

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00698 vom 13. Januar 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-01-13, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00698

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00698 du 13 janvier 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00698 del 13 gennaio 2020

Erwägungen

E. 1

Die 1978 geborene X.____ meldete sich – nach erfolgter invaliden ver si cherungsrechtlicher Früherfassung (Urk. 7/3) – am 28. Januar 2016 bei der Sozial versicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (Urk. 7/18). Zur Klärung der erwerblichen und medi zinischen Verhältnisse zog die IV-Stelle nebst den Akten der Krankentag geld versicherung (Urk. 7/15 und Urk. 7/47) und der Pensionskasse der Versicherten (Urk. 7/29-30) einen Auszug aus dem i ndividuellen Konto bei (Urk.

7/26) und holte einen Arbeitgeberbericht (Urk. 7/28) sowie Berichte der behandelnden Ärzte ein (Urk. 7/ 36-37 und Urk. 7/41-42). Mit Vorbescheid vom 11. Mai 2017 stellte die IV-Stelle die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (Urk. 7/48). Nac h dem die Versicherte dagegen Einwand erhoben hatte (Urk. 7/61), liess die Verwal tung sie im Januar 2018 von den Experten der Y.____ polydisziplinär unter suchen (Gutachten vom 5. April 2018 [Urk. 7/81]). Mit Verfügung vom 27. Juni 2018 hielt die IV-Stelle – nun gestützt auf die gutachterliche Beurteilung – an ihrer im Vorbescheid angekündigten Le istungsablehnung fest (Urk.

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allge meinen 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 kom menden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der ge sundheitlichen 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 betä tigen, 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

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 145 V 215 E. 5.1, 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 unbeschrieben 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 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.4

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt – was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist –, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; Ulrich Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in: H.____

Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.). 2.

E. 2

Dagegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom 28. August 2018 Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und die IV-Stelle zu verpflichten, nach weiteren Abklärungen über die Leistungspflicht erneut zu befinden (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 4. Oktober 2018 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), was der Beschwerdeführerin mit Gerichtsverfügung vom 8. Oktober 2018 zur Kenntnis gebracht wurde. Am 6. Dezember 2018 und 21. März 2019 (Urk. 9-10 und Urk. 14-15) reichte die Beschwerdeführerin Unterlagen nach. Auf eine Stellung n

ahme hierzu verzichtete die Beschwerdegegnerin (Urk. 12 und Urk. 17).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die Leistungsablehnung – unter Hinweis auf das Gutachten der Y.____ – damit, bei der Beschwerdeführerin liege keine gesundheitliche Beeinträchtigung vor, welche eine langandauernde Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zur Folge habe. Eine Untersuchung im Fachbereich der Allergologie sei nicht nötig, da eine Begutachtung durch einen Facharzt für Dermatologie stattgefunden habe. Eine Untersuchung durch einen Spezialisten für Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen sei ebenfalls nicht angezeigt, denn die Beurteilung des allgemeinen Gesundheitszustands sei durch das Fachgebiet der Inneren Medizin abgedeckt (Urk. 2).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt, die Beschwerdegegnerin stelle zu Unrecht auf das Gutachten der Y.____ ab. Dieses weise zahlreiche Fehler auf und sei nicht schlüssig und nachvollziehbar. Nach gewiesen sei, dass sie unter einem komplexen organischen Störungsbild leide, das zunehmend zu einer totalen Müdigkeit und Erschöpfung des Körpers und wohl auch der Psyche geführt habe. Unklar sei, was die Ursache all dieser Beschwerden sei. Die Y.____ -Gutachter hätten den Verdacht auf ein atypisches atopisches Syndrom geäußert. Aus einer fehlenden klaren Diagnose auf eine volle Arbeitsfähigkeit zu schliessen, verbiete sich jedoch. Vielmehr sei die Arbeitsfähigkeit mittels einer Evaluation der funktionellen und kognitiven Leistungsfähigkeit zu prüfen (Urk. 1 S. 4 ff.). 3.

E. 3

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

E. 3.1

1

In ihrer an die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin adressierten Stellungnahme zum Medas -Gutachten vom 23. Mai 2018 führte die Psychotherapeutin K.____ aus, in der psychiatrischen Expertise werde berichtet, dass die Versicherte nicht beeinträchtigt und nicht wesentlich schmerzgeplagt wirke. Dies sei der subjektive Eindruck des Gutachters; die Beschwerdeführerin fühle sich von den seit Jahren bestehenden somatischen Beschwerden und der vermutlich daraus resultierenden Erschöpfung subjektiv sehr beeinträchtigt. Es sei wichtig, diesen Umstand möglichst gut zu objektivieren. Es werde ein psychopathologischer Status nach AMDP erhoben, weitere Untersuchungen würden keine erwähnt. Die Konzentration und Aufmerksamkeit beurteile Dr.

P.____ als unauffällig, im Bericht von Dr. O.____

sei im Rahmen der Sozialanamnese von deutlichen Problemen die Rede. Um diesen Befund zu objektivieren, empfehle sie dringend eine erneute neuropsychologische Untersuchung. Eine durch das Psychiatriezentrum I.____ im September 2016 durchgeführte neuropsychologische Untersuchung habe aus neuropsychologischer Sicht eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit im Beruf und in der Alltagsbewältigung um 10-30 % festgestellt. Eine am 8. August 2017 durchgeführte neurologische Abklärung habe versucht,

die rezidiierenden amnestischen Lücken aufzuklären. In der Untersuchung hätten sich keine Hinweise für ein epileptisches Geschehen gefunden. Die amnestischen Lücken seien als funktionell beschrieben worden. Zu diesen amnestischen Lücken nehme das Gutachten keine Stellung, obwohl diese «Blackouts»

