

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00247 vom 5. März 2022

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-03-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2021.00247

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00247 du 5 mars 2022

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00247 del 5 marzo 2022

Erwägungen

E. 1

Die 1973 geborene X.____ war seit dem 1.

Juni 2003 als stellvertretende Gruppenleiterin Reinigung am Y.____ in einem Vollzeitpensum tätig (U rk. 7/10). A m 2

E. 1.1

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob er für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Zudem muss der Arzt über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a; Urteil des Bundesgerichts 8C_225/2021 vom 10. Juni 2021 E. 3.2, je mit Hinweisen).

E. 1.2

Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte (sogenannte Administrativgutachten) ist Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4, 135 V 465 E. 4.4; Urteil des Bundesgerichts 8C_77/2021 vom 20. April 2021 E. 3 mit Hinweisen).

E. 1.3

Zweck interdisziplinärer Gutachten ist, alle relevanten gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu erfassen und die sich daraus je einzeln ergebenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit in ein Gesamtergebnis zu fassen. Dasselbe gilt mit Blick auf die mitunter schwierige Abgrenzung der im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) versicherten Zustände von invaliditätsfremden Faktoren. Der abschliessenden, gesamthaften Beurteilung von Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit kommt damit dann grosses Gewicht zu, wenn sie auf der Grundlage einer Konsensdiskussion der an der Begutachtung mitwirkenden Fachärzte erfolgt. Eine solche zusammenfassende Beurteilung auf der Grundlage einer Konsensdiskussion der einzelnen Gutachter oder unter Leitung eines fallführenden Arztes zur Zusammenführung und Darstellung der Ergebnisse aus den einzelnen Fachrichtungen ist ideal, aber nicht zwingend. Das Abstellen auf ein polydisziplinäres Gutachten ist daher nicht bereits deshalb bundesrechtswidrig, weil keine abschliessende Konsensdiskussion stattgefunden hat. Die

Frage, ob ein Gutachten beweiskräftig ist oder nicht, beurteilt sich im konkreten Einzelfall danach, ob sich gestützt auf die Expertise die rechts relevanten Fragen beantworten lassen oder nicht. Mit anderen Worten verletzt das Abstellen auf ein polydisziplinäres Gutachten Art. 43 Abs. 1 ATSG nicht allein schon deshalb, weil einem Teilgutachten der Beweiswert abgesprochen wird. Dies hat auch umgekehrt zu gelten, wenn sich die Schlussfolgerungen im Hauptgutachten, das nicht in einer interdisziplinären Konsensbesprechung der beteiligten Fachärzte entstand, nicht nachvollziehen und sich nicht mit den Teilgutachten vereinbaren lassen, die Beurteilungen in allen Teilgutachten jedoch als schlüssig zu bezeichnen sind. Eine Beweiswürdigung, welche überzeugenden Teilkonsilien vollen Beweiswert zuerkennt, kann somit nicht allein deshalb als bundesrechtswidrig bezeichnet werden, weil einem weiteren Teil des Gutachtens die Beweiskraft fehlt (BGE 143 V 124 E. 2.2.4; Urteil des Bundesgerichts 8C_54/2021 vom 10. Juni 2021 E. 2.2, je mit Hinweisen).

E. 1.4

Nach der Rechtsprechung gelten für medizinische Sachverständige grundsätzlich die gleichen Ausstands- und Ablehnungsgründe, wie sie für Richter vorgesehen sind. Danach ist Befangenheit anzunehmen, wenn Umstände vorliegen, die geeignet sind, Misstrauen in die Unparteilichkeit zu erwecken. Bei der Befangenheit handelt es sich allerdings um einen inneren Zustand, der nur schwer bewiesen werden kann. Es braucht daher für die Ablehnung nicht nachgewiesen zu werden, dass die sachverständige Person tatsächlich befangen ist. Es genügt viel mehr, wenn Umstände vorliegen, die den Anschein der Befangenheit und die Gefahr der Voreingenommenheit zu begründen vermögen. Bei der Beurteilung des Anscheins der Befangenheit und der Gewichtung solcher Umstände kann jedoch nicht auf das subjektive Empfinden einer Partei abgestellt werden. Das Misstrauen muss vielmehr in objektiver Weise als begründet erscheinen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztgutachten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters ein strenger Massstab anzu setzen (BGE 132 V 93 E. 7.1; Urteil des Bundesgerichts 8C_62/2019 vom 9. August 2019 E. 5.2; vgl. auch BGE 137 V 210 E. 2.1.3).

