

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00312 vom 25. November 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-11-25, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00312

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00312 du 25 novembre 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00312 del 25 novembre 2016

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1980, absolvierte eine kaufmännische Lehre bei der Y.____, welche sie im August 1999 abschloss. Danach arbeitete sie bei der Z.____. Berufsbegleitend studierte sie Wirtschaftsinformatik an der A.____. Den Abschluss erlangte sie im Oktober 2004 (Urk. 8/3/4).

Am 25. April 2003 und am 11. Februar 2004 erlitt die Versicherte je einen Snowboardunfall (vgl. Urk. 8/9/27). Während der erste Unfall keine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hatte, arbeitete die Versicherte nach dem zweiten Unfall wieder vom 17. Mai 2004 bis 31. Mai 2006 als IT Business Analystin in einem 80 %- bis 90 %-Pensum bei der B.____ AG. Vom 1. Juni bis 17. Juli 2006 war sie in einem 100 %-Pensum bei der C.____ SA beschäftigt. Nach einer Arbeitsunfähigkeit wechselte sie firmenintern und arbeitete vom 15. Oktober 2006 bis 6. März 2007 als „Pre-Sales Consultant“ in einem 50 %-Pensum (Urk. 8/12, 8/13, vgl. auch Urk. 8/44/7).

Am 15. November 2007 meldete sich die Versicherte wegen der Folgen der Snowboardunfälle bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 8/3). Nach Beizug der Akten des Unfallversicherers, darunter das Gutachten des D.____ vom 16. Juni 2009 (Urk. 8/44), ordnete die IV-Stelle mit Mitteilung vom 2. September 2009 eine Begutachtung im Inselspital E.____ an (Urk. 8/47). Nachdem am 13. Oktober 2009 die Versicherte eine weitere Begutachtung abgelehnt hatte (Urk. 8/57), forderte die IV-Stelle die Versicherte mit Schreiben vom 21. Oktober und vom 2. November 2009 unter Hinweis auf die Folgen der Verweigerung der Mitwirkungspflicht erneut dazu auf, sich der Begutachtung zu unterziehen (Urk. 8/59). Da sich die Versicherte dazu nicht bereit erklärte, lehnte die Verwaltung mit Verfügung vom 22. Februar 2010 das Leistungsbegehren ab (Urk. 8/74). Die dagegen erhobene Beschwerde wies das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich mit Urteil vom 18. Oktober 2011 ab (Prozess-Nr. IV.2010.00292, Urk. 8/82).

Im Nachgang zu diesem Urteil meldete sich die Versicherte mit Schreiben vom 23. Dezember 2011 bei der IV-Stelle und erklärte sich bereit, sich einer Begutachtung zu unterziehen (Urk. 8/83). Die IV-Stelle traf daraufhin weitere medizinische Abklärungen und veranlasste beim

F.____, ein polydisziplinäres Gutachten (Urk. 8/88, 8/89, 8/93-94, 8/95-96, 8/102, 8/106). Die IV-Stelle lehnte es ab, die von der Versicherten den Gutachtern gestellten Zusatzfragen an diese weiterzuleiten, was sie der Versicherten mitteilte (Urk. 8/113, 8/116). Auf Ersuchen des Unfallversicherers nahm die IV Stelle indessen eine Frage nach den Folgen eines am 14. Januar 2011 erlittenen Unfalls in den den Gutachtern zu unterbreitenden

Fragenkatalog auf (Urk. 8/117-118). Das F.____-Gutachten wurde am 10. Januar 2014 erstattet (Urk. 8/138). Mit Vorbescheid vom 19. Februar 2014 stellte die IV-Stelle die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (Urk. 8/141). In der Folge reichte die Versicherte mehrere Stellungnahmen, die unter anderem Ergänzungsfragen zum F.____-Gutachten enthielten, sowie diverse Berichte ihrer behandelnden Ärzte ein (Urk. 8/144-166, 8/173-175, 8/177). Mit Verfügung vom 4. Februar 2015 wies die IV-Stelle, nachdem sie zuvor eine Stellungnahme des F.____ sowie ihres Regionalen Ärztlichen Dienstes eingeholt hatte (Urk. 8/167, 8/178), das Leistungsbegehren ab (Urk. 2).

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, 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).

E. 1.2

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

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

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art.

E. 1.3

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanmeldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 ATSG eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist (BGE 117 V 198 E. 3a mit Hinweis) . Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG).

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 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 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; Ulrich Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in: Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.). 2.

E. 2

Falls das Gericht den Antrag Ziffer 1 nicht bereits aufgrund der Akten gutheissen kann, sei eine umfassende Qualitätskontrolle des F.____-Gutachtens vom 10. Januar 2014 vorzunehmen und hierzu vom Gericht fachlich-medizinische Expertinnen/Experten beizuziehen; eventuell sei ein umfassendes gerichtliches medizinisches Gutachten einzuholen.

E. 2.1

Die Beschwerdeführerin verlangt für den Fall, dass ihr Antrag auf Zusprechung einer ganzen Invalidenrente nicht direkt oder allenfalls nach Einholung eines gerichtlichen medizinischen Gutachtens gutgeheissen werden kann, eine mündliche Gerichtsverhandlung mit Partei- und Zeugenbefragungen (Urk. 1 S. 2). Nach Art. 6 Ziff. 1 Satz 1 EMRK hat – unter Vorbehalt der in Satz 2 derselben Bestimmung genannten Ausnahmen – jedermann Anspruch darauf, dass seine Sache in billiger Weise öffentlich und innerhalb einer angemessenen Frist von einem unabhängigen und unparteiischen, auf Gesetz beruhenden Gericht gehört wird, das über zivilrechtliche Ansprüche und Verpflichtungen oder über die Stichhaltigkeit der gegen ihn erhobenen strafrechtlichen Anklage zu entscheiden hat.

Das erstinstanzliche Sozialversicherungsgericht hat grundsätzlich eine öffentliche Verhandlung anzuordnen, wenn eine solche beantragt wird. Der Antrag auf eine öffentliche Verhandlung im Sinne von Art. 6 Ziff. 1 EMRK muss klar und unmissverständlich gestellt werden. Verlangt eine Partei beispielsweise lediglich eine persönliche Anhörung oder Befragung, ein Parteiverhör, eine Zeugeneinvernahme oder einen Augenschein, liegt bloss ein Beweisantrag vor, welcher noch nicht auf den Wunsch nach einer konventionskonformen Verhandlung mit Publikums- und allenfalls Presseanwesenheit schliessen lässt (BGE 122 V 47 E. 3a S. 55 mit Hinweisen).

E. 2.2

Nachdem die Beschwerdeführerin bloss eventualiter für den Fall, dass ihr keine ganze Rente zugesprochen wird, eine Gerichtsverhandlung verlangt, fehlt es an einem unmissverständlichem Antrag. Zudem geht es ihr, wie sich aus ihren Ausführungen ergibt, um eine persönliche Anhörung respektive um die Einvernahme von Zeugen. Damit liegt bloss ein Beweisantrag vor, welcher keinen Anspruch auf eine öffentliche Verhandlung begründet. Das Gesuch um Durchführung einer öffentlichen Verhandlung ist deshalb abzuweisen. 3.

E. 2.2.2

und 2.2.3). Die praxisgemässen Grundsätze gelten auch für die Beurteilung der invalidisierenden Wirkung einer spezifischen Verletzung der HWS ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle (BGE 136 V 279 E. 3.2.3). Die Praxis fasst auch ein chronisches zervikales und zervikozephalales Schmerzsyndrom nach HWS-Distorsionstrauma, ein thorakovertebrales Schmerzsyndrom sowie einen chronischen Kopfschmerz darunter (Bundesgerichtsurteil 9C_681/2010 vom 14. Dezember 2010 E. 3.2.2).