von der Beschwerdeführerin beschrieben worden seien. Stressbedingtes dissoziatives Erleben, welches auf eine hohe emotionale Belastung der Versicherten hinweisen würde, sei durchaus möglich. Sie könne nicht bestätigen, dass die Stimmung der Beschwerdeführerin euthym und schwingungsfähig sei. Über die gesamte Therapiezeit von über zwei Jahren habe sie

eine mehrheitlich dysthyme Stimmung sowie eine Affektlabilität und leicht reduzierte Schwingungsfähigkeit beobachtet. Des Weiteren sehe sie deutliche Beeinträchtigungen im Antrieb. Die hohe Leistungsorientierung und Gewissenhaftigkeit der Beschwerdeführerin lasse sie vermutlich bezüglich Antriebskompetenz wirken als sie tatsächlich sei; dies sei aber mit einer enormen Anstrengung verbunden. Schuldgefühle und Insuffizienzerleben seien Hauptthemen der Psychotherapie und würden die Beschwerdeführerin belasten. Die Psychotherapeutin diagnostizierte eine mittelgradige depressive Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F32.10) sowie einen Status nach posttraumatischer Verbitterungsstörung (ICD-10 F43.8) und posttraumatischer Belastungsstörung (ICD-10 F43.1). Die Beschwerdeführerin habe 2

E. 3.2

Der am Spital B.____ tätige Dr. C.____, Facharzt FMH für Allergologie und klinische Immunologie, gab am 21. Januar 2016 (Urk. 7/36/19-21) nachstehende Diagnosen an (S. 1): - Blähungen, Abdominalschmerzen und Diarrhoe, unklarer Aetiologie - kein Hinweis für eine atopische Grunderkrankung - quantitativ normale Serum-Immunglobuline - erhöhter ANA-Titer 1:320 - keine Eosinophilie im peripheren Blut - kein Nachweis von Parasiten, spezielle Giardia

lamblia Antigene - Infektanfälligkeit mit/bei - chronischer Rhinosinusitis, Tonsillektomie 1995 - zwei mögliche Lungenentzündungen 2012 - quantitativ und qualitativ normale Serum-Immunglobuline - leichter Verminderung der Memory-B-Zellen - Asthma mit/bei - unter Behandlung mit Seretide 250, Lomudal und Singulair

E. 3.3

mit Hinweisen). Zu ergänzen ist abschliessend, dass die gutachterliche Untersuchung kein ausreichendes Korrelat für die reklamierten Beschwerden ergab. Die spontane Beweglichkeit war weitgehend frei und ungehindert. Während der Anamneseerhebung konnte keine Schonhaltung, kein Schongang und kein Schonsturz beobachtet werden (Urk. 7/81 S. 29 und S. 32). 4.2.4

Auch wenn das Antidepressivum

Escitalopram – wie von der Beschwerdeführerin ausgeführt (Urk. 1 S. 8) – erst im März 2018 und nicht bereits im Januar 2018 abgesetzt wurde (vgl. hierzu auch die gegenüber dem Rheumatologen gemachten, ohne die Erwähnung von Escitalopram erfolgten Angaben zur medikamentösen Therapie [Urk. 7/81 S. 28]), fällt auf, dass die Beschwerdeführerin – trotz von der behandelnden Psychotherapeutin diagnostizierter mittelgradiger depressiver Episode – keine antidepressiven Medikamente mehr einnimmt (Urk. 7/86 S. 2 f.; siehe

auch Urk. 10 S. 6). N ach Absetzen des Escitaloprams

konnte sodann objektiv keine Veränderung der psychopathologischen Symptome beobachtet werden (Urk. 7/86 S. 3). Mit Blick darauf, angesichts des geschilderten aktiven Soziallebens mit einer intakten Partnerschaft und einem Freundeskreis wie auch aufgrund der Tatsache, dass sie für ihre beiden Kinder sorgen und den Haushalt – unter Mithilfe ihrer Mutter – erledigen kann (Urk. 7/81 S. 37), vermag die Beurteilung des psychiatrischen Gutachters zu überzeugen.

Auch für die Zeit vor der Begutachtung im Januar 2018 war nach der überzeugenden Beurteilung des psychiatrischen Gutachters von ausreichenden Ressourcen für eine Arbeitstätigkeit auszugehen (vgl. Urk. 7/81 S. 45; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_808/2018 vom 2. Dezember 2019 E. 4.3). Die Kritik, der psychiatrische Experte habe seine nach den AMDP-Richtlinien erhobenen Befunde nicht durch weitere Testverfahren abgesichert (Urk. 1 S. 9), zielt deshalb ins Leere, weil die Rechtsprechung solchen Testverfahren höchstens ergänzende Funktion zuerkennt, während die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung entscheidend ist (Urteil des Bundesgerichts 9C_207/2015 vom 5. Juni 2015 E. 4.2 mit weiterem Hinweis).

Sowohl bei der internistischen und der rheumatologischen Untersuchung als auch bei der psychiatrischen Untersuchung wurde die Versicherte als freundlich und zugewandt beschrieben (Urk. 7/81 S. 19, 7/81 S. 29, 7/81 S. 37 f.). Hinweise dafür, dass die Affektivität durch den psychiatrischen Gutachter nicht korrekt erfasst worden wäre, finden sich somit nicht (vgl. Urk. 1 S. 8 f.).

