

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00518 vom 23. Juni 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-06-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00518

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00518 du 23 juin 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00518 del 23 giugno 2017

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1957, arbeitete seit dem 1. September 1999 als Sachbearbeiterin bei der Axa Winterthur Versicherungen AG (Urk. 7/32). Wegen diversen gesundheitlichen Beeinträchtigungen meldete sie sich am 18. April 2013 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/3). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, holte die Arztberichte von Dr. med. Y.____, Spezialarzt für Chirurgie, vom 22. August 2013 (Urk. 7/27), des Z.____ vom 25. November 2013 (Urk. 7/39/6-9) und von Prof. Dr. med. A.____, Facharzt für Psychiatrie, vom 27. Dezember 2013 (Urk. 7/42) sowie den Arbeitgeberbericht der Axa Winterthur Versicherungen AG vom 28. Oktober 2013 (Urk. 7/32) ein. Ausserdem führte sie ein Job Coaching durch (vgl. Bericht vom 23. September 2013, Urk. 7/28). Schliesslich liess die IV-Stelle das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS B.____ vom 30. Juli 2014 erstellen (Urk. 7/59). Am 29. August, 1. September und 26. September 2014 nahmen med. pract. C.____, Fachärztin orthopädische Chirurgie und Traumatologie FMH, und med. pract. D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) der IV-Stelle zum Gutachten Stellung (Urk. 7/70/5-8). In der Folge beurteilte der Rechtsdienst der IV-Stelle am 13./19. Januar 2015 das Gutachten aus juristischer Sicht (Urk. 7/70/8-9). Mit Vorbescheid vom 23. März 2015 teilte die IV-Stelle X.____ mit, es liege bei ihr keine Invalidität im Sinne des Gesetzes vor, weshalb das Leistungsbegehren abgewiesen werden müsse (Urk. 7/71). Gegen diesen Vorbescheid erhob die Versicherte durch E.____

am 24. April 2015 Einwand (Urk. 7/79). Am 5. Mai 2015 (Urk. 7/83) reichte sie den Arztbericht von Dr. A.____ vom 25. September 2014 (Urk. 7/82) zu den Akten. Am 7. Mai 2015 (Urk. 7/84) bzw. 19. Juni 2015 (Urk. 7/95) erhob die Versicherte einen weiteren Einwand durch die AXA-ARAG Rechtsschutz AG. Am 17. Juni 2015 (Urk. 7/91) liess sie die Arztberichte von Dr. Y.____ vom 12. Mai 2015 (Urk. 7/90/1-2) und des Z.____ vom 27. Mai 2015 (Urk. 7/90/3-6) einreichen. Am 10. Juli 2015 (Urk. 7/100) reichte sie die Stellungnahme des MEDAS-Gutachters pract. med. F.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie vom 22. Juni 2015 (Urk. 7/99) ein. Mit Verfügung vom 22. März 2016 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren der Versicherten 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

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

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 rechts anwendende 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.).

E. 1.4

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsge mäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein seelische s Lei den mit Krankheitswert besteht, welche s die versicherte Person auch bei Auf bietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG; BGE 139 V 547 E. 5; 131 V 49 E. 1.2; 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5

und 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4.).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt grundsätzlich eine lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (vgl. BGE 130 V 396; Urteile des Bundesge richts 8C_616/2014 vom 25. Februar 201 5 E. 5.3.3.3 und 9C_739/2014 vom 30. November 2015 E. 3.2). Eine fachärztlich festgestellte psychische Krank heit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Es ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilen, ob und inwiefern der versicherten Person trotz ihres Leidens die Verwertung ihrer Restarbeits fähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch sozial-praktisch zumutbar und für die Gesellschaft tragbar sei (BGE 141 V 281 E. 3.7.3; 136 V 279 E. 3.2.1; BGE 127 V 294 E. 4c; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_614/2015 vom 15. Dezember 20 15 E. 5 und 8C_731/2015 vom 18. April 2016 E. 4.1).

