

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00009 vom 18. November 2022

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-11-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2022.00009

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00009 du 18 novembre 2022

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00009 del 18 novembre 2022

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1976, war von Mai 2015 bis Ende Dezember 2019 (letzter effektiver Arbeitstag: 18. Juli 2019) am Y.____ als Oberärztin in einem 100%-Pensum angestellt (vgl. Urk. 7/42).

Am 16. August 2019 (Eingangsdatum) meldete sich die Versicherte bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Hinweis auf abdominale Beschwerden bei Belastung sowie Atemnot und Schwindel zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (Urk. 7/3). Die IV-Stelle nahm medizinische und erwerbliche Abklärungen vor, zog wiederholt die Akten der Kranken taggeldversicherung (Urk. 7/15, Urk. 7/24, Urk. 7/28, Urk. 7/41, Urk. 7/55) bei, holte die Berichte der behandelnden Ärzte (Urk. 7/36, Urk. 7/50, Urk. 7/62, Urk. 7/64) sowie einen Auszug aus dem Individuellen Konto der Versicherten (IK Auszug, Urk. 7/13) ein und ersuchte die Arbeitgeberin um Auskünfte (vgl. Arbeitgeberfragebogen vom 30. Juli 2020, Urk. 7/42). Mit Mitteilung vom 4. August 2020 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass berufliche Eingliederungsmassnahmen nicht notwendig seien (Urk. 7/46). In der Folge veranlasste sie eine polydisziplinäre Begutachtung durch das Z.____, über welche am 20. Mai 2021 berichtet wurde (Urk. 7/82). Gestützt darauf und ausgehend von keiner langandauernden Einschränkung der Gesundheit stellte die IV-Stelle mit Vorbescheid vom 14. Juni 2021 die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (Urk. 7/83). Hiergegen erhob die Versicherte mit Schreiben vom 20. Juli 2021 (Urk. 7/87) sowie ergänzend am 16. August 2021 (Urk. 7/95) Einwand. Die IV-Stelle holte einen aktuellen Arztbericht des behandelnden Arztes ein (Urk. 7/102) und veranlasste eine aktenbasierte Einschätzung durch den Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; vgl. Feststellungsblatt, Urk. 7/105). Mit Verfügung vom 23. November 2021 verneinte die IV-Stelle wie vorbeschrieben einen Anspruch auf eine Invalidenrente (Urk. 7/107 = Urk. 2).

E. 1.1

Am 1. Januar 2022 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV), des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) in Kraft getreten.

In zeitlicher Hinsicht sind vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364

E. 7.1, 144 V 210 E. 4.3.1, je mit Hinweisen). Da ferner das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung eines Falles in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung beziehungsweise des streitigen Einspracheentscheids eingetretenen Sachverhalt abstellt (BGE 144 V 210 E. 4.3.1, 132 V 215 E. 3.1.1, je mit Hinweisen), sind vorliegend die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die nach folgend auch in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.3

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

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

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 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. 1.4

). 4.3

Die Beschwerdeführerin machte geltend, auf das Z.____-Gutachten könne nicht abgestellt werden, da die fachärztliche Einschätzung von Dr. med. I.____, Facharzt für Chirurgie, speziell Viszeralchirurgie, von den Z.____-Gutachten zu wenig berücksichtigt worden sei (Urk. 1 S. 6). Dr. I.____

verwies in seinen Berichten insbesondere auf die völlig unklare Ursache der Atemnot bei langem Sitzen oder Überkopfarbeit mit Schmerzen am Rippenbogen rechts. Diese gelte es durch einen Pneumologen abzuklären. Seiner Meinung nach sind Adhäsionen als Ursache denkbar (vgl. Urk. 7/41, Urk. 7/64/23). Dies wurde seitens des pneumologischen Gutachters Dr.

C.____ bestätigt. Bei unauffälligen lungenfunktionellen und radiologischen Befunden äusserte auch er den Verdacht auf durch abdominale Adhäsionen bedingte Schmerzen, wobei seiner Meinung nach eine depressive Verstimmung als Teilursache für die

