

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00699 vom 30. April 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-04-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00699

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00699 du 30 avril 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00699 del 30 aprile 2015

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1967, arbeitete seit dem 4. Oktober 2005 als Callcenter- Agentin Outbound bei der Firma Y.____ (Urk. 14/13). Sie erlitt am 17. Juni 2009 einen Unfall, bei welchem ihr linkes Bein in einer Tramtüre eingeklemmt und verletzt wurde (Urk. 14/19/103) . Anschliessend war sie teilweise, ab dem 17. April 2010 100 %

krankgeschrieben und der Arbeitsvertrag wurde ihr per

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art.

E. 1.2

Die IV-Stelle gab beim Zentrum Z.____

das neurologisch-psychiatrische Gutachten vom 16. Januar 2012 in Auftrag .

Als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde wiederum ein chronifiziertes therapieresistentes lokales neuropathisches Schmerzsyndrom des Nervus

peroneus

superficialis links

festgehalten (Urk. 14/24/20) . Es sei bisher trotz intensiver schmerztherapeutischer Bemühungen nicht gelungen, die in so erheblichem Umfang bestehende Schmerzsymptomatik zu verbessern. Entsprechend sei aus neurologischer Sicht weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit anzuerkennen. Die schmerztherapeutischen Bemühungen seien fortzusetzen. Eine multimodale, in erster Linie stationäre Schmerztherapie müsse umgehend umgesetzt werden . Innerhalb eines Zeitraums von sechs bis zwölf Monaten sei eine deutliche Verbesserung der Arbeitsfähigkeit zu erwarten

(Urk. 14/24/21). 3. 1. 3

Die Zürich gab beim Zentrum A.____ ein zweites polydisziplinäres Gutachten in Auftrag, welches am 24. Juli 2012 erstattet wurde. Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden keine genannt. Als somatische Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurde ein chronifiziertes nicht näher spezifizierbares weichteilrheumatisches Schmerzsyndrom, diffus im Bereich des linken Unterschenkels, ohne sicheren Anhalt für ein neuropathisches Schmerzsyndrom oder ein chronisches regionales Schmerzsyndrom festgehalten. Weiter wurden eine globale muskuläre Insuffizienz mit muskulären Dysbalancen, eine

Fehlhaltung und rezidivierende anamnestisch beschriebene Spannungskopfschmerzen sowie ein metabolisches Syndrom bei Adipositas Grad I nach WHO (BMI 34.9 kg/m³, Bauchumfang 100 cm), bei Diabetes mellitus (HbA1c 6,5 %) und bei Dyslipidämie als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt (Urk. 14/41/227). Aus rheumatologischer Sicht besteht sowohl für die angestammte Tätigkeit im Callcenter als auch für sämtliche anderen leichten bis mittelschweren wechselbelastenden vorwiegend sitzenden Tätigkeiten ohne Zurücklegen von längeren Wegstrecken 100%ige Arbeitsfähigkeit und aus neurologischer Sicht besteht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 14/232). 3. 1. 4

Schliesslich gab die IV-Stelle

ein polydisziplinäres (rheumatologisch, psychiatrisch, orthopädisch, neurologisch, allgemein internistisch) Gutachten bei der Medas

in Auftrag, welches diese am 20. Dezember 2013 erstattete. Als somatische Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde eine Neuropathie des Nervus peroneus

superficialis links (ICD Code S94.3 :

Verletzung sensibler Hautnerven in Höhe des Knöchels und des Fußes) sowie eine Adipositas bei einem BMI von 33 genannt (Urk. 14/81/45). Das Vorliegen eines neuropathischen Schmerzsyndroms sowie

eines chronischen regionalen Schmerzsyndroms wurden verneint

(Urk. 14/81/51). Die somatischen Beschwerden schränken die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Callcenter-Agentin und in anderen angepassten Tätigkeiten nicht ein. Einzig in einer schweren körperlichen Tätigkeit sei aus somatischer Sicht allenfalls eine Einschränkung zu erwägen (Urk. 14/81/62). Als Anforderungen an den Arbeitsplatz hielten die Gutachter fest, dass es sich in erster Linie um eine sitzende Tätigkeit mit der Möglichkeit zu gelegentlichen Positionswechseln handeln sollte. Das Heben und Tragen von Lasten mit einem Gewicht von mehr als zehn bis fünfzehn Kilogramm solle vermieden werden, ebenso längerdauernde Zwangshaltungen des Rückens oder des Kopfes. Repetitives Treppensteigen oder Gehen auf unebenem Boden sowie auf behelfsmässigen Flächen seien als ungünstig zu erachten (Urk. 14/81/63).

