

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00354 vom 26. November 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-11-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.00354

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00354 du 26 novembre 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00354 del 26 novembre 2012

Erwägungen

E. 1

1.1 Am 1. Januar 2008 sind die im Zuge der 5. IV-Revision revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 6. Oktober 2006, der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 28. September 2007, des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) sowie das Bundesgesetz über die Schaffung und die Änderung von Erlassen zur Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) vom 6. Oktober 2006 in Kraft getreten. In materiellrechtlicher Hinsicht gilt jedoch der allgemeine bergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen sind, die bei Erlass des angefochtenen Entscheids respektive im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b, je mit Hinweisen).

Die angefochtene Verfügung ist am 1. März 2011 ergangen, wobei ein Sachverhalt zu beurteilen ist, der vor dem Inkrafttreten der revidierten Bestimmungen der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 begonnen hat. Daher und aufgrund dessen, dass der Rechtsstreit eine Dauerleistung betrifft, über welche noch nicht rechtskräftig verfügt wurde, ist entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln für die Zeit bis 31. Dezember 2007 auf die damals geltenden Bestimmungen und ab diesem Zeitpunkt auf die neuen Normen der 5. IV-Revision abzustellen (vgl. zur 4. IV-Revision: BGE 130 V 445 ff.; Urteil des Bundesgerichts I 428/04 vom 7. Juni 2006 E. 1). Dies fällt materiellrechtlich jedoch nicht ins Gewicht, weil die 5. IV-Revision hinsichtlich der Invaliditätsbemessung keine substantiellen Änderungen gegenüber der bis 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Rechtslage gebracht hat, so dass die zur altrechtlichen Regelung ergangene Rechtsprechung weiterhin massgebend ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_76/2009 vom 19. Mai 2009 E. 2). Im Folgenden werden die massgeblichen Gesetzesbestimmungen - soweit nichts anderes vermerkt ist - in der seit dem 1. Januar 2008 geltenden Fassung zitiert.

1.2 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen

Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung).

1.3 Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden konnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

1.4 Nach der Rechtsprechung kommt einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) ebenso wie grundsätzlich sämtlichen pathogenetisch-etiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage nur ausnahmsweise invalidisierender, d.h. einen Rentenanspruch begründender Charakter zu. Entscheidend ist, ob und inwiefern die versicherte Person über psychische Ressourcen verfügt, die es ihr erlauben, trotz den subjektiv erlebten Schmerzen einer Arbeit nachzugehen. Umstände, die bei Vorliegen eines solchen Krankheitsbildes die Verwertung der verbliebenen Arbeitskraft auf dem Arbeitsmarkt als unzumutbar erscheinen lassen können, sind: Eine Komorbidität im Sinne eines vom Schmerzgeschehen losgelösten eigenständigen psychischen Leidens von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer, chronische körperliche Begleiterkrankungen mit mehrjährigem Krankheitsverlauf bei unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerfristige Remission, sozialer Rückzug, ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr angehbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn), unbefriedigende Ergebnisse von konsequent durchgeführten Behandlungen (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) und gescheiterte Rehabilitationsmassnahmen bei vorhandener Motivation und Eigenanstrengung der versicherten Person. Umgekehrt sprechen u.a. eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese, die Angabe intensiver in der Umschreibung vager Schmerzen oder behauptete schwere Einschränkungen im Alltag bei weitgehend intaktem psychosozialen Umfeld gegen das Vorliegen eines invalidisierenden Gesundheitsschadens.

Unabdingbare Grundlage für die Beurteilung der Rechtsfrage, ob und gegebenenfalls inwieweit einer versicherten Person unter Aufbringung allen guten Willens die Überwindung ihrer Schmerzen und die Verwertung ihrer verbleibenden Arbeitskraft zumutbar ist oder nicht, bilden die fachärztlichen Stellungnahmen zum psychischen Gesundheitszustand und zu dem aus medizinischer Sicht (objektiv) vorhandenen Leistungspotenzial. Bei ihrer Einschätzung der psychischen Ressourcen des Exploranden, mit den Schmerzen umzugehen, haben die begutachtenden Ärzte notwendigerweise auch

die hievor genannten Kriterien zu beachten und sich daran zu orientieren. Insbesondere haben sie sich dazu zu Äussern, ob eine psychische Komorbidität gegeben ist oder weitere Umstände vorliegen, welche die Schmerzbewältigung behindern. Nicht erforderlich ist, dass sich eine psychiatrische Expertise in jedem Fall über jedes einzelne der genannten Kriterien ausspricht; massgeblich ist eine Gesamtwürdigung der Situation. Gestützt darauf haben die rechtsanwendenden Behörden zu prüfen, ob eine festgestellte psychische Komorbidität hinreichend erheblich ist und ob einzelne oder mehrere der festgestellten weiteren Kriterien in genügender Intensität und Konstanz vorliegen, um gesamthaft den Schluss auf eine im Hinblick auf eine erwerbliche Tätigkeit nicht mit zumutbarer Willensanstrengung überwindbare Schmerzstörung zu erlauben. Die Prüfung schliesst die Beurteilung der Frage ein, inwiefern die ärztliche Einschätzung der psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit invaliditätsfremde Gesichtspunkte (insbesondere psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren) mitberücksichtigt (zur Publikation vorgesehenes Bundesgerichtsurteil 9C_302/2012 vom 13. August 2012 E. 4.2.1 und 4.2.2).

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

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

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

c. nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid (Art. 8 ATSG) sind.

Die seit dem 1. Januar 2004 massgeblichen Rentenabstufungen geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG; bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 1 IVG).

1.6 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG (bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 2 IVG) aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

1.7 Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, wird 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 (bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 2 ter 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 entsprechend der Behinderung in beiden Bereichen zu bemessen (Art. 28a Abs. 3 IVG; gemischte Methode der Invaliditätsbemessung).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nach der Gerichts- und Verwaltungspraxis wird zunächst der Anteil der Erwerbstätigkeit und derjenige der Tätigkeit im Aufgabenbereich (so unter anderem im Haushalt) ermittelt; die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person ohne gesundheitliche Beeinträchtigung erwerbstätig wäre, beurteilt sich mit Rücksicht auf die gesamten Umstände, so die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse. Im Rahmen der gemischten Methode bestimmt sich die Invalidität 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 ff. E. 3.3 mit Hinweisen; vgl. BGE 134 V 9).

1.8 Ä Ä Ä Ä Ob eine versicherte Person als ganzjährig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist - was je zur Anwendung einer anderen Methode der Invaliditätsbemessung (Einkommensvergleich, Betätigungsvergleich, gemischte Methode) führt -, ergibt sich aus der Prüfung, was die Person bei im übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestände. Die Statusfrage beurteilt sich praxisgemäss nach den Verhältnissen, wie sie sich bis zum Erlass der Verwaltungsverfügung entwickelt haben. Dabei sind die konkrete Situation und die Vorbringen der versicherten Person nach Massgabe der allgemeinen Lebenserfahrung zu würdigen. Für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-)Erwerbstätigkeit ist der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich (BGE 125 V 146 E. 2c, 117 V 194 E. 3b, je mit Hinweisen, Urteil des Bundesgerichts I 266/05 vom 11. April 2006 E. 4.2, vgl. auch BGE 133 V 504 E. 3.3).

