_ eine neurologische und neurophysiologische Untersuchung statt (Bericht vom 4. November 2014, Urk. 7/33/7-9).

### **E. 1.2.1**

Im Hinblick auf das Erfordernis in Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG hat das Bundesgericht spezifische Leitlinien aufgestellt. Im Grundsatzurteil vom 3. Juni 2015 (BGE 141 V 281) hat es in Änderung seiner bisherigen Rechtsprechung ein neues Prüfungsraster in Form von spezifischen Standardindikatoren entwickelt, anhand dessen die Auswirkungen von sogenannten pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage zu ermitteln sind. Das Raster präsentiert sich wie folgt (BGE 141 V 281 E. 4.1.3 und E. 6): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» - Komplex «Gesundheitsschädigung» - Ausprägung der diagnostisch relevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder –resistenz - Komorbiditäten - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) - Komplex «Sozialer Kontext» - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leistungsdruck.

Das Bundesgericht schreibt dem Raster normativen Charakter zu, weist jedoch darauf hin, dass es die Aufgabe der medizinischen Fachpersonen ist, mittels der einschlägigen Indikatoren das Leistungsvermögen einzuschätzen (vgl. BGE 141 V 281 E. 5.1 und E. 5.2). Die funktionellen Einschränkungen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein, und es ist die versicherte Person, welche die Beweislast für den Nachweis trägt (vgl. BGE 141 V 281 E. 6).

Ferner betont das Bundesgericht, dass es sich beim neu entwickelten Raster nicht um eine «abhakbare Checkliste» handelt, sondern dass dessen Handhabung den Umständen des Einzelfalls gerecht werden muss (BGE 141 V 281 E. 4.1.1).

### **E. 1.2.2**

In einem weiteren Schritt hat das Bundesgericht in zwei Grundsatzurteilen vom 30. November 2017 die Anwendbarkeit der Standardindikatoren auf grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen ausgedehnt, indem es für alle diese Erkrankungen das strukturierte Beweisverfahren, wie es ursprünglich für die somatoformen Schmerzstörungen und vergleichbare Leiden entwickelt worden war, als massgebend erklärt hat (BGE 143 V 418 E. 7, BGE 143 V 409 E. 4.4 und E. 4.5). Damit hat das Bundesgericht insbesondere seine bisherige Rechtsprechung zu den depressiven Störungen geändert und nicht länger daran festgehalten, dass rezidivierende oder episodische Depressionen leicht- bis mittelgradiger Natur einzig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht fallen, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent sind (vgl. die Zusammenfassung der bisherigen Rechtsprechung in BGE 143 V 409 E. 4.1).

### **E. 1.2.3**

Von vornherein nicht als invalidenversicherungsrechtlich relevant gelten geklagte Beschwerden insoweit, als sie aggraviert werden, also als stärker beeinträchtigend dargestellt werden, als sie tatsächlich sind beziehungsweise empfunden werden. Hinweise für eine Aggravation erblickt das Bundesgericht etwa darin, dass eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht, dass intensive Schmerzen angegeben werden, die jedoch nur vage charakterisiert werden, dass Klagen in einer Weise demonstrativ vorgetragen werden, die unglaubwürdig wirkt, dass keine medizinischen Behandlungen in Anspruch genommen werden und dass schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale

Umfeld jedoch weitgehend intakt ist (BGE 141 V 281 E. 2.2 und E. 3.7.1, 131 V 49).

### **E. 1.3**

Die «Zürich» hatte X.\_\_\_\_ am 15. August 2014 bei der Invalidenversicherung zur Früherfassung angemeldet (Urk. 7/17; Gesprächsprotokoll vom 7. Oktober 2014, Urk. 7/21), und am 22. Oktober 2014 hatte die Versicherte die ordentliche Anmeldung eingereicht (Urk. 7/26).

Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich (SVA), IV-Stelle, holte den Bericht von Dr. C.\_\_\_\_ vom 13. November 2014 ein (Urk. 7/33/1-6), ferner beschaffte sie die Angaben der Arbeitgeberin vom 18. November 2014 und erfuhr dabei, dass die Gesellschaft per 9. Juli 2014 von Z.\_\_\_\_ AG in E.\_\_\_\_ AG umbenannt worden war, nachdem F.\_\_\_\_ das Aktienpaket der Versicherten übernommen hatte (Urk. 7/38/1-6), und dass die Gesellschaft das Arbeitsverhältnis mit der Versicherten

mit Kündigungsschreiben vom 27. Juni 2014 per Ende August 2014 aufgelöst hatte (Urk. 7/38/7). Sodann zog sie die Akten der «Zürich» bei und nahm Kenntnis vom Bericht von Dr. C.\_\_\_\_ an die «Zürich» vom 3. März 2015 (Urk. 7/53/5-6 mit verschiedenen Unterlagen über die Untersuchung und Behandlung der rechten Schulter von Februar/März 2015, Urk. 7/53/7-14) und von den Berichten der Uniklinik D.\_\_\_\_ an die «Zürich» vom 4. Mai, 1. September und 12. November 2015 (Urk. 7/57/14-16, Urk. 7/57/8-9 und Urk. 7/57/3-4).