E. 1.5

In Bezug auf mögliche psychische Komorbiditäten verliert eine depressive Problematik nicht bereits wegen einer medizinischen Konnexität zum Schmerzleiden ihre Bedeutung als potentiell ressourcenhemmender Faktor (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3). Bei Störungen im mittelgradigen Bereich ist indes die invalidisierende Wirkung - weiterhin - besonders sorgfältig zu prüfen. Es darf nicht unbesehen darauf geschlossen werden, eine solche Störung vermöchte eine voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde (teilweise) Erwerbsunfähigkeit zu bewirken und wäre damit eine relevante Komorbidität (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 9C_125/2015 vom 18 . Novem ber 2015 E. 7.2.1 mit Hinweis und 9C_168/2015 vom 1 3. April 2016 E. 4.2). Auch nach der Praxis änderung vom 3. Juni 2015 (BGE 141 V 281) gelten psychische Störungen der hier interessierenden Art nur als invalidisierend, wenn sie schwer und therapeu tisch nicht (mehr) angehbar sind, was namentlich bei noch nicht lange chro nifizierten Krankheitsgeschehen voraussetzt, dass keine therapeutische Option mehr und somit eine Behandlungsresistenz besteht (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2; v gl. Urteile des Bund esgerichtes 8C_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5 und 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 7.2.1). An der bun desgerichtlichen Praxis, wonach leichte bis höchstens mittelschwere Störun gen aus dem depressiven Formenkreis in der Regel therapierbar sind und invalidenversicherungsrechtlich zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen (vgl. Urteile des Bund esgerichtes 9C_836/2014 vom 23. März 2015 E. 3.1, 9C_474/2013 vom 20.

Februar 2014 E. 5.4, 9C_696/2012 vom 19. Juni 2013 E.

4.3.2.1, 9C_250/2012 vom 29. November 2012 E. 5, 9C_736/2011 vom 7.

Februar 2012 E. 4.2.2.1 sowie 9C_917/2012 E. 3.2 vom 14. August 2013) hat BGE 141 V 281 nichts geändert (vgl. Urteile des Bundesgerichtes 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 7.2.1 und 9C_168/2015 vom 13. April 2016 E. 4.2 mit Hinweis).

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtes fallen leichte bis mittelgradige depressive Störungen, seien sie im Auftreten rezidivierend oder episodisch, einzig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent sind (statt vieler: BGE 140 V 193 E).

E. 2

Der Beschwerdeführerin sei ab 1. März 2014 eine volle IV-Rente zu gewähren.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die Verneinung des Rentenanspruches damit, dass bei der Beschwerdeführerin aus versicherungsmedizinischer Sicht keine durch einen nachweisbaren Gesundheitsschaden verursachte Erwerbsunfähigkeit bestehe. Die somatischen Beeinträchtigungen führten nicht zu einer Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Sachbearbeiterin. Die psychischen Beeinträchtigungen seien überwindbar. Ein IV-rechtlicher Gesundheitsschaden sei auch unter Berücksichtigung der neuen Rechtsprechung nicht ausgewiesen (Urk. 2).

E. 2.2

Demgegenüber machte die Beschwerdeführerin geltend, die Beschwerdegegnerin habe Feststellungen getroffen, welche nicht korrekt seien. Es sei unzulässig, ein Gutachten als verwertbar einzustufen, aber gleichzeitig die einzelnen Diagnosen und Einschätzungen nach Gutdünken abzuändern. Ausser dem sei der psychiatrische Gutachter nicht einmal mit diesen Einschätzungen konfrontiert und zur Stellungnahme aufgefordert worden. Die Beschwerdeführerin habe diesen Mangel behoben, die Beschwerdegegnerin habe aber die erneute Stellungnahme nicht korrekt gewürdigt und stattdessen auf die Einschätzung ihrer internen Arztes abgestellt, welcher die Diagnosen als teilweise nicht korrekt erachtet habe und von einer vollen Arbeitsfähigkeit aus gehe. Es sei der Einschätzung des MEDAS-Gutachtens zu folgen und demnach von einer Arbeitsunfähigkeit von 60 % auszugehen. Sodann erscheine ein leistungsbedingter Abzug von 10 % als angemessen. Da die Beschwerdeführerin vor Eintritt des Gesundheitsschadens ein vergleichsweise hohes Einkommen von Fr. 82'476.-- erzielt habe, ergebe sich bei einem Vergleich mit dem Tabellenlohn Anspruch auf eine ganze Invalidenrente (Urk. 1/3). 3.