E. 3

Falls das Gericht den Antrag Ziffer 1 auch aufgrund des gerichtlichen medizinischen Gutachtens noch nicht gutheissen kann, sei eine mündliche Gerichtsverhandlung mit Parteibefragung der Beschwerdeführerin und Zeugenbefragungen durchzuführen.

E. 3.1

Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente. Mit Verfügung vom 22. Februar 2010 wurde aufgrund der Verletzung der Mitwirkungspflicht ein Anspruch auf eine Invalidenrente verneint, was mit Urteil des Sozialversicherungsgerichts vom 18. Oktober 2011 geschützt wurde. Die erst danach erklärte Bereitschaft der Beschwerdeführerin zur fraglichen medizinischen Abklärung macht die frühere Widersetzlichkeit nicht ungeschehen. Daher ist die spätere Bereitschaft zur Abklärungsmassnahme als Neuanschuldung zu behandeln (BGE 139 V 585 E. 6.3.7.4, vgl. Bundesgerichtsurteil 8C_733/2010 vom 10. Dezember 2010 E. 5.6). Das Schreiben der Beschwerdeführerin vom 23. Dezember 2011 kommt deshalb einer Neuanschuldung gleich. Allfälliger Rentenbeginn wäre in Anwendung von Art. 28 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 29 Abs. 1 IVG somit der 1. Juni 2012.

E. 3.2

Die IV-Stelle stützt die rentenabweisende Verfügung vom 4. Februar 2015 auf das Gutachten des F.____ vom 10. Januar 2014 (Urk. 2). Die Beschwerdeführerin hält dieses Gutachten für nicht beweiskräftig. Ihren Antrag auf Zusprechung einer ganzen Invalidenrente begründet sie mit den Berichten ihrer behandelnden Ärzte, in denen ihr eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert wird (Urk. 1). 4.

E. 4

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdeführerin.

Die IV-Stelle schloss in der Beschwerdeantwort vom 14. April 2015 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7). Mit Eingabe vom 29. Juni 2015 reichte die Beschwerdeführerin eine weitere Stellungnahme ein, in welcher sie sich namentlich zu den Auswirkungen des zwischenzeitlich ergangenen bundesgerichtlichen Grundsatzentscheides 9C_492/2014 vom 3. Juni 2015 (= BGE 141 V 281) auf den vorliegenden Fall äusserte (Urk. 10). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 4.1

Das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich hatte im Urteil vom 18. Oktober 2011 gestützt auf das D.____-Gutachten vom 16. Juni 2009 und die zahlreichen Vorakten festgehalten, es fehlten weitgehend objektivierbare somatische Befunde zur Begründung der von der Beschwerdeführerin angegebenen Beschwerden. Auch liege kein

psychiatrischer Befund vor. Mangels neurologischer und psychiatrischer Befunde sei die Aussagekraft einer neuropsychologischen Abklärung beschränkt. Es hielt daher die Schlussfolgerungen des D.____-Gutachtens vom 16. Juni 2009, in welchem der Beschwerdeführerin eine Arbeitsunfähigkeit aufgrund festgestellter neuropsychologischer Einschränkungen attestiert worden war, für nicht nachvollziehbar. Vor diesem Hintergrund erachtete das Gericht eine weitere medizinische Abklärung zur Beurteilung des Leistungsanspruchs als erforderlich und wies die Beschwerde - nachdem die Beschwerdeführerin im Verwaltungsverfahren weitere Abklärungen verweigert hatte - ab (Urk. 8/82/7).

E. 4.2

Nachdem sich die Beschwerdeführerin mit Schreiben vom 23. Dezember 2011 zu den geforderten medizinischen Abklärungen bereit erklärt hatte, holte die IV-Stelle zunächst bei den behandelnden Ärzten weitere Berichte ein:

Dr. med. G.____, Facharzt für Neurologie und Chefarzt an der H.____ Klinik, hielt im Bericht vom 13. Februar 2012 - entsprechend seiner früheren Berichte vom 27. Oktober 2009, 29. Juni 2009, 23. März 2010 und 26. September 2011 (Urk. 8/89/9-30) - fest, die Beschwerdeführerin leide an einem chronischen zervikozephalen Schmerzsyndrom mit Konzentrations- und Gedächtnisstörungen sowie an einem Panvertebralsyndrom nach kurzer fixierter Haltung. Er attestierte eine volle Arbeitsunfähigkeit (Urk. 8/89/5-8).

E. 4.3

Dr. med. I.____, Facharzt für Neurologie, diagnostizierte in den Berichten vom 11. Februar 2011 und 4. Juni 2012 ein erhebliches Zervikalsyndrom. Unter den Befunden hielt er fest, die Beweglichkeit der Halswirbelsäule sei allseits stark eingeschränkt. Die zerviko-thorakale Region sei massiv druck- und berührungsempfindlich. Sensomotorische Ausfälle oder ein Nystagmus bestünden nicht. Die Reflexe seien mittellebhaft und symmetrisch. Der übrige Neurostatus sei normal. Auch er bescheinigte eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 8/93 94/1-5).

E. 4.4

Die Beschwerdeführerin stand ab 21. Juni 2012 bei Dr. med. J.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, in Behandlung. Im Bericht vom 26. Oktober 2012 führte er aus, die Beschwerdeführerin sei schwer leidend. Es sei schwierig, das Leiden medizinisch-psychiatrisch zu erfassen. Die Art der Beschwerden sei nach Unfallmechanismen, wie sie die Beschwerdeführerin erlitten habe (Distorsion der Halswirbelsäule, milde traumatische Hirnverletzung), nicht selten. Ungewöhnlich seien die Intensität und das Ausmass der Behinderung. Folgende ätiologische Überlegungen seien zu machen: 1. maligne schmerzpathophysiologische Entwicklung 2. schwere psychoreaktive Störung in Form einer dissoziativen Störung 3. Kombination von Punkt

1 und 2. Zu Punkt 1 führte Dr. J.____ aus,

die moderne Schmerzphysiologie gebe Erklärungen für die Chronifizierung peripherer Schmerzereignisse, auch wenn diese von aussen her gesehen nicht sehr eindrücklich seien. Im Rahmen von Umbauprozessen im Hinterhorn des Rückenmarkes und einer Veränderung der aufsteigenden schmerzleitenden und absteigenden schmerzhemmenden Bahnen im Zentralnervensystem komme es zur Ausbildung einer persistierenden Schmerzkrankheit, die letztlich mit der peripheren Verletzung nichts mehr zu tun habe. Es könne daher nicht

da von ausgegangen werden, dass die Beschwerdeführerin an einem „pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebild“ leide. Zu Punkt 2 erklärte Dr. J.____, dass die Reaktion der Beschwerdeführerin auf schwierige Themen eine relevante psychische Dimension nahelege. Zu Punkt 3 führte er sodann aus, dass die Intensität der Beschwerden und der Behinderung eine Kombination von Punkt 1 und Punkt 2 vermuten lasse. Weiter erklärte er, dass eine dissoziative Störung mit grösster Wahrscheinlichkeit Einfluss auf die absteigenden schmerz hemmenden Bahnen des Zentralnervensystems habe. Unter dem Hinweis, dass seiner Ansicht nach zwar kein pathogenetisch-ätiologisch unklares syndromales Beschwerdebild vorliege, hielt Dr. J.____ doch fest, dass bei der Beschwerdeführerin die „Förster-Kriterien“ vorlägen (Urk. 8/102).

