

# SO\_GERICHTE VSBES.2017.29 vom 12. Dezember 2016

SO Obergericht, 2016-12-12, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2017.29](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2017.29)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2017.29 du 12 décembre 2016

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2017.29 del 12 dicembre 2016

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Die 1976 geborene A.\_\_\_\_ (im Folgenden: Beschwerdeführerin), Mutter von zwei 2001 und 2004 geborenen Kindern, arbeitete von Mai 1998 bis Oktober 2000 als Sachbearbeiterin für Buchhaltung und Abrechnungswesen, von November 2000 bis Mai 2004 als Leiterin der Patientenadministration, von Juni 2004 bis August 2012 im Controlling der Patientenadministration (u.a. Beratung Tarifwesen) und ab September 2012 erneut als Leiterin der Patientenadministration im Rahmen eines Teilzeitpensums von zunächst 30 bis 40 % und ab dem Jahr 2012 mit einem Teilzeitpensum von 50 % in der B.\_\_\_\_ Kliniken AG, [...]. Nach der Scheidung im Juli 2013 erhöhte sie ihr Arbeitspensum im Januar 2014 auf 80 %. Ab März 2014 reduzierte sie ihr Arbeitspensum aus gesundheitlichen Gründen erneut auf 40 %. Am 24. September 2014 meldete sich die Beschwerdeführerin bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (IV-St. Beleg Nr. [IV-Nr.] 1, 3, 4, 6, 9 und 17). Die IV-Stelle des Kantons Solothurn (im Folgenden: Beschwerdegegnerin) sprach der Beschwerdeführerin Frühinterventionsmassnahmen (persönliches Coaching/Beratung) ab 2. Dezember 2014 für die Dauer von 19 Stunden bei der C.\_\_\_\_, [...], zu (Mitteilung vom 11. Dezember 2014; IV-Nr. 23). Wegen eines psychophysischen Erschöpfungszustands hielt sich die Beschwerdeführerin vom 5. bis 9. Februar 2015 zur stationären Neurorehabilitation in der D.\_\_\_\_, [...], auf (IV-Nr. 47 S. 10 ff.). Sodann war sie wegen einer akuten Hyperventilation und Panikattacke vom 11. bis 12. Februar 2015 im E.\_\_\_\_ hospitalisiert (IV-Nr. 47 S. 6 ff.). Die Beschwerdegegnerin gewährte in der Folge Frühinterventionsmassnahmen in Form eines Belastbarkeitstrainings vom 11. Juni bis 11. September 2015 bei der F.\_\_\_\_, [...] (Mitteilung vom 29. Juni 2015; IV-Nr. 35). Die Arbeitsstelle bei der B.\_\_\_\_ wurde von der Arbeitgeberin am 25. Juni 2015 auf Ende September 2015 aufgelöst (IV-Nr. 36). Die Beschwerdegegnerin verlängerte das Belastbarkeitstraining vom 12. September 2015 bis 10. Oktober 2015 (Mitteilung vom 17. September 2015; IV-Nr. 39).

Nach Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) veranlasste die Beschwerdegegnerin eine bidisziplinäre (neurologische und psychiatrische) Begutachtung bei Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, und Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, welche am 10. und 17. Dezember 2015 durchgeführt wurde (Gutachten vom 22. Februar 2016; IV-Nr. 66 S. 2 ff. und 67). Vom 12. Oktober 2015 bis 11. Januar 2016 wurden der Beschwerdeführerin erneut Frühinterventionsmassnahmen (Beratung/persönliches Coaching) für die Dauer von 15 Stunden bei der F.\_\_\_\_ gewährt (Mitteilung vom 15. Oktober 2015; IV-Nr. 46). Sodann konnte sie im gleichen Zeitraum einen Arbeitsversuch bei der I.\_\_\_\_, [...], absolvieren (Mitteilung vom 22. Oktober 2015; IV-Nr. 50), wobei eine Festanstellung als administrative Angestellte mit einem Teilzeitpensum von 50 % vorgesehen war (IV-Nr. 48). Da das Arbeitspensum im Rahmen

des Arbeitsversuchs nicht auf 50 % gesteigert werden konnte, wurde die Beschwerdeführerin ab 13. Januar 2016 als Leiterin des medizinischen Controllings mit einem angepassten Arbeitspensum von 30 % [...] (IV-Nr. 63 S. 2 f.). Die berufliche Eingliederung wurde in der Folge abgeschlossen (IV-Nr. 65).

1.2 Am 15. März 2016 reichte die Beschwerdeführerin der Beschwerdegegnerin ein Beschwerdeschreiben hinsichtlich der Begutachtung bei Dr. med. H. \_\_\_ ein (IV-Nr. 72 S. 1 f.). Mit Eingabe vom 31. März 2016 liess sie sich zur bidisziplinären Begutachtung vernehmen (IV-Nr. 77). Zu den vorerwähnten Eingaben sowie zu weiteren medizinischen Berichten nahmen Dr. med. G. \_\_\_ am 25. April 2016 und Dr. med. H. \_\_\_ am 17. Mai 2016 Stellung (IV-Nr. 82 und 83 S. 2 ff.). Nach Befragung des RAD und Durchführung des Vorbescheidverfahrens lehnte die Beschwerdegegnerin den Anspruch der Beschwerdeführerin auf weitere berufliche Eingliederungsmassnahmen sowie eine Invalidenrente mit Verfügung vom 12. Dezember 2016 ab. Dies wurde im Wesentlichen damit begründet, gemäss den medizinischen Abklärungen könne der Beschwerdeführerin ihre Tätigkeit als Leiterin des medizinischen Controllings weiterhin im ursprünglichen Pensum von 80 % ohne Leistungsminderung zugemutet werden. Den Gutachten der Dres. med. G. \_\_\_ und H. \_\_\_ komme voller Beweiswert zu. Es seien keine Anhaltspunkte für weitere Abklärungen vorhanden. Medizinisch theoretisch bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80 %. Unter Berücksichtigung des medizinischen Zumutbarkeitsprofils sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass für die Beschwerdeführerin im Bereich der Hausarbeit nur eine geringfügige Einschränkung bestehe. Damit erübrige sich eine Haushaltsabklärung (IV-Nr. 96).

## **E. 2**

2.1 Als Invalidität im Sinne des Gesetzes gelten gemäss Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann nach Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein.

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c).

Dennoch hat es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352). Den gerichtlichen oder im Rahmen des Verwaltungsverfahren durch den Sozialversicherer eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470f., 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

2.6 Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte stehen in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person und haben sich in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren. Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen Fachpersonen einerseits und Begutachtungsauftrag der amtlich oder gerichtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass für weitere Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (statt vieler: Urteile des Bundesgerichts 9C\_793/2016 vom 3. März 2017 E. 4.1.2 und 9C\_276/2016 vom 19. August 2016 E. 3.1.1 mit Hinweisen).

3. Im vorliegenden Fall lässt die Beschwerdeführerin geltend machen, die angefochtene Verfügung vom 12. Dezember 2016 und die darin festgestellte Arbeitsfähigkeit von 80 % beruhe nicht auf rechtsgenügenden medizinischen Abklärungen. Die Beschwerdeführerin sei aufgrund der medizinischen Aktenlage lediglich zu 30 % arbeitsfähig (IV-Nr. 96). Demnach ist im Folgenden der medizinische Sachverhalt darzulegen:

3.1 Dem Bericht von Dr. med. K.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 19. Juni 2014 kann entnommen werden, dass sich die Beschwerdeführerin bei ihm seit dem 27. Mai 2014 in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung befindet. Bisher hätten zwei Sitzungen stattgefunden. Aus psychiatrischer Sicht sei diagnostisch von einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion nach der Scheidung vom Ehemann im Juli 2013 und der Trennung von ihrem Freund anfangs 2014 auszugehen. Neben dieser psychiatrischen Diagnose bestehe jedoch eine neurologische Erkrankung (laut Patientin eine Trigeminus-Neuralgie, Facialis-Paresen), welche vermutlich für die seit dem 25. November 2013 bestehende Arbeitsunfähigkeit mindestens teil-, wenn nicht hauptverantwortlich sei. Eine adäquate Einschätzung der Arbeitsfähigkeit wie auch der Prognose aus rein psychiatrischer Sicht könne nur in Kenntnis der neurologischen Befunde und der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erfolgen. Diese liege jedoch (noch) nicht vor (IV-Nr. 12.6 S. 21).

3.2 Aus dem Bericht des L.\_\_\_\_, Neurologische Klinik (Dr. med. M.\_\_\_\_, Oberärztin), vom 1. Juli 2014 gehen folgende Diagnosen hervor: «Atypischer Gesichtsschmerz, Residuelle Facialisparese nach EM 2001». Zur Zwischenanamnese wurde ausgeführt, es handle sich um einen vorgezogenen Termin auf Wunsch der Patientin bei wiederholt auftretenden linksseitigen Symptomen. Immer wieder hänge ihr Gesicht schief, die gesamte linke Seite sei taub und kraftlos. Es bestehe ein Druck im Kopf und sie habe grosse Mühe, sich zu konzentrieren, dies besonders ab dem Mittag. Die Behandlung mit Trittico habe sie nicht vertragen (Müdigkeit), danach sei ein Behandlungsversuch mit CipraleX über drei Wochen erfolgt (Unruhe, Schlafstörungen). Zudem habe sie aufgrund der verminderten Belastbarkeit (weiterhin 50%ige Arbeitsunfähigkeit) mit Chefwechsel die Leitungsfunktion am Arbeitsplatz abgeben müssen, was sie sehr schmerze. Das MRI des Schädels vom 25. Juni 2014 sei unauffällig.

Im Rahmen der Beurteilung wurde angegeben, es bestehe weiterhin eine belastungsabhängige Symptomatik mit einer Zunahme der Facialisparese, der Hemihypästhesie, der Kraftminderung der linken Körperhälfte sowie des Kopfdrucks mit Konzentrationsstörungen. Im MRI habe sich kein richtungsweisender Befund gefunden, in der aktuellen körperlichen Untersuchung habe sich die bekannte leichtgradige periphere

Facialisparese sowie eine Hemihypästhesie gezeigt. Zur weiteren Abklärung würden noch sensibel evozierte Potentiale durchgeführt, gegebenenfalls im weiteren Verlauf eine Lumbalpunktion. Am ehesten sei davon auszugehen, dass es durch die hohe Belastung der Patientin zu einer Dekompensation und Ausweitung des neurologischen Kernproblems (Facialisparese und atypischer Gesichtsschmerz) komme, weiterhin könnte eine Migränekomponente eine Rolle spielen. Eine Verlaufsuntersuchung sei in ca. 6 Monaten vorgesehen (IV-Nr. 12.6 S. 5 f.).

3.3 Dr. med. N.\_\_\_\_, Facharzt FMH Psychiatrie/Psychotherapie, hielt in seinem versicherungspsychiatrischen Konsilium bzw. arbeitsprognostischen Abklärung vom 25. August 2014 fest, richtungsweisend bestehe eine neurologische Problematik. Psychiatrischerseits könne im Rahmen der Momentaufnahme keine schwere affektpathologische oder eine anderweitige krankheitswertige Störung ausgemacht werden (IV-Nr. 12.6 S. 4).

3.4 Dr. med.O.\_\_\_\_, FMH Neurologie/Verhaltensneurologie, stellte in ihrer verhaltensneurologisch-neuropsychologischen Abklärung vom 18. August 2014 fest, die neuro- und leistungspsychologische Zusatzabklärung betreffend berufsrelevanter kognitiv-mentaler Basisfunktionen und handlungsbegleitender Kognitionen (Arbeitsgedächtnis, Planung/Steuerung/Kontrolle, Verarbeitungsgeschwindigkeit, Störanfälligkeit/Daueraufmerksamkeit, geteilte Aufmerksamkeit, kognitive Flexibilität, Verhalten/Mitarbeit/Kooperation) ergebe konklusiv hinsichtlich der medizinisch-theoretischen Zumutbarkeit ohne Hinweise für suboptimales Leistungsverhalten bzw. bewusstseinsnahe Antwortverfälschungen eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit (Bericht an die Krankentaggeldversichererin [] vom 10. September 2014, IV-Nr. 12.6 S. 1).

3.5 Im Bericht des L.\_\_\_\_, Neurologische Klinik, vom 18. November 2014 wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt: «Neuralgischer atypischer Gesichtsschmerz, reaktive depressive Verstimmung und Erschöpfungssyndrom». Die weitere Diagnose «residuelle Fazialisparese nach Erstmanifestation 2001» hat nach den ärztlichen Angaben keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Zur Arbeitsfähigkeit wurde angegeben, es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % für ihre Tätigkeit als Fachspezialistin «Tarife». Der Gesundheitszustand der versicherten Person sei besserungsfähig. Gesichtsschmerzen seien erstmalig im Kontext der ersten Schwangerschaft aufgetreten, beidseits im Bereich des Jochbeins als dumpfer Dauerschmerz mit überlagernden, einschliessenden Schmerzen und einer Triggerung vor allem durch Kälte (Wetter, Glace, kalte Getränke). Weiterhin bestehe eine prämenstruelle Zunahme sowie eine starke Exazerbation in der zweiten Schwangerschaft. Eine Zunahme der Beschwerden sei anfangs des Jahres 2014 aufgetreten, als eine Steigerung des Arbeitspensums erfolgt sei. Eine erhebliche Exazerbation habe am 29. August 2014 nach Durchführung einer Trigemini-SEP (Messung der sensibel evozierte Potentiale) stattgefunden, welche trotz verschiedener therapeutischer Massnahmen bis anhin persistiert habe. Derzeit bestünden ein dumpfer Dauerschmerz im Unterkiefer beidseits sowie elektrisierend einschliessende Schmerzen bei Berührung des Gesichts oder beim Essen oder Kauen. Die bisherigen Behandlungen mit Carbamazepin und Lamotrigin seien ohne Effekt gewesen, die Behandlung mit Neurontin bis Anfang des Jahres sei recht gut wirksam gewesen, aktuell lediglich mit leichter Minderung der Schmerzen, jedoch Nebenwirkungen in Form von Müdigkeit. Es bestehe eine leichte Fazialisparese links, eine Hypästhesie des

gesamten linken Kopfes und Halses werde angegeben, sonst sei der Zustand unauffällig. Das MRI des Schädels sei wiederholt ohne richtungsweisenden Befund. Die Messung der sensibel evozierten Potentiale hätten ebenfalls keinen richtungsweisenden Befund ergeben. Eine medikamentöse Umstellung sei geplant.

Im Weiteren wurde ausgeführt, aufgrund der ständig auftretenden Schmerzen sowie der Medikamentennebenwirkungen seien die Konzentrationsfähigkeit und die Ausdauer der Patientin deutlich vermindert. Die bisherige Tätigkeit mit einem Pensum von 50 % sei noch zumutbar und sogar wünschenswert, da die Patientin auch durch die berufliche Ablenkung bezüglich des Schmerzsyndroms profitiere. In der Regel sei die Leistungsfähigkeit bei der Patientin bei einem 50%igen Arbeitspensum nicht vermindert, es sei jedoch möglich, dass es einzelne Tage gebe, an denen die Patientin Pausen benötige. Der Patientin seien andere Tätigkeiten im Büro zumutbar, damit sei ihre Leistungsfähigkeit jedoch nicht zu steigern (IV-Nr. 18).

3.6 Die Hausärztin, Dr. med. P. \_\_\_\_, Allgemeinmedizin FMH, hielt in ihrem Bericht zu Handen der IV-Stelle vom 1. Dezember 2014 die Diagnosen «atypischer Gesichtsschmerz» sowie «residuelle Facialisparesie nach EM 2001» fest und attestierte eine Arbeits(un)fähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Fachspezialistin «Tarife» von 50 % im Zeitraum vom 7. Januar bis 19. November 2014 sowie eine vollständige Arbeitsunfähigkeit ab 20. November 2014 bis auf weiteres. Der Gesundheitszustand verschlechtere sich. Es wurde festgehalten, die Schmerzen seien als extremste elektrische Schläge beschrieben worden. Sie seien persistierend, sodass die Patientin kaum noch schlafen könne. In der letzten Zeit hätten die Schmerzen noch zugenommen. Bei der Arbeit könne sie sich wegen der Erschöpfung und der Schmerzen überhaupt nicht konzentrieren. Auf dem Beiblatt zum Arztbericht wurde festgehalten, sowohl die bisherige Tätigkeit als auch eine andere angepasste Tätigkeit (mit der Möglichkeit, eine Pause zu machen und sich zurückzuziehen) seien im Ausmass von 4 Stunden pro Tag mit einer um 50 % verminderten Leistungsfähigkeit zuzumuten (IV-Nr. 21 S. 1 ff.).

3.7 Dr. med. K. \_\_\_ hielt in seinem Bericht zu Handen der Beschwerdegegnerin vom 13. Dezember 2014 die Diagnosen «Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion (F43.21) bei Exazerbation oben genannter Schmerzerkrankung, Belastung am Arbeitsplatz (Z56) bei perfektionistischen und aufopfernden Persönlichkeitszügen (Z73.1)» fest. In somatischer Hinsicht wurde die Diagnose «neuralgischer atypischer Gesichtsschmerz (Diagnose Neurologie, Fr. Dr. M. \_\_\_)» angegeben. Die ebenfalls diagnostizierte residuelle Fazialisparese (Diagnose Neurologie, Fr. Dr. M. \_\_\_) habe keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Der behandelnde Psychiater gab an, seit dem 27. Mai 2014 bestehe aus psychiatrischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit. Im Weiteren führte er aus, der Gesundheitszustand der Patientin sei besserungsfähig. Die Patientin gebe massive Gesichtsschmerzen, Müdigkeit (vor allem auch bedingt durch die Medikation), Kraftlosigkeit und eine schlechte Konzentration an. Unter dem Titel «Therapeutische Massnahmen/Prognose» wurde ausgeführt, aktuell sei aufgrund der somatisch bedingten Schmerzen keine intensive psychotherapeutische Behandlung möglich. Eine psychiatrische Medikation bestehe nicht. Es erfolgten Gespräche in 3 bis 4-wöchigen Abständen. Im Vordergrund stehe aktuell die Behandlung des Schmerzsyndroms, laut den Angaben der Patientin stehe zur Zeit eine tagesstationäre Behandlung zur Diskussion. Nach Verbesserung der Schmerzsymptomatik sei auch mit einem Abklingen der psychischen Beschwerden (Kraftlosigkeit, Konzentrationsstörung, Schlafprobleme) zu rechnen. Aus rein

psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit nicht wesentlich eingeschränkt.

Auf dem Beiblatt zum Arztbericht wurde zur Arbeitsfähigkeit bei der bisherigen Tätigkeit ausgeführt, vorwiegend bestünden eine somatisch bedingte Konzentrationsstörung, erhöhte Ermüdbarkeit sowie ein erhöhter Regenerationsbedarf. Die bisherige Tätigkeit sei zuzumuten. Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe keine Einschränkung. Die verminderte Leistungsfähigkeit sei abhängig von der Schmerzintensität, dies müsse neurologisch eingeschätzt werden. Die Arbeitsfähigkeit am bisherigen Arbeitsplatz könne verbessert werden, eventuell durch die Förderung des Verständnisses für die Auswirkungen der Schmerzstörung bei Vorgesetzten und Arbeitskolleginnen. Es dürfe keine zusätzliche Belastung durch Unverständnis und Anfeindung geben, dies wirke sich positiv auf die Arbeitszufriedenheit und letztlich auch auf die Leistung aus. Andere Tätigkeiten seien ebenfalls zuzumuten, wobei zusätzlich auf einen akustisch ruhigen Arbeitsplatz zu achten sei. Auch hier bestehe keine Einschränkung aus psychiatrischer Sicht. Die verminderte Leistungsfähigkeit sei abhängig von der Schmerzintensität, welche neurologisch zu beurteilen sei (IV-Nr. 25).

3.8 Aus dem Bericht der Q.\_\_\_\_ vom 9. Januar 2015 (Neurologische Konsultation vom 8. Januar 2015; PD Dr. med. R.\_\_\_\_, Leitender Arzt Neurologie) gehen folgende Diagnosen hervor: «Vd.a. Medikamentenübergebrauchskopfschmerz, orofaziale Migräne, Migräne mit Aura». Im Rahmen der Beurteilung wurde angegeben, es finde sich eine komplexe Kopf- und Gesichtsschmerzproblematik, welche sich anhand der ICHD-3 beta Kriterien nicht eindeutig klassifizieren lasse. Die Symptomatik sei nicht absolut typisch für eine Trigeminusneuralgie, insbesondere das bilaterale Auftreten in 4 Trigeminusästen sei ungewöhnlich; es stünden ■ wenn auch elektrisierende, kurzdauernde Schmerzattacken berichtet würden ■ dumpfe, eher kontinuierliche Schmerzen im Vordergrund. Die bisherigen Abklärungen zeigten zudem keine Hinweise für eine Pathologie im Verlauf der Nn. trigemini. Interessant sei, dass die Patientin bis zur ersten Schwangerschaft an wiederholten Migräneepisoden mit visueller Aura gelitten habe. Solche Attacken seien anamnestisch in den letzten 14 Jahren noch zweimal vorgekommen. Vor den aktuellen Schmerzexazerbationen berichte die Patientin über Sensibilitätsstörungen im Gesicht, später auch im linken Arm, vereinzelt hemikorporell links. Die nachfolgend exazerbierenden Schmerzen seien von migränösen/vegetativen Symptomen begleitet. Unter diesen Aspekten könnten die Gesichtsschmerzen als chronische orofaziale Migräne erklärt werden. Möglicherweise bestehe zusätzlich ein leichter Bruxismus (Zähneknirschen; IV-Nr. 28 S. 5 ff.).

3.9 Vom 5. bis 9. Februar 2015 hielt sich die Beschwerdeführerin in der Privat-Klinik D.\_\_\_\_, [...], zur stationären Neurorehabilitation auf. Als Diagnose wurde ein «Psychophysischer Erschöpfungszustand bei chronischer Trigeminusneuralgie (ICD-10 G50.0 und F48.0)» angegeben. Zur Therapie und zum Verlauf wurde vermerkt, Ziele der Rehabilitation seien eine allgemein-körperliche Kräftigung, die Linderung muskulärer Verspannungen wie auch der Schmerzsymptomatik durch multimodale Anwendungen, eine psychologische Mitbetreuung, eine neuropsychologische Diagnostik, bei Bedarf Behandlung und die Rückkehr ins bisherige Wohnumfeld wie auch in den bisherigen Beruf gewesen. Entsprechend seien ein multimodales rehabilitatives Behandlungsprogramm mit Ergo- und Physiotherapie, balneo-physikalischen Massnahmen wie Massage, Akupunktur, Kraniosakraltherapie, psychologische Gesprächskontakte und eine neuropsychologische Abklärung vorgesehen gewesen. Trotz intensiver Bemühungen während dieses

Kurzaufenthaltes habe aber letztlich dem Anliegen der Patientin eines maximal lärmgeschützten Zimmers nicht hinreichend Rechnung getragen werden können, sodass sie sich am 9. Februar 2015 zum Abbruch der stationären Rehabilitation entschlossen habe (IV-Nr. 47 S. 10 ff.).

3.10 Am 11. Februar 2015 wurde die Beschwerdeführerin auf der Notfallstation des E.\_\_\_\_ wegen einer akuten Hyperventilation und Panikattacke behandelt. Zur Beurteilung wurde angegeben, die Hyperventilation habe sich relativ rasch normalisiert mit einem persistierenden Engegefühl am Hals. Nach der Gabe von Temesta und Trinken von warmem Tee sei eine Besserung ohne komplette Regredienz eingetreten. Mit der Patientin sei besprochen worden, dass man die Symptome nicht als Folge der Therapie mit Fluoxetin sehe und ein Fortführen empfehle, ansonsten eine andere angstlösende antidepressive Therapie dringlich empfohlen werde. Eine psychologische Betreuung sei anscheinend schon etabliert (IV-Nr. 47 S. 6 ff.).

3.11 Im Bericht der Q.\_\_\_\_ vom 5. März 2015 (Neurologische Konsultation vom 4. März 2015) wurde unter «Zwischenanamnese» angegeben, die Patientin berichte, dass es ihr vor einigen Wochen vom allgemeinen Gesundheitszustand her schlechter gegangen sei, weswegen sie für eine Rehabilitation eingewiesen worden sei. Wegen starker Geräuschkulisse, vermehrtem Tinnitus und einer Gesichtslähmung habe sie die Rehabilitation vorzeitig abbrechen müssen. Sie sei dann mit Fluoxetin behandelt worden und habe im Anschluss zusehends mehr Kopfweh und Halsschmerzen verspürt. Sie habe im Verlauf auch Lymphknotenschwellungen, Herzrasen und eine Atemnot verspürt, weswegen sie via Ambulanz ins E.\_\_\_\_ eingewiesen worden sei. Der Zustand sei als Panikattacke interpretiert und die Patientin wieder nach Hause entlassen worden. Es hätten sich weiterhin Juckreiz eingestellt sowie Bläschen am ganzen Körper und eine Störung der Blasen- und Darmfunktion, welche weiterhin anhalte. Sie habe dann Fluoxetin und auch Targin nicht mehr weiter eingenommen. Es gehe ihr immer noch schlecht in den letzten drei Wochen. Die Kopfschmerzen seien weitgehend unverändert. Es gehe ihr morgens relativ gut, sie verspüre dann nur einen dumpfen diffusen Kopfdruck. Vor allem ab dem Nachmittag und am Abend bestünden vermehrte einschliessende Schmerzen im Bereich der Wange. Die Umstellung auf Neurontin habe keinen Vorteil gebracht und sie sei wieder beim alten Schema.

Zur Beurteilung wurde ausgeführt, aktuell stehe eine allgemeine Zustandsverschlechterung im Vordergrund. Differentialdiagnostisch sei an ein Serotonin-Syndrom zu denken, wenn auch nicht alle beschriebenen Symptome dazu passten. Erfreulicherweise nehme die Patientin seit 2 bis 3 Wochen keine Akutschmerzmittel mehr ein. Als mögliche medikamentöse Therapieoptionen habe man bereits aktuell Riboflavin eidosiert. Allenfalls könnte die Patientin von einer Umstellung der Antikonvulsiva auf Valproat profitieren. Inwieweit sogar eine vorübergehende Kombinationsbehandlung gewinnbringend wäre, sei der Beurteilung und auch Nachbetreuung der behandelnden Ärztin des L.\_\_\_\_ zu überlassen (IV-Nr. 28 S. 3 f.).

3.12 Der Beurteilung von Dr. med. S.\_\_\_\_, Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 9. März 2015 (Erstkonsultation) kann Folgendes entnommen werden: ICD-10 F32.11, mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom nach einer ursprünglichen neurologischen Schmerzsymptomatik mit atypischem Gesichtsschmerz. Trigeminusneuralgie seit der Geburt der ersten Tochter und Verstärkung der Schmerzen plus Fazialisparese nach der Geburt der zweiten Tochter. Zunächst habe die Patientin

anamnestisch eine Anpassungsstörung gezeigt, die durch Belastungen im Arbeitskontext durch Erhöhung des Arbeitseinsatzes und auch psychosoziale Belastungen durch Trennung und Scheidung verstärkt worden sei und letztlich seit Herbst 2014 in eine depressive Episode übergegangen sei. Zum Prozedere wurde festgehalten, es sei mit einer integrierten psychiatrischen Behandlung mit eventuell neuem Versuch einer antidepressiven Therapie zu beginnen (IV-Nr. 29 S. 7 ff.).

3.13 Dem Bericht des L.\_\_\_\_, Neurologische Klinik, vom 17. April 2015 (Kopfwehsprechstunde) können die Diagnosen «1. Atypischer Gesichtsschmerz, DD orofaciale Migräne; 2. Residuelle Facialispause links nach EM 2001» entnommen werden. Zur Beurteilung wurde angegeben, insgesamt sei erstmals seit langer Zeit wieder eine leichte Stabilisierung der Situation eingetreten. In diesem Kontext sei davon abzusehen, irgendetwas am laufenden Konzept zu ändern. Im weiteren Verlauf könnte überlegt werden, bei DD orofacialer Migräne mit prämenstrueller Zunahme als Reservemedikation ein Triptan zu versuchen. Jedoch sei auch aufgrund der Gefahr eines erneuten serotonergen Syndroms zum jetzigen Zeitpunkt sicher davon abzusehen. Die Patientin sei damit einverstanden. Es sei eine ambulante Verlaufsuntersuchung in drei Monaten vorgesehen (IV-Nr. 29 S. 5 f.).

3.14 Im Bericht zu Handen der IV-Stelle vom 18. Mai 2015 hielt Dr. med. S.\_\_\_\_ als Diagnosen (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) eine mittelgradig depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) sowie die neurologischen Diagnosen «atypischer Gesichtsschmerz ■ DD: Orofaziale Migräne», «residuelle Fazialisparese links nach EM 2001» sowie «Cervicobrachialgie» fest. Es wurde eine vollständige Arbeitsunfähigkeit seit dem 9. März 2015 bis auf weiteres attestiert. Der Gesundheitszustand sei besserungsfähig. Im Weiteren wurde angegeben, die Patientin habe sich für eine integrierte psychiatrische Behandlung entschliessen können. Ein erneuter medikamentöser antidepressiver Versuch habe nicht fortgeführt werden können.

Auf dem Beiblatt zum Arztbericht wurde angegeben, die bisherige Tätigkeit sei noch zumutbar. Es erscheine am besten, wenn die Patientin während 2 bis 4 Stunden pro Tag am Vormittag einer wenig belastenden Bürotätigkeit in ihrem Spezialsektor nachgehen könnte. Dabei bestehe keine verminderte Leistungsfähigkeit. Andere Tätigkeiten seien ebenfalls zuzumuten. Es sollte sich prinzipiell um Bürotätigkeiten angepasst auf die Fähigkeiten im Treuhand- und Finanzbereich handeln. Dabei wäre auf ein ruhiges Arbeitsklima, ein möglichst kleines Team, nicht zu viel Verantwortung und eine abwechslungsreiche Tätigkeit zu achten. Eine solche Tätigkeit könnte sie wahrscheinlich bis zu vier Stunden pro Tag verrichten, wobei keine verminderte Leistungsfähigkeit bestehe. Es werde ein Belastbarkeitstraining im KV-Bereich vorgeschlagen. Auf Dauer sei die Patientin wohl nur zu 50 % belastbar. Eine IV-Rente von 50 % werde empfohlen; diese könnte eventuell zu einem späteren Zeitpunkt wieder aufgehoben werden (IV-Nr. 29 S. 1 ff.).

3.15 Am 30. April 2015 wurde eine verhaltensneurologisch-neuropsychologische Untersuchung durchgeführt (IV-Nr. 31 S. 3 ff.). Dr. med. O.\_\_\_\_ hielt in ihrem Bericht vom 18. Mai 2015 über die verhaltensneurologisch-neuropsychologische Abklärung vom 30. April 2015 fest, die neuro- und leistungspsychologische Zusatzabklärung betreffend berufsrelevanter kognitiv-mentaler Basisfunktionen und handlungsbegleitender Kognitionen ergebe insgesamt eine initial 10%ige Arbeitsfähigkeit mit gradueller Steigerung auf eine 50%ige Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 31 S. 2).

3.16 Dr. med. U.\_\_\_\_, Allgemein Medizin FMH; hielt im Bericht zu Händen der IV-Stelle vom 22. Juni 2015 folgende Diagnosen fest: «Mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom ICD-10 F32.11, residuelle Fazialisparese links nach EM 2001, Gesichtsschmerzen: Trigeminusneuralgie links seit 2001, DD. orofaziale Migräne, Cervicobrachialgie». Es bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit seit 9. März 2015 bis auf weiteres. Auf dem Beiblatt wurde angegeben, unter den bestehenden Arbeitsbedingungen (Klimaanlage, Stress) sei die bisherige Tätigkeit nicht mehr zumutbar. Andere Tätigkeiten seien jedoch für 1 bis 2 Stunden pro Tag zuzumuten, wobei auf ruhige Arbeiten im eigenen Rhythmus am Computer zu Hause zu achten sei. Beim Auftreten von Neuralgie müsse die Arbeit niedergelegt werden (IV-Nr. 33).

3.17 Dr. med. V.\_\_\_\_, Innere Medizin und Rheumatologie FMH, stellte in ihrem Bericht vom 22. Juni 2015 aufgrund ihrer Untersuchung vom 5. Juni 2015 folgende Diagnosen: «1. Atypischer Gesichtsschmerz (DD Trigeminusneuralgie, Migräne); 2. Myofasiales Schmerzsyndrom des Schultergürtels und Nackens; 3. Diverse funktionelle Allgemeinsymptome schlecht einzuordnen». Es wurde im Weiteren ausgeführt, die Patientin habe berichtet, dass anlässlich der ersten Schwangerschaft im Jahr 2001 eine Trigeminusneuralgie aufgetreten sei. Man habe zunächst eine Sinusitis maxillaris vermutet, später sei dann eine Fazialis Parese links mit Trigeminusneuralgie dazugekommen. Die Beschwerden hätten sich in der Folge gebessert, aber in der 2. Schwangerschaft sei es erneut zur neuralgischen Gesichtsschmerzen gekommen, welche sich erst nach der Gabe von Neurontin gebessert hätten. Auch heute noch löse Kälte diese Schmerzen aus. Die Patientin gebe an, dass es im März 2014 zu linksseitigen Lähmungserscheinungen in Arm und Bein gekommen sei, im Herbst sei es anlässlich einer stationären Behandlung in Schinznach zu einem Kollaps, möglicherweise zu einem Serotoninschock gekommen. Die Patientin berichte, sie habe einen Ausschlag am ganzen Körper bekommen, keine Luft mehr gehabt, die Zunge sei angeschwollen und der Kreislauf sei kollabiert. Sie sei damals ins Spital E.\_\_\_\_ gebracht worden. Seit Herbst 2014 stehe sie in Psychotherapie, sie habe auch diverse alternativmedizinische Behandlungen gehabt, unter anderem Akupressur, homöopathische Behandlungen und Craniosakraltherapie. Sie klage aktuell v.a. über schlechte Konzentrationsfähigkeit, häufigen Schwindel, schlechten Schlaf und eine rasche Erschöpfbarkeit sowie vermehrte Gesichtsschmerzen jeweils in der 2. Zyklushälfte. Eine Photosensitivität werde verneint, ein Raynaud Phänomen sei nicht vorhanden. Tiefe Venenthrombosen habe die Patientin nie gehabt, Gelenkschwellungen ebenfalls nicht.