So kann das Expertenverhalten während der Exploration objektiv den Anschein von Befangenheit erwecken. Zu denken ist etwa an Äusserungen, welche die Glaubhaftigkeit der Angaben des Exploranden oder der Explorandin zum Gesundheitszustand und zur Selbsteinschätzung der Arbeitsfähigkeit von vorn herein mehr oder weniger offen verneinen, an abschätzige Bemerkungen persönlicher Natur oder unter Umständen an die Art und Weise, wie die Untersuchung durchgeführt wird. Die Objektivität der Beurteilung steht auch in Frage, wenn die begutachtende Person von weitgehend sachfremden Kriterien auf Aspekte des Gesundheitszustandes schliesst, welche für die zumutbare Arbeitsfähigkeit von Bedeutung sind. Schliesslich kann die Abfassung einer medizinischen Expertise in beleidigendem Ton oder sonst auf unsachliche Art und Weise objektiv Zweifel an der Unvoreingenommenheit der sachverständigen Person wecken (Urteil des Bundesgerichts 9C_469/2016 vom 22. Dezember 2016 E. 5.1 mit Hinweisen). 2.

E. 2

. Juni 2018 (Eingangsdatum) meldete sich die Versicherte unter Hinweis auf ein cervicospondylogenes und ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom sowie Schwindel bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (U

rk. 7/2). Die IV-Stelle tätigte medizinische und erwerbliche Abklärungen. Am

23. Mai 2019 bejahte die IV Stelle einen Anspruch der Versicherten auf Arbeitsplatzersatz mit Coaching als Teil der Arbeitsvermittlung (Urk. 7/20). Am 27. Februar 2020 teilte die IV Stelle der Versicherten mit, der Arbeitsplatzersatz sei abgeschlossen und eine Arbeitsvermittlung sei zurzeit nicht möglich (Urk. 7/36). Am 7. April 2020 informierte die IV-Stelle die Versicherte dahingehend, dass eine polydisziplinäre medizinische Untersuchung notwendig sei (Urk. 7/42). Am 4. Mai 2020 teilte sie

ihr mit, dass die Begutachtung durch die Z.____ GmbH Gutachtenstelle A.____ durchgeführt werde und die folgenden Abklärungen beinhalte (Urk. 7/49): Allgemeinmedizin (Dr. med. B.____), Neurologie (Dr. med. C.____), Rheumatologie (Dr. med. D.____) und Psychiatrie (Dr. med. E.____). Das polydisziplinäre Gutachten wurde am 7. September 2020 erstattet (Urk. 7/59).

Gestützt auf die Schlussfolgerungen der Gutachter stellte die IV-Stelle der Versicherten mit Vorbescheid vom 5. Oktober 2020 die Abweisung ihres Leistungsbegehrens in Aussicht (Urk. 7/62). Aufgrund des Einwandes

der Versicherten stellte die IV-Stelle im Rahmen des Vorbescheidverfahrens Rückfragen an die Gutachtenstelle (Urk. 7/66 und Urk.

E. 2.1

Im angefochtenen Entscheid erwog die IV-Stelle, die medizinische Abklärung habe ergeben, dass die ausgewiesenen Diagnosen keine länger andauernden oder bleibenden Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hätten. Der Beschwerdeführerin sei eine berufliche Tätigkeit in vollem Umfang zumutbar. Somit bestehe kein Anspruch auf eine IV-Rente. Zum Einwand der Beschwerdeführerin führte die IV Stelle aus, dass Abstellen auf ein polydisziplinäres Gutachten sei nicht bereits deshalb bundesrechtswidrig, weil keine abschliessende Konsensdiskussion stattgefunden habe oder – wie im vorliegenden Fall – ein Gutachter an der Konsensbeurteilung nicht beteiligt gewesen sei. Dass Dr. C.____ an der Konsensbeurteilung nicht anwesend gewesen sei, vermöge die Beweiskraft des Gutachtens nicht zu schmälern. Dass er die Konsensbeurteilung auch nicht mitunterzeichnet habe, vermöge daran nichts zu ändern, zumal er das neurologische Teलगutachten unterzeichnet habe (Urk. 2).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin machte demgegenüber im Wesentlichen geltend, es sei erstellt, dass an der Konsensbeurteilung vom 17. Juni 2020 nicht sämtliche, sondern nur drei von vier Gutachtern anwesend gewesen seien und die Konsensbeurteilung vom 17. Juni 2020 noch vor der neurologischen Begutachtung am 12. August 2020 durch Dr. C.____ stattgefunden habe. Wenn die drei Gutachter

Drs. D.____, E.____ und B.____ in Abwesenheit des vierten Gutachters

Dr. C.____ bereits die Konsensbesprechung durchführten, obwohl der vierte Gutachter die Beschwerdeführerin noch gar nicht untersucht habe, werde das Ergebnis vorweggenommen.

Das Verhalten der Drs. D.____, E.____ und B.____ sei widerrechtlich und erwecke den Anschein der Befangenheit. Das polydisziplinäre Gutachten und die Teलगutachten seien nur durch Drs.

D.____ , E.____ und B.____ , aber nicht durch Dr. C.____ unterzeichnet worden. Dr. B.____ habe sowohl die Konsensbeurteilung als auch das neurologische Teilgutachten anstelle von Dr. C.____ «i.V.» unterzeichnet. Die Unterschrift der Sachverständigen sei vertretungsfeindlich, weshalb Gutachter Dr. B.____ nicht anstelle des Gutachters Dr. C.____ i.V. unterzeichnen könne. Daher litten sowohl das neurologische Gutachten als auch die Konsensbeurteilung an einem Rechtsmangel (Urk. 1 S. 7 ff.). 3.