Atembeschwerden nicht ausgeschlossen werden können (vgl. E. 3.2. 3 hiervor). Weiter hielt Dr. I. ___ eine leicht hypertrophe kurze mediane Laparotomienarbe, ein weiches Abdomen sowie leichte Druckdolenz im Bereich der Medioklavikularlinie rechts oberhalb des Nabels, in der Nähe des Rippenbogens und im Unterbauch rechts hoch inguinal fest. Pathologische Resistenzen gebe es keine (vgl. Arztbericht vom 27. Mai 2020, Urk. 7/41/3). Er empfahl eine MR-Enteroanalyse durchzuführen, um die Frage nach möglichen Adhäsionen zu beantworten (vgl. Arztbericht vom 24. Juni 2020, Urk. 7/41/1). Dr. B. ___ hielt mit Dr. I. ___ übereinstimmende Untersuchungsbefunde fest und sprach ebenfalls von einer weichen Abdomenwand und fehlenden Organomegalien. Ferner ging auch Dr. B. ___ davon aus, dass lediglich Adhäsionen für die Schmerzgenese in Frage kämen (vgl. E. 3.2.2). Dr. D. ___ konstatierte schliesslich, die Beschwerdeführerin habe im Rahmen der viszeralchirurgischen Exploration angegeben, dass sowohl die durch Dr. I. ___ veranlasste MR-Untersuchung des Dünndarms sowie die zusätzlich durch ihn (Dr. I. ___) in Auftrag gegebenen pneumologischen Untersuchungen normal ausgefallen wären (vgl. Urk. 7/82/56). Insofern haben sich die Z. ___ -Gutachter - entgegen dem Vorbringen der Beschwerdeführerin - genügend mit der im Übrigen nicht abweichenden medizinischen Einschätzung von Dr. I. ___ auseinandergesetzt. 4.4

Z. ___ -Gutachter Dr. D. ___ beurteilte die geklagten Beschwerden bei klinisch unauffälligen Untersuchungsbefunden im Rahmen einer somatoformen Schmerzstörung und empfahl dringend eine psychische und psychosomatische Evaluation

(vgl. E. 3.2. 4). Psychische Beschwerden oder eine depressive Verstimmung - wie von Dr. C. ___ als mögliche Ursache der Schmerzsymptomatik genannt (vgl. E. 3.2.3) - wurden seitens Dr. E. ___ jedoch nicht festgehalten. Sie konstatierte explizit, dass die Diagnosekriterien der einzelnen Krankheitsbilder einer neurotischen Belastungs- oder somatoformen Störung nur teilweise erfüllt sind. Ausgeschlossen werden konnte eine Angststörung und zum Zeitpunkt der Begutachtung lag gemäss psychiatrischer Gutachterin auch keine Anpassungsstörung vor. Ebenso fehlten die für die Qualifikation einer somatoformen Störung erforderlichen psychosozialen Belastungsfaktoren. Schliesslich seien anlässlich der Exploration kaum psychische Beschwerden beklagt worden und solche hätten auch in der Lebensgeschichte der Beschwerdeführerin nicht exploriert werden können. Bei aus somatischer Sicht nicht erklärbar anhaltenden Schmerzen ist laut Dr. E. ___ eine abschliessende psychiatrische Beurteilung deshalb nicht möglich (vgl. E. 3.2. 5). Diesbezüglich ist darauf hinzuweisen, dass unabhängig von der diagnostischen Einordnung des Leidens, entscheidend ist, ob es gelingt, auf objektiver Beurteilungsgrundlage den Beweis einer rechtlich relevanten Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu erbringen, wobei die versicherte Person die materielle Beweislast zu tragen hat (BGE 143 V 409 E. 4.5.2 unter Hinweis auf BGE 141 V 281 E. 3.7.2; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3). Soweit die Beschwerdeführerin auf die ärztliche Stellungnahme von Dr. med. J. ___ , Facharzt FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 31. Dezember 2021 verwies (Urk. 1 S. 9) , wonach sie aufgrund einer psychischen Erkrankung zu 100 % arbeitsunfähig sei (Urk. 3/2), ist darauf hinzuweisen, dass das Sozialversicherungsgericht nach ständiger Rechtsprechung die Gesetzmässigkeit des angefochtenen Entscheids in der Regel nach dem Sachverhalt

beurteilt, der zur Zeit des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 131 V 242 E. 2.1, 121 V 362 E. 1b).

Der Bericht von Dr. J.____ datiert vom 31. Dezember 2021 und ist damit nach Verfügungserlass am 23. November 2021 ergangen. Ferner geht aus der Stellungnahme von Dr. J.____ hervor, dass sich die Beschwerdeführerin (erst) seit Dezember 2021 in psychiatischer Behandlung befindet, wobei im Dezember 2021 drei Konsultationen stattgefunden hätten.

Dr. J.____

führte aus ,

die Angstzustände hätten früher einige Minuten gedauert. Heute würden sie stundenlang andauern und seien generalisiert. Diese - nach Verfügungserlass - geltend gemachte Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes, insbesondere der Angstsymptomatik, ist im vorliegenden Verfahren jedoch nicht zu diskutieren bzw. unbeachtlich. Gegenüber Dr. E.____

hat die Beschwerdeführerin einzig von der Angst, dass es nicht wieder besser werde, berichtet und andere Ängste explizit verneint (vgl. Urk. 7/82/33). 4.5

Schliesslich kann die Beschwerdeführerin aus dem Umstand, dass für die Objektivierung der somatischen Befunde allenfalls auf untaugliche Bildgebung abgestellt wurde und eine diagnostische Laparoskopie unterblieb (Urk. 1 S. 6), nichts zu ihren Gunsten ableiten. Die diagnostische Einordnung eines Gesundheitsschadens ist nicht entscheidend, sondern dessen konkreten Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit (vgl. BGE 136 V 279 E. 3.2.1).

