

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00059 vom 22. August 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-08-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00059

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00059 du 22 août 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00059 del 22 agosto 2018

Erwägungen

E. 1

Die 1959 geborene X.____ war von 1991 bis 2007, als sie ihre Einzelfirma (Y.____) an die Z.____ verkaufte (Urk. 7/58 = Urk. 3/24), selbständig erwerbend. Vom 1. Februar 2007 bis März 2009 war sie bei der Z.____ als Filialleiterin, zunächst in einem 60%- und ab 1. Juli 2007 in einem 80%-Pensum, angestellt (Urk. 3/25 und Urk. 7/15). Von Juli 2009 bis Juli 2014 war sie bei der A.____ im Bereich allgemeine Sekretariats arbeiten im Stundenlohn (Urk. 7/18 und Urk. 7/32) und vom 1. Oktober 2009 bis zum 31. Oktober 2010 bei der B.____ als Fachberaterin Seniorendienste in einem 60 %-Pensum tätig (Urk. 7/17).

Am 20. Februar 1998 meldete sich die Versicherte unter Hinweis auf ein Rücken- / Wirbelsäulenleiden erstmals bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/141). Das Leistungsbegehren wurde mit Verfügung vom 18. Mai 1999 abgewiesen (Urk. 7/2). Diese Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

Am 20. Juni 2005 erlitt die Versicherte bei einem Verkehrsunfall ein HWS- Distorsionstrauma sowie eine LWS-Distorsion (Urk. 7/149 S. 28). Am 11. Mai 2009 stürzte die Beschwerdeführerin nach einer Schnittverletzung und war für ein paar Sekunden bewusstlos (Urk. 7/90 S. 27). Wegen sekundären Kopfschmerzen und Konzentrationsstörungen wurde ein Schädel-Angio-MRI durchgeführt, welches unauffällig war (Urk. 7/90 S. 24). Am 18. Oktober 2010 wurde in der C.____ eine operative Spondylodese L3/4 bei progressiver Segment destruktion L3/4 durchgeführt (Urk. 7/12 S. 7). Am 18. Juni 2013 erfolgte in der D.____ eine Dekompressions- und Verlängerungsspondylodese L2-L5 (Urk. 7/36 S. 5). Am 20. September 2016 wurde eine Osteosynthesematerialentfernung lumbal und eine Stabilitätsprüfung durchgeführt (Urk. 3/5a)

Am 31. August 2011 meldete sich die Versicherte unter Angabe von diversen Beschwerden erneut bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 7/5). Die IV-Stelle liess einen Auszug aus dem Individuellen Konto der Versicherten erstellen (IK-Auszug, Urk. 7/15), zog die Akten der Krankentaggeldversicherung und der Unfallversicherung bei und tätigte medizinische und erwerbliche Abklärungen. Am 17. Juli 2014 ordnete die IV-Stelle eine polydisziplinäre Begutachtung (Allgemeine Innere Medizin/Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates/Psychiatrie und Psychotherapie) bei der Abklärungsstelle E.____ an (Urk. 7/43). Das Gutachten wurde am 4. November 2014 erstattet (Urk. 7/47). Mit Vorbescheid vom 4. Mai 2015 stellte die IV-Stelle der Versicherten die Abweisung ihres Rentenbegehrens in Aussicht (Urk. 7/66). Im Rahmen des Einwandverfahrens holte die Beschwerdeführerin eine Stellungnahme der orthopädischen und psychiatrischen

Fachärzte der E.____ ein (Urk. 7/81). In der Folge beauftragte sie die Medas F.____ mit einer erneuten poly disziplinären Begutachtung (Allgemeine Innere Medizin/Neurologie/Orthopädie/ Psychiatrie). Das Gutachten wurde am 30. Mai 2016 erstattet (Urk. 7/105). Mit Verfügung vom 13. Dezember 2016 verneinte die IV-Stelle einen Leistungsanspruch der Versicherten (Urk. 7/153 = Urk. 2).

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Sie kann Folge von Geburts - gebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

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. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert besteht, welcher die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (vgl. BGE 139 V 547 E. 5, 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 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 eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1 , 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unab hängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2 , 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.3

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. 1.4

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Be schwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gege - benenfalls 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 arbeits unfähig 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).

E. 1.5

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzu stellen 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 Untersu chungen 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 gegebenen falls 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, gegeben en falls 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. 1.6

In intertemporalrechtlicher Hinsicht ist sinngemäss wie in BGE 137 V 210 (be treffend die rechtsstaatlichen Anforderungen an die medizinische Begutach tung) vorzugehen. Nach diesem Entscheid verlieren gemäss altem Verfahrens standard eingeholte Gutachten nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Ge geben heiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vor handenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (BGE a.a.O. E. 6 in initio). In sinngemässer Anwendung der nunmehr materiell-beweisrecht lich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prü fen, ob die beigezogenen admi nistrativen und/oder gerichtlichen Sachverständi gengutach ten – gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berich ten – eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren er lauben oder nicht. Je nach Abklärungstiefe und -dichte kann zudem unter Um ständen eine punktuelle Ergänzung genügen (BGE 141 V 281 E. 8). 2.