3.1

Im allgemeininternistischen Teilgutachten betreffend die Untersuchung vom 17. Juni 2020 führte Dr. med. B.____ , FMH Allgemeine Innere Medizin, aus, aus allgemeininternistischer Sicht habe bisher keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit bestanden. Ausser ab und zu Magenschmerzen gebe die Beschwerdeführerin keine allgemeininternistischen Beschwerden an. Die Befunde im klinischen allgemeininternistischen Status seien unauffällig. Eine Laboruntersuchung sei wegen schlechten Venen nicht möglich gewesen. Anamnestisch bestünden aber keine Hinweise für pathologische Laborwerte. Eine allgemein internistische Diagnose könne nicht gestellt werden. Die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin sei aus allgemeininternistischer Sicht nicht eingeschränkt (Urk. 7/59 S. 20). 3.2

Im psychiatrischen Teilgutachten betreffend die Untersuchung vom 17. Juni 2020 nannte Dr. med. E.____ , FMH Psychiatrie und Psychotherapie, keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine leichte depressive Episode (ICD-10 F33.00) sowie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41). Bei der Beschwerdeführerin bestünden Klagen über ausgeweitete Schmerzen im Bewegungsapparat, aber auch über depressive Verstimmungen. Diagnostisch bestünden eine leichte depressive Episode, gekennzeichnet durch depressive Verstimmungen mit verminderter Freude, erhöhter Ermüdbarkeit, Schlafstörungen und Schuldgedanken sowie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, gekennzeichnet durch ausgeweitete somatische Beschwerden mit vor allem Schmerzen im Bewegungsapparat. Das Ausmass der somatischen Beschwerden sei deutlich ausgeprägt und lasse sich nicht nur auf eine Somatisierung im Rahmen der Depression zurückführen. Es bestünden emotionale und psychosoziale Belastungsfaktoren, die eine Rolle spielten, mit einem Migrationshintergrund , einer Doppelbelastung als Hausfrau, Mutter und ausserhäuslich Erwerbstätige, aber auch einer angespannten finanziellen Situation. Auf diesem Hintergrund komme es zu den vorliegenden psychischen Störungen. Die Anamnese sei sonst früher psychiatrisch bland gewesen mit normaler Sozialisation und voller Leistungsfähigkeit während mehrerer Jahre, was gegen die Achse-II-Diagnose einer Persönlichkeitsstörung spreche. In den Akten sei auch eine depressive Episode aufgeführt, die aber als mittelgradig angegeben worden sei. Die behandelnde Psychiaterin Dr. F.____ habe 2020 die subjektive Arbeitsunfähigkeit bestätigt. Objektiv gesehen seien der Beschwerdeführerin aber angepasste Tätigkeiten durchaus möglich. Sie leide nicht unter einer schweren chronischen somatischen Erkrankung und es bestehe auch kein schweres psychisches Leiden wie eine schwere Persönlichkeitsstörung oder eine schwere Psychose. Sie könne ambulant behandelt werden, eine Hospitalisation sei nicht notwendig. Die Prognose sei aufgrund des chronischen Verlaufs aufgrund der deutlich ausgeprägten Krankheits- und Behinderungsüberzeugung für die Wiederaufnahme einer ausserhäuslichen Erwerbstätigkeit ungünstig . Die Beschwerdeführerin sei aber durchaus gut integriert, sie

habe gute Kontakte zu ihren Kolleginnen, sie gestalten ihren Tagesablauf aktiv, besuche regelmässig das Fitnesszentrum, gehe zusammen mit ihrem Ehemann ins Thermalbad schwimmen und Reisen in die Heimat mit dem Flugzeug seien ihr auch möglich. Das hohe Aktivitätsniveau spreche auch gegen eine Arbeitsunfähigkeit in vergleichbaren Tätigkeiten auf dem ersten Arbeitsmarkt (Urk. 7/59 S. 27

ff.). 3.3

Im rheumatologischen Teilgutachten betreffend die Untersuchung vom 17. Juni 2020 nannte Dr. med. D.____, Fachärztin für Rheumatologie, die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Chronisches thorakolumbospondylogenes Schmerzsyndrom linksbetont (ICD-10 M54.5) - myostatische Insuffizienz mit den entsprechenden muskuloligamentären Überlastungsreaktionen, insbesondere einer Reizung des M. piriformis links - ISG-Funktionsstörung rechts - klinisch keine Hinweise für radikuläre Symptomatik - kernspintomographisch beginnende Osteochondrose L5 / S1 (MRI 04/2018) - Diskrete Rhizarthrose links (ICD-10 M18.9)

Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte Dr. D.____ die folgenden (Urk. 7/59 S. 35) : - Chronisches zervikospondylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10 M53.1) - Dysbalancen der Schultergürtelmuskulatur - klinisch keine Hinweise für radikuläre Symptomatik - kernspintomographisch altersentsprechende degenerative Veränderungen, Diskushernie C3/4 und C4/5 ohne Neurokompression (MRI 04/2018) - Generalisiertes multilokuläres Schmerzsyndrom (ICD-10 R52.9) - Ganzkörperschmerzen mit vegetativer Begleitsymptomatik - Klinisch, labortechnisch, radiologisch und kernspintomographisch keine Hinweise für entzündlich-rheumatisches Geschehen

Dr. D.____ führte aus, im Rahmen der Tätigkeit als Mitarbeiterin Grundreinigung am Y.____ seien 2014 zunehmende Schmerzen gluteal links aufgetreten. Die daraufhin im September 2014 durchgeführte Kernspintomographie der LWS und der ISG sei bis auf degenerative Veränderungen im Sinne einer beginnenden Osteochondrose L5 / S1 unauffällig gewesen. Durch die durch den behandelnden Rheumatologen Dr. G.____ eingeleiteten Behandlungen wie Schmerzmedikamente und Physiotherapie sei es zu keiner Besserung der Beschwerdesymptomatik gekommen. Auch eine Hospitalisation in der Rehabilitationsklinik H.____ habe zu keiner Besserung der Beschwerden geführt. Daraufhin sei im April 2018 erneut eine Kernspintomographie der LWS und der ISG durchgeführt worden, bei der sich keine Änderung zu den Voraufnahmen gezeigt habe. Aufgrund ihrer Beschwerden sei die Beschwerdeführerin vom 23. Mai bis 1.

Juni 2018 in der Klinik für Rheumatologie im I.____ hospitalisiert gewesen. Dort sei die Diagnose eines chronischen lumbospondylo-genen Schmerzsyndroms gestellt worden. Bei der aktuellen Untersuchung sei die

Beweglichkeit der LWS in sämtlichen Ebenen schmerzbedingt leicht eingeschränkt. Es bestehe eine myostatische Insuffizienz mit den entsprechenden muskuloligamentären Überlastungsreaktionen. Hier imponiere eine Reizung des M.

piriformis beidseits linksbetont, die hauptsächlich für die von der Beschwerdeführerin angegebene Beschwerdesymptomatik sei. Klinische Hinweise für eine

radikuläre oder Wurzelkompressionssymptomatik, wie Reflexausfälle oder Abschwächung von Kennmuskeln, fanden sich nicht. Der Lasègue sei beidseits negativ. Darüber hinaus habe sich in den vergangenen Jahren ein chronisches zervikospondylo-genes

Schmerzsyndrom entwickelt. Bei der aktuellen klinischen Untersuchung sei die HWS in sämtlichen Ebenen frei beweglich. Es fänden sich mässige Dysbalancen der Schultergürtelmuskulatur, die hauptursächlich für die Beschwerdesymptomatik seien. Hinweise für eine radikuläre oder Wurzelkompressionssymptomatik fänden sich nicht. Dies korreliere gut mit dem Befund der Kernspintomographie der HWS vom April 2018, die bis auf diskrete altersentsprechende degenerative Veränderungen und Diskushernien im Bereich C3 / 4 und C4/5 unauffällig gewesen sei. Hinweise für eine Neurokompression hätten sich nicht gezeigt. Nach Angaben der Beschwerdeführerin sei es seit einigen Monaten zu zunehmenden Schmerzen und gelegentlichen Schwellungen im Bereich des Daumensattelgelenkes links gekommen. Bei der aktuellen klinischen Untersuchung sei das Gelenk reizlos. Die Beschwerdeführerin gebe über dem Daumenattelgelenk einen lokalen Druck- und Stauchungsschmerz an. Die Beweglichkeit sei nicht eingeschränkt. Auf den bei Dr. G.____ im Februar dieses Jahres durchgeführten Röntgenaufnahmen zeige sich eine allenfalls diskrete Rhizarthrose, die die Beschwerdesymptomatik in diesem Bereich nicht vollständig erkläre. Ab 2014 sei es im Verlauf von zwei Jahren zu einer Ausweitung der Schmerzen auf den ganzen Körper gekommen. Bei der aktuellen klinischen Untersuchung klagte die Beschwerdeführerin über Ganzkörperschmerzen und eine vegetative Begleitsymptomatik. Bei der klinischen Untersuchung seien sämtliche Gelenke reizlos und frei beweglich. Synovitiden oder Tenosynovitiden fänden sich nicht. Die Beschwerdeführerin gebe weder über den Fibromyalgie-typischen Tenderpoints noch über den sogenannten Kontrollpunkten Druckdolenz an. Hinweise für ein entzündlich-rheumatisches Geschehen fänden sich weder klinisch, labortechnisch, radiologisch noch kernspintomographisch. Die von Seiten des Bewegungsapparates her geklagten Schmerzen und Funktionseinschränkungen deckten sich nur zum Teil mit den objektivierbaren Befunden. Die von der Beschwerdeführerin angegebenen ausgeprägten Einschränkungen im Alltag liessen sich durch die objektivierbaren Befunde nicht erklären. Die im Kurzaustrittsbericht der Klinik für Rheumatologie des Stadtspitals I.____ am 31. Mai 2018 gestellten Diagnosen eines chronischen zerviko- und lumbospondylogenen Schmerzsyndroms deckten sich mit den ihrigen. Der Beschwerdeführerin sei nur für die Dauer der Hospitalisation eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden. Ab dem 18. Juni 2018 sei ein Arbeitsversuch im 50

% Pensum geplant gewesen. Die in den Arztberichten des behandelnden Rheumatologen Dr. G.____ am 20.