Dass die Beschwerdeführerin überzeugt davon ist, dass abdominale Adhäsionen Ursache der anhaltenden Schmerzen sind - was seitens Z.____ -Gutachter im Übrigen ebenfalls als Grund der Schmerzgenese in Betracht gezogen wurde (vgl. E. 3.2.7) -, und dabei auch auf die erhobene Thrombozytose verwies (Urk. 1 S. 5) ,

ist daher ohne Belang. Massgebend ist einzig die daraus resultierende Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Die von der Beschwerdeführerin subjektiv aus geprägt empfundenen Schmerzen wurden von den Z.____ -Gutachtern im Rahmen eines erhöhten Pausenbedarfs in ihrer Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit berücksichtigt (vgl. E. 3.2.7) . Überdies ist darauf hinzuweisen, dass Schmerzen, Druckdolenz, klinisch feststellbare Bewegungseinschränkungen, Muskulaturverhärtungen und Verspannungen jedenfalls aus juristischer Sicht für sich allein kein klar fassbares organisches Korrelat eines Beschwerdebildes zu begründen vermögen (vgl. etwa Urteil U 9/05 des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 3. August 2005 E. 4; Urteile des Bundesgerichts U 354/06 vom 4. Juli 2007 E. 7.2, U 328/06 vom 25. Juli 2007 E. 5.2 sowie 8C_369/2007 vom 6. Mai 2008 E. 3) und sich hieraus auch noch keine Arbeitsunfähigkeit ableiten lässt . 4.6

Zusammenfassend ergeben sich keine begründeten Zweifel an der Beurteilung der Z.____ -Gutachter. Von weiteren Abklärungen, wie von der Beschwerdeführerin gefordert, sind keine zusätzlichen Erkenntnisse in Bezug auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit zu erwarten, weshalb darauf in antizipierter Beweiswürdigung (vgl. BGE 136 I 229 E. 5.3, 122 V 157 E. 1d mit Hinweisen) zu verzichten ist. 5. 5.1

Im Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns (Februar 2020) war die Beschwerdeführerin gemäss gutachterlicher Einschätzung in ihrer angestammten Tätigkeit 80 % arbeitsfähig. Zu prüfen bleiben die erwerblichen Auswirkungen. 5.2

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 (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegen übergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2, 128 V 29 E. 1).

Sind indessen Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom gleichen Lohn (sei es ein Tabellenlohn, sei es der in der zuletzt ausgeübten, angestammten beruflichen Tätigkeit zu erzielende Lohn) zu berechnen, erübrigt sich deren genaue Ermittlung. Diesfalls entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen leidensbedingten Abzugs als Korrektiv von tabellarischen Durchschnittswerten (Urteile des Bundesgerichts 8C_148/2017 vom 19. Juni 2017 E. 4 mit Hinweis, 9C_545/2020 vom 29. Dezember 2020 E. 4.2.2). 5.3

Die Gutachter attestierten der Beschwerdeführer in
seit September 2019 eine

E. 1.4.1

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

E. 1.4.2

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 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). 2.

E. 2

Hiergegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom

E. 2.1

Der internistische Gutachter Prof. Dr. med. A.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, führte aus, bei der Beschwerdeführerin habe sich im Anschluss an eine Appendektomie bei App endicitis

acuta

perforata am 4. Oktober 2019 eine chronische, insbesondere rechtsseitige durch körperliche Aktivität ver stärkte Bauchschmerzsymptomatik entwickelt. Bildgebend würden sich keine Befunde objektivieren lassen, welche die Symptomatik der Beschwerdeführerin zu erklären vermögen. Insbesondere die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin nach dem Waschen der Haare zwei Tage liegen müsse, weil sie stärkere Bauch schmerzen habe, sei kaum mit einem organischen Befund, auch nicht mit Ver wachungen , zu erklären. Zumindest eine gewisse funktionelle Überlagerung scheine hier vor zuliegen. Bezüglich des Einflusses der Bauch- und Thorax schmer zen auf die Arbeitsfähigkeit verwies Prof. Dr. A.____ auf das gastro enterologische und pneumologische Teilgutachten. Aus allgemeininter nis tischer Sicht könnten keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Ar beits fähig keit gestellt werden. Die leichte Eisenmangelanämie wirke sich nicht ein schrän kend auf die Arbeits fähigkeit der Beschwerdeführerin aus (Urk. 8/82/28) . 3.2.2

