

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.01132 vom 28. Januar 2014

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-01-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2012.01132

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.01132 du 28 janvier 2014

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.01132 del 28 gennaio 2014

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1980, arbeitete ab August 1996 bei der Y.____, Z.____, ab Februar 2001 als Geschäftsführerin in der Filiale A.____. Nach einem Verkehrsunfall am 1. August 2003 setzte die Versicherte ihre Arbeit zu nächst nicht aus. Aufgrund anhaltender Kopf- und Nackenschmerzen bescheinigte ihr Hausarzt

Dr. med. B.____ ab 5. Dezember 2003 Arbeitsunfähigkeiten zwischen 50 % und 100 %. Am 13. April 2004 nahm die Versicherte die Arbeit wieder voll auf und blieb in der Folge lediglich noch tageweise zu Hause. Die SWICA als obligatorischer Unfallversicherer erbrachte die gesetzlichen Leistungen. Ab 9. September 2004 war die Versicherte wegen starken Schwindels, Kopf- und Nackenschmerzen wiederum arbeitsunfähig geschrieben (vgl. Sachverhalt im Urteil UV.2006.00214 vom 28. September 2007). Am 2. November 2005 meldete sie sich die zum Leistungsbezug bei der Invalidenversicherung an (Urk. 8/4).

Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte in der Folge die beruflichen und medizinischen Verhältnisse ab und holte unter anderem die Akten der SWICA ein (Urk. 8/5-13, 8/19-21). Die Arbeitgeberin löste das Arbeitsverhältnis per 30. Juni 2005 auf (Urk. 8/8/4-5). Mit Verfügung vom 25. August 2005 und

Einspracheentscheid vom 13. März 2006 teilte die SWICA der Versicherten die Einstellung der Leistungen per 30. Juni 2005 mit und begründete dies mit dem fehlenden adäquaten Kausalzusammenhang der im Vordergrund stehenden psychischen Beschwerden (vgl. Sachverhalt im Urteil UV.2006.00214 vom 28. September 2007). Die dagegen gerichtete Beschwerde hiess das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich mit Urteil UV.2006.00214 vom 28. September 2007 in dem Sinne gut, dass es die Sache zur ergänzenden medizinischen Abklärung und neuer Entscheidung an die Unfallversicherung zurückwies.

Die Versicherte, welche seit 2. November 2006 Mutter von Zwillingsschwester ist, arbeitete ab Juli 2007 während zirka eines Jahres zu 50 % bei der C.____ im Bereich Sekretariat (vgl. Urk. 8/63/70, 8/73/3, 8/90/18). Nach einer wiederum einjährigen 50%-Anstellung im D.____ trat sie im Juli 2011 eine Stelle im selben Umfang bei E.____ an, zunächst als stellvertretende Filialeiterin, ab 1. Oktober 2011 als Verkäuferin (vgl. berufliche Anamnese in Urk. 8/90/18).

Gestützt auf das in Auftrag gegebene interdisziplinäre

Gutachten (psychiatrisch-rheumatologisch) der F.____ vom 6. Mai 2009 (Urk. 8/63/9-107) und dessen Ergänzung vom 5. Juni 2009 (Urk. 8/63/2-4) schloss

die SWICA den Fall mit Verfügung vom 25. September 2009 rückwirkend per 30. Juni 2005 ab (Urk. 8/60). Im Auftrag der IV-Stelle erstellte die Sozialversicherungsanstalt des Kantons St. Gallen, IV-Stelle, am 17. August 2010 einen Abklärungsbericht Haushalt (Urk. 8/73/2-14). Mit Vorbescheid vom 5. November 2010 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass ein Anspruch auf eine Invalidenrente voraussichtlich verneint werde (Urk. 8/77). Auf Einwand der Versicherten vom

E. 1.1

Die Beschwerdegegnerin hat die Rechtsgrundlagen über den Einkommensvergleich (Art. 16 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG,

Art. 28a Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG), die sozialversicherungsrechtliche Qualifizierung und die sogenannte gemischte Methode Art. 28a Abs. 3 IVG) sowie den Rentenanspruch (Art. 28 Abs. 2 IVG) zutreffend dargelegt. Darauf wird verwiesen.

E. 1.2

Zu ergänzen ist, dass es für die Annahme eines invalidisierenden Gesundheitschadens einer fachärztlichen, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützten Diagnosebedarf (BGE 130 V 396 E. 6, Urteil des Bundesgerichts 9C_510/2009 vom 30. August 2010 E. 3.2.3).

Nach der Rechtsprechung kommt einer anhaltenden somatoformen

Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) ebenso wie grundsätzlich sämtlichen pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage (BGE 136 V 279 E. 3.2.3), unter anderem

einer HWS-Verletzung (Schleudertrauma) ohne organisch nachweisbare Funktionsfälle (BGE 136 V 279), nur ausnahmsweise invalidisierender, das heisst, einen Rentenanspruch begründender Charakter zu (Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG; grundlegend BGE 130 V 352). Entscheidend ist, ob und inwiefern die versicherte Person über psychische Ressourcen verfügt, die es ihr erlauben, trotz ihren subjektiv erlebten Schmerzen einer Arbeit nachzugehen (BGE 130 V 352 E. 2.2.4; 127 V 294 E. 4b/cc in fine und E. 5a).

Umstände, die bei Vorliegen eines solchen Krankheitsbildes die Verwertung der verbliebenen Arbeitskraft auf dem Arbeitsmarkt als unzumutbar erscheinen lassen können, sind die erhebliche Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer des psychischen Leidens (Komorbidität), 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 (BGE 132 V 65 E. 4.2.2; 130 V 352 E. 2.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_1061/2009 vom 11. März 2010 E. 5.4.3.1.1).