E. 2

Dagegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom 16. Januar 2016 (recte: 16. Januar 2017) Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es seien ihr nach Vornahme der notwendigen Abklärungen die gesetzlichen Leistungen zuzusprechen (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 21. Februar 2017 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), was der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 27. Februar 2017 mitgeteilt wurde (Urk. 8). Am 6. März 2017 reichte die Beschwerdeführerin eine Stellungnahme ein (Urk. 9), welche der Beschwerdegegnerin am 8. März 2017 zur Kenntnisnahme zugestellt wurde (Urk. 10). Mit Eingabe vom 15. Januar 2018 reichte sie einen Arztbericht ein, welcher der Beschwerdegegnerin am 18. Januar 2018 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 14).

E. 2.1

Im angefochtenen Entscheid erwog die IV-Stelle, die Abklärungen hätten ergeben, dass die Beschwerdeführerin seit Oktober 2011 zu 30 % arbeitsunfähig sei. Im Rahmen einer postoperativen Rehabilitation sei sie von Juni bis Dezember 2013 vollständig arbeitsunfähig gewesen. Danach habe wieder eine Arbeitsunfähigkeit von 30 % bestanden. In der angestammten Tätigkeit als Akustikerin oder Büroassistentin sowie in einer angepassten Tätigkeit sei ihr ein Arbeitspensum von 70 % zuzumuten. Da der Invaliditätsgrad 30 % betrage, bestehe kein Rentenanspruch (Urk. 2).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin machte demgegenüber im Wesentlichen geltend, es treffe nicht zu, dass die Arbeitsunfähigkeit erst im Oktober 2011 aufgetreten sei. Eine gewisse Einschränkung habe bereits gemäss IV-Verfügung vom 18. Mai 1999 bestanden. Eine durchgehende Arbeitsunfähigkeit seit dem Unfall vom 20. Mai 2005 sei durchgehend belegt. Sie habe ihre Firma „Y.____“ aus gesundheitlichen Gründen verkaufen müssen. Ihre angestammte Tätigkeit sei weder Physiotherapeutin noch Büroassistentin noch Hörgeräte-Akustikerin, sondern Inhaberin und Geschäftsführerin der Einzelfirma „Y.____“. Das Valideneinkommen betrage nicht Fr. 81'118.10 sondern Fr. 236'000.--. Bei einem Invalideneinkommen von Fr. 55'824.55 ergebe dies einen Invaliditätsgrad von 76 %. Das Medas-Gutachten sei formell mangelhaft, die Zusatzfragen seien nicht beantwortet worden und es liege keine gültige Beurteilung der angestammten Tätigkeit vor. Die bildgebenden Befunde seien nicht berücksichtigt worden und es liege keine umfassende psychiatrische Beurteilung vor (Urk. 1 S. 6 ff.). 3.

In formeller Hinsicht ist zunächst die Rüge der Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör sowie des Untersuchungsgrundsatzes (Urk. 1 S. 3) zu prüfen.

Die Begründungspflicht als Ausfluss des Anspruchs auf rechtliches Gehör bedeutet nicht, dass sich die Behörde mit allen Parteistandpunkten einlässlich auseinandersetzen und jedes einzelne Vorbringen ausdrücklich widerlegen muss. Es genügt, wenn die Begründung kurz die Überlegungen nennt, auf die sich der Entscheid stützt und dieser sachgerecht angefochten werden kann (BGE 124 V 180 E. 1a, Urteil des Bundesgerichts 8C_30/2016 vom 8. März 2016 E. 2 mit weiteren Hinweisen). Im Übrigen kann eine nicht besonders schwerwiegende Verletzung des rechtlichen Gehörs nach der Rechtsprechung als geheilt gelten, wenn die betroffene Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt wie auch die Rechtslage frei überprüfen kann (BGE 133 I 201 E.2.2; BGE 127 V 431 E. 3d/aa). Da die Beschwerdeführerin die angefochtene Verfügung sachgerecht anfechten konnte, ist eine Verletzung der

Begründungspflicht und damit des Anspruchs auf rechtliches Gehör zu verneinen.

Inwiefern die Beschwerdegegnerin ihre Abklärungspflicht verletzt haben soll, ist nicht ersichtlich. Die von der Beschwerdeführerin gestellten Zusatzfragen betreffen die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin, welche im Medas-Gutachten ausführlich umschrieben wurde (vgl. Urk. 7/105 S. 39 ff.). Die Zusatzfragen sind damit – soweit sie relevant sind – beantwortet worden. 4.

4.1

In materieller Hinsicht gilt es zu prüfen, ob bei der Beschwerdeführerin ein Gesundheitsschaden vorliegt, der sie derart in der Erwerbsfähigkeit einschränkt, dass sie nunmehr Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung hat. 4.2

4.2.1

Im polydisziplinären Gutachten der E.____ vom 4. November 2014 wurden die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (Urk. 7/47 S. 37): - Mässige Osteochondrose C6/7 mit nicht neurokompressiver Diskushernie und Unkarthrosen mit mässigen osteodiskalen Foraminalstenosen - mässige Osteochondrose und mediane Diskushernie Th2/3 ohne neurale Kompression sowie mediane Diskushernie Th7/8 mit leichter Eindellung des Myelons ohne Kompressionsmyelomalazie - Failed low back surgery Syndrom bei Status nach Dekompression L3/4 beidseits mit Spondylodese L3/4 10/2010 und Dekompression L2/3 und Spondylodese L2-5 6/2013 - Anpassungsstörungen mit längerer depressiver Reaktion, bestehend seit etwa 10/2011, mit Übergang in eine chronische depressive Verstimmung (Dysthymie), ICD-Nr. F43.21, F 34.1