Im Rahmen der gastroenterologischen Exploration hielt D r. med. B.____, FMH Gastroenterologie, folgende Untersuchungsbefunde fest: pal pa torisch fände sich eine weiche Abdomendecke ohne Abwehrspannungen bei der Palpa tion. Organomegalien könnten nicht palpiert werden. In der Auskultation fänden sich normal gestellte Darmgeräusche in allen Quadranten. Das Integument impo nie re bland bei blanden Narbenverhältnissen . Die durchgeführte Abdomen sono graphie habe ebenfalls keine Auffälligkeiten gezeigt (Urk. 7/82/43). Der Gutachter führte aus, aus gastroenterologischer Sicht k ö n n e keine strukturelle Läsion erkannt werden, welche die Schmerzsymptomatik der Be schwer deführerin und ins besondere deren Intensität erklären könne. Aufgrund des feh len den Nach weises einer eklatanten Organdysfunktion müsse davon aus ge gangen wer den, dass le dig lich Adhäsionen für eine Schmerzgenese in Frage kämen. Das von der Be schwer deführerin geschilderte Schmerzsyndrom und die daraus abge leiteten zwin gend notwendigen Erholungsphasen respektive E r schöpfungszu st ä n d e kö n n t e n in ihrer I ntensität nich t

eingeorde n t werden und entsprä chen keinem konventionellen pathophysiologischen Prozess . Ohne Korre lat im Sinne einer struk turellen Läsion erscheine das sehr heterogene Bild der Schmerzauslöser und insbesondere die Intensität der Schmerzsymptomatik sowie die daraus abge lei teten Erschöpfungszustände im Gesamtbild weder konsistent noch plausibel. Ins besondere das Fehlen eines Vermeidungsverhaltens, abgesehen vom M eiden von körperlicher A nstrengeung , widerspreche gängigen Verhaltens mustern bei ab do mi nellen Schmerzsyndromen. Namentlich sollte sich ein Vermei dungs verhalten beim Essen in einem tiefen Gewicht widerspiegeln. Aktuell fi nde sich aber ein st abi ler Gewichtsverlauf . Aufgrund des fehlenden patho physio logischen Ver ständnisses der Schmerzgenese bei feh len der Fehlfunktion könnten aus gastro enterologischer Sicht keine soma tisch her leit baren Therapieschemata empfohlen werden. Eine psychiatrische Ex plo ra tion und eine komplementär medizinische Therapie strate gie zum besseren Coping der Schmerzsymptomatik wären sicher lich hilfreich (Urk. 7/82/44) . In Bezug auf die

Arbeitsfähigkeit führte der Gutachter aus, aus gastroenterologischer Sicht könne die Beschwerdeführerin nach einer Reintegration in den Arbeitsprozess und einer Rekonditionierung in einem 100%-Pensum ganztätig arbeiten. Initial sei aufgrund der momentan eingetretenen Dekonditionierung ein erhöhter Pausenbedarf notwendig. Eine Verbesserung könne durch Copingstrategien der scheinbar ausgeprägten subjektiv empfundenen Schmerzsymptomatik erzielt werden. Hierfür sei eine psychiatrische Einschätzung notwendig (Urk. 7/82/45 f.). 3.2. 3

Im Rahmen der pneumologischen Exploration hielt Dr. med. C.____ fest, seit der operativen Sanierung einer perforierten Appendizitis am 13. Februar 2019 persistiere ein rechtsseitiges hemiabdominales Schmerzsyndrom und belastungsabhängige, rechts-thorakale Schmerzen sowie eine Anstrengungsdyspnoe. In den postoperativen Computertomogrammen des Abdomens hätten sich keine Pathologien in den unteren Lungenabschnitten und im Bereich des Zwerchfells gefunden. Die Echokardiographie sei unauffällig gewesen und ohne Anhaltspunkte für einen erhöhten pulmonal-arteriellen Druck. Ebenso wenig habe ein MRI des Abdomens in forcierter In- und Expiration eine Pathologie im Zwerchfellbereich gezeigt und auch eindeutige Adhäsionen hätten sich abdominal nicht nachweisen lassen. Die am 20. Oktober 2020 durchgeführte Plethysmographie sei normal gewesen. Lediglich die Diffusionskapazität sei leichtgradig erniedrigt gewesen. Ein CT des Thorax habe weder Lungenembolien, noch interstitielle oder eine anderweitige Pneumopathie, noch Pathologien im Zwerchfell- und miterfassten Oberbauchbereich gezeigt. Zusammen mit der Anamnese bestehe der Verdacht auf durch postoperativ aufgetretene, abdominale Adhäsionen bedingte Schmerzen im rechten abdominalen und diaphragmalen Bereich, obwohl diese bisher nicht hätten verifiziert werden können. Differenzialdiagnostisch sei bezüglich der pulmonalen Beschwerden eine durch die erlittene perforierte Appendizitis ausgelöste depressive Verstimmung als Teilursache nicht auszuschliessen. Betreffend Arbeitsfähigkeit führte der Gutachter aus, aus rein pulmonaler Sicht bestehe aufgrund der lungenfunktionellen und radiologischen Befunde für die Tätigkeit als Ärztin lediglich aufgrund der Schmerzsymptomatik eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20%. Dasselbe gelte für eine angepasste, vorwiegend leichte körperliche Arbeit (Urk. 7/82/52). 3.2. 4