E. 3

1. Juli 2010 gekündigt (Urk. 14/20/2, Urk. 14/14). Am 9. Juni 2011 meldete sie sich wegen einer Neuralgie, massiven chronischen Schmerzen, Schlafstörungen, einem thorakolumbalen

Schmerzsyndrom und einer depressiven Störung bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung zur beruflichen Integration und zum Rentenbezug an (Urk. 14/4, Urk. 14/8). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV Stelle, nahm erwerbliche und medizinische Abklärungen vor (Urk. 14/12, Urk. 14/13, Urk. 14/20), insbesondere zog sie die Akten des obligatorischen Unfallversicherers Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG (im Folgenden: Zürich) bei (Urk. 14/19) und gab bei m

Zentrum Z.____ ein neurologisches-psy chiatrisches Gutachten in Auftrag, welches am 1 6. Januar 2012 erstattet wurde (Urk. 14/24) . Mit Vorbescheid vom 2. August 2012 wurde eine ganze Invalidenrente per 1. Dezember 201 1 in Aussicht gestellt (Urk. 14/27). Die IV-Stelle zog , bevor sie verfügte, die aktuellen Akten der Zürich bei, welche zwei Ermittlungsbericht e zur Observation der Versicherten enthielt en (Urk. 14/40, Urk. 14/41, Urk. 15/1, Urk. 15/2). Daraufhin teilte die IV Stelle der Versicherten am 2 3. November 2012 mit, dass sie neue Unterlagen der Zürich erhalten habe und der Verfügungserlass bis zum Abschluss der Abklärungen sistiert sei (Urk. 14/42) . Sie gab ein polydisziplinäres Gutachten bei der MEDAS in Auftrag, welches am 2 0. Dezember 2013 erstattet wurde (Urk. 14/81) . Mit neue m Vorbescheid vom 1. April 2014 stellte die IV Stelle eine Verneinung des Rentenanspruchs in Aussicht, da der Versicherte n seit Juli 2010 ihre angestammte Tätigkeit sowie jede angepasste Tätigkeit zu 100 % zumutbar sei. Auf aktive Arbeitsvermittlung bestehe nur Anspruch, wenn eine gesund heitsbedingte Einschränkung bei der Stellensuche bestehe, was nicht der Fall sei (Urk. 14/85). Am 1 9. Mai 2014 liess die Versicherte Einwand erheben (Urk. 14/88) und am 2 8. Mai 2014 entschied die IV-Stelle im Sinne ihres Vor bescheids (Urk. 2). 2.

Hiergegen liess die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt André Largier , am 3 0. Juni 2014 Beschwerde erheben. Sie beantragte, ihr seien berufliche Mass nahmen und eine angemessene Invalidenrente zuzusprechen. Zudem stellte sie ein Gesuch um Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung und um Bestellung eines unentgeltlichen Rechtsvertreters (Urk. 1). Am 2 9. Oktober 2014 schloss die IV-Stelle in der Beschwerdeantwort auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 13). Mit Verfügung vom 1 0. November 2014 wurde das Gesuch um unent geltliche Prozessführung bewilligt und Rechtsanwalt André Largier als unent geltlicher Rechtsbeistand bestellt. Zudem wurde ein zweiter Schriften wechsel angeordnet (Urk. 16). Am 1 3. Dezember 2014 liess die Versicherte die Replik erstatten (Urk. 19) und am 2 2. Januar 2015 verzichtete die IV-Stelle auf eine Duplik (Urk. 22). Nach telefonischer Aufforderung reichte Rechtsanwalt André Largier am 4. März 2015 seine Kostennote ein (Urk. 24, Urk. 25).

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

- 1.

E. 3.1

und 3.3 mit weiteren Hinweisen) und führen somit auch nicht zu einer invaliditätsrechtlich massgeblichen

psychische n Komorbidität. 4.6.4

Auch die Gutachter der Medas

gingen davon aus, dass keine begleitende schwerwiegende psychische Störung vorliegt (Urk. 14/81/66). Der psychiatrische Gutachter bestätigte entgegen der Ansicht der Versichert e n (Urk. 19 S. 6) keine psychische Komorbidität, sondern hielt ausdrücklich fest, dass eine psychische Komorbidität erheblicher Schwere aus seiner Sicht nicht vollumfänglich vorhanden sei (Urk. 14/81/107). Unabhängig von der entspre chenden Äusserung der Gutachter ist festzuhalten, dass rechtsprechung sgemäss weder die leichte depressive Störung noch die histrionischen

Persönlichkeitszüge eine solche Komorbidität darstellen. Gemäss der Beschwerdeführerin beweisen Resultate des Mini-ICF-APP (Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen) und des MADRS (Montgomery Asberg Depression Scale) -Tests, dass sie sich krankheitsbedingt nicht zu einer konstanten Arbeitsleistung überwinden könne (Urk. 19 S. 7). Doch diese Testergebnisse (Urk. 14/81/92-95)

äussern sich nicht zur Zumutbarkeit, bei welcher es sich um einen Rechtsbegriff handelt, weshalb nicht davon ausgegangen werden kann, dass die Überwindbarkeit bereits im Rahmen dieser Tests geprüft wurde. Entsprechend prüften die Gutachter das Vorliegen von Unüberwindbarkeitskriterien denn auch unabhängig von diesen Tests (Urk. 14/81/66-67, Urk. 14/81/106-107). 4. 7

Eine chronische körperliche Begleiterkrankung mit langjährigem chronifiziertem Krankheitsverlauf liegt nicht vor (vgl. E. 3 und Urk. 14/81/66). Die Behandlung hat zwar bisher nicht zum Ziel geführt und es liegt ein chronischer Verlauf vor. Allerdings nahm die Versicherte ihre Medikamente nicht regelmässig ein (Urk. 14/81/53) und befand sich nicht in psychiatrischer Behandlung (Urk. 14/81/89), so dass nicht ausgeschlossen werden kann, dass eine Therapie mit konsequenter Anwendung Erfolg haben könnte und nicht von unbefriedigenden Behandlungsergebnissen trotz konsequenter Therapien gesprochen werden kann. Gemäss den Gutachtern der Medas

liegt noch kein verfestigter, therapeutisch nicht mehr angehbarer innerseelischer Verlauf im Sinne eines primären Krankheitsgewinns vor (Urk. 14/81/66), was nachvollziehbar erscheint. Schliesslich

kann nur ein leichter sozialer Rückzug festgestellt werden, denn die Versicherte erhielt beispielsweise am Tag vor der Begutachtung bei der Medas