Umgekehrt sprechen unter anderem 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 (BGE 131 V 49 E. 2. 1).

E. 1.3

Die fachärztlichen Stellungnahmen zum psychischen Gesundheitszustand und zu dem aus medizinischer Sicht (objektiv) vorhandenen Leistungspotenzial bilden 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 (BGE 130 V 352 E. 2.2.5).

Bei ihrer Einschätzung der psychischen Ressourcen des Exploranden oder der Explorandin, mit den Schmerzen umzugehen, haben die begutachtenden Ärzte notwendigerweise auch die in E. 1.1 hievorigen Kriterien zu beachten (BGE 135 V 201 E. 7.1.3; 130 V 352 E. 2.2.4) und sich daran zu orientieren (Ulrich Meyer, Die Rechtsprechung zur Arbeitsunfähigkeitsschätzung bei somatoformen Schmerzstörungen, in: Medizin und Sozialversicherung im Gespräch, 2006, S. 221). Insbesondere haben sie sich dazu zu äussern, ob eine psychische Komorbidität oder weitere Umstände gegeben sind, welche die Schmerzbewältigung behindern (SVR 2008 IV Nr. 23 S. 71, I 683/06 E. 2.2). Nicht erforderlich ist, dass sich eine psychiatrische Expertise in jedem Fall über jedes einzelne der genannten Kriterien ausspricht; massgeblich ist eine Gesamtwürdigung der Situation (SVR 2005 IV Nr. 6 S. 21, I 457/02 E. 7.4 mit Hinweis, nicht publ. in: BGE 130 V 396). 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 (Urteil des Bundesgerichts 9C_482/2010 vom 21. September 2010 E. 4.3). Die Prüfung schliesst die Beurteilung der Frage ein, inwiefern die ärztliche Einschätzung der psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit invaliditätsfremde Gesichtspunkte (insbesondere psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren) mitberücksichtigt (Urteile

des Bundesgerichts 9C_651/2009 vom 7. Mai 2010 E. 5.1; 9C_1040/2010 vom 6. Juni 2011 E. 3.4.1; vgl. auch Jörg Jeger, Tatfrage oder Rechtsfrage? Abgrenzungsprobleme zwischen Medizin und Recht bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in der Invalidenversicherung. Ein Diskussionsbeitrag aus der Sicht eines Mediziners [2. Teil], SZS 2011 S. 580 ff.).

E. 1.4

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abgestellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen

Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; 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.). 2.

2.1

Die Beschwerdegegnerin lehnte einen Rentenanspruch im angefochtenen Entscheid mit der Begründung, der Beschwerdeführerin, welche im Gesundheitsfall zu 80 % erwerbstätig und zu 20 % im Haushalt tätig wäre, sei zwar die angestammte Tätigkeit als Geschäftsführerin im Verkauf nicht mehr vollumfänglich zumutbar, jedoch sei sie seit dem 22. Juni 2005 in der Lage, einer behinderungsangepassten Tätigkeit zu 75 %, steigerbar auf 100 % nachzugehen, was nach Durchführung des Einkommensvergleichs unter Berücksichtigung der Einschränkung im Haushalt zu einem Gesamtinvaliditätsgrad von 30,83 % führe (Urk. 2). In der Beschwerdeantwort vom 28. November 2012 ergänzte sie unter Bezugnahme auf die unter Erwägung 1.2 zitierte Rechtsprechung, dass es für die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden an einem organischen Korrelat fehle und die Kriterien für die Annahme einer ausnahmsweisen Unzumutbarkeit der Beschwerdenüberwindung nicht erfüllt seien, weshalb

keine Arbeitsunfähigkeit im Sinne des Gesetzes vorliege (Urk. 7). 2.2

Die Beschwerdeführerin lässt dagegen im Wesentlichen geltend machen, dass sie gemäss der Beurteilung von Dr. med. H.____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, an einer deutlichen Persönlichkeitsstörung leide, welche auch eine behinderungsangepasste Tätigkeit lediglich zu 70 % zulasse mit einem 30%ig verminderten Leistungsprofil. Das Gutachten des G.____ verneine in diesem Zusammenhang nicht nur fälschlicherweise das Vorliegen von Diskrepanzen, sondern setze sich auch mit der Beurteilung von Dr. H.____ nicht auseinander. Auch überzeuge das Gutachten des G.____ in Bezug auf die Frage der Arbeitsfähigkeit im Zeitverlauf nicht. Allein aus diesem Grund seien weitere Abklärungen angezeigt. Aus psychischer Sicht sei mindestens bis Mai 2011 von einer höheren als der angenommenen Arbeitsunfähigkeit auszugehen (Urk. 1). 2.3

Streitig und zu prüfen ist zunächst, ob und in welchem Umfang die Beschwerdeführerin insbesondere in einer behinderungsangepassten Tätigkeit arbeitsfähig ist, wobei die Beschwerdegegnerin den Beginn der Wartezeit gemäss der hier anwendbaren Fassung von Art. 29 Abs. 1 IVG auf den 9. November 2004 legte. Dieser blieb zu Recht ebenso unbestritten wie die Qualifikation der Beschwerdeführerin als 80 % erwerbstätig und 20 % im Haushalt tätig (vgl. dazu unter anderem 8/80/3, Urk. 8/63/95 mit dem Verlauf der ausgewiesenen Arbeitsunfähigkeiten, gemäss welchem erst ab 9. November 2004 eine durchschnittlich mindestens 40%ige Arbeitsunfähigkeit während eines Jahres ohne

wesentlichen Unterbruch im Sinne von aArt . 29

Abs. 1 lit . b IVG vorgele gen hatte). 3. 3.1

Die IV-Stelle stütze ihren abschlägigen Entscheid im Wesentlichen auf das Gut achten des G.____ vom 1 5. Mai 2012 (Urk. 8/90) und das von der SWICA einge holte Gutachten der F.____ vom 6. Mai 2009 (Urk. 8/63/9 ff.). 3.2