Weiter

holte sie den Bericht des Universitätsspitals T.\_\_\_\_

vom 26. Mai 2016 ein, wo am 10. Mai 2016 eine diagnostisch-therapeutische Hysteroskopie mit fraktionierter Kürettage durchgeführt worden war (Urk. 7/63/1-6 mit dem Austrittsbericht in Urk. 7/63/7-9), und liess sich ausserdem die Berichte des G.\_\_\_\_ vom 11. Januar und vom 18. März 2016 über Behandlungen im Institut für komplementäre und integrative Medizin zustellen (Urk. 7/66/5-7 und Urk. 7/66/2-4).

Ende 2016 wurde die Versicherte im Auftrag der IV-Stelle in der H.\_\_\_\_  
ag polydisziplinär begutachtet (Untersuchungen vom 29. und

#### **E. 1.3.1**

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 % oder auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 % invalid sind.

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG (in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG) aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sogenanntes Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sogenanntes Valideneinkommen).

Bei der Ermittlung des hypothetischen Valideneinkommens ist im Regelfall am Einkommen anzuknüpfen, das die versicherte Person vor dem Eintritt des

Gesundheitsschadens tatsächlich erzielt hat. Davon abzugehen ist jedoch dann, wenn die versicherte Person die bisherige Stelle mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auch ohne Gesundheitsschaden nicht mehr inne hätte (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_934/2015 vom 9. Mai 2016 E. 2.2 mit Hinweisen).

### **E. 1.3.2**

Der Rentenanspruch entsteht nach Art. 28 Abs. 1 IVG frühestens in dem Zeitpunkt, in dem die versicherte Person während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 % arbeitsunfähig war ( lit . b), sofern sie nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid ist ( lit . c). Zusätzlich kann der Rentenanspruch gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG nicht vor Ablauf von sechs Monaten nach der Geltendmachung entstehen.

Während für die Erwerbsunfähigkeit ( Art. 7 ATSG) und den Invaliditätsgrad (Art. 8 und Art. 16 ATSG), wie sie nach Art. 28 Abs. 1 lit . c IVG für die Rentenhöhe massgebend sind, nach dem Einkommen zu fragen ist, das eine Person auf dem gesamten in Frage kommenden Arbeitsmarkt mit einer dem Gesundheitsschaden angepassten zumutbaren Tätigkeit erzielen könnte, beurteilt sich die Arbeitsunfähigkeit ( Art. 6 ATSG), wie sie für das Wirtschaftsjahr nach Art. 28 Abs. 1 lit . b IVG massgebend ist, nach der gesundheitlich bedingten Einbusse an funktionellem Leistungsvermögen, und es kommt dabei in der Regel einzig auf die Einschränkungen im bisherigen Beruf an (vgl. BGE 130 V 97 E. 3.2, 105 V 156 E. 2a, 97 V 226 E. 2). War jedoch der bisherige Beruf beim Eintritt des Gesundheitsschadens aus krankheitsfremden Gründen bereits aufgegeben worden, so sind auch alternative Tätigkeiten in Betracht zu ziehen (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 943/06 vom 13. April 2007 E. 5.1.3). 2. 2.1

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin aufgrund der Anmeldung vom 22. Oktober 2014 Anspruch auf eine Invalidenrente hat. 2.2

Die angefochtene, einen Rentenanspruch verneinende Verfügung vom 2. November 2017 basiert auf dem polydisziplinären Gutachten der H.\_\_\_\_

ag , das die RAD-Ärzte Dr. L.\_\_\_\_ und Dr. M.\_\_\_\_ als tauglich befanden (vgl. Urk. 7/80/8) . Die Gutachter konnten in der Gesamtbeurteilung aus internistisch-rheumatologischer und aus neurologischer Sicht keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nennen; aus psychiatrischer Sicht gingen sie von einer Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit von 30 % aus und erachteten eine berufliche Eingliederung mit rascher Steigerung des Anfangspensums von 60-70 % als realisierbar (Urk. 7/79/46-47). 3.

### **E. 1.4**

Die IV-Stelle holte die Stellungnahme der RAD-Ärzte Dr. med. L.\_\_\_\_ , Spezialarzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, und Dr. med. D. M.\_\_\_\_ , Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie , vom 12. Januar 2017 ein (Urk. 7/80/8) und teilte der Versicherten anschliessend mit Vorbescheid vom 31. Januar 2017 mit, dass sie einen Rentenanspruch zu verneinen gedenke (Urk. 7/81; Feststellungsblatt in Urk. 7/80).