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden die folgenden erwähnt: - Arterielle Hypertension - Migräne - Rhino-Konjunktivitis allergica mit Asthma bronchiale

Es wurde ausgeführt, seit dem dreissigsten Lebensjahr bestünden Schmerzen am Übergang der Brust- zur Lendenwirbelsäule und nach erfolgloser konservativer Behandlung sei am 18. Oktober 2010 an der C.____ bei progredienter Segmentdestruktion L3/4 mit degenerativer Skoliose L3/4, fixierter Spondylolisthese L3 und Kyphose L3/4 sowie degenerativer Spinalkanalstenose L3/4 eine Dekompression L3/4 beidseits mit Diskotomie von links und Repositionsspondylodese L3/4 vorgenommen worden. Postoperativ hätten unveränderte Schmerzen bestanden und nach weiterhin nutzloser konservativer Therapie habe der Orthopäde Dr. G.____ am 18. Juni 2013 bei zunehmender Abkipfung und dynamischer Einengung L2/3 eine mikrotechnisch interlaminäre Dekompression L2/3 links und rechts over the top mit Entfernung des Fixateur externe und eine transpedikuläre korrigierende Spondylodese L2-5 mit Spongiosaplastik L2/3 rechts und L4/5 beidseits durchgeführt. Auch nach diesem Eingriff hätten unveränderte Schmerzen am BWS/LWS-Übergang persistiert, die in den Nacken und in beide Oberschenkel ausgestrahlt und die körperliche Leistungsfähigkeit subjektiv deutlich eingeschränkt hätten. Analgetika würden täglich gebraucht. Die immer noch durchgeführte Physiotherapie lindere die Schmerzen. Es werde eine Hyposensibilität lateral am linken Unterschenkel angegeben. Stationäre Rehabilitationsaufenthalte vom 30. April bis 28. Mai 2012 an der H.____ sowie vom 2. bis 20. Juli 2013 in der I.____ seien letztlich nutzlos gewesen. Die Schmerzen im Nacken und die abnormen Untersuchungsbefunde der Halswirbelsäule könnten auf die im MRI sichtbare mässige Osteochondrose C6/7 mit Unkarthrose und mässigen osteodiskalen Foraminalstenosen zurückgeführt werden. Die Beschwerden im Brustwirbelsäulenbereich

seien mit der im MRI nachgewiesenen Diskushernie Th2/3 und Th7/8 bei mässiger Osteochondrose Th2/3 vereinbar. Die postoperativ persistierenden lumbalen Schmerzen und die leicht pathologischen objektiven Befunde der LWS könnten bei postoperativ unauffälligem MRI im Rahmen eines Failed low back surgery Syndroms interpretiert werden. Die bei der Untersuchung angegebene Hyposensibilität des gesamten linken Beins könne bei fehlender neuraler Kompression im MRI nicht nachvollzogen werden. Generell sei das Ausmass der subjektiven Einschränkungen der körperlichen Leistungsfähigkeit mit den Befunden im MRI nur unvollständig erklärbar. Körperlich schwere Arbeiten in kalter und feuchter Umgebung, die vorwiegend sitzend oder stehend ausgeübt werden müssten und mit häufigen inklinierten, reklinierten und rotierten Körperhaltungen verbunden seien, könnten wegen der mässigen Osteochondrose C6/7 mit mässigen osteodiskalen Foraminalstenosen bei Unkarthrosen, der nicht neurokompressiven Diskushernie Th2/3, der medianen Diskushernie Th7/8 mit leichter Eindellung des Myelons ohne Kompressionsmyelomalazie sowie dem Failed low back surgery Syndrom bei Status nach Dekompression L2/3 und L3/4 sowie Spondylodese L2-5 nicht mehr vollumfänglich zugemutet werden (Urk. 7/47 S. 35 f.).