Juli 2018 und 17. März 2020 gestellte Diagnose eines chronischen zerviko- und lumbospondylogenen Syndroms bei degenerativen Wirbelsäulenveränderungen deckte sich mit der ihrigen. Die durch ihn attestierte lediglich 50%ige Arbeitsfähigkeit für die angestammte Tätigkeit der stellvertretenden Gruppenleiterin Reinigung wie auch für adaptierte Tätigkeiten sei anhand der objektivierbaren Befunde als zu niedrig anzusehen. Bis auf geringe degenerative Veränderungen im Bereich der Wirbelsäule und dem Daumenattelgelenk links bestünden keine objektivierbaren Befunde, die eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit rechtfertigten. Bis auf eine leicht verminderte Belastbarkeit der Wirbelsäule stünden der Beschwerdeführerin aus rein rheumatologischer Sicht sämtliche Fähigkeiten und Ressourcen zur Verfügung, die zur Ausübung einer adaptierten Tätigkeit erforderlich seien. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als stellvertretende Gruppenleitung Reinigung entspreche gemäss Arbeitsplatzbeschreibung der Beschwerdeführerin dem zumutbaren Leistungsprofil und sei ihr in einem 100

%-Pensum zumutbar. Es gebe aus Sicht des Bewe gungsapp rates keine Hinweise dafür, dass die Arbeitsfähigkeit für leichte bis gelegentlich mittelschwere Tätigkeiten in den vergangenen Jahren längerfristig relevant ein geschränkt gewesen wäre (U rk. 7/59 S . 35 ff.). 3.4

Im neurologischen Teilgutachten betreffend die Untersuchung vom 12. August 2020 stellte Dr. med. C.____, FMH Neurologie, keine neurologischen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnosen ohne Auswirkung nannte er die folgenden: - Lumbospondylogenes und zervikospondylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10 M54) - Migräne ohne Aura (ICD-10 G43) - unspezifische Schwindelbeschwerden - rezidivierende Stürze bei Synkopen unklarer Ätiologie (ICD-10 R55) - 29.06.2020 OSG-Distorsion rechts

Er hielt fest, die Beschwerdeführerin berichte über verschiedenste gesundheitliche Probleme mit Schmerzen im Nacken- und Kreuzbereich sowie einer Migräne. Im Weiteren berichte sie über Schwindel und Stürze im Rahmen von Synkopen. Radikuläre Schmer z ausstrahlungen in die Extremitäten würden nicht beschrie ben. Bei der klinischen Untersuchung fänden sich keine Hinweise auf eine radi kuläre Reiz- beziehungsweise sensomotorische A usfallsymptomatik. Bei der aktuellen Untersuchung berichte sie über rezidivierende Stürze seit drei Jahren. Sie verliere jeweils das Bewusstsein und sie ha be sich am 29. Juni 2020 dabei eine OSG-Distorsion beim Spazieren zugezogen. Obwohl diese Stürze mehrmals pro Monat auftreten würden, sei bisher keine neurologische oder anderweitige Abklärung erfolgt, was etwas schwierig nachvollziehbar sei. Eine genauere Zuord nung sei aufgrund der anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin nicht möglich. Im Weiteren berichte sie über intermittierende Schwankschwin delbeschwerden . Möglicherweise handle es sich hierbei um eine peripher-vesti buläre Störung. Aus neurologischer Sicht ergäben sich keine Hinweise auf eine zentrale Ursache der Schwindelbeschwerden oder eine anderweitige extra pyrami dale Störung. Auch hier seien bisher keine spezialärztlichen Abklärungen ver anlasst worden. Die Beschwerdeführerin berichte über eine seit vielen Jahren vorhandene Migräne. Rein formell würden die diagnostischen Kriterien der Internationalen Kopfschmerzgesellschaft für eine Migräne ohne Aura erfüllt. Nach Angabe der Beschwerdeführerin seien die Migränekopfschmerzen seit vielen Jahren vorhanden. Sie habe somit ihre beruflichen Aktivitäten trotz der Migräne relativ ungehindert ausüben können. Sie berichte auch über ein gutes Ansprechen der Reservemedikation. Wegen der angegebenen Missempfindungen an den Händen, welche intermittierend tagsüber aufträten , sei am 23. August 2019 eine neurologische Untersuchung durch Dr. J.____ erfolgt, welcher ein Karpaltun nelsyndrom beidseits neurographisch nicht habe nachweisen können. Im Rahmen der neurologischen Gesamtbeurteilung hielt der Gutachter fest, d ie Beschwerde führerin berichte über erhebliche Funktionseinschränkungen aufgrund von Sch m er zen, Schwindelbeschwerden und Stürzen. Diese Funktionseinschränkun gen seien in den Akten nicht dokumentiert und es seien auch keine spezialärzt lichen Abklärungen erfolgt. Bei der klinischen Untersuchung hätten keine rele vanten pathologischen Befunde erhoben werden können, welche auf derartige Störungen hinweisen würden. Aus neurologischer Sicht könne aufgrund der aktuell vorliegenden Aktenlage und der erhobenen Befunde eine relevante Ein schränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten beruflichen Tätigkeit nicht festgestellt werden (U rk. 7/59 S . 43 ff.). 3.5