Im Weiteren wurde ausgeführt, bei der Untersuchung sei bei der Prüfung der Hirnnerven eine angedeutete diskrete Restparese des Fazialis vorhanden mit einem leicht verminderten Augenschluss und einer Hypästhesie für Berührung der linken Gesichtshälfte. Die periphere Thropik, Motorik und Sensibilität seien intakt, die Muskeleigenreflexe seien symmetrisch auslösbar. Die Wirbelsäule zeige eine Rundrückenfehlhaltung und Fehlform mit einer rechtskonvexen grossbogigen Skoliose thorakolumbal, einer eingeschränkten Beweglichkeit in der LWS und schmerzhaften Verkürzungen der seitlichen Halsmuskulatur und der oberen Anteile des Muskulus trapezius beidseits. Die peripheren Gelenke seien unauffällig. Im Labor seien keine Hinweise für ein entzündliches Leiden ersichtlich gewesen, insbesondere auch keine Hinweise für einen manifesten Lupus erythematosus oder Antiphospholipidsyndrom. Die Blutsenkungsrate sei völlig normal. Auch die hämatologischen Parameter seien normal ausgefallen. Ein Antiphospholipidsyndrom als Ursache für die migräniformen Schmerzen könne ausgeschlossen werden. Aus

rheumatologischer Sicht seien vor allem die muskulären Verspannungen im Hals- und Schultergürtelbereich aufgefallen. Diese könnten natürlich zu Kopf- und Gesichtsschmerzen beitragen bzw. verstärkend wirken. Deshalb sei diesbezüglich Physiotherapie mit Lockerung, Dehnung und Haltungskorrektur zu empfehlen (IV-Nr. 47 S. 2 f.).

3.18 Aus dem Bericht des L.\_\_\_\_, Klinik für Neurologie, vom 11. November 2015 (Kopfwehsprechstunde) gehen folgende Hauptdiagnosen hervor: «1. Atypischer Gesichtsschmerz, bilateral neuralgiforme Schmerzen, aktuell erneute Exazerbation; 2. Residuelle Facialisparesie links nach EM 2001». Zur Beurteilung wurde angegeben, leider bestehe eine erneute Exazerbation der Gesichtsschmerzen nach fast schon unerwarteter mehrmonatiger partieller Remission. Zweifel am Wunsch der Patientin zu arbeiten, seien nicht vorhanden. Die Behandlungsoptionen seien eingeschränkt, viele Medikamente seien bereits im Vorfeld ausprobiert worden. Sie seien entweder wirkungslos oder unverträglich. Es sei dennoch besprochen worden, noch einmal nacheinander, später allenfalls auch in Kombination verschiedene medikamentöse Behandlungen zu testen. Grundsätzlich sei es zu befürworten, die Steigerung des Arbeitspensums langsamer zu gestalten, es sei auch nicht als sicher anzunehmen, dass die Patientin ein Pensum von 50 % überhaupt erreichen könne.

Zur Krankengeschichte wurde erwähnt, es handle sich um eine verzweifelte Patientin, welche am 12. Oktober 2015 einen Arbeitsversuch in der Augenklinik I.\_\_\_\_ aufgenommen habe. Dort gefalle es ihr sehr gut. Zwei Vormittage pro Woche seien weitgehend problemlos gegangen, mit Zunahme des Arbeitspensums auf 30 % und dann auf 40 % seien jedoch die Beschwerden, welche vorangehend über mehrere Monate auf einem erträglichen Niveau gewesen seien, wieder exazerbiert. Sie leide wieder ständig unter beidseits vom Kieferwinkel in die Zähne einschliessenden Schmerzen, sekundenlang, mehrfach pro Minute. Sie habe grosse Sorge, diese von ihr als so positiv wahrgenommene Arbeitsstelle zu verlieren, wenn sie es nicht schaffe, 50 % zu arbeiten. Sie könne die Schmerzen aber kaum ertragen. Es sei wieder eine abendliche Behandlung mit Tramal aufgenommen worden. Davon sei ihr jedoch stets sehr übel geworden und sie sei benommen gewesen, sodass sie mit Tramal nicht Auto fahren könne (IV-Nr. 53).

3.19 Dr. med. U.\_\_\_\_ hielt in seinem Schreiben an die Beschwerdegegnerin vom 2. Dezember 2015 fest, die Patientin nehme zurzeit an einem Arbeitsversuch teil, den die IV mitfinanziere. Zwei Vormittage pro Woche habe die Patientin problemlos bewältigen können, mit der Steigerung auf 30 % seien die Beschwerden, die in den vergangenen Monaten auf einem erträglichen Mass noch vorhanden gewesen seien, wieder ins fast Unerträgliche exazerbiert. Die Patientin komme regelmässig in die Behandlung, durch Massage und Entspannungsübungen gelinge es, die Beschwerden etwas erträglicher zu machen. Nach einer Woche Arbeit mit 30 bis 40 % komme sie aber wieder mit denselben Beschwerden. Die minutenlang dauernden Schmerzattacken würden mehrmals pro Stunde auftreten, in einem Masse, das sie kaum ertragen könne. Der Versuch mit anderen Schmerzmitteln sei daran gescheitert, dass massive Magenbeschwerden aufgetreten seien oder eine Benommenheit, die das Autofahren und die Arbeit verunmöglichten. So bestehe zurzeit und für wahrscheinlich längere Zeit eine maximale Arbeitsfähigkeit von 20 bis 30 %. Eine Steigerung sei ■ entsprechend der Beurteilung von Dr. med. M.\_\_\_\_ in der Kopfschmerzsprechstunde ■ nur sehr langsam und nach einer Stabilisierung der Beschwerden bei einem Arbeitspensum von 20 bis 30 % eventuell möglich. Der

Arbeitsvertrag mit der I.\_\_\_\_ werde in diesem Sinne angepasst (IV-Nr. 60).

3.20.1 Dem im Rahmen einer bidisziplinären Begutachtung erstatteten neurologischen Gutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, vom 22. Februar 2016 kann entnommen werden, dass die Beschwerdeführerin am 17. Dezember 2015 klinisch-neurologisch untersucht und begutachtet wurde. Es wurden folgende Diagnosen (nach der ICD-10-Klassifikation) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt: «Gesichtsschmerzen unklarer Ätiologie (ICD-10 R51), aktuell Medikamentenüberkonsumkopfschmerz mit Targin und Ponstan (ICD-10 G44.4)». Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde ein Status nach Bellscher-Parese links im Jahr 2001 (ICD-10 G51.0) angegeben. Zur Beurteilung wurde im Wesentlichen ausgeführt, im Rahmen der aktuellen neurologischen Untersuchung berichte die Patientin über ein komplexes Beschwerdebild mit im Vordergrund stehenden ständigen Schmerzen in der unteren Gesichtshälfte beidseits mit zusätzlichen blitzartig einschliessenden sehr starken Schmerzen in gleicher Lokalisation. Sie beschreibe auch Einschränkungen der Konzentration und des Gedächtnisses, die linke Körperseite sei taub und die Kraft sei dort zum Teil etwas eingeschränkt. Die Patientin sei ausserordentlich empfindlich auf Geräusche und visuelle Reize, sodass es zu einem ausgeprägten sozialen Rückzug gekommen sei, in den sie auch ihr soziales Umfeld miteinbezogen habe. Die zwei Kinder hätten sich an die Einschränkungen der Mutter gewöhnt und würden dementsprechend Geräusche und Kälteeinflüsse auf die Patientin vermeiden. Die Patientin sei in den Haushaltsarbeiten zum Teil auf die Unterstützung ihrer Eltern angewiesen. Auch habe sie sportliche Aktivitäten während der kalten Jahreszeit wegen ihrer ausgeprägten Kälteempfindlichkeit deutlich reduzieren müssen. In der aktuellen klinisch-neurologischen Untersuchung zeige die Patientin eine ausserordentliche Empfindlichkeit auf banale Umgebungsgeräusche, es werde eine durchgehende Hypästhesie für Berührung und Schmerz an der linken Körperhälfte unter Einschluss des Rumpfes angegeben, die 2-Punktgediskrimination sei am Zeigefinger palmar beidseits aber normal, sodass dieses sensible Hemisyndrom links nicht objektiviert werden könne. Eine eindeutige motorische Einschränkung im Sinne einer Parese oder pyramidaler Zeichen lasse sich nicht nachweisen. Der Händedruck links werde zwar etwas vermindert ausgeführt, die Fingerflexion sei aber links kräftig, es bestünden keine Hinweise für eine zentralnervös oder peripher-neurogen bedingte Läsion als Ursache dieser sensomotorischen Beeinträchtigungen.

Zusammenfassend müsse aus neurologischer Sicht festgehalten werden, dass man die Beschwerden der Patientin nicht klar diagnostisch zuordnen könne. Dies gehe bereits aus den ärztlichen Berichten hervor. Auch die psychiatrischen Diagnosen seien von den behandelnden Ärzten zum Teil wechselhaft beschrieben worden. Dieser Aspekt werde im parallel erstellten Gutachten von Dr. med. H.\_\_\_\_ diskutiert. Aus neurologischer Sicht seien die Beschwerden als atypische Gesichtsschmerzen oder als Trigeminusneuralgie beschrieben worden. Zum Teil sei dann auch von einer orofazialen Migräne oder von einem Medikamentenübergebrauchskopfschmerz berichtet worden. Dem letzten vorliegenden Bericht der behandelnden Neurologen am L.\_\_\_\_ könne diagnostisch ein atypischer Gesichtsschmerz mit bilateralen neuralgiformen Schmerzen entnommen werden. Die Diagnose einer orofazialen Migräne könne aktuell nicht näher diskutiert werden, diese Diagnose sei weder in der Medline noch in der internationalen Klassifikation der Kopfschmerzen aus dem Jahr 2013 aufgeführt. Die Diagnose einer Trigeminusneuralgie

könne bei der Patientin gemäss den aktuellen Kriterien der internationalen Kopfwehgesellschaft aus dem Jahr 2013 nicht gestellt werden, weil es sich hierbei definitionsgemäss um einen unilateralen Gesichtsschmerz handle, was bei der Explorandin nicht der Fall sei. Sie beschreibe einen bilateralen Dauerschmerz in der unteren Gesichtshälfte sowie darauf überlagert bilaterale einschliessende blitzartige sehr starke Schmerzen. Auch die Diagnose eines atypischen Gesichtsschmerzes könne gemäss den aktuellen diagnostischen Kriterien der internationalen Kopfwehgesellschaft aus dem Jahr 2013 nicht gestellt werden, weil es sich hierbei um einen mindestens zwei Stunden pro Tag dauernden anhaltenden dumpfen Gesichtsschmerz handle, bei dem die neurologische Untersuchung normal sein müsse. Diese diagnostischen Voraussetzungen seien bei der Patientin nicht erfüllt. Auch die in den aktuellen diagnostischen Kriterien enthaltene Diagnose eines Gesichtsschmerzes aufgrund einer Trigemini-neuropathie könne nicht gestellt werden, weil bei der Explorandin keine Ursache für eine solche Hirnnervenläsion bekannt sei. Das im Jahr 2014 erstellte MRI des Kopfes sei normal ausgefallen. Die klinisch-neurologischen Untersuchungsbefunde im Rahmen der verschiedenen Untersuchungen seien nicht konsistent gewesen, beispielsweise in Bezug auf die sensomotorische Hemisymptomatik links. Die aktuelle neurologische Untersuchung ergebe ein sensibel betontes Hemisyndrom links, welches aber nicht objektiviert werden könne. Dementsprechend sei es sehr wahrscheinlich als funktionell einzustufen im Rahmen der chronischen Schmerzproblematik. Die aktuelle klinisch-neurologische Untersuchung zeige an sich nur ein minimales Residuum der abgelaufenen peripheren Gesichtsschwäche links im Sinne eines diskret abgeschwächten Augenschlusses links. Die Prognose der Fazialisparese postpartal sei gemäss der Literatur durchaus günstig. Bezüglich der Fragestellung des Auftretens von Gesichtsschmerzen in der Schwangerschaft lasse sich in der Literatur keine klare Aussage erhalten. Aktuell könne bei der Patientin aber dafür zweifelsfrei die Diagnose eines Medikamentenüberkonsumkopfschmerzes gestellt werden aufgrund der täglichen Einnahme von Ponstan und Targin, welches ein Opiat enthalte. Diese beiden Substanzen könnten zweifelsohne zu einer Chronifizierung der Schmerzen im Gesicht beitragen. Ausserdem könne aufgrund der Anamnese und der Aktenlage eindeutig festgehalten werden, dass die Beschwerden der Patientin Anfang 2014 zugenommen hätten, als sie ihr Arbeitspensum auf 80 % zu steigern versucht habe. Auch sei die aktuelle soziale Situation der Explorandin durchaus schwierig, sie habe sich sozial stark zurückgezogen. Psychosoziale Faktoren seien dementsprechend als verstärkend für die Schmerzproblematik anzusehen. Es könne aktuell die Diagnose einer chronischen Migräne nicht gestellt werden, weil man die Beschwerden der Patientin nicht eindeutig einer Migräne mit oder ohne Aura zuordnen könne. Somit könnten die Beschwerden der Patientin nicht ohne weiteres aus neurologischer Sicht diagnostisch zugeordnet werden. Die am besten zu stellende Diagnose bestehe im Medikamentenübergebrauchkopfschmerz. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit resultiere bei der Patientin ganz überwiegend aus ihren subjektiv wahrgenommenen Beschwerden aufgrund der Schmerzen und des in der Folge eingetretenen sozialen Rückzuges. Objektiv könnten diese Beschwerden nicht nachvollzogen werden, weil aktuell keine sicher objektivierbaren sensomotorischen Ausfälle bestünden. Es dürfte sich somit sehr wahrscheinlich um einen primären oder nicht symptomatischen und somit prinzipiell nicht gefährlichen Schmerz im Gesichtsbereich handeln. Dafür spreche zweifelsohne auch die durchgeführte und normal ausgefallene MRI-Untersuchung des Kopfes. Vor diesem Hintergrund könne die aktuell bestehende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus neurologischer Sicht nicht nachvollzogen werden.

Die Gesichtsschmerzen führten aktuell aus neurologischer Sicht zu einer Reduktion des zumutbaren zeitlichen Arbeitspensums von 20 %. Für das verbleibende zumutbare zeitliche Pensum von 80 % bestehe dann keine weitere Einschränkung der Leistungsfähigkeit. Gesamthaft resultiere somit aktuell aus neurologischer Sicht eine zumutbare Arbeitsfähigkeit für die bestehende Tätigkeit von 80 %. Die bestehende Tätigkeit erfolge im Büro und sei somit als leicht und vorwiegend sitzend einzuschätzen, was durchaus sinnvoll erscheine in Anbetracht der Beschwerden der Explorandin. Für eine andere Tätigkeit sei nicht von einer höheren zumutbaren Arbeitsfähigkeit auszugehen, die aktuelle Arbeit sei als gut angepasst einzustufen. Diese aktuelle neurologische Einschätzung der Arbeitsfähigkeit weiche von den Beurteilungen der vorbehandelnden Ärzte zum Teil ab, was auf die Übernahme der subjektiven Beeinträchtigung der Explorandin durch die vorbehandelnden Ärzte zurückgeführt werde. Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus ärztlicher Sicht sollte sich aber nicht nur auf die subjektiven Angaben der Explorandin abstützen, sondern auch objektive Parameter miteinbeziehen.

Die Fragen wurden dahingehend beantwortet, aktuell könne aus neurologischer Sicht kein objektivierbarer gesundheitlicher Schaden festgestellt werden, die im neurologischen Status zu erhebende sensomotorische Hemisymptomatik links lasse sich nicht objektivieren. Die Gesundheitsschädigung bestehe aus neurologischer Sicht im Wesentlichen in den chronischen und zusätzlich paroxysmal einschliessenden Gesichtsschmerzen, welche man diagnostisch nicht ohne weiteres zuordnen könne. Es bestünden zweifelsohne schwierige psychosoziale Faktoren. Ein deutlicher sozialer Rückzug sei bei der Patientin festzustellen aufgrund ihrer ausserordentlichen Empfindlichkeit auf zahlreiche und ganz unterschiedliche Umgebungsreize. Ausschlussgründe wie Aggravation und ähnliche Erscheinungen liessen sich aktuell aufgrund der neurologischen Untersuchung nicht feststellen. Aufgrund der aktuellen objektiv gesehen normalen klinisch-neurologischen Untersuchung seien die somatischen Ressourcen der Patientin aus neurologischer Sicht als durchaus intakt einzustufen. Die subjektiv wahrgenommenen Beeinträchtigungen aufgrund der Gesichtsschmerzen seien demgegenüber aber erheblich. Zu den Wechselwirkungen der gestellten Diagnosen wurde ausgeführt, die zwei genannten Diagnosen mit und ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zeigten bei der Patientin insofern eine gewisse Wechselwirkung, als die Gesichtsschwäche links offenbar bei Müdigkeit zunehme und sich gleichzeitig auch die Gesichtsschmerzen verstärkten. Die Gesichtsschwäche links habe aber keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, sodass auch diese Wechselwirkung an sich für die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus neurologischer Sicht nicht von Bedeutung sei. In Anbetracht der nicht eindeutig zu stellenden Diagnose der Gesichtsschmerzen sei auch die Behandlung nicht sicher zu beurteilen im Hinblick auf ihre Richtigkeit. Aktuell bestehe zusätzlich das Problem eines Medikamentenübergebrauchskopfschmerzes, der an sich therapeutisch zugänglich wäre. Die Kooperation der Patientin sei als schwierig einzustufen. In Anbetracht des Medikamentenübergebrauchskopfschmerzes wäre an sich eine Analgetika-Entzugsbehandlung durchaus sinnvoll. Aufgrund des hochgradig chronifizierten Verlaufs bei der Patientin sei die Prognose diesbezüglich aber als nicht sehr günstig einzustufen. Der Arbeitsversuch bei der Augenklinik I. \_\_\_ sei an sich mit einem Pensum von aktuell 30 % geglückt, ein höheres Pensum sei der Patientin aufgrund ihrer Beschwerden nicht möglich. Die Probleme bei der Eingliederung seien durch die Gesichtsschmerzen sowie die ausserordentliche Empfindlichkeit der Patientin auf diverse Umweltreize bedingt. Ein grösseres Pensum als aktuell 30 % sei der Patientin im Rahmen des Arbeitsversuches offensichtlich nicht möglich gewesen. Diese Einschätzung der

Arbeitsfähigkeit entspreche aber ausschliesslich der subjektiven Wahrnehmung der Patientin. Aus neurologischer Sicht seien Eingliederungsmassnahmen per sofort zumutbar.

Zum Vergleich mit dem Aktivitätenniveau vor Eintritt der Gesundheitsschädigung wurde angegeben, dieser Vergleich sei nicht ganz einfach anzustellen, weil die Patientin an sich zumeist in einem Pensum von 30 bis 40 % gearbeitet habe. Als sie dieses Pensum nach der Scheidung im März 2014 auf 80 % habe steigern wollen, sei es zu einer deutlichen Zunahme der Gesichtsschmerzen und einem regelrechten psychophysischen Zusammenbruch gekommen, welcher schliesslich vorübergehend zu einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit geführt habe. Aktuell arbeite die Patientin wiederum 30 %, was somit nicht wesentlich unter ihrem 40%igen Arbeitspensum liege, wie es bis zum März 2014 bestanden habe. Das private Aktivitätenniveau sei aktuell deutlich eingeschränkt. Es lasse sich nicht genau mit dem früheren Aktivitätenniveau vergleichen. Andererseits müsse festgestellt werden, dass die Gesichtsschmerzen zweifelsohne einem chronischen Problem entsprächen, welches sich im Jahr 2000 erstmals manifestiert habe und dann seit der zweiten Schwangerschaft im Jahr 2004 anhaltend bestehe. Die Patientin habe zahlreiche vor allem antidepressive Medikamente nicht vertragen, ausserdem sei es ihr auf Grund ihrer ausserordentlichen Geräuschüberempfindlichkeit nicht möglich, eine stationäre Rehabilitation durchzuführen. Diesbezüglich ergäben sich somit in der Tat gewisse Zweifel an der Therapiemotivation der Explorandin. Eine krankheitsbedingte Unfähigkeit zur Therapieadhärenz lasse sich aktuell aus neurologischer Sicht nicht feststellen.

Zur Arbeitsfähigkeit wurde abschliessend festgehalten, die Explorandin sei in der Vergangenheit von den behandelnden Ärzten zu durchschnittlich 50 bis 100 % arbeitsunfähig erklärt worden. Diese Einschätzungen basierten ausschliesslich auf den subjektiven Beschwerden der Patientin in Form von Gesichtsschmerzen. Retrospektiv könne man diese Einschätzung nicht anders vornehmen. Aktuell bestehe bei der Explorandin aus neurologischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 80 % für ihre angestammte Tätigkeit und allfällige Verweistätigkeiten. Die bisherige Tätigkeit im Kontrollwesen werde ausschliesslich im Büro ausgeübt und entspreche somit einer körperlich leichten Tätigkeit, die vorwiegend im Sitzen ausgeführt werde. Diese Tätigkeit sei für ihre Gesichtsschmerzen als optimal angepasst einzustufen. Dementsprechend bestehe für diese Tätigkeit aktuell aus neurologischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 80 % ohne weitere Einschränkung der Leistungsfähigkeit.

Gestützt auf die interdisziplinäre Besprechung mit Dr. med. H. \_\_\_ vom 22. Februar 2016 bestehe aktuell aus neurologischer und psychiatrischer Sicht gesamthaft eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von maximal 20 % für die angestammte Tätigkeit und allfällige Verweistätigkeiten (IV-Nr. 67 S. 18 ff).

3.20.2 Aus dem versicherungspsychiatrischen Gutachten von Dr. med. H. \_\_\_ vom 22. Februar 2016 geht hervor, dass die Beschwerdeführerin am 10. Dezember 2015 untersucht und begutachtet wurde. Der psychiatrische Gutachter konnte keine eigenständige krankheitswertige psychische Störung diagnostizieren. Zu den Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit machte er folgende Angaben: «Vordiagnostiziert: Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion (ICD-10 F43.2 [2014]), mittelgradige depressive Episode F32, aus versicherungspsychiatrischer Sicht diskussionsbedürftig, jedenfalls aktuell remittiert; keine anderweitige primär psychische Störung aus den Kapiteln ICD-10 F4 oder ICD-10 F6». Im Rahmen der Beurteilung und Prognose wurde im Wesentlichen ausgeführt, die Explorandin habe in der aktuellen Untersuchung keinen

Zweifel daran gelassen, dass sie an einer neurologischen Erkrankung leide. Sie habe eine Facialisparese erlitten und es bestehe eine Trigeminusneuralgie. Als im Urteil des neurologisch erfahrenen Psychiaters die Schilderung der akuten Schmerzentwicklung nach bestimmten triggernden Faktoren auch an einen Cluster-Kopfschmerz hätten denken lassen, sei am Vorliegen einer irgendwie gearteten neurologischen Erkrankung als Ursache für die erlittenen und berichteten Schmerzen nicht gezweifelt worden. Hier sei die suggestive Überzeugungskraft der Explorandin sehr gross gewesen, keinen Zweifel daran aufkommen zu lassen, dass sie schon in den vergangenen Jahren die Arbeitsleistung wegen ihrer Erkrankungen eigentlich nicht hätte erbringen können. Nach dem Verlust des früheren «Nischenarbeitsplatzes» mache sie nun erst recht eine Einschränkung geltend. Ausserdem habe die Explorandin, die über viele Jahre in der Verwaltung und in der Klinik B.\_\_\_\_ mitgearbeitet habe, keinen Zweifel daran gelassen, dass sie nicht primär an einer psychischen Erkrankung leide. Aufgrund der Schmerzen und der Schlafstörungen sowie der Stress-assoziierten Schmerzverstärkung könne sie sich teilweise schlecht konzentrieren und teilweise schlecht schlafen. Auch sei sie in ihren Freiheitsgraden eingeschränkt und habe gewisse Beschäftigungen und Aktivitäten zu vermeiden. Eine eigenständige psychiatrische Erkrankung sehe sie jedoch nicht als Ursache dafür an. Es seien vielmehr die Schmerzen und die Sorge, es würde eine neue Schmerzattacke getriggert. Zugluft, Kälte und Geräusche würden bei ihr teilweise direkt eine «Trigeminusneuralgie» auslösen. Allenfalls sei von einer «leichten Depression» oder einer «depressiven Reaktion» gesprochen worden, die sie auch in psychiatrische Behandlung geführt habe. Gleichwohl gehe es bei der aktuell behandelnden Psychiaterin Dr. med. S.\_\_\_\_ primär um die Schmerzverarbeitung, dies vor allem vor dem Hintergrund der Verarbeitung der Kindheit und der belastenden Arbeitsplatzproblematik der vergangenen Jahre. Nun auch noch eine «Depression» diagnostiziert zu bekommen, bereite ihr Mühe. In der Zusammenschau der Unterlagen und der persönlichen Einsicht in das fachärztliche neurologische Gutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_ nach persönlicher Untersuchung vom 17. Dezember 2015 müsse allerdings festgestellt werden, dass als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein Gesichtsschmerz unklarer Ätiologie ICD-10 F51 mit aktuellem Medikamentenüberkonsumkopfschmerz mit Targin und Ponstan ICD-10 G44.4 angegeben werde. Dadurch sei die Arbeitsfähigkeit aus neurologischer Sicht um 20 % gemindert. In diesem Sinn werde keine spezifische Erkrankung im Sinne einer Trigeminusneuralgie oder eines Cluster-Kopfschmerzes genannt und die Minderung der zumutbaren medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit als deutlich geringer angesehen, als dies aus den vorliegenden ärztlichen Unterlagen der Behandler seit dem Jahr 2014 hervorgehe und auch die Explorandin selbst suggeriere.

Der psychiatrische Gutachter hielt im Weiteren fest, es sei festzustellen, dass die zuvor behandelnden und begutachtenden Fachärzte für Psychiatrie (ebenso wie Ärzte anderer Fachrichtungen) allenfalls eine Diagnose aus dem Spektrum depressiver Störungen gestellt hätten, zunächst als Anpassungsstörung F43 codiert, später dann als depressive Episode angesehen. Es sei zu diskutieren, ob die Explorandin jemals im Hinblick auf Ausmass und Dauer ein derartig ausgeprägtes depressives Syndrom erlitten habe, dass dies nicht mehr in einer Diagnosestellung «Anpassungsstörung» zu subsumieren gewesen wäre, vielmehr habe Dr. med. S.\_\_\_\_ die Diagnose einer eigenständigen affektiven Störung gestellt. Unabhängig von den auslösenden Faktoren der Triggerung dieser depressiven Symptomatik durch Stressfaktoren, Arbeitsplatzbelastung, alleinerziehende Mutter, Schmerzen im Gesichtsbereich und Arbeitsplatzverlust werde rein an der Ausprägung und Dauer der Symptomatik davon ausgegangen, dass die Explorandin ein depressives Syndrom mit

Krankheitswert erlitten habe. Hier sei allerdings festzustellen, dass eine derartige eigenständige affektive Störung prognostisch als sehr günstig eingeschätzt werden könne, einer sehr guten Behandlung zugänglich sei und keine Minderung der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit auf Dauer nach sich ziehe. Zur Behandlung wäre bei Vorliegen einer affektiven Episode einer depressiven Erkrankung eindeutig neben der psychotherapeutischen Führung eine antidepressive Medikation vorzusehen. Hierzu habe die Explorandin angegeben, in ihrem Leben sowohl eine antidepressive Substanz als auch Trazodon wegen unerwünschter Wirkungen nicht vertragen zu haben und deshalb auch in den vergangenen Monaten abgesehen vom schlafregulierenden Zolpidem am Abend keine Psychopharmakotherapie eingenommen zu haben. Gleichwohl habe sich das depressive Syndrom deutlich gebessert, da in der aktuellen Untersuchung ein solches eindeutig nicht vorgelegen sei, die Explorandin vielmehr adäquat gewesen sei, auslenkbar und selbstsicher, von Freudfähigkeit, Interessen und Aktivitäten berichtet habe, die man als normal bezeichnen könne. Sie selbst habe auch angegeben, sich zum Beispiel an den Aktivitäten mit ihren Töchtern zu erfreuen und dann auch die Kraft und Energie zu haben, das Leben möglichst normal führen zu wollen. Sie sei lediglich durch die erwähnten Gesichtsschmerzen eingeschränkt. Es sei jedoch nicht möglich, die Gesichtsschmerzen als ausschliessliche Symptomatik einer depressiven Episode anzusehen, währenddessen inzwischen alle anderen typischen Symptome oder auch untypischen somatischen Symptome verschwunden seien. Es sei vielmehr aus der gutachterlichen Sicht zu diskutieren, ob jemals tatsächlich die Erstmanifestation einer depressiven Episode ICD-10 F32 aufgetreten sei. Der Gutachter folge dieser Einschätzung nicht. Wenn jedoch im Hinblick auf die zeitweise und vorübergehende Ausprägung der Symptomatik rein deskriptiv diese Diagnose jemals zu stellen gewesen sei, wie es Dr. med. S.\_\_\_\_ getan habe, dann wäre hier von einer Remission in der Zwischenzeit unter der stattfindenden adäquaten fachärztlichen Behandlung (und dabei noch dazu unter Auslassen einer antidepressiven Medikation) auszugehen. Aus versicherungspsychiatrischer Sicht weise die Explorandin also keine andauernde und durchgehende depressive Erkrankung auf, weder eine jahrelange Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion, die gemäss ICD-10 maximal bis zu zwei Jahren anhalten könnte, noch eine ausgeprägtere depressive Symptomatik, welche die Diagnosestellung einer depressiven Episode aktuell rechtfertigen würde. Entsprechend leite sich hieraus auch keine Minderung der Arbeitsfähigkeit ab.

Dr. med. H.\_\_\_\_ führte sodann aus, abgesehen von einem Arztbericht (als sich die Explorandin auf die Notfallstation [...] begeben habe), in welchem eine Hyperventilation und Panik beschrieben worden sei, was als solches den Beschrieb der Symptome wiedergebe und nicht eine Diagnose einer eigenständigen psychiatrischen Erkrankung darstelle, seien in den vorliegenden Unterlagen keine anderen Diagnosen vergeben worden. Die Explorandin leide nicht an einer spezifischen Angststörung, sie habe z.B. keine Aktivitäten angegeben, die sie generell vermeiden müsse. Sie habe allenfalls eine gewisse Vermeidung im Zusammenhang mit triggernden Faktoren angegeben (Lärm, Zugluft oder Kälte), insgesamt habe sich aber keine agoraphobe und keine soziophobe Symptomatik eruieren lassen, auch seien die beschriebenen «Schmerzattacken» zu sehr auf den Gesichtsschmerzbereich bezogen, als dass hier von der alleinigen Symptomatik einer Panikstörung ausgegangen werden müsste. Ebenfalls sei bei der Explorandin keine andauernde somatoforme Schmerzstörung zu beschreiben, da sie weder aus der Kindheit und Jugend derartige anhaltende psychosoziale Belastungen, Traumatisierungen oder Übergriffe beschrieben habe noch aus der Zeit vor dem Auftreten der Schmerzen. Eine

derartige Diagnose sei bisher von keinem einzigen Behandler gestellt worden. Ebenfalls erleide die Explorandin keine konversionsneurotische Symptomatik.

Schliesslich seien auch die Kriterien für das Vorliegen einer spezifischen Persönlichkeitsstörung nicht als überschwellig zu betrachten. Die Explorandin habe zwar deutliche Anteile histrionischen Verhaltens in der aktuellen Untersuchung aufgewiesen, sie habe dabei sehr suggestiv auf ihr Anliegen hingewiesen und auch deutlich zu erkennen gegeben, wie sehr sie unter den Beschwerden leide, als sie den Gutachter ultimativ aufgefordert habe, sofort das Streichen mit der Hand durch den Bart zu unterlassen, da dieses Geräusch bei ihr eine «Trigeminusneuralgie» auslösen könne. Insgesamt seien jedoch im Hinblick auf die Vorgeschichte, auf die berufliche Tätigkeit und auch auf die sonstigen sozialen Kontakte und die familiäre Situation die Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung gemäss ICD-10 nicht erfüllt. Auch habe die Explorandin keinesfalls angegeben, unter ihren Persönlichkeitseigenschaften zu leiden. Eine hier differentialdiagnostisch diskutierte histrionische Persönlichkeitsstörung ICD-10 F60.4 werde deshalb ebenfalls nicht in Betracht gezogen.

Es sei darauf hinzuweisen, dass eindeutig krankheitsfremde Faktoren eine wichtige Rolle dafür spielten, dass die Explorandin aktuell nur eine sehr bescheidene Tätigkeit ausübe, die offensichtlich nicht für ihren Lebensunterhalt ausreiche. Deutlich sei die Enttäuschung über den früheren Arbeitgeber geworden, die Kränkung über den Verlauf im Jahr 2014. Die Explorandin habe angegeben, über einen Zeitraum von etwa 17 Jahren für die Klinik B.\_\_\_\_ wesentlich an deren Aufstieg und Vergrösserung mitgearbeitet zu haben. Sie habe als Arztsekretärin angefangen und später die gesamte Patientenadministration betreut. Dabei habe sie zu 40 % gearbeitet, als sie kleine Kinder gehabt habe. Das Arbeitspensum sei dann nach der Trennung vom Ehemann im Jahr 2012 und der erfolgten Scheidung im Jahr 2013 auf 80 % aufgestockt worden. Ein neuer Vorgesetzter habe dann ihre Arbeitsweise, die sehr auf die wiederholt auftretenden Trigeminusneuralgien angepasst gewesen sei, nicht mehr honoriert, sondern mehr an Arbeitsleistung gefordert. Auch als sie dann wichtige Aufgaben abgegeben und das Arbeitspensum offiziell auf 40 % reduziert habe, seien auch noch sämtliche zuvor erbrachten Arbeitsleistungen eingefordert worden, sodass sie dann unter den Stressfaktoren, einem regelrechten Mobbing, und unter dem Gefühl, ihre Arbeitsleistung werde nicht anerkannt, vermehrt Kopfschmerzen erlitten habe. Schliesslich sei sie zu 50 % und ab November 2014 zu 100 % krankgeschrieben worden. Diese Faktoren, die als Arbeitsplatzkonflikt zu bezeichnen seien, und die deutliche Kränkung, nicht wertgeschätzt worden zu sein, was durch die inzwischen erfolgte Auflösung des Arbeitsvertrages noch verstärkt worden sei, seien als deutliche krankheitsfremde Faktoren zu benennen, die am Umstand, aktuell keine Arbeitstätigkeit auszuüben, mitbeteiligt seien.