Die Versicherte liess dagegen durch den behandelnden Arzt med. pract . D. P.\_\_\_\_ , Psychiatrische Praxis, Anfang Februar 2017 Einwendungen erheben ( Urk. 7/87) und ergänzte die Einwendungen mit Eingabe vom 22. Februar 2017 ( Urk. 7/91) . Ihren Einwendungen fügte sie verschiedene medizinische Berichte bei, insbesondere neu die Berichte der Uniklinik D.\_\_\_\_ vom 22. September 2015 sowie vom 21. April, 23. Mai, 13. Juni ( Ganzkörper- Magnetresonanztomographie ),

4. Juli (Chiropraktik-Sprechstunde) und

### **E. 3**

0. September 2016 ( Urk. 7/90 / 39, Urk. 7/90/28-29, Urk. 7/90/21-23, Urk. 7/90/19-20, Urk. 7/90/14-15 und Urk. 7/90/9 11 ), den Bericht des G.\_\_\_\_, Klinik für Immunologie, vom 28. Juni 2016 ( Urk. 7/90/16-18) und den Bericht des G.\_\_\_\_, Institut für komplementäre und integrative Medizin, vom 6. September 2016 ( Urk. 7/90/12-13) . Die IV-Stelle holte den Bericht des O.\_\_\_\_ vom 5. April 2017 über einen Aufenthalt der Versicherten von Anfang Februar bis Anfang März 2017 ein ( Urk. 7/95) und gab der Versicherten Gelegenheit zur Stellungnahme dazu ( Urk. 7/97) . Diese liess davon mit Eingabe der Pro Infirmis vom 2. Juni 2017 Gebrauch machen ( Urk. 7/103) und einen Bericht von Dr. med. Th. N.\_\_\_\_ vom 28. April 2017 über eine neuraltherapeutische Behandlung sowie die Berichte von med. pract . P.\_\_\_\_ und Dr. C.\_\_\_\_ vom 3. und vom 30. Mai 2017 beibringen ( Urk. 7/98, Urk. 7/101 und Urk. 7/102/2 ).

Nachdem der RAD-Arzt Dr. M.\_\_\_\_ die weitere Stellungnahme vom 19. Oktober 2017 abgegeben hatte ( Urk. 7/104/2-3) , entschied die IV-Stelle mit Verfügung vom 2. November 2017 im Sinne ihres Vorbescheids und verneinte den Rentenanspruch der Versicherten ( Urk. 2 = Urk. 7/105; Feststellungsblatt in Urk. 7/104). 2.

Die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Thomas Laube, liess gegen diese Verfügung mit Eingabe vom 10. November 2017 Beschwerde erheben ( Urk. 1) und beantragen, die Verfügung sei aufzuheben und es sei ihr spätestens ab März 2015 eine Rente der Invalidenversicherung auszurichten ( Urk. 1 S. 2). Die IV Stelle schloss in der Beschwerdeantwort vom 30. November 2017 auf Abweisung der Beschwerde ( Urk. 6). In der Replik vom 18. Dezember 2017 liess die Versicherte an ihrem Standpunkt und ihrem Antrag festhalten ( Urk. 9). Die IV Stelle verzichtete mit Eingabe vom 16. Januar 2018 auf die Erstattung einer Duplik ( Urk. 12), wovon die Versicherte am 19. Januar 2018 in Kenntnis gesetzt wurde ( Urk. 13).

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 3.1**

Was die somatischen Befunde und Diagnosen

betrifft, so beschränkte sich Dr. I.\_\_\_\_ als Facharzt der Allgemeinen Inneren Medizin und der Rheumatologie neben der kurz dargestellten Befragung der Beschwerdeführerin zur familiären und sozialen Situation, zu Ausbildung und Beruf, zur Wohnsituation und zur Krankengeschichte ( Urk. 7/79/22-26) auf die Erhebung eines cursatorischen rheumatologischen und internistischen Status ohne Bezugnahme auf die Vorakten (Urk. 7/79/26-27).

#### **E. 3.2**

3

Über die neurologische Beurteilung hinaus bemerkte

Dr. K.\_\_\_\_, dass keine Hinweise auf eine labordiagnostisch nachweisbare Erkrankung wie eine Polymyalgia rheumatica, eine muskuläre Störung oder eine chronische Borreliose festzustellen gewesen sei ( Urk. 7/79/ 39+ 41). Dies deckt sich mit dem im

Vorbescheidverfahren eingereichten Bericht der Klinik für Immunologie des G.\_\_\_\_ vom 28. Juni 2016, in welchem zusätzlich ein Morbus Behcet und ein familiäres Mittelmeerfieber hatten ausgeschlossen werden können (Urk. 7/90/17). Ausserdem hatte die Ganzkörper-Magnetresonanztomographie vom Juni 2016 keine entzündlichen Skelettläsionen gezeigt (vgl. Urk. 7/90/20).