In der Konsensbeurteilu n g wurden die folgenden Diagnosen

mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit genannt (Urk. 7/59 S. 7 f.):

1.

Chronisches thorakolumbospondylogenes Schmerzsyndrom

linksbetont

(ICD-10 M54.5) - myostatische Insuffizienz mit den entsprechenden muskulo-ligamentären Überlastungsreaktionen, insbesondere einer Reizung des M. piriformis links - ISG-Funktionsstörung rechts - klinisch keine Hinweise für radikuläre Symptomatik - kernspintomographisch beginnende Osteochondrose L5 / S1 (MRI 04/2018)

2.

Diskrete Rhizarthrose links (ICD-10 M18.9)

Als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden die folgenden festgehalten: 1. Leichte depressive Episode (ICD-10 F.33.00) 2. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - generalisiertes multilokuläres Schmerzsyndrom (ICD-10 R52.9) - unspezifische Schwindelbeschwerden (ICD-10 R42) 3. Chronisches zervikospindylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10 M53.1) - Dysbalancen der Schultergürtelmuskulatur - klinisch keine Hinweise für radikuläre Symptomatik - kernspintomographisch altersentsprechende degenerative Veränderungen, Diskushernie C3/4 und C4/5 ohne Neurokompression (MRI 04/2018) 4. Migräne ohne Aura (ICD-10 G43) 5. Rezidivierende Stürze bei Synkopen unklarer Ätiologie (ICD-10 R55) - 29.06.2020 OSG Distorsion rechts - DD bei Dg. 2

Es wurde ausgeführt, im Vordergrund der subjektiven Beschwerden der Beschwerdeführerin hätten bei den Untersuchungen die Rückenbeschwerden gelegen. Bei der rheumatologischen Untersuchung sei ein chronisches thorakolumbospondylogenes Schmerzsyndrom, vorwiegend bei myostatischer Insuffizienz diagnostiziert worden. Radiologisch bestünden beginnende Osteochondrosen L5 / S1. Zudem leide die Beschwerdeführerin auch an diskreten Rhizarthrosen links. Die objektiven Befunde am Bewegungsapparat schlossen eine körperlich schwere und andauernd mittelschwere Tätigkeit aus. Für die übrigen Tätigkeiten, wie sie die Explorandin im Reinigungsdienst des Universitätsospitals Zürich habe ausüben müssen, ergäben sich aus den rheumatologischen Befunden keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit. Bei der neurologischen Untersuchung sei keine radikuläre Symptomatik bei den Rückenschmerzen festgestellt worden. Es sei eine Migräne ohne Aura diagnostiziert worden, welche keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe. Die anamnestisch bestehenden Schwindelbeschwerden und rezidivierenden Stürze hätten aus neurologischer Sicht nicht erklärt werden können. Es hätten sich keine weiteren pathologischen Befunde gefunden. Bei der allgemeininternistischen Untersuchung seien unauffällige Befunde festgestellt worden. Eine Diagnose habe nicht gestellt werden können. Bei der psychiatrischen Untersuchung seien eine leichte depressive Episode und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren diagnostiziert worden. Letztere erkläre die Beschwerden und subjektiven Einschränkungen der Beschwerdeführerin, welche mit den somatischen Befunden nicht vollständig hätten objektiviert werden können. Die depressive Symptomatik sei nur leicht gradig ausgeprägt und schränke die Beschwerdeführerin nicht ein. Zusammen gefasst könnten aus polydisziplinärer Sicht lediglich Einschränkungen der körperlichen Belastbarkeit

für schwere und andauernd mittelschwere Tätigkeiten festgestellt werden. Die objektiven Befunde seien nicht derart ausgeprägt, dass eine länger dauernde höhergradige Arbeitsunfähigkeit für angepasste Tätigkeiten festgestellt werden könne (Urk. 7/59 S. 7 f.). 4.