Letzteres gab die Unfallversicherung in Nachachtung der ihr mit Urteil UV.2006.00214 vom 2 7. September 2007 auferlegten Abklärungspflicht in Auf trag. Als abklärungsbedürftig erwies sich dannzumal die Frag e, o b unfallkausale objektiv nachweisbare organische Befunde die im Anschluss an das erlittene Schleudertrauma aufgetretenen somatischen Beschwerden erklären könnten. Andernfalls wurde die Unfallversicherung verpflichtet, eine psychiatrische Be gutachtung in die Wege zu leiten, da ihre Auffassung, wonach die psychischen Beschwerden eindeutig im Vordergrund stünden , aufgrund der Aktenlage nicht bestätigt werden konnte (vgl. insbesondere E. 5 im zitierten Urteil). 3.3

In der F.____

wurde die Beschwerdeführerin an mehreren Untersuchungs daten im Juni und Juli 2008 einer rheumatolo gisch/orthopädisch/internistischen und einer psychiatrischen Teilbegutachtung sowie einer Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit unterzogen.

Die Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfäh igkeit lauteten in der zusam menfassenden Beurteilung wie folgt (Urk. 8/63/44):

Chronisches zervikozephal und brachiales Syndrom - Erster Auffahrunfall 1. August 2003 mit nachfolgenden Kopf- und Nacken schmerzen , Konzentrationsstörungen, Übelkeit und intermittierende Atem beschwerden - Mehrsegmentale Funktionsstörung der Hals- und der oberen Brust - wirbel säule (HWS und BWS) - Fehlhaltung und Fehlstatik der Wirbelsäule - Muskuläre Dysbalancen und Haltungsinsuffizienz der Wirbelsäule - Verdacht auf tendenzielle Hyperlaxität - Neurootologisch mittelgradige Schwindel und Gleichgewichtsbescher den mit - Peripher zentraler vestibulärer Funktionsstörung links - Visuo-vestibulärer Integrationsstörung - Cervico-proprio-nociceptiver Funktionsstörung aktuelle regrediente Symptomatik - „ late

whiplash

injury “-Syndrom - ICD-10 M53.0, M53.1 .

Die zusammenfassende Beurteilung im rheumatologischen Teilgutachten lautete dahingehend, dass bei der Beschwerdeführerin im Anschluss an den Unfall vom 1. August 2003 die typischen Folgen eines Auffahrunfalls mit Nacken- und Kopfschmerzen, wiederholtem Schwindel, Konzentrationsstörungen und aus strahlenden Schmerzen aufgetreten seien. Verletzungsfolgen im Sinne zentral nervöser oder spinaler Veränderungen, Läsionen der Facettengelenke o der liga mentäre Läsionen im Bereich HWS hätten zwar keine festgestellt werden kön nen, doch müsse der Fehlhaltung und insbesondere der segmental- angulären

Kyphosierung C4/5 und C5/6 dahingehend Rechnung getragen werden, dass diese mit einer segmentalen Funktionsstörung durchaus vergleichbare Befunde seien. Diese muskulären Reaktionen hätten in der Folge angehalten, wobei die zugrunde liegende Fehlhaltung und Fehlstatik der Wirbelsäule sowie die durch ungenügende Trainingsmöglichkeiten und

veränderte Freizeitaktivität bedingte muskuläre Dekonditionierung des Halteapparates dazu beigetragen hätten. Auf Grund dessen müsse angenommen werden, dass sich im Laufe der Zeit auch eine thorakale Funktionsstörung C5/6 eingestellt habe, welche bis heute anhalte. In Auseinandersetzung mit Vorbefunden insbesondere des CT von Dr. med. I. ___ vom 15. Dezember 2004 (vgl. dazu Urk. 8/63/78 und 8/63/88) und den neu roentgenologischen Befunden von Dr. med. J. ___ aus den Jahren 2006 und 2007 (vgl. Urk. 8/63/67 f. und 8/63/88) führten die zuständigen Fachpersonen die nach wie vor bestehende Beschwerdesymptomatik im Bereich der HWS letztlich mehrheitlich auf eine ungenügende Stabilisationsfähigkeit im Bereich der BWS und HWS zurück.

Der zuständige psychiatrische Fachgutachter, Dr. med. K. ___, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, Leitender Arzt Psychosomatik, Zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, schloss gestützt auf seine Untersuchungsbefunde aktuell das Vorliegen einer psychiatrischen Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aus. Weder aufgrund seiner Untersuchung noch anamnestisch hätten sich Hinweise auf eine krankheitswertige Persönlichkeitsakzentuierung im Sinne einer Persönlichkeitsstörung ergeben. Nach dem Unfall im Jahr 2003 habe sich bei der sehr leistungsorientierten Beschwerdeführerin wohl eine länger dauernde Anpassungsstörung mit vor allem Zügen einer längeren depressiven Reaktion etabliert. Bis zum Begutachtungsende habe der im Gutachten des eigenen Instituts im Jahr 2005 diagnostizierte rezidivierende Charakter einer affektiven Störung weder bewiesen noch ausgeschlossen werden können. Zum Zeitpunkt der psychiatrischen Begutachtung vom 16. Juli 2008 sei ein weitgehend unauffälliger Psychostatus erhoben worden, wobei die Beschwerdeführerin unter antidepressiver Medikation gestanden sei (40 mg Citalopram). Eigenanamnestisch habe sich die Beschwerdeführerin aufgrund verschiedener Behandlungen insbesondere aber auch sie stärkende Glaubenserfahrungen und der Aufgabe als Mutter als psychisch stabilisiert erfahren (Urk. 8/73/37-43).