E. 4.5

Prof. Dr. med. K.____, Facharzt für Anästhesiologie, diagnostizierte im Bericht vom 7. Januar 2013 ein chronisches zervikospodylogenes, -zephales und -brachiales Schmerzsyndrom und bescheinigte eine Arbeitsunfähigkeit (Urk. 8/106). 5. 5.1

Im F.____-Gutachten vom 10. Januar 2014 wurden eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), eine Opiat abhängigkeit, ärztlich induziert (ICD-10 F11.24), ein chronisches zervikozephales und zervikobrachiales Schmerzsyndrom, auf orthopädischer Ebene ohne objektivierbare organische Ursache (bei nicht adäquat wirkendem Schmerzverhalten mit Symptomausweitung und Selbstlimitation, Status nach Verkehrsunfall im Januar 2011 und nach Snowboardstürzen im Februar 2004 und Januar 2003 ohne objektiv fassbare strukturelle Verletzungen am Bewegungsapparat, medikamentös induzierten Kopfschmerzen und chronischen Kopfschmerzen mit migräneformen Exazerbationen) sowie anamnestisch ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom (bei Diskusalterationen LWK 4/5 und LWK/SWK1, klinisch und bildgebend ohne Kompromittierung neuraler Strukturen) diagnostiziert. Eine Auswirkung dieser Diagnosen auf die Arbeitsfähigkeit wurde verneint (Urk. 8/138/38). 5.2

Im Gutachten wurde dazu aus orthopädischer Sicht ausgeführt, die Explorandin habe im Januar 2003 einen Rückwärtssturz beim Snowboarden erlitten, bei dem sie den Hinterkopf angeschlagen habe. Ein Bewusstseinsverlust sei nicht erinnerlich. Es hätten sich danach Kopf- und Nackenschmerzen entwickelt, welche die Beschwerdeführerin in ihrer Arbeitstätigkeit lediglich während einiger Wochen limitierten hätten. Laut eigenen Angaben habe die Beschwerdeführerin in der Folge nicht nur die Arbeit, sondern auch in der Freizeit den grössten Teil ihrer Aktivitäten wieder aufgenommen und lediglich auf das Schwimmen und Badminton verzichtet. Im Februar 2004 sei es zu einem erneuten Snowboardsturz gekommen. Dieses Mal sei die Beschwerdeführerin nach vorne gestützt. Dabei habe sie sich wahrscheinlich mit den Händen abgestützt, indessen seien der Thorax und die Schultern kontusioniert. Trotz einer Vielzahl von eingeleiteten ambulanten und stationären Behandlungen würden die Schmerzen an Nacken, Kopf, an beiden Armen sowie lumbal am Rücken bis heute persistieren. Diese Symptomatik sei durch den Verkehrsunfall akzentuiert worden, als die Beschwerdeführerin beim Rückwärtsfahren aus einem Parkplatz mit einem von links kommenden Fahrzeug kollidiert sei. Dabei habe, wie die Beschwerdeführerin berichte, eine Akzelerationsbewegung des Kopfes, jedoch keine Kontusion stattgefunden.

Auch nach diesem Ereignis seien die therapeutischen Bemühungen fortgesetzt worden und würden bis heute in grösserem Umfang durchgeführt.

Bei der Begutachtung hätten sich folgende Befunde objektivieren lassen: Das Gangbild auf Treppe und ebenem Terrain sei etwas verlangsamt gewesen, vom Ablauf her jedoch unauffällig. Beim Zehen- und Fersengang habe die Beschwerdeführerin über lumbale Rückenschmerzen geklagt. Ebenso habe sie trotz zuvor eingenommener sehr tiefer Hocke keinen Kauergang durchgeführt. Auch die Untersuchung des Rumpfes sei nur ansatzweise mit geringen Bewegungen in sämtliche Richtungen und einer konstanten Anspannung einer Vielzahl von Muskelgruppen gelungen. Kopfbewegungen seien aktiv fast vollständig ausgeschlossen gewesen. Auch bei gleichzeitiger Ablenkung seien lediglich eine leichte Rotation in beide Richtungen durchgeführt worden bei fast konstantem aktivem Hochzug der Schultern und krampfhaft wirkender Streckhaltung des Nackens.

Im Liegen hätten sich hingegen keine Verspannungen der paravertebralen Muskulatur zervikal oder thorakolumbal palpieren lassen, sodass das Vorliegen von Myogelosen oder permanent vorliegenden Muskelverkrampfungen ausgeschlossen werden können. An den unteren Extremitäten sei bei zeitlicher Relaxation eine freie Beweglichkeit sämtlicher Gelenke bei guter Kraftentfaltung gelungen, wie sie in Anbetracht der gezeigten Hocke auch erwartet werden können. Auch hier sei aufgefallen, dass die Beschwerdeführerin häufig muskulär dagegen gespannt habe, ohne dass sich dies durch die anamnestisch angegebenen paravertebralen Rückenschmerzen ausreichend erklären lassen. An den oberen Extremitäten sei die Beweglichkeit der Arme deutlich limitiert gewesen, indem nur etwa die Horizontale erreicht worden sei. Anschliessend habe die Beschwerdeführerin auf entstehende Nackenschmerzen verwiesen, ohne dass sich Hinweise auf eine objektivierbare Pathologie an den Schultergelenken selbst ergeben hätten. Weiter wurde im Gutachten ausgeführt, die vorliegenden MR-Tomographien der ganzen Wirbelsäule zeigten geringe degenerative Veränderungen, die als altersentsprechend anzusehen seien (Urk. 8/138/23-24). 5.3

Im Rahmen der neurologischen (Teil-)Begutachtung gab die Beschwerdeführerin an, im Vordergrund stünden die chronischen Nackenschmerzen. Diese würden sich nach oben in den Kopf ausbreiten. Zusätzlich komme es zu einer Schmerzausbreitung in den rechten Kieferbereich. Sie habe deswegen Mühe beim Kauen und Essen. Intensives Kauen führe zur Provokation von Migränekopfschmerzen. Solche Schmerzen träten an mehr als zehn Tagen pro Monat auf. Des Weiteren verspüre sie Schmerzen im rechten Arm. Bei starken Schmerzen würden sich diese entlang der Wirbelsäule bis in den Rücken ausbreiten. Sie leide denn auch andauernd unter Rückenschmerzen (Urk. 8/138/27-28).

Der neurologische Teilgutachter hielt in der Beurteilung fest, pathologische strukturelle Veränderungen lägen nicht vor. Die MRI-Untersuchung der Halswirbelsäule vom 23. Februar 2004 habe eine leichte Fehllage mit degenerativen Veränderungen im Segment C5/6, indessen ohne Hinweise auf eine diskoligamentäre Verletzung, gezeigt. Auch die MRI-Untersuchung vom 5. Juli 2008 habe keine Anhaltspunkte für interkraniale Verletzungen ergeben. Die Angaben der Beschwerdeführerin bezüglich der Schmerzsymptomatik rechtsbetont mit Ausstrahlungen in den Kopf, in den rechten Arm bis in den Rücken und Kreuzbereich seien diffus und wenig präzise. Seit Jahren bestehe nun eine Behandlung mit hochpotenten Opiaten und einer breiten Bedarfsmedikation mit NSAR, Muskelrelaxantien und Triptanen. Die aktuell beschriebene Kopfschmerzproblematik entspreche weitgehend einem Spannungskopfschmerz. Zudem komme es zu migräneformen Exazerbationen sowie zu einem Analgetika-induzierten Kopfschmerz. In diesem Zusammenhang wies der Gutachter darauf hin, dass die Beschwerdeführerin einen

inadäquaten Umgang mit der Reservemedikation pflege. Angesichts der Befunde und des Verhaltens der Beschwerdeführerin, welche über andauernde stärkste Schmerzen berichte, aber gleichzeitig stets lächle entsprechend einer „belle indifférence“, schloss er auf ein funktionelles Leiden (Urk. 8/138/30-32). 5.4