1.9 Ä Ä Ä Ä Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Aussagen eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

1.10 Ä Ä Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen

der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie präferend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das Ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.; zum Beweiswert von Expertisen der MEDAS das in BGE 137 V 210 publizierte Grundsatzurteil 9C_243/2010 vom 28. Juni 2011).

2. Die Beschwerdegegnerin verneint den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin gestützt auf das MEDAS-Gutachten vom 20. Oktober 2009 mit der Begründung, dass der Beschwerdeführerin die angestammte und zu einem Pensum von 60 % ausgeübte Tätigkeit als Behindertenbetreuerin seit dem Unfall vom 24. November 2006 zwar nicht mehr zumutbar sei, für eine behinderungsangepasste, wechselbelastende Tätigkeit unter Vermeidung von schwerem Heben jedoch eine Arbeitsfähigkeit in Höhe des bisherigen Pensums bestehe. Anhand der gemischten Methode ermittelte sie einen Invaliditätsgrad von 25 % (Urk. 2 S. 2). In der Beschwerdeantwort bemerkte sie, unter Berücksichtigung der von der Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall beabsichtigten Aufnahme einer zweijährigen berufsbegleitenden Ausbildung zur Behindertenbetreuerin ab Sommer 2007 würde sich die Qualifikation als zu 60 % Erwerbstätige und zu 40 % in Ausbildung befindende ändern. Erst ab Sommer 2009 könnte die Beschwerdeführerin als Vollerwerbstätige eingestuft werden. Ein Einkommensvergleich würde einen Invaliditätsgrad von 33 % ergeben (Urk. 8 S. 2 f.).

Demgegenüber stellt sich die Beschwerdeführerin auf den Standpunkt, sie wäre mit Aufnahme der Ausbildung als Behindertenbetreuerin ab Sommer 2007 zu 100 % erwerbstätig gewesen, weshalb der Invaliditätsgrad bei einer Arbeitsfähigkeit von 60 % mindestens 40 % betragen würde (Urk. 1 S. 4). Weiter bemängelte die Beschwerdeführerin das MEDAS-Gutachten vom 20. Oktober 2009 hinsichtlich der darin enthaltenen Ausführungen zur Überwindbarkeit der somatoformen Schmerzstörung bei Vorliegen einer Komorbidität in Form einer depressiven Episode. Im Lichte der aktuellen Aktenlage stehe jedenfalls fest, dass eine Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit von 80 % vorliege (Urk. 1 S. 5 f., Urk. 12 S. 1 f.). Schliesslich wäre der Rentenanspruch selbst bei Bejahung der Überwindbarkeit ausgewiesen, denn angesichts der laut MEDAS-Gutachten vom 20. Oktober 2009 bestehenden somatischen Einschränkungen müsste ein leidensbedingter Abzug von 20 % vorgenommen werden (Urk. 12 S. 2).

E. 3

3.1 Laut Notfallbericht des Spitals Z. ___ vom 24. November 2006 wurde die Beschwerdeführerin nach dem Verkehrsunfall durch den Rettungsdienst notfallmässig eingeliefert. Die Spitalärzte diagnostizierten eine Kontusion von Lendenwirbel- (LWS) und Halswirbelsäule (HWS). Anamnestisch finde sich kein Hinweis für eine Commotio cerebri. Eine Sonographie des Abdomens habe keine freie Flüssigkeit und keinen Hinweis auf eine Verletzung innerer Organe ergeben. Der Urinstatus sei unauffällig gewesen. Konventionelle und computertomographische Röntgenaufnahmen von HWS und LWS hätten keine Hinweise auf ossäre Läsionen ergeben (Urk. 9/11 S. 17).

3.2. Vom 3. Juni bis 6. Juli 2007 hielt sich die Beschwerdeführerin in der Klinik A. zur Rehabilitation auf. Im Austrittsbericht vom 30. Juli 2007 wurden gestützt auf den Konsiliarbericht von Dr. med. B., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 18. Juni 2007 (Urk. 9/11 S. 7 ff.) ein Status nach Heckauffahrunfall am 24. November 2006 mit/bei HWS- und LWS-Kontusion, ein Verdacht auf Somatisierungsstörung, eine Agoraphobie mit Panikstörungen (Differenzialdiagnose: soziale Phobie) sowie eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert. Bei Eintritt habe die Beschwerdeführerin über Nackenschmerzen mit Muskelhartspann linksbetont und Ausstrahlung in den linken Arm, über Kribbelparästhesien im linken Arm sowie in den Fingern III und IV links, gelegentlich im ganzen linken Bein, über eine starke Schmerzsymptomatik im LWS-Bereich ohne radikuläre Ausstrahlung, über eine Schwindelsymptomatik vorwiegend bei Lagewechsel, über Angst- und Panikattacken, über Licht- und Lärmempfindlichkeit, über gelegentliches Flimmern vor den Augen, über Aufmerksamkeits-, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, über allgemeine Kraftlosigkeit, starke Minderbelastbarkeit und schnelle Ermüdbarkeit, über schmerzbedingte Durchschlafstörungen sowie über Libidoverlust aus Angst vor Kreuzschmerzen geklagt. Sie sei bei Eintritt dem therapeutischen Angebot sehr ablehnend gegenüber gestanden. Psychisch sei sie deutlich belastet gewesen. Im kognitiven Bereich hätten sich Beeinträchtigungen der Aufmerksamkeit und des Gedächtnisses gezeigt. Bei Austritt habe sie psychisch ausgeglichener und ruhiger, jedoch weiterhin belastet gewirkt. Im kognitiven Bereich hätten sich lediglich noch Einschränkungen hinsichtlich der Konzentrationsleistung gezeigt. Eine Arbeitsfähigkeit sahen die Klinikärzte als nicht gegeben (Urk. 9/11 S. 2 ff.).