Dr. med. D.____, Facharzt für Chirurgie FMH, konstatierte, dass nach der Appendizitis aufgetretene phlegmonöse abdominale Infektzeitgerecht abgeheilt. Weder bei den Folgeuntersuchungen (einschliesslich CT) noch die Magnetresonanzen würden diesbezüglich pathologische Befunde zeigen. Im kleineren Becken finde sich etwas freie oder abgekapselte Flüssigkeit, was durchaus physiologisch sei. Dabei könne es sich auch um Serome handeln, die nach Eingriffen im Abdomen oder im kleineren Becken entstehen könnten, die aber keine Schmerzen verursachen. Die Darmmotilität erweise sich beim MRI als physiologisch. Selbst wenn es intraabdominale Adhäsionen hätte, würden diese keine Schmerzen verursachen und seien diese nicht von pathologischer Bedeutung, solange sie keine intestinale Passagestörung verursachen würden. Eine solche sei bei der Beschwerdeführerin nicht vorhanden. Erträgliche, fast permanente Bauchschmerzen habe sie in Ruhe, die Exazerbation trete bei körperlicher Belastung und nicht nach dem Essen ein. Ferner sei der Schmerz charakteristisch nicht kolikartig und mit Nausea oder Erbrechen verbunden. Die letzte Computertomographie und Magnetresonanzen würden eine intakte muskuläre Bauchwand und keine Hernien, die ähnlich gelagerte Schmerzen erklären könnten, zeigen. Ausserdem seien auch keine Gallensteine ersichtlich und die bei der

Colonoskopie festgestellten Divertikel in der rechten Colonflexur würden eben falls nicht solche Schmerzen verursachen. Bei der körperlichen Untersuchung sei eine verminderte Berührungsempfindung rechts und links von der Laparotomie narbe aufgefallen. Die von der Seite her in die Bauchdecke einstrahlenden sensiblen Nervenäste würden bei einer medianen Laparotomie jedoch nicht tangiert werden. Eine Schmerzreaktion bei Palpation des Abdomens sei während der Untersuchung und okkulten Palpation mit dem Stethoskop nicht wahrnehmbar gewesen, deutlicher erst bei der Palpation mit den Händen. Auf somatischer Ebene ergebe sich für den von der Beschwerdeführerin beschriebenen Symptomkomplex weder bei der klinischen Untersuchung noch bei der Durchsicht aller Untersuchungsbeurteilungen sowie der Computertomographien und der Magnetresonanztomographie eine Erklärung. Formal habe sie einen intakten Körper, ein intaktes und funktionierendes Abdomen und eine intakte Bauchwand. Der Grund für die nach der perforierten Appendizitis aufgetretenen Beschwerden, den Erziehungszustand und den kompletten Einbruch in der Lebens- und Haushaltsführung müsse daher anderweitig gesucht werden. Bei der Beschwerdeführerin handle es sich um eine Persönlichkeit, die bis zu ihrer Erkrankung eher aufopfernd, mit Hingabe und ohne Rücksicht auf sich selbst gearbeitet habe und da neben, abgesehen vom Skifahren, kaum Zeit für Hobbies und nach eigener Aussage auch keine Zeit für eine Partnerschaft gehabt habe. Sie wirke wie ausgebrannt, was den Gedanken an ein Burnout-Syndrom nahe lege. Die immer wieder auftretenden Bauchschmerzen, für die es keine organische oder somatische Erklärung gebe, seien am ehesten der somatoformen Störung zuzuordnen, zu der auch die Sensibilitätsverminderung über der vorderen Bauchdecke passe. Der Gutachter gab an, dass die Beschwerdeführerin den Grund für ihre Beschwerden nur im somatischen Bereich suche. Abgesehen von den spontan erwähnten Ängsten, habe sie Fragen in Richtung möglicher psychischer Probleme, Fragen betreffend die abgebrochene Beziehung zum Vater und über Partnerschaften sehr knapp und abschliessend beantwortet, so dass nach dem Gespräch der Eindruck entstanden sei, dass noch etwas Unausgesprochenes im Raum stehe (Urk. 7/82/64 f.). Dr. D._____ attesteierte der Beschwerdeführerin aus chirurgischer Sicht eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Oberärztin, wobei einer Tätigkeit in einer Praxis mit geregelten Arbeitszeiten und ohne Notfall- und Nachtdienst den Vorzug zu geben wäre (Urk. 7/82/66). Er führte aus, bisher seien nur somatische Abklärungen durchgeführt worden. Andere in Frage kommende Ursachen, insbesondere psychische oder psychosomatische, seien bisher nicht erwogen oder möglicherweise von der Beschwerdeführerin negiert worden. Eine diesbezügliche Evaluation sei jedoch unbedingt ins Auge zu fassen. Eine baldige Wiederaufnahme der Arbeit mit einem begleitenden Coaching sei zu empfehlen. Es sei wichtig, dass die Beschwerdeführerin beruflich den Anschluss nicht verliere (Urk. 7/82/67). 3.2.5