E. 3

Der Beschwerdeführerin sei eventualiter ab November 2014 eine volle IV-Rente zu gewähren.

E. 3.1

Laut dem Arztbericht von Dr. Y. ___ vom 22. August 2013 (Urk. 7/27/1-2) bestehen bei der Beschwerdeführerin folgende gesundheitlichen Beeinträchtigungen: • Cervicozepales Schmerzsyndrom mit/bei - Osteochondrosen C6/7 und C5/6, weniger ausgeprägt C4/5 mit breit basigen Bandscheibenprotrusionen sowie dorsalen Spondylophyten mit mässig- bis hochgradiger osteodiskaler

Foraminalstenose C6/7 links mit dorsaler Verlagerung der C7-Wurzel foramina, mässiggradiger

Foraminalstenose C5/6 links mit möglicher Reizung der C6-Wurzel sowie leichtgradiger Foraminalstenose C4/5 links (MRI 16.10.2012), progrediente Spinalkanalstenose C4-C7 bei osteodiskären Komplexen mit resultierender vollständiger Aufbrauchung des ventralen und dorsalen Subarachnoidalraumes sowie kongenital eher engem Spinalkanal. Einengung oben beschriebener Intervertebral foramina, dies teils hochgradig (MRI 18.05.2013) - Diskusprotrusionen

C6/C7 bis C4/C5 bis foraminal links (MRI 10/2012) - Verdacht auf Wurzelreizung • Periarthropathia

humeroscapularis

tendinotica links mit/bei (Stadtspital Triemli 22.09.04) - Status nach Schulterkontusion rechts und Oberschenkel - und Hüftkontusion rechts mit multiplen Prellungen 2008 (Sturz zuhause) - leichte AC-Gelenksarthrose rechts - PHS- Kalkarea mit leichter Tendinose der Supra- und wahrscheinlich Subscapularissehne rechts - Osteostrophia deformans (M. Paget, M88) - leichte AC-Gelenksarthrose rechts - PHS- Kalkarea mit leichter Tendinose der Supra- und wahrscheinlich Subscapularissehne rechts - Supraspinatusläsion (kleine Partialruptur ansatznah [MRI 16.09.04]) • Lumbospondylogenes

Schmerzsyndrom rechts ausgeprägter als links mit/bei: - Diskushernie L4/5 links, Wurzel L5 links rezessal tangierend (MRI 02/2007) - Retrolisthese L3/4 von 8 mm - Reizung Facettengelenke L4/5, L5/S1 rechts, ISG-Reizung rechts • Knieschmerz bei - Insertionstendinosen, keine Meniskusläsion, keine Instabilität • Rechtsseitige Unterbauchschmerzen mit/bei - Status nach Appendektomie - Kleine Follikelzysten Ovar rechts bis 5 mm (Sono -Abdomen 10/2006) • Status nach Unterschenkelfraktur rechts mit Osteosynthese (Metall in situ) • Ruhendes Enchondrom proximale Humerusmetaphyse links • Mittelgradige depressive Episode (ICD-10, F32.1) • Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4)