3.3. Im Bericht vom 8. Februar 2008 führte die Neuropsychologin Dr. phil. C. aus, die neuropsychologischen Befunde deuteten auf eine leichte kognitive Funktionsstörung im Bereich bi-fronto-basaler und tieferer Strukturen (Hirnstamm) unter Einbezug rechts-frontaler Strukturen hin. Im Vordergrund der erudierbaren Defizite ständen Leistungsminderungen im Konzentrations- und Aufmerksamkeitsvermögen, insbesondere in Funktionen, welche einen raschen und effizienten Wechsel des Aufmerksamkeitsfokus erforderten, etwa in der geteilten Aufmerksamkeit, im Arbeitsgedächtnis sowie bei Aufgaben welche kognitive und motorische Flexibilität voraussetzten. Dabei manifestierten sich auch eine verminderte Impuls- und Fehlerkontrolle sowie eine gesteigerte Interferenzneigung. Diese zeige sich auch im verbalen Neugeächtnis. Hinzu kämen auch leichte Minderleistungen in den sogenannten exekutiven Funktionen, wobei sich leichte Schwierigkeiten in der komplexeren Handlungsplanung, im Strukturierungs- und Umstellvermögen sowie in der Fehlerkontrolle vor allem bei nonverbalen und handlungsbezogenen Aufgaben manifestierten. Die Minderleistungen im räumlichen Vorstellungsvermögen und im Links/Rechts-Diskriminationsvermögen unter Zeitdruck seien auf die verminderte Impuls- und Fehlerkontrolle sowie auf Defizite im Arbeitsgedächtnis und Umstellungsvermögen zurückzuführen. Aus rein neuropsychologischer Sicht sei die Leistungsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit aufgrund ob genannter, insgesamt als leicht zu beurteilender kognitiver Defizite zu zirka 20 % eingeschränkt (bezogen auf ein 100 %-Pensum). Hinsichtlich der gleichzeitigen Betreuung mehrerer Personen oder in einer Gruppe sei die Einschränkung der Leistungsfähigkeit mit zirka 30 % zu beziffern. In einer weniger anspruchsvollen und verantwortungsvollen Tätigkeit ohne Stress- und Leistungsdruck wäre aus neuropsychologischer Sicht eine 80- bis 90%ige Arbeitsleistung

realisierbar (Urk. 9/40 S. 10 ff.).

3.4. Dr. med. D. ____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Pharmazeutische Medizin, erstattete am 12. Juli 2008 ein psychiatrisches Gutachten zuhanden des Unfallversicherers, wofür er bei lic. phil. E. ____, eine neuropsychologische Begutachtung (Urk. 9/28 S. 13 ff.) und in den F. ____, eine MRI-Untersuchung des Schädels (Urk. 9/38 S. 12) in Auftrag gab. Die neuropsychologische Untersuchung ergab im Bereich der Aufmerksamkeit, bei den mnestischen Fähigkeiten und in den Exekutivfunktionen Schwankungen und Inkohärenzen. Bei den Ausfällen seien nach der Beurteilung von lic. phil. E. ____, mit hoher Wahrscheinlichkeit motivationale Faktoren beteiligt. Eine teilweise bewusste oder unbewusste Aggravation sei anzunehmen. Ausserdem ergäben sich Hinweise auf eine maladaptive Schmerzbewältigung sowie auf eine akzentuierte Persönlichkeit. Das MRI des Schädels ergab hingegen einen altersentsprechenden unauffälligen Befund (Urk. 9/38 S. 6 f.; vgl. auch S. 18 f.).

Gestützt darauf sowie auf die Befunde der psychiatrischen Exploration stellte Dr. D. ____, die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4). Weiter führte er aus, möglicherweise stehe das Krankheitsbild mit akzentuierten Persönlichkeitszügen (ICD-10 Z73.1), zum Beispiel histrionischen Wesenszügen, in Verbindung, für welche die neuropsychologische Testung Hinweise liefere. Eine andere psychiatrische Erkrankung scheidet aus. Für die früher ins Spiel gebrachten Diagnosen einer Agoraphobie, einer Depression oder gar einer posttraumatischen Belastungsstörung fanden sich bei der aktuellen Untersuchung keine Hinweise mehr (Urk. 9/38 S. 7).

In Übereinstimmung mit der Empfehlung von lic. phil. E. ____, (vgl. Urk. 9/38 S. 19) ging auch Dr. D. ____, von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit aus. Dazu führte er aus, grundsätzlich rechtfertige eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung keine Bescheinigung einer länger andauernden Arbeitsunfähigkeit, es sei denn, es bestehe Komorbidität mit einer anderen namhaften psychiatrischen Störung oder einer anderen schwerwiegenden körperlichen Erkrankung. Beides sei bei der Beschwerdeführerin nicht der Fall. Es sei ihr allerdings zuzugestehen, dass sie nun aber anderthalb Jahre unter Schmerzen gelitten habe und leide, die ihrerseits eventuell zu sekundären Folgen für den Bewegungsapparat geführt haben könnten. Gerade bei langanhaltendem Verlauf einer Schmerzstörung sei deshalb zu einer allmählichen Steigerung der Arbeitsleistung zu raten. Dies setze natürlich voraus, dass eine entsprechende physiotherapeutische beziehungsweise krankengymnastische Behandlung sowie eine psychiatrisch/schmerzpsychotherapeutische Behandlung unter allen Umständen baldmöglichst einsetzen. Von dieser Überlegung ausgehend, empfehle er eine allmähliche Steigerung der Arbeitstätigkeit in den kommenden Monaten bis Jahresende in kleinen Schritten. Ab Januar 2009 sei die Beschwerdeführerin wieder zu 100 % arbeitsfähig (Urk. 9/38 S. 9 f.).

3.5. Im MEDAS-Gutachten vom 20. Oktober 2009 wurden folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (Urk. 9/63 S. 31 f.):

1. Chronisches zervikozephalales (ICD-10 M53.0) und lumbovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5)

- vertebrales Schmerzsyndrom

•••• -•••• inkonstante muskuläre Beweglichkeitsstörung der HWS

•••• -•••• Kopfprotrusionshaltung

•••• -•••• Thoracic outlet-Symptomatik links

•••• -•••• persistierende muskuläre Dolenzen links-gluteal

•••• -•••• leichte degenerative Segmentveränderung C3 bis C6 (CT vom 24. November 2006 und 6. Februar 2008) und leichte degenerative Veränderungen L4/5 und L5/S1 (CT vom 22. Februar 2008)

•••• -•••• ohne Anhaltspunkte für zervikales oder lumbales radikuläres sensibles oder motorisches Reiz- oder Ausfallssyndrom

2. Anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit Verdacht auf dissoziative Symptombildung, Differenzialdiagnose: Undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.4/F45.1)

3. Akzentuierte Persönlichkeitszüge mit histrionischen, abhängigen und ängstlich vermeidenden Anteilen (ICD-10 Z73.1)

4. Überwiegend nicht authentische, formal leicht- bis mittelgradige Leistungseinbussen auf dem Boden einer möglicherweise echten minimal bis leichten neuropsychologischen Funktionsstörung bei

•••• -•••• Status nach HWS-Distorsion vom Grad II nach Quebec-Task-Force (ICD-10 S13.4) am 24. November 2006 ohne Anhaltspunkte für stattgehabte milde traumatische Hirnverletzung (MTBI)