Keine Auseinandersetzung erfolgte im Gutachten der H.\_\_\_\_

Mag mit der gynäkologischen Krankengeschichte, welche im Jahr 2016 die Exzision zweier Zysten der Vulva, die Biopsie einer Veränderung in der linken Brust und eine diagnostisch-therapeutische Hysteroskopie mit fraktionierter Kürettage umfasst hatte. In den Berichten von April und Mai 2016 (Urk. 7/63, Urk. 7/90/24-27 und Urk. 7/90/30-35) finden sich jedoch keine Hinweise auf bleibende Auswirkungen dieser Eingriffe.

### **E. 3.2.1**

Demgegenüber liess sich der Neurologe Dr. K.\_\_\_\_ die gesundheitliche Entwicklung und die vorhandenen Beschwerden detaillierter schildern, stellte sie ausführlich dar und ordnete sie anhand der eigenen Untersuchungen und der Analyse der Vorakten diagnostisch ein (Urk. 7/79/35-44).

### **E. 3.2.2**

Er hielt zunächst fest, ein im Jahr 1997 durchgemachtes Guillain-Barré-Syndrom (akute autoinflammatorische Entzündung von Nervenwurzeln) habe sich zurückgebildet, aktuell seien keine muskulären Lähmungen feststellbar gewesen und die geklagten Parästhesien im Bereich der Extremitäten bei Erschöpftheit und schlechter Stimmung (vgl. Urk. 7/79/36) seien somatisch nicht zu erklären (Urk. 7/79/40).

Sodann ging Dr. K.\_\_\_\_ auf die panvertebralen Schmerzen ein, an denen die Beschwerdeführerin gemäss ihren Angaben bereits seit der Erkrankung am Guillain-Barré-Syndrom im Jahr 1997 gelitten hatte, die sich jedoch im Jahr 2014, als Schwierigkeiten am Arbeitsplatz aufgetreten waren, verstärkt hatten (vgl. Urk. 7/79/36). Er nahm als erstes Bezug auf den Sturz auf das Gesäss im Jahr 2009 und hielt in Diskussion der damals angefertigten Magnetresonanztomographie der Lendenwirbelsäule (Urk. 7/33/47) sowie des Berichts des Kreisarztes Dr. A.\_\_\_\_ vom 8. Juli 2009 (Urk. 7/33/35-39) fest, es sei wohl ein Knochenödem im Os sacrum, aber keine Fraktur nachgewiesen worden und der Kreisarzt habe keine neurologischen Ausfälle feststellen können, habe hingegen bereits damals auf ein Panvertebralsyndrom hingewiesen (Urk. 7/79/40). Des Weiteren

konstatierte er anhand der Magnetresonanzaufnahmen vom 31. Juli und vom 12. August 2014 (Urk. 7/33/16 und Urk. 7/33/17-18) eine Zunahme der degenerativen Veränderungen im Bereich der Halswirbelkörper 5/6, neu erkennbare Veränderungen im Bereich des Bereichs des Lendenwirbelkörpers 5 und des Sakralwirbelkörpers 1 und eine kleine Diskushernie zwischen dem 4. und dem 5. Lendenwirbelkörper; wiederum ersah er jedoch weder aus diesen Aufnahmen noch aus den Berichten der Uniklinik D.\_\_\_\_ der Jahre 2014 und 2015 (Urk. 7/33/10-11, Urk. 7/33/7-9, Urk. 7/53/12-13 und Urk. 7/57/14-16) Zeichen für Nervenwurzelkompressionen. Gleichermassen konnte er zur Zeit der eigenen klinischen Untersuchungen keine solchen Zeichen ausmachen, sondern stufte die geklagten Schmerzen als pseudoradikulär ein, also als Schmerzen, die durch eine Reizung von Schmerzrezeptoren und nicht durch Irritationen der Nervenwurzeln entstünden, und beurteilte die Interpretation der Schmerzen als thorako-lumbo-spondylogenes

beziehungsweise zervikogenes Schmerzsyndrom in der Uniklinik D.\_\_\_\_ nach wie vor als korrekt ( Urk. 7/79/41) . Etwas anderes ergibt sich auch aus den erst nach der Begutachtung eingereichten Berichten der Uniklinik D.\_\_\_\_ des Jahres 2016 nicht (vgl. Urk. 7/90). Namentlich ging die Klinik im Bericht vom 30. September 2016 nach wie vor von einer mechanischen Genese des Beschwerdebildes aus ( Urk. 7/90/11).

Des Weiteren setzte sich Dr. K.\_\_\_\_

mit den geklagten Kopfschmerzen auseinander und beurteilte diese anders als die Uniklinik D.\_\_\_\_ im Bericht vom 4. Mai 2015 ( Urk. 7/57/14) nicht als rein zervikogen, sondern ging entsprechend den Kriterien der Kopfschmerzgesellschaft von einem Mischkopfschmerz mit chronischen Spannungskopfschmerzen und wöchentlichen Migräneattacken aus, der einer Therapie zugänglich sei ( Urk. 7/79/41-42).

Ferner nahm Dr. K.\_\_\_\_ auf die Beschwerden in der rechten Schulter Bezug .