In Bezug auf die divergierende Beurteilung der Psychotherapeutin K.____ – die über keinen Facharztstitel in Psychiatrie und Psychotherapie verfügt (vgl. hierzu auch E. 1.3 hievore, wonach die Annahme eines invalidenversicherungsrechtlich bedeutsamen psychischen Gesundheitsschadens einer fachärztlich festgestellten psychischen Krankheit bedarf) – ist schliesslich anzumerken, dass die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei ist. Sie eröffnet der begutachtenden psychiatrischen Fachperson deshalb praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern lege artis vorgegangen worden ist. Daher und unter Beachtung der Divergenz von medizinischem Behandlungs- und Abklärungsauftrag geht es nicht an, eine medizinische Administrativ- oder Gerichtsexpertise stets dann in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnde Ärzteschaft nachträglich zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangt oder an vor gängig geäusserten abweichenden Auffassungen festhält. Anders verhält es sich lediglich, wenn die behandelnden Ärztinnen und Ärzte objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorbringen, welche im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung unerkannt geblieben und geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (Urteil des Bundesgerichts 9C_363/2018 vom 10. Oktober 2018 E. 4.2.3 mit weiteren Hinweisen). Dies ist insbesondere beim Bericht der Psychotherapeutin K.____ vom 23. Mai 2018 (Urk. 7/86) nicht der Fall. Diesem fehlt im Übrigen ohnehin eine konkrete Äusserung hinsichtlich des Umfangs der attestierten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 4). Diesbezüglich erstaunt ausserdem, dass die Therapeutin die Therapiefrequenz unter anderem auch von ihren Ressourcen abhängig macht (S. 3). 4.2.5

Durchaus einleuchtend ist sodann, dass die von der Beschwerdeführerin beschriebene Erschöpfung im Rahmen einer depressiven Erkrankung gesehen werden kann (Urk. 7/81 S. 47). Da eine solche nicht zu erkennen ist, sind die Ausführungen der Beschwerdeführerin hierzu nicht relevant. 4.3

Zusammenfassend sind keine Gründe ersichtlich, die gegen die Beweistauglichkeit des Gutachtens der Y.____ sprechen. Daran ändern auch die im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichten Berichte der Neuropsychologin Q.____ vom 17. Oktober 2018 (Urk. 10) und der Psychotherapeutin K.____ vom 15. März 2019 (Urk. 15) nichts, zumal diesen, da für die Beurteilung des Gesundheitszustands in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich der Zeitpunkt des Verfügungserlasses (hier: 27. Juni 2018) massgebend ist (BGE 129 V E. 1.2), ohnehin die zeitliche Relevanz fehlt. Hinzu

kommt, dass beiden Stellungnahmen keine konkrete Aussage zur vorhandenen Arbeitsfähigkeit entnommen werden kann. 5.

Nach dem Gesagten ist die angefochtene Verfügung nicht zu beanstanden. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 6.

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 900.-- festzulegen und ausgangsgemäss der Beschwerdeführerin aufzuerlegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Yolanda Schweri - 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
GräubLocher

E. 3.4

Die Beschwerdeführerin war vom 9. September bis 26. Oktober

2015 in der Dermatologischen Klinik des Universitätsspitals D.____ in Behandlung, bevor sie auf weitere Abklärungen verzichtete. In ihrem Bericht vom 2. Mai 2016 (Urk. 7/36 /28-32) stellten die Ärzte folgende Diagnosen (S. 1 ff.) : - Schluckbeschwerden und

Globusgefühl unklarer Ursache - DD bei

Histaminintoleranz, DD allergisch, DD psychogen - Gesamt-IgE 11,3 kU/l, ImmunoCAP Multipanel negativ September 2015 - unauffälliges Blutbild (keine Eosinophilie)

September 2015 - Tryptase 1,32 µg/l 9. September 2015 - Komplement C4, C1-Inhibitor

funktionell und quantitativ normwertig - externe Abklärung: - Typ 1 Sensibilisierung auf verschiedene Gewürze, Mandeln, Walnuss, Kiwi, Banane, Apfel - Rhinokonjunktivitis

allergica und Asthma bronchiale perennial mit saisonaler Exazerbation - externe

Abklärung: - Dr. E.____, F.____

September 2015 - Typ 1 Sensibilisierung auf Birken-, Erlen-, Hasel-, Eschen-, Olivenbaum-, Gräser-, Roggen-, Beifuß-, Spitzwegerichpollen - Typ 1 Sensibilisierung auf Hausstaubmilben, Pferde-, Hunde- und Katzenhaare - ECP 13,5

(8-13,3

µg/l) - leichte bronchiale Hyperreagibilität - aktuelle Abklärung: - Gesamt-IgE 11,3 kU/l, ImmunoCAP Multipanel negativ September 2015 - Spirometrie

normal

9. September 2015 - FeNO

27

ppb

9. September 2015 - Histaminunverträglichkeit ED: 2013 (Aarau) - Durchfall, Bauchschmerzen, Blähungen, Hitzewallungen, Schweißausbrüche, Kopfschmerzen, allgemeine Müdigkeit, Schlafstörungen - externe Abklärung: - sIgE

r Tri a 1 und Gluten negativ November 2013 - Diaminoxidase 4,1 kU/l November 2013 - Anti-TTG-IgA

negativ 11, 13, Immunglobuline normwertig, IgG3 1,19 (0,2-1,10) g/l - Komplement normwertig 11, 13/9,

E. 3.5

Dr. G.____, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin, gab in seinem Bericht vom 27. Juni 2016 (Urk. 7/36/6-9) nachstehende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit an (S. 1): - Mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1), Oktober 2015 - Status nach posttraumatischer Belastungsstörung (ICD-10 F43.1), 2003 - Schwere atopische Erkrankung (ED seit Kindheit) - Rhinokonjunktivitis

allergica - Asthma bronchiale - Urticaria - anaphylaktische Reaktionen mit Schleimhautschwellung, Dyspnoe und Dysphagie - nachgewiesene Sensibilisierung auf Birke-, Erle-, Hasel-, Esche-, Olivenbaum-, Gräser-, Roggen-, Beifuß- und Spitzwegerichpollen, Hausstaubmilben, Pferde-, Hunde- und Katzenhaare, Bienenstichallergie - Histaminunverträglichkeit, ED 2013 - Verdacht auf NSAR-Intoleranz mit Angioödem - Fibromyalgie - Status nach lumboradikulärem Schmerzsyndrom L5/S1 rechts, 2005 - Status nach Lawinenunfall mit Milz-Leberriss, 2003

Er attestierte eine volle Arbeitsunfähigkeit für die bisherige Arbeit als Sozialarbeiterin seit 22. Dezember 2015 (S. 3).