Aus psychiatrischer Sicht liessen sich im Zusammenhang mit einer anhaltenden Schmerzsymptomatik seit etwa Oktober 2011 Anpassungsstörungen mit längerer depressiver Reaktion erheben und dabei handle es sich um einen leichten depressiven Zustand als Reaktion auf eine länger anhaltende Belastungssituation. Diese Anpassungsstörungen mit längerer depressiver Reaktion seien gekennzeichnet durch bedrückte Stimmung mit verminderter Lust, verminderter Freude, vermehrter Traurigkeit, vermindertem Antrieb und die Beschwerdeführerin zwingt sich zu jeder Tätigkeit. Hinzu käme ein negativistisch eingegengtes Denken mit Suche nach dem Sinn des Lebens und Suche nach einer Lösung infolge der anhaltenden Schmerzsymptomatik und den damit einhergehenden körperlichen Beeinträchtigungen. Es fänden sich subjektive Erschöpfungszustände, Verzweiflung, nachdem die operativen Behandlungen nicht zu dem gewünschten Erfolg geführt hätten und Enttäuschung und mangelnde Zukunftsperspektiven. Suizidgedanken würden verneint, jedoch empfinde die Beschwerdeführerin keine Lebensfreude. Trotzdem versuche sie sich mit ihren Beschwerden zu arrangieren. Es lägen Schlafstörungen mit schmerzbedingten Durchschlafstörungen sowie Angstgefühle mit Zukunfts- und Versagensängsten und die Angst aufzugeben vor. Damit kämpfe sie gegen ihre Beeinträchtigungen, nachdem ihr bisher die Arbeit den Lebenssinn gegeben habe. Hinzu kämen Affektlabilität mit weinerlichem Verhalten, Neigung zu psychomotorischer Unruhe, die auch während der Untersuchung zu beobachten gewesen sei, sowie Hinweise für psychogene Überlagerungen der Beschwerden mit wiederholten Enttäuschungen über die bisherigen Behandlungen, wobei sie sich im Rahmen einer Rehabilitationsbehandlung an der H. ___ auch nicht ernst genommen gefühlt habe und damit vorübergehend auch verstärkte depressive Reaktionen gezeigt habe. Es fänden sich keine Hinweise für eine somatoforme Schmerzstörung und die Schmerzen seien zumindest teilweise organisch erklärbar, wobei aufgrund der Intensität der beklagten Beschwerden eine psychogene Überlagerung anzunehmen sei. Aufgrund der Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion mit Übergang in eine chronische depressive Verstimmung (Dysthymie) seien die emotionale Belastbarkeit, die geistige Flexibilität, der Antrieb, die Interessen, die Motivation, die Kontaktfähigkeit und die Dauerbelastbarkeit beeinträchtigt, aber es liessen sich Ressourcen erheben. Die berichteten und beklagten Beschwerden seien in sich weitgehend konsistent und es liessen sich keine

wesentlichen Diskrepanzen oder Widersprüche feststellen. Allerdings habe die Beschwerdeführerin während der Untersuchung eine deutliche Unruhe mit Hinweisen für eine psychogene Überlagerung der Beschwerden gezeigt. Aufgrund der Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion mit Übergang in eine chronische depressive Verstimmung (Dysthymie) und Beeinträchtigung der emotionalen Belastbarkeit, der geistigen Flexibilität, des Antriebs, der Interessen, der Motivation, der Kontaktfähigkeit und der Dauerbelastbarkeit betrage die Arbeitsfähigkeit als Büroassistentin gesamthaft bei voller Stundenpräsenz seit Oktober 2011 70 %, unterbrochen von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit im Rahmen der postoperativen Rehabilitation von Juni bis Dezember 2013. Tätigkeiten ohne erhöhte emotionale Belastung, ohne Stressbelastung, ohne erforderliche geistige Flexibilität, ohne erhöhte Verantwortung, ohne vermehrte Kundenkontakte und ohne überdurchschnittliche Dauerbelastung sowie körperlich leichte Arbeiten in temperierten Räumen, die abwechslungsweise sitzend und stehend ausgeübt werden, könnten ihr, ohne dass dabei häufig inklinierte, reklinierte oder rotierte Körperhaltungen eingenommen werden müssten, gesamthaft bei voller Stundenpräsenz seit Oktober 2011 zu 90 % zugemutet werden, unterbrochen von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit im Rahmen der postoperativen Rehabilitation von Juni bis Dezember 2013 (Urk. 7/47 S. 36 ff.). 4.2.2

Im polydisziplinären Gutachten der Medas F. ___ vom 30. Mai 2016 wurden die folgenden Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit genannt (Urk. 7/105 S. 42): - Chronisches zervikospondylogenes Schmerzsyndrom bei degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule mit nachfolgenden Funktions einschränkungen ohne Hinweise für eine cervikale radikuläre Störung - chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom bei deutlichen degenerativen Veränderungen und nachfolgender Dekompression L3/4 beidseits, Diskotomie L3/4 und Repositionsspondylodese L3/4 am 18.10.2010 sowie einer nachfolgenden mikrotechnischen interlaminären Dekompression L2/3 und transpedikulären korrigierenden Spondylodese L2-5, Spongiosaplastik L2/3 rechts und L4/5 beidseits, augmentiert mit Knochenexpander am 18.06.2013 und nachfolgender knöcherner Konsolidierung der Spondylodese bei deutlichen Funktionseinschränkungen der Lendenwirbelsäule - sonstige rezidivierende Störung im Sinne einer somatisierten larvierten Erschöpfungsdepression (F33.8 ICD-10) - undifferenzierte Somatisierungsstörung (F45.1 ICD-10)

Als Diagnosen ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit wurden die folgenden erwähnt (Urk. 7/105 S. 43): - Fehlhaltung der Wirbelsäule bei leichter Skoliose mit deutlicher muskulärer Dysbalance - Knick-Spreizfuss mit Hallux valgus beidseits - Status nach Anpassungsstörung (F43.2 ICD-10) - Dysthymia (F34.1 ICD-10) - rezidivierende Kopfschmerzen, vorwiegend Spannungskopfschmerzen, fraglich auch seltene Migräne - pseudoradikuläre lumbale Schmerzen bei St. n. partieller sensibler Wurzelkompromittierung L 4/5 links - strumpfförmige Sensibilitätsstörung linkes Bein ohne somatische Ursache - Karpaltunnelsyndrom beidseits - Haltetremor der Beine unklarer Genese (DD positionsspezifischer Tremor) - Asymptomatische cerebrale Mikroangiopathie Typ 1 nach Fazekas - Asymptomatische venöse Entwicklungsstörung im Bereich des Gyrus cinguli links - Insomnie, vermutlich psychophysiologisch - St. n. blutender Schnittverletzung am linken Mittelfinger mit vasovagaler Synkope - Status nach HWS-Distorsion am 20.05.2005 - arterielle Hypertonie (medikamentös therapiert) - leichte Hypercholesterinämie - V. a. Steatosis hepatis