Bei der Beschwerdeführerin bestehe eine verminderte Belastbarkeit des Achsenorgans. Für alle Tätigkeiten mit schwerem Heben oder Tragen von Lasten sowie in Wirbelsäulenbelastenden Tätigkeiten und in Zwangshaltung, für langandauerndes reines Stehen insbesondere in vornübergeneigter Körperhaltung, für alle Tätigkeiten mit repetitivem Rumpf- oder HWS-rotieren den Stereotypen sowie Arbeiten überwiegend im Überkopfbereich sei die Beschwerdeführerin auf Grund der medizinischen Diagnose nicht geeignet. Zumutbar erschienen körperlich leichte Tätigkeiten in Wirbelsäulenadaptierten Wechselpositionen mit der Möglichkeit zum Wechseln zwischen Sitzen, Stehen und Gehen, insbesondere kein Heben von schweren Lasten, nicht mehr als 5 kg kurzfristig und 2 kg längerfristig. In einer solchen der Behinderung angepassten Tätigkeit wäre die Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht zu 50 % arbeitsfähig. Sie arbeite seit Oktober 2012 in diesem Umfang.

E. 3.2

Laut dem Arztbericht des Z.____ vom 25. November 2013 (Urk. 7/39/6) bestehen bei der Beschwerdeführerin folgende gesundheitlichen Beeinträchtigungen:

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

1.

Mittelgradige depressive Episode (ICD-10, F32.1)

2.

Osteodystrophia deformans (M. Paget, M88) (Patientenangabe)

3.

Cervicozephalales Schmerzsyndrom mit/bei

- Osteochondrosen C6/7 und C5/6, weniger ausgeprägt C4/5 mit breit basigen Bandscheibenprotrusionen sowie dorsalen Spondylophyten mit mässig- bis hochgradiger osteodiskaler

Foraminalstenose C6/7 links mit Dorsalverlagerung der C7-Wurzel foraminal, mässig gradiger

Foraminalstenose C5/6 links mit möglicher Reizung der C6-Wurzel sowie leichtgradiger Foraminalstenose C4/5 links (MRI 16.10.12)

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

1.

Somatoforme Schmerzstörung (ICD-10, F45.0)

In ihrem angestammten Beruf als Sachbearbeiterin im Versicherungswesen sei die Beschwerdeführerin seit dem 24. September 2013 zu 70 % und vom 10. Oktober 2012 bis zum 23. September 2013 zu 50 % arbeitsunfähig. Bei gut vorhandener Arbeitsmotivation im erlernten Beruf sei dennoch eine rasche Erschöpfbarkeit vorhanden. Erhöhungen des Tagespensums führten zu Schmerzexacerbationen .

E. 3.3

mit Hinweis). Nur in einer solchen - seltenen, da nach gesicherter psychiatrischer Erfahrung Depressionen im Allgemeinen therapeutisch gut angebar sind - gesetzlich verlangten Konstellation ist den normativen Anforderungen des Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG für eine objektivierende Betrachtungs- und Prüfungsweise Genüge getan (BGE 141 V 281 E. 3.7.1 bis 3.7.3). Ein solcher Sachverhalt muss überwiegend wahrscheinlich und darf nicht lediglich nicht auszuschliessen sein. Es kommt dazu, dass die Therapie in dem Sinne konsequent gewesen sein muss, dass die aus fachärztlicher Sicht indizierten zumutbaren (ambulanten und stationären) Behandlungsmöglichkeiten in kooperativer Weise optimal und nachhaltig ausgeschöpft wurden (BGE 140 V 193 E. 3.3; BGE 137 V 64 E. 5.2 mit Hinweis; vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_13/2016 vom 14. April 2016 E. 4.2 und 9C_89/2016 vom 12. Mai 2016 E. 4.1).

E. 3.6

Am 22. Juni 2015 (Urk. 7/99) nahm der psychiatrische Gutachter F.____

Stellung zur Beurteilung des Gutachtens der MEDAS B.____ durch RAD-Arzt D.____ . Er hielt daran fest, dass die Kriterien einer mittelgradigen depressiven Episode erfüllt seien. Der Annahme, dass lediglich eine leicht gradige depressive Episode vorliege, sei zu widersprechen. 4.