Im psychiatrischen Teilgutachten wurde ausgeführt, das Ausmass der geklagten Schmerzen lasse sich durch die somatischen Befunde nicht hinreichend objektivieren, so dass eine psychische Überlagerung anzunehmen sei. Es fanden sich keine Hinweise auf ausgeprägte psychosoziale Belastungen vor dem Unfall im Jahre 2004. Allerdings falle auf, dass die Beschwerdeführerin immer sehr hohe Leistungsanforderungen an sich gestellt habe. So habe sie nebst dem 80% Pensum berufsbegleitend ein Studium erfolgreich abgeschlossen. Dieser hohe Leistungsanspruch habe möglicherweise dazu beigetragen, dass sie ihren Beschwerden mehr Gewicht beimessen habe, als es den tatsächlichen Befunden entsprochen habe. Ihre hohen Leistungs Ideale habe sie schliesslich nicht mehr erfüllen können. Dazu komme, dass sie zunehmend mit Opiaten behandelt worden sei, welche Passivität und regressive Verhaltensweisen fördern würden. All dies könne

dazu beigetragen haben, dass sich die Beschwerdeführerin nicht mehr arbeitsfähig gefühlt habe. Sie sei immer mehr in einen regressiven Zustand geraten und fühle sich jetzt überhaupt nicht mehr leistungsfähig.

Diese subjektive Krankheitsüberzeugung lasse sich aber weder durch die somatischen noch durch die psychiatrischen Befunde hinreichend objektivieren. Eine wesentliche depressive Störung liege nicht vor, die Beschwerdeführerin werde denn auch nicht antidepressiv behandelt. Sie klagt über schmerzbedingt e Schlafstörungen. Täglich nehme sie Opiate ein, was wesentlich dazu beitrage, dass sie passiv sei, die meiste Zeit des Tages im Bett verbringe und überzeugt sei, nicht mehr arbeiten zu können. Die subjektive Krankheitsüberzeugung sei auch Grund dafür, dass sie sich von sozialen Kontakten zurückgezogen habe. Es sei aber zu erwähnen, dass die Beschwerdeführerin von 2006 bis 2008 und von 2008 bis 2011 jeweils zwei Partnerschaftsbeziehungen unterhalten habe, weshalb kein ausgeprägter sozialer Rückzug vorliege. Zusammenfassend hielt der Gutachter fest, dass neben der chronischen Schmerzstörung keine weitere psychiatrische Diagnose gestellt werden könne. Aus psychiatrischer Sicht bestehe keine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/138/17-18). 5.5

Im Rahmen der Begutachtung am F. ___ wurde auch eine neuropsychologische Untersuchung durchgeführt. Der zuständige Neuropsychologe hielt fest, eine eigentliche neuropsychologische Diagnose habe nicht gestellt werden können, weil die Erstellung eines validen neuropsychologischen Leistungsprofils nicht möglich gewesen sei. Er führte aus, dass das Testprofil auf eine durchschnittliche Leistungsfähigkeit schliessen lasse. Indessen fänden sich Widersprüche. So sei die Merkfähigkeit für Zahlen lediglich durchschnittlich ausgefallen, die Leistungsfähigkeit im Bereich des Kopfrechnens aber hervorragend. Hervorragende Kopfrechenfähigkeiten setzten aber eine hervorragende Merkfähigkeit für Zahlen voraus. Im Weiteren scheine die Merkfähigkeit für Wörter an und für sich erhalten geblieben zu sein. Im selbstaktiven Abruf ohne motivationale Hinweise habe die Beschwerdeführerin jedoch bloss unterdurchschnittliche Resultate erbracht. Der Gutachter hielt weiter fest, angesichts des Umstands, dass die Beschwerdeführerin den Abschluss zur Wirtschaftsinformatikerin im Oktober 2004, also nachdem sie die Snowboard-Unfälle erlitten habe, erlangt habe, sei eher nicht von einer hirnorganisch bedingten Störung auszugehen (Urk. 8/138/37). 5.6

Im Rahmen der Konsensbeurteilung hielten die Gutachter fest, aus polydisziplinärer Sicht sei die Beschwerdeführerin für die früher ausgeübte Tätigkeit als Wirtschaftsinformatikerin auf einer Bank wie auch für alle anderen körperlich sowie intellektuell ähnlich gelagerten Tätigkeiten zu 100 % arbeits- und leistungsfähig. Bei ihren Untersuchungen hätten sich keine Hinweise für eine organisch-strukturelle Verletzung ergeben. Ebenso bestünden keine Anhaltspunkte dafür, dass die Beschwerdeführerin wegen eines psychischen Leidens längere Zeit arbeitsunfähig gewesen sei. Insgesamt sei davon auszugehen, dass auch retrospektiv keine länger andauernde höhergradige Arbeitsunfähigkeit bestanden habe (Urk. 8/138/39).

Weiter nahmen die Gutachter Stellung zu den früheren ärztlichen Einschätzungen. Sie führten aus, im D.____-Gutachten sei eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden. Indessen seien die erhobenen neuropsychologischen Befunde kaum nachvollziehbar; sie seien zu stark von den subjektiven Verhaltensweisen der Beschwerdeführerin beeinflusst (Urk. 8/138/40). Zwar sei es möglich, dass bei einer neuropsychologischen Untersuchung aufgrund der Schmerzinterferenz gewisse pathologische Befunde erhoben werden könnten. Aus neurologischer Sicht gebe es indessen keine Hinweise auf eine zugrunde liegende hirnorganische Ursache (Urk. 8/138/32). Zum Bericht der behandelnden Neurologen Dr. G.____ und Dr. I.____ erklärten die Gutachter, dass sich diese bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin abgestützt hätten. Klinische oder radiologische Befunde, welche die von ihnen attestierte Arbeitsunfähigkeit rechtfertigen würden, fänden sich nicht (Urk. 8/138/32). Hinsichtlich der lumbalen Rückenschmerzen und der Schmerzen am rechten Bein sei an der H.____ Klinik am 12. Juli 2013 eine MRI-Aufnahme der Lendenwirbelsäule durchgeführt worden, auf der mitunter eine Diskusprotrusion L5/S1 median ohne Kontakt zu einer Nervenwurzel sichtbar sei. Eine Neurokompression habe also nicht nachgewiesen werden können (Urk. 8/138/8+33+56). Zum Bericht von Dr. J.____ meinten die Gutachter, dass dieser keine klare psychiatrische Diagnose enthalte. Zweifellos liege bei der Beschwerdeführerin eine chronische Schmerzstörung vor. Eine dissoziative Störung sei entgegen der Ansicht von Dr. J.____ aber nicht auszumachen. Es fehle an Hinweisen auf unbewusste Konflikte, die massgeblich zur psychischen Überlagerung der geklagten Beschwerden beigetragen hätten (Urk. 8/138/19).
6.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 6.1

Das F.____-Gutachten vom 10. Januar 2014 erweist sich als für die streitigen Belange umfassend und beruht auf allen nötigen Untersuchungen. Die Gutachter gingen auf die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden ein und gaben ihre Beurteilung in Kenntnis der wesentlichen Vorakten beziehungsweise der Anamnese ab. Die medizinische Situation wie auch die medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend dargelegt und beurteilt und die Schlussfolgerungen einlässlich und überzeugend begründet. Damit erfüllt das F.____-Gutachten sämtliche von der Rechtsprechung (E. 1.4) an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen.