Der Gutachter wies darauf hin, er unterstelle der Explorandin weder Simulation noch Aggravation oder bewusste Invorteilnahme von Versicherungsleistungen. Sie leide vielmehr offensichtlich nachvollziehbar an Gesichtsschmerzen und an den nachfolgenden Beschwerden, z.B. der Schlafstörung oder auch gewissen Einschränkungen ihrer Alltagsaktivitäten durch die Schmerzen oder in der Verhinderung der Triggerung von Schmerzen. Hierbei handle es sich jedoch nicht um die Symptomatik einer primär psychischen Störung, sondern es seien normal-psychologische Verhaltensweisen zu erkennen, die sich im Wechselspiel der subjektiv wahrgenommenen Beschwerden der Schmerzen und der Belastungsfaktoren, der Trennung und der Arbeitsplatzbelastungen ergeben hätten. So sei auch die vertretene Meinung, aufgrund der Schmerzen Leistungen

von Versicherungen als Ausgleich zu Gute zu haben, als nachvollziehbar normal-psychologisch und verständlich und nicht als vorsätzlich zu beschreiben. Gleichwohl werde eine Instrumentalisierung des Fachgebietes der Psychiatrie abgelehnt, hier nun etwa bei der Explorandin eine ausgeprägte Symptomatik einer eigenständigen psychiatrischen Erkrankung anzunehmen, um ihr bei unklarer neurologischer Situation mit unspezifischem Gesichtsschmerz zum Beispiel eine Leistung der Versicherung zum Lebensunterhalt zukommen zu lassen. Nur am Rande sei erwähnt, dass die Explorandin angegeben habe, auch Belastungen zu unterliegen, die mit der Erziehung ihrer 12- und 14-jährigen Töchter zu tun hätten, es als alleinerziehende Mutter parallel nicht zu schaffen, voll arbeiten zu gehen, was selbstverständlich krankheitsfremde psychosoziale Faktoren seien, die einer jeden allein erziehenden Mutter nach Trennung und Scheidung vom Partner ebenso passieren würden.

In der Zusammenschau rechtfertige die psychische Beschwerdeschilderung ■ insbesondere, da keine explizite Diagnose gemäss ICD-10 einer eigenständigen psychiatrischen Erkrankung genannt werden könne ■ allenfalls eine Minderung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit um 10 % bis maximal 20 %, was der Einschätzung des Facharztes für Neurologie, Dr. med. G. \_\_\_\_, entspreche. Die beiden Minderungen der Arbeitsfähigkeit seien allerdings im versicherungsmedizinischen Denken nicht zu kumulieren. Somit sei in der interdisziplinären neurologischen und psychiatrischen Einschätzung (Konsensbesprechung vom 22. Februar 2016) festzustellen, dass die Explorandin an unspezifischen Gesichtsschmerzen sowie einem Medikamentenüberdosiskopfschmerz leide, allerdings aktuell eine anderweitige eigenständige Diagnosestellung im neurologischen Fachgebiet wie auch im psychiatrischen Fachgebiet nicht nachvollzogen werden könne. Es leite sich darauf interdisziplinär lediglich eine Minderung der zumutbaren medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit als Leiterin Patientenadministration/Arztsekretärin um 10 % bis maximal 20 % ab (IV-Nr. 66 S. 19 ff.).

3.21 Dr. med. P. \_\_\_\_, hielt in ihrer Stellungnahme vom 15. März 2016 zum vorerwähnten bidisziplinären Gutachten fest, sie kenne die Patientin seit vielen Jahren. Sie sei eine sehr pflichtbewusste Person, die zum Teil unter stärksten Schmerzen noch arbeiten gehe. In der Lage zu sein, einer Arbeit nachzugehen, sei für sie äusserst wichtig. Durch die starken Schmerzen und die daraus resultierende Arbeitsreduktion sei die Patientin depressiv geworden. Damit sie ihrer Tätigkeit nachgehen könne, müsse sie täglich sehr starke Medikamente einnehmen (Morphine). Die Patientin würde, wenn es ihr besser ginge, noch so gerne ihr Arbeitspensum deutlich erhöhen und habe dies auch immer wieder versucht. Das Resultat sei jedoch eine Verschärfung der Schmerzen gewesen (IV-Nr. 72 S. 3).

3.22 In seiner Stellungnahme vom 24. März 2016 zum vorerwähnten bidisziplinären Gutachten hielt das L. \_\_\_\_, Klinik für Neurologie (Dr. med. M. \_\_\_\_) fest, die Diagnose des Medikamentenübergebrauchskopfschmerzes spiele bei der Patientin allenfalls eine sehr untergeordnete Rolle. Vor der Exazerbation der Schmerzen im Jahr 2014 habe die Patientin nur Neurontin, jedoch keinerlei Analgetika eingenommen. Auch zwischenzeitlich sei es so, dass die Patientin nur dann vermehrt Analgetika einnehme, wenn dies mit den behandelnden Ärzten so vereinbart worden sei. Insgesamt würden die Beschwerden auch bei Unterbrüchen bzw. einer Reduktion der analgetischen Medikation (z.B. ab Mai 2015) nicht geringer. Somit sei die Diagnose insgesamt in Frage zu stellen. Vor allem aber bestünden diesbezüglich keine erfolgversprechenden Behandlungsoptionen. Im Weiteren erfüllten die von der Patientin geschilderten Beschwerden die Kriterien der ICHD III beta

für atypischen Gesichtsschmerz. Die Behandlungsoptionen seien begrenzt. Sodann werde eine verhaltensneurotisch-neuropsychologische Abklärung von Dr. med. O.\_\_\_\_ vom 10. September 2014 erwähnt, in welcher eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit erwähnt worden sei. Ohne dass in der gutachterlichen Untersuchung eine neuropsychologische Untersuchung durchgeführt worden sei, sei dies letztlich bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in der Zusammenfassung nicht weiter berücksichtigt worden. Da dies jedoch einen erheblichen Anteil an der Arbeitsunfähigkeit ausmache, werde unbedingt empfohlen, diesen Befunden weiter nachzugehen und gegebenenfalls eine neuropsychologische Begutachtung zu ergänzen. Zur Therapiemotivation wurde angegeben, die Patientin habe multiple Behandlungsversuche durchgeführt. Dabei habe man keine Probleme bei der Kooperation oder Therapiemotivation feststellen können. Sie sei jederzeit offen für neue Therapieversuche gewesen, die sie bis an die Verträglichkeitsgrenze ausdosiert habe. Das bestehende Gutachten müsse in den oben erwähnten Punkten ergänzt bzw. revidiert werden (IV-Nr. 73).

3.23 Dr. med. U.\_\_\_\_ äusserte sich in seiner Stellungnahme vom 30. März 2016 dahingehend, den Ausführungen des neurologischen Gutachters könne in Bezug auf Anamnese und Befund soweit zugestimmt werden. Im neurologischen Status sei eine sensomotorische Hemisymptomatik zu erheben. Wenn sie sich im Status erheben lasse, sei es unverständlich, weshalb sie nicht objektiviert werden könne. Ein Befund sei doch da und die Sensibilität könne nun mal nur mit der Kooperation der Patientin erhoben werden. Eine leichte Facialis-Restparese sei in unterschiedlichem Masse festzustellen, bei Müdigkeit deutlich ausgeprägter als nach Ruhe. Die chronischen, paroxysmal einschliessenden Gesichtsschmerzen würden vom Charakter und vom Ausbreitungsgebiet her eindeutig einer Trigeminusneuralgie entsprechen und könnten somit wohl zugeordnet werden. Richtigerweise werde festgehalten, dass keine Aggravation bestehe. Anlässlich der Untersuchung habe die Patientin keine neuralgische Erscheinung gehabt, deshalb auch die milde Beurteilung der Folgen der Krankheit. In der Tat sei es aber so, dass wenn die einschliessenden Gesichtsschmerzen auftreten würden, die Patientin derart davon eingenommen werde, dass für eine gewisse Zeit ■ Minuten bis Stunden ■ absolut keine Aktivität mehr möglich sei. Es seien dann eine ausgeprägte Geräuschempfindlichkeit, Kopfschmerzen, Sehstörungen, Verschwinden der Gedanken, unmögliche Wahrnehmung des um sie stattfindenden Geschehens, eine maximale Muskelanspannung im ganzen Schultergürtel, ein absoluter Rückzugszwang in eine ruhige, dunkle Umgebung sowie teilweise Schwindel und Kreislaufstörungen vorhanden. Auslöser könnten Kleinigkeiten sein wie Geräusche, Temperatureinflüsse, Berührungen und Luftzirkulation, die jedoch nicht mit Konstanz einen Anfall produzierten, sodass es nie möglich sei, vorauszusagen, wann eine solcher ausgelöst werde. Immerhin seien die Gesichtsschmerzen derart, dass eine regelmässige Medikamenteneinnahme stattfinde, die aber nicht immer einen Anfall verhindern könne. Zudem bestehe eine starke chronische Müdigkeit, auch die Ermüdbarkeit sei erhöht, und bei Ermüdung würden die neuralgischen Schmerzen viel eher als in Ruhe auftreten. Immerhin sei unter Einfluss dieser Medikamente das Auftreten von Neuralgien reduziert worden. Es gelte auch zu unterscheiden zwischen dem neuralgischen Schmerz und den Kopfschmerzen, welche vielleicht medikamentös induziert seien. Somit sei aus den genannten Beschwerden bereits bei einem Pensum von 30 % eine Grenze erreicht, die beim Arbeitsversuch nicht habe überschritten werden können. Die Aussage, diese Einschätzung entspreche ausschliesslich der subjektiven Wahrnehmung der Patientin, stimme so nicht ganz, da diese Grenzen auch von Arbeitskollegen bzw. ■kolleginnen und von der Familie

und Freunden der Patientin beobachtet worden seien. Auch im privaten Leben sei die Führung eines normalen Haushaltes ohne fremde Hilfe nicht möglich. Somit entspreche die beschriebene Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von maximal 20 % nicht der Realität. Es müsse von einer Einschränkung von 70 % ausgegangen werden. Dass im psychiatrischen Teil des Gutachtens keine Diagnose gestellt worden sei und die vorgängig diagnostizierten Erkrankungen in Frage gestellt worden seien, sei sehr befremdend. Die psychiatrischen Tests vom 11. März 2016 hätten ein anderes Bild ergeben. Es finde sich immer noch eine Bestätigung der früher und aktuell diagnostizierten mittelgradigen depressiven Episode, die im Gegensatz zur Behauptung im Gutachten aktuell nicht remittiert und weiterhin behandlungsbedürftig sei, was eine weitere Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mit sich ziehe und zumindest eine Erklärung für die enorme Ermüdbarkeit der Patientin sei. Es bestehe eine mindestens 70%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 75).

3.24 In seiner Stellungnahme vom 25. April 2016 hielt der neurologische Gutachter Dr. med. G. \_\_\_ zum Schreiben des L. \_\_\_ (Dr. med. M. \_\_\_) vom 24. März 2016 fest, die Diagnosestellung durch diese Ärztin sei im aktenmässigen Verlauf nicht konsistent erfolgt. Am 1. Juli 2014 sei über einen atypischen Gesichtsschmerz berichtet worden und am 18. November 2014 über einen neuralgischen atypischen Gesichtsschmerz. Am 11. November 2015 sei ein atypischer Gesichtsschmerz mit bilateralen neuralgiformen Schmerzen und erneuter Exazerbation angegeben worden. Wichtig bezüglich der diagnostischen Zuordnung der Gesichtsschmerzen erscheine in diesem Zusammenhang besonders auch der Bericht aus der Q. \_\_\_ aus der Kopfschmerzsprechstunde vom 8. Januar 2015. In der Kopfschmerzsprechstunde sei jedenfalls weder die Diagnose einer Trigemineuralgie noch diejenige eines atypischen Gesichtsschmerzes bestätigt worden. In diesem Schreiben seien die Kopf- und Gesichtsschmerzen als nicht eindeutig klassifizierbar eingeschätzt worden. Die von Dr. med. M. \_\_\_ erwähnte Diagnose eines atypischen Gesichtsschmerzes mit dem Punkt 13.11 in der neuen Klassifikation aus dem Jahr 2013 werde von der Patientin insofern nicht erfüllt, als die neurologische Untersuchung bei ihr aktuell nicht normal sei. Sie zeige ■ wie im Gutachten vom 22. Februar 2016 erwähnt ■ diesbezüglich eindeutige Diskrepanzen besonders im Vergleich zu den vorgängigen neurologischen Untersuchungen. Diese Diskrepanzen seien von Dr. med. M. \_\_\_ nicht diskutiert worden. Sie würden aber gegen das Vorliegen einer klaren und eindeutigen neurologischen Diagnose sprechen. Die Patientin weise zahlreiche Verhaltensweisen auf wie die ausgesprochene und eindeutig ungewöhnliche Geräuschüberempfindlichkeit auch in der neurologischen Untersuchung, welche nicht auf eine Störung oder Diagnose aus dem neurologischen Fachgebiet zurückgeführt werden könne. Die Einwände von Dr. med. M. \_\_\_ seien insofern verständlich, als sie die Patientin bereits länger kenne und behandle. Aus objektiver neurologischer Sicht könnten aber die subjektiven Beschwerden der Patientin nur teilweise nachvollzogen werden. Dementsprechend sei im Gutachten durchaus eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert worden, wobei es für die Einschätzung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit aus neurologischer Sicht an sich unerheblich sei, ob die Kopf- und Gesichtsschmerzen jetzt mehr als atypischer Gesichtsschmerz oder mehr als Medikamentenübergebrauchskopfschmerz interpretiert würden. Im Übrigen könne rein formal an der Diagnose eines Medikamentenübergebrauchskopfschmerzes festgehalten werden, weil die Patientin die diesbezüglichen diagnostischen Kriterien erfülle. Eine neuropsychologische Untersuchung dürfte bei der Patientin aktuell mit den anhaltenden Schmerzen, der laufenden Medikation sowie der psychischen Problematik kaum

sinnvollerweise durchzuführen und zu interpretieren sein. Bei der immer noch relativ jungen Patientin mit einem normalen kranialen MRI sei das Vorliegen von organisch bedingten kognitiven Störungen prinzipiell unwahrscheinlich. Zur von Dr. med. M.\_\_\_\_ aufgeworfenen Frage der Therapiemotivation sei auf die Ausführungen im Gutachten zu verweisen. Die Patientin habe beispielsweise eine geplante stationäre Rehabilitation aus Gründen ihrer ausserordentlichen Geräuschempfindlichkeit vorzeitig abgebrochen, woraus auf eine eingeschränkte Therapiemotivation geschlossen werden könne. Aus neurologischer Sicht könne dieses Vorgehen jedenfalls nicht erklärt werden. Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus neurologischer Sicht habe sich an objektiven Gesichtspunkten zu orientieren und sollte nicht lediglich die subjektive Einschätzung der Patientin übernehmen. Die subjektiven Angaben der Patientin seien aber zu berücksichtigen, wie dies im Gutachten erfolgt sei.

Zum Schreiben von Dr. med. U.\_\_\_\_ vom 30. März 2016 nahm der neurologische Gutachter dahingehend Stellung, bei der Patientin stelle sich die Situation insofern speziell dar, als die Hemisymptomatik links aufgrund der Aktenlage nicht konsistent beschrieben worden sei. Zusätzlich finde sich bei der Patientin in der aktuellen gutachterlichen klinisch-neurologischen Untersuchung eine symmetrisch normale 2-Punktgediskrimination am Zeigefinger beidseits, was das Vorliegen einer organisch bedingten Hyposensibilität für Berührung ausschliesse. Aus diesem Grund sei die Hemisymptomatik als nicht objektivierbar und somit sehr wahrscheinlich nicht organisch bedingt eingestuft worden. Die von Dr. med. U.\_\_\_\_ geäusserte eindeutige Diagnose einer Trigeminusneuralgie könne - wie im neurologischen Gutachten ausgeführt - gemäss den internationalen Kriterien der Kopfwehklassifikation aus dem Jahr 2013 nicht gestellt werden, dies im Übrigen in Übereinstimmung mit den voruntersuchenden Neurologen am L.\_\_\_\_ und in der Kopfwehsprechstunde in [...]. Es sei aber sicher interessant zu sehen, wie die Beschwerden der Patientin von ihren behandelnden Ärzten diagnostisch unterschiedlich eingestuft würden (Trigeminusneuralgie durch Dr. med. U.\_\_\_\_, atypischer Gesichtsschmerz durch Dr. med. M.\_\_\_\_). Daraus ergebe sich klar, dass die genaue diagnostische Zuordnung der Beschwerden schwierig sei, wie dies im neurologischen Gutachten ausführlich begründet worden sei mit der Diagnose von Gesichtsschmerzen unklarer Ätiologie. Im Übrigen sei rein von der klinischen Erfahrung her das Auftreten einer Trigeminusneuralgie bei einer jungen Patientin ungewöhnlich und nicht vereinbar mit der Diagnose einer klassischen Trigeminusneuralgie. Hierbei müsste es sich dann eigentlich um eine symptomatische Trigeminusneuralgie handeln, welche aber bei der Patientin eben nicht vorliege bei einem normalen MRI des Kopfes. Auch das Vorliegen eines atypischen Kopfschmerzes sei bei jungen Patienten an sich ungewöhnlich, hiervon seien meistens Frauen im mittleren Lebensalter nach einem zahnärztlichen Eingriff betroffen. Die klassische Trigeminusneuralgie betreffe typischerweise Patienten jenseits des 50. Lebensjahres. Dr. med. U.\_\_\_\_ beschreibe ausführlich die zahlreichen Begleitsymptome der Patientin, die zusammen mit den Gesichtsschmerzen auftreten würden. Allein dieses bunte Beschwerdebild sei mit einer organisch-strukturellen neurologischen Störung nicht erklärbar. Gegen eine solche Erkrankung spreche auch die inkonstante Auflösbarkeit der Symptomatik, wie sie von Dr. med. U.\_\_\_\_ ebenfalls beschrieben werde. Wenn dieser die im Gutachten attestierte Arbeitsunfähigkeit von 20 % als aus der Luft gegriffen und niemals der Realität entsprechend einstufe, so gelte dies gleichermassen für seine attestierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 70 %. Schmerzen seien naturgemäss immer subjektiv und könnten von daher nicht objektiviert werden. Vor dem Hintergrund einer nur

schwer möglichen diagnostischen Zuordnung lasse sich naturgemäss auch die Beurteilung der Therapie, der Prognose und der Arbeitsfähigkeit nur erschwert vornehmen. Aus neurologischer Sicht könne festgehalten werden, dass die Beschwerden der Patientin durchaus zur Kenntnis und ernst genommen worden seien; dementsprechend sei eine gewisse Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert worden.

Zum Schreiben der (damaligen) Rechtsvertreterin der Patientin vom 31. März 2016 hielt der neurologische Gutachter fest, es sei aus neurologischer Sicht völlig unklar, welche weiteren diagnostischen Massnahmen bezüglich der Gesichtsschmerzen durchgeführt werden sollten. Die Patientin sei während Jahren bereits von verschiedenen Neurologen betreut worden, ohne dass von diesen zusätzliche diagnostische Massnahmen in die Wege geleitet worden seien. Die Rechtsvertreterin gebe auch nicht an, welche weiteren diagnostischen Massnahmen erfolgen sollten. Im Weiteren sei es nicht Aufgabe des neurologischen Gutachters, sämtliche Akten auch von anderen Fachgebieten zu bestellen. Dies betreffe namentlich neuropsychologische Untersuchungen, welche für die neurologische Beurteilung nicht von unmittelbarer Relevanz seien. Es erwecke gesamthaft einen etwas seltsamen Eindruck, dass die Patientin, die Hausärztin oder auch die Rechtsvertreterin offenbar über diverse Aktenstücke über verschiedene neuropsychologische Untersuchungen sowie über eine Abklärung einer Medikamentenunverträglichkeit verfügten, diese aber den Gutachtern nicht vorgelegt worden seien. Die Frage der Medikamentenunverträglichkeit sei im Übrigen aus neurologischer Sicht nicht unmittelbar relevant. Die Therapiemotivation sei wie erwähnt zweifelhaft. Zusammenfassend ergäben sich aufgrund der vorerwähnten Aktenstücke keine neuen Aspekte in der Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Explorandin aus neurologischer Sicht. Dementsprechend werde an den Ausführungen im neurologischen Gutachten vom 22. Februar 2016 festgehalten (IV-Nr. 82).

3.25 Der psychiatrische Gutachter Dr. med. H. \_\_\_ hielt in seiner Stellungnahme vom 17. Mai 2016 im Wesentlichen fest, die Explorandin sei zu jedem Zeitpunkt der persönlichen Untersuchung am 10. Dezember 2015 in ihren Beschwerdeschilderungen ernst genommen worden. Der Vorwurf, die Beschwerden seien ins Lächerliche gezogen worden, sei deutlich zurückzuweisen. Auf die Bitte der Explorandin hin habe er darauf verzichtet, sich mit der Hand durch den Bart zu fahren. Die Bemerkung, ob sie den Mann, der im Bahnhofwartesaal sitze und die Zeitung umgeblättert habe, gehört habe, sei von ihm nicht gemacht worden. Die weiteren Ausführungen der Explorandin versuchten, ihn zu diskreditieren und seine ärztliche psychiatrische Tätigkeit sogar zu hinterfragen. Dies sei energisch zurückzuweisen. Aus psychiatrischer Sicht dürfe das Beschwerdeschreiben vom 15. März 2016 eine Wertung erfahren als Ausdruck gewisser Persönlichkeitseigenschaften der Explorandin, die zwar keinen Krankheitswert hätten, aber doch den im Gutachten diskutierten emotional instabilen und konversionsneurotischen Eigenschaften zuzuordnen wären. In der klassischen Psychopathologie wären derartige Persönlichkeitseigenschaften als histrionisch bezeichnet worden. Dabei sei es nicht ungewöhnlich, dass sich betroffene Versicherte, die sich in einem Verwaltungsverfahren ungerecht behandelt fühlten, die objektiv berichtenden Gutachter zu diffamieren versuchten.

Zum Schreiben von Dr. med. P. \_\_\_ vom 15. März 2016 gab Dr. med. H. \_\_\_ an, dieses habe keine neuen Hinweise auf eine eigenständige primär psychische Störung ergeben. Dass die Explorandin seit vielen Jahren als pflichtbewusste Person bekannt sei, die zum Teil unter stärksten Schmerzen noch arbeiten gehe, und das in der Lage sein zu arbeiten für sie äusserst wichtig sei, stehe zur Aussage, dass die Explorandin keine eigenständige primär

psychische Störung erleide, nicht im Widerspruch. Auch keinen Widerspruch stelle die Beschreibung dar, sie sei depressiv geworden, wolle man hierunter eine gewisse traurige Verstimmung oder «Depressivität» verstehen, die jedoch eben nicht Ausdruck einer eigenständigen primär psychischen Störung sei. Hier sei im Gutachten ausgeführt worden, dass die Explorandin genügend andere Aktivitäten, Freudefähigkeit und Interessen neben ihrer Restarbeitstätigkeit aufweise, die zusätzlich zum persönlichen Untersuchungsbefund das Vorliegen einer derartig gravierenden depressiven Symptomatik (Anpassungsstörung oder aktuell sogar eine depressive Episode) ausschliessen würden.

Zum Bericht der Neurologie des L. \_\_\_ vom 24. März 2016 führte der psychiatrische Gutachter aus, dieser Bericht beschäftige sich zunächst mit dem «Medikamentenübergebrauchskopfschmerz» und mit der Klassifikation des «atypischen Gesichtsschmerzes». Der Hinweis auf die verhaltensneurologisch-neuropsychologische Abklärung vom 10. September 2014 könne nicht als Begründung einer anhaltenden hälftigen Minderung der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit aus Gründen einer primär psychischen Störung oder einer neuropsychologisch belegten Beeinträchtigung nachvollzogen werden. Grundsätzlich seien verhaltensneurologisch-neuropsychologische Abklärungen sehr genau im Hinblick auf ein sich einschleichendes Bias zu betrachten, sofern sie im Rahmen laufender versicherungsrechtlicher Auseinandersetzungen erhoben oder kontrolliert würden. Sehr leicht gingen hier motivationale und intentionale Faktoren ein, die dann in unterschiedlichen Untersuchungsinstrumenten Auffälligkeiten ergäben, die von in versicherungspsychiatrischen Fragestellungen unerfahrenen Neuropsychologen oder auch Ärzten unterschiedlicher Fachgebiete als angeblich objektivierte Beeinträchtigungen verkannt würden. Eine dann typisch vorzufindende Formulierung laute, die neuropsychologischen Auffälligkeiten seien nicht einer gewissen neurologischen Störung spezifisch zuzuordnen, seien jedoch mit einer psychischen Störung «vereinbar». Hier sei grundsätzlich aus der versicherungsmedizinischen Sicht eine sehr kritische Betrachtung von neuropsychologischen angeblich objektivierten Daten zu empfehlen, wenn im Hinblick auf die neurologische Beurteilung keine zentralnervösen Erkrankungen vorliegen würden, die für sich genommen nachvollziehbar die höheren kognitiven Leistungen beeinträchtigten. Die Explorandin erleide andererseits keine eigenständige psychische Erkrankung, die sie nun in ihren kognitiven Fähigkeiten einschränken würde. Umgekehrt könnten womöglich von «Experten» beschriebene neuropsychologische Auffälligkeiten nicht die psychiatrische Erkrankung beweisend belegen. Der Hinweis auf die Therapiemotivation der Explorandin stehe wiederum nicht zur Grundaussage des versicherungspsychiatrischen Gutachtens in Widerspruch. Es sei durchaus anerkannt worden, wie sich die Explorandin für ihre Arbeitstätigkeit einsetze, sie könne aber eben keinen einschränkenden Gesundheitsschaden aus psychiatrischer Sicht ausweisen.

Der psychiatrische Gutachter hielt zum Schreiben von Dr. med. U. \_\_\_ vom 30. März 2016 fest, dieser habe mitgeteilt, dass den Ausführungen des Neurologen zugestimmt werden könne, sofern keine einschliessenden Gesichtsschmerzen auftreten würden. Auch die weitere Angabe zu Auslösern der berichteten Schmerzbeschwerden, Müdigkeit und Kopfschmerzen falle in den Bereich der neurologischen Diskussion. Zum psychiatrischen Teil sei bemerkt worden, es sei «befremdend, dass die vorgängig von Fachleuten diagnostizierten Erkrankungen in Frage gestellt» würden. Hier seien die versicherungspsychiatrische Exploration und die gewissenhafte Diskussion sämtlicher vorliegender Befunde unter Berücksichtigung der persönlichen Untersuchung durchaus geeignet, die von Fachleuten

diagnostizierten Erkrankungen in Frage zu stellen. Die Beurteilungsskalen der psychiatrischen Tests seien in keiner Weise geeignet, eine depressive Erkrankung, etwa eine depressive Episode gemäss ICD-10 F32, zu diagnostizieren. Es handle sich um Beurteilungsskalen, die eindeutig nicht zu diagnostischen Zwecken entwickelt worden seien. Die entwickelten Skalen seien vielmehr bei zunächst klinisch diagnostizierten und eindeutigen Krankheitsfällen bei Vorliegen primär psychischer Störungen geeignet, Therapieverläufe zu evaluieren und sie zum Zwecke der Beurteilung unterschiedlicher Behandlungen anzuwenden. Es gehe darum, dass im Verlauf zum Beispiel eine eingesetzte und zu evaluierende Psychopharmakotherapie durch das Vorliegen der Selbstbeurteilungsbögen eingeschätzt werden könne. Eine Remission sei dann erzielt, wenn keine krankheitswertige Symptomatik mehr vorliege, was natürlich nicht bedeute, dass ein von subjektiven Beschwerden betroffener Mensch nun in allen Bereichen seines psychischen Befindens vollumfängliche Zufriedenheit und Gesundheit angebe. Die von Dr. med. U. \_\_\_ beschriebene «nach wie vor mindestens 70 % Einschränkung der Arbeitsfähigkeit» lasse sich somit aus versicherungspsychiatrischer Sicht nicht nachvollziehen. Neue Argumente und Hinweise eines Facharztes für Psychiatrie auf das Vorliegen einer eigenständigen psychischen Erkrankung ergäben sich nicht.

Zum Schreiben der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin vom 31. März 2016 äusserte sich Dr. med. H. \_\_\_ dahingehend, die Rechtsvertreterin versuche nun, die ihr vorgelegten intentionalen Berichte zu integrieren. Ihre Argumentation, es sei nicht nachvollziehbar, dass psychiatrisch auf das neurologische Gutachten abgestützt werde, sei nicht verständlich. Die bidisziplinäre Einschätzung habe in Form einer Aussprache über Erkrankungen der etwaigen Fachgebiete stattzufinden. Der Hinweis, es hätte auf die IV-Akten zu absolvierten beruflichen Massnahmen und zu Berichten der F. \_\_\_ Bezug genommen werden müssen, sei zurückzuweisen, da in derartigen nichtärztlichen Berichten die Beschwerdeschilderung der betroffenen Personen in eine nichtärztliche Sprache übernommen werde, denen kein Beweiswert im Hinblick auf das Vorliegen einer eigenständigen primär psychischen Störung zukomme. Sehr wohl seien diese Berichte zur Kenntnis genommen worden, ohne dass sich daraus nun der Nachweis einer andauernden Minderung der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit wegen einer psychischen Störung erbringen lasse. Die anwaltlich vorgebrachte Argumentation, die Explorandin habe bereits früher unter Depressionen gelitten und sei auch schon in Behandlung gestanden, sei hier nicht geeignet, die differenzierte Diskussion im Gutachten in ihrer Aussagekraft zu mindern. Es müsse erneut darauf hingewiesen werden, dass Depressivität und depressive Verstimmung noch nicht gleichbedeutend seien mit einer eigenständigen affektiven Störung und dass psychologische Betreuung oder auch ärztliche Behandlung nicht automatisch das Vorliegen entsprechender nachvollziehbarer Erkrankungen bedeuteten. Die Ausführung, es würden widersprüchliche Angaben gemacht, die nicht verständlich seien, sei nicht nachvollziehbar. Als unberechtigter Versuch, das Gutachten zu diskreditieren, sei ebenfalls zurückzuweisen, wenn die Vertreterin der Explorandin bemerke, die «Überreaktion auf gewisse Medikamente» sei nicht «fachgerecht durch medizinische Akten ergänzt worden, die bei den behandelnden Ärzten anzufordern seien». Die fragliche Objektivierbarkeit von Überreaktionen auf gewisse Medikamente könne nicht dem Gutachten als Mangel angelastet werden. Eine rechtsgenügeliche Konsensbesprechung habe am 22. Februar 2016 tatsächlich stattgefunden. Zusammengefasst gingen aus den neuen Unterlagen keine Hinweise auf eine psychische Symptomatik oder Beschwerden als Ausdruck einer primär psychischen Störung hervor, welche die im Gutachten vom 22. Februar 2016 vertretene

Sichtweise verändern würde (IV-Nr. 83 S. 2 ff.).

3.26 RAD-Ärztin Dr. med. W.\_\_\_\_, Praktische Ärztin, hielt in ihrer Stellungnahme vom 9. Juni 2016 fest, das bidisziplinäre Gutachten sei umfassend, würdige die einzelnen Aspekte und sei nachvollziehbar. Es könne darauf abgestellt werden. Die Einwände der behandelnden Ärzte seien durch die ergänzenden Stellungnahmen der beiden Gutachter bearbeitet worden, es ergebe sich keine Änderung der Zumutbarkeitsbeurteilung. Gesamthaft bestehe eine zumutbare Arbeitsfähigkeit von 80 %. Die medizinisch-theoretische Arbeitsunfähigkeit sowohl in der angestammten Tätigkeit (Leitung Controlling/Tarifwesen) als auch in einer angepassten Verweistätigkeit betrage höchstens 20 % in einem 100 %-Pensum (IV-Nr. 85).

3.27 Dr. med. S.\_\_\_\_ hielt in ihrem Bericht vom 21. Juni 2016 im Wesentlichen fest, die Patientin befinde sich bei ihr seit Frühjahr 2015 in integrierter psychiatrischer Behandlung. Sie habe eine seit vielen Jahren bestehende Schmerzsymptomatik neurologischen Ursprungs. Sie sei auch bei zahlreichen Ärzten verschiedener Fachrichtungen in Behandlung gewesen, da hormonelle Ursachen wohl auch eine grosse Rolle spielten. Im Frühjahr 2015 habe die Patientin eine mittelgradige depressive Episode bei anamnestisch rezidivierender depressiver Störung bzw. Anpassungsstörungen mit längeren depressiven Episoden aufgrund der Schmerzsymptomatik gehabt, die jedoch zumindest zeitweise das Ausmass einer depressiven Störung angenommen hätten. Sie habe damals angegeben, bereits verschiedene Antidepressiva genommen und oft mit starken Nebenwirkungen reagiert zu haben oder die Antidepressiva seien ohne Wirkung geblieben. Dies habe auch der Bericht der behandelnden Neurologin im L.\_\_\_\_ bestätigt. Zuletzt habe sie Fluoxetin eingenommen und sei mit dem Verdacht eines serotonergen Syndroms notfallmässig im E.\_\_\_\_ gewesen. Die Ärzte hätten dort jedoch eher an eine Panikstörung gedacht. Erst im Nachhinein habe die Hausärztin und die Neurologin von einem serotonergen Syndrom nach Einnahme von Fluoxetin für mehrere Wochen gesprochen. Sie habe bereits verschiedene Medikamente probiert. Neu sei Trazodon verordnet worden. Die Patientin habe über eine extreme Müdigkeit und Übelkeit berichtet, weshalb die psychotherapeutische Behandlung mit kognitiv-verhaltenstherapeutischem Schwerpunkt und Ergänzung durch medizinische Hypnose einer medikamentösen Behandlung vorgezogen worden sei. Im April 2016 sei die Hausärztin u.a. um eine Cytochrom 450-Bestimmung gebeten worden. Darunter und im Rahmen eines IV-gestützten Arbeitsversuchs mit niedrigem Pensum sei bei der seit längerer Zeit arbeitsunfähigen Patientin eine Verbesserung der depressiven Symptomatik gelungen. Sie habe eine 30 %ige Arbeitsstelle gefunden, für ein grösseres Pensum sei sie bis jetzt nicht belastbar und reagiere mit starker neurologischer Schmerzsymptomatik. Im Frühjahr 2016 habe eine Operation eines Endometriumtumors in der Bauchmuskulatur stattgefunden. Die Patientin habe postoperativ einen Verwirrheitszustand geschildert. Sie sei nun aktuell erneut deutlich belastet: Einerseits noch von den Folgen der Operation, andererseits von ihren erfolglosen Bemühungen, die Arbeitsfähigkeit zu erhöhen; im Weiteren vom Ergebnis des IV-Gutachtens (IV-Nr. 89 S. 11 ff.).