Z._____ -Gutachterin Dr. med. E._____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, konstatierte, psychiatrische Behandlungen hätten bislang keine stattgefunden und seien offenbar seitens der behandelnden Ärzte auch nicht empfohlen worden, obwohl aus somatischer Sicht keine befriedigende Erklärung für die anhaltenden Schmerzen unter Belastung gefunden worden sei. Im Rahmen der psychiatrischen Exploration habe die Beschwerdeführerin angegeben, gegenwärtig kaum unter psychischen Beschwerden zu leiden. Hauptbeschwerden seien Schmerzen unter Belastung und Atemnot. Vorübergehend hätten im Anschluss an die Operation im Februar 2019 Ängste, Sorgen und Schlafstörungen bestanden, so dass retrospektiv eine Anpassungsstörung, Angst und depressive Reaktion gemischt (ICD-10: F43.22) anzunehmen seien, die während einiger Monate zu einer Einschränkung der

Arbeits- und Leistungsfähigkeit geführt hätten. Diagnostisch würden die beklagten Beschwerden auf eine neurotische Belastungs- und somatoforme Störung (ICD-10: F4) hinweisen, wobei diesbezüglich die Diagnosekriterien der ICD-10 für die einzelnen Krankheitsbilder nur teilweise erfüllt würden. Eine Angst erkrankung könne gegenwärtig nicht festgestellt werden, anhaltende Sorgen um die Gesundheit könnten jedoch im Rahmen einer generalisierten Angst störung auftreten. Für eine Anpassungsstörung würden unter anderem die zeitlichen Kriterien nicht mehr erfüllt werden, für eine somatoforme Störung fehlten anhaltende, heftige Schmerzen sowie psychosoziale Belastungsfaktoren. Ebenso wenig gebe es Anhaltspunkte für das Vorliegen einer affektiven Störung (ICD-10: F3) oder einer Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F6). Zusammengefasst sei fest zu stellen, dass aktuell aufgrund der eher knappen Angaben der Beschwerdeführerin sowie der fehlenden Aktenlage aus psychiatrischer Sicht für die anhaltenden Beschwerden keine abschliessende Diagnose gestellt werden könne. Vielmehr sei bei fehlenden somatischen Diagnosen und anhaltendem Leidensdruck eine fach ärztlich psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung zu empfehlen (Urk. 7/82/36). 3.2.6

Gegenüber dem gynäkologischen Gutachter Dr. med. F.____ habe die Beschwerdeführerin angegeben, die seit dem 20. Lebensjahr bestehende Dysmenorrhoe sei unter Analgetika gut kompensiert gewesen. Im Jahr 2015 habe sie mehrere Myome entfernen müssen, wobei die Operation komplikationslos verlaufen sei. Nach der perforierten Appendizitis sei es Mitte 2020 zu einem plötzlichen Wechsel der dysmenorrhoeischen Symptomatik gekommen. Die früher stets nur rechtsseitigen Unterbauschmerzen bei Menstruation hätten sich plötzlich auf die linke Seite verlagert. Ausserdem sei es zu einer starken Intensitätszunahme der Menstruations schmerzen gekommen. Die früher zirka zwei Tage anhaltenden Beschwerden hätten sich auf nun fünf bis sieben Tage verlängert und auch zu einem erhöhten Analgetikabedarf geführt. Dr. F.____ äusserte, der plötzliche Seitenwechsel der Dysmenorrhoe Mitte 2020 sei auffällig. Eine retrograde Menstruation sei jedoch nicht selten und im vorliegenden Fall bei starker Retroflexion des Uterus und bei Status nach Myomenukleation gut möglich. Die Drainage sei bis anhin über die rechte Tube erfolgt. In Zusammenhang mit der perforierten Appendizitis sei infolge Entzündungsvorgänge ein Tubenverschluss rechts denkbar. Die retrograde Menstruation erfolge seither über die linke Tube. Aus gynäkologischer Sicht sei die Beschwerdeführerin in ihrer Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt (Urk. 7/82/ 72 f.). 3.2.7