Röntgenaufnahmen und eine

Arthro -Magnetresonanzuntersuchung hatten im Februar 2015 eine transmurale Partialruptur der Supraspinatussehne sowie eine aktivierte AC-Gelenksarthrose zu Tage gebracht (Bericht des Röntgeninstituts B.\_\_\_\_ vom 18. Februar 2015, Urk. 7/53/14), und Dr. K.\_\_\_\_

konnte mit diesem Befunden die Einschränkung der Hebefähigkeit des rechten Armes erklären. Eine Nervenschädigung im Bereich der Schulter konnte er jedoch nicht feststellen ( Urk. 7/79/41), und in den Vorakten findet sich dazu nichts Gegenteiliges. Nicht in Frage gestellt ist ferner die Vermutung eines beginnenden Karpaltunnelsyndroms am rechten Handgelenk ( Urk. 7/79/40).

Zu den Beschwerden im Bereich des Skeletts gehören schliesslich die Becken-/Hüftbeschwerden, die im April 2016 Gegenstand von Untersuchungen in der Uniklinik D.\_\_\_\_ gewesen waren und als muskulären Ursprungs interpretiert wurden (Urk. 7/90/28-29). Dies blieb ebenfalls unwidersprochen.

### **E. 3.3**

Die Gutachter der H.\_\_\_\_

leiteten sodann aus den erhobenen organischen Befunden und den gestellten Diagnosen keine Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit in der angestammten, als adaptiert bezeichneten Tätigkeit als Sachbearbeiterin und Geschäftsführerin und dementsprechend auch keine Einschränkungen in einer vergleichbaren Tätigkeit ab ( Urk. 7/79/42-43 und Urk. 7/79/46-47).

Entgegen den Ausführungen in der Replik ( Urk.

#### **E. 3.3.1**

In Verbindung mit den medizinischen Vorakten beantwortet das Gutachten der H.\_\_\_\_

ag

die Frage nach organischen

Befunden somit ausreichend, auch wenn die Rolle der fachlichen Auseinandersetzung, insbesondere der Auseinandersetzung mit den Beurteilungen der behandelnden Ärztinnen und Ärzte , vom Gutachter der neurologischen Fachrichtung und nicht vom fallführenden Rheumatologen

ein genommen und letztlich im Rahmen der polydisziplinären Besprechung ( Urk. 7/79/44 f.) auch nicht in Frage gestellt wurde.

### **E. 3.3.2**

Damit kann auch auf die organischen Diagnosen im Gutachten der H.\_\_\_\_

ag abgestellt werden , nämlich aus neurologischer Sicht die Diagnose n des Mischkopfschmerzes, des möglicherweise durchgemachten Guillain-Barré-Syndroms und des Verdachtes auf ein beginnendes K arpaltunnelsyndrom rechts (Urk. 7/79/42+ 44) und aus rheumatologischer Sicht die Diagnose eines Fibromyalgiesyndroms mit vielen vegetativen Begleitbeschwerden ( Urk. 7/79/44).

Was das Fibromyalgiesyndrom im Speziellen betrifft , das sich gemäss den Ausführungen im Gutach t en in ausgebreiteten myofaszialen Druckdolenzen manifestierte ( Urk. 7/79/45), so war diese Diagnose im Januar 2016 bereits im Institut für komplementäre und integrative Medizin des G.\_\_\_\_ als wahrscheinlich erachtet worden, nachdem eine entzündlich-rheumatologische Genese der Schmerzen hatte ausgeschlos sen werden können ( Urk. 7/66/6). U nd soweit im späteren Bericht vom März 2016 als Differentialdiagnose ein f amiliäres Mittelmeerfieber vorbehalten worden war ( Urk. 7/66/3), so konnte diese Diagnose in der Folge ausgeschlossen werden (vgl. vorstehend E. 3.2.3). 3.

### **E. 8**

Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]).

Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit ode r 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 Arb eitsmarkt ( Art. 7 Abs. 1 ATSG).

Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind nach Art. 7 Abs. 2 ATSG ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Satz 1) . Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überw indbar ist (Satz 2).

### **E. 9**

S. 2-3) handelt es sich bei der Diagnose nach ICD-10 Code F45.41 nicht um eine Diagnose, welche diejenige einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nach ICD-10 Code F45.40 widerlegen würde. Vielmehr wurde die Unterscheidung dieser beiden Diagnosen mangels ausreichender Abgr enzbarkeit nicht mehr in die 10. Auflage der deutschen Übersetzung des ICD-10 aufgenommen (Fussnote 1 zu ICD-10 Code F45.4). 4.1.3