E. 3.6

In seinem im Auftrag der Krankentaggeldversicherung verfassten psychiatrischen Gutachten vom 17. Oktober 2016 (Urk. 7/47/16-36) diagnostizierte Dr. H.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, eine depressive Erkrankung mit aktuell mittelgradiger Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F32.10 [S. 9]). Er äusserte zudem den Verdacht auf eine organisch depressive Störung (ICD-10 F06.32 [S. 10]). Er attestierte in der bisherigen Tätigkeit als Büro angestellte wie auch in einer angepassten Arbeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Sofern in den nächsten drei Monaten keine somatische affektive Erkrankung zu finden sei, sei in drei Monaten in der angestammten Tätigkeit von einer Arbeitsfähigkeit von 30 % und in einer adaptierten Tätigkeit von einer solchen von 50 % auszugehen. Innerhalb von weiteren drei Monaten sei dann in allen Tätigkeiten eine Steigerung auf eine 100%ige Arbeitsfähigkeit anzunehmen (S.

12

f.). Falls innerhalb von drei Monaten eine klare somatische Grunderkrankung dokumentier- und darstellbar sei, sei von einer weitergehenden Arbeitsunfähigkeit von 100 % in jeglicher Tätigkeit auszugehen. In diesem Fall sei eine erneute psychiatrische Begutachtung, möglicherweise auch eine somatische Untersuchung, angezeigt (S. 15).

E. 3.7

Die im Psychiatriezentrum I.____ tätigen Dr. J.____, Oberärztin, und K.____, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, nannten am 28. Februar 2017 (Urk. 7/41/4-7) nachstehende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1): - Mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1), BDI-II vom 24. Februar 2017: 26 Punkte, was einer moderaten Ausprägung der Symptome entspricht - Verdacht auf dissoziative Störung (ICD-10 F44) - Anamnestisch posttraumatische Verbitterungsstörung (ICD-10 F43.8) - Status nach posttraumatischer Belastungsstörung (ICD-10 F43.1)

Sie berichteten, anlässlich der neuropsychologischen Untersuchung vom 20. September 2016 sei eine leichte kognitive Störung diagnostiziert worden. Aktuell unterrichte die Beschwerdeführerin mit Unterstützung ihrer Mutter ihren Sohn zu Hause. Dabei komme sie an ihre Grenzen. Eine weitere Tätigkeit würden sie nicht empfehlen, da eine Dekompensation sehr wahrscheinlich wäre. Die bisherige Tätigkeit könne nicht mehr ausgeübt werden. Die stundenweise Unterstützung des Sohns sei möglich (S. 3). Die grosse Erschöpfung wirke sich auf den Alltag der Beschwerdeführerin als Mutter aus und sei vermutlich Ursache und aufrecht erhaltender Faktor der depressiven Problematik. Auch die belastete Beziehung zu ihrem getrennt lebenden Mann führe zu Symptomen, welche einer posttraumatischen Verbitterungsstörung zuzuordnen seien. Bleibe die somatische Belastung bestehen, sei eine Chronifizierung der depressiven Symptomatik wahrscheinlich (S. 4).

E. 3.8

Dr. G.____ diagnostizierte am 20. März 2017 nebst den am 27. Juni 2016 genannten Diagnosen (E. 3.5 hievore) eine Hyperlaxizität der Gelenke und äusserte gestützt auf den Bericht von Dr.

L.____, Facharzt für Rheumatologie, vom 28. Juli 2016 den Verdacht auf eine Systemerkrankung aus dem immunologischen Formenkreis. Er berichtete, aufgrund der psychischen Probleme und der Probleme im sozialen Umfeld (Trennung vom langjährigen

Lebenspartner und Vater der beiden Kinder, Scheidung) sei eine Rückkehr zu einer Arbeitstätigkeit nicht möglich. Zudem würden massive Probleme mit dem ältesten Sohn bestehen. Zurzeit unterrichte die Beschwerdeführerin ihren Sohn, da keine geeignete Einzelschulung gefunden werden konnte (Urk. 7/42/4-7).

Nach den Angaben von Dr. G.____ vom 23. August 2017 sei auf die von Dr. L.____ (vgl. Urk. 7/42/8-11 S. 4) empfohlene stationäre Abklärung verzichtet worden, da

Dr. C.____ davon keine neuen Erkenntnisse erwartete (Urk.

7/60/1). Die allergische Erkrankung stelle eine gesundheitliche Beeinträchtigung dar. Namentlich führe diese dazu, dass obere Luftwegsinfektionen oder Infektionen im Magen-Darm-Bereich extrem häufig seien (Urk. 7/60/1).