E. 4

Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerde gegnerin.“

Die Beschwerdegegnerin ersuchte am 7. Juni 2016 um Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), was der Beschwerdeführerin am 13. Juni 2016 mitgeteilt wurde (Urk. 8). 3.

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 4.1

Das Gutachten der MEDAS B.____ vom 30. Juli 2014

(Urk. 7/59) erfüllt grundsätzlich die rechtsprechungsgemäss erforderlichen Kriterien für beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen (E. 1.3). Es beruht auf eigenständigen Untersuchungen in den Fachgebieten Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie sowie Psychiatrie und wurde in Kenntnis der relevanten Vorakten abgegeben. Die am Gutachten beteiligten Fachärzte erhoben jeweils eine ausführliche Anamnese, gingen in ihren Beurteilungen auf die Beschwerden der Beschwerdeführerin ein und setzten sich insbesondere mit früheren Einschätzungen auseinander.

Auch bei - nicht von der Rechtsprechung des Bundesgerichtes zu den somatoformen Schmerzstörungen und vergleichbaren psychosomatischen Störungen (BGE 130 V 352 [bisherige Rechtsprechung], BGE 141 V 281 [am 3. Juni 2015 geänderte Rechtsprechung]) erfassten – Depressionen und Persönlichkeitsstörungen, ist es keineswegs allein Sache der mit dem konkreten Fall gutachtlich befassten Arztpersonen, selber abschliessend und für die rechtsanwendende Stelle (Verwaltung, Gericht) verbindlich zu entscheiden, ob das medizinisch festgestellte Leiden zu einer andauernden oder vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit (bestimmter Höhe und Ausprägung) führt. Dies unter anderem deshalb, weil die Arbeitsunfähigkeit ein unbestimmter Rechtsbegriff des formellen Gesetzes (Art. 6 ATSG) ist, dessen praktische Handhabung im Einzelfall der rechtsanwendenden Stelle obliegt, welche den durch Gesetz und Rechtsprechung gezogenen normativen Rahmen zu berücksichtigen hat (BGE 140 V 193 E. 3.1; vgl. E. 1.7). Aufgrund der in diesem Leitentscheid näher umschriebenen tatsächlichen und rechtlichen Gegebenheiten hat die Rechtsprechung seit jeher die Aufgaben von Rechtsanwender und Arztperson im Rahmen der Invaliditätsbemessung wie folgt verteilt: Sache des (begutachtenden) Mediziners ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, das heisst, mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung, unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden, Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Hiermit erfüllt der Sachverständige seine genuine Aufgabe, wofür Verwaltung und im Streitfall Gericht nicht zuständig sind. Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, das heisst, sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substantiell wie möglich begründet. Schliesslich sind die ärztlichen Angaben eine wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 mit Hinweisen; vgl. BGE 141 V 281 E. 5.2). Die Rechtsanwender prüfen dabei die medizinischen Angaben frei, insbesondere darauf hin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben. Das heisst, ob sie ausschliesslich funktionelle Ausfälle berücksichtigt haben, welche Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung sind (Art. 7 Abs. 2 erster Satz ATSG), und ob die versicherungsmedizinische

Zumutbarkeitsbeurteilung auf objektiver Grundlage erfolgt ist (Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG; BGE 141 V 281 E. 5.2.2 mit Hinweisen). Die Ärzte und die Organe der Rechtsanwendung prüfen demnach die Arbeitsfähigkeit je aus ihrer Sicht (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 9C_901/2015 vom 8. Juli 2016 E. 3.1).

Ob die vorliegend zur Diskussion stehenden Diagnosen einen invalidisierenden Gesundheitsschaden darstellen, ist eine Rechtsfrage. Aus rechtlicher Sicht kann von einer medizinischen Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit abgewichen werden, ohne dass diese ihren Beweiswert verliere (vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichtes 8C_283/2015 vom 24. Juni 2015 E. 2 mit Hinweis).