Im Rahmen der Konsensbeurteilung hielten die Z.____ -Gutachter folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit fest (Urk. 7/82/10) : - Verdacht auf postoperative abdominale diaphragmale Adhäsionen rechts betont (ICD-10: K66.0) - Anamnestisch Anpassungsstörung, Angst und Depression gemischt (ICD-10: F43.22), Februar bis August 2019

Eine strukturelle Läsion, die die Schmerzsymptomatik der Beschwerdeführerin zu erklären vermöge, sei bis anhin nicht gefunden worden. Das heterogene Bild der schmerzauslösenden Faktoren und insbesondere die Intensität der Schmerzsymptomatik und der daraus resultierenden Erschöpfungszustände könnten aus somatischer Sicht nicht nachvollzogen werden. Es sei möglich, dass gewisse Adhäsionen als organischer Kern der beklagten Schmerzsymptomatik vorliegen könnten, selbst diese würden das Ausmass der subjektiv geklagten Beschwerden jedoch nicht ausreichend zu erklären vermögen. Insgesamt könne aus allgemein internistischer, gastroenterologischer, viszeralchirurgischer, pneumologischer und gynäkologischer Sicht keine bis eine

maximal leichte Einschränkung der Leistungsfähigkeit aufgrund des Schmerzsyndroms zuerkannt werden. Die Z.____-Gutachter wiesen auf die vielfältigen Fähigkeiten und Ressourcen der Beschwerdeführerin hin. Beruflich sei sie sehr gut ausgebildet, mit viel Berufserfahrung und erfolgreichen Anstellungen in der Vorgeschichte. Sozial sei sie gut integriert. Belastungen, die über die aktuellen Beschwerden hinausgingen, würden keine genannt. Es bestehe jedoch eine erhebliche Diskrepanz zwischen dem Ausmass der subjektiv geklagten Beschwerden und den objektivierbaren Befunden, was aus somatischer Sicht nicht erklärt werden könne. Eine abschliessende psychiatrische Diagnose liesse sich anlässlich der psychiatrischen Begutachtung nicht stellen. Die Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin, wonach sie sich lediglich zu 20 % arbeitsfähig halte, könne weder aus somatischer Sicht noch aus psychiatrischer Sicht nachvollzogen werden. Die Z.____-Gutachter erachteten die Beschwerdeführerin in der zuletzt ausgeübten und jeder körperlich leichten Tätigkeit während 7-8 Stunden pro Tag arbeitsfähig. Eine leichte Einschränkung der Leistungsfähigkeit sei dem chronischen Schmerzsyndrom geschuldet, welches einen erhöhten Pausenbedarf bedinge. Insgesamt attestierten sie der Beschwerdeführerin eine 80%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit ab September 2019. Sie empfahlen die Aufnahme einer fachärztlich psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung (Urk. 7/82/11 ff.). 3. 3

Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens wurden die medizinischen Akten dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) vorgelegt. Dr. med. G.____, Fachärztin für Urologie und Chirurgie, und Dipl.-Med. H.____, Fachärztin für Innere Medizin, nahmen am 10. und 11. November 2021 Stellung (vgl. Feststellungsblatt, Urk. 7/105). Die RAD-Ärztinnen hielten fest, der gastroenterologische Z.____-Gutachter habe einen mit dem behandelnden Arzt übereinstimmenden Befund erhoben und durch einen aussagekräftigen Ultraschall, im Zuge dessen sich eine regelhafte antegrade Darmbeweglichkeit ohne Anhalt für eine verwachungsbedingte Passagestörung oder einen Kalibersprung nachweisen lasse, ergänzt. Dies spreche gegen einen signifikanten Verwachnungsbauch. Ebenso würden die im Rahmen der gutachterlichen Exploration erwähnten Aktivitäten (intensives Joggen an Ort, regelmässig durchgeführte Dehn- und Bauchübungen) nicht ins Beschwerdebild passen. Im Falle signifikanter Verwachnungen würde jegliche Erschütterung vermieden werden. Ferner schliesse auch das MRI des Dünndarmes eine ausgedehnte Adhäsion aus. Betreffend die nachgewiesene Vermehrung der Blutplättchen hielten die RAD-Ärztinnen fest, solche Veränderungen würden sich bei systemischen Erkrankungen wie Rheuma, autoimmunologischen Bindegewebserkrankungen, chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen, Sarkoidose oder Tuberkulose und bei Eisenmangelanämie finden, nicht aber bei chronischen Verwachnungen, welche sich lokal abspielten. 4. 4.1