E. 6.2

Die Beschwerdeführerin wirft in der Beschwerde wiederholt die Frage auf, wer denn eine umfassende Qualitätskontrolle eines MEDAS-Gutachtens durchführe (Urk. 1 S. 26, 29, 34 und 35). Damit spricht sie die Frage nach dem Beweiswert des Gutachtens an. Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Hinsichtlich des F.____-Gutachtens ist dies, wie bereits erwähnt, der Fall. Was die Beschwerdeführerin dagegen vorbringt, ist nicht stichhaltig, wie sich aus den nachfolgenden Erwägungen ergibt.

E. 6.3

Die Beschwerdeführerin erblickt einen Mangel im F.____-Gutachten darin, dass die Gutachter ihre Ergebnisse - trotz des entsprechenden Antrages vor Durchführung der Begutachtung (Urk. 8/113) - nicht mit den behandelnden Ärzten diskutierten (Urk. 1 S. 29). Dabei verkennt sie, dass sich aus der Rechtsprechung kein solcher Anspruch herleiten lässt. Den Versicherten stehen im Rahmen von durchzuführenden Begutachtungen Mitwirkungsrechte zu (vgl. dazu BGE 137 V 210). Sodann haben sich die Gutachter gebührend mit den wesentlichen Vorakten auseinanderzusetzen (Bundesgerichtsurteil 9C_183/2015 vom 19. August 2015 E. 4.2 mit Hinweis). Ein Anspruch darauf, dass die Gutachter in der Folge mit den behandelnden Ärzten zusammensitzen, um die Gutachtensergebnisse zu diskutieren, wie dies die Beschwerdeführerin fordert, besteht nicht und wäre auch kaum zielführend. Ebenso geht die Beschwerdeführerin fehl, wenn sie annimmt, die Gutachter hätten sich zu allen, also zu jedem einzelnen Arztbericht, welcher bei den Vorakten liegt, zu äussern (Urk. 1 S. 35). Erforderlich ist, wie erwähnt, eine Auseinandersetzung mit den wesentlichen Vorakten (vorerwähntes Bundesgerichtsurteil 9C_183/2015 vom 19. August 2015 E. 4.2). Dies gilt auch hinsichtlich des vorhandenen radiologischen Bildmaterials. Diesem Erfordernis kamen die F.____-Gutachter nach. Es schadet daher nicht, dass die F.____-Gutachter nicht zu jedem Röntgenbild, mitunter solchen, welche die Beschwerdeführerin ihnen bei der Begutachtung aushändigte (Urk. 1 S. 33, Urk. 3/15), einen Kommentar abgaben und dass sie nicht sämtliche Berichte diverser behandelnder Ärzte auflisteten (Urk. 1 S. 32, Urk. 8/165/3). Zwar fehlen in der Auflistung der Vorakten, wie die Beschwerdeführerin richtig bemerkt, tatsächlich Berichte aus dem Jahr 2006. Indessen sind von den nämlichen Ärzten, deren Berichte fehlen, andere Berichte späteren Datums im F.____-Gutachten aufgeführt (Urk. 8/138/6). Im Übrigen ging es in den Berichten, deren Fehlen von der Beschwerdeführerin moniert wird, vorwiegend um Arbeitsunfähigkeitsbestätigungen betreffend das Jahr 2006 (vgl. Urk. 1 S. 32). Für den nun zu prüfenden allfälligen Rentenanspruch ab 1. Juni 2012 (vgl. E. 3.1 hievore) sind diese nicht von Relevanz.

E. 6.4

Hinsichtlich der Bildgebungen moniert die Beschwerdeführerin, dass die F.____-Gutachter keinen Radiologen zu deren Interpretation beigezogen hätten (Urk. 1 S. 33). Dazu ist festzuhalten, dass kein allgemeiner Grundsatz besteht, wonach für die Befundung von Röntgenbildern zwingend ein Radiologe beizuziehen wäre (vgl. Bundesgerichtsurteil U 599/06 vom 10. Januar 2008 E. 3.4.4). Es ist kein Grund ersichtlich, weshalb dem orthopädischen respektive dem neurologischen F.____-Teilgutachter als Fachexperten die Fähigkeit zur

Interpretation von Röntgenbildern abgehen sollte. Die Beschwerdeführerin bleibt denn auch eine Erklärung dazu schuldig.

E. 6.5

Was die psychiatrische F.____-Teilbegutachtung anbelangt, rügt die Beschwerdeführerin, die psychiatrische Untersuchung sei ungenügend, weil der Psychiater sie nur einmal gesehen habe (Urk. 1 S. 45). Dem ist entgegenzuhalten, dass es praxisgemäss für den Aussagegehalt eines medizinischen Gutachtens nicht auf die Dauer der Exploration ankommt. Zwar muss der zu betreibende zeitliche Aufwand der Fragestellung und der zu beurteilenden Pathologie angemessen sein. Zuvorderst hängt der Aussagegehalt einer Expertise aber davon ab, ob sie inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (vgl. Bundesgerichtsurteil 8C_662/2014 vom 12. November 2014 E. 8). Dies trifft vorliegend zu. Ebenso ist dem Vorhalt der fehlenden Einholung fremdanamnestischer Auskünfte beim behandelnden Psychiater (Urk. 1 S. 45 f.) nichts abzugewinnen. Denn im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung ist grundsätzlich nicht eine Fremdanamnese entscheidend, sondern die klinische Untersuchung in Kenntnis der Anamnese (Bundesgerichtsurteil 8C_808/2012 vom 21. Dezember 2012 E. 3.3.3). Die Notwendigkeit der Einholung einer Fremdanamnese bei der behandelnden Arztperson ist in erster Linie eine Frage des medizinischen Ermessens (Bundesgerichtsurteil 8C_323/2014 vom 23. Juli 2014 E. 5.2.1) . Dass der psychiatrische F.____-Teilgutachter von der Einholung einer solchen absah, nachdem ihm die Einschätzung von Dr. J.____ aufgrund dessen ausführlichen Berichts vom 26. Oktober 2012 bekannt war, ist nicht zu bemängeln.

E. 6.6

Im Weiteren wirft die Beschwerdeführerin den F.____-Gutachtern vor, sie würden nicht hinreichend erklären, weshalb die im Rahmen der Begutachtung durchgeführte neuropsychologische Untersuchung nicht verwertbar sei (Urk. 1 S. 27 und 47). Dieser Vorwurf geht fehl. Die fehlende Validität der neuropsychologischen Testung war auf die mangelnde Compliance der Beschwerdeführerin zurückzuführen. Die Testungen ergaben Resultate, die so nicht stimmen konnten. Für eine aussagekräftige neuropsychologische Testung ist eine hinreichende Kooperation des Exploranden unerlässlich, welche im Falle der Beschwerdeführerin offensichtlich nicht beziehungsweise nur unzureichend gegeben war. Abgesehen davon haben letztlich die ärztlichen Gutachter zur Arbeitsfähigkeit Stellung zu nehmen. Nach der Rechtsprechung ist dem testmässigen Erfassen der Psychopathologie im Rahmen der psychiatrischen Exploration generell nur eine ergänzende Funktion beizumessen. Ausschlaggebend bleibt die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung (Bundesgerichtsurteil 9C_344/2013 vom 16. Oktober 2013 E. 3.1.5). Es ist daher nicht zu beanstanden, wenn die F.____ Gutachter für die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit primär auf die Befunde der neurologisch-psychiatrischen Begutachtung abstellten. 7. 7.1

Im Einwand vom 24. April 2014 gegen den Vorbescheid brachte die Beschwerdeführerin eine Reihe von Einwänden gegen das F.____-Gutachten vor. Zudem reichte sie weitere Berichte ihrer behandelnden Ärzte ein (Urk. 8/165). Dr. J.____ kritisierte im Bericht vom 4. April 2014 insbesondere die fehlende Einholung einer Fremdanamnese und den Umstand, dass die Beschwerdeführerin gutachterlich bloss einmal exploriert worden sei. Er wies überdies darauf hin, dass die diagnostischen Handbücher (ICD-10, DSM-V) nur einen groben Raster vorgäben. Nicht alle Patienten würden genau diesen Vorgaben entsprechen.