Besuch einer Bekannten (Urk. 14/81/88). Zudem bewegt sie sich während der Observation mit ihren Kindern in der Stadt und kaufte ein (Urk. 15/1). Im Übrigen gab auch die Versicherte selbst an, es gebe aktuell noch zwei bis drei ihrer nahestehenden Personen (Urk. 14/81/87). Vor diesem Hintergrund muss festgehalten werden, dass die Kriterien, die ein Abweichen von der Überwindbarkeitsvermutung erlauben würden, nicht oder nicht in genügendem Ausmass erfüllt sind. Daher kann die im Gutachten der Medas festgehaltene Arbeitsunfähigkeit von maximal 20 % in einer angepassten Tätigkeit nicht berücksichtigt werden, weil eine entsprechende Einschränkung invalidenversicherungsrechtlich als überwindbar erscheint. Es fehlt an Hinweisen daran, dass seit dem 10. Juni 2009 jemals eine versicherungsrechtlich relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychischen Gründen vorlag (vgl. Urk. 14/81/106). 5. 5.1

Da somit spätestens ab dem 1. April 2011 keine versicherungsrechtlich relevante Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit vorliegt und die Anmeldung bei der Invalidenversicherung am 9. Juni 2011 erfolgte (Urk. 14/8), besteht kein Anspruch auf eine Invalidenrente. Die Versicherte stellte sich auf den Standpunkt, die Ermittlungsberichte der Observation stellten zwar die volle Arbeitsunfähigkeit in Frage, doch sie bewiesen keine nahezu volle Arbeitsfähigkeit, weshalb es ergänzende Abklärungen brauche, um das Zumutbarkeitsprofil sachgerecht festzulegen (Urk. 1 S. 9). Allerdings wurde die volle Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit nicht basierend auf diesen Ermittlungsberichten, sondern insbesondere basierend auf dem schlüssigen und

umfassenden Gutachten der Medas

festgelegt. Weitere medizinische Abklärungen erweisen sich daher als nicht notwendig. Auch ein offenbar vom Regionalen Arbeitsvermittlungszentrum (RAV) organisierter Arbeitsversuch bei Der Firma C. ____

in der Zeit vom 28. April bis am 26. Juli 2014, bei welchem es zu Schmerzen und Schwellungen des Beins gekommen sein soll (Urk. 1 S. 8, Urk. 20/1, Urk. 3, Urk. 20/2), ändert daran nichts. Weder er gibt sich aus dem Arbeitsvertrag vom 14. April 2014, ob diese Tätigkeit einer angepassten, vor allem sitzenden Tätigkeit entsprach (Urk. 20/1), noch ist klar, was der Grund der Krankschreibungen war, welcher gar nicht oder nur mit Unfall beziehungsweise Krankheit bezeichnet wurde (Urk. 3, Urk. 20/2). 5.2

Ist die Arbeitsfähigkeit einzig insoweit eingeschränkt, als der versicherten Person leichte Tätigkeiten voll zumutbar sind, bedarf es zur Begründung des Anspruchs auf Arbeitsvermittlung zusätzlich einer spezifischen Einschränkung gesundheitlicher Art. Arbeitsvermittlung ist namentlich dann angezeigt, wenn die versicherte Person, die aus einer Umschulung gewonnenen Kenntnisse und Fähigkeiten nicht von sich aus auf dem Arbeitsmarkt verwerten kann (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Auflage, Zürich/Basel/Genève 2014, Art. 18 N 6 mit weiteren Hinweisen). Da der Versicherten

die ihrer angestammte Tätigkeit wie auch andere angepasste Tätigkeiten weiterhin im vollen Umfang zumutbar sind, besteht kein Anspruch auf eine solche Arbeitsvermittlung.

Daran vermag die Empfehlung einer Stellenvermittlung durch die IV-Stelle im Gutachten der Medas

(Urk. 14/81/64) nichts zu ändern. 5.3

Die Gutachter der Medas

führen aus, dass die Versicherte nach mehr als vier Jahren Absenz von einer beruflichen Tätigkeit wieder schrittweise in den Arbeitsprozess eingeführt werden sollte, wobei das Arbeitspensum innerhalb eines halben Jahres auf ein volles Pensum gesteigert werden könne

(Urk. 14/81/64). Bei den beruflichen Eingliederungsmassnahmen gilt der Versicherungsfall dann als eingetreten, wenn der Gesundheitsschaden sich dermassen schwerwiegend auf die Erwerbsfähigkeit auswirkt, dass der betroffenen Person die Ausübung ihrer bisherigen Erwerbstätigkeit nicht mehr zugemutet werden kann, die in Frage stehende Eingliederungsmassnahme als notwendig erscheint und die erforderlichen Krankenpflege und Rehabilitationsmassnahmen abgeschlossen sind (BGE 113 V 261 E. 1b mit Hinweisen). Da der Versicherten

die ihrer angestammte Tätigkeit wie auch andere angepasste Tätigkeiten in vollem Umfang zumutbar sind, besteht kein

Anspruch auf berufliche Massnahmen.