E. 3.9

Am 13. Oktober 2017 berichtete Dr. C.____ über die Untersuchung vom 9. Oktober 2017 und stellte folgende Diagnosen: 1. chronische, spontane (idiopathische) Urtikaria assoziiert mit Angioödem (ED 2013) - assoziierte Histamin- Intoleranz - zum Teil induzierbare Urtikaria 2. Abdominalbeschwerden , zum Teil mit Blähungen, Schmerzen und Diarrhoe, unklarer Genese - Verdacht auf Histamin- Intoleranz - Verdacht auf Nicht-Zöliakie-Gluten-Intoleranz 3. Intermittierende Dysphagie/Dyspnoe mit/bei - hoher Verdacht für Vocal cord

dysfunction - Atopie anamnestisch

Erneut (vgl. E. 3.2) hielt er fest, auch wenn vor Jahren einmal von einer Atopie ausgegangen worden sei, hätten sich bei den vor zwei Jahren durchgeführten Untersuchungen absolut keine spezifischen IgE-Antikörper gegen 51 ubiquitäre Allergenquellen und 112 verschiedene Aero- und alimentäre Eiweisskomponenten gezeigt (Urk. 7/69/1-2 S. 2).

E. 3.10

Gestützt auf die Ergebnisse der internistischen, dermatologischen, rheumatologischen und psychiatrischen Untersuchung konnten die Y.____ -Gutachter in ihrer Expertise vom 5. April 2018 (Urk. 7/81) keine sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkenden Diagnosen stellen. Als ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beurteilten sie ein mögliches atypisches atopisches Syndrom (ICD-10 L20.0 [S. 43]).

Der internistische Befund – so M.____ , Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin – sei unauffällig. Aktenkundig werde auch keine internistische Erkrankung mit namhaftem Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beschrieben (S. 20).

Dr. N.____ , Facharzt für Dermatologie, berichtete in seinem dermatologischen Fachgutachten, obwohl die Beschwerdeführerin mehrfach in spezialisierten Hospitälern ambulant und stationär untersucht worden sei , sei eine abschliessende diagnostische Einordnung der Beschwerden nicht möglich gewesen. Aus allergologischer Sicht seien die vorliegenden Befunde in hohem Masse widersprüchlich und unklar. So werde in den vorliegenden Unterlagen häufig das Vorliegen multipler Typ 1-Sensibilisierungen, nachgewiesen im Prick-Test, angegeben, ein entsprechend nachgewiesener Befund finde sich jedoch nur im Bericht der ORL/HNO- Praxis Dr. E.____

vom 5. April 2016. Dieser Prick-Test sei unter Einnahme von Antihistaminika durchgeführt worden und habe eine dreifach positive Reaktion auf die Testsubstanz Histamin und eine negative Reaktion auf die Testsubstanz Kochsalzlösung angegeben. Positive Reaktionen hätten sich auf Birke, Erle, Hasel, Esche, Olivenbaum, Gräser, Roggen, Beifuß, Spitzweigerich, Hausstaubmilbe, Hundehaar, Katzenhaar, Pferdehaar und Pflaster gezeigt. Im Lebensmitteltest sei eine positive Reaktion auf Pfeffer, Paprika, Curry, Tomate, Senf, Mandel, Walnuss, Kiwi, Banane, Apfel, Stechmücke und Löwenzahn ersichtlich gewesen. Dieses Ergebnis sei in hohem Masse erstaunlich, weil unter der Einnahme von Antihistaminika normalerweise auch bei Vorliegen von Allergien keine positiven Reaktionen gezeigt würden, ein Prick-Test somit nicht verwertbar sei. Dies werde

– so der Gutachter weiter – auch durch einen Befund des Spitals B.____ vom Januar 2016 bestätigt. Dort sei ein Histamin-Prick-Test durchgeführt worden, der unter der Einnahme des Antihistaminikums

Telfast erwartungsgemäss eine negative-Reaktion gezeigt habe. Sowohl in dieser Klinik als auch im Spital F.____ und dem Universitätsspital D.____

seien im Jahr 2016 allergologische Blutuntersuchungen durchgeführt worden, die übereinstimmend keine positiven Reaktionen auf Typ 1-Allergien gezeigt hätten, obwohl im Spital B.____ mit 112 Allergenen ein sehr grosses Testspektrum zur Anwendung gekommen sei. Die nur in einem unter irregulären Bedingungen durchgeführten Prick-Test nachgewiesenen zahlreichen Typ 1-Allergien, die möglicherweise zu mindest teilweise das breite Beschwerdebild der Beschwerdeführerin erklären könnten, seien somit nur sehr bedingt aussagekräftig. Für ein mögliches immuno-logisches Geschehen spreche die Angabe der Beschwerdeführerin, nach einer Hyposensibilisierungsbehandlung hätten sich die meisten Beschwerden deutlich verschlechtert und unter hochdosierter Antihistaminikagabe sei eine gewisse, jedoch keine befriedigende Besserung eingetreten. Umso wichtiger sei eine fundierte allergologische Abklärung. Zusammenfassend führte Dr. N.____ aus, aus dermatologischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt (S. 24 ff.).

Dem rheumatologischen Teilgutachten von Dr. O.____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Sozialmedizin und Sportmedizin, kann entnommen werden, dass sich in der hiesigen Untersuchung kein ausreichendes Korrelat für die reklamierten Beschwerden ergeben habe. Die spontane Beweglichkeit sei weitgehend frei und ungehindert gewesen. Insbesondere im Bereich der oberen Extremitäten habe eine Hypermobilität bestanden. Ein radikuläres

Schmerzprojektions- oder sensibles Störungsmuster lasse sich nicht ableiten, auch keine umschriebene Parese. Die dargebotene Einschränkung der Wirbelsäulenbeweglichkeit sei ohne Korrelation in der spontanen Mobilitätsbeobachtung geblieben und die Versicherte habe nicht namhaft schmerzgeplagt gewirkt. In den radiologischen Bildbefunden hätten lediglich degenerative Veränderungen der kleinen Wirbelgelenke im unteren LWS-Bereich nachgewiesen werden können. Die Bildbefunde seien alterstypisch und ohne eigenständigen Krankheitswert. Die laborchemischen Untersuchungen seien unauffällig ohne Nachweis einer entzündlichen Aktivität gewesen, obwohl die Beschwerdeführerin

im Rahmen der Begutachtung angegeben habe, an einer starken Erkältungserkrankung zu leiden. Für eine Erkrankung aus dem rheumatologischen Formenkreis bestehe sowohl klinisch als auch aktenkundig kein ausreichender Anhalt. Aus rheumatologischer Sicht bestehe daher keine Arbeitsunfähigkeit (S. 32 f.).