•••• -•••• chronischen Schmerzen

•••• -•••• anhaltender somatoformer Schmerzstörung mit Verdacht auf dissoziative Symptombildung, Differenzialdiagnose: Undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.5/F45.1)

•••• -•••• akzentuierten Persönlichkeitszügen mit histrionischen, abhängigen und ängstlich vermeidenden Anteilen (ICD-10 Z73.1)

•••• Folgenden Diagnosen massen die Gutachter dagegen keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bei (Urk. 9/63 S. 32):

1. Status nach Autounfall mit zweimaliger Heck- und Frontkollision am 24. November 2006 mit

•••• -•••• stattgehabter HWS-Distorsion vom Grad II nach Quebec-Task-Force (ICD-10 S13.4)

•••• -•••• ohne Anhaltspunkte für stattgehabte MTBI

2. Status nach Patellaluxation links und dreifachen korrigierenden Eingriffen vor Jahren

3. Anamnestisch Homozysteinurie

•••• Laut Gutachten klagte die Beschwerdeführerin über konstante Nackenschmerzen, die den gesamten Rücken hinunter bis in den Lendenwirbelbereich ausstrahlten und von einem konstanten Ameisenlaufen im Bereiche des linken Armes mit Ausstrahlung in den Klein- und Ringfinger der linken Hand sowie zum Teil auch von

Schmerzen im Bereich des linken Armes begleitet seien. Seit dem Unfall habe sie auch vermehrt Probleme mit der Konzentration, insbesondere mit der geteilten Konzentration und dem Kurzzeitgedächtnis. Sie leide unter Verstopfung und Problemen beim Wasserlassen. Sie sei auch vermehrt aggressiv geworden (Urk. 9/63 S. 12 f.).

Der rheumatologische Konsiliararzt berichtete, dass sich zum Gutachtenszeitpunkt eine im Motilitätsbild unbehindert erscheinende Explorandin mit freier Kopfhaltung und spärlicher Gestik gezeigt habe. Das Schemel Steigen sei links mäßigsam. Lumbal äussere die Explorandin Beschwerden beim Sich-Anziehen. Nuchal lässen zwar freie Verhältnisse vor. Beim Hinlegen in Rückenlage jedoch sei ein unterstützendes Halten des Nackens links mit der Hand zu beobachten gewesen. Die Bewegungen der LWS seien endphasig nur leichtgradig eingeschränkt. In der Endphase der Inklination fanden sich links-lumbale Beschwerden ohne radikale Zeichen. Die Statik erscheine unauffällig. Die Schultern würden im Stehen leicht hochgezogen. Tiefzervikal fanden sich Muskelverspannungen. Die Rotationsfähigkeit der HWS sei vor allem im unteren Anteil und globalrotativ in der Untersuchungssituation vor allem nach links eingeschränkt. Abgelenkt erscheine sie optisch aktiv weit freier als in der (passiven) situativen Testung. Die Schultern seien unauffällig. An den unteren Extremitäten beständen keine trophischen Störungen. Die Statik sei normal. Es beständen Beschwerden links femoropatellär bei Status nach Patellaluxation vor Jahren und mehreren Eingriffen (Urk. 9/63 S. 16).

Auch der neurologische Konsiliararzt beobachtete eine klinisch eingeschränkte HWS-Beweglichkeit, welche allerdings im Rahmen der fokussierten klinischen Untersuchung deutlich stärker eingeschränkt geblieben sei als während der Anamneseerhebung. Bei anamnestisch angegebenen Kribbelparästhesien in beiden Armen, linksbetont, fehlten in der klinisch-neurologischen Untersuchung Anhaltspunkte für ein zervikales sensibles oder motorisches radikales reiz- oder Ausfallssyndrom bei symmetrisch mittellebhaftem Reflexbild an den oberen Extremitäten und in diesem Bereich allseits erhaltener roher Kraft und Sensibilität. Bildgebend ergäben sich in den bisher durchgeführten CT-Untersuchungen keine Anhaltspunkte für eine Affektion des Nervensystems im HWS-Bereich. Mit dem Zervikalsyndrom assoziiert seien anamnestisch von nuchal nach bifrontal einstrahlende, phasenweise heftige Kopfschmerzen, welche aufgrund des Charakters primär als Spannungskopfschmerzen im Sinne eines zervikozephalen Schmerzsyndroms zu werten seien. Es fehlten Anhaltspunkte für eine aktuelle relevante durch Analgetika induzierte Kopfschmerzkomponente sowie für eine andere primäre Kopfschmerzform. Insbesondere fehlten Cluster Kopfschmerz-typische Charakteristika, wie unter anderem Augentränen oder Nasenlaufen. Für die von der Beschwerdeführerin geschilderten kognitiven Beeinträchtigungen könne aus neurologischer Sicht kein organisch neurologisches Korrelat erhoben werden. Hinsichtlich der Schmerzen im Bereich der LWS ergäben sich in der klinischen Untersuchung bei symmetrischem Reflexbild und allseits erhaltener Kraft und Sensibilität im Bereich der unteren Extremitäten keine Anhaltspunkte für ein lumbales radikales Reiz- oder Ausfallssyndrom. Bildgebend hätten sich in zwei durchgeführten CT-Untersuchungen keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer neurale Strukturen im LWS-Bereich tangierenden Pathologie ergeben. Weder im Anschluss an den Autounfall vom 24. November 2006 noch im Verlauf seien neurologische Ausfälle erhoben worden (Urk. 9/63 S. 18 ff.).

Die testpsychologische Untersuchung - so der neurologische Gutachter weiter - habe eine variierende, insgesamt aber altersentsprechende Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit ergeben. Im Vergleich zu den Vorbefunden zeigten sich bei der unterdessen vielfach testpsychologisch untersuchten Explorandin gewisse Leistungssteigerungen vor allem in der Reaktions- und Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit. Allerdings ergäben sich in einigen Verfahren auch inkonsistente Verläufe. Für die Merk- und Blockspannen sei keine Entwicklung zu beobachten. Die selektive Aufmerksamkeit präsentiere sich über mehrere Erfassungszeitpunkte seit 2007 stabil. Abweichend hiervon sei eine deutlich bessere Leistung bei der Austrittsuntersuchung in der Klinik A. ___ [Bericht vom 30. Juli 2007; Urk. 9/11 S. 2 ff.] gefunden worden. Dies spreche für ein bestehendes Verbesserungspotential. Wiederholt seien zuletzt mittelgradige Einbussen im Bereich des Arbeitsgedächtnisses gefunden worden, welche sich im Verlauf zwar zwischen 2007 [Bericht der Neuropsychologin Dr. C. ___ vom 8. Februar 2008; Urk. 9/40 S. 1 ff.] und 2008 [neuropsychologisches Konsilium von lic. phil. E. ___ vom 19. Juni 2008; Urk. 9/38 S. 13 ff.], nicht aber zwischen 2008 und heute verbessert hätten. Eine genaue Beurteilung des Verlaufs der Auffälligkeiten im figuralen Lernvermögen sei nicht möglich. Es seien jedoch stets Auffälligkeiten gefunden worden und im Vergleich zu 2008 sei die in der aktuellen Untersuchung generierte Lernkurve eher noch auffälliger. Beim verbalen Lernvermögen zeige sich ebenfalls eine Verschlechterung der Leistungen zwischen 2008 und der aktuellen Untersuchung. Es müsse davon ausgegangen werden, dass die in der aktuellen Untersuchung erhobenen Daten nur als eingeschränkt valide anzusehen seien (Urk. 9/63 S. 22 f.).