3.28 Aus dem Bericht über die Kopfwehsprechstunde im L.\_\_\_\_, Klinik für Neurologie, vom 15. September 2016 geht hervor, es bestehe eine erneute Exazerbation der vorbekannten Beschwerden, jedoch bezüglich der Facialispause deutlicher als seit einigen Jahren. Es sei besprochen worden, in dieser Situation eine Behandlung mit Prednison für fünf Tage aufzunehmen, um zu verhindern, dass wie bei den ersten Manifestationen der Facialispause die Symptomatik schleichend immer stärker werde. Gleichzeitig sei ein

Labor abgenommen worden, um einen inflammatorischen Prozess abzuklären. Im Weiteren sei ein MRI veranlasst worden (IV-Nr. 91).

3.29 Dr. med. S.\_\_\_\_ hielt in ihrem Schreiben zu Handen der Beschwerdeführerin vom 28. September 2016 im Wesentlichen fest, die Patientin sei zu insgesamt 29 Konsultationen, meist von stündlicher Dauer, stets pünktlich und zuverlässig erschienen. Die Endometriose habe wohl nicht vollständig entfernt werden können. Die nächste Operation sei im Februar/März 2017 geplant. Solche Endometriose tumore könnten ebenfalls rezidivierende starke Schmerzen verursachen, so auch bei der Patientin. Sie sei durch diese neuen Schmerzen, die mangelnde Belastbarkeit am neuen Arbeitsplatz und die Umstrukturierungsmassnahmen psychisch erneut so belastet, dass es ca. seit April bis ca. Juli 2016 zu einer erneuten depressiven Verschlechterung gekommen sei, nachdem die Patientin sich diesbezüglich stabilisiert habe. Für ein grösseres Arbeitspensum sei sie nicht belastbar und sie reagiere mit einer starken neurologischen Schmerzsymptomatik; seit Sommer 2016 bestehe auch wieder eine verstärkte Fazialisparese. Sie sei aktuell durch folgende Umstände erneut belastet: die bestehende chronifizierte Symptomatik, die Folgen der Operation bzw. des erneuten Endometriose rezidivs, ihre erfolglosen Bemühungen, die Arbeitsfähigkeit erhöhen zu können, und das Ergebnis des IV-Gutachtens, das ihr eine 80%ige Arbeitsfähigkeit bescheinige, die sie trotz multipler Anstrengungen nicht aufbringen könne.

Im Weiteren führte die behandelnde Psychiaterin aus, am Gutachten sei zu bemängeln, dass die beruflichen Massnahmen der IV völlig inadäquat kaum beachtet worden seien. Man finde keine Hinweise auf die IV-Akten der beruflichen Massnahmenbetreuung und eine genaue Schilderung des Versuchs, die Arbeitsfähigkeit zu steigern. Die möglichen Beobachtungen der Jobcoaches seien nicht erwähnt worden und hätten keine Relevanz in der Gesamtbeurteilung. Es habe zwei verhaltensneurologisch-neuropsychologische Abklärungen durch Dr. med. T.\_\_\_\_ im Auftrag der Taggeldversicherung gegeben. Die erste vom Herbst 2014 werde in der Listung im Gutachten erwähnt, von der zweiten Beurteilung Ende April 2015 finde sich im Gutachten kein Hinweis. In diesem Bericht vom 30. April 2015 gebe Dr. med. O.\_\_\_\_ an, dass sie die Arbeitsfähigkeit initial mit 10 % als gegeben ansehe und dass diese zu steigern wäre auf 50 % in den nächsten Monaten. Es sei von keiner weiteren Steigerungsmöglichkeit auszugehen. Die Patientin habe ■ zusätzlich zu den rezidivierenden depressiven Episoden ■ auch eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit abhängigen, narzisstischen und histrionischen Zügen (ICD-10 F61.0). Bei der Patientin falle auf, dass eine hohe Stressanfälligkeit bestehe. Sie erscheine im Alltagsleben für eine Frau und Mutter in diesem Lebensalter wenig belastbar. Die mangelnde Belastbarkeit an der Arbeit, verursacht durch die Schmerzen, die sich bei Stress eben noch verstärkten, führten jeweils meist zum Rückzug nachmittags zuhause über mehrere Stunden. An den arbeitsfreien Tagen nehme sie Arzttermine wahr, gehe walken und pflege die wenigen Sozialkontakte, die sie habe. Es bestünden psychische und psychopathologische Auffälligkeiten der Persönlichkeit, soziale Ängste, vor allem auch gegenüber männlichen Personen, welche eine Bewältigung von Belastungen des Alltagslebens und bei der beruflichen Tätigkeit reduzierten. Der Patientin fehle es an der Fähigkeit, sich wirklich zu behaupten, sich zu distanzieren, wirklich optimistisch zu denken und wirkliches Vertrauen zu anderen und vor allem auch zu sich selbst aufzubauen. Sie habe Selbstwertstörungen, die sich im Aufbau eines künstlichen Selbst mit narzisstischer Erhöhung und dem ausserordentlich hohen Wunsch nach Respekt und Anerkennung sowie dem Wunsch nach

Machtausübung zeigten. Dadurch werde verständlich, dass sie schnell und stark kränkbar sei. Die jeweiligen depressiven Episoden könnten sich bis zu mittelgradigen Episoden mit einer Dauer von mehreren Wochen bis Monaten entwickeln. Die diagnostischen Kriterien für spezifische Persönlichkeitsstörungen seien gegeben. Psychotherapeutisch habe bereits eine Verbesserung erreicht werden können in Bezug auf die abhängigen Persönlichkeitsmerkmale (IV-Nr. 92 S. 3 ff.).

3.30 Die RAD-Ärztin Dr. med. W.\_\_\_\_ hielt in ihrer Stellungnahme vom 31. Oktober 2016 fest, die Berichte von Dr. med. S.\_\_\_\_ und des L.\_\_\_\_ änderten nichts an ihrer Beurteilung vom 9. Juni 2016. Beim neurologischen Bericht handle es sich um eine vorübergehende, therapierbare und nicht länger andauernde leichtgradige Zustandsverschlechterung, beim psychiatrischen Bericht um eine andere Beurteilung desselben Sachverhaltes. Eine Persönlichkeitsstörung hätte auch vom Gutachter gesehen werden müssen; dieser habe aber eine solche Störung verneint. Es handle sich bei den eingereichten Unterlagen nicht um eine wesentliche nachhaltige Verschlechterung, sondern um eine andere Beurteilung desselben Gesundheitszustands (IV-Nr. 95).

## **E. 2.2**

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht bei einem Invaliditätsgrad ab 40 % ein Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe Rente, ab 60 % auf eine Dreiviertelsrente und ab 70 % auf eine ganze Rente.

## **E. 2.3**

2.3.1 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades 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, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG; sogenannte allgemeine Methode des Einkommensvergleichs).

### **E. 2.3.2**

Nach Art. 28a Abs. 3 IVG wird bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad in beiden Bereichen zu bemessen (sogenannte gemischte Methode). Bei der Invaliditätsbemessung von teilerwerbstätigen Versicherten nach der gemischten Methode wird somit zunächst der Anteil der Erwerbstätigkeit und derjenige der Tätigkeit im Aufgabenbereich (so unter anderem im Haushalt; vgl. Art. 27 Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]) bestimmt. Die Invalidität bestimmt sich in der Folge dadurch, dass im Erwerbsbereich ein Einkommens- und im Aufgabenbereich ein Betätigungsvergleich vorgenommen wird, wobei sich die Gesamtinvalidität aus der Addierung der in beiden Bereichen ermittelten und gewichteten Teilinvaliditäten ergibt (BGE 130 V 393 E. 3.3 S. 396).

2.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf

Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren bilden die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99 f. mit Hinweisen).

2.5 Der Versicherungsträger und das Gericht (vgl. Art. 61 lit. c in fine ATSG) haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten 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 (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; vgl. auch BGE 132 V 393 E. 2.1 S. 396). 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 – d.h. der Anamnese – abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; 122 V 157 E. 1c S. 160 f.). Dennoch hat es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352). Den gerichtlichen oder im Rahmen des Verwaltungsverfahrens durch den Sozialversicherer eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470f., 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

2.6 Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte stehen in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person und haben sich in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren. Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen Fachpersonen einerseits und Begutachtungsauftrag der amtlich oder gerichtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass für weitere Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (statt vieler: Urteile des Bundesgerichts 9C\_793/2016 vom 3. März 2017 E. 4.1.2 und 9C\_276/2016 vom 19. August 2016 E. 3.1.1 mit Hinweisen).

3. Im vorliegenden Fall lässt die Beschwerdeführerin geltend machen, die angefochtene Verfügung vom 12. Dezember 2016 und die darin festgestellte Arbeitsfähigkeit von 80 % beruhe nicht auf rechtsgenügenden

medizinischen Abklärungen. Die Beschwerdeführerin sei aufgrund der medizinischen Aktenlage lediglich zu 30 % arbeitsfähig (IV-Nr. 96). Demnach ist im Folgenden der medizinische Sachverhalt darzulegen: 3.1 Dem Bericht von Dr. med. K.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 19. Juni 2014 kann entnommen werden, dass sich die Beschwerdeführerin bei ihm seit dem 27. Mai 2014 in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung befindet. Bisher hätten zwei Sitzungen stattgefunden. Aus psychiatrischer Sicht sei diagnostisch von einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion nach der Scheidung vom Ehemann im Juli 2013 und der Trennung von ihrem Freund anfangs 2014 auszugehen. Neben dieser psychiatrischen Diagnose bestehe jedoch eine neurologische Erkrankung (laut Patientin eine Trigemini-Neuralgie, Facialis-Paresen), welche vermutlich für die seit dem 25. November 2013 bestehende Arbeitsunfähigkeit mindestens teil-, wenn nicht hauptverantwortlich sei. Eine adäquate Einschätzung der Arbeitsfähigkeit wie auch der Prognose aus rein psychiatrischer Sicht könne nur in Kenntnis der neurologischen Befunde und der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erfolgen. Diese liege jedoch (noch) nicht vor (IV-Nr. 12.6 S. 21).

3.2 Aus dem Bericht des L.\_\_\_\_, Neurologische Klinik (Dr. med. M.\_\_\_\_, Oberärztin), vom 1. Juli 2014 gehen folgende Diagnosen hervor: «Atypischer Gesichtsschmerz, Residuelle Facialisparese nach EM 2001». Zur Zwischenanamnese wurde ausgeführt, es handle sich um einen vorgezogenen Termin auf Wunsch der Patientin bei wiederholt auftretenden linksseitigen Symptomen. Immer wieder hänge ihr Gesicht schief, die gesamte linke Seite sei taub und kraftlos. Es bestehe ein Druck im Kopf und sie habe grosse Mühe, sich zu konzentrieren, dies besonders ab dem Mittag. Die Behandlung mit Trittico habe sie nicht vertragen (Müdigkeit), danach sei ein Behandlungsversuch mit CipraleX über drei Wochen erfolgt (Unruhe, Schlafstörungen). Zudem habe sie aufgrund der verminderten Belastbarkeit (weiterhin 50%ige Arbeitsunfähigkeit) mit Chefwechsel die Leitungsfunktion am Arbeitsplatz abgeben müssen, was sie sehr schmerze. Das MRI des Schädels vom 25. Juni 2014 sei unauffällig. Im Rahmen der Beurteilung wurde angegeben, es bestehe weiterhin eine belastungsabhängige Symptomatik mit einer Zunahme der Facialisparese, der Hemihypästhesie, der Kraftminderung der linken Körperhälfte sowie des Kopfdrucks mit Konzentrationsstörungen. Im MRI habe sich kein richtungsweisender Befund gefunden, in der aktuellen körperlichen Untersuchung habe sich die bekannte leichtgradige periphere Facialisparese sowie eine Hemihypästhesie gezeigt. Zur weiteren Abklärung würden noch sensibel evozierte Potentiale durchgeführt, gegebenenfalls im weiteren Verlauf eine Lumbalpunktion. Am ehesten sei davon auszugehen, dass es durch die hohe Belastung der Patientin zu einer Dekompensation und Ausweitung des neurologischen Kernproblems (Facialisparese und atypischer Gesichtsschmerz) komme, weiterhin könnte eine Migränekomponente eine Rolle spielen. Eine Verlaufsuntersuchung sei in ca. 6 Monaten vorgesehen (IV-Nr. 12.6 S. 5 f.).

3.3 Dr. med. N.\_\_\_\_, Facharzt FMH Psychiatrie/Psychotherapie, hielt in seinem versicherungspsychiatrischen Konsilium bzw. arbeitsprognostischen Abklärung vom 25. August 2014 fest, richtungsweisend bestehe eine neurologische Problematik. Psychiatrischerseits könne im Rahmen der Momentaufnahme keine schwere affektpathologische oder eine anderweitige krankheitswertige Störung ausgemacht werden (IV-Nr. 12.6 S. 4).

3.4 Dr. med. O.\_\_\_\_, FMH Neurologie/Verhaltensneurologie, stellte in ihrer verhaltensneurologisch-neuropsychologischen Abklärung vom 18. August 2014 fest, die neuro- und leistungspsychologische Zusatzabklärung betreffend berufsrelevanter kognitiv-mentaler Basisfunktionen und handlungsbegleitender Kognitionen

(Arbeitsgedächtnis, Planung/Steuerung/Kontrolle, Verarbeitungsgeschwindigkeit, Störanfälligkeit/Daueraufmerksamkeit, geteilte Aufmerksamkeit, kognitive Flexibilität, Verhalten/Mitarbeit/Kooperation) ergebe konklusiv hinsichtlich der medizinisch-theoretischen Zumutbarkeit ohne Hinweise für suboptimales Leistungsverhalten bzw. bewusstseinsnahe Antwortverfälschungen eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit (Bericht an die Krankentaggeldversichererin [] vom 10. September 2014, IV-Nr. 12.6 S. 1).

3.5 Im Bericht des L.\_\_\_\_, Neurologische Klinik, vom 18. November 2014 wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt: «Neuralgischer atypischer Gesichtsschmerz, reaktive depressive Verstimmung und Erschöpfungssyndrom». Die weitere Diagnose «residuelle Fazialisparese nach Erstmanifestation 2001» hat nach den ärztlichen Angaben keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Zur Arbeitsfähigkeit wurde angegeben, es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % für ihre Tätigkeit als Fachspezialistin «Tarife». Der Gesundheitszustand der versicherten Person sei besserungsfähig. Gesichtsschmerzen seien erstmalig im Kontext der ersten Schwangerschaft aufgetreten, beidseits im Bereich des Jochbeins als dumpfer Dauerschmerz mit überlagernden, einschliessenden Schmerzen und einer Triggerung vor allem durch Kälte (Wetter, Glace, kalte Getränke). Weiterhin bestehe eine prämenstruelle Zunahme sowie eine starke Exazerbation in der zweiten Schwangerschaft. Eine Zunahme der Beschwerden sei anfangs des Jahres 2014 aufgetreten, als eine Steigerung des Arbeitspensums erfolgt sei. Eine erhebliche Exazerbation habe am 29. August 2014 nach Durchführung einer Trigeminus-SEP (Messung der sensibel evozierte Potentiale) stattgefunden, welche trotz verschiedener therapeutischer Massnahmen bis anhin persistiert habe. Derzeit bestünden ein dumpfer Dauerschmerz im Unterkiefer beidseits sowie elektrisierend einschliessende Schmerzen bei Berührung des Gesichts oder beim Essen oder Kauen. Die bisherigen Behandlungen mit Carbamazepin und Lamotrigin seien ohne Effekt gewesen, die Behandlung mit Neurontin bis Anfang des Jahres sei recht gut wirksam gewesen, aktuell lediglich mit leichter Minderung der Schmerzen, jedoch Nebenwirkungen in Form von Müdigkeit. Es bestehe eine leichte Fazialisparese links, eine Hypästhesie des gesamten linken Kopfes und Halses werde angegeben, sonst sei der Zustand unauffällig. Das MRI des Schädels sei wiederholt ohne richtungsweisenden Befund. Die Messung der sensibel evozierten Potentiale hätten ebenfalls keinen richtungsweisenden Befund ergeben. Eine medikamentöse Umstellung sei geplant. Im Weiteren wurde ausgeführt, aufgrund der ständig auftretenden Schmerzen sowie der Medikamentennebenwirkungen seien die Konzentrationsfähigkeit und die Ausdauer der Patientin deutlich vermindert. Die bisherige Tätigkeit mit einem Pensum von 50 % sei noch zumutbar und sogar wünschenswert, da die Patientin auch durch die berufliche Ablenkung bezüglich des Schmerzsyndroms profitiere. In der Regel sei die Leistungsfähigkeit bei der Patientin bei einem 50%igen Arbeitspensum nicht vermindert, es sei jedoch möglich, dass es einzelne Tage gebe, an denen die Patientin Pausen benötige. Der Patientin seien andere Tätigkeiten im Büro zumutbar, damit sei ihre Leistungsfähigkeit jedoch nicht zu steigern (IV-Nr. 18).

3.6 Die Hausärztin, Dr. med. P.\_\_\_\_, Allgemeinmedizin FMH, hielt in ihrem Bericht zu Handen der IV-Stelle vom 1. Dezember 2014 die Diagnosen «atypischer Gesichtsschmerz» sowie «residuelle Facialispause nach EM 2001» fest und attestierte eine Arbeits(un)fähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Fachspezialistin «Tarife» von 50 % im Zeitraum vom 7. Januar bis 19. November 2014 sowie eine vollständige Arbeitsunfähigkeit ab 20. November 2014 bis auf weiteres. Der Gesundheitszustand verschlechterte sich. Es wurde festgehalten, die Schmerzen seien als extremste elektrische Schläge beschrieben worden. Sie seien

persistierend, sodass die Patientin kaum noch schlafen könne. In der letzten Zeit hätten die Schmerzen noch zugenommen. Bei der Arbeit könne sie sich wegen der Erschöpfung und der Schmerzen überhaupt nicht konzentrieren. Auf dem Beiblatt zum Arztbericht wurde festgehalten, sowohl die bisherige Tätigkeit als auch eine andere angepasste Tätigkeit (mit der Möglichkeit, eine Pause zu machen und sich zurückzuziehen) seien im Ausmass von 4 Stunden pro Tag mit einer um 50 % verminderten Leistungsfähigkeit zuzumuten (IV-Nr. 21 S. 1 ff.).

3.7 Dr. med. K. \_\_\_ hielt in seinem Bericht zu Handen der Beschwerdegegnerin vom 13. Dezember 2014 die Diagnosen «Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion (F43.21) bei Exazerbation oben genannter Schmerzkrankung, Belastung am Arbeitsplatz (Z56) bei perfektionistischen und aufopfernden Persönlichkeitszügen (Z73.1)» fest. In somatischer Hinsicht wurde die Diagnose «neuralgischer atypischer Gesichtsschmerz (Diagnose Neurologie, Fr. Dr. M. \_\_\_)» angegeben. Die ebenfalls diagnostizierte residuelle Fazialisparese (Diagnose Neurologie, Fr. Dr. M. \_\_\_) habe keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Der behandelnde Psychiater gab an, seit dem 27. Mai 2014 bestehe aus psychiatrischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit. Im Weiteren führte er aus, der Gesundheitszustand der Patientin sei besserungsfähig. Die Patientin gebe massive Gesichtsschmerzen, Müdigkeit (vor allem auch bedingt durch die Medikation), Kraftlosigkeit und eine schlechte Konzentration an. Unter dem Titel «Therapeutische Massnahmen/Prognose» wurde ausgeführt, aktuell sei aufgrund der somatisch bedingten Schmerzen keine intensive psychotherapeutische Behandlung möglich. Eine psychiatrische Medikation bestehe nicht. Es erfolgten Gespräche in 3 bis 4-wöchigen Abständen. Im Vordergrund stehe aktuell die Behandlung des Schmerzsyndroms, laut den Angaben der Patientin stehe zur Zeit eine tagesstationäre Behandlung zur Diskussion. Nach Verbesserung der Schmerzsymptomatik sei auch mit einem Abklingen der psychischen Beschwerden (Kraftlosigkeit, Konzentrationsstörung, Schlafprobleme) zu rechnen. Aus rein psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit nicht wesentlich eingeschränkt. Auf dem Beiblatt zum Arztbericht wurde zur Arbeitsfähigkeit bei der bisherigen Tätigkeit ausgeführt, vorwiegend bestünden eine somatisch bedingte Konzentrationsstörung, erhöhte Ermüdbarkeit sowie ein erhöhter Regenerationsbedarf. Die bisherige Tätigkeit sei zuzumuten. Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe keine Einschränkung. Die verminderte Leistungsfähigkeit sei abhängig von der Schmerzintensität, dies müsse neurologisch eingeschätzt werden. Die Arbeitsfähigkeit am bisherigen Arbeitsplatz könne verbessert werden, eventuell durch die Förderung des Verständnisses für die Auswirkungen der Schmerzstörung bei Vorgesetzten und Arbeitskolleginnen. Es dürfe keine zusätzliche Belastung durch Unverständnis und Anfeindung geben, dies wirke sich positiv auf die Arbeitszufriedenheit und letztlich auch auf die Leistung aus. Andere Tätigkeiten seien ebenfalls zuzumuten, wobei zusätzlich auf einen akustisch ruhigen Arbeitsplatz zu achten sei. Auch hier bestehe keine Einschränkung aus psychiatrischer Sicht. Die verminderte Leistungsfähigkeit sei abhängig von der Schmerzintensität, welche neurologisch zu beurteilen sei (IV-Nr. 25).

3.8 Aus dem Bericht der Q. \_\_\_ vom 9. Januar 2015 (Neurologische Konsultation vom 8. Januar 2015; PD Dr. med. R. \_\_\_, Leitender Arzt Neurologie) gehen folgende Diagnosen hervor: «Vd.a. Medikamentenübergebrauchskopfschmerz, orofaziale Migräne, Migräne mit Aura». Im Rahmen der Beurteilung wurde angegeben, es finde sich eine komplexe Kopf- und Gesichtsschmerzproblematik, welche sich anhand der ICHD-3 beta Kriterien nicht eindeutig klassifizieren lasse. Die Symptomatik sei nicht absolut typisch für eine Trigeminusneuralgie, insbesondere das bilaterale Auftreten in 4 Trigeminusästen sei

ungewöhnlich; es stünden – wenn auch elektrisierende, kurzdauernde Schmerzattacken berichtet würden – dumpfe, eher kontinuierliche Schmerzen im Vordergrund. Die bisherigen Abklärungen zeigten zudem keine Hinweise für eine Pathologie im Verlauf der Nn. trigemini. Interessant sei, dass die Patientin bis zur ersten Schwangerschaft an wiederholten Migräneepisodes mit visueller Aura gelitten habe. Solche Attacken seien anamnestisch in den letzten 14 Jahren noch zweimal vorgekommen. Vor den aktuellen Schmerzexazerbationen berichte die Patientin über Sensibilitätsstörungen im Gesicht, später auch im linken Arm, vereinzelt hemikorporell links. Die nachfolgend exazerbierenden Schmerzen seien von migränösen/vegetativen Symptomen begleitet. Unter diesen Aspekten könnten die Gesichtsschmerzen als chronische orofaziale Migräne erklärt werden. Möglicherweise bestehe zusätzlich ein leichter Bruxismus (Zähneknirschen; IV-Nr. 28 S. 5 ff.). 3.9 Vom 5. bis 9. Februar 2015 hielt sich die Beschwerdeführerin in der Privat-Klinik D.\_\_\_\_, [...], zur stationären Neurorehabilitation auf. Als Diagnose wurde ein «Psychophysischer Erschöpfungszustand bei chronischer Trigeminusneuralgie (ICD-10 G50.0 und F48.0)» angegeben. Zur Therapie und zum Verlauf wurde vermerkt, Ziele der Rehabilitation seien eine allgemein-körperliche Kräftigung, die Linderung muskulärer Verspannungen wie auch der Schmerzsymptomatik durch multimodale Anwendungen, eine psychologische Mitbetreuung, eine neuropsychologische Diagnostik, bei Bedarf Behandlung und die Rückkehr ins bisherige Wohnumfeld wie auch in den bisherigen Beruf gewesen. Entsprechend seien ein multimodales rehabilitatives Behandlungsprogramm mit Ergo- und Physiotherapie, balneo-physikalischen Massnahmen wie Massage, Akupunktur, Kraniosakraltherapie, psychologische Gesprächskontakte und eine neuropsychologische Abklärung vorgesehen gewesen. Trotz intensiver Bemühungen während dieses Kurzaufenthaltes habe aber letztlich dem Anliegen der Patientin eines maximal lärmgeschützten Zimmers nicht hinreichend Rechnung getragen werden können, sodass sie sich am 9. Februar 2015 zum Abbruch der stationären Rehabilitation entschlossen habe (IV-Nr. 47 S. 10 ff.). 3.10 Am 11. Februar 2015 wurde die Beschwerdeführerin auf der Notfallstation des E.\_\_\_\_ wegen einer akuten Hyperventilation und Panikattacke behandelt. Zur Beurteilung wurde angegeben, die Hyperventilation habe sich relativ rasch normalisiert mit einem persistierenden Engegefühl am Hals. Nach der Gabe von Temesta und Trinken von warmem Tee sei eine Besserung ohne komplette Regredienz eingetreten. Mit der Patientin sei besprochen worden, dass man die Symptome nicht als Folge der Therapie mit Fluoxetin sehe und ein Fortführen empfehle, ansonsten eine andere angstlösende antidepressive Therapie dringlich empfohlen werde. Eine psychologische Betreuung sei anscheinend schon etabliert (IV-Nr. 47 S. 6 ff.). 3.11 Im Bericht der Q.\_\_\_\_ vom 5. März 2015 (Neurologische Konsultation vom 4. März 2015) wurde unter «Zwischenanamnese» angegeben, die Patientin berichte, dass es ihr vor einigen Wochen vom allgemeinen Gesundheitszustand her schlechter gegangen sei, weswegen sie für eine Rehabilitation eingewiesen worden sei. Wegen starker Geräuschkulisse, vermehrtem Tinnitus und einer Gesichtslähmung habe sie die Rehabilitation vorzeitig abbrechen müssen. Sie sei dann mit Fluoxetin behandelt worden und habe im Anschluss zusehends mehr Kopfweg und Halsschmerzen verspürt. Sie habe im Verlauf auch Lymphknotenschwellungen, Herzrasen und eine Atemnot verspürt, weswegen sie via Ambulanz ins E.\_\_\_\_ eingewiesen worden sei. Der Zustand sei als Panikattacke interpretiert und die Patientin wieder nach Hause entlassen worden. Es hätten sich weiterhin Juckreiz eingestellt sowie Bläschen am ganzen Körper und eine Störung der Blasen- und Darmfunktion, welche weiterhin anhalte. Sie habe dann Fluoxetin und auch Targin nicht mehr weiter eingenommen. Es gehe ihr immer noch

schlecht in den letzten drei Wochen. Die Kopfschmerzen seien weitgehend unverändert. Es gehe ihr morgens relativ gut, sie verspüre dann nur einen dumpfen diffusen Kopfdruck. Vor allem ab dem Nachmittag und am Abend bestünden vermehrte einschliessende Schmerzen im Bereich der Wange. Die Umstellung auf Neurontin habe keinen Vorteil gebracht und sie sei wieder beim alten Schema. Zur Beurteilung wurde ausgeführt, aktuell stehe eine allgemeine Zustandsverschlechterung im Vordergrund. Differentialdiagnostisch sei an ein Serotonin-Syndrom zu denken, wenn auch nicht alle beschriebenen Symptome dazu passten. Erfreulicherweise nehme die Patientin seit 2 bis 3 Wochen keine Akutschmerzmittel mehr ein. Als mögliche medikamentöse Therapieoptionen habe man bereits aktuell Riboflavin eidosiert. Allenfalls könnte die Patientin von einer Umstellung der Antikonvulsiva auf Valproat profitieren. Inwieweit sogar eine vorübergehende Kombinationsbehandlung gewinnbringend wäre, sei der Beurteilung und auch Nachbetreuung der behandelnden Ärztin des L.\_\_\_\_ zu überlassen (IV-Nr. 28 S. 3 f.). 3.12 Der Beurteilung von Dr. med. S.\_\_\_\_, Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 9. März 2015 (Erstkonsultation) kann Folgendes entnommen werden: ICD-10 F32.11, mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom nach einer ursprünglichen neurologischen Schmerzsymptomatik mit atypischem Gesichtsschmerz. Trigemini neuralgie seit der Geburt der ersten Tochter und Verstärkung der Schmerzen plus Fazialisparese nach der Geburt der zweiten Tochter. Zunächst habe die Patientin anamnestisch eine Anpassungsstörung gezeigt, die durch Belastungen im Arbeitskontext durch Erhöhung des Arbeitseinsatzes und auch psychosoziale Belastungen durch Trennung und Scheidung verstärkt worden sei und letztlich seit Herbst 2014 in eine depressive Episode übergegangen sei. Zum Prozedere wurde festgehalten, es sei mit einer integrierten psychiatrischen Behandlung mit eventuell neuem Versuch einer antidepressiven Therapie zu beginnen (IV-Nr. 29 S. 7 ff.). 3.13 Dem Bericht des L.\_\_\_\_, Neurologische Klinik, vom 17. April 2015 (Kopfwehsprechstunde) können die Diagnosen «1. Atypischer Gesichtsschmerz, DD orofaciale Migräne; 2. Residuelle Facialisparesie links nach EM 2001» entnommen werden. Zur Beurteilung wurde angegeben, insgesamt sei erstmals seit langer Zeit wieder eine leichte Stabilisierung der Situation eingetreten. In diesem Kontext sei davon abzusehen, irgendetwas am laufenden Konzept zu ändern. Im weiteren Verlauf könnte überlegt werden, bei DD orofacialer Migräne mit prämenstrueller Zunahme als Reservemedikation ein Triptan zu versuchen. Jedoch sei auch aufgrund der Gefahr eines erneuten serotonergen Syndroms zum jetzigen Zeitpunkt sicher davon abzusehen. Die Patientin sei damit einverstanden. Es sei eine ambulante Verlaufsuntersuchung in drei Monaten vorgesehen (IV-Nr. 29 S. 5 f.). 3.14 Im Bericht zu Handen der IV-Stelle vom 18. Mai 2015 hielt Dr. med. S.\_\_\_\_ als Diagnosen (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) eine mittelgradig depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) sowie die neurologischen Diagnosen «atypischer Gesichtsschmerz – DD: Orofaziale Migräne», «residuelle Fazialisparese links nach EM 2001» sowie «Cervicobrachialgie» fest. Es wurde eine vollständige Arbeitsunfähigkeit seit dem 9. März 2015 bis auf weiteres attestiert. Der Gesundheitszustand sei besserungsfähig. Im Weiteren wurde angegeben, die Patientin habe sich für eine integrierte psychiatrische Behandlung entschliessen können. Ein erneuter medikamentöser antidepressiver Versuch habe nicht fortgeführt werden können. Auf dem Beiblatt zum Arztbericht wurde angegeben, die bisherige Tätigkeit sei noch zumutbar. Es erscheine am besten, wenn die Patientin während 2 bis 4 Stunden pro Tag am Vormittag einer wenig belastenden Bürotätigkeit in ihrem Spezialsektor nachgehen könnte. Dabei bestehe keine verminderte Leistungsfähigkeit. Andere Tätigkeiten seien ebenfalls

zuzumuten. Es sollte sich prinzipiell um Bürotätigkeiten angepasst auf die Fähigkeiten im Treuhand- und Finanzbereich handeln. Dabei wäre auf ein ruhiges Arbeitsklima, ein möglichst kleines Team, nicht zu viel Verantwortung und eine abwechslungsreiche Tätigkeit zu achten. Eine solche Tätigkeit könnte sie wahrscheinlich bis zu vier Stunden pro Tag verrichten, wobei keine verminderte Leistungsfähigkeit bestehe. Es werde ein Belastbarkeitstraining im KV-Bereich vorgeschlagen. Auf Dauer sei die Patientin wohl nur zu 50 % belastbar. Eine IV-Rente von 50 % werde empfohlen; diese könnte eventuell zu einem späteren Zeitpunkt wieder aufgehoben werden (IV-Nr. 29 S. 1 ff.). 3.15 Am 30. April 2015 wurde eine verhaltensneurologisch-neuropsychologische Untersuchung durchgeführt (IV-Nr. 31 S. 3 ff.). Dr. med. O.\_\_\_\_ hielt in ihrem Bericht vom 18. Mai 2015 über die verhaltensneurologisch-neuropsychologische Abklärung vom 30. April 2015 fest, die neuro- und leistungspsychologische Zusatzabklärung betreffend berufsrelevanter kognitiv-mentaler Basisfunktionen und handlungsbegleitender Kognitionen ergebe insgesamt eine initial 10%ige Arbeitsfähigkeit mit gradueller Steigerung auf eine 50%ige Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 31 S. 2). 3.16 Dr. med. U.\_\_\_\_, Allgemein Medizin FMH; hielt im Bericht zu Händen der IV-Stelle vom 22. Juni 2015 folgende Diagnosen fest: «Mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom ICD-10 F32.11, residuelle Fazialisparese links nach EM 2001, Gesichtsschmerzen: Trigeminusneuralgie links seit 2001, DD. orofaziale Migräne, Cervicobrachialgie». Es bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit seit 9. März 2015 bis auf weiteres. Auf dem Beiblatt wurde angegeben, unter den bestehenden Arbeitsbedingungen (Klimaanlage, Stress) sei die bisherige Tätigkeit nicht mehr zumutbar. Andere Tätigkeiten seien jedoch für 1 bis 2 Stunden pro Tag zuzumuten, wobei auf ruhige Arbeiten im eigenen Rhythmus am Computer zu Hause zu achten sei. Beim Auftreten von Neuralgie müsse die Arbeit niedergelegt werden (IV-Nr. 33). 3.17 Dr. med. V.\_\_\_\_, Innere Medizin und Rheumatologie FMH, stellte in ihrem Bericht vom 22. Juni 2015 aufgrund ihrer Untersuchung vom 5. Juni 2015 folgende Diagnosen: «1. Atypischer Gesichtsschmerz (DD Trigeminusneuralgie, Migräne); 2. Myofasziales Schmerzsyndrom des Schultergürtels und Nackens; 3. Diverse funktionelle Allgemeinsymptome schlecht einzuordnen». Es wurde im Weiteren ausgeführt, die Patientin habe berichtet, dass anlässlich der ersten Schwangerschaft im Jahr 2001 eine Trigeminusneuralgie aufgetreten sei. Man habe zunächst eine Sinusitis maxillaris vermutet, später sei dann eine Fazialis Parese links mit Trigeminusneuralgie dazugekommen. Die Beschwerden hätten sich in der Folge gebessert, aber in der 2. Schwangerschaft sei es erneut zur neuralgischen Gesichtsschmerzen gekommen, welche sich erst nach der Gabe von Neurontin gebessert hätten. Auch heute noch löse Kälte diese Schmerzen aus. Die Patientin gebe an, dass es im März 2014 zu linksseitigen Lähmungserscheinungen in Arm und Bein gekommen sei, im Herbst sei es anlässlich einer stationären Behandlung in Schinznach zu einem Kollaps, möglicherweise zu einem Serotoninschock gekommen. Die Patientin berichte, sie habe einen Ausschlag am ganzen Körper bekommen, keine Luft mehr gehabt, die Zunge sei angeschwollen und der Kreislauf sei kollabiert. Sie sei damals ins Spital E.\_\_\_\_ gebracht worden. Seit Herbst 2014 stehe sie in Psychotherapie, sie habe auch diverse alternativmedizinische Behandlungen gehabt, unter anderem Akupressur, homöopathische Behandlungen und Craniosakraltherapie. Sie klage aktuell v.a. über schlechte Konzentrationsfähigkeit, häufigen Schwindel, schlechten Schlaf und eine rasche Erschöpfbarkeit sowie vermehrte Gesichtsschmerzen jeweils in der 2. Zyklushälfte. Eine Photosensitivität werde verneint, ein Raynaud Phänomen sei nicht vorhanden. Tiefe Venenthrombosen habe die Patientin nie gehabt, Gelenkschwellungen ebenfalls nicht. Im