Dr. P.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, schilderte in seinem psychiatrischen Fachgutachten, im hiesigen AMDP-konform erhobenen psychiatrischen Befund seien keine Beeinträchtigungen zu beobachten, insbesondere Stimmung und Antrieb und affektive Schwingungsfähigkeit würden weitgehend unbeeinträchtigt wirken, weshalb eine affektive Erkrankung nicht ICD-10-konform zu diagnostizieren sei. Auch eine anderweitige psychiatrische Erkrankung liege nicht vor.

Eine Angst- oder Zwangserkrankung respektive eine Persönlichkeitsstörung oder Suchterkrankung sei nicht zu diagnostizieren, da die entsprechenden ICD-10 Kriterien fehlen würden. Eine Traumafolgestörung bestehe ebenfalls nicht mehr. Eine somatoforme Schmerzstörung oder gastrointestinale Funktionsstörung würde ebenfalls nicht vorliegen. Der weitgehend unbeeinträchtigte klinische Eindruck sowie die erhaltene Alltags selbständigkeit und soziale Einbindung würden ebenfalls gegen das Vorliegen einer invalidisierenden psychiatrischen Erkrankung sprechen. Die niedrige Intensität der psychotherapeutischen Behandlung spreche ebenso gegen eine höhergradige psychische Beeinträchtigung. Zusammenfassend sei somit eine psychiatrische Erkrankung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nicht mit der gebotenen Wahrscheinlichkeit zu erkennen (S.

39 f.).

Zur Frage der Arbeitsfähigkeit führten die beteiligten Spezialärzte zusammenfassend aus, in der zuletzt ausgeübten wie auch einer adaptierten Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin aus interdisziplinärer Sicht zu 100 % arbeitsfähig. Es bestehe ein mögliches atypisches atopisches Syndrom. Diesbezüglich sei eine erweiterte stationäre Diagnostik sinnvoll. Im Anschluss könne gegebenenfalls noch zu vermeidenden allergenen Expositionen Stellung genommen werden. Der jetzige Status habe vorerst keinen positiven Beleg für eine allergologische Erkrankung mit namhaftem Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit in der letzten oder einer vergleichbaren (Büro-)Tätigkeit ergeben (S. 40).

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. 10

mg kontrolliert - keine Sensibilisierung auf ubiquitäre Aeroallergene nachweisbar - Fibromyalgie mit/bei - ANA-Titer 1:320 - Seborrhoisches Ekzem

Als Nebendiagnosen nannte er eine Dickdarmpolypose (Kolonoskopie alle fünf Jahre) und einen Mangenulkus 1996 (S. 1). Er führte aus, unter der Behandlung mit dem Antihistaminikum

Telfast sei keine Histamin- Testreaktivität mehr evolvierbar gewesen, was eine suffiziente Behandlung nahelege. Da aus diesem Grund eine konventionelle allergologische Hauttestung nicht möglich gewesen sei, sei er auf den ImmunoCAP ISAC ausgewichen, welcher aber keinen spezifischen IgE Antikörpernachweis gegen allergenspezifische oder kreuzreaktive Allergenkomponenten von Aero- oder Nahrungsmittelproteinen ergeben habe. Daher sei die Diagnose einer Atopie in Frage zu stellen, zumal eine antiallergische Behandlung mit Antihistaminika keinen Einfluss auf die serologische Bestimmung spezifischer IgE-Antikörper hätte. Ob eine allergenspezifische Nebenwirkung die systemische Entzündungsreaktion ausgelöst habe oder ob das Allergen Trigger für einen autoinflammatorischen Prozess gewesen sei, bleibe offen. Die immunologische Evaluation habe ein paar Dysbalancen ergeben wie einen leicht verminderten IgG4-Titer, was bei rund 10 % der erwachsenen Bevölkerung vorkomme, aber kaum als bedeutsam zu beurteilen sei. Auch das Innate -Immunsystem bei einem hochnormalen MBL-Titer von 3399 ng /ml sei normal. Zusammenfassend gab Dr. C. ___ an, er könne die atopische Veranlagung nicht bestätigen. Hinweise für eine Immunstörung seien keine offensichtlich. Am ehesten könne eine gewisse autoimmune Form bestehen, wobei selbst ein ANA-Titer von 1:320 als Grenzbereich zu beurteilen sei. Er könne – unter Berücksichtigung der objektiven Befunde – von allergoimmunologischer Seite keine Empfehlung für eine Nahrungsmittelkarenz machen (S. 2).