Ein vierjähriges Aussetzen der Berufstätigkeit ohne versicherungsrelevanten Gesundheitsschaden verschafft keinen dahingehenden Anspruch. Die Beschwerde ist daher abzuweisen. 6. 6.1

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen der gesetzlichen Vorgabe (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) auf Fr. 700.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen, zufolge der ihr gewährten unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen, dies unter Hinweis auf § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht. 6.2

Dem unentgeltlichen Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Largier, steht bei diesem Verfahrensausgang eine Entschädigung aus der Gerichtskasse zu. Mit Honorarnote vom 4. März 2015 machte er einen Aufwand von 16,6 Stunden und Barauslagen in der Höhe von Fr. 87.-- geltend (Urk. 25). Dieser Aufwand ist dem Umfang und der Schwierigkeit der Sache angemessen. Die Entschädigung beläuft sich unter Berücksichtigung des gerichtsüblichen Stundenansatzes von Fr. 200.-- bis am 31. Dezember 2014 und von Fr. 220.-- ab dem 1. Januar 2015 auf Fr. 3'714.10 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Dr. iur. André Largier, Zürich, wird mit Fr. 3'714.10

(inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. iur. André Largier -
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für
Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 5.

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

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismitel 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 GrünigNaef

E. 3.1.1

Zunächst ist zu prüfen, ob die Arbeitsfähigkeit der Versicherten aus somatischer Sicht eingeschränkt ist. Im polydisziplinären (rheumatologisch, neurologisch, psychiatrisch, allgemein internistisch) Gutachten des Zentrums A. ___ vom 28. November 2010, welches

von der Zürich in Auftrag gegeben worden war, wurde als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein

neuropathisches

Schmerzsyndrom des Nervus

peroneus

superficialis links, aktuell ohne Hinweis auf das Vorliegen eines komplexen regionalen Schmerzsyndroms (CRPS) festgehalten (Urk. 14/19/189). Aufgrund dieses neuropathischen Schmerzsyndroms sei von einer Minderbelastbarkeit der linken unteren Extremität auszugehen. Zurzeit sei die Versicherte 100 % arbeitsunfähig, doch es sei mit einer schrittweisen Steigerung ihrer Arbeitsfähigkeit bis zu 100 % zu rechnen (Urk. 14/19/195). 3.

E. 3.2

3.2.1

Das Vorliegen eines CRPS wurde in sämtlichen vier Gutachten von verschiedenen Gutachtern verneint (Urk. 14/19/189, Urk. 14/24/18, Urk. 14/41/227, Urk. 14/81/51). Ein CRPS II war zwar im Bericht des Instituts für Anästhesiologie des Spitals B.____ vom 30. Mai 2011 erwähnt worden, dies jedoch lediglich als Differentialdiagnose (Urk. 14/18/7). Auch die Psychiatrische Poliklinik des Spitals B.____ hat am 24. Januar 2010 ein solches CRPS II nur im Sinne einer Verdachtsdiagnose festgehalten (Urk. 14/19/262).

Beides genügt jedenfalls nicht, um das Bestehen eines CRPS entgegen dessen Verneinung in den vier Gutachten überwiegend wahrscheinlich erscheinen zu lassen.

Ebenso wenig vermag die Kritik der Versicherten an der entsprechenden Überprüfung eines CRPS (Urk. 19 S. 3-5) etwas daran zu ändern. Vielmehr ist davon auszugehen, dass die Versicherte mit überwiegender Wahrscheinlichkeit an keinem CRPS leidet.

E. 3.2.2

Was das neuropathische Schmerzsyndrom, also durch Schädigungen des zentralen oder peripheren Nervensystems ausgelöste Schmerzen,

des Nervus

peroneus betrifft, wurde im ersten Gutachten des Zentrums A.____

vom 28. November 2010 und im Z.____-Gutachten vom 16. Januar 2012 eine solche Diagnose gestellt (Urk. 14/19/189, Urk. 14/24/20). Der neurologische Gutachter des ersten A.____ Gutachtens hat allerdings bereits darauf hingewiesen, dass das gebotene Schonbild und das im Befund über das Versorgungsgebiet des Nervus

peroneus

superficialis hinausgehende sensible Störungsmuster für eine Aggravation sprechen würden, deren Anteil jedoch erst nach einer Ordnung und Optimierung der jetzigen Polypharmakotherapie bestimmt werden

könne (Urk. 14/19/185).

Im Z.____-Gutachten wurde relativ knapp ausgeführt, dass die bereits im ersten A.____-Gutachten gestellte Diagnose eines chronifizierten lokalen neuropathischen

Schmerzsyndroms weiterhin gestützt werden könne (Urk. 14/24/18). Im zweiten A.____
-Gutachten vom 24. Juli 2012 und im Gutachten der Medas

vom 20. Dezember 2013 wurde das Vorliegen eines solchen neuropathologischen
Schmerzsyndroms hingegen verneint (Urk. 14/41/227, Urk. 14/81/51) .