Dr. med. J.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates hielt fest, auf orthopädischem Gebiet sei eine Fehllhaltung der Wirbelsäule bei einer leichten Skoliose nachweisbar. Es bestünden erhebliche muskuläre Dysbalancen. Es zeigten sich zum Teil deutliche Funktionseinschränkungen, vor allem der Lendenwirbelsäule und eine geringere Funktion der Halswirbelsäule. Hierbei könnten nicht alle Funktionseinschränkungen, speziell der Halswirbelsäule, nachvollzogen werden. Radiologisch seien teilweise erhebliche degenerative Veränderungen im Bereich der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule belegbar. Die Segmente L2-L5 seien versteift. Die Spondylodese sei knöchern konsolidiert. Radiologisch zeigten sich Hinweise auf mögliche Affektionen einiger Nervenwurzeln in der Hals- wie in der Lendenwirbelsäule. Subjektiv werde ein erhebliches Schmerzsyndrom mit einer ausstrahlenden Symptomatik in die Beine und die Arme angegeben. Ein in der Abheilungsphase erlittener Muskelfaserriss im Bein am 13. Mai 2011 sei verheilt. Es sei ein Knick-Spreizfuss mit einem Hallux valgus beiderseits sichtbar (Urk. 7/105 S. 34 f.).

Dr. med. K.____, Facharzt für Neurologie FMH, führte aus, die Beschwerdeführerin habe am 20. Mai 2005 einen Autounfall erlitten, bei dem das nachfolgende Fahrzeug auf das Heck ihres Wagens aufgeprallt sei und diesen in das vorausfahrende Fahrzeug geschoben habe. Da sie den Unfallhergang detailliert erinnere, könne keine Bewusstlosigkeit vorgelegen haben. In der Folge habe sie Nackenschmerzen, Kopfschmerzen und diffuse kognitive Einschränkungen in Form von Konzentrationsstörungen und Vergesslichkeit bemerkt. Da die Beschwerden lange bestehen geblieben seien, sei vom 5. Dezember 2005 bis zum 31. Januar 2006 eine stationäre Neurorehabilitation in der L. ____ durchgeführt worden. Die neuropsychologische Testung habe psychisch bedingte kognitive Leistungseinschränkungen ergeben, sodass ein Coaching empfohlen worden sei. Zentral neurologische Ausfälle sowie eine zervikale Wurzelreizung oder zervikale Wurzelkompression seien nicht festgestellt worden. Von rheumatologischer Seite sei daher ein zervikospondylogenes Syndrom diagnostiziert worden. Bei der beim Unfall erlittenen HWS-Distorsion ohne traumatische Schädigung der HWS und ohne erlittene Schädelverletzung und ohne Commotio cerebri seien keine persistierenden neurologischen Störungen, keine dauerhaften Nacken- bzw. Kopfschmerzen und keine dauerhaften Leistungsmängel posttraumatisch zu erwarten. Die Dauer der Belastungsminderung der HWS nach der Distorsion sei orthopädisch festzulegen, da auch unfallunabhängige degenerative HWS-Veränderungen bestünden, die unfallunabhängig zu einer Belastungsminderung der HWS, aber auch zu einer Neurokompression führen könnten. Das spätere MRI der HWS vom 11. September 2014 zeige jedoch nur eine mässige bis deutliche Osteochondrose mit nicht neurokompressiver Diskushernie HWK6/7 und auch nur mässigen Einengungen der Foramina. Im darauffolgenden MRI der gesamten Wirbelsäule vom 15. April 2015 zeige sich eine leichte Progression mit nunmehr auch degenerativen Veränderungen HWK2/3, HWK3/4, HWK4/5 und HWK5/6 sowie HWK6/7. Denkbar sei eine Kompromittierung von Nervenwurzeln für C4 links, C5 rechts und C6 beidseits, wobei sich aber klinisch-neurologisch kein Zeichen der Kompromittierung dieser zervikalen Nervenwurzeln zeigten. Die Beschwerdeführerin gebe nämlich weder typische radikuläre Schmerzen an den Armen noch sensible und motorische Ausfälle an. Die angegebenen nächtlichen Brachialgien und Parästhesien der Finger mit morgendlicher Faustschlusschwäche seien typische Symptome eines Karpaltunnelsyndroms beidseits, deuteten aber nicht auf eine zervikale Wurzelirritation hin. Hinweise für eine hirnsubstanziell bedingte kognitive Einschränkung lägen nicht vor. Der aktuelle