E. 4.2

Aus somatischer Sicht sind der Beschwerdeführerin gemäss der Einschätzung der Ärzte der MEDAS B.____ wegen des leichtgradigen Impingement-Syndroms an der linken Schulter sowie der degenerativen Veränderungen an der HWS körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten nicht mehr zumutbar. Körperlich leichte wechselbelastende Tätigkeiten wie die angestammte Tätigkeit als Versicherungssachbearbeiterin sind der Beschwerdeführerin dagegen vollumfänglich zumutbar.

E. 4.3

Betreffend die von den Ärzten der MEDAS B.____ gestellte

Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode gilt es zu beachten, dass es sich bei depressiven Episoden definitionsgemäss um vorübergehende Leiden handelt, welchen es grundsätzlich an einem Krankheitscharakter fehlt. Daran ändert auch nichts, wenn sie vor dem Hintergrund einer rezidivierenden depressiven Störung diagnostiziert wurde (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 9C_176/2011 vom 29. Juni 2011 E. 4.3).

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtes fallen sodann leichte bis mittelgradige depressive Störungen, seien sie im Auftreten rezidivierend oder episodisch, einzig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent sind (statt vieler: BGE 140 V 193 E).

E. 4.4

Die therapeutischen und medikamentösen Behandlungsoptionen sind bei der Beschwerdeführerin bis anhin nicht voll ausgeschöpft worden. Gemäss Aktenlage stand die Beschwerdeführerin seit 2013 in ambulanter psychiatrischer Behandlung. Die Beschwerdeführerin gab gegenüber dem psychiatrischen Gutachter der MEDAS B.____ an, sie besuche die Therapie alle ein bis zwei Wochen. Das Reden tue ihr gut, es habe ihr geholfen. Ziele in der Therapie seien gewesen, dass sie daheim abschalten könne nach der Arbeit. Gefragt wie sie nun abschalte, meinte sie, sie hätte mit ihrem Psychiater geschaut, dass sie es überwinden könne, dass sie stärker werde, dass sie nicht auf jede Bewegung ihrer Kollegin oder ihrer Chefs achte. Klarere Angaben zu ihrer Therapie machte sie nicht, es ist jedoch ersichtlich, dass es bei der Behandlung auch um vorhandene zwischenmenschliche Probleme am Arbeitsplatz und somit um grundsätzlich krankheitsfremde Aspekte ging. Eine wesentliche Belastung erfuhr die Beschwerdeführerin sodann auch durch diverse Todesfälle in ihrer Familie (Urk. 7/59/19).

Eine Psychotherapie im stationären Rahmen wurde nicht durchgeführt. Sodann gab die Beschwerdeführerin zwar an, Psychopharmaka einzunehmen, im Medikamentenspiegel waren diese aber nicht bzw. nur weit unter dem therapeutischen Bereich nachweisbar (Urk. 7/59/10). Von einer optimalen und nachhaltigen Ausschöpfung der therapeutischen und insbesondere medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten kann unter diesen Umständen nicht die Rede sein. Eine nicht ausgeschöpfte medikamentöse Behandlung und optimierungsbedürftige Therapie verbietet den Schluss, die versicherte Person verfüge nicht über genügend psychische Ressourcen, einen den Anspruch auf eine Rente ausschliessenden Erwerbstätigkeit nachzugehen. 5.

Zu prüfen bleibt, ob die bei der Beschwerdeführerin diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung unter Berücksichtigung der neuen bundesgerichtlichen Rechtsprechung Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zeitigt. 5.1

Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung oder eines damit vergleichbaren psychosomatischen Leidens (BGE 141 V 281 E. 4.2) sind Indikatoren beachtlich, die das Bundesgericht wie folgt systematisiert hat (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie „funktioneller Schweregrad“ - Komplex „Gesundheitsschädigung“ - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder – resistenz

- Komorbiditäten - Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) - Komplex „Sozialer Kontext“ - Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck

Diese Standardindikatoren erlauben - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits - das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und E. 4.1; Urteil des Bundesgerichts 9C_534/2015 vom 1. März 2016 E. 2.2.1).