In der Gesamtbeurteilung wurden die anhaltenden Nackenverspannungen mit ausstrahlenden Schmerzen als somatisch bezeichnet und einer anhaltenden Funktionsstörung der HWS mit myostatischen Belastungsreaktionen zugeordnet. Auch könnten die segmentalen Funktionsstörungen im Bereich der oberen BWS mit den daraus folgenden Übelkeiten und Atembeschwerden objektiviert werden.

Die Arbeitsfähigkeit wurde unter Verweis auf das rheumatologische Teilgutachten für eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit bei Einschränkungen für Arbeiten über Schulterhöhe und in vorgeneigtem Stehen mit 75 % beurteilt, wobei durch ein geeignetes Training eine wesentlich höhere Leistungsfähigkeit erreicht werden könne und seit Sommer 2005 hiervon auszugehen sei (Urk. 8/63/48 f. und 8/63/89). Aus psychiatrischer Sicht könne rückblickend aufgrund der Anamnese lediglich für einen Zeitraum von vier Wochen ab dem 22. Juni 2005 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit aufgrund der dann zumal in der F. ___ diagnostizierten depressiven Episode bestätigt werden (Urk. 8/13/54 f. und Urk. 8/63/49).

Der Hausarzt der Beschwerdeführerin

Dr. B. ___ erklärte in seinem Bericht vom 3. Februar 2011 anamnestisch, dass Nacken- und Schulterschmerzen sowie Kopfschmerzen und Konzentrationsstörungen seit dem Unfall vom 1. August 2003 im Vordergrund stünden

(Urk. 8/84).

Die Diagnose der behandelnden Psychiaterin Dr. H. ____

vom 5. Mai 2011, bei welcher die Beschwerdeführerin seit 15. Dezember 2008 in Behandlung steht, lautet auf eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.01, DD: Dysthymia, ICD-10 F34.1) und einen Status nach einem HWS-Distorsionsstrauma nach Heckkollision vom 1. August 2003 und 30. August 2007. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit notierte sie eine Adipositas, Merkmale einer Persönlichkeitsstörung Cluster-Gruppe B (ICD-10 F60.4) und eine Kaufsucht (ICD-10 F63.8). Aufgrund der Kopf-, Rücken- und Muskelschmerzen sowie der depressiv/dysphorischen Antriebs- und Stimmungslage erachtete sie die Beschwerdeführerin in ihrer Arbeitsfähigkeit als Verkäuferin seit 15. Dezember 2008 als zu 50% eingeschränkt. In einer behinderungsangepassten Tätigkeit sei ihr seit 15. Dezember 2007 ein 70%iges Pensum mit einem 30%ig verminderten Leistungsprofil zumutbar (Urk. 8/85/2-4). 3.4

Im G. ____ wurde die Beschwerdeführerin stationär vom 6. bis 9. Februar 2012 allgemein-medizinisch, rheumatologisch, neurologisch und psychiatrisch abgeklärt. Anlässlich der Konsenskonferenz schlossen

die beteiligten Gutachter auf folgende Diagnosestellung mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/90/36):

-

Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode mit somatischem Syndrom und Somatisierungstendenzen

-

Chronisch rezidivierendes cervicocephales Schmerzsyndrom - muskuläre Dysbalance des Schultergürtels - wiederholte Brachialgie rechts-betont

-

rezidivierende Blockaden mittlere BWS.

Der Heilungsverlauf nach dem HWS-Distorsionsstrauma im Jahr 2003 sei insofern atypisch gewesen, als die Beschwerden im Bereich des Nackens und des Schultergürtels im weiteren Verlauf eher zu - als abgenommen hätten, ohne dass sich ein somatisches Korrelat finden lassen. Festgestellt worden seien lediglich Myogelosen und Tendomyosen im Nackenmuskulaturbereich sowie eine verspannte Schultergürtelmuskulatur. Radikuläre Reiz- oder Ausfallsymptome seien nicht objektivierbar. Auch sei der von der Beschwerdeführerin geklagte Schwindel sich eher nicht zentraler Natur, sondern eher Ausdruck einer vegetativen Begleitsymptomatik.

Die bisherige Tätigkeit im Detailhandel - dabei insbesondere die Bedienung an der Kasse und das Regalauffüllen - sei für die Beschwerdeführerin eher ungünstig; hier bestehe seit August 2003 eine Einschränkung von 30%. Ideal wären Tätigkeiten mit der Möglichkeit zu häufigem Haltungswechsel ohne Zwangshaltungen oder repetitives Lastenheben, wie Bürotätigkeiten, Kontroll- und Aufsichtsfunktionen oder Tätigkeiten in einem Empfang. Bei einer solchen Arbeit sei von einer Einschränkung von 20% auszugehen.

In Auseinandersetzung mit dem Verlauf der Arbeitsfähigkeiten kam die Konsenskonferenz zum Schluss, dass die Kündigung der Arbeitsstelle im Jahr 2005 zu einer erheblichen

psychischen Dekompensation geführt habe und damit auch eine Unfallfehlverarbeitung in Gang gekommen sei (Urk. 8/90/36

ff.).

Auf Bitte der Beschwerdegegnerin (Urk. 8/92/2) nahm das G.____ am 13. Juli 2012 zu einer Divergenz der Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit der Konsenskonferenz und derjenigen von Dr. L.____ in der psychiatrischen Teilbegutachtung des G.____, in welcher die Arbeitsfähigkeit aufgrund des psychischen Leidens als zu 40 % eingeschränkt bezeichnet worden war (vgl. dazu Urk. 8/90/35), Stellung (Urk. 8/93). Dr. L.____ und der Rheumatologe Dr. M.____ erklärten die Abweichung mit einem Diktat- oder Schreibfehler. Korrekterweise müsse es heißen: „die Einschränkung dürfte 30 % betragen“. Zur abweichenden Beurteilung der behandelnden Psychiaterin Dr. H.____ vom 5. Mai 2011 erklärten sie, dass deren Beurteilung auf dem Zustand ein Jahr vor der Begutachtung im G.____ basiere und es durchaus möglich sei, dass sich der psychische Zustand seither gebessert habe.