Zusammenfassend führte der neuropsychologische Gutachter aus, er werte die nachgewiesene Antwortverzerrung als Ausdruck einer Verdeutlichungstendenz im Rahmen der psychiatrischerseits attestierten somatoformen Störung. Dabei könne er eine darüber gelagerte willentliche Aggravation nicht ausschliessen. Es müsse an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass nicht ausgeschlossen werden könne, dass die Beschwerdeführerin tatsächlich unter gewissen authentischen Einbussen der geistigen Leistungsfähigkeit leide. Es sei durchaus möglich, dass - vor allem im Rahmen der Schmerzen, über welche die Explorandin kontinuierlich berichte - Einbussen der kognitiven Leistungsfähigkeit aufträten. Die in diesem Zusammenhang zu erwartenden Beeinträchtigungen wiesen allerdings ein wesentlich geringeres Ausmass auf, als von der Beschwerdeführerin präsentiert. Aufgrund nicht ausreichend valider Daten sei die Arbeitsfähigkeit nicht genau quantifizierbar. Bei inkonsistenter Anstrengungsbereitschaft dürfe jedoch davon ausgegangen werden, dass alle gezeigten Leistungen beziehungsweise Testresultate die tatsächliche Leistungsfähigkeit unterschätzten, sogar solche, die während einer Phase adäquater Leistungsmotivation erhoben worden seien. Insofern reflektiere die formal erhobene kognitive Leistungsfähigkeit das Minimum dessen, was die Beschwerdeführerin zu leisten in der Lage sei. Berücksichtige man zudem das Ausmass der Einbussen, wie sie aus der Literatur (und im Quervergleich) von chronischen Schmerzpatienten und Patienten nach milder traumatischer Hirnverletzung mit nachgewiesener ausreichender Anstrengungsbereitschaft bekannt seien, dann dürfe die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus rein neuropsychologischer Sicht 10 % im Haushalt und 20 % für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Behindertenbetreuerin nicht überschreiten (Urk. 9/63 S. 26).

Â Â Â Â Â Â Â Â Aus psychiatrischer Sicht hätten sich in der Biographie der Beschwerdeführerin Hinweise auf akzentuierte Persönlichkeitszüge mit insbesondere ängstlich vermeidenden und abhängigen Anteilen ergeben, die in einem plausiblen Zusammenhang zur kindlichen/jugendlichen Entwicklung stünden und im Sinne einer neurotischen Prädisposition eine erhöhte Vulnerabilität für die dann auch eingetretene psychiatrische Krankheitsentwicklung darstellten. Auf den deutlich erkennbaren Abhängigkeits-Autonomie-Konflikt der Beschwerdeführerin sei bereits 2007 durch Dr. B. ___ Bezug genommen worden [Konsiliarbericht vom 18. Juni 2007; Urk. 9/11 S. 7 ff.]. Aus psychiatrischer Sicht sei es im Gefolge des Unfalles mit einem unklaren Intervall initial zu einer depressiven Entwicklung mit begleitender Angstsymptomatik, sozialem Rückzug, Vermeidungsverhalten, Interessensverlust, Ängsten und kreisenden negativen Gedanken gekommen. Diese Beschwerden würden in der aktuellen Exploration durch die Beschwerdeführerin kaum angesprochen, seien aber in den früheren fachärztlichen Stellungnahmen nachvollziehbar dokumentiert. Wie im Wesentlichen bereits im Jahre 2008 durch Dr. D. ___ eingeschätzt [Gutachten vom 12. Juli 2008; Urk. 9/38 S. 2 ff.], sei es im Verlauf aber zu einer weitgehenden Rückentwicklung der depressiven Symptomatik und einer partiellen Rückentwicklung der Angstsymptomatik gekommen. Aktuell stehe psychiatrisch klar eine somatoforme Störung im Sinne einer neurotischen Reaktionsbildung im Vordergrund. Dabei würden die als rein körperlich erlebten Beschwerden durch die Beschwerdeführerin stark in den Vordergrund gestellt, wobei in der Exploration dennoch ängstlich vermeidende Verhaltensweisen hinter einer sehr resolut wirkenden Fassade sichtbar würden und auch auf das Risiko einer erneuten depressiven Exazerbation hinwiesen. In Gesamtsicht entstehe der Eindruck, dass die Beschwerdeführerin mit hoher Dynamik ihr eigenes Krankheitsmodell mit der klaren Annahme eines ihr zugefügten Schadens verfolge und letztendlich alle differenzierenden therapeutischen Bemühungen krankheitsbedingt abwehre. Die Dynamik weise aber auch auf bestehende, krankheitsbedingt zum Teil dysfunktional genutzte Ressourcen der Beschwerdeführerin hin. In der aktuellen Exploration liessen sich so einige der beklagten Beschwerden (zum Beispiel Konzentrationsstörungen und Aufmerksamkeitsstörungen) nicht im Befund nachvollziehen; so habe sich die Beschwerdeführerin denn auch hellwach, aufmerksam und in der Interaktion in keinem Falle verlangsamt präsentiert (Urk. 9/63 S. 29 f.).

Â Â Â Â Â Â Â Â Angesichts der im Vordergrund stehenden anhaltenden somatoformen Schmerzstörung ohne eine psychische Komorbidität sei die Arbeitsfähigkeit [aus psychiatrischer Sicht] in einer den körperlichen Beschwerden angepassten Tätigkeit auf 80 % herabgesetzt. Die Minderung ergebe sich aus der aktuell sehr dynamischen neurotischen Verarbeitung, die die Beschwerdeführerin bei einem erkennbaren Hyperarousal und einer erkennbaren psychovegetativen Stigmatisierung stark beschäftige und mit einer gesteigerten Ermüdbarkeit einhergehe. Bei den in der Anamnese und in der aktuellen Exploration erkennbaren Ressourcen sei aus psychiatrischer Sicht mittelfristig (innerhalb eines Jahres) eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht gegeben, solange es nicht wie 2007 wieder zu einer psychiatrischen Komorbidität komme. Es müsse aber auch darauf hingewiesen werden, dass bereits Zeichen einer Chronifizierung beständen und Indizien einer ungünstigen Prognose. So fehle der Beschwerdeführerin ein Konzept zur Veränderung. Aktuell seien alternative Verhaltensmöglichkeiten nicht klar erkennbar. Die Beschwerdeführerin sei stark eingeengt auf ihr Krankheitskonzept. Notwendige Therapien könnten nicht angenommen