E. 015

- Rezidivierende obere Luftwegsinfekte mit Sinusitiden - weniger Beschwerden seit histaminarmer Diät - Anamnestisch Fibromyalgie - Status nach diversen Sportverletzungen, u.a. Lawinenunfall mit Milz-/Leberriß

Sie schilderten, für die diffusen Beschwerden der Beschwerdeführerin könnten die bereits in der Vorabklärung nachgewiesenen Soforttypsensibilisierungen im Sinn einer pollenassoziierten Nahrungsmittelallergie (wobei serologisch aktuell keine Sensibilisierung nachgewiesen werden konnte), die vermutete Histaminintoleranz oder eine psychische Überlagerung eine Rolle spielen. Daneben sei ein Trockenheitsgefühl auf den Schleimhäuten eine typische Nebenwirkung einer Therapie mit Antihistaminika. Die ganzjährigen Beschwerden (Rhinitis, Asthma) könnten durch die Hausstaubmilbensenibilisierung hervorgerufen werden (S. 4).

E. 15

- Anamnestische Bienen- und Wespenstichallergie - Grad III nach H.L. Müller (Dyspnoe und pharyngeale Enge) - kein Sticheignis mehr seit 15 Jahren - Typ 1 Sensibilisierung auf Bienengift September 2015 - sIgE Bienengift 0,85 kU/l, rApi m 10,39 kU/l - sIgE Wespengift, rVes v 1, rVes v 5 negativ - besitzt Notfallset (Steroid, Antihistaminikum und EpiPen) - Verdacht auf NSAR-Intoleranz - Angioödem nach Brufen - Paracetamol wird gut toleriert - Anamnestisch Juckreiz nach Latexkontakt - externe Abklärung: keine Typ 1-Sensibilisierung auf Latex (Prick September 2015) - Anamnestisch Hautablösung nach Pflasterkontakt - externe Abklärung: positiver Prick auf Pflaster September 2

E. 016

ihre psychotherapeutische Behandlung begonnen, nach dem sie ihren Job verloren habe und dadurch psychisch sehr belastet gewesen sei. Es sei durch die jahrelangen unklaren und doch sehr belastenden somatischen Beschwerden zum Jobverlust und als Folge zur psychischen Dekompensation gekommen. Vermutlich sei ein wichtiger,

vor allem den Selbstwert stabilisierender Faktor weg gefallen; die Belastungen durch die körperlichen Beschwerden hätten nicht mehr kompensiert werden können. Die genaue depressive Symptomatik könne somit durchaus als emotionale Erschöpfung gesehen werden. Da bezüglich der somatischen Beschwerden bisher keine abschliessende Diagnose gestellt werden konnte, aufgrund der Dauer und der mangelnden Therapieresponsivität des Verlaufes eher für eine Chronifizierung spreche und die Beschwerdeführerin dadurch wenig Aussicht auf Besserung hinsichtlich der somatischen Probleme sehe, werde vermutlich die depressive Symptomatik aufrechterhalten. Ein phasenartiger Verlauf mit einer (Teil-)Remission sei nicht erkennbar. Zur Validierung sei eine erneute neuropsychologische Untersuchung mit Fokus auf die berichteten Depressions- und Erschöpfungssymptome und deren Auswirkung auf die Belastbarkeit und Arbeitsfähigkeit wichtig. Aufgrund der psychischen Störung mit mittlerweile chronischem Verlauf liege eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor (Urk. 7/86). 4. 4.1

Das Gutachten der Y.____ vom 5. April 2018, gestützt auf welches die Beschwerdeführerin ihre Leistungspflicht ablehnte, nimmt umfassend Stellung zur Frage der weiterhin vorhandenen Gesundheitsstörungen und deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden, erging in Kenntnis der Vorakten und enthält begründete Schlussfolgerungen. Sofern – was von der Beschwerdeführerin bestritten wird (Urk. 1 S. 4 ff.) – die gutachterliche Darlegung der medizinischen Zusammenhänge beziehungsweise die Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet, kann auf das Gutachten abgestellt werden (vgl. E. 1.4

hier vor). 4.2

4.2.1

Die von der Beschwerdeführerin betreffend die internistische Untersuchung vorgebrachten Rügen (Urk. 1 S. 5 ff.) vermögen an der Beweiskraft der Expertise nichts zu ändern. Dies gilt selbst dann, wenn der Vorwurf, gewisse gutachterliche Angaben seien ungenau und diffus (Urk. 1 S. 5) zutrifft, weshalb sich Weiterungen hierzu erübrigen. Zuzugewöhnen ist zudem, dass auch eine chronische Sinusitis (Urk. 1 S. 6) – der die Beschwerdeführerin seit März 2013 behandelnde Dr. G.____ berichtete von einer Rhinokonjunktivitis

allergica (Urk. 7/36/6-9 S. 1) – zu keiner massgeblichen Einschränkung der Leistungsfähigkeit in der ausgeübten Tätigkeit als Büromitarbeiter in

(und in einer adaptierten Arbeit) führen würde. Im Einklang damit steht, dass der Facharzt für Oto-Rhino-Laryngologie Dr. E.____, der eine chronisch allergische Rhinopharyngolaryngitis diagnostizierte, ebenfalls eine volle Arbeitsfähigkeit – dies auch im Wissen der rechtsseitigen Lymphknotenschwellung (vgl. Urk. 1 S.