klinisch-neuropsychologische Befund zeige eine unauffällige geistige Leistungsfähigkeit. Insbesondere bestehe kein Störmuster einer hirnrorganischen Erkrankung passend zum Ergebnis der MRI-Diagnostik. Das MRI des Schädels zeige nach dem erlittenen Unfall vom 20. Mai 2005, aber auch nach der Schädelprellung vom Mai 2009 bei Untersuchung am 30. Juni 2009 einen weitgehend unauffälligen Befund mit auch unauffälliger Perfusion im Bereich der intrakraniellen Arterien. Einzelne kleinfleckige Gliosen im supratentorialen Marklager stellten einen unspezifischen Befund ohne pathologische Wertbarkeit dar. Solche Gliosen finden sich häufig bei von Gefässrisikofaktoren Betroffenen als asymptomatischer Zufallsbefund. Er erkläre in der bei der Beschwerdeführerin vorliegenden Form weder neurokognitive Leistungseinschränkungen noch rezidivierende Kopfschmerzen. Eine dauerhaft persistierende Kopfschmerzsymptomatik gebe die Beschwerdeführerin sowieso nicht an, sondern nur einen länger anhaltenden Kopfschmerz nach der HWS-Distorsion 2005 und nach der sturzbedingten Schädelprellung 2009. Kopfschmerzen würden zwar immer wieder thematisiert, jedoch in Form kurzdauernder, aber häufig rezidivierender Kopfschmerzen vom Spannungstyp, vermutlich mitverursacht durch die Wirbelsäulendegeneration. Die überwiegend von der HWS ausgehenden unangenehmen Parästhesien bis zu den Augen seien überwiegend wahrscheinlich pseudotumoröse Schmerzen. Die Kopfschmerzen seien auch durch chronische Spannungskopfschmerzen mit psychosomatischem Hintergrund bedingt. Die von der Beschwerdeführerin angegebene Schmerzintensität könne aufgrund von Befundinkonsistenzen nicht linear übernommen werden. Trotz der subjektiv als häufig sehr stark berichteten Schmerzen, lägen die Wirkspiegel von Duloxetin, Oxycodon, Paracetamol und Ibuprofen unterhalb des untersten Wirkungsbereiches, was als Inkonsistenz zu bewerten sei. Zudem seien in der Untersuchungssituation Verdrückungstendenzen aufgefallen. Die Kopfschmerzsymptomatik sei schwer fassbar und sei von der Beschwerdeführerin bei mehrfachem Nachfragen immer wieder anders geschildert worden. Eine Migräne mit einfachen Attacken lasse sich nicht sicher ausschliessen, zumal schwere und hämmernde Kopfschmerzen angegeben würden. Dieser Kopfschmerztyp sei gemäss Angabe der Beschwerdeführerin aber nur äusserst selten. Vereinzelt seltene Migräneattacken, die zudem durch Analgetika und migränespezifischen Therapeutika behandelbar seien, wirkten sich nicht dauerhaft negativ auf die Arbeitsfähigkeit aus. Da bislang von der Beschwerdeführerin auch keine kopfschmerzspezifischen Therapiemassnahmen eingefordert worden seien, stelle sich auch kein wesentlich erhöhter Leidensdruck dar, gerade auch unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Serumspiegel der verordneten Medikamente.

Die Bewusstlosigkeit beim Sturz vom 11. Mai 2009 sei sekundär gewesen. Es sei nach der Schnittverletzung am linken Daumen zur Blutung und zu einer vaso-vagalen Synkope gekommen, welche die Sturzursache dargestellt habe. Es lägen keine Hinweise für einen erlittenen Grand mal vor, denn es sei dokumentiert, dass die Beschwerdeführerin nach einigen Sekunden das Bewusstsein wiedererlangt habe. Daher und ohne äussere Verletzung am Schädel könne nicht überwiegend wahrscheinlich von einer erlittenen Gehirnerschütterung im Sinne einer Commotio cerebri gesprochen werden. Die Umstände und die nur mehrsekündige Bewusstlosigkeit sprächen für eine rasch vorübergehende Kreislaufreaktion. In der Folge seien weder eine traumatische hirnsubstanzielle Schädigung noch commotionelle Begleitsymptome wie Übelkeit und Erbrechen festgestellt worden. Die nach dem Ereignis aufgetretenen Kopfschmerzen könnten durch eine Distorsion der HWS, aber auch durch einen leichten Anprall des Schädels beim Sturz bedingt sein. Das im

Rahmen der Begutachtung durchgeführte Kontroll-MRI des Schädels habe keine relevante Befundänderung zur Voruntersuchung vom 30. Juni 2009 ergeben. Wieder finde sich eine sehr geringe cerebrale Mikroangiopathie, verursacht vermutlich vorwiegend durch milde Hypertonie, die aber unter Concor mittlerweile gut reguliert sei. Eine traumatische Hirnschädigung zeige sich nicht. Trotz Neufeststellung einer kleinen venösen Entwicklungsanomalie bestünden keine Hinweise für ein epileptisches Erkrankungsgeschehen. Seit dem Bewusstlosigkeitsereignis 2009, das am ehesten vasovagal zu bewerten sei, sei es nicht neuerlich zu Bewusstlosigkeiten gekommen. Zeichen eines stattgehabten Blutabganges aus der venösen Fehlbildung seien bildmorphologisch nicht festgestellt worden. Die venöse Veränderung sei als asymptomatischer Zufallsbefund zu bewerten.