werden. Auffällig sei auch eine starke externe Attribution der Beschwerden, die durch das laufende Verfahren noch verstärkt werde (Urk. 9/63 S. 30).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In der im Rahmen einer interdisziplinären Konsens-Konferenz erarbeiteten Gesamtbeurteilung fassten die Gutachter zusammen, dass die Beschwerdeführerin seit dem Autoauffahrunfall vom 24. November 2006 konstant verspürte ziehende Nackenschmerzen beklage, welche in den gesamten Rücken hinunter bis in den Lendenwirbelsäulenbereich ausstrahlten und von einem Ameisenlaufen im Bereiche des linken Armes begleitet seien. Die Schmerzen hätten sich weitgehend als therapieresistent erwiesen. Daneben beklage die Beschwerdeführerin vermehrt Konzentrationsprobleme, Verstopfung, Probleme beim Wasserlassen und eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit. Aufgrund dieser Beschwerden vermöge sie sich keine berufliche Tätigkeit mehr vorzustellen. Aufgrund der Aktenlage, der Anamnese und der aktuell erhobenen Untersuchungsbefunde stehe ein chronisches zervikozephal, vertebrales und lumbovertebrales Schmerzsyndrom ohne Anhaltspunkte für eine radikuläre Affektion im Vordergrund. Aufgrund beginnender degenerativer Veränderungen zervikal wie lumbal mit teils muskulären, teils segmentdegenerativ bedingten schmerzhaften Beweglichkeitseinschränkungen sei sicherlich eine verminderte Belastbarkeit des Achsenskelettes anzuerkennen. Das Ausmass der geltend gemachten Behinderung durch die Symptomatik lasse sich jedoch mit der Eindringlichkeit der klinischen und radiomorphologischen Befunde nicht befriedigend begründen. Gemäss aktueller psychiatrischer Beurteilung sei die Diskrepanz auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit Verdacht auf dissoziative Symptombildung (Differenzialdiagnose: undifferenzierte Somatisierungsstörung) zurückzuführen. Aufgrund der Echtzeitakten [Notfallbericht des Spitals Z. ___ vom 24. November 2006; Urk. 9/11 S. 17] sei auch nicht davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin im Rahmen des Unfallereignisses eine milde traumatische Hirnverletzung erlitten habe. Die Angaben der Beschwerdeführerin bezüglich einer nach dem Unfall vorhandenen Erinnerungslücke unterschieden sich je nach Begutachter und künnten - wie im neurologischen Fachgutachten aufgeführt - nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als für eine Amnesie beweisend angesehen werden. In der neuropsychologischen Untersuchung zeigten sich überwiegend nicht-authentisch, formal leicht bis mittelgradige Leistungseinbussen auf dem Boden einer möglicherweise echten minimal bis leichten neuropsychologischen Funktionsstörung. Die dabei nachgewiesene Antwortverzerrung müsse wohl als Ausdruck einer Verdeutlichungstendenz im Rahmen der psychiatrischerseits attestierten somatoformen Schmerzstörung gedeutet werden, wobei eine darüber gelagerte willentliche Aggravation nicht ausgeschlossen werden könne. Sowohl aus somatischer wie auch aus psychiatrischer Sicht bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 %, welche jedoch nicht additiv wirksam werde (Urk. 9/63 S. 32 f.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit führten die Gutachter aus, körperlich schwer belastende Tätigkeiten seien der Beschwerdeführerin aufgrund der verminderten Belastbarkeit des Achsenskelettes nicht zuzumuten. Hingegen bestehe für sämtliche körperlich leichten, nicht kniend zu verrichtenden Tätigkeiten, bei denen nicht repetitiv Stufen oder Treppen zu benutzen, nicht gehuft über Kopfhöhe oder gebückt zu arbeiten sei und ohne repetitives Heben, Stossen und Ziehen von Lasten von mehr als 5 kg bis 7 kg, eine ganztags

verwertbare Arbeitsfähigkeit von 80 % (Urk. 9/63 S. 36). Eine retrospektive Einschätzung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit sei nicht möglich. Die im Gutachten gemachten Angaben zur Arbeitsfähigkeit beziehen sich auf den Gutachtenszeitpunkt (Urk. 9/63 S. 37).

3.6. Seit 26. Januar 2011 wird die Beschwerdeführerin im Psychiatrischen Ambulatorium G. ___ psychiatrisch und psychotherapeutisch behandelt. Im Bericht vom 29. März 2011 stellten die behandelnden Klinikärzte folgende psychiatrischen Diagnosen:

- Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)

- mittelgradig depressive Episode (ICD-10 F32.1), Differenzialdiagnose: rezidivierende depressive Störung derzeit mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1)

- Verdacht auf posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1)

- kombinierte Persönlichkeitsakzentuierung mit histrionischen, abhängigen und ängstlich vermeidenden Anteilen (ICD-10 Z73.1)

Weiter führten die berichtenden Ärzte aus, zusätzlich zur somatoformen Schmerzstörung hätten sich psychische Komorbiditäten (chronische mittelgradige depressive Episode) entwickelt, die sich vor allem im letzten Jahr weiter verstärkt hätten und die Erwerbsfähigkeit der Beschwerdeführerin zusätzlich einschränkten (Urk. 3/4). Im verschiedenen ärztlichen Zeugnissen attestierten sie zunächst eine 80%ige Arbeitsunfähigkeit für die Zeit vom 26. Januar bis 30. April 2011 (Urk. 3/3), sodann eine solche von 100 % ab 1. September 2011 (Urk. 20/2, Urk. 28/2, Urk. 30/2).

E. 4

4.1. Das MEDAS-Gutachten vom 20. Oktober 2009 durchleuchtet den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin aus internistischer, rheumatologischer, neurologischer, neuropsychologischer und insbesondere psychiatrischer Sicht. Die genauen Ausführungen der Gutachter ergeben - zusammen mit dem Bericht des Spitals Z. ___ vom 24. November 2006 (Urk. 9/11 S. 17), dem Austrittsbericht der Klinik A. ___ vom 30. Juli 2007 samt dem psychiatrischen Konsilium von Dr. B. ___ vom 18. Juni 2007 (Urk. 9/11 S. 2 ff.), dem Untersuchungsbericht von Dr. C. ___ vom 8. Februar 2007 (Urk. 9/40 S. 1 ff.) sowie dem psychiatrischen Gutachten von Dr. D. ___ vom 12. Juli 2008 samt dem neuropsychologischen Konsilium von lic. phil. E. ___ vom 19. Juni 2008 (Urk. 9/38 S. 2 ff.) - ein schlüssiges Bild über den Verlauf der gesundheitlichen Problematik. Die diagnostische Würdigung des Leidens der Beschwerdeführerin beruht nicht nur auf den Ergebnissen der eingehenden klinischen Untersuchungen, sondern berücksichtigt auch die geklagten Beschwerden, setzt sich mit diesen, dem Verhalten der Beschwerdeführerin sowie mit den Angaben in den genannten Vorakten auseinander. Daraus ergibt sich ein klares Bild über den Gesundheitszustand und das Leistungsvermögen der Beschwerdeführerin seit dem Unfall vom 24. November 2006.