Daraus könne aber nicht geschlossen werden, dass bei Fehlen einer ICD 10-Kodierung kein relevantes Leiden vorliege (Urk. 8/159). Dr. I. ___ nahm im Bericht vom 17. April 2014 ausführlich Stellung zum Gutachten. Im Wesentlichen hielt er dafür, dass ein organisches Substrat bestehe. Die radiologischen Befunde seien nicht einfach „nihil“, sondern müssten im Verhältnis zum jungen Alter der Beschwerdeführerin beurteilt werden. Es bestünden eine ausgeprägte Diskopathie L4/5 und L5/S1 sowie Veränderungen im Bereich der Brustwirbelsäule und der Halswirbelsäule. Es genüge nicht, auf die fehlende Neurokompression des zentralen oder peripheren Nervensystems hinzuweisen, um eine organische Grundlage zu verneinen (Urk. 8/160). Prof. K. ___ führte im Bericht vom 23. April 2014 aus, die Schmerzen der Beschwerdeführerin seien glaubhaft. Die Tatsache, dass die heutige bildgebende medizinische Radiologie nicht in der Lage sei, bestimmte Verletzungen zu zeigen, bedeute keineswegs nicht, dass diese nicht existierten (Urk. 8/161). Dr. med. L. ___, Facharzt für Innere Medizin, hielt im Bericht vom 23. August 2014 insbesondere dafür, dass die fehlenden therapeutischen Erfolge durch eine Kieferosteomyelitis zu erklären seien. In diesem Zusammenhang verwies er auf eine Kieferszintigraphie vom 1. Oktober 2009 (Urk. 8/162). Der weiter mit dem Vorbescheid eingereichte Bericht von Dr. G. ___ vom 11. März 2014 beinhaltete einen Rapport über die Ergebnisse der durchgeführten Radiofrequenztherapien und Infiltrationen. Auf das F. ___-Gutachten wurde darin nicht eingegangen (Urk. 8/164). 7.2

Der Einwand sowie die eingereichten Berichte wurden dem F. ___ zur Stellungnahme unterbreitet. Mit Schreiben vom 27. Mai 2014 antwortete das F. ___ im Wesentlichen, den eingereichten Arztberichten seien keine neuen Befunde und Diagnosen zu entnehmen. Die behandelnden Ärzte hätten sich bereits vor Erstellung des Gutachtens schriftlich geäußert. Die Gutachter hätten Kenntnis von diesen Berichten gehabt und sich auch dazu geäußert. Allfällige Diskrepanzen hätten sie dargelegt. Es mache keinen Sinn, noch einmal zu den gleichen, anderslautenden Einschätzungen Stellung zu beziehen. Soweit fehlende Akten moniert würden, sei darauf hinzuweisen, dass genügend bildgebende Untersuchungen für die Validierung des Gutachtens vorhanden gewesen seien (Urk. 8/167). 7.3

Den F. ___-Gutachtern ist beizupflichten, dass besagte Berichte keine Befunde oder Diagnosen enthalten, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt geblieben wären. Unter Beachtung der Divergenz von medizinischem Behandlungs- und Abklärungsauftrag kann es nicht angehen, eine medizinische Administrativ- oder Gerichtsexpertise stets dann in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte nachher zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangen oder an solchen vorgängig geäußerten abweichenden Auffassungen festhalten. Anders verhält es sich hingegen, wenn die behandelnden Ärzte objektive feststellbare Gesichtspunkte vorbringen, welche im Rahmen der Begutachtung unerkannt geblieben und die geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (Bundesgerichts urteil 8C_677/2014 vom 29. Oktober 2014 E. 7.2),

was aber vorliegend nicht der Fall ist. Dies gilt insbesondere in Bezug auf den Bericht von Dr. L. ___. Die Kieferproblematik respektive die Kieferszintigraphie vom 1. Oktober 2009 waren den F. ___-Gutachtern bekannt (Urk. 8/138/3). Anzumerken bleibt, dass die Beschwerdeführerin wegen der Kieferschmerzen im M. ___, Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde abgeklärt wurde. Die Behandlung bestand in der Verabreichung einer Unterkiefer-Michiganschiene. Weitere Schritte wurden von den Kieferspezialisten nicht als notwendig erachtet (Bericht vom 25. April 2008, Urk. 8/28/3-4). Soweit Dr. I. ___ aufgrund

der Diskopathie L4/5 und L5/S1 einen relevanten, die Arbeitsfähigkeit ein schränkenden Befund behauptet, vermag dies bereits aufgrund des Umstands, dass er Neurologe ist, es sich dabei aber um ein orthopädisches Problem handelt, das F.____-Gutachten nicht in Zweifel zu ziehen. 7.4

Vor diesem Hintergrund kann der Beschwerdeführerin nicht gefolgt werden, wenn sie im Schreiben des F.____ vom 27. Mai 2014 eine Verletzung des rechtlichen Gehörs erblickt, weil auf ihre Fragen im Einwand nicht im Einzelnen Stellung genommen und auf die Berichte nicht näher eingegangen wurde (Urk.

1 S. 27, 29). Zu bemerken ist sodann, dass es sich bei den Fragen, die sie mit dem Vorbescheid aufgeworfen hatte und die sie nach wie vor beantwortet haben möchte, überwiegend um (unzulässige) Suggestivfragen handelt (etwa: Was sagen die F.____-Mediziner und die Beschwerdegegnerin dazu, dass sie unzulässigweise die juristische Wertung übernommen haben? Warum ist die Beschwerdegegnerin der Meinung, eine fehlende klärende Anamnese bedeute keinen Mangel des F.____-Gutachtens?; vgl. dazu Urk. 1 S. 27). Andere Fragen wiederum sind im F.____-Gutachten bereits beantwortet (etwa jene nach der Relevanz der Diskopathie L4/5 und L5/S1) . 7.5

Auch aus den im weiteren Verlauf von der Beschwerdeführerin eingereichten Berichten von Dr. I.____ vom 15. Juli 2014 (Urk. 8/174) und Prof. K.____ vom 10. November 2014 (Urk. 8/177) ergeben sich keine Anhaltspunkte, die das F.____ Gutachten in Zweifel zu ziehen vermöchten, da darin keine Gesichtspunkte erwähnt sind, die bislang unerkannt geblieben wären. Das Gleiche gilt für den offensichtlich in Hinblick auf das laufende versicherungsrechtliche Verfahren redigierten - Bericht von Dr. med. N.____ vom 28. August 2014. Der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie diagnostizierte darin eine chronifizierte schwere dissoziative Störung (ICD-10 F44.8). Inhaltlich schloss er sich indes der Beurteilung von Dr. J.____ an (Urk. 8/173). Schliesslich moniert die Beschwerdeführerin, dass von der IV-Stelle kein Bericht der psychiatrischen Klinik O.____ eingeholt worden sei, wohin sie von Dr. I.____ im Juli 2014 überwiesen worden sei (Urk. 1 S. 43). Ausführungen dazu finden sich jedoch im Bericht von Dr. N.____. Von einer Einholung eines weiteren Berichts waren daher keine neuen Erkenntnisse zu erwarten.