6) – attestierte (Bericht vom 5. April

2016 [Urk. 7/47/45-47]). Im vom Rheumatologen – und nicht der Internistin, weshalb auch die im Messblatt angegebenen Schmerzen keinen Eingang in das internistische Fachgutachten fanden (Urk. 1 S. 6) – ausgefüllten Messblatt ist, wie die

Beschwerdeführerin zutreffend erwähnt (Urk. 1 S. 6), ein Finger-Boden-Abstand von 22 cm angegeben (Urk. 7/81 S. 59). Anlässlich der rheumatologischen Untersuchung betrug im Langsitz der Fingerspitzen-Zehenabstand hingegen lediglich noch 13 cm (Urk. 7/81 S. 31) , ohne dass hierfür eine Erklärung ersichtlich ist . Was das Vorbringen der Beschwerdeführerin, die Expertin setze sich nicht mit den seit Jahrzehnten rezidivierend auftretenden Infektionskrankheiten mit Beteiligung von Nase, Rachen, Bronchien, Lungen und den Dysphagie /Dyspnoe-Episoden auseinander (S. 6), betrifft, geht – wie bereits erwähnt – aus dem Bericht von Dr. E.____ hervor, dass aus oto-rhino-laryngologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit besteht (Urk. 7/47/45-47 S. 2). Vor diesem Hintergrund erübrigt sich eine eingehende Besprechung der entsprechenden Beschwerden. 4.2.2

Die (unterlassene) Präzisierung hinsichtlich des zeitlichen Auftretens der Schwellung von Lippe und Zunge wie auch die fehlende Auflistung von Pulmicort in der Medikamentenliste (Urk. 1 S. 6 f.) – diesbezüglich wurden ohnehin einzig die fachbezogenen Medikamente aufgeführt (Urk. 7/81 S. 23), worunter Pulmicort nicht gehört – sprechen nicht gegen die Beweistauglichkeit des dermatologischen Gutachtens. Mit der Aussage, als Erklärung für die Beschwerden sei – nebst verschiedenen anderen Diagnosen – eine Histaminintoleranz diskutiert worden (Urk. 1 S. 7), brachte der Y.____ -Gutachter lediglich zum Ausdruck, dass eine abschliessende diagnostische Einordnung (noch) nicht möglich war (Urk. 7/81 S. 24). Nicht ersichtlich ist sodann, weshalb der Dermatologe N.____ nicht in der Lage sein soll, die Beschwerden der Versicherten kompetent zu beurteilen (Urk. 1 S. 6). Insbesondere ist nicht einleuchtend , weshalb hierfür zusätzlich ein Allergologe nötig sein soll . Denn Teil der dermatologischen Fachausbildung ist unter anderem , sich – sowohl theoretisch wie auch praktisch – vertiefte Kenntnisse der Epidemiologie, Physiopathologie und Klinik der allergischen Krankheiten anzueignen , die Indikationsstellung, Technik und Beurteilung der epikutanen und perkutanen Tests zu beherrschen sowie Kenntnisse der Haptene und Allergene zu erlangen (www.siwf.ch

, Weiterbildungsprogramm vom 1. Januar 2019 für den Facharzt für Dermatologie und Venerologie, zuletzt besucht am 6. Januar 2020). Im Wesentlichen dasselbe gilt auch für die Facharztausbildung für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Deutschland (vgl. www.bundesaerztekammer.de

, Musterweiterbildungsordnungen, zuletzt besucht am 6. Januar 2020). Die Fachkompetenz von Dr. N.____ erstreckt sich damit auch auf allergologische Leiden.

Die vom Experten empfohlene stationäre Abklärung wurde vor dem Hintergrund der (noch immer) unklaren diagnostischen Einordnung der Beschwerden gestellt. Diesbezüglich sei es sinnvoll – so der Gutachter – die bisherige Medikation, insbesondere die Antihistaminika abzusetzen, um unter standardisierten Bedingungen

allergologisch an der Haut testen zu können, gegebenenfalls einschliesslich oraler, verblindeter Provokationstestungen bei zahlreichen berichteten Nahrungsmittelallergien (Urk. 7/81 S. 26 und S. 40). Diesbezüglich ist zu ergänzen, dass es für die Leistungsberechtigung in der Invalidenversicherung nicht auf die genaue Diagnose ankommt , sondern auf die erwerblichen Auswirkungen eines Gesundheitsschadens an sich (Urteil des Bundesgerichts 9C_811/2013 vom 6. Februar 2014 E. 4 .2). Angesichts dessen , dass die in den medizinischen Akten angegebenen multiplen Typ 1-Sensibilisierungen mittels eines grundsätzlich unter irregulären Bedingungen

durchgeführten Prick-Tests erhoben wurden, weder anlässlich der Testung im Spital B.____, im Universitätsspital D.____ und im Spital F.____, wobei in Ersterem mit 112 Allergenen ein sehr grosses Testspektrum zur Anwendung gelangte, positive Reaktionen auf Typ 1-Allergien gezeigt werden konnten und unter hochdosierter Antihistaminikagabe eine gewisse – nach Angabe der Beschwerdeführerin jedoch keine befriedigende – Besserung eingetreten ist (Urk. 7/81 S. 25), erscheint eine fehlende Einschränkung des Leistungsvermögens der Beschwerdeführerin in der bisherigen Bürotätigkeit nachvollziehbar, zumal jene in der Regel nicht mit erheblichen allergogenen Belastungen einher geht. Letzteres gilt auch für eine leidensangepasste Arbeit. 4.2.3

Die von der Beschwerdeführerin gerügten ungenauen Angaben im rheumatologischen Gutachten (Urk. 1 S. 7 f.) vermögen die Beweiswertigkeit der Expertise ebenfalls nicht in Abrede zu stellen. Inwiefern eine Kniescheibe, die luxiert werden (Urk. 1 S. 7), das heisst aus ihrem Gleitlager herauspringen kann, zu einer dauerhaften Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen kann, ist sodann nicht zu sehen. Hinzu kommt, dass die Verrenkung der Kniescheibe bei der Beschwerdeführerin ohne traumatische Ursache möglich ist und sie sich deswegen bislang nicht in ihrem Leistungsvermögen beeinträchtigt sah. Was die beklagten Knieschmerzen betrifft (Urk. 1 S. 7), ist anzumerken, dass Schmerzen an sich noch keine invalidenversicherungsrechtlich relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bedingen (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 994/06 vom 29. August 2007 E).

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