Die von der Beschwerdeführerin angegebenen Rückenschmerzen und sensomotorischen Störungen im Bereich der Beine beruhten auf einer LWS-Degeneration, die bildmorphologisch gesichert sei und zwei Mal operativ behandelt worden sei. Im Oktober 2010 sei eine Dekompression, Diskektomie und Repositionsspondylodese mit Instrumentation bei degenerativer Spinalkanalstenose LWK3/4 bei degenerativer Skoliose durchgeführt worden. Zunächst seien keine neurologischen Ausfälle mitgeteilt worden, sondern im Bericht vom 4. Oktober 2010 lediglich belastungsabhängige Gefühlsstörungen am linken Bein. Später sei allerdings doch ein leichtes Taubheitsgefühl am linken Bein berichtet worden (Bericht Dr. M. ___ vom 19. Mai 2011). Im weiteren Verlauf seien durch die C. ___ am 6. September 2011 lediglich Reflexanomalien festgestellt worden, später durch den Neurologen Dr. N. ___ am 10. Dezember 2011 eine diffuse Sensibilitätsminderung am linken Bein mit Betonung durch eine leichte Ausfallssymptomatik S1 links, jedoch mit Besserungstendenz der sensiblen Störung S1 links bei der Nachuntersuchung vom 28. März 2012. Aktuell würden am linken Bein diffuse sensible Störungen mit strumpfförmiger Verteilung und mit einer lokalen Betonung im distalen sensiblen Wurzelbereich L5 links und dem des R. infrapatellaris links berichtet. Die strumpfförmig verteilten sensiblen Störungen am linken Bein seien somatisch nicht zu erklären, da sie über alle Dermatome- und Nervengrenzen hinweggingen und auch nicht zentralnervös zu erklären seien. Funktionelle Auswirkungen hätten sie und auch die in den Arealen distal L5 und R. infrapatellaris links etwas betonten sensiblen Störungen nicht, da sie nicht mit neuropathischen Schmerzen verbunden seien. Motorische Schäden lumbaler Nervenwurzeln bestünden nicht, da alle Fuss- und Beinmuskeln beidseits den normalen Kraftgrad M5 erreichten. Eine somatische Ursache für die bei der Untersuchung vorgeführte Stand- und Gangunsicherheit unter erschwerten Bedingungen sei nicht festzustellen gewesen. Über eine vermehrte Sturzneigung sei bislang auch nicht berichtet worden. Die Beschwerdeführerin sei auch ohne abstützende Hilfsmittel zur Untersuchung gekommen. Es lägen keine Zeichen einer peripheren Ataxie oder einer Schädigung der Labyrinthorgane und keine Störungen der Hirnstamm- oder Kleinhirnfunktion vor. Auffällig sei nur ein Tremor beim Halten der Beine beim Beginn des Zeigeversuches gewesen. Dieser Tremor sei eher irregulär gewesen und habe intendiert gewirkt. Mit letzter Sicherheit sei aber ein positionsspezifischer Tremor, der der Gruppe der idiopathischen Tremores zugehöre, nicht auszuschließen. Dadurch und auch im Hinblick auf die körperliche Gesamtsituation sei von Tätigkeiten mit erhöhten Anforderungen an das Gleichgewicht, insbesondere dem Ersteigen von Leitern, abzuraten. Da zeitweise eine medulläre Signalveränderung in Höhe BWK8 festgestellt worden sei und auch im MRI des Schädels Glioseherde vorlägen, sei nochmals mit dem aktuellen MRI des Schädels in

Richtung einer Multiplen Sklerose untersucht worden, für die sich aber – entsprechend dem klinischen Untersuchungsbefund – bildmorphologisch keine Hinweise feststellen liessen, da die Glioseherde keinen entzündlichen Aspekt hätten und keine Veränderung im Verlauf zeigten (Urk. 7/105 S. 35 ff.).

Med. prakt. O.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt fest, aus psychiatrischer Sicht erscheine eine diagnostische Einordnung der bei der Beschwerdeführerin vorliegenden psychischen Störung nicht einfach. Vor dem Hintergrund der ausführlichen Exploration und Untersuchung sowie des erhobenen psychischen Befundes stelle sich dar, dass eine dysthyme depressive Störung bestehe, die jedoch deutlich larviert und überlagert sei, so dass man leicht zu der Diagnose Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion mit Übergang in eine chronisch depressive Verstimmtheit kommen könne, wie dies Dr. P.____ im psychiatrischen Gutachten vom 3. September 2014 gemacht habe. Beim Studium der Aktenlage falle auf, dass bereits zuvor, aktenkundig nach dem Unfall vom 20. Juni 2005, psychiatrische Diagnosen wie etwa eine reaktive Anpassungsstörung in einem Arztbericht der L.____ vom 31. Januar 2006 angeführt worden seien. Damals sei die Beschwerdeführerin bereits mit einem trizyklischen Antidepressivum, das leider nicht genauer benannt worden sei, behandelt worden. Es sei berichtet worden, dass eine deutliche Überforderung und Erschöpfung bestanden habe. Weiter sei in einem Arztbericht vom 12. März 2008 von Dr. Q.____ die Diagnose reaktive Anpassungsstörung gestellt und beschrieben worden, dass bereits eine psychiatrische Behandlung bestanden habe. In einem Therapiebericht vom 12. März 2008 sei die Diagnose leichte depressive Episode gestellt worden, so dass anzunehmen sei, dass schon im Vorfeld zumindest „unterschwellig“ depressive Symptome bestanden hätten. Bei der genauen Exploration der Vorgeschichte stelle sich dar, dass bereits vor dem bezeichneten Zeitraum Mai 2005 zumindest depressive dysthyme Einsprengsel bestanden hätten. Diese schienen sich weiter verfestigt zu haben, so dass neben der Diagnose der Dysthymie auch die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung (sonstige rezidivierende depressive Störungen F33.8 ICD-10) im Sinne einer Erschöpfungsdepression zu stellen sei. Es dürften sich neben der ausgebildeten Dysthymie, der anhaltenden affektiven Störung (Dysthymie) immer wieder Phasen mit depressiven Einbrüchen eingestellt haben, die jedoch larviert gewesen zu sein schienen. Daneben sei vor dem Hintergrund des persistierenden Schmerzes und den damit verbundenen Beschwerden und Einschränkungen auch an der Teilhabe, die Diagnose einer undifferenzierten Somatisierungsstörung (F45.1 ICD-10) zu stellen. Hier zeige sich, dass die körperlichen Beschwerden zahlreich, unterschiedlich und hartnäckig seien, aber nicht dem vollständigen und dem typischen Bild einer ausgeprägten Somatisierungsstörung entsprächen. Mit den beiden Diagnosen, insbesondere mit der Diagnosestellung einer rezidivierenden depressiven Störung werde über die zuvor bestehenden Diagnosen hinausgegangen. Dies erscheine jedoch aus dem beschriebenen Bild, dem erhobenen Befund und der Krankengeschichte ableitbar, wenngleich die Beschwerden mit einer Verdeutlichungstendenz psychogen, konversionsneurotisch geschildert würden und auch eine laienätiologische Deutung erfahren würden, trotz der zu erwartenden Vorkenntnisse der Beschwerdeführerin als Physiotherapeutin. Es handle sich um eine larvierte depressive Symptomatik, vielleicht vor dem Hintergrund einer Alexithymie bei langjähriger Überforderung, auch wenn sich diese psychodynamisch aus der Biographie nicht sofort und ganz offensichtlich ableiten lasse. Die Diagnose der behandelnden Psychiaterin Dr. R.____ in ihrem Befund vom 4. Juni 2000 (recte: 4. Juni 2015, Urk. 7/78) als andauernde Persönlichkeitsveränderung mit chronischem Schmerzsyndrom F62.8 halte er für sehr unwahr