Beweisrechtlich entscheidend ist der Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4):

Der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabebereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (z.B. Freizeitgestaltung) andererseits gleich ausgeprägt ist. Dabei ist das bisherige Kriterium des sozialen Rückzugs (wiederum) so zu fassen, dass neben Hinweisen auf Einschränkungen auch Ressourcen erschlossen werden; umgekehrt kann ein krankheitsbedingter Rückzug aber auch Ressourcen zusätzlich vermindern. Soweit erhebbar, empfiehlt sich auch ein Vergleich mit dem Niveau sozialer Aktivität vor Eintritt der Gesundheitsschädigung. Das Aktivitätsniveau der versicherten Person ist stets im Verhältnis zur geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit zu sehen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.1).

Die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen, das heisst das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder resistenz unter dem Komplex „Gesundheitsschädigung“) auf den tatsächlichen Leidensdruck hin. Dies gilt allerdings nur, solange das betreffende Verhalten nicht durch das laufende Versicherungsverfahren

beeinflusst ist. Nicht auf fehlen den Leidensdruck zu schliessen ist, wenn die Nichtinanspruchnahme einer empfohlenen und zugänglichen Therapie oder die schlechte Compliance klarer Weise auf eine (unabwendbare) Unfähigkeit zur Krankheitseinsicht zurückzuführen ist. In ähnlicher Weise zu berücksichtigen ist das Verhalten der versicherten Person im Rahmen der beruflichen (Selbst-) Eingliederung. Inkonsistentes Verhalten ist auch hier ein Indiz dafür, die geltend gemachte Einschränkung sei anders begründet als durch eine versicherte Gesundheitsbeeinträchtigung (BGE 141 V 281 E. 4.4.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.2). 5.2 5.2.1

Was die diagnoserelevanten psychiatrischen Befunde anbelangt, so hielt der psychiatrische Gutachter F.____ im Gutachten vom 1. Juli 2014 (Urk. 7/59/24) fest, die Beschwerdeführerin zeige in der Exploration klar eine depressive Stimmungslage, nicht schwerst ausgeprägt, aber im mittelgradigen Bereich. Sie sei affektiv instabil, weine immer wieder, könne ihr Verhaltensverhalten nicht mehr aufrechterhalten. Die jahrelange starke berufliche Belastung in Verbindung mit der Rolle als Mutter und ihren Anspruch, immer ihre Leistung gut abzuliefern, habe im Sinne eines Störungsmodells einen instabilen Boden bereitet für die in den letzten Jahren auftretenden Probleme. Möglicherweise hätten sich zunächst Schmerzen bemerkbar gemacht, aber noch nicht relevant einschränkend. Erst die Probleme am aktuellen Arbeitsplatz, die eigene Erkrankung (Morbus Paget) und vor allem der Verlust von drei nahestehenden Verwandten innerhalb eines Jahres hätten die Beschwerdeführerin psychisch relevant de kompensieren lassen. Sie sei immer unsicherer und ängstlicher geworden. Körperliche Beschwerden hätten sich stärker, über ein somatisch erklärbares Mass hinaus entwickelt und die Depression habe sich ausgebildet.