4.2. Gegen das MEDAS-Gutachten vom 20. Oktober 2009 lässt die Beschwerdeführerin einwenden, sie leide nach wie vor unter depressiven Episoden, welche nicht permanenten Charakter hätten, jedoch regelmässig aufflackerten und schliesslich am 26. Januar 2011 in einem Suizidversuch kulminiert hätten, so dass sie notfallmässig ins Sanatorium Kilchberg habe eingewiesen werden müssen. Seither bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 80 %. Mit der depressiven Episode liege somit eine

klare Komorbidität zur somatoformen Schmerzstörung vor (Urk. 1 S. 5, Urk. 12 S. 1 f.).

Dem ist einerseits zu entgegen, dass die depressive Entwicklung mit zwei Exazerbationen mittelschweren Grades im Juni 2007 (Hospitalisierung in der Klinik A. ___ im Juni 2007) und im Januar 2011 (Aufnahme der Behandlung im Psychiatrischen Ambulatorium G. ___) bei weitgehender Rückbildung dazwischen (Begutachtungen durch Dr. D. ___ 2008 und in der MEDAS 2009) nicht die nötige Intensität und Dauer aufweist, um die Aufbringung allen guten Willens zur Überwindung der Schmerzen dauerhaft zu verhindern. Darüber hinaus stellen mittelgradige depressive Episoden rechtsprechungsgemäss grundsätzlich keine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im Sinne eines verselbständigten Gesundheitsschadens dar, die es der betroffenen Person verunmöglichen, die Folgen der Schmerzstörung zu überwinden. Leichte bis höchstens mittelschwere psychische Störungen aus dem depressiven Formenkreis gelten auch grundsätzlich als therapeutisch angebar (zur Publikation vorgesehene Bundesgerichtsurteil 9C_302/2012 vom 13. August 2012 E. 4.3.2 mit Hinweisen). Aufgrund des Vorstehenden kann eine auch rechtlich bedeutsame Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nur bejaht werden, wenn weitere der diesbezüglich massgebenden Kriterien (vorne E. 1.4) gegeben sind, was sich weder den Ausführungen der Gutachter ergibt, noch von der Beschwerdeführerin geltend gemacht wird. Unter diesen Umständen kann auf die Einholung eines weiteren Berichts des Sanatoriums Kilchberg verzichtet werden (vgl. Urk. 1 S. 5 f., Urk. 12 S. 2).

4.3 Dem MEDAS-Gutachten vom 20. Oktober 2009 kommt somit volle Beweiskraft zu (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c); auch mit Blick auf BGE 137 V 210 (E. 1.10 in fine hievore) bestehen keine Gründe, welche gegen dessen Zuverlässigkeit sprechen würden.

Anders als die Gutachter haben sich die behandelnden Ärzte in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren. Deren Berichte verfolgen nicht den Zweck einer abschliessenden Entscheidung über die Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes und erfüllen deshalb kaum je die von der Rechtsprechung aufgestellten materiellen Anforderungen an ein Gutachten. Sodann ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass sie mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5). Dies gilt für den Hausarzt wie für den behandelnden Spezialarzt mit ihrem besonderen Vertrauensverhältnis und dem Erfordernis, den geklagten Schmerz zunächst bedingungslos zu akzeptieren (vgl. etwa Bundesgerichtsurteil vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4 mit Hinweisen). Dies vermag allenfalls zu erklären, weshalb sich der behandelnde Schmerztherapeut Dr. med. H. ___, Facharzt für Innere Medizin, im Bericht vom 13. Juli 2011 (Urk. 24) sowie in den Zeugnissen vom 26. Oktober 2011, 24. Februar sowie 8. Juni 2012 (Urk. 28/1, Urk. 30/1, Urk. 32/2) im Rahmen der Attestierung einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit nicht mit der Frage auseinandersetzt, weshalb der Beschwerdeführerin nicht zugemutet werden könnte, die verbleibende Leistungsfähigkeit bei Aufbietung allen guten Willens zu verwerten, was auch für die Einschätzungen der Ärzte des Psychiatrischen Ambulatoriums G. ___ gilt (Urk. 3/3-4, Urk. 20/2, Urk. 28/2, Urk. 30/2). Die nicht näher begründete Bescheinigung einer vollen Arbeitsunfähigkeit durch die behandelnden Ärzte lässt sich jedenfalls nicht präferend nachvollziehen, weshalb diese nicht geeignet

ist, die Schlussfolgerungen der MEDAS-Gutachter in Zweifel zu ziehen.

4.4. Zusammenfassend ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführerin ihre angestammte Tätigkeit als Behindertenbetreuerin seit dem Unfall vom 24. November 2006 nicht mehr im bisher ausgeübten Umfang zumutbar ist. Seit den Untersuchungen in der MEDAS im Juni 2009 besteht hingegen für sämtliche körperlich leichten, nicht kniend ausübbar, nicht mit repetitivem Benutzen von Stufen oder Treppen verbundenen, nicht gehäuft über Kopf oder gebückt zu verrichtenden Tätigkeiten ohne repetitives Heben, Stossen und Ziehen von Lasten von mehr als 5 bis 7 kg, eine ganztags verwertbare Arbeitsfähigkeit von 80 % (MEDAS-Gutachten vom 20. Oktober 2009 [Urk. 9/63]). Diese Einschätzung entspricht im Wesentlichen derjenigen der Neuropsychologin Dr. C. ____, welche die Beschwerdeführerin im Dezember 2007 - somit kurz nach Ablauf des Wartjahres im November 2007 - untersucht hatte (Bericht vom 8. Februar 2007; Urk. 9/40 S. 14). Zwar schätzten Dr. D. ____, lic. phil. E. ____, die Arbeitsunfähigkeit unter Hinweis auf die körperlichen Unfallfolgen sowie auf eine psychogene und motivationale Überlagerung vorübergehend nur auf 50 % (Urk. 9/38 S. 2 ff.). Dies sollte jedoch der schrittweisen Wiedereingliederung ins Erwerbsleben dienen und war nicht Ausdruck einer im versicherungsmedizinischen Sinne tatsächlich reduzierten Arbeitsfähigkeit. Unter diesen Umständen rechtfertigt es sich, ab Ablauf der Wartezeit im November 2007 von einer Arbeitsfähigkeit von 80 % in leidensangepasster Tätigkeit auszugehen.