Vom 24. bis 28. August 2012 war die Beschwerdeführerin notfallmäßig im N.____ hospitalisiert. Zugewiesen wurde sie von Dr. med. O.____, P.____, wegen einer Schmerzexazerbation und sozialer Dekompensation bei bekanntem Schmerzsyndrom. Die Diagnosen im Kurzaustrittsbericht vom 28. August 2012 lauteten wie folgt (Urk. 8/96/5):

1.

Chronisches Schmerzsyndrom - Status nach HWS-Distorsionsstrauma bei Autounfall 2003 - Schmerzhafte Myogelosen Nacken beidseits und paravertebral - Verdacht auf somatoforme Störung: Tinnitus, Schwindel, Kopfschmerzen, Taubheitsgefühle, Schwächeanfälle - Aktenanamnestisch Diskushernie C3/4 links, C4/5 rechts, C5/6 rechts - Status nach CTS-OP rechts 05/2012 - Aktuell: Schmerzexazerbation

2.

Hypothyreose - Unter Substitution, Aktuell: TSH von 0.18 uIU/ml.

4. 4.1

Die Würdigung der medizinischen Akten zeigt auf, dass aus somatischer Sicht die von Beschwerdeführerin hauptsächlich geklagten Beschwerden in Form einer verminderten Belastbarkeit der HWS mit belastungsabhängigen Kopf- und Nackenschmerzen, teilweise ausstrahlend in die Arme vor allem rechts, Schmerzen in der Brust- und Rippenregion mit Atembeschwerden und gelegentliche lumbale Beschwerden (vgl. unter anderem Urk. 8/63/74) zwar klinisch überwiegend fassbar sind, nicht jedoch hinreichend organisch nachgewiesen respektive erklärt werden können.

Im rheumatologischen Teilgutachten des G.____ wurde das chronische Schmerzsyndrom als vorwiegend tendomyotisch bei muskulärer Dysbalance und muskulärer Dekonditionierung beurteilt. Den rezidivierenden segmentalen Blockierungen im BWS-Bereich wurde keine besondere Relevanz beigemessen (Urk. 8/90/25 f.). Der neurologische Teilgutachter des G.____

Dr. Q.____ schloss gesützt auf seine Untersuchung sowie in einlässlicher Auseinandersetzung mit den Vorakten eine organische Hirnschädigung und damit eine zentrale Ursache für die im Verlauf immer wieder geklagten Schwindel überzeugend aus. Auch konnte er keine funktionelle Störung des Gleichgewichtssystems feststellen (Urk.

8/90/29 f.).

Diese Beurteilung stimmt ganz wesentlich mit derjenigen im Gutachten der F.____ vom 6. Mai 2009 (Urk. 8/63/9

ff.) überein. Auch dort wurden struk turelle Verletzungsfolgen letztlich verneint. Auch wenn die festgestellte Fehl haltung in Kombination mit der segmental- angulären

Kyphosierung im HWS–Bereich als mit einer segmentalen Funktionsstörung vergleichbar bezeichnet wurde, führten die zuständigen Gutachter die im Vordergrund stehende Be schwerdesymptomatik im Bereich der HWS letztlich übereinstimmend mit der Beurteilung im G.____ vor allem auf eine ungenügende Stabilisationsfähigkeit im Bereich der BWS und HWS und daraus folgende muskuläre Reaktionen nach dem Auffahrunfall von 2003 zurück . Eine wesentliche Instabilität der HWS oder vermehrte Abnutzung serscheinungen sowie Läsionen wurden gestützt auf die Akten und die aktuellen radiologischen Abklärungen überzeugend verneint. Wie im Gutachten des G.____ wurde auch hier eine organische Ursache der von Dr. J.____ festgestellten neurootologischen Befunde verneint (vgl. insbeson dere Urk. 8/63/8 ff.).

Ebenfalls übereinstimmend mit diesen Beurteilungen fand sich im N.____ zwar ein klinisch fassbarer Befund für das diagnostizierte chronische Schmerz - syndrom in Form schmerzhafter Myogelosen , dieses konnte aber

eben falls keiner strukturellen Schädigung zugeordnet werden, sondern wurde dem Status nach Schleudertrauma zugeordnet (Urk. 8/96/5) , was letztlich im We sentlichen mit der Diagnosestellung der F.____ (Urk. 8/63/90), des G.____ (insbeson dere rheumatologische Diagnosestellung: Urk. 8/90/25), wie auch derjenigen der behandelnden Ärzte Dr. B.____ und Dr. H.____ (8/84-85) korre liert.

Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch das

G.____ , wonach die Beschwerde führerin in einer Tätigkeit mit der Möglichkeit zu häufigem Stellungswechsel ohne Zwangshaltungen und repetitivem Lastenheben zu maximal 20 % eingeschränkt sei (Urk. 9/90/38), trägt den objektiven somatischen Befunden (Fehl haltung in Kombination mit der segmental- angulären

Kyphosierung im HWS–Bereich , segmentale Blockierungen im BWS-Bereich), welche die Schmerzhaftigkeit mitunterhalten, in jedem Fall angemessen Rechnung und wird durch die fast deckungsgleiche Einschätzung der F.____ bestätigt, welche sich ih rerseits unter anderem auf die Ergebnisse der evaluierten funktionellen Leis tungsfähigkeit vom 3. Juli 2008 stützen konnte (vgl. Urk. 8/63/99 ff.). 4.3

Was den psychischen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin anbelangt, kam en sowohl der zuständige Referent der F.____ , Dr. med. K.____ , Fach arzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, als auch

Dr. L.____ des G.____ in überzeugender und einlässlicher Auseinandersetzung mit den Vorakten zum Schluss, dass sich nach dem Unfallereignis im Jahr 2003

bei der sehr leistungs orientierten Beschwerdeführerin eine längerdauernde Anpassungsstörung mit Zügen einer reaktiven depressiven Erkrankung etablierte, welche zu einer funk tionellen Verstärkung der somatischen Leiden geführt habe (Urk. 8/63/40 ff., 8/90/34 f.). Am noch von Dr. K.____ in Frage gestellten rezidivierenden Charakter der

affektiven Störung (Urk. 8/63/42) rechtfertigen sich, nachdem nunmehr so wohl im G.____ aufgrund der Untersuchungen im Februar 2012 (vgl. Urk. 8/90/34) als auch von Dr. H.____ am 5. Mai 2011 (Urk. 8/85) und bereits im Juli 2005 in der F.____ eine depressive Episode (Urk. 8/13/54 f.) fest gestellt worden war, keine ernsthaften Zweifel mehr. Was das Ausmass der einzelnen rezidivierenden depressiven Episoden anbelangt, wurde diese im Bericht der F.____ vom 15. Juli 2005 als mittelgradig beurteilt (Urk. 8/13/55); Dr. H.____ und Dr. L.____ erkannten anlässlich ihrer Untersuchungen lediglich eine leichte depressive Symptomatik (Urk. 8/85/2-3, 8/90/34-35), Dr. K.____ schloss am 16. Juli 2008 eine solche ganz aus (Urk. 8/63/42 f.).

Zusammengefasst ist damit als erstellt zu betrachten, dass sich spätestens seit Sommer 2005 im Nachgang zu einer Anpassungsstörung eine rezidivierende depressive Störung mit somatischem Syndrom entwickelt hat, welche dann zu mal für einen nicht näher bestimmbar Zeitraum mittelgradigen Charakter hatte, seither jedoch maximal in Form leichter Episoden auftrat.

Daneben erkannten sowohl Dr. H.____ als auch Dr. L.____ akzentuierte Persönlichkeitszüge bei der Beschwerdeführerin, wobei sich Dr. H.____ für das Vorliegen von Merkmalen einer Persönlichkeitsstörung gemäss ICD-10 F 63.8 (sonstige abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle, vgl. Urk. 8/85) aussprach; Dr. L.____

erkannte dagegen

neurotisch-narzisstische Persönlichkeitszüge

(Urk. 8/90/34). Nicht nur Dr. L.____, sondern auch

Dr. H.____ massen der Auffälligkeit, obwohl letztere im Rahmen des Befundes von einer deutlichen Persönlichkeitsstörung sprach,

keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bei (Urk. 8/85/2-3). Der Schluss auf eine relevante, die Leistungsfähigkeit einschränkende Persönlichkeitsstörung rechtfertigt sich damit gestützt auf die medizinische Aktenlage entgegen den Vorbringen der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 4) nicht.

Was die psychiatrischen Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit anbelangt, ist zu beachten, dass sowohl die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von Dr. L.____ im Gutachten des G.____ mit einer 30%igen Einschränkung in der angestammten Tätigkeit (Urk. 8/90/35, mit der korrigierenden Stellungnahme in Urk. 8/93) und einer 20%igen Einschränkung in einer angepassten Tätigkeit (vgl. Beurteilung der Konsenskonferenz in Urk. 8/90/37), als auch diejenige von Dr. H.____ mit 30%iger Einschränkung in einer angepassten Tätigkeit (Urk. 8/85/3) ganz offensichtlich nicht nur die Einschätzung der Auswirkungen der depressiven Problematik beschlagen. Vielmehr beziehen sie sich auf den Gesamtzustand unter Einbezug der im Rahmen der HWS-Verletzung zu interpretierenden Schmerzproblematik. 4.4

Wie eingangs dargelegt (vgl. Erwägung 1.2), kommt HWS-Verletzung ein

ohne organisch (hinreichend) nachweisbare Funktionsausfälle (BGE 136 V 279) – in Anlehnung an die zur somatoformen Schmerzstörung ergangene Rechtsprechung (BGE 130 V 352 E. 2.2.3) – nur ausnahmsweise invalidisierender, das heisst, einen Rentenanspruch begründender Charakter zu.

Zu prüfen ist folglich, ob eine erhebliche psychische Komorbidität oder einschlägige alternative Kriterien es der Beschwerdeführerin selbst unter Aufbringung allen guten

Willens verunmöglichen, ihre Schmerzen soweit zu überwinden, dass ihr die aus medizinischer Sicht (objektiv) verbleibende Arbeitskraft von 80 % in einer angepassten Tätigkeit zumutbar ist. 4.5

Dr. R. ___ des G. ___ vertrat den Standpunkt, dass die rezidivierende depressive Störung eine n eigenständige n Charakter entwickelt habe (Urk.

E. 6

Dezember 2010 hin (Urk. 8/80) holte die IV-Stelle weitere ärztliche Berichte (Urk. 8/84-85) ein und liess die Versicherte in der MED AS, G. ___ , poly disziplinär abklären (Gutachten vom 15. Mai 2012, Urk. 8/90, Ergänzung vom 13. Juli 2012, 8/93). Nach Gewährung des rechtlichen Gehörs (Urk. 8/95-97) hielt die IV-Stelle mit Verfügung vom 20. September 2012 an der vorgesehenen Verneinung eines Rentenanspruchs fest, wobei sie in Anwendung der gemischten Methode einen Invaliditätsgrad von 30,83 % errechnete (Urk. 2). 2.