E. 8

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

Der Rentenanspruch entsteht , sofern die entsprechenden Anspruchsvoraussetzungen (Art. 28 Abs. 1 IVG) gegeben sind, frühestens sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruches (Art. 29 Abs. 1 IVG).

E. 8.1

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass das F.____-Gutachten vom 10. Januar 2014 beweiskräftig ist. Die Kritik der Beschwerdeführerin, das F.____-Gutachten würde sämtlichen weiteren Berichten widersprechen, stimmt so nicht. Das F.____ Gutachten weicht massgeblich von den Berichten der behandelnden Ärzte ab, was die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit anbelangt, nicht aber in der Befunderhebung. Bereits im Urteil vom

18. Oktober 2011 hatte das Sozialversicherungsgericht gestützt auf die schon damals zahlreich vorhandenen Berichte festgestellt, dass es weitgehend an relevanten neurologischen und psychiatrischen Befunden fehle. Daran hat sich nichts geändert. Insbesondere kann Dr. J. ___ nicht gefolgt werden, soweit er vorbringt, die von ihm diagnostizierte psychiatrische Erkrankung sei aufgrund von Umbauprozessen im Hinterhorn des Rückenmarks und einer Veränderung schmerzhemmender Bahnen im Zentralnervensystem organisch bedingt (Urk. 8/102). Organisch hinreichend nachgewiesene Befunde im Sinne der Rechtsprechung bestehen, wenn durch apparativ-bildgebende Verfahren gesicherte Befunde vorliegen (vgl. etwa Bundesgerichtsurteil 8C_795/2010 vom 9. Dezember 2010 E. 3.2). Dies ist vorliegend nicht der Fall. Nachdem auf das F. ___-Gutachten vollumfänglich abgestellt werden kann, ist vom beantragten Beizug von medizinischen Sachverständigen respektive von der Einholung eines Gerichtsgutachtens (Urk. 1 S. 51) abzusehen, da keine massgeblichen weiteren Erkenntnisse zu erwarten sind (antizipierte Beweiswürdigung, BGE 124 V 90 E. 4b, 122 V 157 E. 1d mit Hinweisen).

E. 8.2

Gemäss F. ___-Gutachten besteht bei der Beschwerdeführerin eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), eine Opiatabhängigkeit, ärztlich induziert (ICD-10 F11.24), ein chronisches zervikozephalisches und zervikobrachiales Schmerzsyndrom (auf orthopädischer Ebene ohne objektivierbare organische Ursache) sowie anamnestisch ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom (klinisch und bildgebend ohne Kompro-mittierung neuraler Strukturen). Eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit liegt laut Gutachten nicht vor.

E. 9.1

Die vor BGE 141 V 281 ergangene Rechtsprechung zu den somatoformen Schmerzstörungen und ähnlichen Leidenszuständen lautete unter anderem wie folgt: Für die Annahme eines in validisierenden Gesundheitsschadens bedarf es grundsätzlich einer fachärztlichen, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützten Diagnose

(BGE 130 V 396 E.

6). Somatoforme Schmerzstörungen und ähnliche Leidenszustände vermögen in der Regel keine langdauernde, zu einer Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs.

1 IVG führende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu bewirken (BGE 130 V 352 E.

E. 9.2.1

Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht seine bisherige Rechtsprechung zur Invaliditätsbemessung bei Schmerzstörungen ohne erkennbare organische Ursache und vergleichbaren psychosomatischen Leiden (BGE 130 V 352 und anschliessende Urteile) angepasst und festgehalten, dass die Invaliditätsbemessung stärker als bisher den Aspekt der funktionellen Auswirkungen zu berücksichtigen hat, was sich schon in den diagnostischen Anforderungen niederschlagen muss.

Nach wie vor aber kann eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit nur anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1 S. 285 mit Hinweis). Die

Sachverständigen sollen die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 Ziff. F45.40) so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind. Dem diagnose-inhärenten Schweregrad der somatoformen Schmerzstörung ist vermehrt Rechnung zu tragen: Als "vorherrschende Beschwerde" verlangt wird "ein andauernder, schwerer und quälender Schmerz" (Weltgesundheitsorganisation, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, Dilling/Mombour/Schmidt [Hrsg.], 9. Aufl. 2014, Ziff. F45.4 S. 233). Im Gegensatz zu anderen psychosomatischen, beispielsweise dissoziativen Störungen, die nicht schon an sich einen Bezug zum Schweregrad aufweisen, setzt die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung per definitionem Beeinträchtigungen der Alltagsfunktionen voraus (BGE 141 V 281 E. 2.1.1 S. 286 mit Literaturhinweisen).

Auf der Ebene der Arbeitsunfähigkeit bezweckte die durch BGE 130 V 352 begründete Rechtsprechung die Sicherstellung eines gesetzmässigen Versicherungsvollzuges mittels der Regel/Ausnahme-Vorgabe beziehungsweise (seit E. 7.3 von BGE 130 V 396 und BGE 131 V 49) der Überwindbarkeitsvermutung. Das bisherige Regel/Ausnahme-Modell wird in BGE 141 V 281 durch ein strukturierendes Beweisverfahren ersetzt. An der Rechtsprechung zu Art. 7 Abs. 2 ATSG – ausschliessliche Berücksichtigung der Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung und objektivierte Zumutbarkeitsprüfung bei materieller Beweislasterentenansprüchen der Person (Art. 7 Abs. 2 ATSG) – ändert sich dadurch indes

nichts. An die Stelle des bisherigen Kriterienkatalogs (bei anhaltender somatoformer Schmerzstörung und

vergleichbaren psychosomatischen Leiden) treten im Regelfall beachtliche Standardindikatoren. Diese lassen sich in die Kategorien Schweregrad und Konsistenz der funktionellen Auswirkungen einteilen. Auf den Begriff des primären Krankheitsgewinnes und auf die Präponderanz der psychiatrischen Komorbidität ist zu verzichten. Der Prüfungsraster ist rechtlich er Natur. Recht und Medizin wirken sowohl bei der Formulierung der Standardindikatoren wie auch bei deren – rechtlich gebotener – Anwendung im Einzelfall zusammen. Im Grunde konkretisieren die (in E. 4 und 5) formulierten Beweisthemen und Vorgehensweisen für die Invaliditätsbemessung bei psychosomatischen Leiden die gesetzgeberischen Anordnungen nach Art. 7 Abs. 2 ATSG. Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweisselastete versicherte Person zu tragen (E. 6).

E. 9.2.2

Die im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren, welche nach gemeinsamen Eigenschaften systematisiert werden können, umschreibt das Bundesgericht in

BGE 141 V 281 wie folgt: - Kategorie „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3) - Komplex „Gesundheitsschädigung“ (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder –resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik,

persönliche Ressourcen; E. 4.3.2) - Komplex „Sozialer Kontext“ (E. 4.3.3) - Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leistungsdruck (E. 4.4.2)

Die Antworten, welche die medizinischen Sachverständigen anhand der (im Einzelfall relevanten) Indikatoren geben, verschaffen den Rechtsanwendern Indizien, wie sie erforderlich sind, um den Beweisnotstand im Zusammenhang mit der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit bei psychosomatischen Störungen zu überbrücken (E. 4.1.3).

E. 9.2.3

Nach altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten verlieren ihren Beweiswert nicht. Es ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält. In sinngemässer Anwendung auf die nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigen Gutachten - gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten - eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht (BGE 141 V 281 E. 8 S. 309).