Entgegen der Ansicht der Versicherten (Urk. 19 S. 2) wurde im Gutachten der Medas
somit nicht die gleiche somatische Diagnose gestellt wie im Gutachten der Z.____ . Der
neurologische Gutachter des zweiten A.____ -Gutachtens hielt zur Begründung fest, dass die
geschilderte Schmerzsymptomatik mit deutlicher Schmerzzunahme bei Bewegung und
Belastung typischerweise gerade nicht einem neuropathischen Schmerzsyndrom

entspreche. Auch dass die Medikamente Saroten und Lyrica keine schmerzlindernde
Wirkung gehabt hätten und Mefenacid am besten wirke, sei ein weiterer Grund für
erhebliche Zweifel, dass es sich um ein neuropathisches Schmerzsyndrom handle (Urk.
14/41/218). Tatsächlich sind spontane Schmerzen typisch für neuropathische
Schmerzsyndrome (vgl. Deutsches Ärzteblatt

Jg. 103, Heft 41, 13. Oktober 2006, A2723) und schilderte die Versicherte, die
Schmerzen nähmen bei Bewegung zu (Urk. 14/41/212). Da

Lyrica zur Behandlung von neuropathischen Schmerzen und Saroten zur Behandlung
chronischer Schmerzen vorgesehen ist (vgl. www.compendium.ch), spricht deren von der
Versicherten geltend gemachte nicht gute Wirkung beziehungsweise die bessere Wirkung
von Mefenacid

(Urk. 14/41/212) eher gegen ein neuropathisches Schmerzsyndrom. Auch der
neurologische Gutachter der Medas

erklärte, die geschilderten Schmerzen entsprächen in ihrer Mehrheit keinem
neuropathischen Schmerzsyndrom. Er ergänzte zudem, dass auch eine Allodynie
(gesteigerte Schmerzempfindlichkeit) oder Hyperpathie (Sensibilitätsstörung als
Überempfindlichkeit gegenüber allen örtlichen Reizen), welche typische Befunde eines
neuropathischen Schmerzsyndroms seien, im objektiven Untersuchungsbefund nicht
nachvollziehbar seien (Urk. 14/81/51). Die Angaben der Versicherten in der
Sensibilitätsüberprüfung seien nämlich inkonsistent und inkongruent, die demonstrierten
sensiblen und motorischen Auffälligkeiten liessen sich nicht durch eine organpathologische
Schädigung erklären (Urk. 14/81/51). Es wurde

auch vom rheumatologischen Gutachter beschrieben, dass das Schmerzverhalten und die
Schmerzdemonstration variierten, je nachdem ob die Versicherte abgelenkt oder
beobachtet werde. So entbehre die ausgeprägte Oberflächenberührungsschmerzhaftigkeit,
diffus im linken Unterschenkel, unbeobachtet in Bauch- oder Rückenlage auf der Liege
eines entsprechenden Schmerzverhaltens (Urk. 14/81/50).

E. 3.2.3

Insgesamt sind die Darlegungen in somatischer Hinsicht im zweiten A.____ Gutachten und
im Gutachten der Medas

nachvollziehbar begründet und überzeugen im Hinblick auf die Frage des Vorhandenseins
eines neuropathischen Schmerzsyndroms deutlich mehr, als die diesbezüglichen
Ausführungen im ersten A.____ -Gutachten vom 28. November 2010 und im Z.____

-Gutachten

vom 16. Januar 2012. Entgegen den Ausführungen der Versicherten (Urk. 19 S. 5) setzten sich die Gutachter des zweiten A.____ -Gutachtens vom 24. Juli 2012 und des Gutachtens der Medas

vom 20. Dezember 2013 genügend mit der abweichenden Beurteilung im ersten A.____ -Gutachten und im Z.____ -Gutachten auseinander, wobei sie ihre abweichende Diagnosestellung schlüssig begründeten. Es ist nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit dargetan, dass die Versicherte an einem neuropathischen Schmerzsyndrom leidet und erscheint vielmehr wahrscheinlich, dass dies nicht der Fall ist .

E. 3.3

3.

E. 3.3.2

Es sind zahlreiche Hinweise für eine Aggravation anlässlich der ärztlichen Untersuchungen vorhanden . Dieser Verdacht wurde bereits im ersten A.____ Gut achten vom 28. November 2010 festgehalten (Urk. 14/19/185). Der neurologische Gutachter des zweiten A.____ -Gutachtens vom 24. Juli 2012 führte aus, das erhebliche Schmerzverhalten, welches vor allem dann demonstriert werde, wenn die Versicherte sich auf die Untersuchungssituation fokussiere, sei auffällig. Es müsse von einer erheblichen Symptomausweitung und einer Verdeutlichungstendenz ausgegangen werden (Urk. 14/41/218-221). Im Gutachten der Medas

vom 20. Dezember 2013 wurde festgestellt , die Versicherte sei beim Spital eingang noch korrekt an Stöcken gegangen und habe , als sie sich dem Eingang der

Medas genähert habe, plötzlich mit dem Vorfuss auf dem Boden zu schleifen begonnen (Urk. 14/81/40-41) . Zudem sei ihre Schmerzdemonstration

anlässlich der Untersuchung inkonsistent gewesen

(Urk. 14/81/50-51). Der Verdacht einer Aggravation wird auch durch den ersten und den zweiten Ermittlungsbericht der Investigation Services vom 15. April 2011 und vom

1. Februar 2012 gestützt , welche die Zürich in Auftrag gegeben hatte. Gemäss diesen Bericht en erfolgte der Grossteil der Bewegungsabläufe normal, wobei augenfällige Defizite im Gang insbesondere im nahen Umfeld des Zentrums A.____ festgestellt worden seien (Urk. 4/40/35, Urk. 14/40/6) .