Gegen diesen Entscheid liess X. ___ am 24. Oktober 2012 Beschwerde erheben und die Zusprechung einer Invalidenrente basierend auf einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % beantragen. Eventualiter sei die Beschwerde gegnerin zur Einholung eines polydisziplinären Gutachtens (psychiatrisch, neurologisch) zu verpflichten (Urk. 1). Die Beschwerdegegnerin schloss in der Vernehmlassung vom 28. November 2012 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7).

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich, nachfolgend eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung:
1.

E. 6.1

Zu prüfen bleibt, wie sich die eingeschränkte Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin in erwerblicher Hinsicht auswirkt.

E. 6.2

Für die Festsetzung des trotz Gesundheitsschädigung zumutbarerweise noch realisierbaren Einkommens (Invalideneinkommen) ist nach der Rechtsprechung primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der - kumulativ - besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbliebene Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn (BGE 129 V 472 E. 4.2.1, 126 V 75 E. 3b/ aa mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts I 850/05 vom 21. August 2006 E. 4.2).

Die Beschwerdegegnerin liess bei der Berechnung des Invalideneinkommens das von der Beschwerdeführerin in ihrer aktuellen Tätigkeit im Verkauf bei E. ___

zu Recht ausser Acht, kann doch die Beschwerdeführerin im Rahmen der Tätigkeit im Detailhandel die ihr verbliebene Restarbeitsfähigkeit von 80 % aufgrund des medizinisch unpassenden Anforderungsprofils nicht voll ausschöpfen.

Auf der Seite des Invalideneinkommens stützte sie sich vielmehr korrekterweise

ebenfalls auf die LSE 2004 und zog den Zentralwert „Total“ für Frauen im Anforderungsniveau 4 von monatlich brutto Fr. 3'893.-- bei (LSE 2004 Tabelle TA1). Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung und der durchschnittlichen Wochenstundenzahl von 41,6 errechnete sie einen Jahreslohn 2005 von Fr. 49'119.-- bei 100%. Hiervon gewährte sie der Beschwerdeführerin einen behinderungsbedingten Abzug (vgl. dazu BGE 134 V 322 E. 5.2) von 10%, da ihr nur noch leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ohne Arbeiten über Schulterhöhe und ohne Zwangshaltungen sowie ohne wiederholte Kniebeugen zumutbar sind (Urk. 2 S. 2). Angesichts des Umstandes, dass der Beschwerdeführerin trotz ihrer behinderungsbedingten Einschränkungen grundsätzlich ein breites Feld an Einsatzmöglichkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt offensteht und sie bereits zuvor in einer nur mittelschweren Arbeit tätig war, erscheint dieser Abzug eher grosszügig. Jedoch erübrigen sich Weiterungen hierzu, da selbst unter Berücksichtigung des 10%igen Abzugs und einer lediglich 75%igen, anstatt der oben festgestellten 80%igen (vgl. obige E. 4) Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit entsprechend der im Übrigen korrekten Berechnung im angefochtenen Entscheid kein rentenbegründender Invaliditätsgrad resultiert.

Damit erweist sich die Beschwerde als unbegründet und ist abzuweisen. 7.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG in der seit dem 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Fassung) und ermessensweise auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Werner Bodenmann - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1. Juli bis und mit dem 1. August sowie vom 1. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

E. 8

/ 90/35), mithin nicht nur als Begleiterscheinung zum Schmerzsyndrom einzustufen sei. Seine Einschätzung, wonach die Beschwerdeführerin aufgrund des psychischen Leidens in ihrer psychophysischen Belastbarkeit und damit ihrer Arbeitsfähigkeit zu zirka 40 % eingeschränkt sei (Urk. 8/90/35), korrigierte er am 13. Juli 2012 auf 30 %, wobei sich dieselbe offensichtlich auf die angestammte Tätigkeit bezog (Urk. 8/93). Im Rahmen der Konsenskonferenz schloss Dr. L. ___ mit den andern Teilgutachtern dagegen eine relevante Komorbidität der depressiven Störung auf eine angepasste Tätigkeit aus, geht doch die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit mit 80 %

nicht über das bereits in der rheumatologischen Beurteilung zugestandene Mass an Einschränkung hinaus.

Diese Schlussfolgerung erweist sich angesichts dessen, dass die affektive Störung, abgesehen von einer einmalig bestätigten mittelgradigen Episode im Sommer 2005, lediglich als leichte Störung diagnostiziert wurde, als begründet. Denn selbst mittelgradige depressive Episoden werden gemäss höchstgerichtlicher Rechtsprechung als keine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depressionen im Sinne eines verselbständigten Gesundheitsschadens betrachtet, die es der betroffenen Person verunmöglichten, die Folgen der bestehenden Schmerzproblematik zu überwinden. Daran ändert nichts, dass eine (leichte oder mittelgradige) depressive Episode vor dem Hintergrund einer rezidivierenden depressiven Störung diagnostiziert ist (Urteil des Bundesgerichtes 8C_213/2012 vom 13. April 2012 E. 3.2). Leichte bis höchstens mittelschwere depressive Zustände gelten auch grundsätzlich als therapeutisch angebar (Urteil des Bundesgerichts 9C_736/2011 vom 7. Februar 2012 E. 4.2.2.1 mit Hinweisen).