In materieller Hinsicht erfüllt das polydisziplinäre Gutachten der Z.____ GmbH, Gutachtenstelle A.____ ,

die praxisgemässen Kriterien (vorstehend E. 1.1). Es setzt sich mit sämtlichen Aspekten der gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin auseinander, berücksichtigt die medizinischen Vorakten und begründet Abweichungen zu den Einschätzungen der behandelnden Ärzte, soweit diese – insbesondere in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit – nicht im Einklang stehen. Insgesamt reiht sich das Gutachten nachvollziehbar in die medizinische Aktenlage ein und vermag zu überzeugen. Dabei legen die Experten auch dar, dass die geklagten Beschwerden und gezeigten Einschränkungen aufgrund der Klinik und Diagnostik nur teilweise

erklärbar sind. Den objektivierbaren rheumatologischen Untersuchungsbefunden tragen die Experten insofern Rechnung, als sie die Beschwerdeführerin für eine körperliche schwere und andauernd mittelschwere Tätigkeit nicht mehr als arbeitsfähig erachten. Von fachärztlicher psychiatrischer Seite wurde schlüssig dargelegt, dass sich die Befunde nicht derart ausgeprägt zeigten, dass sich daraus Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit hätten begründen lassen. Aus neurologischer Sicht konnten keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Die geklagten Funktionseinschränkungen aufgrund von Schwindelbeschwerden und Stürzen sind in den Akten nicht dokumentiert und konnten aus neurologischer Sicht nicht erklärt werden. Bei der allgemeininternistischen Untersuchung waren die Befunde unauffällig und es konnte keine Diagnose gestellt werden.

Das Gutachten legt einleuchtend dar, dass einzig auf rheumatologischem Fachgebiet Einschränkungen im Belastungsprofil aufgezeigt werden konnten, ansonsten eine 100%ige Arbeitsfähigkeit zu attestieren war. Damit besteht in materieller Hinsicht keine Veranlassung, nicht auf das polydisziplinäre Gutachten abzustellen.

Auch die Beschwerdeführerin rügt keine inhaltlichen Mängel des Gutachtens. 5. 5.1

Streitig und zu prüfen ist, ob das vorliegende Gutachten die formellen Voraussetzungen betreffend die beweisrechtliche Verwertbarkeit erfüllt. 5.2

Die Beschwerdeführerin macht geltend, dass das Gutachten formelle Mängel aufweise, da weder das neurologische Teilgutachten noch die Konsensbeurteilung durch den Neurologen Dr. C.____ persönlich, sondern nur durch Dr. B.____ in Vertretung («i.V.») unterzeichnet worden sei. Die Konsensbeurteilung habe in Abwesenheit des Neurologen Dr. C.____ stattgefunden. 5.2 .1

Es trifft – entgegen den

Ausführungen der Beschwerdegegnerin (vgl. Urk. 2) – zu, dass das neurologische Teilgutachten nicht von Dr. C.____ persönlich unterzeichnet wurde. Indessen wurde es vom fallführenden Gutachter Dr. B.____ i.V. unterschrieben.

Es stellt sich die Frage, ob das neurologische Teilgutachten infolge Fehlens der eigenhändigen Unterschrift des zuständigen Arztes nicht in die Beweiswürdigung einbezogen werden darf.

Zur Hauptsache massgebend für das Verfahren vor den kantonalen IV-Stellen ist das ATSG, welches keine Regelung betreffend die Unterzeichnung von Gutachten kennt .

Auch aus den vom Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) erlassenen Kriterien für die Durchführung von polydisziplinären medizinischen Gutachten zur Beurteilung von Leistungsansprüchen in der IV (gestützt auf Art. 72 bis IVV)

– auf welche sich die Beschwerdeführerin beruft (Urk. 1 S. 6)

– kann kein Gültigkeitserfordernis abgeleitet werden . Unter Ziffer 5 dieser Kriterien wird festgehalten: «Die Gutachterstelle garantiert, dass die Gutachten von allen beteiligten Gutachterinnen und Gutachtern unterzeichnet werden » . Dabei handelt es sich lediglich um eine Verwaltungsweisung des BSV. Diese enthält als solche keine eigenen Rechtsregeln , sondern nur eine Konkretisierung und Umschreibung der gesetzlichen und verordnungsmässigen Bestimmungen. Solche Ausführungen vor schriftlichen richten sich rechtsprechungsgemäss nur an die Durchführungsstellen und sind für das Sozialversicherungsgericht nicht verbindlich (vgl. BGE 133 V 394 E. 3.3; 130 V 163 E. 4.3.1).

Mangels einer entsprechenden gesetzlichen Regelung stellt die

persönliche Unterschrift der Gutachter kein Gültigkeitserfordernis für eine Expertise dar. Im Übrigen schliesst auch die verwaltungsinterne Weisung

eine Unterzeichnung in Vertretung

nicht

aus. Es sind auch keine Gründe ersichtlich, weshalb lediglich eine persönliche Unterschrift zulässig sein soll.

Im vorliegenden neurologischen Teilgutachten hat Dr. B.____

Dr. C.____ lediglich bei der Unterzeichnung vertreten. Es bestehen keinerlei Anhaltspunkte, dass das Gutachten nicht von Dr. C.____ verfasst worden wäre, was auch die Beschwerdeführerin nicht geltend macht . Die Beschwerdeführerin macht auch nicht geltend, die Ausführungen stimmten nicht mit ihren an Ort und Stelle gemachten Angaben überein oder seien aus medizinischer Sicht inhaltlich unzutreffend. Die fachliche Qualifikation des neurologischen Gutachters wird von ihr ebenfalls zu Recht nicht in Frage gestellt.