Diese Feststellungen lassen sich durch Sichtung der auf CDs festgehaltenen Aufnahmen verifizieren (Urk. 15/2). Dazu passend erscheinen auch Diskrepanzen zwischen den Angaben der Versicherten betreffend Medikamenteneinnahme (regelmässige Einnahme von Co-Dafalgan , Dafalgan , Tramal und einem Antidepressivum) und dem anlässlich der Begutachtung durch die Medas

erhöhten Medikamentenspiegel, gemäss welchem weder Codein, Paracetamol noch das Antidepressivum Trimipramin nachgewiesen werden konnte und der Tramal -Spiegel unterhalb des therapeutischen Bereichs lag (Urk. 14/81/53).

In Anbetracht der von der Versicherten geltend gemachten massiven Schmerzen

erscheint diese Nichteinnahme von Medikamenten nicht nachvollziehbar. Dieses Gesamtbild spricht gegen eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht in der angestammten Tätigkeit im Callcenter und in jeder anderen angepassten Tätigkeit.

E. 3.3.3

Im Gutachten der Medas

vom 20. Dezember 2013 wurde einerseits ausgeführt, einzig in einer schweren körperlichen Tätigkeit sei allenfalls eine leichtgradige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus somatischen Gründen zu erwägen (Urk. 14/81/62) und andererseits wurde ein detailliertes Zumutbarkeitsprofil für eine angepasste Tätigkeit erstellt (Urk. 14/81/63). Es ist für angepasste Tätigkeiten auf das detailliertere Anforderungsprofil

abzustellen, welches berücksichtigt, dass gewisse Tätigkeiten für die Versicherte aufgrund der Neuropathie des Nervus

peroneus

superficialis nicht geeignet sind. Es sollte sich also um eine sitzende Tätigkeit mit der Möglichkeit zu gelegentlichen Positionswechseln handeln, wobei das Heben und Tragen von Lasten mit Gewicht von mehr als zehn bis fünfzehn Kilogramm, eine längerdauernde Zwangshaltung des Rückens oder des Kopfes, repetitives Treppensteigen oder Gehen auf unebenem Boden sowie auf behelfsmässigen Flächen

zu vermeiden sind

(vgl. Urk. 14/81/63). Diese Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht bestand gemäss dem Gutachten der Medas

spätestens ab dem 1. Juli 2010 aufgrund der vorliegenden Ermittlungsberichte, welche zeigen, wie die Versicherte beschwingt und ohne zu Hinken umhergeht (Urk. 14/81/65). Allerdings fand die erste Ermittlungsphase nicht im Jahr 2010, sondern vom 8. Februar bis 30. März 2011 statt (Urk. 14/40/26), weshalb diese Arbeitsfähigkeit spätestens auf den 1. April 2011 hin festzuhalten ist. 4.4.1

Es bleibt zu klären, ob die Arbeitsfähigkeit der Versicherten aufgrund von psychischen Leiden eingeschränkt ist. Das erste Gutachten des Zenitums A.____

vom 28. November 2010 hielt in psychischer Hinsicht eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion fest, welche nach dem Unfall aufgetreten sei und

keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit habe (Urk. 14/19/189). Dieselbe Diagnose wurde auch im Z.____-Gutachten vom 16. Januar 2012 festgehalten, wobei ebenfalls von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht ausgegangen wurde (Urk. 14/24/20). Im zweiten A.____-Gutachten vom 24. Juli 2012 wurden als psychiatrische Diagnosen eine histrionisch akzentuierte Persönlichkeit (ICD-10 Z73.1) und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) genannt. Die sogenannten Foerster-Kriterien seien nicht erfüllt und die Arbeitsfähigkeit sei aus psychiatrischer Sicht weder für den angestammten Beruf noch für eine Tätigkeit mit vergleichbarem Anforderungsprofil reduziert (Urk. 14/41/225). Im Gutachten der Medas

vom 20. Dezember 2013 wurden in psychischer Hinsicht als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig leichtgradiger Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F33.0) und eine chronische

Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) genannt. Zudem wurden als Störung ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit akzentuierte histrionische Persönlichkeitszüge genannt (ICD-10 Z73.1). Die Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Versicherten scheine aus psychiatrischer Sicht leicht, nämlich um 20 % , gemindert (Urk. 14/81/43). Die Versicherte könne ganztags arbeiten, wobei eine leichtgradige

Leistungseinschränkung von maximal 20 % bestehe (Urk. 14/81/62). Allerdings wurde in diesem Gutachten auch festgehalten, die heutige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei klar auf das Überwiegen von psychosozialen Faktoren zurückzuführen beziehungsweise die leichtgradige ab dem 1. Januar 2013 bestehende Leistungseinschränkung von maximal 20 % sei auf psychosoziale Faktoren zurückzuführen (Urk. 14/81/62). Der psychiatrische Gutachter führte aus, die Versicherte sei vor allem in der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit (aufgrund der Persönlichkeitsstruktur) und in der Durchhaltefähigkeit (aufgrund der Depressivität) sowie im Rahmen sozialer Interaktionen beeinträchtigt (Urk. 14/81/105). Er hielt fest, die psychosoziale Belastungssituation (familiäre Problematik, finanzielle Schwierigkeiten) sei neben der Schmerzsymptomatik als wesentlicher krankheitserhaltender Faktor zu betrachten (Urk. 14/81/107).