E. 9.3

Bei der Beschwerdeführerin wurde eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) diagnostiziert (zum Umstand, dass diese allerdings nicht hinreichend von der „anhaltenden somatoformen Schmerzstörung“ [F45.40 in der ICD-10-GM] abgrenzbar erscheint, siehe Weltgesundheitsorganisation, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien, Dilling/Mombour/Schmidt [Hrsg.], 9. Aufl. 2014, Ziff. 45.4 S. 233 Fussnote 1). Den psychiatrisch beschriebenen Symptomen dieser Diagnose fehlt aus medizinisch-wissenschaftlicher Sicht (im Unterschied zu einer somatoformen Schmerzstörung nach ICD-10 F45.40, bei welcher ein andauernder, schwerer und quälender Schmerz im Vordergrund steht) ein Bezug zum diagnoseinhärenten Schweregrad eines psychischen Leidens (so BGE 142 V 106 E. 4.2 und 4.4. Allerdings setzt die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren voraus, dass der Schmerz „in klinisch bedeutsamer Weise Leiden und Beeinträchtigungen im sozialen, beruflichen und anderen wichtigen Funktionsbereichen“ hervorruft; vgl. Michael E. Meier, Ein Jahr neue Schmerzrechtsprechung, in: Jusletter 11. Juli 2016, S. 20 ff., „Diagnoseinhärenter Schweregrad“). Die F.____-Gutachter massen der von ihnen diagnostizierten chronischen Schmerzstörung keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu. Sie konnten anlässlich ihrer fachärztlichen Exploration keine wesentlichen Einschränkungen erkennen. Was die von Dr. J.____ und Dr. N.____ diagnostizierte dissoziative Störungen angeht (zur analogen Anwendbarkeit der Rechtsprechung zu somatoformen Schmerzstörungen auf dissoziative Störungen vgl. BGE 137 V 64 E. 4.2 und auch BGE 141 V 281 E. 2.1.1), kann nicht nachvollzogen werden, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind. Dr. J.____ räumte denn auch ein, dass eine Subsumtion unter die klassifikatorischen Vorgaben nicht möglich sei.

E. 9.4

Eine Prüfung anhand der rechtserheblichen Indikatoren (zur Indikatorenprüfung bei einer psychischen Störung nach ICD-10 F45.41 vgl. etwa BundesgerichtsUrteil 8C_59/2016 vom 19. Februar 2016 E. 2.2.1; ferner BGE 142 V 106 E. 4.2 und 4.4) ergibt Folgendes: Die im F. ___-Gutachten gestellte psychiatrische Diagnose ist wie erwähnt nicht per se schweregradbezogen (BGE 142 V 106 E. 4.2 und 4.4). Bezüglich des Indikators „Behandlungserfolg und -resistenz“ ist den Akten zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin regelmässig in die Physio- und in eine Radiofrequenztherapie geht. Zudem ist sie alle zwei Wochen beim Psychiater in Behandlung (Urk. 8/138/14). Die Gutachter gingen indessen von einer Verbesserung aus, wenn sie den Konsum von Schmerzmitteln, insbesondere der Opiate, reduziert. Ebenso wäre von einer psychosomatischen Behandlung eine verbesserte Introspektionsfähigkeit zu erwarten, was sich in Hinblick auf die subjektive Krankheitsüberzeugung positiv auswirken würde. Andere Massnahmen konnten die Gutachter nicht empfehlen. Vor diesem Hintergrund lässt sich nicht auf eine invalidisierende, schwere psychische Störung, welche therapeutisch nicht angebar wäre, schliessen.

Bei der Beurteilung der Komorbiditäten ist neu eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der Schmerzstörung zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen vorzunehmen. Neben der somatoformen Schmerzstörung leidet die Beschwerdeführerin an keinen weiteren Erkrankungen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Von einer Komorbidität im Sinne der Rechtsprechung ist bei dieser Sachlage nicht auszugehen. Die Beschwerdeführerin lebt alleine und verbringt die meiste Zeit in der Wohnung. Sie hat eine Haushaltshilfe und nimmt Nachbarschaftshilfe in Anspruch. Sie verfügt über eine geordnete Tagesstruktur. In der Regel steht sie um 7.30 Uhr auf. Häufig nimmt sie die Behandlungstermine wahr. Regelmässig ist sie mit dem Auto unterwegs, wenn auch nur über kurze Strecken. Von ihren Kolleginnen und von ihrer Familie hat sie sich gemäss eigenen Angaben zurückgezogen, empfängt aber doch auch Besuch oder geht selber zu Besuch (Urk. 8/138/12+20). Gelegentlich unternimmt sie Spaziergänge (Urk. 8/138/20). Unter diesen Umständen und in Anbetracht dessen, dass die Beschwerdeführerin von 2006 bis 2008 und 2008 bis 2011 zwei Partnerschaftsbeziehungen hatte (Urk. 8/138/18), ist den F. ___-Gutachtern beizupflichten, dass bei der Beschwerdeführerin zwar ein gewisser sozialer Rückzug vorliegt, letztlich aber doch von einem funktionierenden sozialen Umfeld auszugehen ist (Urk. 8/138/18). Hinsichtlich des Gesichtspunkts der gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen ist zu bemerken, dass die Beschwerdeführerin kaum eigene Interessen hat. Sie verfügt über erhebliche intellektuelle Ressourcen. Sie beendete nach Erleiden der beiden Unfälle die Ausbildung zur Wirtschaftsinformatikerin und arbeitete danach rund drei Jahre auf diesem Beruf. Dass sie in der Folge keine Erwerbstätigkeit mehr aufnahm, ist, wie aus dem F. ___-Gutachten hervorgeht, primär ihrer subjektiven Krankheitsüberzeugung zuzuschreiben. Über ein niedriges Aktivitätsniveau verfügte die Beschwerdeführerin im Übrigen bereits, als eine psychische Erkrankung noch nicht im Raum stand und sie auch noch keine psychiatrische Behandlung in Anspruch nahm. Denn gegenüber dem psychiatrischen Teilgutachter des D. ___ schilderte die Beschwerdeführerin im Rahmen der Untersuchung vom 25. Februar 2009 einen ähnlichen Tagesablauf; eine psychiatrische Diagnose vermochte dieser indes nicht zu stellen (Urk. 8/44/85+94). Vor diesem Hintergrund fällt der subjektive Leidensdruck der Beschwerdeführerin, die sich auch in der Inanspruchnahme diverser Therapien äussert, nicht mehr entscheidend ins Gewicht. Bei gesamthafter Betrachtungsweise über alle

massgeblichen Indikatoren hin weg ist eine medizinisch-gesundheitliche Anspruchsgrundlage, welche zur Anerkennung einer Invalidität führen könnte, nicht ausgewiesen. Bei diesem Ergebnis kann dahingestellt bleiben, ob in Fällen, in denen (wie hier) bereits gutachterlicherseits keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit festgehalten wurden, überhaupt eine Anspruchsprüfung gemäss dem normativen Prüfraster erfolgen soll (dazu Michael E. Meier, Ein Jahr neue Schmerzrechtsprechung, a.a.O., S. 7 f., 21 und 23 f.).

E. 9.5

Da davon auszugehen ist, dass für die angestammte wie eine vergleichbare Tätigkeit zumutbarerweise eine volle Arbeitsfähigkeit vorliegt (vgl. Urk. 8/138/41), besteht kein Rentenanspruch. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Bettina Umhang - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage eines Doppels von Urk. 10 - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

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

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mit tel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu ent halten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der VorsitzendeDer Gerichtsschreiber GräubSonderegger

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