Weiteren wurde ausgeführt, bei der Untersuchung sei bei der Prüfung der Hirnnerven eine angedeutete diskrete Restparese des Fazialis vorhanden mit einem leicht verminderten Augenschluss und einer Hypästhesie für Berührung der linken Gesichtshälfte. Die periphere Thropik, Motorik und Sensibilität seien intakt, die Muskeleigenreflexe seien symmetrisch auslösbar. Die Wirbelsäule zeige eine Rundrückenfehlhaltung und Fehlform mit einer rechtskonvexen grossbogigen Skoliose thorakolumbal, einer eingeschränkten Beweglichkeit in der LWS und schmerzhaften Verkürzungen der seitlichen Halsmuskulatur und der oberen Anteile des Muskulus trapezius beidseits. Die peripheren Gelenke seien unauffällig. Im Labor seien keine Hinweise für ein entzündliches Leiden ersichtlich gewesen, insbesondere auch keine Hinweise für einen manifesten Lupus erythematosus oder Antiphospholipidsyndrom. Die Blutsenkungsrate sei völlig normal. Auch die hämatologischen Parameter seien normal ausgefallen. Ein Antiphospholipidsyndrom als Ursache für die migräniformen Schmerzen könne ausgeschlossen werden. Aus rheumatologischer Sicht seien vor allem die muskulären Verspannungen im Hals- und Schultergürtelbereich aufgefallen. Diese könnten natürlich zu Kopf- und Gesichtsschmerzen beitragen bzw. verstärkend wirken. Deshalb sei diesbezüglich Physiotherapie mit Lockerung, Dehnung und Haltungskorrektur zu empfehlen (IV-Nr. 47 S. 2 f.). 3.18 Aus dem Bericht des L.\_\_\_\_, Klinik für Neurologie, vom 11. November 2015 (Kopfwesprechstunde) gehen folgende Hauptdiagnosen hervor: «1. Atypischer Gesichtsschmerz, bilateral neuralgiforme Schmerzen, aktuell erneute Exazerbation; 2. Residuelle Facialisparesis links nach EM 2001». Zur Beurteilung wurde angegeben, leider bestehe eine erneute Exazerbation der Gesichtsschmerzen nach fast schon unerwarteter mehrmonatiger partieller Remission. Zweifel am Wunsch der Patientin zu arbeiten, seien nicht vorhanden. Die Behandlungsoptionen seien eingeschränkt, viele Medikamente seien bereits im Vorfeld ausprobiert worden. Sie seien entweder wirkungslos oder unverträglich. Es sei dennoch besprochen worden, noch einmal nacheinander, später allenfalls auch in Kombination verschiedene medikamentöse Behandlungen zu testen. Grundsätzlich sei es zu befürworten, die Steigerung des Arbeitspensums langsamer zu gestalten, es sei auch nicht als sicher anzunehmen, dass die Patientin ein Pensum von 50 % überhaupt erreichen könne. Zur Krankengeschichte wurde erwähnt, es handle sich um eine verzweifelte Patientin, welche am 12. Oktober 2015 einen Arbeitsversuch in der Augenklinik I.\_\_\_\_ aufgenommen habe. Dort gefalle es ihr sehr gut. Zwei Vormittage pro Woche seien weitgehend problemlos gegangen, mit Zunahme des Arbeitspensums auf 30 % und dann auf 40 % seien jedoch die Beschwerden, welche vorangehend über mehrere Monate auf einem erträglichen Niveau gewesen seien, wieder exazerbiert. Sie leide wieder ständig unter beidseits vom Kieferwinkel in die Zähne einschliessenden Schmerzen, sekundenlang, mehrfach pro Minute. Sie habe grosse Sorge, diese von ihr als so positiv wahrgenommene Arbeitsstelle zu verlieren, wenn sie es nicht schaffe, 50 % zu arbeiten. Sie könne die Schmerzen aber kaum ertragen. Es sei wieder eine abendliche Behandlung mit Tramal aufgenommen worden. Davon sei ihr jedoch stets sehr übel geworden und sie sei benommen gewesen, sodass sie mit Tramal nicht Auto fahren könne (IV-Nr. 53). 3.19 Dr. med. U.\_\_\_\_ hielt in seinem Schreiben an die Beschwerdegegernerin vom 2. Dezember 2015 fest, die Patientin nehme zurzeit an einem Arbeitsversuch teil, den die IV mitfinanziere. Zwei Vormittage pro Woche habe die Patientin problemlos bewältigen können, mit der Steigerung auf 30 % seien die Beschwerden, die in den vergangenen Monaten auf einem erträglichen Mass noch vorhanden gewesen seien, wieder ins fast Unerträgliche exazerbiert. Die Patientin komme regelmässig in die Behandlung, durch

Massage und Entspannungsübungen gelinge es, die Beschwerden etwas erträglicher zu machen. Nach einer Woche Arbeit mit 30 bis 40 % komme sie aber wieder mit denselben Beschwerden. Die minutenlang dauernden Schmerzattacken würden mehrmals pro Stunde auftreten, in einem Masse, das sie kaum ertragen könne. Der Versuch mit anderen Schmerzmitteln sei daran gescheitert, dass massive Magenbeschwerden aufgetreten seien oder eine Benommenheit, die das Autofahren und die Arbeit verunmöglichten. So bestehe zurzeit und für wahrscheinlich längere Zeit eine maximale Arbeitsfähigkeit von 20 bis 30 %. Eine Steigerung sei – entsprechend der Beurteilung von Dr. med. M. \_\_\_ in der Kopfschmerzsprechstunde – nur sehr langsam und nach einer Stabilisierung der Beschwerden bei einem Arbeitspensum von 20 bis 30 % eventuell möglich. Der Arbeitsvertrag mit der I. \_\_\_ werde in diesem Sinne angepasst (IV-Nr. 60). 3.20.1 Dem im Rahmen einer bidisziplinären Begutachtung erstatteten neurologischen Gutachten von Dr. med. G. \_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, vom 22. Februar 2016 kann entnommen werden, dass die Beschwerdeführerin am 17. Dezember 2015 klinisch-neurologisch untersucht und begutachtet wurde. Es wurden folgende Diagnosen (nach der ICD-10-Klassifikation) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt: «Gesichtsschmerzen unklarer Ätiologie (ICD-10 R51), aktuell Medikamentenüberkonsumkopfschmerz mit Targin und Ponstan (ICD-10 G44.4)». Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde ein Status nach Bellscher-Parese links im Jahr 2001 (ICD-10 G51.0) angegeben. Zur Beurteilung wurde im Wesentlichen ausgeführt, im Rahmen der aktuellen neurologischen Untersuchung berichte die Patientin über ein komplexes Beschwerdebild mit im Vordergrund stehenden ständigen Schmerzen in der unteren Gesichtshälfte beidseits mit zusätzlichen blitzartig einschliessenden sehr starken Schmerzen in gleicher Lokalisation. Sie beschreibe auch Einschränkungen der Konzentration und des Gedächtnisses, die linke Körperseite sei taub und die Kraft sei dort zum Teil etwas eingeschränkt. Die Patientin sei ausserordentlich empfindlich auf Geräusche und visuelle Reize, sodass es zu einem ausgeprägten sozialen Rückzug gekommen sei, in den sie auch ihr soziales Umfeld miteinbezogen habe. Die zwei Kinder hätten sich an die Einschränkungen der Mutter gewöhnt und würden dementsprechend Geräusche und Kälteeinflüsse auf die Patientin vermeiden. Die Patientin sei in den Haushaltsarbeiten zum Teil auf die Unterstützung ihrer Eltern angewiesen. Auch habe sie sportliche Aktivitäten während der kalten Jahreszeit wegen ihrer ausgeprägten Kälteempfindlichkeit deutlich reduzieren müssen. In der aktuellen klinisch-neurologischen Untersuchung zeige die Patientin eine ausserordentliche Empfindlichkeit auf banale Umgebungsgeräusche, es werde eine durchgehende Hypästhesie für Berührung und Schmerz an der linken Körperhälfte unter Einschluss des Rumpfes angegeben, die 2-Punktgediskrimination sei am Zeigefinger palmar beidseits aber normal, sodass dieses sensible Hemisyndrom links nicht objektiviert werden könne. Eine eindeutige motorische Einschränkung im Sinne einer Parese oder pyramidaler Zeichen lasse sich nicht nachweisen. Der Händedruck links werde zwar etwas vermindert ausgeführt, die Fingerflexion sei aber links kräftig, es bestünden keine Hinweise für eine zentralnervös oder peripher-neurogen bedingte Läsion als Ursache dieser sensomotorischen Beeinträchtigungen. Zusammenfassend müsse aus neurologischer Sicht festgehalten werden, dass man die Beschwerden der Patientin nicht klar diagnostisch zuordnen könne. Dies gehe bereits aus den ärztlichen Berichten hervor. Auch die psychiatrischen Diagnosen seien von den behandelnden Ärzten zum Teil wechselhaft beschrieben worden. Dieser Aspekt werde im parallel erstellten Gutachten von Dr. med. H. \_\_\_ diskutiert. Aus

neurologischer Sicht seien die Beschwerden als atypische Gesichtsschmerzen oder als Trigeminusneuralgie beschrieben worden. Zum Teil sei dann auch von einer orofazialen Migräne oder von einem Medikamentenübergebrauchskopfschmerz berichtet worden. Dem letzten vorliegenden Bericht der behandelnden Neurologen am L. \_\_\_ könne diagnostisch ein atypischer Gesichtsschmerz mit bilateralen neuralgiformen Schmerzen entnommen werden. Die Diagnose einer orofazialen Migräne könne aktuell nicht näher diskutiert werden, diese Diagnose sei weder in der Medline noch in der internationalen Klassifikation der Kopfschmerzen aus dem Jahr 2013 aufgeführt. Die Diagnose einer Trigeminusneuralgie könne bei der Patientin gemäss den aktuellen Kriterien der internationalen Kopfwehgesellschaft aus dem Jahr 2013 nicht gestellt werden, weil es sich hierbei definitionsgemäss um einen unilateralen Gesichtsschmerz handle, was bei der Explorandin nicht der Fall sei. Sie beschreibe einen bilateralen Dauerschmerz in der unteren Gesichtshälfte sowie darauf überlagert bilaterale einschliessende blitzartige sehr starke Schmerzen. Auch die Diagnose eines atypischen Gesichtsschmerzes könne gemäss den aktuellen diagnostischen Kriterien der internationalen Kopfwehgesellschaft aus dem Jahr 2013 nicht gestellt werden, weil es sich hierbei um einen mindestens zwei Stunden pro Tag dauernden anhaltenden dumpfen Gesichtsschmerz handle, bei dem die neurologische Untersuchung normal sein müsse. Diese diagnostischen Voraussetzungen seien bei der Patientin nicht erfüllt. Auch die in den aktuellen diagnostischen Kriterien enthaltene Diagnose eines Gesichtsschmerzes aufgrund einer Trigeminusneuropathie könne nicht gestellt werden, weil bei der Explorandin keine Ursache für eine solche Hirnnervenläsion bekannt sei. Das im Jahr 2014 erstellte MRI des Kopfes sei normal ausgefallen. Die klinisch-neurologischen Untersuchungsbefunde im Rahmen der verschiedenen Untersuchungen seien nicht konsistent gewesen, beispielsweise in Bezug auf die sensomotorische Hemisymptomatik links. Die aktuelle neurologische Untersuchung ergebe ein sensibel betontes Hemisyndrom links, welches aber nicht objektiviert werden könne. Dementsprechend sei es sehr wahrscheinlich als funktionell einzustufen im Rahmen der chronischen Schmerzproblematik. Die aktuelle klinisch-neurologische Untersuchung zeige an sich nur ein minimales Residuum der abgelaufenen peripheren Gesichtsschwäche links im Sinne eines diskret abgeschwächten Augenschlusses links. Die Prognose der Fazialisparese postpartal sei gemäss der Literatur durchaus günstig. Bezüglich der Fragestellung des Auftretens von Gesichtsschmerzen in der Schwangerschaft lasse sich in der Literatur keine klare Aussage erhalten. Aktuell könne bei der Patientin aber dafür zweifelsfrei die Diagnose eines Medikamentenüberkonsumkopfschmerzes gestellt werden aufgrund der täglichen Einnahme von Ponstan und Targin, welches ein Opiat enthalte. Diese beiden Substanzen könnten zweifelsohne zu einer Chronifizierung der Schmerzen im Gesicht beitragen. Ausserdem könne aufgrund der Anamnese und der Aktenlage eindeutig festgehalten werden, dass die Beschwerden der Patientin Anfang 2014 zugenommen hätten, als sie ihr Arbeitspensum auf 80 % zu steigern versucht habe. Auch sei die aktuelle soziale Situation der Explorandin durchaus schwierig, sie habe sich sozial stark zurückgezogen. Psychosoziale Faktoren seien dementsprechend als verstärkend für die Schmerzproblematik anzusehen. Es könne aktuell die Diagnose einer chronischen Migräne nicht gestellt werden, weil man die Beschwerden der Patientin nicht eindeutig einer Migräne mit oder ohne Aura zuordnen könne. Somit könnten die Beschwerden der Patientin nicht ohne weiteres aus neurologischer Sicht diagnostisch zugeordnet werden. Die am besten zu stellende Diagnose bestehe im Medikamentenübergebrauchskopfschmerz. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit resultiere bei der Patientin ganz überwiegend aus ihren subjektiv

wahrgenommenen Beschwerden aufgrund der Schmerzen und des in der Folge eingetretenen sozialen Rückzuges. Objektiv könnten diese Beschwerden nicht nachvollzogen werden, weil aktuell keine sicher objektivierbaren sensomotorischen Ausfälle bestünden. Es dürfte sich somit sehr wahrscheinlich um einen primären oder nicht symptomatischen und somit prinzipiell nicht gefährlichen Schmerz im Gesichtsbereich handeln. Dafür spreche zweifelsohne auch die durchgeführte und normal ausgefallene MRI-Untersuchung des Kopfes. Vor diesem Hintergrund könne die aktuell bestehende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus neurologischer Sicht nicht nachvollzogen werden. Die Gesichtsschmerzen führten aktuell aus neurologischer Sicht zu einer Reduktion des zumutbaren zeitlichen Arbeitspensums von 20 %. Für das verbleibende zumutbare zeitliche Pensum von 80 % bestehe dann keine weitere Einschränkung der Leistungsfähigkeit. Gesamthaft resultiere somit aktuell aus neurologischer Sicht eine zumutbare Arbeitsfähigkeit für die bestehende Tätigkeit von 80 %. Die bestehende Tätigkeit erfolge im Büro und sei somit als leicht und vorwiegend sitzend einzuschätzen, was durchaus sinnvoll erscheine in Anbetracht der Beschwerden der Explorandin. Für eine andere Tätigkeit sei nicht von einer höheren zumutbaren Arbeitsfähigkeit auszugehen, die aktuelle Arbeit sei als gut angepasst einzustufen. Diese aktuelle neurologische Einschätzung der Arbeitsfähigkeit weiche von den Beurteilungen der vorbehandelnden Ärzte zum Teil ab, was auf die Übernahme der subjektiven Beeinträchtigung der Explorandin durch die vorbehandelnden Ärzte zurückgeführt werde. Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus ärztlicher Sicht sollte sich aber nicht nur auf die subjektiven Angaben der Explorandin abstützen, sondern auch objektive Parameter miteinbeziehen. Die Fragen wurden dahingehend beantwortet, aktuell könne aus neurologischer Sicht kein objektivierbarer gesundheitlicher Schaden festgestellt werden, die im neurologischen Status zu erhebende sensomotorische Hemisymptomatik links lasse sich nicht objektivieren. Die Gesundheitsschädigung bestehe aus neurologischer Sicht im Wesentlichen in den chronischen und zusätzlich paroxysmal einschliessenden Gesichtsschmerzen, welche man diagnostisch nicht ohne weiteres zuordnen könne. Es bestünden zweifelsohne schwierige psychosoziale Faktoren. Ein deutlicher sozialer Rückzug sei bei der Patientin festzustellen aufgrund ihrer ausserordentlichen Empfindlichkeit auf zahlreiche und ganz unterschiedliche Umgebungsreize. Ausschlussgründe wie Aggravation und ähnliche Erscheinungen liessen sich aktuell aufgrund der neurologischen Untersuchung nicht feststellen. Aufgrund der aktuellen objektiv gesehen normalen klinisch-neurologischen Untersuchung seien die somatischen Ressourcen der Patientin aus neurologischer Sicht als durchaus intakt einzustufen. Die subjektiv wahrgenommenen Beeinträchtigungen aufgrund der Gesichtsschmerzen seien demgegenüber aber erheblich. Zu den Wechselwirkungen der gestellten Diagnosen wurde ausgeführt, die zwei genannten Diagnosen mit und ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zeigten bei der Patientin insofern eine gewisse Wechselwirkung, als die Gesichtsschwäche links offenbar bei Müdigkeit zunehme und sich gleichzeitig auch die Gesichtsschmerzen verstärkten. Die Gesichtsschwäche links habe aber keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, sodass auch diese Wechselwirkung an sich für die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus neurologischer Sicht nicht von Bedeutung sei. In Anbetracht der nicht eindeutig zu stellenden Diagnose der Gesichtsschmerzen sei auch die Behandlung nicht sicher zu beurteilen im Hinblick auf ihre Richtigkeit. Aktuell bestehe zusätzlich das Problem eines Medikamentenübergebrauchskopfschmerzes, der an sich therapeutisch zugänglich wäre. Die Kooperation der Patientin sei als schwierig einzustufen. In Anbetracht des Medikamentenübergebrauchskopfschmerzes wäre an sich eine

Analgetika-Entzugsbehandlung durchaus sinnvoll. Aufgrund des hochgradig chronifizierten Verlaufs bei der Patientin sei die Prognose diesbezüglich aber als nicht sehr günstig einzustufen. Der Arbeitsversuch bei der Augenklinik I.\_\_\_\_ sei an sich mit einem Pensum von aktuell 30 % geglückt, ein höheres Pensum sei der Patientin aufgrund ihrer Beschwerden nicht möglich. Die Probleme bei der Eingliederung seien durch die Gesichtsschmerzen sowie die ausserordentliche Empfindlichkeit der Patientin auf diverse Umweltreize bedingt. Ein grösseres Pensum als aktuell 30 % sei der Patientin im Rahmen des Arbeitsversuches offensichtlich nicht möglich gewesen. Diese Einschätzung der Arbeitsfähigkeit entspreche aber ausschliesslich der subjektiven Wahrnehmung der Patientin. Aus neurologischer Sicht seien Eingliederungsmassnahmen per sofort zumutbar. Zum Vergleich mit dem Aktivitätenniveau vor Eintritt der Gesundheitsschädigung wurde angegeben, dieser Vergleich sei nicht ganz einfach anzustellen, weil die Patientin an sich zumeist in einem Pensum von 30 bis 40 % gearbeitet habe. Als sie dieses Pensum nach der Scheidung im März 2014 auf 80 % habe steigern wollen, sei es zu einer deutlichen Zunahme der Gesichtsschmerzen und einem regelrechten psychophysischen Zusammenbruch gekommen, welcher schliesslich vorübergehend zu einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit geführt habe. Aktuell arbeite die Patientin wiederum 30 %, was somit nicht wesentlich unter ihrem 40%igen Arbeitspensum liege, wie es bis zum März 2014 bestanden habe. Das private Aktivitätenniveau sei aktuell deutlich eingeschränkt. Es lasse sich nicht genau mit dem früheren Aktivitätenniveau vergleichen. Andererseits müsse festgestellt werden, dass die Gesichtsschmerzen zweifelsohne einem chronischen Problem entsprächen, welches sich im Jahr 2000 erstmals manifestiert habe und dann seit der zweiten Schwangerschaft im Jahr 2004 anhaltend bestehe. Die Patientin habe zahlreiche vor allem antidepressive Medikamente nicht vertragen, ausserdem sei es ihr auf Grund ihrer ausserordentlichen Geräuschüberempfindlichkeit nicht möglich, eine stationäre Rehabilitation durchzuführen. Diesbezüglich ergäben sich somit in der Tat gewisse Zweifel an der Therapiemotivation der Explorandin. Eine krankheitsbedingte Unfähigkeit zur Therapieadhärenz lasse sich aktuell aus neurologischer Sicht nicht feststellen. Zur Arbeitsfähigkeit wurde abschliessend festgehalten, die Explorandin sei in der Vergangenheit von den behandelnden Ärzten zu durchschnittlich 50 bis 100 % arbeitsunfähig erklärt worden. Diese Einschätzungen basierten ausschliesslich auf den subjektiven Beschwerden der Patientin in Form von Gesichtsschmerzen. Retrospektiv könne man diese Einschätzung nicht anders vornehmen. Aktuell bestehe bei der Explorandin aus neurologischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 80 % für ihre angestammte Tätigkeit und allfällige Verweistätigkeiten. Die bisherige Tätigkeit im Kontrollwesen werde ausschliesslich im Büro ausgeübt und entspreche somit einer körperlich leichten Tätigkeit, die vorwiegend im Sitzen ausgeführt werde. Diese Tätigkeit sei für ihre Gesichtsschmerzen als optimal angepasst einzustufen. Dementsprechend bestehe für diese Tätigkeit aktuell aus neurologischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 80 % ohne weitere Einschränkung der Leistungsfähigkeit. Gestützt auf die interdisziplinäre Besprechung mit Dr. med. H.\_\_\_\_ vom 22. Februar 2016 bestehe aktuell aus neurologischer und psychiatrischer Sicht gesamthaft eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von maximal 20 % für die angestammte Tätigkeit und allfällige Verweistätigkeiten (IV-Nr. 67 S. 18 ff). 3.20.2 Aus dem versicherungspsychiatrischen Gutachten von Dr. med. H.\_\_\_\_ vom 22. Februar 2016 geht hervor, dass die Beschwerdeführerin am 10. Dezember 2015 untersucht und begutachtet wurde. Der psychiatrische Gutachter konnte keine eigenständige krankheitswertige psychische Störung diagnostizieren. Zu den Diagnosen ohne Auswirkung auf die

Arbeitsfähigkeit machte er folgende Angaben: «Vordiagnostiziert: Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion (ICD-10 F43.2 [2014]), mittelgradige depressive Episode F32, aus versicherungspsychiatrischer Sicht diskussionsbedürftig, jedenfalls aktuell remittiert; keine anderweitige primär psychische Störung aus den Kapiteln ICD-10 F4 oder ICD-10 F6». Im Rahmen der Beurteilung und Prognose wurde im Wesentlichen ausgeführt, die Explorandin habe in der aktuellen Untersuchung keinen Zweifel daran gelassen, dass sie an einer neurologischen Erkrankung leide. Sie habe eine Facialisparesie erlitten und es bestehe eine Trigeminusneuralgie. Als im Urteil des neurologisch erfahrenen Psychiaters die Schilderung der akuten Schmerzentwicklung nach bestimmten triggernden Faktoren auch an einen Cluster-Kopfschmerz hätten denken lassen, sei am Vorliegen einer irgendwie gearteten neurologischen Erkrankung als Ursache für die erlittenen und berichteten Schmerzen nicht gezweifelt worden. Hier sei die suggestive Überzeugungskraft der Explorandin sehr gross gewesen, keinen Zweifel daran aufkommen zu lassen, dass sie schon in den vergangenen Jahren die Arbeitsleistung wegen ihrer Erkrankungen eigentlich nicht hätte erbringen können. Nach dem Verlust des früheren «Nischenarbeitsplatzes» mache sie nun erst recht eine Einschränkung geltend. Ausserdem habe die Explorandin, die über viele Jahre in der Verwaltung und in der Klinik B. \_\_\_ mitgearbeitet habe, keinen Zweifel daran gelassen, dass sie nicht primär an einer psychischen Erkrankung leide. Aufgrund der Schmerzen und der Schlafstörungen sowie der Stress-assoziierten Schmerzverstärkung könne sie sich teilweise schlecht konzentrieren und teilweise schlecht schlafen. Auch sei sie in ihren Freiheitsgraden eingeschränkt und habe gewisse Beschäftigungen und Aktivitäten zu vermeiden. Eine eigenständige psychiatrische Erkrankung sehe sie jedoch nicht als Ursache dafür an. Es seien vielmehr die Schmerzen und die Sorge, es würde eine neue Schmerzattacke getriggert. Zugluft, Kälte und Geräusche würden bei ihr teilweise direkt eine «Trigeminusneuralgie» auslösen. Allenfalls sei von einer «leichten Depression» oder einer «depressiven Reaktion» gesprochen worden, die sie auch in psychiatrische Behandlung geführt habe. Gleichwohl gehe es bei der aktuell behandelnden Psychiaterin Dr. med. S. \_\_\_ primär um die Schmerzverarbeitung, dies vor allem vor dem Hintergrund der Verarbeitung der Kindheit und der belastenden Arbeitsplatzproblematik der vergangenen Jahre. Nun auch noch eine «Depression» diagnostiziert zu bekommen, bereite ihr Mühe. In der Zusammenschau der Unterlagen und der persönlichen Einsicht in das fachärztliche neurologische Gutachten von Dr. med. G. \_\_\_ nach persönlicher Untersuchung vom 17. Dezember 2015 müsse allerdings festgestellt werden, dass als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein Gesichtsschmerz unklarer Ätiologie ICD-10 F51 mit aktuellem Medikamentenüberkonsumkopfschmerz mit Targin und Ponstan ICD-10 G44.4 angegeben werde. Dadurch sei die Arbeitsfähigkeit aus neurologischer Sicht um 20 % gemindert. In diesem Sinn werde keine spezifische Erkrankung im Sinne einer Trigeminusneuralgie oder eines Cluster-Kopfschmerzes genannt und die Minderung der zumutbaren medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit als deutlich geringer angesehen, als dies aus den vorliegenden ärztlichen Unterlagen der Behandler seit dem Jahr 2014 hervorgehe und auch die Explorandin selbst suggeriere. Der psychiatrische Gutachter hielt im Weiteren fest, es sei festzustellen, dass die zuvor behandelnden und begutachtenden Fachärzte für Psychiatrie (ebenso wie Ärzte anderer Fachrichtungen) allenfalls eine Diagnose aus dem Spektrum depressiver Störungen gestellt hätten, zunächst als Anpassungsstörung F43 codiert, später dann als depressive Episode angesehen. Es sei zu diskutieren, ob die Explorandin jemals im Hinblick auf Ausmass und Dauer ein derartig ausgeprägtes depressives Syndrom erlitten habe, dass dies nicht mehr in einer

Diagnosestellung «Anpassungsstörung» zu subsumieren gewesen wäre, vielmehr habe Dr. med. S.\_\_\_\_ die Diagnose einer eigenständigen affektiven Störung gestellt. Unabhängig von den auslösenden Faktoren der Triggerung dieser depressiven Symptomatik durch Stressfaktoren, Arbeitsplatzbelastung, alleinerziehende Mutter, Schmerzen im Gesichtsbereich und Arbeitsplatzverlust werde rein an der Ausprägung und Dauer der Symptomatik davon ausgegangen, dass die Explorandin ein depressives Syndrom mit Krankheitswert erlitten habe. Hier sei allerdings festzustellen, dass eine derartige eigenständige affektive Störung prognostisch als sehr günstig eingeschätzt werden könne, einer sehr guten Behandlung zugänglich sei und keine Minderung der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit auf Dauer nach sich ziehe. Zur Behandlung wäre bei Vorliegen einer affektiven Episode einer depressiven Erkrankung eindeutig neben der psychotherapeutischen Führung eine antidepressive Medikation vorzusehen. Hierzu habe die Explorandin angegeben, in ihrem Leben sowohl eine antidepressive Substanz als auch Trazodon wegen unerwünschter Wirkungen nicht vertragen zu haben und deshalb auch in den vergangenen Monaten abgesehen vom schlafregulierenden Zolpidem am Abend keine Psychopharmakotherapie eingenommen zu haben. Gleichwohl habe sich das depressive Syndrom deutlich gebessert, da in der aktuellen Untersuchung ein solches eindeutig nicht vorgelegen sei, die Explorandin vielmehr adäquat gewesen sei, auslenkbar und selbstsicher, von Freudfähigkeit, Interessen und Aktivitäten berichtet habe, die man als normal bezeichnen könne. Sie selbst habe auch angegeben, sich zum Beispiel an den Aktivitäten mit ihren Töchtern zu erfreuen und dann auch die Kraft und Energie zu haben, das Leben möglichst normal führen zu wollen. Sie sei lediglich durch die erwähnten Gesichtsschmerzen eingeschränkt. Es sei jedoch nicht möglich, die Gesichtsschmerzen als ausschliessliche Symptomatik einer depressiven Episode anzusehen, währenddessen inzwischen alle anderen typischen Symptome oder auch untypischen somatischen Symptome verschwunden seien. Es sei vielmehr aus der gutachterlichen Sicht zu diskutieren, ob jemals tatsächlich die Erstmanifestation einer depressiven Episode ICD-10 F32 aufgetreten sei. Der Gutachter folge dieser Einschätzung nicht. Wenn jedoch im Hinblick auf die zeitweise und vorübergehende Ausprägung der Symptomatik rein deskriptiv diese Diagnose jemals zu stellen gewesen sei, wie es Dr. med. S.\_\_\_\_ getan habe, dann wäre hier von einer Remission in der Zwischenzeit unter der stattfindenden adäquaten fachärztlichen Behandlung (und dabei noch dazu unter Auslassen einer antidepressiven Medikation) auszugehen. Aus versicherungspsychiatrischer Sicht weise die Explorandin also keine andauernde und durchgehende depressive Erkrankung auf, weder eine jahrelange Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion, die gemäss ICD-10 maximal bis zu zwei Jahren anhalten könnte, noch eine ausgeprägtere depressive Symptomatik, welche die Diagnosestellung einer depressiven Episode aktuell rechtfertigen würde. Entsprechend leite sich hieraus auch keine Minderung der Arbeitsfähigkeit ab. Dr. med. H.\_\_\_\_ führte sodann aus, abgesehen von einem Arztbericht (als sich die Explorandin auf die Notfallstation [...] begeben habe), in welchem eine Hyperventilation und Panik beschrieben worden sei, was als solches den Beschrieb der Symptome wiedergebe und nicht eine Diagnose einer eigenständigen psychiatrischen Erkrankung darstelle, seien in den vorliegenden Unterlagen keine anderen Diagnosen vergeben worden. Die Explorandin leide nicht an einer spezifischen Angststörung, sie habe z.B. keine Aktivitäten angegeben, die sie generell vermeiden müsse. Sie habe allenfalls eine gewisse Vermeidung im Zusammenhang mit triggernden Faktoren angegeben (Lärm, Zugluft oder Kälte), insgesamt habe sich aber keine agoraphobe und keine soziophobe Symptomatik eruieren lassen, auch seien die