Als weitere psychiatrische Diagnose nannte Dr. C.\_\_\_\_ im Bericht vom 1 3. November 2014 eine Depression ( Urk. 7/33/1+2) . Dr. J.\_\_\_\_ der H.\_\_\_\_

ag konnte zwar zur Zeit der Begutachtung keine depressive Symptomatik feststellen, die das Ausmass zumindest einer leichten depressiven Episode erreicht hätte , sondern berichtete, die Beschwerdeführer in sei im Gesp rä ch gut schwingungsfähig und die Stimmung sei ausgeglichen ( Urk. 7/79/31). Dies spricht jedoch nicht dagegen , dass in der

Vergangenheit, insbesondere in der Zeit um den Verlust der Arbeitsstelle, Phasen der Depressivität bestanden hätten und dass auch inskünftig wieder mit solchen Phasen zu rechnen sei. So wurde im Bericht des Instituts für komplementäre und integrative Medizin des G.\_\_\_\_ vom 1. Januar 2016 ausgeführt, die Beschwerdeführerin leide seit Jahren an wiederholten depressiven Episoden mit meist mittelschwerer Ausprägung (Urk. 7/66/6), med. pract. P.\_\_\_\_ erwähnte in seinen Schreiben vom 3. Februar und vom 3. Mai 2017 ebenfalls die depressiven Verstimmungen (Urk. 7/87 und Urk. 7/101) und das O.\_\_\_\_

berichtete im April 2017 über eine depressive Stimmungslage mit verminderter Schwingungsfähigkeit (Urk. 7/95/2). Allerdings kann aus diesen Angaben keine depressionsbedingte längerdauernde Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit abgeleitet werden. Denn offenbar waren die depressiven Episoden schon aufgetreten, als die Beschwerdeführerin noch arbeitstätig gewesen war («seit Jahren»; Urk. 7/66/6), und es bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass es schon vor den Ereignissen um die Auflösung des Arbeitsverhältnisses zu längeren Arbeitsausfällen gekommen wäre (vgl. Urk. 7/38/3). Und was die Zeit nach dieser Auflösung betrifft, so erklärte die Beschwerdeführerin im Dezember 2015/Januar 2016 im Institut für komplementäre und integrative Medizin des G.\_\_\_\_, die Situation sei derzeit stabil unter psychiatrischer Begleittherapie (Urk. 7/66/6). Dementsprechend stand im März 2016 bei der Diagnosestellung auch das Fibromyalgiesyndrom und nicht eine Depression im Vordergrund (Urk. 7/66/3). Es leuchtet daher ein, dass Dr. J.\_\_\_\_

keine Depression als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit anführte (Urk. 7/79/32+34). 4.1. 4

Dr. J.\_\_\_\_

beobachtete ferner ein gewisses histrionisches Verhalten, das sie als histrionische Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10 Code Z73), nicht jedoch als eigentliche Persönlichkeitsstörung (ICD-10 Code F60) einstufte und dem sie ebenfalls keinen einschränkenden Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zumass (Urk. 7/79/32+34). Auch dies ist einleuchtend, da Persönlichkeitsstörungen sich schon im frühen Erwachsenenalter manifestieren (vgl. ICD-10, Einleitung zu Code F60) und die Persönlichkeitszüge der Beschwerdeführerin sich vor dem Jahr 2014 nicht auf die Arbeitsfähigkeit ausgewirkt haben.

Ebenfalls nachvollziehbar ist sodann, dass Dr. J.\_\_\_\_ die Ängste der Beschwerdeführerin anders als med. pract. P.\_\_\_\_ (Urk. 7/87 und Urk. 7/101) nicht als Angst- und Panikstörung qualifizierte, sondern namentlich die geschilderten Existenzängste angesichts der Lebenssituation der Beschwerdeführerin als verständlich bezeichnete und die gelegentlichen Panikattacken als zu wenig häufig und intensiv für eine entsprechende Diagnose einstufte (Urk. 7/79/31). Im O.\_\_\_\_ schilderte die Beschwerdeführerin ihre Ängste zwar nochmals eingehend (Urk. 7/95/2), sie standen jedoch während jenes Aufenthaltes nicht im Vordergrund (Urk. 7/95/3). 4.1. 5

Nicht schon bei Dr. J.\_\_\_\_, sondern erstmals im Februar/März 2017 im O.\_\_\_\_ kamen schliesslich gewisse Zwänge in Form eines Zähl- und Kontrollzwangs, des täglichen Wechsels der Bettwäsche sowie des häufigen Händewaschens und Duschens und des Drangs, sofort nach dem Trinken eine Toilette aufzusuchen, zur Sprache (Urk. 7/95/2-3). Es fehlen allerdings Hinweise darauf, dass sich diese Zwänge erst nach der Begutachtung durch die H.\_\_\_\_

ag oder nach dem Verlust der Arbeitsstelle neu ergeben hätte n . Demgemäss ist auch hier von einem Schweregrad auszugehen, der die Arbeitsfähigkeit nicht nachhaltig beeinträchtigt. 4.2 4.2.1

Was die Bemessung der Einschränkungen aufgrund der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung anbelangt, so bezifferte Dr. J.\_\_\_\_

die Arbeitsunfähigkeit für die bisherigen Tätigkeit als Geschäftsführerin einer Werbeagentur , für die frühere Tätigkeit als Sachbearbeiterin im Bereich Marketing und Logistik und für jede andere Tätigkeit im kaufmännischen Bereich mit 30 % ( Urk. 7/79/33+ 34) und hielt weiter fest, dass die Beschwerdeführerin nach Abschluss der geplanten psych o somatischen Reha-Behandlung möglichst schnell beruflich wieder eingegliedert werden sollte, wobei mit einem Pensum von 60-70 % zu starten und von einer raschen Steigerung auszugehen sei ( Urk. 7/79/35).