Es ist ersichtlich, dass bei der Beschwerdeführerin psychosoziale Belastungsfaktoren eine wesentliche Rolle spielen. Die Beschwerdeführerin hatte innert kurzer Zeit mehrere Todesfälle in ihrem engeren familiären Umfeld zu verkraften und es entstanden Probleme am Arbeitsplatz. 5.2. 2

Zu ihrem Tagesablauf führte die Beschwerdeführerin aus (Urk. 7/59/20), sie arbeite 30%, am Mittwoch, Donnerstag und Freitag halbtags. Es sei ihre gewohnte Arbeit. Wirklich weniger sei es nicht, morgens sei die meiste Arbeit da. Sie versuche die Arbeit fehlerfrei zu erledigen, habe jedoch Konzentrationsstörungen. Wenn sie arbeiten gehe, stehe sie auf. Sie brauche mehr Zeit bis sie sich vorbereitet habe. Um 06.00 Uhr stehe sie auf und verlasse um 07.30 Uhr das Haus. Bis 12.30 Uhr arbeite sie und sei zwischen 13.00 Uhr und 13.30 Uhr wieder zu Hause. Daheim schaue sie die Post an. Dann liege sie ein wenig. Liegen tue ihr gut, sie könne es aber wegen ihren Halsproblemen nicht zu lange. Dann stehe sie auf, schaue, was es zu essen gebe und bereite sich Kleinigkeiten zu. Sie lese gerne, müsse aber den gleichen Satz mehrfach lesen, da sie mit ihren Gedanken abschweife. Im Haushalt mache sie nur kleine Sachen. Sie habe eine Putzfrau, die einmal pro Woche komme. Diese mache die groben Arbeiten wie Toilettenreinigung, Staubsaugen und Bügeln. Sie selber mache ein paar andere Sachen. Wenn sie keine Lust habe, mache sie aber gar nichts, gehe nicht einmal ans Telefon. Sie sei eigentlich gerne ins Aquafit gegangen, habe aber beim letzten Mal plötzlich Angst vor dem Wasser gehabt. Sie habe keine Kontakte mehr. Niemand wolle mit jemandem Kontakt haben, der nur über Schmerzen und Schlafprobleme rede. Früher hätte sie viele Kontakte gehabt, habe aber mittlerweile keine Lust mehr. Nach und nach hätten sich die anderen zurückgezogen.

Das Aktivitätsniveau der Beschwerdeführerin ist nicht hoch, aber auch nicht allzu niedrig. Die sozialen Kontakte haben zwar abgenommen, die Beschwerdeführerin verfügt aber

über ein intaktes familiäres Umfeld (Urk. 7/59/5) . 5.2. 3

In Bezug auf den behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdruck kann auf das unter E. 4.4 Gesagte hingewiesen werden.

Der behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesene Leidensdruck ist zu verneinen, da die Beschwerdeführerin keine konsequente psychiatrische Therapie absolviert und psychopharmazeutische Medikamente nicht in genügender Konzentration nachweisbar waren . 5.2. 4

Zusammengefasst sind funktionelle Auswirkungen der somatoformen Schmerzstörung unter Berücksichtigung des beweisrechtlich entscheidenden Aspektes der behandlungsanamnestisch nicht nachvollziehbaren Konsistenz, aber auch der nur mässig ausgeprägten Befunde sowie des guten familiären Umfeldes der Beschwerdeführerin nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit schlüssig und widerspruchsfrei nachgewiesen. Da die Beschwerdeführerin die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen hat, ist die diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung auch nach neuer bundesgerichtlicher Rechtsprechung unter Berücksichtigung der Standardindikatoren als nicht invalidisierend zu qualifizieren. Es ist davon auszugehen, dass es der Beschwerdeführerin bei Aufbietung allen guten Willens sowie optimaler und nachhaltiger Ausschöpfung der zumutbaren Behandlungsmöglichkeiten zuzumuten ist, in vollem Umfang ihrer bisherigen Tätigkeit nachzugehen.

6.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin zu Recht einen Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente verneint hat, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 7.

Gestützt auf Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert unter Berücksichtigung des gesetzlichen Rahmens (Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.--) auf Fr. 800. festzusetzen und der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der

Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

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

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des

Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. 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 Beweis mittel 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 Der VorsitzendeDer Gerichtsschreiber HurstBrügger

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

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).

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