beschriebenen «Schmerzattacken» zu sehr auf den Gesichtsschmerzbereich bezogen, als dass hier von der alleinigen Symptomatik einer Panikstörung ausgegangen werden müsste. Ebenfalls sei bei der Explorandin keine andauernde somatoforme Schmerzstörung zu beschreiben, da sie weder aus der Kindheit und Jugend derartige anhaltende psychosoziale Belastungen, Traumatisierungen oder Übergriffe beschrieben habe noch aus der Zeit vor dem Auftreten der Schmerzen. Eine derartige Diagnose sei bisher von keinem einzigen Behandler gestellt worden. Ebenfalls erleide die Explorandin keine konversionsneurotische Symptomatik. Schliesslich seien auch die Kriterien für das Vorliegen einer spezifischen Persönlichkeitsstörung nicht als überschwellig zu betrachten. Die Explorandin habe zwar deutliche Anteile histrionischen Verhaltens in der aktuellen Untersuchung aufgewiesen, sie habe dabei sehr suggestiv auf ihr Anliegen hingewiesen und auch deutlich zu erkennen gegeben, wie sehr sie unter den Beschwerden leide, als sie den Gutachter ultimativ aufgefordert habe, sofort das Streichen mit der Hand durch den Bart zu unterlassen, da dieses Geräusch bei ihr eine «Trigeminusneuralgie» auslösen könne. Insgesamt seien jedoch im Hinblick auf die Vorgeschichte, auf die berufliche Tätigkeit und auch auf die sonstigen sozialen Kontakte und die familiäre Situation die Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung gemäss ICD-10 nicht erfüllt. Auch habe die Explorandin keinesfalls angegeben, unter ihren Persönlichkeitseigenschaften zu leiden. Eine hier differentialdiagnostisch diskutierte histrionische Persönlichkeitsstörung ICD-10 F60.4 werde deshalb ebenfalls nicht in Betracht gezogen. Es sei darauf hinzuweisen, dass eindeutig krankheitsfremde Faktoren eine wichtige Rolle dafür spielten, dass die Explorandin aktuell nur eine sehr bescheidene Tätigkeit ausübe, die offensichtlich nicht für ihren Lebensunterhalt ausreiche. Deutlich sei die Enttäuschung über den früheren Arbeitgeber geworden, die Kränkung über den Verlauf im Jahr 2014. Die Explorandin habe angegeben, über einen Zeitraum von etwa 17 Jahren für die Klinik B. \_\_\_ wesentlich an deren Aufstieg und Vergrösserung mitgearbeitet zu haben. Sie habe als Arztsekretärin angefangen und später die gesamte Patientenadministration betreut. Dabei habe sie zu 40 % gearbeitet, als sie kleine Kinder gehabt habe. Das Arbeitspensum sei dann nach der Trennung vom Ehemann im Jahr 2012 und der erfolgten Scheidung im Jahr 2013 auf 80 % aufgestockt worden. Ein neuer Vorgesetzter habe dann ihre Arbeitsweise, die sehr auf die wiederholt auftretenden Trigeminusneuralgien angepasst gewesen sei, nicht mehr honoriert, sondern mehr an Arbeitsleistung gefordert. Auch als sie dann wichtige Aufgaben abgegeben und das Arbeitspensum offiziell auf 40 % reduziert habe, seien auch noch sämtliche zuvor erbrachten Arbeitsleistungen eingefordert worden, sodass sie dann unter den Stressfaktoren, einem regelrechten Mobbing, und unter dem Gefühl, ihre Arbeitsleistung werde nicht anerkannt, vermehrt Kopfschmerzen erlitten habe. Schliesslich sei sie zu 50 % und ab November 2014 zu 100 % krankgeschrieben worden. Diese Faktoren, die als Arbeitsplatzkonflikt zu bezeichnen seien, und die deutliche Kränkung, nicht wertgeschätzt worden zu sein, was durch die inzwischen erfolgte Auflösung des Arbeitsvertrages noch verstärkt worden sei, seien als deutliche krankheitsfremde Faktoren zu benennen, die am Umstand, aktuell keine Arbeitstätigkeit auszuüben, mitbeteiligt seien. Der Gutachter wies darauf hin, er unterstelle der Explorandin weder Simulation noch Aggravation oder bewusste Invorteilnahme von Versicherungsleistungen. Sie leide vielmehr offensichtlich nachvollziehbar an Gesichtsschmerzen und an den nachfolgenden Beschwerden, z.B. der Schlafstörung oder auch gewissen Einschränkungen ihrer Alltagsaktivitäten durch die Schmerzen oder in der Verhinderung der Triggerung von Schmerzen. Hierbei handle es sich jedoch nicht um die Symptomatik einer primär

psychischen Störung, sondern es seien normal-psychologische Verhaltensweisen zu erkennen, die sich im Wechselspiel der subjektiv wahrgenommenen Beschwerden der Schmerzen und der Belastungsfaktoren, der Trennung und der Arbeitsplatzbelastungen ergeben hätten. So sei auch die vertretene Meinung, aufgrund der Schmerzen Leistungen von Versicherungen als Ausgleich zu Gute zu haben, als nachvollziehbar normal-psychologisch und verständlich und nicht als vorsätzlich zu beschreiben. Gleichwohl werde eine Instrumentalisierung des Fachgebietes der Psychiatrie abgelehnt, hier nun etwa bei der Explorandin eine ausgeprägte Symptomatik einer eigenständigen psychiatrischen Erkrankung anzunehmen, um ihr bei unklarer neurologischer Situation mit unspezifischem Gesichtsschmerz zum Beispiel eine Leistung der Versicherung zum Lebensunterhalt zukommen zu lassen. Nur am Rande sei erwähnt, dass die Explorandin angegeben habe, auch Belastungen zu unterliegen, die mit der Erziehung ihrer 12- und 14-jährigen Töchter zu tun hätten, es als alleinerziehende Mutter parallel nicht zu schaffen, voll arbeiten zu gehen, was selbstverständlich krankheitsfremde psychosoziale Faktoren seien, die einer jeden allein erziehenden Mutter nach Trennung und Scheidung vom Partner ebenso passieren würden. In der Zusammenschau rechtfertige die psychische Beschwerdeschilderung – insbesondere, da keine explizite Diagnose gemäss ICD-10 einer eigenständigen psychiatrischen Erkrankung genannt werden könne – allenfalls eine Minderung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit um 10 % bis maximal 20 %, was der Einschätzung des Facharztes für Neurologie, Dr. med. G.\_\_\_\_, entspreche. Die beiden Minderungen der Arbeitsfähigkeit seien allerdings im versicherungsmedizinischen Denken nicht zu kumulieren. Somit sei in der interdisziplinären neurologischen und psychiatrischen Einschätzung (Konsensbesprechung vom 22. Februar 2016) festzustellen, dass die Explorandin an unspezifischen Gesichtsschmerzen sowie einem Medikamentenüberdosiskopfschmerz leide, allerdings aktuell eine anderweitige eigenständige Diagnosestellung im neurologischen Fachgebiet wie auch im psychiatrischen Fachgebiet nicht nachvollzogen werden könne. Es leite sich darauf interdisziplinär lediglich eine Minderung der zumutbaren medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit als Leiterin Patientenadministration/Arztsekretärin um 10 % bis maximal 20 % ab (IV-Nr. 66 S. 19 ff.).

3.21 Dr. med. P.\_\_\_\_ hielt in ihrer Stellungnahme vom 15. März 2016 zum vorerwähnten bidisziplinären Gutachten fest, sie kenne die Patientin seit vielen Jahren. Sie sei eine sehr pflichtbewusste Person, die zum Teil unter stärksten Schmerzen noch arbeiten gehe. In der Lage zu sein, einer Arbeit nachzugehen, sei für sie äusserst wichtig. Durch die starken Schmerzen und die daraus resultierende Arbeitsreduktion sei die Patientin depressiv geworden. Damit sie ihrer Tätigkeit nachgehen könne, müsse sie täglich sehr starke Medikamente einnehmen (Morphine). Die Patientin würde, wenn es ihr besser ginge, noch so gerne ihr Arbeitspensum deutlich erhöhen und habe dies auch immer wieder versucht. Das Resultat sei jedoch eine Verschärfung der Schmerzen gewesen (IV-Nr. 72 S. 3).

3.22 In seiner Stellungnahme vom 24. März 2016 zum vorerwähnten bidisziplinären Gutachten hielt das L.\_\_\_\_, Klinik für Neurologie (Dr. med. M.\_\_\_\_) fest, die Diagnose des Medikamentenübergebrauchskopfschmerzes spiele bei der Patientin allenfalls eine sehr untergeordnete Rolle. Vor der Exazerbation der Schmerzen im Jahr 2014 habe die Patientin nur Neurontin, jedoch keinerlei Analgetika eingenommen. Auch zwischenzeitlich sei es so, dass die Patientin nur dann vermehrt Analgetika einnehme, wenn dies mit den behandelnden Ärzten so vereinbart worden sei. Insgesamt würden die Beschwerden auch bei Unterbrüchen bzw. einer Reduktion der analgetischen Medikation (z.B. ab Mai 2015) nicht geringer. Somit sei die Diagnose insgesamt in Frage zu stellen. Vor allem aber

beständen diesbezüglich keine erfolgversprechenden Behandlungsoptionen. Im Weiteren erfüllten die von der Patientin geschilderten Beschwerden die Kriterien der ICHD III beta für atypischen Gesichtsschmerz. Die Behandlungsoptionen seien begrenzt. Sodann werde eine verhaltensneurotisch-neuropsychologische Abklärung von Dr. med. O.\_\_\_\_ vom 10. September 2014 erwähnt, in welcher eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit erwähnt worden sei. Ohne dass in der gutachterlichen Untersuchung eine neuropsychologische Untersuchung durchgeführt worden sei, sei dies letztlich bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in der Zusammenfassung nicht weiter berücksichtigt worden. Da dies jedoch einen erheblichen Anteil an der Arbeitsunfähigkeit ausmache, werde unbedingt empfohlen, diesen Befunden weiter nachzugehen und gegebenenfalls eine neuropsychologische Begutachtung zu ergänzen. Zur Therapiemotivation wurde angegeben, die Patientin habe multiple Behandlungsversuche durchgeführt. Dabei habe man keine Probleme bei der Kooperation oder Therapiemotivation feststellen können. Sie sei jederzeit offen für neue Therapieversuche gewesen, die sie bis an die Verträglichkeitsgrenze ausdosiert habe. Das bestehende Gutachten müsse in den oben erwähnten Punkten ergänzt bzw. revidiert werden (IV-Nr. 73). 3.23 Dr. med. U.\_\_\_\_ äusserte sich in seiner Stellungnahme vom 30. März 2016 dahingehend, den Ausführungen des neurologischen Gutachters könne in Bezug auf Anamnese und Befund soweit zugestimmt werden. Im neurologischen Status sei eine sensomotorische Hemisymptomatik zu erheben. Wenn sie sich im Status erheben lasse, sei es unverständlich, weshalb sie nicht objektiviert werden könne. Ein Befund sei doch da und die Sensibilität könne nun mal nur mit der Kooperation der Patientin erhoben werden. Eine leichte Facialis-Resparese sei in unterschiedlichem Masse festzustellen, bei Müdigkeit deutlich ausgeprägter als nach Ruhe. Die chronischen, paroxysmal einschliessenden Gesichtsschmerzen würden vom Charakter und vom Ausbreitungsgebiet her eindeutig einer Trigeminusneuralgie entsprechen und könnten somit wohl zugeordnet werden. Richtigerweise werde festgehalten, dass keine Aggravation bestehe. Anlässlich der Untersuchung habe die Patientin keine neuralgische Erscheinung gehabt, deshalb auch die milde Beurteilung der Folgen der Krankheit. In der Tat sei es aber so, dass wenn die einschliessenden Gesichtsschmerzen auftreten würden, die Patientin derart davon eingenommen werde, dass für eine gewisse Zeit – Minuten bis Stunden – absolut keine Aktivität mehr möglich sei. Es seien dann eine ausgeprägte Geräuschempfindlichkeit, Kopfschmerzen, Sehstörungen, Verschwinden der Gedanken, unmögliche Wahrnehmung des um sie stattfindenden Geschehens, eine maximale Muskelanspannung im ganzen Schultergürtel, ein absoluter Rückzugszwang in eine ruhige, dunkle Umgebung sowie teilweise Schwindel und Kreislaufstörungen vorhanden. Auslöser könnten Kleinigkeiten sein wie Geräusche, Temperatureinflüsse, Berührungen und Luftzirkulation, die jedoch nicht mit Konstanz einen Anfall produzierten, sodass es nie möglich sei, vorauszusagen, wann eine solcher ausgelöst werde. Immerhin seien die Gesichtsschmerzen derart, dass eine regelmässige Medikamenteneinnahme stattfinde, die aber nicht immer einen Anfall verhindern könne. Zudem bestehe eine starke chronische Müdigkeit, auch die Ermüdbarkeit sei erhöht, und bei Ermüdung würden die neuralgischen Schmerzen viel eher als in Ruhe auftreten. Immerhin sei unter Einfluss dieser Medikamente das Auftreten von Neuralgien reduziert worden. Es gelte auch zu unterscheiden zwischen dem neuralgischen Schmerz und den Kopfschmerzen, welche vielleicht medikamentös induziert seien. Somit sei aus den genannten Beschwerden bereits bei einem Pensum von 30 % eine Grenze erreicht, die beim Arbeitsversuch nicht überschritten werden können. Die Aussage, diese Einschätzung entspreche ausschliesslich der subjektiven

Wahrnehmung der Patientin, stimme so nicht ganz, da diese Grenzen auch von Arbeitskollegen bzw. -kolleginnen und von der Familie und Freunden der Patientin beobachtet worden seien. Auch im privaten Leben sei die Führung eines normalen Haushaltes ohne fremde Hilfe nicht möglich. Somit entspreche die beschriebene Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von maximal 20 % nicht der Realität. Es müsse von einer Einschränkung von 70 % ausgegangen werden. Dass im psychiatrischen Teil des Gutachtens keine Diagnose gestellt worden sei und die vorgängig diagnostizierten Erkrankungen in Frage gestellt worden seien, sei sehr befremdend. Die psychiatrischen Tests vom 11. März 2016 hätten ein anderes Bild ergeben. Es finde sich immer noch eine Bestätigung der früher und aktuell diagnostizierten mittelgradigen depressiven Episode, die im Gegensatz zur Behauptung im Gutachten aktuell nicht remittiert und weiterhin behandlungsbedürftig sei, was eine weitere Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mit sich ziehe und zumindest eine Erklärung für die enorme Ermüdbarkeit der Patientin sei. Es bestehe eine mindestens 70%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 75). 3.24 In seiner Stellungnahme vom 25. April 2016 hielt der neurologische Gutachter Dr. med. G.\_\_\_\_ zum Schreiben des L.\_\_\_\_ (Dr. med. M.\_\_\_\_) vom 24. März 2016 fest, die Diagnosestellung durch diese Ärztin sei im aktenmässigen Verlauf nicht konsistent erfolgt. Am 1. Juli 2014 sei über einen atypischen Gesichtsschmerz berichtet worden und am 18. November 2014 über einen neuralgischen atypischen Gesichtsschmerz. Am 11. November 2015 sei ein atypischer Gesichtsschmerz mit bilateralen neuralgiformen Schmerzen und erneuter Exazerbation angegeben worden. Wichtig bezüglich der diagnostischen Zuordnung der Gesichtsschmerzen erscheine in diesem Zusammenhang besonders auch der Bericht aus der Q.\_\_\_\_ aus der Kopfschmerzsprechstunde vom 8. Januar 2015. In der Kopfschmerzsprechstunde sei jedenfalls weder die Diagnose einer Trigeminusneuralgie noch diejenige eines atypischen Gesichtsschmerzes bestätigt worden. In diesem Schreiben seien die Kopf- und Gesichtsschmerzen als nicht eindeutig klassifizierbar eingeschätzt worden. Die von Dr. med. M.\_\_\_\_ erwähnte Diagnose eines atypischen Gesichtsschmerzes mit dem Punkt 13.11 in der neuen Klassifikation aus dem Jahr 2013 werde von der Patientin insofern nicht erfüllt, als die neurologische Untersuchung bei ihr aktuell nicht normal sei. Sie zeige – wie im Gutachten vom 22. Februar 2016 erwähnt – diesbezüglich eindeutige Diskrepanzen besonders im Vergleich zu den vorgängigen neurologischen Untersuchungen. Diese Diskrepanzen seien von Dr. med. M.\_\_\_\_ nicht diskutiert worden. Sie würden aber gegen das Vorliegen einer klaren und eindeutigen neurologischen Diagnose sprechen. Die Patientin weise zahlreiche Verhaltensweisen auf wie die ausgesprochene und eindeutig ungewöhnliche Geräuschüberempfindlichkeit auch in der neurologischen Untersuchung, welche nicht auf eine Störung oder Diagnose aus dem neurologischen Fachgebiet zurückgeführt werden könne. Die Einwände von Dr. med. M.\_\_\_\_ seien insofern verständlich, als sie die Patientin bereits länger kenne und behandle. Aus objektiver neurologischer Sicht könnten aber die subjektiven Beschwerden der Patientin nur teilweise nachvollzogen werden. Dementsprechend sei im Gutachten durchaus eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert worden, wobei es für die Einschätzung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit aus neurologischer Sicht an sich unerheblich sei, ob die Kopf- und Gesichtsschmerzen jetzt mehr als atypischer Gesichtsschmerz oder mehr als Medikamentenübergebrauchskopfschmerz interpretiert würden. Im Übrigen könne rein formal an der Diagnose eines Medikamentenübergebrauchskopfschmerzes festgehalten werden, weil die Patientin die diesbezüglichen diagnostischen Kriterien erfülle. Eine neuropsychologische Untersuchung dürfte bei der Patientin aktuell mit den anhaltenden

Schmerzen, der laufenden Medikation sowie der psychischen Problematik kaum sinnvollerweise durchzuführen und zu interpretieren sein. Bei der immer noch relativ jungen Patientin mit einem normalen kranialen MRI sei das Vorliegen von organisch bedingten kognitiven Störungen prinzipiell unwahrscheinlich. Zur von Dr. med. M. \_\_\_ aufgeworfenen Frage der Therapiemotivation sei auf die Ausführungen im Gutachten zu verweisen. Die Patientin habe beispielsweise eine geplante stationäre Rehabilitation aus Gründen ihrer ausserordentlichen Geräuschempfindlichkeit vorzeitig abgebrochen, woraus auf eine eingeschränkte Therapiemotivation geschlossen werden könne. Aus neurologischer Sicht könne dieses Vorgehen jedenfalls nicht erklärt werden. Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus neurologischer Sicht habe sich an objektiven Gesichtspunkten zu orientieren und sollte nicht lediglich die subjektive Einschätzung der Patientin übernehmen. Die subjektiven Angaben der Patientin seien aber zu berücksichtigen, wie dies im Gutachten erfolgt sei. Zum Schreiben von Dr. med. U. \_\_\_ vom 30. März 2016 nahm der neurologische Gutachter dahingehend Stellung, bei der Patientin stelle sich die Situation insofern speziell dar, als die Hemisymptomatik links aufgrund der Aktenlage nicht konsistent beschrieben worden sei. Zusätzlich finde sich bei der Patientin in der aktuellen gutachterlichen klinisch-neurologischen Untersuchung eine symmetrisch normale 2-Punktgediskrimination am Zeigefinger beidseits, was das Vorliegen einer organisch bedingten Hyposensibilität für Berührung ausschliesse. Aus diesem Grund sei die Hemisymptomatik als nicht objektivierbar und somit sehr wahrscheinlich nicht organisch bedingt eingestuft worden. Die von Dr. med. U. \_\_\_ geäusserte eindeutige Diagnose einer Trigeminusneuralgie könne - wie im neurologischen Gutachten ausgeführt - gemäss den internationalen Kriterien der Kopfwehklassifikation aus dem Jahr 2013 nicht gestellt werden, dies im Übrigen in Übereinstimmung mit den voruntersuchenden Neurologen am L. \_\_\_ und in der Kopfwehsprechstunde in [...]. Es sei aber sicher interessant zu sehen, wie die Beschwerden der Patientin von ihren behandelnden Ärzten diagnostisch unterschiedlich eingestuft würden (Trigeminusneuralgie durch Dr. med. U. \_\_\_, atypischer Gesichtsschmerz durch Dr. med. M. \_\_\_). Daraus ergebe sich klar, dass die genaue diagnostische Zuordnung der Beschwerden schwierig sei, wie dies im neurologischen Gutachten ausführlich begründet worden sei mit der Diagnose von Gesichtsschmerzen unklarer Ätiologie. Im Übrigen sei rein von der klinischen Erfahrung her das Auftreten einer Trigeminusneuralgie bei einer jungen Patientin ungewöhnlich und nicht vereinbar mit der Diagnose einer klassischen Trigeminusneuralgie. Hierbei müsste es sich dann eigentlich um eine symptomatische Trigeminusneuralgie handeln, welche aber bei der Patientin eben nicht vorliege bei einem normalen MRI des Kopfes. Auch das Vorliegen eines atypischen Kopfschmerzes sei bei jungen Patienten an sich ungewöhnlich, hiervon seien meistens Frauen im mittleren Lebensalter nach einem zahnärztlichen Eingriff betroffen. Die klassische Trigeminusneuralgie betreffe typischerweise Patienten jenseits des 50. Lebensjahres. Dr. med. U. \_\_\_ beschreibe ausführlich die zahlreichen Begleitsymptome der Patientin, die zusammen mit den Gesichtsschmerzen auftreten würden. Allein dieses bunte Beschwerdebild sei mit einer organisch-strukturellen neurologischen Störung nicht erklärbar. Gegen eine solche Erkrankung spreche auch die inkonstante Auflösbarkeit der Symptomatik, wie sie von Dr. med. U. \_\_\_ ebenfalls beschrieben werde. Wenn dieser die im Gutachten attestierte Arbeitsunfähigkeit von 20 % als aus der Luft gegriffen und niemals der Realität entsprechend einstufe, so gelte dies gleichermassen für seine attestierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 70 %. Schmerzen seien naturgemäss immer subjektiv und könnten von daher nicht objektiviert werden. Vor dem Hintergrund einer nur

schwer möglichen diagnostischen Zuordnung lasse sich naturgemäss auch die Beurteilung der Therapie, der Prognose und der Arbeitsfähigkeit nur erschwert vornehmen. Aus neurologischer Sicht könne festgehalten werden, dass die Beschwerden der Patientin durchaus zur Kenntnis und ernst genommen worden seien; dementsprechend sei eine gewisse Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert worden. Zum Schreiben der (damaligen) Rechtsvertreterin der Patientin vom 31. März 2016 hielt der neurologische Gutachter fest, es sei aus neurologischer Sicht völlig unklar, welche weiteren diagnostischen Massnahmen bezüglich der Gesichtsschmerzen durchgeführt werden sollten. Die Patientin sei während Jahren bereits von verschiedenen Neurologen betreut worden, ohne dass von diesen zusätzliche diagnostische Massnahmen in die Wege geleitet worden seien. Die Rechtsvertreterin gebe auch nicht an, welche weiteren diagnostischen Massnahmen erfolgen sollten. Im Weiteren sei es nicht Aufgabe des neurologischen Gutachters, sämtliche Akten auch von anderen Fachgebieten zu bestellen. Dies betreffe namentlich neuropsychologische Untersuchungen, welche für die neurologische Beurteilung nicht von unmittelbarer Relevanz seien. Es erwecke gesamthaft einen etwas seltsamen Eindruck, dass die Patientin, die Hausärztin oder auch die Rechtsvertreterin offenbar über diverse Aktenstücke über verschiedene neuropsychologische Untersuchungen sowie über eine Abklärung einer Medikamentenunverträglichkeit verfügten, diese aber den Gutachtern nicht vorgelegt worden seien. Die Frage der Medikamentenunverträglichkeit sei im Übrigen aus neurologischer Sicht nicht unmittelbar relevant. Die Therapiemotivation sei wie erwähnt zweifelhaft. Zusammenfassend ergäben sich aufgrund der vorerwähnten Aktenstücke keine neuen Aspekte in der Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Explorandin aus neurologischer Sicht. Dementsprechend werde an den Ausführungen im neurologischen Gutachten vom 22. Februar 2016 festgehalten (IV-Nr. 82).

3.25 Der psychiatrische Gutachter Dr. med. H. \_\_\_ hielt in seiner Stellungnahme vom 17. Mai 2016 im Wesentlichen fest, die Explorandin sei zu jedem Zeitpunkt der persönlichen Untersuchung am 10. Dezember 2015 in ihren Beschwerdeschilderungen ernst genommen worden. Der Vorwurf, die Beschwerden seien ins Lächerliche gezogen worden, sei deutlich zurückzuweisen. Auf die Bitte der Explorandin hin habe er darauf verzichtet, sich mit der Hand durch den Bart zu fahren. Die Bemerkung, ob sie den Mann, der im Bahnhofwartesaal sitze und die Zeitung umgeblättert habe, gehört habe, sei von ihm nicht gemacht worden. Die weiteren Ausführungen der Explorandin versuchten, ihn zu diskreditieren und seine ärztliche psychiatrische Tätigkeit sogar zu hinterfragen. Dies sei energisch zurückzuweisen. Aus psychiatrischer Sicht dürfe das Beschwerdeschreiben vom 15. März 2016 eine Wertung erfahren als Ausdruck gewisser Persönlichkeitseigenschaften der Explorandin, die zwar keinen Krankheitswert hätten, aber doch den im Gutachten diskutierten emotional instabilen und konversionsneurotischen Eigenschaften zuzuordnen wären. In der klassischen Psychopathologie wären derartige Persönlichkeitseigenschaften als histrionisch bezeichnet worden. Dabei sei es nicht ungewöhnlich, dass sich betroffene Versicherte, die sich in einem Verwaltungsverfahren ungerecht behandelt fühlten, die objektiv berichtenden Gutachter zu diffamieren versuchten. Zum Schreiben von Dr. med. P. \_\_\_ vom 15. März 2016 gab Dr. med. H. \_\_\_ an, dieses habe keine neuen Hinweise auf eine eigenständige primär psychische Störung ergeben. Dass die Explorandin seit vielen Jahren als pflichtbewusste Person bekannt sei, die zum Teil unter stärksten Schmerzen noch arbeiten gehe, und das in der Lage sein zu arbeiten für sie äusserst wichtig sei, stehe zur Aussage, dass die Explorandin keine eigenständige primär psychische Störung erleide, nicht im Widerspruch. Auch keinen Widerspruch stelle die Beschreibung dar, sie sei depressiv

geworden, wolle man hierunter eine gewisse traurige Verstimmung oder «Depressivität» verstehen, die jedoch eben nicht Ausdruck einer eigenständigen primär psychischen Störung sei. Hier sei im Gutachten ausgeführt worden, dass die Explorandin genügend andere Aktivitäten, Freudfähigkeit und Interessen neben ihrer Restarbeitstätigkeit aufweise, die zusätzlich zum persönlichen Untersuchungsbefund das Vorliegen einer derartig gravierenden depressiven Symptomatik (Anpassungsstörung oder aktuell sogar eine depressive Episode) ausschliessen würden. Zum Bericht der Neurologie des L. \_\_\_ vom 24. März 2016 führte der psychiatrische Gutachter aus, dieser Bericht beschäftige sich zunächst mit dem «Medikamentenübergebrauchskopfschmerz» und mit der Klassifikation des «atypischen Gesichtsschmerzes». Der Hinweis auf die verhaltensneurologisch-neuropsychologische Abklärung vom 10. September 2014 könne nicht als Begründung einer anhaltenden hälftigen Minderung der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit aus Gründen einer primär psychischen Störung oder einer neuropsychologisch belegten Beeinträchtigung nachvollzogen werden. Grundsätzlich seien verhaltensneurologisch-neuropsychologische Abklärungen sehr genau im Hinblick auf ein sich einschleichendes Bias zu betrachten, sofern sie im Rahmen laufender versicherungsrechtlicher Auseinandersetzungen erhoben oder kontrolliert würden. Sehr leicht gingen hier motivationale und intentionale Faktoren ein, die dann in unterschiedlichen Untersuchungsinstrumenten Auffälligkeiten ergäben, die von in versicherungspsychiatrischen Fragestellungen unerfahrenen Neuropsychologen oder auch Ärzten unterschiedlicher Fachgebiete als angeblich objektivierte Beeinträchtigungen verkannt würden. Eine dann typisch vorzufindende Formulierung laute, die neuropsychologischen Auffälligkeiten seien nicht einer gewissen neurologischen Störung spezifisch zuzuordnen, seien jedoch mit einer psychischen Störung «vereinbar». Hier sei grundsätzlich aus der versicherungsmedizinischen Sicht eine sehr kritische Betrachtung von neuropsychologischen angeblich objektivierten Daten zu empfehlen, wenn im Hinblick auf die neurologische Beurteilung keine zentralnervösen Erkrankungen vorliegen würden, die für sich genommen nachvollziehbar die höheren kognitiven Leistungen beeinträchtigten. Die Explorandin erleide andererseits keine eigenständige psychische Erkrankung, die sie nun in ihren kognitiven Fähigkeiten einschränken würde. Umgekehrt könnten womöglich von «Experten» beschriebene neuropsychologische Auffälligkeiten nicht die psychiatrische Erkrankung beweisend belegen. Der Hinweis auf die Therapiemotivation der Explorandin stehe wiederum nicht zur Grundaussage des versicherungspsychiatrischen Gutachtens in Widerspruch. Es sei durchaus anerkannt worden, wie sich die Explorandin für ihre Arbeitstätigkeit einsetze, sie könne aber eben keinen einschränkenden Gesundheitsschaden aus psychiatrischer Sicht ausweisen. Der psychiatrische Gutachter hielt zum Schreiben von Dr. med. U. \_\_\_ vom 30. März 2016 fest, dieser habe mitgeteilt, dass den Ausführungen des Neurologen zugestimmt werden könne, sofern keine einschliessenden Gesichtsschmerzen auftreten würden. Auch die weitere Angabe zu Auslösern der berichteten Schmerzbeschwerden, Müdigkeit und Kopfschmerzen falle in den Bereich der neurologischen Diskussion. Zum psychiatrischen Teil sei bemerkt worden, es sei «befremdend, dass die vorgängig von Fachleuten diagnostizierten Erkrankungen in Frage gestellt» würden. Hier seien die versicherungspsychiatrische Exploration und die gewissenhafte Diskussion sämtlicher vorliegender Befunde unter Berücksichtigung der persönlichen Untersuchung durchaus geeignet, die von Fachleuten diagnostizierten Erkrankungen in Frage zu stellen. Die Beurteilungsskalen der psychiatrischen Tests seien in keiner Weise geeignet, eine depressive Erkrankung, etwa eine depressive Episode gemäss

ICD-10 F32, zu diagnostizieren. Es handle sich um Beurteilungsskalen, die eindeutig nicht zu diagnostischen Zwecken entwickelt worden seien. Die entwickelten Skalen seien vielmehr bei zunächst klinisch diagnostizierten und eindeutigen Krankheitsfällen bei Vorliegen primär psychischer Störungen geeignet, Therapieverläufe zu evaluieren und sie zum Zwecke der Beurteilung unterschiedlicher Behandlungen anzuwenden. Es gehe darum, dass im Verlauf zum Beispiel eine eingesetzte und zu evaluierende Psychopharmakotherapie durch das Vorlegen der Selbstbeurteilungsbögen einschätzt werden könne. Eine Remission sei dann erzielt, wenn keine krankheitswertige Symptomatik mehr vorliege, was natürlich nicht bedeute, dass ein von subjektiven Beschwerden betroffener Mensch nun in allen Bereichen seines psychischen Befindens vollumfängliche Zufriedenheit und Gesundheit angebe. Die von Dr. med. U.\_\_\_\_ beschriebene «nach wie vor mindestens 70 % Einschränkung der Arbeitsfähigkeit» lasse sich somit aus versicherungspsychiatrischer Sicht nicht nachvollziehen. Neue Argumente und Hinweise eines Facharztes für Psychiatrie auf das Vorliegen einer eigenständigen psychischen Erkrankung ergäben sich nicht. Zum Schreiben der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin vom 31. März 2016 äusserte sich Dr. med. H.\_\_\_\_ dahingehend, die Rechtsvertreterin versuche nun, die ihr vorgelegten intentionalen Berichte zu integrieren. Ihre Argumentation, es sei nicht nachvollziehbar, dass psychiatrisch auf das neurologische Gutachten abgestützt werde, sei nicht verständlich. Die bidisziplinäre Einschätzung habe in Form einer Aussprache über Erkrankungen der etwaigen Fachgebiete stattzufinden. Der Hinweis, es hätte auf die IV-Akten zu absolvierten beruflichen Massnahmen und zu Berichten der F.\_\_\_\_ Bezug genommen werden müssen, sei zurückzuweisen, da in derartigen nichtärztlichen Berichten die Beschwerdeschilderung der betroffenen Personen in eine nichtärztliche Sprache übernommen werde, denen kein Beweiswert im Hinblick auf das Vorliegen einer eigenständigen primär psychischen Störung zukomme. Sehr wohl seien diese Berichte zur Kenntnis genommen worden, ohne dass sich daraus nun der Nachweis einer andauernden Minderung der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit wegen einer psychischen Störung erbringen lasse. Die anwaltlich vorgebrachte Argumentation, die Explorandin habe bereits früher unter Depressionen gelitten und sei auch schon in Behandlung gestanden, sei hier nicht geeignet, die differenzierte Diskussion im Gutachten in ihrer Aussagekraft zu mindern. Es müsse erneut darauf hingewiesen werden, dass Depressivität und depressive Verstimmung noch nicht gleichbedeutend seien mit einer eigenständigen affektiven Störung und dass psychologische Betreuung oder auch ärztliche Behandlung nicht automatisch das Vorliegen entsprechender nachvollziehbarer Erkrankungen bedeuteten. Die Ausführung, es würden widersprüchliche Angaben gemacht, die nicht verständlich seien, sei nicht nachvollziehbar. Als unberechtigter Versuch, das Gutachten zu diskreditieren, sei ebenfalls zurückzuweisen, wenn die Vertreterin der Explorandin bemerke, die «Überreaktion auf gewisse Medikamente» sei nicht «fachgerecht durch medizinische Akten ergänzt worden, die bei den behandelnden Ärzten anzufordern seien». Die fragliche Objektivierbarkeit von Überreaktionen auf gewisse Medikamente könne nicht dem Gutachten als Mangel angelastet werden. Eine rechtsgenügende Konsensbesprechung habe am 22. Februar 2016 tatsächlich stattgefunden. Zusammengefasst gingen aus den neuen Unterlagen keine Hinweise auf eine psychische Symptomatik oder Beschwerden als Ausdruck einer primär psychischen Störung hervor, welche die im Gutachten vom 22. Februar 2016 vertretene Sichtweise verändern würde (IV-Nr. 83 S. 2 ff.). 3.26 RAD-Ärztin Dr. med. W.\_\_\_\_, Praktische Ärztin, hielt in ihrer Stellungnahme vom 9. Juni 2016 fest, das bidisziplinäre Gutachten sei umfassend, würdige

die einzelnen Aspekte und sei nachvollziehbar. Es könne darauf abgestellt werden. Die Einwände der behandelnden Ärzte seien durch die ergänzenden Stellungnahmen der beiden Gutachter bearbeitet worden, es ergebe sich keine Änderung der Zumutbarkeitsbeurteilung. Gesamthaft bestehe eine zumutbare Arbeitsfähigkeit von 80 %. Die medizinisch-theoretische Arbeitsunfähigkeit sowohl in der angestammten Tätigkeit (Leitung Controlling/Tarifwesen) als auch in einer angepassten Verweistätigkeit betrage höchstens 20 % in einem 100 %-Pensum (IV-Nr. 85).