Was die von Dr. L. ___ und Dr. H. ___ festgestellten akzentuierten Persönlichkeitszüge, respektive Merkmale einer Persönlichkeitsstörung angeht, gilt es zu beachten, dass selbst eine schlüssig diagnostizierte Persönlichkeitsstörung für sich allein nicht ohne Weiteres als invalidisierender Gesundheitsschaden im Rechtssinne zu betrachten ist (Urteile des Bundesgerichtes 9C-55/2010 vom 8. Oktober 2010 E. 2.3 und 9C_456/2007 vom 17. März 2008 E. 4.1, je mit Hinweisen). Unter diesen Umständen ist eine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer im Sinne der bundesgerichtlichen

Rechtsprechung zu verneinen.

Anhaltspunkte für das Vorhandensein anderer relevanter chronischer Begleiterkrankungen fehlen. Wie die Beschwerdegegnerin richtig erkannte, handelt es sich weder bei der Hypothyreose noch bei der Adipositas der Beschwerdeführerin um Krankheiten, welche die Arbeitsfähigkeit einschränken und die erforderliche Intensität erreichen. Auch fehlen Hinweise auf einen primären Krankheitsgewinn. Sowohl laut Dr. H. ___ (Urk. 8/85/3, Schematherapie) als auch gemäss Dr. L. ___ (Urk. 8/90/35, weiterführende Psychotherapie) sind die therapeutischen Massnahmen noch nicht ausgeschöpft. Die Beschwerdeführerin absolvierte in den vergangenen Jahren zwar diverse Therapien (Psycho- und Physiotherapie mit Massage, Fango, Bewegungstherapie, vgl. Urk. 8/90/19, Chiropraktik, Atlaslogie und Farbtherapie, vgl. Urk. 8/63/71), nahm aber das in der F. ___ bereits im Juni 2005 (Urk. 8/13/69) und wiederum im Gutachten vom 6. Mai 2009 empfohlene muskelkraft- und ausdauerfördernde intensive Trainingsprogramm (Urk. 8/63/89) nicht auf. Die tägliche Bewegung im Rahmen ihrer Arbeit (vgl. Urk. 1 S. 8) vermag ein spezifisches

Training nicht zu ersetzen. Insofern ist auch das Kriterium des Scheiterns einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung trotz kooperativer Haltung der versicherten Person nicht erfüllt. Die Beschwerdeführerin arbeitet zu 50 % und kümmert sich zu wesentlichen Teilen um den Haushalt und die Kinderbetreuung (vgl. Urk. 8/90/31 f.). Das Merkmal des sozialen Rückzugs kann entsprechend ebenfalls nicht als gegeben betrachtet werden. Zwar ist von einem chronifizierten Krankheitsverlauf mit im Wesentlichen unveränderter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung auszugehen, doch genügt dies insgesamt nicht, um aus rechtlicher Sicht von einer Unzumutbarkeit der Schmerzüberwindung auszugehen.

Vielmehr darf im Rahmen der freien Beweiswürdigung der Schluss gezogen werden, dass die Beschwerdeführerin über Ressourcen verfügt, die es ihr seit Sommer 2005 erlauben, einer angepassten Tätigkeit entsprechend der Beurteilung des G.____ zu 80 % nachzugehen. Die von Dr. H.____ vertretene Auffassung, wonach die Beschwerdeführerin auch in einer angepassten Tätigkeit zu 30 % eingeschränkt sei, vermag an dieser Beurteilung nichts zu ändern, mass Dr. H.____ doch offensichtlich den Wechselwirkungen zwischen sich körperlich und psychisch manifestierenden Störungen und der sozialen Umwelt – mit masslich im Lichte eines bio-psychozialen Krankheitsbildes – ein grösseres Gewicht bei, als der für die Belange der Rechtsanwendung massgebende sozial versicherungsrechtliche Begriff der gesundheitlichen Beeinträchtigung (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_870/2010 vom 24. Januar 2011 E. 4.2.1 mit Hinweisen). Auch fehlen angesichts ihrer Diagnosestellung und des psychopathologischen Befundes im Bericht vom

5. Mai 2011 Anhaltspunkte für eine dannzu mal vorliegende psychische Komorbidität erheblicheren Ausmasses .

Zusammenfassend ist damit erstellt, dass die Beschwerdeführerin seit November 2005 (frühest möglicher Rentenbeginn) in einer angepassten Tätigkeit (Bürotätigkeit, Kontroll- oder Aufsichtsfunktionen, Empfang) zu 80 % arbeitsfähig ist. Nicht ausgeschlossen werden kann, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin im August 2012 verschlechtert hat, jedoch lassen weder der Bericht des N.____ vom 28. August 2012 (Urk. 8/96)

noch die Vorbringen der Beschwerdeführerin im Einwand vom 12. September 2012 (vgl. insbesondere Urk. 8/97/6) darauf schliessen, dass es sich hierbei um eine dauerhafte Verschlechterung oder einen wesentlich veränderten Gesundheitszustand handelt. 5.

Die Haushaltsabklärung vom 17. August 2010 der IV-Stelle S.____ führte zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin zu lediglich 11,75 % im Bereich Haushalt eingeschränkt war (Urk. 8/73/2-17). Die Beschwerdeführerin lässt die

Ergebnisse der Abklärung vor Ort nicht in Frage stellen. Im Lichte der höchst richterlichen Rechtsprechung zur Beweiskraft eines Abklärungsberichtes (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 883/05 vom 17. Juli 2006 E. 4.3 mit Hinweisen) drängen sich auch im vorliegenden Verfahren keine Zweifel an der Angemessenheit der Abklärungsergebnisse auf, sind doch weder klar feststellbare Fehleinschätzungen noch Widersprüchlichkeiten erkennbar. Zudem stimmt die Umschreibung der Tätigkeitsbereiche mit den Vorgaben gemäss Randziffer 3086 des Kreisschreibens über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung (KSIH in der vom 1. Januar 2010 bis 30. April 2011 gültig gewesenen Fassung) überein. 6.

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