5. Hinsichtlich der sozialversicherungsrechtlichen Qualifizierung ist die Beschwerdeführerin gestützt auf deren unbestritten gebliebenen Angaben (Urk. 1 S. 3 f., Urk. 12 S. 2) sowie derjenigen des letzten Arbeitgebers (Urk. 3/2, Urk. 9/34) ab Ablauf der Wartezeit im November 2007 bis Juli 2009 als zu 60 % Erwerbstätige und zu 40 % in Ausbildung begriffene Versicherte zu qualifizieren, was nach Art. 26 bis IVV in Verbindung mit Art. 28a Abs. 2 und 3 IVG zur Anwendung der gemischten Methode führt. Ab August 2009 ist hingegen mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit von einer 100%igen Erwerbstätigkeit aus wirtschaftlicher Notwendigkeit infolge Invalidität des Ehemannes auszugehen (vgl. dazu auch Urk. 8 S. 2 f.).

E. 6

6.1. Das Valideneinkommen der Beschwerdeführerin bis zum Abschluss der Ausbildung als eidgenössisch diplomierte Fachfrau Betreuung im Juli 2009 ist anhand der Angaben des Arbeitgebers (Urk. 9/8 S. 3) auf rund Fr. 32'939.-- bei einem Pensum von 60 % zu beziffern (23.6 Fr./Std. x 25.5 Std./Woche x 48 Wochen/Jahr + [8.33 + 5.7] %).

Ab August 2009 ist von einem Valideneinkommen von Fr. 62'400.-- (Fr. 5'200.-- x 12) bei einem Vollpensum auszugehen (vgl. Urk. 8 S. 3, Urk. 8/34).

6.2. Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzieltetes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 126 V 75 f. E. 3b/aa und bb, vgl. auch BGE 129 V 472 E. 4.2.1). Für die Invaliditätsbemessung

wird praxisgemäss auf die standardisierten BruttoLöhne (Tabellengruppe A) abgestellt (BGE 129 V 472 E. 4.2.1 mit Hinweis), wobei jeweils vom so genannten Zentralwert (Median) auszugehen ist (BGE 129 V 472 E. 4.3.2, 126 V 75 f. E. 3b/bb, 124 V 321 E. 3b/aa; AHI 2000 S. 81 E. 2a).

Um der Ausbildung, den Fähigkeiten und Behinderungen der Beschwerdeführerin angemessen Rechnung zu tragen, ist auf den in der LSE enthaltenen Durchschnittsverdienst für einfache und repetitive Aufgaben abzustellen. Der statistische Durchschnittslohn der mit solchen Aufgaben beschäftigten Frauen im privaten Sektor hat im Jahre 2006 bei einer wöchentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden monatlich Fr. 4'019.-- betragen (inkl. 13. Monatslohn; LSE 2006, S. 25, Tabelle TA1, Anforderungsniveau 4). Auf der Basis der im Jahre 2007 betrieblichen 41,7 Wochenstunden (vgl. Die Volkswirtschaft 10-2012, S. 94, Tabelle B 9.2) und unter Berücksichtigung der seit 2006 eingetretenen Nominallohnentwicklung (2006: 2417 Punkte; 2007: 2453 Punkte; vgl. Die Volkswirtschaft 04-2012 S. 95 Tabelle B10.3) ergeben sich jährlich bei einem 60%igen Pensum rund Fr. 30'616.-- ($4'019 / 40 \times 41,7 / 2417 \times 2453 \times 12 \times 60 \%$).

Ab August 2009 ergibt sich unter Anpassung an die weitere Nominallohnentwicklung (2006: 2417 Punkte; 2009: 2552 Punkte; vgl. Die Volkswirtschaft 04-2012 S. 95 Tabelle B10.3) bei einem zumutbaren 80%igen Arbeitspensum ein Jahreseinkommen von rund Fr. 42'469.-- ($4'019 / 40 \times 41,7 / 2417 \times 2552 \times 12 \times 80 \%$).

Die Frage, ob und in welchem Ausmass diese statistischen Löhne zu korrigieren sind, hängt von den gesamten persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad; BGE 126 V 75). Wegen ihrer Behinderung ist die Beschwerdeführerin auf dem Arbeitsmarkt in Konkurrenz mit gesundheitlich nicht beeinträchtigten Bewerberinnen und Bewerbern benachteiligt, was sich negativ auf das Lohnniveau auswirkt. Deshalb erscheint eine Herabsetzung der statistischen Löhne um höchstens 10 % (vgl. Urk. 8 S. 2) als gerechtfertigt, was zu einem hypothetischen Invalideneinkommen für das Jahr 2007 von rund Fr. 27'554.-- und für das Jahr 2009 von rund Fr. 38'222.-- führt.

6.3 Aus dem Vergleich dieser Einkommen resultiert bis Juli 2009 ein erwerbsbezogener Invaliditätsgrad von gewichtet 9,81 % (Valideneinkommen: Fr. 32'939.--; Invalideneinkommen: Fr. 27'554.--; Anteil der Erwerbstätigkeit 60 %).

Ab August 2009 beträgt der Invaliditätsgrad rund 39 % (Valideneinkommen: Fr. 62'400.--; Invalideneinkommen: Fr. 38'222.--).

7. Was die Behinderung in der Ausbildung (Aufgabenbereich) für die Zeit zwischen November 2007 und Juli 2009 betrifft, ist darauf hinzuweisen, dass bei der unumstrittenen Gewichtung des Aufgabenbereiches mit 40 % und unter Berücksichtigung der Einschränkung im Erwerbsbereich von nur 9.81 % (vgl. E. 6.2 hievore) eine Einschränkung von mehr als 74 % (gewichtet 29.69 %) im Aufgabenbereich vorliegen müsste, damit im Gesamtergebnis ein rentenbegründender Invaliditätsgrad von (aufgerundet) mindestens 40 % resultieren würde. In diesem Aufgabenbereich wirken sich aber nur die geringen körperlichen, neuropsychologischen und psychischen Einschränkungen aus. In Anbetracht dessen kann schon ohne detaillierte Abklärungen davon ausgegangen werden, dass die für den Anspruch auf eine Invalidenrente

erforderliche Einschätzung von 74 % im Aufgabenbereich nicht erreicht wird. Es kann deshalb ausnahmsweise auf die Durchführung einer Abklärung an Ort und Stelle verzichtet werden (antizipierte Beweiswürdigung).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä

Das Gericht erkennt:

1. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. Rudolf Strehler

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage je einer Kopie von Urk. 20/1-2, 21, 23, 24, 25, 27/1-2, 28/1-2, 29, 30/1-3, 31, 32/1-2, 33, 34, 35 und 36/1-2 zur Kenntnisnahme

- Bundesamt für Sozialversicherungen

- Winterthur Columna, Postfach 300, 8401 Winterthur

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

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