Beim Erlass der angefochtenen Verfügung vom 23. November 2021 (Urk. 2) stützte sich die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Z.____-Gutachten vom 20. Mai 2021, wonach der Beschwerdeführerin aufgrund eines rechtsseitigen hemiabdominalen und rechts thorakalen Schmerzsyndroms, welches durch Belastungen körperlicher Art sowie gewisse Körperpositionen provoziert werden könne, in ihrer bisherigen Tätigkeit als Oberärztin sowie in jeder anderen körperlich leichten Tätigkeit - optimalerweise mit der Möglichkeit zur selbständigen Pausengestaltung - eine maximale Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 20 % anzurechnen ist

(vgl. vorstehend E. 3.2.7). 4.2

Das polydisziplinäre Gutachten des Z.____ wurde in Kenntnis der und Aus einander der setzung mit den Vorakten (vgl. Urk. 7/82/16 ff.) abgegeben. Die Gutachter haben detaillierte Befunde erhoben (vgl. Urk. 7/82/26, Urk. 7/82/35, Urk. 7/82/42 f., Urk. 7/82/50, Urk. 7/82/60, Urk. 7/82/71), die geklagten Beschwerden berücksichtigt (vgl. Urk. 7/82/24 f., Urk. 7/82/31 ff., Urk. 7/82/41, Urk. 7/82/48 f., Urk. 7/82/55, Urk. 7/82/70) und sich mit diesen sowie dem Verhalten der Beschwerdeführerin auseinandergesetzt. Zudem haben sie die medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtend dargelegt und sich einlässlich mit der vorwiegend relevanten Frage der Arbeitsfähigkeit auseinandergesetzt (Urk. 7/82/29, Urk. 7/82/38, Urk. 7/82/45 f., Urk. 7/82/52 f., Urk. 7/82/66, Urk. 7/82/73). Das Gutachten erfüllt demnach die recht sprechungs gemässen Anforderungen an eine beweiskräftige ärztliche Entscheidung grund lage (vgl. E.

E. 2.2

Demgegenüber machte die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerde vom 7. Januar 2022 (Urk. 1) zusammengefasst geltend, auf das Z.____ -Gutachten könne nicht abgestellt werden, da dieses nicht auf den notwendigen allseitigen Untersuchungen zum somatischen Zustand beruhe und auch in Bezug auf die psychiatrische Abklärung unzureichend sei. Schliesslich würde die Gegenüberstellung der Vergleichseinkommen auch bei einer Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 % eines Normalarbeitszeitpensums einen Invaliditätsgrad von 51 % ergeben, mithin habe die Beschwerdeführerin Anspruch auf mindestens eine halbe Rente der Invalidenversicherung . 3. 3.1

Die Beschwerdegegnerin stellte in der angefochtenen Verfügung vom 23. November 2021 (Urk. 2) im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten des Z.____

vom 20. Mai 2021 ab. Darin werden die bis zur Begutachtung der Beschwerdeführerin aktenkundigen medizinischen Berichte zusammengefasst (Urk. 8/82/16 ff.) weshalb sie an dieser Stelle nicht noch einmal wiedergegeben werden. Soweit erforderlich, wird in den nachfolgenden Erwägungen aber darauf Bezug genommen. 3.2 3.

E. 7

Januar 2022 Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und die Beschwerdeführerin sei zu verpflichten, ihr nach der Ergänzung der medizinischen Abklärungen ab dem 1. Februar 2020 eine Rente der Invalidenversicherung zu gewähren (Urk. 1).

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 31. Januar 2022 (Urk. 6) auf Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 8. Februar 2022 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 8). 3.

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

E. 8

0 % in der angestammten Tätigkeit als Oberärztin kann im Rahmen der Bemessung des Invaliditätsgrades ein vereinfachter Erwerbsvergleich vorgenommen werden (vgl. E. 5 .2). Das ohne Invalidität erzielbare hypothetische Einkommen ist dabei grundsätzlich mit 100 % zu bewerten, während das Invalideneinkommen auf einen entsprechend kleineren Prozentsatz zu veranschlagen ist, so dass sich aus der Prozentdifferenz der Invaliditätsgrad ergibt. Da die gutachterliche Einschätzung sämtlicher Einschränkungen bei zumutbarer vollzeitlicher Präsenz berücksichtigt, bleibt kein Raum mehr für einen

sogenannten Leidensabzug. Hieraus folgt nach Ablauf des Wartejahres ein Invaliditätsgrad von 20 bis maximal 30 % , was kein en

re ntenbegründenden Invaliditätsgrad darstellt (vgl. E. 1.3 hiervor) .

Damit erweist sich die Beschwerde als unbegründet und ist 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 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 Reto Zanotelli - 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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin HurstStadler

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