Dr. J.\_\_\_\_ nahm bei dieser Beurteilung Bezug auf die Standardindikatoren der Rechtsprechung . Zunächst konstatierte sie, es bestünden keine Hinweise auf eine Aggravation oder Symptomverdeutlichung, sondern die Beschwerdeführerin habe vielmehr ausführlich ihre verschiedenen Lebensbereiche geschildert, ohne um Präzisierungen zu ihren Schmerzen bemüht ge wesen zu sein ( Urk. 7/79/31). In Bezug auf den Faktor der Behandlung und Eingliederung wies Dr. J.\_\_\_\_ darauf hin, dass die Laborwerte keine regelmässige Medikamenteneinnahme hätten bestätigen können , konnte jedoch darüber hinaus mangels Angaben von med. pract . P.\_\_\_\_ keine Aussagen über die Kooperation der Beschwerdeführerin machen ( Urk. 7/79/32). Ein Indiz für eine ausreichende Behandlung ist jedoch, dass die Beschwerdeführerin selber die psychische Situation als unter psychiatrischer Begleittherapie stabil bezeichnet hatte (vgl. Urk. 7/66/6).

Wird damit das geklagte Beschwerdebild nicht von einer übertreibenden Darstellung beherrscht und ist es zudem grundsätzlich soweit möglich the rapeutisch angegangen worden , so fragt sich, wie es sich unter Berücksichtigung hemmender und förderlicher Faktoren auf das Leistungsvermögen der Beschwerdeführerin auswirkt. Als hemmende Gegebenheiten sind hier die Persönlichkeitsstruktur mit histrionischen Zügen und ein gewisser sozialer Rückzug (vgl. Urk. 7/79/30) zu nennen; auf der Seite der Ressourcen finden sich die Unterstützung, welche die Beschwerdeführerin von ihren beiden erwachsenen Kindern erfährt (Urk. 7/79/32), aber auch die verschiedenen Aktivitäten wie Laufen oder Joggen, Wärme- und Wassertherapie, Akupunktur, Stressbewältigungstherapie, Saunabesuche und Mitwirkung in einer Stretchgruppe ( Urk. 7/79/28) . Dr. J.\_\_\_\_ wies zwar darauf hin, dass gewisse dieser Aktivitäten dazu beitragen, das Krankheitsempfinden aufrechtzuerhalten, und damit die Rückkehr ins Arbeitsleben erschweren. Zu Recht erwähnte sie aber auch die körperliche Kondition, von der etwa das morgendliche Laufen und die Stretchübungen zeugten ( Urk. 7/79/33). Überdies bewies die Beschwerdeführerin mit einem solchermassen strukturierten Wochenprogramm ein Durchhaltevermögen , das ihr auch bei der Ausübung eines Berufs zugute kommen könnte . 4.2.2

Angesichts dieser verschiedenen Faktoren ist eine Einschränkung in der Leistungsfähigkeit plausibel , und deren Bezifferung auf 30 % durch Dr. J.\_\_\_\_ erscheint als angemessen. Gleichermassen plausibel ist aber, dass Dr. J.\_\_\_\_ die Beschwerdeführerin im weitergehenden Umfang als arbeitsfähig beurteilte. Soweit demgegenüber die O.\_\_\_\_ im Bericht vom 5. April 2017 eine zeitnahe Wiedereingliederung für kaum realistisch hielt (

Urk. 7/95/5) und zur Begründung dafür die Unterstützungsbedürftigkeit im Umgang mit den Schmerzen, die innere Anspannung und die Schwierigkeiten, sich um sich selbst zu kümmern, anführte (Urk. 7/95/4-5), so sprechen diese Problemkreise zwar ohne Weiteres für eine gewisse Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit. Dass sie die Beschwerdeführerin vollständig daran hindern sollten, einer Arbeitstätigkeit nachzugehen, leuchtet hingegen nicht ein. Denn nach dem bereits Ausgeführten war die Beschwerdeführerin schon vor dem Aufenthalt in der O.\_\_\_\_ durchaus dazu in der Lage, strukturiert und regelmässig sowohl aktiven körperlichen Tätigkeiten nachzugehen als auch passive, der Entspannung dienende Techniken anzuwenden. Dies lässt darauf schliessen, dass sie bereits damals einen gewissen Umgang mit ihren Schmerzen gefunden hatte und diesen Umgang durch den Rehabilitationsaufenthalt, während dem ihr weitere Entspannungstechniken vermittelt und entsprechende Adressen für die Weiterführung angegeben wurden (vgl. Urk. 7/79/4-5), zusätzlich üben konnte, sodass sie für einen zumindest teilweisen Einstieg ins Berufsleben genügend vorbereitet war.