4.2

Im Rahmen der freien Beweiswürdigung darf sich die Verwaltung - und im Streitfall das Gericht - weder über die beweisrechtlichen Anforderungen genügen

medizinischen Tatsachenfeststellungen hinwegsetzen noch sich die ärztlichen Einschätzungen und Schlussfolgerungen zur Arbeitsfähigkeit unbesehen ihrer konkreten sozialversicherungsrechtlichen Relevanz und Tragweite zu eigen machen. Letzteres gilt namentlich dann, wenn die begutachtende Fachperson allein aufgrund der Diagnose einer anhaltenden somatoformen

Schmerzstörung eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert. Die rechtsanwendenden Behörden haben diesfalls mit besonderer Sorgfalt zu prüfen, ob die ärztliche Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit auch invaliditätsfremde Gesichtspunkte (insbesondere psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren) mit berücksichtigt, welche vom sozialversicherungsrechtlichen Standpunkt aus unbeachtlich sind, und ob die von den Ärzten anerkannte Arbeitsunfähigkeit auch im Lichte der für eine Unüberwindlichkeit der Schmerzsymptomatik

massgebenden rechtlichen Kriterien standhält (BGE 130 V 352 E. 2.2.5 mit weiteren Hinweisen). 4.3

Von den vier Gutachten hat einzig das Gutachten der Medas

vom 20. Dezember 2013 der Versicherten aufgrund psychischer Beschwerden eine reduzierte Arbeitsfähigkeit attestiert. Mit überzeugender

Begründung wird vom Vorliegen einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren ausgegangen (Urk. 14/81/101). Doch auch wenn wie im zweiten A.____-Gutachten vom 24. Juli 2012 von einer somatoformen Schmerzstörung ausgegangen würde (Urk. 14/41/225), änderte sich nichts daran, dass versicherungsrechtlich nicht die genaue Diagnosestellung sondern die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit relevant sind. Auch was die depressive Störung (gegenwärtig leichte Episode) angeht, wird aufgrund der schlüssigen Darlegungen von deren Bestehen

ausgegangen. Zu berücksichtigen ist dabei vor allem, dass es sich beim Gutachten der Medas

um das aktuellste Gutachten handelt, was insbesondere bei der Beurteilung des psychischen Gesundheitsschadens von Relevanz erscheint. 4.4

Gemäss

dem Gutachten der Medas

vom 20. Dezember 2013 fällt bei der Beschwerdeführerin einzig die diagnostizierte chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) für eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in Betracht. Bezüglich der zusätzlich gestellten Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung (gegenwärtig leichte Episode) und histrionischer

Persönlichkeitszüge ist in Würdigung der Aktenlage - einschliesslich der Anamnese und der subjektiven Angaben der Versicherten, welche Stimmungsschwankungen je nach Schmerzsymptomatik beschrieb (Urk. 14/81/100) - davon auszugehen, dass es sich bei den depressiven Stimmungslagen um reaktive Begleiterscheinungen der chronischen Schmerzstörung und nicht um ein selbstständiges, depressives Leiden im Sinne einer psychischen Komorbidität handelt. Es handelt sich somit entgegen der Ansicht der Versicherten (Urk. 1 S. 11) nicht um drei eigenständige psychische Störungen, welche die Leistungsfähigkeit um 20 % einschränken. 4.5

Was die Überwindbarkeit von somatoformen Schmerzstörungen und ähnlichen pathogenetisch - ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage anbelangt, ist die im Folgenden darzustellende bundesgerichtliche Rechtsprechung massgebend. Eine fachärztlich (psychiatrisch) diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung begründet als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere mit gewisser Intensität und Konstanz erfüllte Faktoren, so: chronische körperliche Begleiterkrankungen; ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung; ein ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens; ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; „Flucht in die Krankheit“); ein unbefriedigendes Behandlungsergebnis trotz konsequent durchgeführter ambulanter und/oder stationärer Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) und gescheiterte Rehabilitationsmassnahmen bei vorhandener Motivation und Eigenanstrengung (kooperative Haltung) der versicherten Person. Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen für eine zumutbare

Willensanstrengung zu verneinen (BGE 130 V 352, 131 V 49 E. 1.2, BGE

139 V 547 E. 3). Die se im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwi ckelten Grundsätze werden rechtsprechungsgemäss bei der Beurteilung der invalidisierenden Wirkung pathogenetisch -ätiologisch unklarer syndromaler Beschwerdebilder grundsätzlich analog angewendet, so namentlich auch für chronische Schmerzstörungen mit somatischen und psychischen Faktoren (Urteil des Bundesgerichts 8C_381/2012 vom 2 0. Juni 2012 E. 4.2.1 mit weite ren Hinweisen) . 4. 6

4.6.1

Im Folgenden ist somit zu prüfen, ob die im Gutachten der Medas

festgehaltene Arbeitsunfähigkeit von maximal 20 % auch von versicherungsrechtlicher Bedeutung ist. Wie das Bundesgericht wiederholt dar gelegt hat, stellt eine

leichte depressive Störung, wie sie im vorliegenden Fall diagnostiziert wurde,

keine Komorbidität von erheblicher Schwere und Ausprä gung dar (Urteil des Bundesgerichts

9C_531/2012 vom 5. März 2013 E.