Anhaltspunkte, die die Unabhängigkeit, Unbefangenheit und Objektivität des Gutachters in Frage stellen würden, sind nicht ersichtlich und werden auch von der Beschwerdeführerin nicht vorgebracht .

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die fehlende persönliche Unterschrift nicht zur Unverwertbarkeit des Gutachtens führt.

Es bleibt

darauf hinzuweisen , dass die Evaluation der neurologischen Situation vorliegend keinen massgeblichen Einfluss auf das Ergebnis der Begutachtung hat .

Selbst wenn dem neurologischen Teilgutachten der Beweiswert abgesprochen würde, könnte im Übrigen auf das polydisziplinäre Gutachten abgestellt werden (vgl. vorne E. 1.3). 5.2.2

Des Weiteren ist zutreffend, dass am 17. Juni 2020 eine Konsensbesprechung mit den Gutachtern Dr. B.____ , Dr. D.____ und Dr. E.____ stattgefunden hat (vgl. Urk. 7/71). Auch

wenn Neurologe Dr. C.____ an dieser Besprechung nicht teilgenommen hat, wurden die Ergebnisse seiner neurologischen Untersuchung vom 12. August 2020 in die Konsensbeurteilung integriert (Ziffer 4 des Gutachtens, Urk. 7/59 S. 7 ff.) . Die Konsensbeurteilung wurde für Dr. C.____ von Dr. B.____ i.V. unterzeichnet (Urk. 7/59 S. 11).

Gemäss der Rechtsprechung des Bundesgerichts ist eine auf der Grundlage einer Konsensdiskussion aller beteiligter Gutachter erstellte Konsensbeurteilung ideal, aber nicht zwingend. Selbst wenn keine abschliessende Konsensdiskussion stattgefunden hat, kann auf das polydisziplinäre Gutachten abgestellt werden (vgl. vorne E. 1.3).

Vorliegend wurde eine interdisziplinäre Gesamtwürdigung vorgenommen. Auch wenn Dr. C.____ daran nicht – oder jedenfalls nicht physisch – beteiligt war, ändert dies nichts an deren Beweiswert .

Es bleibt darauf hinzuweisen, dass im Gutachten unter «Angaben zur Entstehung des Konsenses» festgehalten wird, dass bei Unklarheiten und Differenzen der fallführende Gutachter erneut die Diskussion mit den Teilgutachtern (vor Ort, telefonisch oder elektronisch auf der Plattform, je nach konkreter Fragestellung und Diskussion) eröffnet und das Gutachten nach der Fertigstellung durch alle Teilgutachter elektronisch freigegeben und danach unterzeichnet wird (vgl. Urk. 7/59 S. 11). Eine vertretungsweise Unterzeichnung mangels physischer Anwesenheit eines Gutachters schmälert dessen Beweiswert indessen nicht. 5.2.3

Somit kommt den einzelnen Teilgutachten wie auch der Schlussbeurteilung volle Beweiskraft zu. 5.3

Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, es erwecke den Anschein der Befangenheit, dass die Gutachter Dres . D.____ , E.____ und B.____ in Abwesenheit von

Dr. C.____

eine Konsensbesprechung durchführten, obwohl Dr. C.____ die Beschwerdeführerin noch gar nicht untersucht habe , und damit das Ergebnis vorweggenommen hätten , kann ihr nicht gefolgt werden. Wie oben bereits dargestellt, handelt es sich dabei nicht um ein unzulässiges Vorgehen. Es ist auch nicht ersichtlich, inwiefern diese Konsensbesprechung bei den beteiligten Gutachtern den Anschein der Befangenheit erwecken soll. Nur weil ein Teil der Untersuchungen zu einem früheren Zeitpunkt stattgefunden haben und die Ergebnisse mit den anwesenden Gutachtern bereits besprochen wurden , kann daraus nicht geschlossen werden , dass das E nde rgebnis vorweggenommen w u rd e .

Vielmehr verhält es sich so, dass – indem die später durchgeführte neurologische Untersuchung keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/59/43) ergab – für den fallführenden Gutachter offensichtlich kein Anlass bestand, «erneut die Diskussion mit den Teilgutachtern» zu eröffnen, wie das im Falle von Unklarheiten oder Differenzen intern vorgesehen ist (vgl. vorstehend E. 5.2.2). Konkrete Umstände, die auf eine Voreingenommenheit der Experten schliessen lassen würden (vgl. vorne E . 1.4) , sind nicht ersichtlich und werden auch von der Beschwerdeführerin nicht dargetan. 6.

Nach dem Gesagten hat die Beschwerdegegnerin zu Recht auf das polydisziplinäre Gutachten der Z.____ GmbH, Gutachterstelle A.____ , abgestellt. Die angefochtene Verfügung erweist sich damit als rechtes, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

E. 7

00.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Roger Peter - 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 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, 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 Hurst Leicht

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