Im Bericht vom 5. April 2017 steht denn auch, die Beschwerdeführerin habe sich in der Physiotherapie subjektiv und objektiv rekonditionieren

können und habe während der aktiven Therapieeinheiten mit den Schmerzen umgehen können (Urk. 7/95/5). Soweit Dr. C.\_\_\_\_ im Bericht vom 30. Mai 2017 ausführte, der Beschwerdeführerin gehe es seit dem Rehabilitationsaufenthalt schlechter und die Therapieoptionen seien ausgeschöpft (Urk. 7/102/2), so ist dies wiederum nicht näher begründet. Damit bleibt es - auch für die Zeit nach der Begutachtung durch die H.\_\_\_\_

ag

- bei der 30%igen Arbeitsunfähigkeit gemäss der Beurteilung von Dr. J.\_\_\_\_, wie sie auch in der Gesamtbeurteilung übernommen wurde (Urk. 7/79/46-47). 4.3

Den Beginn der 30%igen Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit legten die Gutachter auf den Januar 2016, als im Institut für komplementäre und integrative Medizin des G.\_\_\_\_ die Diagnose eines chronischen Schmerzsyndroms beziehungsweise einer Fibromyalgie gestellt worden sei (Urk. 7/79/34+46). Das Schmerzbild, dem diese Diagnose schliesslich zugeordnet wurde, bestand allerdings schon länger; Dr. J.\_\_\_\_ zweifelte nicht an der Darstellung der Beschwerdeführerin, wonach sich die Schmerzen im Zusammenhang mit der Konfliktsituation im letzten Arbeitsverhältnis verstärkt hätten, und beurteilte selber diese Situation als den Hauptauslöser der Schmerzentwicklung (Urk. 7/79/31). Damit ist als Beginn der eingeschränkten Arbeitsfähigkeit nicht erst der Januar 2016, sondern vielmehr entsprechend dem Attest des Hausarztes Dr. C.\_\_\_\_ (Urk. 7/33/2 und Urk. 7/34/14-15) bereits der 16. Juli 2014 einzusetzen. Dass im Bericht von Dr. C.\_\_\_\_ vom 13. November 2014 (Urk. 7/33/1-6) eine Anamnese und eine detaillierte Symptombeschreibung fehlen, macht dieses Attest entgegen der Sichtweise der Gutachter (Urk. 7/79/34+46) nicht unverwendbar, da es durch die späteren, eingehenderen Beurteilungen rückwirkend plausibilisiert wird. 5.

Bei einer durchgehenden Arbeitsunfähigkeit von lediglich 30 %

ab dem 16. Juli 2014 - in der angestammten und in jeder anderen kaufmännischen Tätigkeit - wäre ein Rentenanspruch schon mangels bestandenen Wartejahres (Art. 28 Abs. 1 IVG) zu verneinen.

Aber auch wenn davon ausgegangen wird, dass die Beschwerdeführerin in der ersten Zeit nach dem Stellenverlust noch in einem höheren Mass arbeitsunfähig war und das Wartejahr somit bestanden haben könnte, so resultiert für die Zeit danach keine rentenbegründende Erwerbseinbusse. Denn als Valideneinkommen

ist nicht das Einkommen heranzuziehen, das die Beschwerdeführerin in ihrem letzten Arbeitsverhältnis erzielt hatte, da sie jene Anstellung nicht aus gesundheitlichen Gründen verloren hatte, sondern die gesundheitlichen Probleme erst die Folge der in eine Kündigung mündenden beruflichen

Schwierigkeiten am Arbeitsplatz waren. Für das Valideneinkommen

ist daher genau wie für das Invalideneinkommen der allgemeine Arbeitsmarkt massgebend. Da zudem für das Valideneinkommen und das Invalideneinkommen dasselbe Stellenspektrum in Betracht fällt, entspricht die Erwerbseinbusse und damit der Invaliditätsgrad dem Grad der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit und beläuft sich daher ebenfalls auf 30%. Der rentenbegründende Mindestinvaliditätsgrad von 40%

ist somit unter Berücksichtigung einer 30%igen Einschränkung nicht erreicht, und es kann daher offen bleiben, ob und über welche Zeitspanne es der Beschwerdeführerin zuzumuten wäre, ihr Pensum im Sinne der Beurteilung im Gutachten der H.\_\_\_\_

ag (Urk. 7/79/35+47) noch weiter zu steigern.

Die Beschwerde ist damit abzuweisen. 6.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 700.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

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

Rechnung und Einzahlungsschein werden der

Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Thomas Laube - 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 Die VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin FehrKobel

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