4.1 mit weiteren Hinweisen). Umso weniger erscheint eine solche rezidi vierende depres sive Störung mit gegenwärtig leichter Episode für sich alleine versicher ungs rechtlich relevant in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit . Vielmehr ist davon auszu gehen, dass bei einem solchen Leiden eine Arbeitstätigkeit zumutbar erscheint, zumal die depressive Störung seit dem Unfallereignis offenbar nie für längere Zeit schwerer ausgeprägt war . 4.6.2

Zudem ist zu berücksichtigen, dass vorliegend psychosoziale Faktoren gemäss dem Gutachten der Medas

im Hinblick auf die reduzierte Arbeitsfähigkeit eine grosse Rolle spielen (Urk. 14/81/62-63) , wobei der nega tive Einfluss von psychosozialen Faktoren auch bereits im ersten A.____ Gutachten thematisiert worden war (Urk. 14/19/197) .

Je stärker psychoso ziale und soziokulturelle Faktoren wie beispielsweise Sorge um die Familie oder Zukunftsängste (etwa ein drohender finanzieller Notstand) im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vor handen sein

(BGE 127 V 294 E. 5a; Urteil des Bundesgerichts 8C_730/2008 vom 23. März 2009 E. 2). In diesem Zusammenhang sind insbesondere Probleme mit dem Ehemann, welcher sich neben der Arbeit nun auch um den Haushalt küm mern muss , die gesundheitliche Situation ihres Sohnes und finanzielle Schwierigkeiten zu erwähnen (Urk. 14/81/32, Urk. 14/81/35, Urk. 14/81/122). 4.6.3

Bei den in der ICD-10 aufgeführten Fällen mit Z-Kodierungen handelt es sich

gemäss der bundesgerichtlichen Praxis um Faktoren, die

den Gesundheits zu stand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des

Gesundheitswesens führen. Die Kategorien Z00-Z999 sind für Fälle vorgesehen, in

denen Sachverhalte als "Diagnosen" oder "Pro bleme" angegeben sind, die nicht als Krankheit, Ver letzung oder äussere Ursache unter den Kategorien A00-Y89

klassifizierbar sind .

Soweit die Beschwerdeführer in akzentuierte Persönlichkeitszüge
histrionischer

Art aufweist, stellen diese als Z-codierte Diagnose daher keine
rechtserhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung dar (vgl. Urteil
9C_537/2011 vom 28. Juni 2012 E.

E. 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 könnte; 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. 3

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
Beurteilungen den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und
die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These
abstellt (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
notwendig 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 Versicherte liess in der Beschwerde vom 30. Juni 2014 insbesondere vorbringen, auf
somatischer Ebene bestehe eine Neuropathie des Nervus

peroneus

superficialis, welche sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirke, weshalb ihr wiederholt - auch gutachterlich - eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert worden sei. Der Ermittlungsbericht der Observation stelle zwar die volle Arbeitsunfähigkeit in Frage, beweise indessen nicht die nahezu volle Arbeitsfähigkeit. Es bedürfe ergänzender Abklärungen, um das Zumutbarkeitsprofil sachgerecht festlegen zu können. Weiter diagnostiziere der psychiatrische Gutachter drei eigenständige psychische Störungen, welche die Leistungsfähigkeit um 20 % einschränkten. Es sei daher nicht nachvollziehbar, weshalb der Gutachter dennoch den psychosozialen Faktoren eine wesentliche Bedeutung zuschreibe. Da sie durch den Gesundheitsschaden in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei, habe sie Anspruch auf die von den Gutachtern empfohlenen beruflichen Massnahmen (Urk. 1). In der Replik vom 13. Dezember 2014 liess die Versicherte ergänzen, dass Gutachten der Medas

sei nicht schlüssig und deshalb keine taugliche Grundlage für die Bemessung des Leistungsanspruchs. Weiter kritisierte sie die Ausführungen der IV-Stelle zu den sogenannten Foerster-Kriterien (Urk. 19). 2.2

In der Verfügung vom 28. Mai 2014 hielt die IV-Stelle vor allem fest, dass der Versicherten seit Juli 2010 ihre angestammte Tätigkeit sowie jegliche angepasste Tätigkeit wieder zu 100 % zumutbar seien. Es lägen zudem invaliditätsfremde Faktoren vor, welche nach konstanter Rechtsprechung bei der Prüfung des Invaliditätsgrads nicht berücksichtigt werden dürften. Bei der Stellensuche bestehe keine gesundheitsbedingte Einschränkung und damit kein Anspruch auf aktive Arbeitsvermittlung. Auch wenn eine Gutachterstelle Empfehlungen betreffend berufliche Massnahmen abgebe, entscheide die IV-Stelle, ob die Voraussetzungen dafür erfüllt seien (Urk. 2). In der Beschwerdeantwort vom 29. Oktober 2014 führte die IV-Stelle ausserdem aus, die Versicherte leide hauptsächlich an einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, weshalb die sogenannten Foerster-Kriterien zu prüfen seien. Diese seien nicht erfüllt und somit liege kein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden vor. Zudem stehe das Observationsergebnis in deutlichem Widerspruch zu den Angaben der Versicherten, was die Einschätzung stütze, dass die Versicherte über genügende Ressourcen verfüge, um trotz den subjektiv erlebten Schmerzen einer Arbeit nachzugehen (Urk. 13). 3.

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