3.27 Dr. med. S. \_\_\_ hielt in ihrem Bericht vom 21. Juni 2016 im Wesentlichen fest, die Patientin befinde sich bei ihr seit Frühjahr 2015 in integrierter psychiatrischer Behandlung. Sie habe eine seit vielen Jahren bestehende Schmerzsymptomatik neurologischen Ursprungs. Sie sei auch bei zahlreichen Ärzten verschiedener Fachrichtungen in Behandlung gewesen, da hormonelle Ursachen wohl auch eine grosse Rolle spielten. Im Frühjahr 2015 habe die Patientin eine mittelgradige depressive Episode bei anamnestisch rezidivierender depressiver Störung bzw. Anpassungsstörungen mit längeren depressiven Episoden aufgrund der Schmerzsymptomatik gehabt, die jedoch zumindest zeitweise das Ausmass einer depressiven Störung angenommen hätten. Sie habe damals angegeben, bereits verschiedene Antidepressiva genommen und oft mit starken Nebenwirkungen reagiert zu haben oder die Antidepressiva seien ohne Wirkung geblieben. Dies habe auch der Bericht der behandelnden Neurologin im L. \_\_\_ bestätigt. Zuletzt habe sie Fluoxetin eingenommen und sei mit dem Verdacht eines serotonergen Syndroms notfallmässig im E. \_\_\_ gewesen. Die Ärzte hätten dort jedoch eher an eine Panikstörung gedacht. Erst im Nachhinein habe die Hausärztin und die Neurologin von einem serotonergen Syndrom nach Einnahme von Fluoxetin für mehrere Wochen gesprochen. Sie habe bereits verschiedene Medikamente probiert. Neu sei Trazodon verordnet worden. Die Patientin habe über eine extreme Müdigkeit und Übelkeit berichtet, weshalb die psychotherapeutische Behandlung mit kognitiv-verhaltenstherapeutischem Schwerpunkt und Ergänzung durch medizinische Hypnose einer medikamentösen Behandlung vorgezogen worden sei. Im April 2016 sei die Hausärztin u.a. um eine Cytochrom 450-Bestimmung gebeten worden. Darunter und im Rahmen eines IV-gestützten Arbeitsversuchs mit niedrigem Pensum sei bei der seit längerer Zeit arbeitsunfähigen Patientin eine Verbesserung der depressiven Symptomatik gelungen. Sie habe eine 30 %ige Arbeitsstelle gefunden, für ein grösseres Pensum sei sie bis jetzt nicht belastbar und reagiere mit starker neurologischer Schmerzsymptomatik. Im Frühjahr 2016 habe eine Operation eines Endometriumtumors in der Bauchmuskulatur stattgefunden. Die Patientin habe postoperativ einen Verwirrheitszustand geschildert. Sie sei nun aktuell erneut deutlich belastet: Einerseits noch von den Folgen der Operation, andererseits von ihren erfolglosen Bemühungen, die Arbeitsfähigkeit zu erhöhen; im Weiteren vom Ergebnis des IV-Gutachtens (IV-Nr. 89 S. 11 ff.).

3.28 Aus dem Bericht über die Kopfwehsprechstunde im L. \_\_\_, Klinik für Neurologie, vom 15. September 2016 geht hervor, es bestehe eine erneute Exazerbation der vorbekannten Beschwerden, jedoch bezüglich der Facialispause deutlicher als seit einigen Jahren. Es sei besprochen worden, in dieser Situation eine Behandlung mit Prednison für fünf Tage aufzunehmen, um zu verhindern, dass wie bei den ersten Manifestationen der Facialispause die Symptomatik schleichend immer stärker werde. Gleichzeitig sei ein Labor abgenommen worden, um einen inflammatorischen Prozess abzuklären. Im Weiteren sei ein MRI veranlasst worden (IV-Nr. 91).

3.29 Dr. med. S. \_\_\_ hielt in ihrem Schreiben zu Händen der Beschwerdeführerin vom 28. September 2016 im Wesentlichen fest, die Patientin sei zu insgesamt 29 Konsultationen, meist von stündlicher Dauer, stets pünktlich und zuverlässig

erschienen. Die Endometriose habe wohl nicht vollständig entfernt werden können. Die nächste Operation sei im Februar/März 2017 geplant. Solche Endometriose-tumore könnten ebenfalls rezidivierende starke Schmerzen verursachen, so auch bei der Patientin. Sie sei durch diese neuen Schmerzen, die mangelnde Belastbarkeit am neuen Arbeitsplatz und die Umstrukturierungsmassnahmen psychisch erneut so belastet, dass es ca. seit April bis ca. Juli 2016 zu einer erneuten depressiven Verschlechterung gekommen sei, nachdem die Patientin sich diesbezüglich stabilisiert habe. Für ein grösseres Arbeitspensum sei sie nicht belastbar und sie reagiere mit einer starken neurologischen Schmerzsymptomatik; seit Sommer 2016 bestehe auch wieder eine verstärkte Fazialisparese. Sie sei aktuell durch folgende Umstände erneut belastet: die bestehende chronifizierte Symptomatik, die Folgen der Operation bzw. des erneuten Endometriose-rezidivs, ihre erfolglosen Bemühungen, die Arbeitsfähigkeit erhöhen zu können, und das Ergebnis des IV-Gutachtens, das ihr eine 80%ige Arbeitsfähigkeit bescheinige, die sie trotz multipler Anstrengungen nicht aufbringen könne. Im Weiteren führte die behandelnde Psychiaterin aus, am Gutachten sei zu bemängeln, dass die beruflichen Massnahmen der IV völlig inadäquat kaum beachtet worden seien. Man finde keine Hinweise auf die IV-Akten der beruflichen Massnahmenbetreuung und eine genaue Schilderung des Versuchs, die Arbeitsfähigkeit zu steigern. Die möglichen Beobachtungen der Jobcoaches seien nicht erwähnt worden und hätten keine Relevanz in der Gesamtbeurteilung. Es habe zwei verhaltensneurologisch-neuropsychologische Abklärungen durch Dr. med. T. \_\_\_ im Auftrag der Taggeldversicherung gegeben. Die erste vom Herbst 2014 werde in der Listung im Gutachten erwähnt, von der zweiten Beurteilung Ende April 2015 finde sich im Gutachten kein Hinweis. In diesem Bericht vom 30. April 2015 gebe Dr. med. O. \_\_\_ an, dass sie die Arbeitsfähigkeit initial mit 10 % als gegeben ansehe und dass diese zu steigern wäre auf 50 % in den nächsten Monaten. Es sei von keiner weiteren Steigerungsmöglichkeit auszugehen. Die Patientin habe – zusätzlich zu den rezidivierenden depressiven Episoden – auch eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit abhängigen, narzisstischen und histrionischen Zügen (ICD-10 F61.0). Bei der Patientin falle auf, dass eine hohe Stressanfälligkeit bestehe. Sie erscheine im Alltagsleben für eine Frau und Mutter in diesem Lebensalter wenig belastbar. Die mangelnde Belastbarkeit an der Arbeit, verursacht durch die Schmerzen, die sich bei Stress eben noch verstärkten, führten jeweils meist zum Rückzug nachmittags zuhause über mehrere Stunden. An den arbeitsfreien Tagen nehme sie Arzttermine wahr, gehe walken und pflege die wenigen Sozialkontakte, die sie habe. Es bestünden psychische und psychopathologische Auffälligkeiten der Persönlichkeit, soziale Ängste, vor allem auch gegenüber männlichen Personen, welche eine Bewältigung von Belastungen des Alltagslebens und bei der beruflichen Tätigkeit reduzierten. Der Patientin fehle es an der Fähigkeit, sich wirklich zu behaupten, sich zu distanzieren, wirklich optimistisch zu denken und wirkliches Vertrauen zu anderen und vor allem auch zu sich selbst aufzubauen. Sie habe Selbstwertstörungen, die sich im Aufbau eines künstlichen Selbst mit narzisstischer Erhöhung und dem ausserordentlich hohen Wunsch nach Respekt und Anerkennung sowie dem Wunsch nach Machtausübung zeigten. Dadurch werde verständlich, dass sie schnell und stark kränkbar sei. Die jeweiligen depressiven Episoden könnten sich bis zu mittelgradigen Episoden mit einer Dauer von mehreren Wochen bis Monaten entwickeln. Die diagnostischen Kriterien für spezifische Persönlichkeitsstörungen seien gegeben. Psychotherapeutisch habe bereits eine Verbesserung erreicht werden können in Bezug auf die abhängigen Persönlichkeitsmerkmale (IV-Nr. 92 S. 3 ff.). 3.30 Die RAD-Ärztin Dr. med. W. \_\_\_ hielt in ihrer Stellungnahme vom 31. Oktober 2016 fest, die

Berichte von Dr. med. S.\_\_\_\_ und des L.\_\_\_\_ änderten nichts an ihrer Beurteilung vom 9. Juni 2016. Beim neurologischen Bericht handle es sich um eine vorübergehende, therapierbare und nicht länger andauernde leichtgradige Zustandsverschlechterung, beim psychiatrischen Bericht um eine andere Beurteilung desselben Sachverhaltes. Eine Persönlichkeitsstörung hätte auch vom Gutachter gesehen werden müssen; dieser habe aber eine solche Störung verneint. Es handle sich bei den eingereichten Unterlagen nicht um eine wesentliche nachhaltige Verschlechterung, sondern um eine andere Beurteilung desselben Gesundheitszustands (IV-Nr. 95).

### **E. 3**

Der Beschwerdeführerin seien berufliche Massnahmen zuzusprechen.

### **E. 4**

4.1 Die Beschwerdegegnerin lehnte den Anspruch der Beschwerdeführerin auf weitere berufliche Eingliederungsmassnahmen sowie eine Invalidenrente mit Verfügung vom 12. Dezember 2016 im Wesentlichen mit der Begründung ab, gemäss den Abklärungen würde die Beschwerdeführerin ohne Gesundheitsschaden weiterhin ihre Tätigkeit als Leiterin im Controlling bzw. Tarifwesen mit einem Pensum von 80 % wahrnehmen; die restlichen 20 % entfielen auf den Haushaltsbereich. Die medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass der Beschwerdeführerin ihre angestammte Tätigkeit als Leiterin des medizinischen Controllings weiterhin im ursprünglichen Pensum von 80 % ohne Leistungsminderung zuzumuten sei. Im Haushalt bestehe keine wesentliche Einschränkung. Die medizinische Situation sei genügend abgeklärt worden, um zur Arbeitsfähigkeit Stellung nehmen zu können. Dem bidisziplinären Gutachten der Dres. med. G.\_\_\_\_ und H.\_\_\_\_ vom 22. Februar 2016 komme voller Beweiswert zu. Von den Berichten von Dr. med. O.\_\_\_\_ habe der neurologische Gutachter Dr. med. G.\_\_\_\_ bei seiner Begutachtung Kenntnis gehabt; ein Gutachten sei nicht erstellt worden. Nach den Angaben des neurologischen Gutachters seien die neuropsychologischen Untersuchungen für die neurologische Beurteilung nicht von unmittelbarer Relevanz. Auch Dr. med. H.\_\_\_\_ seien die Berichte von Dr. med. O.\_\_\_\_ bei seiner psychiatrischen Begutachtung vorgelegen. Diese Berichte seien demnach in die Beurteilung miteingeflossen. Weitere Abklärungen seien nicht notwendig. Die aktuelleren Berichte des L.\_\_\_\_ vom 15. September 2016 und der behandelnden Psychiaterin vom 28. September 2016 sowie die angehängte verhaltensneurologische Untersuchung vom 30. April 2015 seien durch die RAD-Ärztin gewürdigt worden. Auch die Berichte über den Verlauf der beruflichen Eingliederungsmassnahmen seien von den Gutachtern zur Kenntnis genommen worden, ohne dass sich daraus der Nachweis einer andauernden Minderung der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit erbringen lasse. In den Abschlussberichten der beruflichen Eingliederung vom 1. Februar 2016 und der F.\_\_\_\_ vom 1. März 2016 stehe nicht mehr, als den Gutachtern bereits bekannt gewesen sei. Die interdisziplinäre Besprechung gehe aus der Schlussbemerkung des neurologischen Gutachtens hervor. Dort werde die gesamthafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von maximal 20 % sowohl für die angestammte Tätigkeit als auch für allfällige Verweistätigkeiten festgehalten. Medizinisch-theoretisch bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80 %. Unter Berücksichtigung des medizinischen Zumutbarkeitsprofils sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass für die Explorandin im Bereich der Hausarbeit nur eine geringfügige Einschränkung bestehen könne. Damit erübrige sich eine Haushaltsabklärung (A.S. 1 ff.).

Demgegenüber lässt die Beschwerdeführerin geltend machen, es seien ihr eine ganze Invalidenrente sowie berufliche Massnahmen zuzusprechen. Dies wird im Wesentlichen damit begründet, das neurologische Gutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_ vom 22. Februar 2016 sei in keiner Weise nachvollziehbar begründet, setze sich nicht mit den medizinischen Akten auseinander, nehme wichtige Akten gar nicht zur Kenntnis und gehe daher von falschen Annahmen aus. Die Feststellungen im Gutachten und die Schlussfolgerungen bezüglich medizinischer Situation und damit deren Folgen auf die Arbeitsfähigkeit stünden im Widerspruch zu sämtlichen medizinischen Akten. Die neuropsychologische Abklärung und der Bericht von Dr. med. O.\_\_\_\_ vom 18. Mai 2015 seien anlässlich der Begutachtung nicht berücksichtigt worden. Die Hausärztin habe ausdrücklich darauf hingewiesen, dass das Gutachten von Dr. med. T.\_\_\_\_ vom 30. April 2015 direkt bei der begutachtenden Ärztin angefordert werden müsse. Ein Aktenbeizug sei aber nicht erfolgt. Es fehle sodann jede Bezugnahme zu den beruflichen Eingliederungsmassnahmen. Die Beschwerdeführerin habe wegen der Schmerzen ihr Pensum nie über 30 % steigern können. Die Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit seien im Gutachten in keiner Weise schlüssig begründet worden. Im Weiteren entbehre das psychiatrische Gutachten von Dr. med. H.\_\_\_\_ vom 17. Februar 2016 jeder Objektivität und nehme offensichtlich die von der Beschwerdeführerin geschilderten Beschwerden nicht ernst. Das Gutachten würdige wesentliche medizinische Akten nicht, setze sich in keiner Weise mit den aktenkundigen psychiatrischen Beschwerden auseinander und stütze sich hauptsächlich auf das neurologische Gutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_ ab, welches den Sachverhalt unvollständig und falsch darstelle. Das tatsächliche Leistungsvermögen der Beschwerdeführerin hätte zumindest anhand des Kataloges der Indikatoren gemäss BGE 141 V 281 geprüft werden müssen. Die Schlussfolgerungen im Gutachten von Dr. med. H.\_\_\_\_ seien in jeder Hinsicht unhaltbar. Ferner fehle eine rechtsgenügende Konsensdiskussion der beiden Gutachter zum Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit. Eine Arbeitsfähigkeit von 80 % sei nicht ausgewiesen. Die ärztlichen Berichte und die berufliche Abklärung hätten vielmehr ergeben, dass die Beschwerdeführerin heute lediglich eine Arbeitsfähigkeit von 30 % aufweise. Bis Januar 2016 sei ihre Arbeitsfähigkeit zudem zu 100 % eingeschränkt gewesen. Im Rahmen einer Neubegutachtung sei auch die Frage der Arbeitsfähigkeit im Haushalt zu prüfen. Aufgrund der Wechselwirkungen zwischen Arbeitstätigkeit und Haushaltstätigkeit sei die Invalidität der Beschwerdeführerin nicht nach der gemischten Methode festzulegen. Sie habe Anspruch auf eine ganze Invalidenrente und auf die Fortführung der beruflichen Eingliederungsmassnahmen (A.S. 7 ff.).

Mit Eingabe vom 21. Dezember 2017 lässt die Beschwerdeführerin, nun vertreten durch Advokat Erich Züblin, geltend machen, sie leide unter organisch bedingten, neuralgiformen Schmerzen sowie unter neuropsychologischen und psychiatrischen Einschränkungen ihrer funktionellen Leistungsfähigkeit. Neben der organischen Komponente und vorhandenen Komorbiditäten seien ihre Einschränkungen gestützt auf die psychiatrischen Beurteilungen klar auf ein psychosomatisches Geschehen zurückzuführen. Dem psychiatrischen Gutachten von Dr. med. H.\_\_\_\_ komme kein Beweiswert zu. Der Gutachter argumentiere nicht als Arzt, sondern als Richter, wobei er im Hinblick auf die Beurteilung psychosomatischer Gesundheitsstörungen von einer juristisch völlig unzutreffenden Annahme ausgehe. Dr. med. H.\_\_\_\_ sei gerichtsnotorisch als Gutachter bekannt, an dessen Gutachten sich die Geister scheiden würden. Kaum ein Gutachten dieses Psychiaters habe nicht zu einem langwierigen Gerichtsprozess geführt. Sodann wäre im Hinblick auf die Urteile des Bundesgerichts vom 30. November 2017 eine Prüfung

sämtlicher Indikatoren notwendig gewesen. Anschliessend wäre eine Beurteilung des effektiv erreichbaren Leistungsvermögens vorzunehmen gewesen. Es sei klar, dass die Beschwerdeführerin weder aggraviere noch simulierte. Ihr Gesundheitszustand habe sich auch nach der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 12. Dezember 2016 verschlechtert und sie sei derzeit wieder zu 100 % arbeitsunfähig. Aufgrund der psychiatrischen, neurologischen und neuropsychologischen Gesundheitsstörungen sei eine polydisziplinäre Gerichtsbegutachtung notwendig (A.S. 58 ff.).

Anlässlich der öffentlichen Verhandlung vom 14. August 2018 lässt die Beschwerdeführerin ihre Rechtsbegehren sinngemäss erneuern und geltend machen, aufgrund der unumstrittenermassen vorhandenen psychosozialen Faktoren anerkenne der psychiatrische Gutachter Dr. med. H.\_\_\_\_ die ebenfalls unumstrittenermassen bestehenden sekundären Gesundheitsstörungen der Beschwerdeführerin nicht als Krankheit und habe sie deshalb beispielsweise nicht als somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert. Genau diese Diagnose verwerfe er auf S. 23 seines Gutachtens deshalb, weil keine anhaltenden Belastungen aus der Kindheit oder Jugend, Traumatisierungen oder Übergriffe beschrieben seien. Gestützt auf ICD-10 oder DSM V seien jedoch entsprechende Belastungen nicht seit Kindheit oder Jugend Voraussetzung für die Diagnose. Es sei bereits darauf hingewiesen worden, dass gemäss konstanter bundesgerichtlicher Rechtsprechung auch sekundäre Krankheiten invalidenversicherungsrechtlich relevant seien. Insbesondere das psychiatrische Gutachten sei mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung nicht vereinbar. Es sei nochmals festzuhalten, dass der Gutachter die Indikatoren nicht oder nicht umfassend geprüft und keine Gesamtwürdigung vorgenommen habe. Deshalb sei ein gerichtliches Obergutachten beantragt worden.

4.2 Zunächst ist festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin nach Rücksprache mit dem RAD (IV-Nr. 40 S. 5) eine bidisziplinäre (neurologische und psychiatrische) Begutachtung bei Dr. med. G.\_\_\_\_ und Dr. med. H.\_\_\_\_ einholte (vgl. Mitteilung vom 22. September 2015 [IV-Nr. 42] und entsprechender Fragenkatalog [IV-Nr. 43]). Einwände gegen die Gutachter oder gegen die Begutachtung als solche wurden von der Beschwerdeführerin nicht erhoben. Demnach war es zulässig, die Gutachten ohne weitere Zwischenschritte zu veranlassen (BGE 139 V 349 E. 5.4 S. 357; vgl. auch Urteile des Bundesgerichts 9C\_549/2017 vom 13. Februar 2018 E. 3.2 und 9C\_718/2013 vom 12. August 2014 E. 4, je mit Hinweisen). Im Folgenden ist zu prüfen, ob den Gutachten von Dr. med. H.\_\_\_\_ und Dr. med. G.\_\_\_\_ vom 22. Februar 2016 sowie ihren Stellungnahmen vom 25. April und 17. Mai 2016 Beweiswert zukommt.

4.3 Die Beschwerdeführerin lässt geltend machen, es fehle ein neuropsychologisches Gutachten von Dr. med. O.\_\_\_\_, welches die Gutachter hätten beiziehen müssen (vgl. Beschwerde, S. 9 Ziff. 5.2 [A.S. 15]). Diese Rüge ist unbegründet, denn die Kurzberichte von Dr. med. O.\_\_\_\_ vom 10. September 2014 (IV-Nr. 12.6 S. 1) und vom 18. Mai 2015 (IV-Nr. 31 S. 2) waren bei den Akten, die den Gutachtern vorlagen, ebenso die Zusammenfassung der Untersuchungsergebnisse vom 30. April 2015 (IV-Nr. 31 S. 3 ff.; vgl. IV-Nr. 66 S. 5 und 67 S. 4). Diese Unterlagen sind identisch mit denjenigen, welche die Beschwerdeführerin im Rahmen des Vorbescheidverfahrens mit Einwandschreiben vom 13. September 2016 einreichen liess (vgl. IV-Nr. 89 S. 15 bis 21). Letztere enthalten lediglich noch einen Kurzbericht vom 19. Januar 2015 (IV-Nr. 89 S. 20), der aber für sich genommen keine zusätzlichen Erkenntnisse bringt. Nach Erhalt des vorerwähnten Einwandschreibens hat sich die Beschwerdegegnerin am 21. September 2016 bei Dr. med.

O.\_\_\_\_ und der Krankentaggeldversichererin () erkundigt und erfahren, es gebe kein Gutachten, sondern nur die bereits in den Akten vorhandenen Berichte (Protokolleintrag vom 21. September 2016). Demnach ist davon auszugehen, dass den Gutachtern alle relevanten Informationen über die Ergebnisse der neuropsychologischen Untersuchungen vorlagen. Ein Gutachten vom 30. April 2015 existiert nicht, sondern lediglich der Untersuchungsbericht mit diesem Datum (IV-Nr. 31 S. 3 ff.).

## E. 5

5.1 Hinsichtlich der Vollständigkeit des psychiatrischen Gutachtens von Dr. med. H.\_\_\_\_ wird bemängelt, es fehlten Unterlagen über psychiatrische Behandlungen vor dem Jahr 2014 (vgl. Stellungnahme vom 31. März 2016 [IV-Nr. 77 S. 2]). Bei den ins Recht gelegten Akten befinden sich Berichte von Dr. med. K.\_\_\_\_ über eine Behandlung, welche er am 27. Mai 2014 begonnen hatte (IV-Nr. 12.6 S. 21). Frühere psychiatrische Behandlungen sind nicht aktenkundig und wurden auch in der Anmeldung vom 24. September 2014 nicht erwähnt (vgl. IV-Nr. 6 S. 6). Auch in der Stellungnahme der Beschwerdeführerin vom 31. März 2016 (IV-Nr. 77), im Einwand vom 13. September 2016 (IV-Nr. 89 S. 1 ff.) und in der Beschwerde (S. 16 Ziff. 6.2 [A.S. 22]) wird nicht konkret gesagt, bei wem die Beschwerdeführerin sonst noch in Behandlung gewesen sein soll. Auch gegenüber dem psychiatrischen Gutachter Dr. med. H.\_\_\_\_ hat die Beschwerdeführerin keine Vorbehandlungen erwähnt (vgl. IV-Nr. 66 S. 17). Vor diesem Hintergrund geht es nicht an, den Nichtbeizung von Unterlagen zu beanstanden. Von der Beschwerdeführerin wird denn auch nicht angegeben, von wem weitere Berichte eingeholt werden sollten.

5.2 Zum Verlauf der Untersuchung bei Dr. med. H.\_\_\_\_ vom 10. Dezember 2015 machte die Beschwerdeführerin in ihrer Stellungnahme vom 15. März 2016 (IV-Nr. 72) geltend, sie habe keine guten Erinnerungen daran. Schon zu Beginn der Untersuchung habe der psychiatrische Gutachter ihre Beschwerden ins Lächerliche gezogen. Diese Einwände wurden von Dr. med. H.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 17. Mai 2016 hinreichend geklärt (vgl. IV-Nr. 83 S. 3 ff.; E. II. 3.25 hiervor). Der psychiatrische Gutachter bestreitet die von der Beschwerdeführerin erhobenen Einwände und legt in plausibler Weise dar, die Beschwerdeführerin sei zu jedem Zeitpunkt der persönlichen Untersuchung vom 10. Dezember 2015 in ihren Beschwerdeschilderungen ernst genommen worden. Er habe ■ auf erstmaliges Ersuchen der Beschwerdeführerin hin ■ auf eine Berührung seines Bartes verzichtet; sodann habe er die Aussage bzw. den Vergleich betreffend Bahnhofwartesaal und Zeitung nicht gemacht. Wie es sich mit der letzteren Bemerkung verhält, kann letztlich offen bleiben, da dieser Umstand für den Beweiswert des Gutachtens nicht entscheidend ist. Anhaltspunkte, dass die Beschwerdeführerin vom Gutachter hinsichtlich ihrer geklagten Beschwerden nicht ernst genommen worden wäre, bestehen nicht. Ebenso wenig besteht ein Hinweis auf «persönlichkeitsverletzende Bemerkungen» des Gutachters, wie dies von der Beschwerdeführerin behauptet wird. Für den Vorwurf einer mangelnden Objektivität des Gutachters besteht keine Grundlage. Hinzu kommt, dass die Beschwerdeführerin gegenüber dem psychiatrischen Gutachter selbst erklärte, sie leide in erster Linie an einer neurologischen Störung und es sei nun eine «leichte Depression» hinzugekommen (IV-Nr. 66 S. 11). Das Ergebnis des psychiatrischen Gutachtens weicht demnach nicht erheblich von ihrer eigenen Einschätzung ab.

5.3 Dem Einwand der Beschwerdeführerin, die geklagten Beschwerden seien nicht berücksichtigt worden und der Psychiater stelle seine Aussagen auf ein neurologisches Gutachten ab, welches weder nachvollziehbar noch schlüssig begründet worden sei (vgl.

Beschwerde, S. 15 Ziff. 6.2 [A.S. 21]), kann nicht gefolgt werden. Die Angaben der Explorandin zu ihren Beschwerden wurden im psychiatrischen Gutachten angegeben und im Rahmen der Beurteilung berücksichtigt. Auf die Frage des Gutachters nach den aktuellen subjektiven Beschwerden gab die Beschwerdeführerin in der psychiatrischen Exploration an, sie leide seit 15 Jahren an einer Trigeminusneuralgie. Immer wieder komme es zu einer entsprechend akuten Schmerzsymptomatik. In diesen Zusammenhang würden dann auch Lähmungen auftreten, wobei immer die linke Körperhälfte betroffen sei. Aktuell trete auch die linksseitige Facialisparesie, an der sie leide, meistens nach Arbeitstagen auf. Auf die Frage nach der aktuellen Hauptsymptomatik gab die Beschwerdeführerin an, an einzelnen Tagen «neuralgische Schmerzen», Lähmungen und Gesichtszuckungen erlitten zu haben. Dadurch sei dann auch ihre Konzentration gemindert. Sie müsse sich beispielsweise in Gesprächen Notizen machen. Es herrsche eine starke Kälte- und Geräuschempfindlichkeit. Auf die Nachfrage, was die psychische Situation sei und unter welchen Symptomen sie leide, gab die Beschwerdeführerin an, die Situation sei sehr akut, wenn ihr der Schmerz einschiesse; sie könnte dann «die Wände hochgehen». Durch die allgemeine Einschränkung in ihrer Lebensqualität, da sie sich nicht frei bewegen könne, z.B. kälte- und geräuschempfindlich sei, und eine Verstärkung der Facialisparesie zu befürchten sei, habe sie «eine leichte Depression» (Gutachten, S. 9 f.; IV-Nr. 66 S. 10 f.). Auch im Rahmen der Erfassung der persönlichen Anamnese sowie der Eigenanamnese/Krankheitsvorgeschichte wurden die gesundheitlichen Beschwerden und deren Verlauf wiedergegeben (Gutachten, S. 12 ff.; IV-Nr. 66 S. 13 ff.). Im Weiteren wurde die aktuelle Medikation angegeben und der psychische Befund erhoben (Gutachten, S. 16 ff.; IV-Nr. 66 S. 17 ff.). Schliesslich wurde im Rahmen der Beurteilung auf die geklagten Beschwerden eingegangen und diese wurden eingehend gewürdigt (Gutachten, S. 19 ff.; IV-Nr. 66 S. 20 ff.; vgl. E. II. 3.20.2 hiervor). Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin kann somit nicht gesagt werden, das psychiatrische Gutachten gehe von falschen Annahmen aus.

5.4 Zur Schlüssigkeit des psychiatrischen Gutachtens ist festzuhalten, dass der Gutachter zum klaren Ergebnis gelangt, es liege keine krankheitswertige psychische Störung vor. Die Ausführungen im Gutachten (vgl. S. 19 ff.) lassen erkennen, dass der Gutachter weiss, worauf es bei einer psychischen Begutachtung ankommt. Der Gutachter führt aus, aufgrund der Vorakten sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin zu einem früheren Zeitpunkt ein depressives Syndrom von Krankheitswert erlitten habe, das jedoch zu keiner dauerhaften Minderung der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit geführt und im Zeitpunkt der Begutachtung nicht mehr vorgelegen habe. Er legt weiter dar, es sei nicht möglich, die Gesichtsschmerzen als ausschliessliche Symptomatik einer depressiven Episode anzusehen, während inzwischen alle anderen typischen Symptome und auch untypischen somatischen Symptome verschwunden wären. Aus versicherungspsychiatrischer Sicht weise die Beschwerdeführerin keine andauernde und durchgehende depressive Erkrankung auf, weder eine jahrelange Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion, die gemäss ICD-10 maximal bis zu zwei Jahren anhalten könnte, noch eine ausgeprägtere depressive Symptomatik, welche die Diagnosestellung einer depressiven Episode aktuell rechtfertigen würde. Entsprechend leite sich daraus auch keine Minderung der Arbeitsfähigkeit ab (Gutachten, S. 22; IV-Nr. 66 S. 23). Diese Ausführungen sind schlüssig und in sich widerspruchsfrei. Auch wenn am Ende der Beurteilung eine allfällige psychiatrisch begründete Minderung der Arbeitsfähigkeit um 10 % bis maximal 20 % aufgrund der psychischen Beschwerdeschilderung als

gerechtfertigt angegeben wird, was nicht ganz als konsequent erscheint, da keine eigenständige krankheitswertige psychische Störung diagnostiziert werden konnte, schmälert dies die Beweiskraft des psychiatrischen Gutachtens nicht. Der psychiatrische Gutachter macht hinreichend deutlich und begründet detailliert und umfassend, dass keine krankheitswertige psychische Störung vorliegt.

5.5 Die Verneinung einer krankheitswertigen psychischen Störung wird unter Bezugnahme auf die Aussagen und die Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin, die erhobenen Befunde und die psychiatrischen Vorakten ausführlich hergeleitet und begründet. Der Gutachter legt dar, warum er eine erhebliche depressive Symptomatik für den Begutachtungszeitpunkt verneint und warum er davon ausgeht, in der Vergangenheit habe zwar eine solche vorgelegen, aber ohne dauerhafte erhebliche Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit. Auch das Vorliegen anderer Diagnosen (Angststörung, somatoforme Schmerzstörung, konversionsneurotische Störung, Persönlichkeitsstörung) wird mit plausiblen und verständlichen Begründungen verneint (Gutachten, S. 23 f.; IV-Nr. 66 S. 24 ff.). Insbesondere zur anhaltenden somatoforme Schmerzstörung weist Dr. med. H.\_\_\_\_ ausdrücklich darauf hin, eine solche könne bei der Beschwerdeführerin nicht festgestellt werden, da sie weder aus der Kindheit oder Jugend derartige anhaltende psychosoziale Belastungen, Traumatisierungen oder Übergriffe beschrieben habe noch aus der Zeit vor dem Auftreten der Schmerzen, sodass von einem intrapsychischen Konflikt ausgegangen werden müsste, der ursächlich für das Auftreten der Schmerzen zu bezeichnen wäre und der keine andere Möglichkeit fände, sich zu artikulieren als im Ausdruck des Schmerzes (S. 23 des Gutachtens). Gemäss den klinisch-diagnostischen Leitlinien der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10, Kapitel V) tritt der Schmerz bei einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Problemen auf, welche schwerwiegend genug sein sollten, um als entscheidende ursächliche Einflüsse zu gelten. Solche schwerwiegenden emotionalen Konflikte oder psychosozialen Probleme kann der psychiatrische Gutachter nicht nur während der Kindheit oder Jugend der Beschwerdeführerin, sondern auch in der Zeit vor dem Auftreten der Schmerzen nicht feststellen. Dementsprechend wird die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung vom Experten nachvollziehbar verneint. Dass psychosoziale Belastungsfaktoren nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung unter gewissen Voraussetzungen mittelbar zur Invalidität beitragen können (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_680/2017 vom 22. Juni 2018 E. 5.2), trifft zwar zu, eine solche Konstellation ist hier jedoch nicht gegeben. Es gilt zu beachten, dass auch von den behandelnden Psychiatern keine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert wurde. Darauf wies der psychiatrische Gutachter denn auch ausdrücklich hin (IV-Nr. 66 S. 24). Das Gutachten ist somit nachvollziehbar und wurde schlüssig begründet.

5.6 Die Beschwerdeführerin lässt geltend machen, der psychiatrische Gutachter habe nicht auf die Ergebnisse der Eingliederungsbemühungen Bezug genommen (IV-Nr. 77 S. 2 und 89 S. 3; Beschwerde, S. 15). Es trifft zu, dass sich die Gutachter zwar auf die medizinischen Vorakten beziehen, aber nicht auf den Verlauf der Eingliederungsbemühungen Bezug nehmen. Der psychiatrische Gutachter führt dazu in seiner Stellungnahme vom 17. Mai 2016 aus, er habe diese Akten sehr wohl zur Kenntnis genommen, ihnen komme aber kein Beweiswert im Hinblick auf das Vorliegen einer primär psychischen Störung zu. Damit lasse sich eine andauernde Minderung der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit aus psychischen Gründen nicht nachweisen

(IV-Nr. 83 S. 6). Dies ist zutreffend. Der begutachtende Arzt hat zwar den Verlauf einer beruflichen Eingliederungsmassnahme zur Kenntnis zu nehmen, diese enthält aber in der Regel keine medizinischen Feststellungen und kann daher nicht eine eigenständige Grundlage für eine gutachterliche Beurteilung bilden.

5.7 Eingewendet wird von der Beschwerdeführerin im Weiteren, der Gutachter habe sich nicht zu den Indikatoren gemäss BGE 141 V 281 geäussert. Hierzu ist zu bemerken, dass der Gutachter keine Diagnose stellte, welche in den Anwendungsbereich dieser Rechtsprechung fiel. Vielmehr wurde eine eigenständige krankheitswertige psychische Störung, insbesondere auch eine somatoforme Schmerzstörung, ausdrücklich verneint. Daher war es auch nicht erforderlich, zu den Indikatoren Stellung zu nehmen. Voraussetzung für eine Anspruchsberechtigung ist eine lege artis gestellte psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. BGE 143 V 418 E. 8.1 mit Hinweis). Eine solche liegt hier nicht vor.

5.8 Zur neuropsychologischen Beurteilung von Dr. med. O. \_\_\_ ist festzuhalten, dass den Gutachtern ■ wie oben (unter E. II. 4.3 hiervor) erwähnt - der neuropsychologische Bericht vom 30. April 2015 (IV-Nr. 31 S. 3 ff.) vorlag. Betrachtet man dessen Inhalt, wird deutlich, dass er die psychiatrische Beurteilung nicht zu beeinflussen vermag. Dr. med. T. \_\_\_ führt zwar in der Zusammenfassung vom 18. Mai 2015 (IV-Nr. 31 S. 2) aus, die neuro- und leistungspsychologische Zusatzabklärung betreffend berufsrelevanter kognitiv-mentaler Basisfunktionen und handlungsbegleitender Kognitionen ergebe eine Arbeitsfähigkeit von lediglich 10 % mit gradueller Steigerung auf 50 %. Betrachtet man jedoch die Teilergebnisse, wird deutlich, dass die Verhaltensbeobachtung weitgehend unauffällig ausfiel, indem lediglich eine ernste, agitierte Stimmung und eine Umständlichkeit festgestellt wurden, beide mit leichter oder leichter bis mittelschwerer Relevanz für die berufliche Tätigkeit, während die übrigen 15 geprüften Aspekte zu keiner Einschränkung führten (IV-Nr. 31 S. 4). Auch die Prüfung der kognitiven Funktionen (IV-Nr. 31 S. 5 f.) ergab lediglich leichte Beeinträchtigungen bezüglich Ablenkbarkeit und das sprachliche konzeptionelle Denken und Umstellen, wogegen bei den übrigen 27 geprüften Aspekten keine Beeinträchtigung mit Relevanz für die berufliche Tätigkeit resultierte. Die attestierte hohe Arbeitsunfähigkeit resultierte einzig aus den Einschränkungen in der Rubrik «Allgemeine Belastbarkeit», welche ihrerseits in erster Linie aufgrund der Schmerzlimitation zufolge der intermittierenden Schmerzen im Gesicht/Trigeminusbereich und der damit verbundenen Stress- und Fehleranfälligkeit sowie einem Leistungseinbruch unter Belastung entstand. Letztlich wird also die Einschränkung nicht aus kognitiven Einschränkungen abgeleitet, sondern aus den gezeigten Limitationen bei der Arbeit selbst. Wenn der psychiatrische Gutachter aus diesen Ergebnissen keine Hinweise auf eine psychische Störung ableitete, ist dies plausibel.

5.9 Der Hausarzt Dr. med. U. \_\_\_ bemängelte, der psychiatrische Gutachter Dr. med. H. \_\_\_ habe die vorgängig diagnostizierten Erkrankungen in Frage gestellt, was sehr befremdend sei (IV-Nr. 75 S. 2). Diese Aussage ist zu relativieren: Aktenkundig ist eine psychiatrische Behandlung bei Dr. med. K. \_\_\_, die am 27. Mai 2014 aufgenommen wurde. Dr. med. K. \_\_\_ diagnostizierte in seinem ersten Bericht vom 19. Juni 2014 eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion nach der Scheidung vom Ehemann im Juli 2013 und der Trennung vom Freund Anfang 2014. Zur Arbeitsfähigkeit nahm er nicht Stellung (IV-Nr. 12.6 S. 21; E. II. 3.1 hiervor). In seinem späteren Bericht vom 13. Dezember 2014 hielt Dr. med. K. \_\_\_ fest, die Beschwerdeführerin leide seit Anfang

2014 an einer Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21) bei Exazerbation der (somatisch begründeten) Schmerzerkrankung, Belastung am Arbeitsplatz sowie perfektionistischen und aufopfernden Persönlichkeitszügen. Nach einer Verbesserung der Schmerzsymptomatik sei auch mit einem Abklingen der psychischen Beschwerden (Kraftlosigkeit, Konzentrationsstörung, Schlafprobleme) zu rechnen. Aus rein psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit nicht wesentlich eingeschränkt. Dementsprechend gibt der Arzt an, aus psychiatrischer Sicht bestehe seit dem 27. Mai 2014 keine Arbeitsunfähigkeit (IV-Nr. 25; E. II. 3.7 hiervor). Der Psychiater Dr. med. N.\_\_\_\_, der die Beschwerdeführerin im Zusammenhang mit der neuropsychologischen Abklärung durch Dr. med. O.\_\_\_\_ untersucht hatte, gelangte zum Ergebnis, richtungsweisend sei die neurologische Problematik. Psychiatrischerseits könne im Rahmen der Momentaufnahme keine schwere affektopathologische oder eine anderweitige krankheitswertige Störung ausgemacht werden (IV-Nr. 12.6 S. 4; E. II. 3.3 hiervor). Ab 9. März 2015 erfolgte die psychiatrische Behandlung nicht mehr durch Dr. med. K.\_\_\_\_, sondern durch Dr. med. S.\_\_\_\_. Diese Ärztin diagnostizierte in ihrem Bericht vom 18. Mai 2015 eine mittelgradig depressive Episode mit somatischem Syndrom, anamnestisch beginnend ca. Anfang 2014. In ihrer angestammten Tätigkeit als Fachspezialistin «Tarife» sei die Beschwerdeführerin seit 9. März 2015 zu 100 % arbeitsunfähig. An anderer Stelle wird allerdings erklärt, die Beschwerdeführerin könne 2 bis 4 Stunden pro Tag einer Bürotätigkeit in ihrem Spezialsektor nachgehen, und als Eingliederungsmassnahme wird das Ermöglichen einer Teilzeitstelle bis zu 50 % vormittags vorgeschlagen, und die Zumutbarkeit wird auf bis zu 4 Stunden pro Tag beziffert. Weiter wird erklärt, die Beschwerdeführerin sei auf Dauer wohl nur zu 50 % belastbar und es werde eine IV-Rente von 50 % empfohlen, die eventuell zu einem späteren Zeitpunkt wieder aufgehoben werden könnte (IV-Nr. 29 S. 1 ff.; E. II. 3.14 hiervor).

Zusammenfassend ist somit festzustellen, dass der zunächst behandelnde Psychiater Dr. med. K.\_\_\_\_ eine Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion als Folge von belastenden privaten Veränderungen diagnostizierte. Die Arbeitsfähigkeit sah er aus rein psychiatrischer Sicht nicht erheblich eingeschränkt. Zum gleichen Ergebnis gelangte der Psychiater Dr. med. N.\_\_\_\_, der die Beschwerdeführerin im Auftrag der Krankentaggeldversicherung untersuchte. In der Folge wechselte die Beschwerdeführerin den Psychiater. Die neu behandelnde Psychiaterin Dr. med. S.\_\_\_\_ ging nunmehr von einer mittelgradigen depressiven Episode aus. Die Arbeitsfähigkeit erachtete sie ihrem Bericht vom 18. Mai 2015 als zu 50 % oder mehr eingeschränkt. Die Beurteilung von Dr. med. H.\_\_\_\_ lässt sich mit derjenigen von Dr. med. K.\_\_\_\_ weitgehend vereinbaren. Es leuchtet ein, dass die von diesem diagnostizierte Anpassungsstörung, die definitionsgemäss vorübergehend ist und zu keiner dauerhaften erheblichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führt, bis zur Begutachtung durch Dr. med. H.\_\_\_\_ abgeklungen war. Ein Widerspruch besteht einzig zur nunmehr behandelnden Psychiaterin Dr. med. S.\_\_\_\_. Deren Bericht vom 18. Mai 2015 enthält aber keine Informationen, welche Dr. med. H.\_\_\_\_ in seiner späteren Begutachtung entgangen wären.

5.10 Zu den psychiatrischen Testverfahren führte Dr. med. U.\_\_\_\_ im Weiteren aus, er habe die Patientin am 11. März 2016 verschiedenen psychiatrischen Tests unterzogen. Diese hätten alle mindestens eine leichte Depression ergeben (IV-Nr. 75; E. II. 3.23 hiervor). Wie Dr. med. H.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 17. Mai 2016 zutreffend entgegnet, bilden derartige Beurteilungsverfahren, die grossenteils auf der gegenüber dem Arzt geäusserten

Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin beruhen, von vorherein keine geeignete Grundlage für die Diagnose einer krankheitswertigen psychischen Störung (IV-Nr. 82 S. 5; E. II. 3.25).

5.11 Die behandelnde Psychiaterin Dr. med. S.\_\_\_\_ erstattete am 29. September 2016 einen Bericht an die Vertreterin der Beschwerdeführerin (IV-Nr. 92 S. 3 ff.; E. II. 3.29 hiervor). Dr. med. S.\_\_\_\_ geht von rezidivierenden depressiven Episoden aus, ohne allerdings näher darzulegen, welche Befunde erhoben wurden und wie sich daraus die Diagnose ableitet. Neu diagnostiziert sie eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit abhängigen, narzisstischen und histrionischen Zügen (ICD-10 F61.0). Eine solche Störung kann aber nicht als mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt gelten, zumal sie weder durch den Gutachter Dr. med. H.\_\_\_\_ noch durch den früheren behandelnden Psychiater Dr. med. K.\_\_\_\_ oder durch Dr. med. N.\_\_\_\_, der die Beschwerdeführerin ebenfalls untersucht hatte, festgestellt worden war und auch in den früheren Berichten von Dr. med. S.\_\_\_\_ vom 9. März und 18. Mai 2015 nicht erwähnt wird (vgl. IV-Nr. 29 S. 1 ff. und 7 ff.; E. II. 3.12 und 3.14 hiervor). Es kommt hinzu, dass sich eine Persönlichkeitsstörung bereits in einer relativ frühen Lebensphase gezeigt haben müsste, wofür hier aber keine Anhaltspunkte bestehen. Vielmehr erwecken die Akten den Eindruck, die Beschwerdeführerin habe bis zum Auftreten der neurologisch bedingten Schmerzsymptomatik ein weitgehend erfolgreiches, jedenfalls aber unauffälliges Leben geführt. Psychiatrische Behandlungen sind nicht dokumentiert. Vor diesem Hintergrund kann die neu gestellte Diagnose nicht als ein Umstand gelten, der im Gutachten von Dr. med. H.\_\_\_\_ unerkannt oder ungewürdigt geblieben wäre. Dies wäre aber nach der Rechtsprechung erforderlich, um von den Ergebnissen eines Gutachtens, das der Versicherer im Rahmen von Art. 44 ATSG eingeholt hat, abzuweichen (vgl. E. II. 2.6 hiervor).

5.12 Schliesslich weist Dr. med. H.\_\_\_\_ darauf hin, die Beschwerdeführerin leide nachvollziehbar an Gesichtsschmerzen und an nachfolgenden Beschwerden, z.B. der Schlafstörung oder auch gewissen Einschränkungen ihrer Alltagsaktivitäten durch die Schmerzen oder in der Verhinderung der Triggerung von Schmerzen. Hierbei handle es sich jedoch nicht um die Symptomatik einer primär psychischen Störung, sondern es seien normal-psychologische Verhaltensweisen zu erkennen, die sich im Wechselspiel der subjektiv wahrgenommenen Beschwerden der Schmerzen und der Belastungsfaktoren, der Trennung und der Arbeitsplatzbelastungen ergeben hätten (vgl. Gutachten, S. 25 und 26 f. [IV-Nr. 66 S. 26 und 27 f.] sowie Stellungnahme, S. 5 [IV-Nr. 83 S. 6]). Entgegen der Argumentation der Beschwerdeführerin anlässlich der öffentlichen Verhandlung kann daraus nicht abgeleitet werden, nach Auffassung des Gutachters seien nur primäre, nicht dagegen sekundäre psychische Störungen relevant. Dr. med. H.\_\_\_\_ spricht nicht von einer «primären psychischen Störung», sondern er hält fest, es handle sich nicht um die Symptomatik einer «primär psychischen Störung» (sondern nicht um eine psychische Störung, auch nicht eine sekundäre), was eine ganz andere Aussage ist. Die vorliegenden psychosozialen Belastungsfaktoren der Beschwerdeführerin sind nach seiner Beurteilung weder unmittelbar noch mittelbar invaliditätsbegründend.

6. Zum neurologischen Gutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_ vom 22. Februar 2016 lässt die Beschwerdeführerin geltend machen, das Gutachten sei in keiner Weise nachvollziehbar begründet, es setze sich nicht mit den medizinischen Akten auseinander, nehme wichtige Akten gar nicht zur Kenntnis und gehe daher von falschen Annahmen aus. Die Feststellungen im Gutachten und die Schlussfolgerungen bezüglich medizinischer Situation

und damit deren Folgen auf die Arbeitsfähigkeit stünden im Widerspruch zu sämtlichen medizinischen Akten. Dr. med. G. \_\_\_ ziehe einzig aus dem Umstand, dass verschiedene Diagnosen zu verschiedenen Zeiten gestellt werden, in unzulässiger Weise den Schluss, dass keine Diagnose vorliege, ohne dies nachvollziehbar zu begründen. Eine Auseinandersetzung mit den Diagnosen und den entsprechenden Einwänden der Neurologin Dr. med. M. \_\_\_ erfolge nicht. Die diagnostische Unsicherheit müsste zu weiteren Abklärungen führen und nicht zur Feststellung, es sei keine Diagnose zu stellen. Sodann fehle jede Bezugnahme auf die beruflichen Eingliederungsmassnahmen. Im Weiteren sei die Medikamentenunverträglichkeit nicht abgeklärt worden und der Beschwerdeführerin könne die Therapiemotivation nicht abgesprochen werden (Beschwerde, S. 6 ff. Ziff. 5).

6.1 Dr. med. G. \_\_\_ stellt aufgrund seiner klinisch-neurologischen Untersuchung der Explorandin vom 17. Dezember 2015 die Diagnose (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) «Gesichtsschmerzen unklarer Ätiologie (ICD-10 R51), aktuell Medikamentenüberkonsumkopfschmerz mit Targin und Ponstan (ICD-10 G44.4)» und hält fest, er könne die Beschwerden diagnostisch nicht klar zuordnen. Diese Diagnose des neurologischen Gutachters basiert auch auf den zahlreichen medizinischen Vorakten, der Erhebung der Arbeits- und Sozialanamnese, der Angabe der geklagten Beschwerden, der Würdigung der persönlichen Anamnese sowie der Familien- und Systemanamnese sowie den Angaben über die aktuelle Therapie. Im Weiteren liegt ein Neurostatus betreffend Kopf und Hirnnerven, obere und untere Extremitäten sowie des Rumpfes vor. Der neurologische Gutachter begründet nachvollziehbar und schlüssig, warum er die Diagnose einer orofazialen Migräne nicht näher diskutieren und die Diagnosen einer Trigeminusneuralgie oder eines atypischen Gesichtsschmerzes nicht stellen kann. Er legt auch verständlich dar, weshalb ein Gesichtsschmerz aufgrund einer Trigeminusneuropathie nicht diagnostiziert werden kann. Er weist dabei darauf hin, bei der Explorandin sei keine Ursache für eine solche Hirnnervenläsion bekannt und das im Jahr 2014 durchgeführte MRI des Kopfes sei normal ausgefallen. Dr. med. G. \_\_\_ führt im Weiteren aus, die klinisch-neurologischen Untersuchungsbefunde im Rahmen der verschiedenen durchgeführten Untersuchungen seien nicht konsistent gewesen, beispielsweise in Bezug auf die sensomotorische Hemisymptomatik links. Die neurologische Untersuchung durch den Gutachter ergab ein sensibel betontes Hemisyndrom links, welches aber nicht objektiviert werden könne; dementsprechend sei es sehr wahrscheinlich als funktionell einzustufen im Rahmen der chronischen Schmerzproblematik. Nach den gutachterlichen Angaben zeigt die klinisch-neurologische Untersuchung an sich nur ein minimales Residuum der abgelaufenen peripheren Gesichtsschwäche links im Sinne eines diskret abgeschwächten Augenschlusses links. Die Prognose der Fazialisparese postpartal sei gemäss der Literatur durchaus günstig.

Der Experte hält im Weiteren klar fest, aktuell könne bei der Patientin jedoch zweifelsfrei die Diagnose eines Medikamentenüberkonsumkopfschmerzes gestellt werden aufgrund der täglichen Einnahme von Ponstan und Targin, welches ein Opiat enthalte. Diese beiden Substanzen könnten zweifelsohne zu einer Chronifizierung der Schmerzen im Gesicht beitragen. Im Weiteren äussert sich der Gutachter zur erschwerten sozialen Situation der Beschwerdeführerin und hält fest, psychosoziale Faktoren verstärkten die Schmerzproblematik. Die Diagnose einer chronischen Migräne kann nach den nachvollziehbaren Angaben des Gutachters nicht gestellt werden. Die Einschränkung der

Arbeitsfähigkeit der Explorandin resultiert nach den Angaben des Neurologen ganz überwiegend aus ihren subjektiv wahrgenommenen Beschwerden aufgrund der Schmerzen und des in der Folge eingetretenen sozialen Rückzuges. Der Gutachter legt dar, objektiv könnten diese Beschwerden nicht nachvollzogen werden, weil keine sicher objektivierbaren sensomotorischen Ausfälle bestünden. Es dürfte sich somit sehr wahrscheinlich um einen primären oder nicht symptomatischen und somit prinzipiell nicht gefährlichen Schmerz im Gesichtsbereich handeln. Dafür spreche zweifelsohne auch die durchgeführte und normal ausgefallene MRI-Untersuchung des Kopfes. Vor diesem Hintergrund kann die bestehende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus Sicht des neurologischen Gutachters nicht nachvollzogen werden (IV-Nr. 67 S. 18 ff.; E. II. 3.20.1 hiervor).

Diese Ausführungen des neurologischen Gutachters sind schlüssig, in sich widerspruchsfrei und überzeugend. Auch die aufgrund der Gesichtsschmerzen attestierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 20 % in der bisherigen, gut angepassten Tätigkeit wird nachvollziehbar begründet und erscheint angemessen. Dem Einwand der Beschwerdeführerin, das Gutachten sei in keiner Weise nachvollziehbar begründet, es setze sich nicht mit den medizinischen Akten auseinander, nehme wichtige Akten gar nicht zur Kenntnis und gehe daher von falschen Annahmen aus, kann nicht gefolgt werden. Zu den Einwänden der Dres. med. P.\_\_\_\_, M.\_\_\_\_ und U.\_\_\_\_ nahm der neurologische Gutachter in seiner Stellungnahme vom 25. April 2016 nachvollziehbar und schlüssig Stellung, wobei er zum Schluss kam, aus neurologischer Sicht ergäben sich aufgrund der eingereichten Akten keine neuen Aspekte in der Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Dementsprechend hielt der neurologische Gutachter an seinen Ausführungen im Gutachten vom 22. Februar 2016 weiterhin fest (IV-Nr. 82; vgl. E. II. 3.24 hiervor). Der Hinweis mit Blick auf die Beurteilungen der vorbehandelnden Ärzte, wonach die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit sich aus ärztlicher Sicht nicht nur auf die subjektiven Angaben der Explorandin stützen, sondern auch objektive Parameter miteinbeziehen sollte, ist plausibel.

6.2 Dem Einwand der Beschwerdeführerin, Dr. med. G.\_\_\_\_ habe sich mit den von der Neurologin Dr. med. M.\_\_\_\_ gestellten Diagnosen und den entsprechenden Einwänden nicht auseinandergesetzt, kann nicht gefolgt werden. Im Rahmen der medizinischen Beurteilung im Gutachten vom 22. Februar 2016 wurden die von den behandelnden Ärzten ■ u.a. auch die von der Neurologischen Klinik des L.\_\_\_\_ ■ gestellten Diagnosen wiedergegeben und diskutiert (IV-Nr. 67 S. 18 ff.). In seiner Stellungnahme vom 25. April 2016 hielt der neurologische Gutachter dazu fest, die Diagnosestellung durch Dr. med. M.\_\_\_\_ sei im aktenmässigen Verlauf nicht konsistent. Am 1. Juli 2014 sei über einen atypischen Gesichtsschmerz berichtet worden (vgl. IV-Nr. 12.6 S. 5), am 18. November 2014 über einen neuralgischen atypischen Gesichtsschmerz (vgl. IV-Nr. 18 S. 1) und am 11. November 2015 über einen atypischen Gesichtsschmerz mit bilateralen neuralgiformen Schmerzen und erneuter Exazerbation (vgl. IV-Nr. 53 S. 1). Wichtig bezüglich der diagnostischen Zuordnung der Gesichtsschmerzen erscheine in diesem Zusammenhang besonders auch der Bericht der Q.\_\_\_\_ vom 9. Januar 2015, worin weder die Diagnose einer Trigeminusneuralgie noch diejenige eines atypischen Gesichtsschmerzes bestätigt worden sei. In diesem Bericht seien die Kopf- und Gesichtsschmerzen als nicht eindeutig klassifizierbar beurteilt worden (vgl. IV-Nr. 28 S. 6). Die von Dr. med. M.\_\_\_\_ erwähnte Diagnose eines atypischen Gesichtsschmerzes mit dem Punkt 13.11 in der neuen Klassifikation aus dem Jahr 2013 (vgl. IV-Nr. 73) werde von der Beschwerdeführerin nicht erfüllt, da die neurologische Untersuchung bei ihr aktuell nicht normal sei. Sie zeige ■ wie

im Gutachten vom 22. Februar 2016 erwähnt ■ diesbezüglich eindeutige Diskrepanzen besonders im Vergleich zu den vorgängigen neurologischen Untersuchungen. Diese Diskrepanzen seien von Dr. med. M.\_\_\_\_ nicht diskutiert worden, sie würden aber gegen das Vorliegen einer klaren neurologischen Diagnose sprechen. So weise die Patientin zahlreiche Verhaltensweisen auf wie die ausgesprochene und eindeutig ungewöhnliche Geräuschüberempfindlichkeit auch in der neurologischen Untersuchung, welche nicht auf eine Störung oder Diagnose aus dem neurologischen Fachgebiet zurückgeführt werden könne (IV-Nr. 82 S. 4; E. II. 3.24 hiervor).

Der neurologische Gutachter legt sodann nachvollziehbar dar, für die Einschätzung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit aus neurologischer Sicht sei es an sich unerheblich, ob die Kopf- und Gesichtsschmerzen aktuell mehr als atypischer Gesichtsschmerz oder aber mehr als Medikamentenübergebrauchskopfschmerz zu interpretieren seien. Rein formal könne an der Diagnose eines Medikamentenübergebrauchskopfschmerzes festgehalten werden, weil die Explorandin die diesbezüglichen diagnostischen Kriterien der internationalen Klassifikation aus dem Jahr 2013 erfülle, und auch die behandelnde Neurologin könne keine Angaben machen, welche diese Diagnose widerlegten (IV-Nr. 82 S. 5). Demnach setzte sich der neurologische Gutachter mit den von Dr. med. M.\_\_\_\_ vergebenen Diagnosen und ihren Einwänden eingehend auseinander und begründete seinen Standpunkt ausführlich. Das Gutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_ kann nicht deshalb in Frage gestellt und zum Anlass für weitere medizinische Abklärungen genommen werden, weil die behandelnde Neurologin des L.\_\_\_\_ zu anderslautenden Einschätzungen gelangt. Wichtige Aspekte, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind, sind nicht ersichtlich. Demnach drängt sich keine vom neurologischen Gutachten abweichende Beurteilung auf (vgl. E. II. 2.6 hiervor).

6.3 Zum Einwand der Beschwerdeführerin, Dr. med. G.\_\_\_\_ gehe in keiner Weise auf die beruflichen Eingliederungsmassnahmen und die entsprechenden Berichte ein, ist ■ analog zur psychiatrischen Begutachtung von Dr. med. H.\_\_\_\_ (vgl. E. II. 5.6 hiervor) ■ festzuhalten, dass den Berichten über den Verlauf der Eingliederungsbemühungen kein Beweiswert im Hinblick auf das Vorliegen eines neurologischen Leidens zukommt. Im Weiteren lagen dem Gutachter - wie erwähnt ■ auch die Kurzberichte von Dr. med. O.\_\_\_\_ über die verhaltensneurologisch-neuropsychologischen Abklärungen vom 10. September 2014 (IV-Nr. 12.6 S. 1) und 18. Mai 2015 (IV-Nr. 31 S. 2) sowie die Zusammenfassung der Untersuchungsergebnisse vom 30. April 2015 (IV-Nr. 31 S. 3 ff.; vgl. IV-Nr. 66 S. 5 und 67 S. 4) vor (vgl. E. II. 4.3 hiervor). Dass die darin attestierten erheblichen Arbeitsunfähigkeiten nicht übernommen wurden, lässt nicht den Schluss zu, das neurologische Gutachten sei deswegen unvollständig oder fehlerhaft (vgl. zu den neuropsychologischen Abklärungsberichten auch E. II. 5.8 hiervor). So weist auch Dr. med. G.\_\_\_\_ ausdrücklich darauf hin, neuropsychologische Untersuchungen seien für die neurologische Beurteilung nicht von unmittelbarer Relevanz (IV-Nr. 82 S. 7; vgl. E. II. 3.24 hiervor).

6.4 Die Beschwerdeführerin macht im Weiteren geltend, der Bericht von Dr. med. S.\_\_\_\_ an Prof. Dr. med. X.\_\_\_\_ vom 21. Juni 2016 zeige auf, dass die Überreaktion auf gewisse Medikamente ohne weiteres objektivierbar sei (vgl. IV-Nr. 89 S. 11; E. II. 3.27 hiervor). Dazu ist festzuhalten, dass die Frage der Medikamentenunverträglichkeit nach den Angaben von Dr. med. G.\_\_\_\_ aus neurologischer Sicht nicht unmittelbar relevant ist, weil es sich diesbezüglich um die Behandlung der Patientin mit antidepressiven Medikamenten handelt,

zu denen der neurologische Gutachter keine Stellung nehmen kann (IV-Nr. 82 S. 8; E. II. 3.24 hiervor). Somit kann nicht gesagt werden, das Gutachten sei diesbezüglich fehlerhaft und nicht beweistauglich.

7. Die Berichte des L.\_\_\_\_, Klinik für Neurologie, vom 15. September 2016 (IV-Nr. 91) und von Dr. med. S.\_\_\_\_ von 28. September 2016 (IV-Nr. 92 S. 3 ff.) vermögen an den Schlussfolgerungen der bidisziplinären Begutachtung von Dr. med. H.\_\_\_\_ und Dr. med. G.\_\_\_\_ vom 10. und 17. Dezember 2015 nichts zu ändern. Darin werden keine neuen Aspekte erwähnt, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind. So weist auch die RAD-Ärztin Dr. med. W.\_\_\_\_ in ihrer Stellungnahme vom 31. Oktober 2016 darauf hin, beim neurologischen Bericht handle es sich um eine vorübergehende therapierbare und nicht länger andauernde leichtgradige Zustandsverschlechterung, beim psychiatrischen Bericht um eine andere Beurteilung desselben Sachverhaltes. Eine Persönlichkeitsstörung hätte auch vom psychiatrischen Gutachter erkannt werden müssen, eine solche sei von ihm aber verneint worden (IV-Nr. 95 S. 2). Dieser Einschätzung ist beizupflichten.

8. Nach dem Gesagten leidet die Beschwerdeführerin aufgrund der bidisziplinären Begutachtung von Dr. med. H.\_\_\_\_ und Dr. med. G.\_\_\_\_ vom 10. und 17. Dezember 2015 an Gesichtsschmerzen unklarer Ätiologie sowie aktuell an einem Medikamentenüberkonsumkopfschmerz mit Targin und Ponstan. Eine eigenständige krankheitswertige psychische Störung liegt nicht vor. Daraus leitet sich aufgrund der interdisziplinären Konsensbesprechung vom 22. Februar 2016 eine Minderung der zumutbaren medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit sowohl in der angestammten Tätigkeit als Leiterin der Patientenadministration bzw. Arztsekretärin als auch in einer anderen angepassten Verweistätigkeit von maximal 20 % ab (IV-Nr. 66 S. 27 und 67 S. 32). Entgegen dem Einwand der Beschwerdeführerin besteht kein Hinweis für das Fehlen einer rechtsgenügelichen Konsensdiskussion. Das umfassende bidisziplinäre Gutachten vom 22. Februar 2016 berücksichtigt die geklagten Beschwerden und wurde in Kenntnis der Vorakten abgegeben. Im Weiteren leuchtet es in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und die Schlussfolgerungen der Experten sind eingehend begründet. Beide Gutachter halten denn auch in ihren Stellungnahmen zu den Einwänden der behandelnden Ärzte vom 25. April und 17. Mai 2016 an ihren Begutachtungsergebnissen vollumfänglich fest. Dem bidisziplinären Gutachten kommt somit volle Beweiskraft zu (vgl. E. II. 2.5 hiervor). Auch die nach dem Gutachten erstellten medizinischen Berichte der behandelnden Ärzte vermögen den Beweiswert des Gutachtens nicht zu schmälern. Aus dem Umstand, dass sich Dr. med. H.\_\_\_\_ gemäss dem von der Beschwerdeführerin eingereichten Schreiben der Beschwerdegegnerin vom 19. Januar 2017 (A.S. 62) offenbar nicht mehr auf der Gutachterliste der IV-Stelle befindet, kann nichts abgeleitet werden, was sein Gutachten in Frage stellen würde. Ebenso wenig vermögen die Berichte über den Verlauf der beruflichen Eingliederungsmassnahmen das Gutachten in Frage zu stellen (IV-Nr. 69; vgl. auch anlässlich der öffentlichen Verhandlung vom 14. August 2018 abgegebene Berichte der Y.\_\_\_\_, [...], vom 19. Februar und 20. Juli 2018). Demnach ist vollumfänglich auf das bidisziplinäre Gutachten abzustellen.

## **E. 9**

9.1 Gemäss den Angaben im Gesprächsprotokoll Früherfassung/Intake vom 9. September 2014 würde die alleinerziehende Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall aus

finanziellen Gründen eine Erwerbstätigkeit mit einem Arbeitspensum von 80 % ausüben (vgl. IV-Nr. 3 S. 1), was angesichts der ihr gegenüber ihren 2001 und 2004 geborenen Kindern obliegenden Unterhalts- und Betreuungspflichten als nachvollziehbar und plausibel erscheint. Demnach wäre die Anwendung der gemischten Methode zur Ermittlung des Invaliditätsgrades an sich korrekt. Angesichts eines zumutbaren Arbeitspensums von 80 % kann jedoch nicht davon ausgegangen werden, dass die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin im Haushalt aus medizinischer Sicht relevant eingeschränkt wäre, zumal sie auf die Unterstützung ihrer Kinder sowie auch ihrer Eltern zählen kann. Ist die medizinische Aktenlage in dem Sinn eindeutig, dass eine anspruchserhebliche Behinderung im Haushalt auszuschliessen ist, kann auf die Durchführung einer Haushaltabklärung verzichtet werden (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Aufl., S. 371, Rz. 174 mit Hinweis). Unter den gegebenen Umständen ist der Verzicht der Beschwerdegegnerin auf eine Abklärung im Haushalt der Beschwerdeführerin nicht zu beanstanden. Auch unter Berücksichtigung einer (hier nicht gerechtfertigten) erheblichen Einschränkung im Haushalt würde die Beschwerdeführerin den Mindestinvaliditätsgrad von 40 % für eine Rente nicht erreichen (vgl. E. II. 2.2 hiervor).

9.2 Der Einwand der Beschwerdeführerin in ihrer Eingabe vom 21. Dezember 2017, ihr Gesundheitszustand habe sich nach der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 12. Dezember 2016 verschlechtert und sie sei derzeit wieder zu 100 % arbeitsunfähig, ist nicht relevant. Rechtsprechungsgemäss bildet die vorliegend angefochtene Verfügung die zeitliche Grenze der gerichtlichen Überprüfungsbefugnis (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 940/06 vom 19. November 2007 E. 4.1 mit Hinweisen). Für weitergehende Beweiserhebungen, namentlich die Einholung eines polydisziplinären (psychiatrischen, neurologischen und neuropsychologischen) Gerichtsgutachtens, wie dies von der Beschwerdeführerin beantragt wird, besteht kein Anlass (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_576/2015 vom 21. September 2015 E. 3.2 mit Hinweisen).

9.3 Die Beschwerdeführerin war im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung, d.h. vom 13. Januar 2016 bis Februar 2017, in ihrer angestammten Tätigkeit als Leiterin des medizinischen Controllings bei der Augenklinik I. \_\_\_ im Rahmen eines Arbeitspensums von 30 % tätig (IV-Nr. 63 S. 2, 65 S. 1 und 69 S. 2; vgl. auch Berichte der Y. \_\_\_ vom 19. Februar 2018, Ziff. 4.1, und vom 20. Juli 2018, «Beratungsverlauf»). Nach den medizinischen Abklärungen der Beschwerdegegnerin wäre sie in der Lage, eine solche, ihren Beschwerden angepasste Tätigkeit mit einem Pensum von 80 % auszuüben. Da die Beschwerdeführerin bereits teilweise wieder beruflich eingegliedert ist und ihre noch bestehende Resterwerbsfähigkeit in einer solchen oder anderen angepassten Verweistätigkeit verwerten könnte (vgl. Bericht der Y. \_\_\_ vom 20. Juli 2018, «Beratungsverlauf»), besteht kein Raum für weitere berufliche Eingliederungsmassnahmen.

10. Nach dem Gesagten ist die vorliegend angefochtene Verfügung vom 12. Dezember 2016, worin der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente sowie weitere berufliche Massnahmen abgewiesen wurde, nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist somit abzuweisen.

## **E. 11**

11.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin (Art. 61 lit. g ATSG).

11.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 ■ 1■000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 zu bezahlen.

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Die Verfahrenskosten von CHF 1■000.00 werden der Beschwerdeführerin auferlegt und mit dem geleisteten Kostenvorschuss von CHF 600.00 verrechnet. Die Beschwerdeführerin wird verpflichtet, den Differenzbetrag von CHF 400.00 zu bezahlen.
4. Je eine Kopie des Protokolls der Verhandlung vom 14. August 2018 geht zur Kenntnisnahme an die Parteien.

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Schmidhauser

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