scheinlich, da die Kriterien wie Belastung mit katastrophalem Ausmass, wobei die Belastung extrem sein müsse, und die weiteren Voraussetzungen in keiner Weise erfüllt würden (Urk. 7/105 S. 37 f.).

Dr. med. S. ____, Facharzt für Innere Medizin FMH, hielt fest, aus inter nistischer Sicht fänden sich ausser einer seit ca. 2011 bekannten und medika mentös therapierten arteriellen Hypertonie keine Diagnosen und keine Funktions ausfälle (Urk. 7/105 S. 38).

Zur Befundkonsistenz wurde festgehalten, die Beschwerdeführerin gebe eine sehr aktive Behandlungsaktivität an. Auch würde sie sich bemühen, in Eigenregie ihre gesundheitliche Situation zu verbessern und nehme auch Extrabehandlungen wahr. Sie setze ihr regelmässiges Gymnastikprogramm fort, betreibe in Eigenregie Fitnessübungen und erhalte spezielle Massagearten. Dagegen zeige sich bei der Anamneseerhebung und auch im Rahmen der Untersuchung eine erhebliche Schmerzempfindlichkeit, die in diesem Ausmass nicht nachvollzogen werden könne . Auch die Funktionseinschränkungen, speziell in der Halswirbelsäule, seien nur zum Teil nachvollziehbar. Eine Überbewertung ihrer Schmerzsymptomatik und Funktionseinschränkung könne anhand des orthopädischen Befundes nicht ausgeschlossen werden. Auch bestehe ein Widerspruch zur angegebenen Aktivi tät. Die psychiatrische Behandlung und vielfältige Therapieversuche wie die Einnahme von Analgetika, einem Antidepressivum wie auch die Durchführung schmerztherapeutischer Massnahmen, Dorntherapie, Akupunktur, verschiedener physiotherapeutischer Verfahren und einer Triggerpunktbehandlung hätten zu keiner Besserung des Zustandes geführt, so dass bei guter Mitarbeit und Moti vation zur Wiedereingliederung von einem Scheitern gesprochen werden könne. Es bestehe auch ein sozialer Rückzug, wenn auch nicht ein völliger, sondern eine Aufgabe in bestimmten sozialen Bereichen und eine Minderung der sozialen Kontakte . Von Seiten der Komorbidität sei schwierig festzustellen, ob zunächst eine depressive Störung schon über Jahre larviert im Vorfeld bestanden habe oder ob die Schmerzstörung auch nochmals die depressive Verstimmung verstärkt habe. Zum heutigen Zeitpunkt bestünden die beiden Diagnosen überwiegend wahr scheinlich parallel. Die Beschwerdeführerin bewältige ihren Alltag alleine , indem sie dies sich selbst einteilen könne und glaubhaft auch unter ständig bestehenden Beschwerden. Insgesamt erscheine hier glaubhaft eine Einschrän kung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen gleichmässig zu bestehen. Allerdings spreche die Untersuchung der Serumkonzentrationen der von der Beschwerdeführerin angegebenen antidepressiven und analgetischen Medi kation gegen eine regelmässige Einnahme in der von der Beschwerdeführerin angegebenen Dosierung. Dies dürfe als eine Realitätsverfälschung auf gefasst werden und sei als Inkonsistenz zu bewerten. Hieraus müsse denn auch ein geringer Leidensdruck abgeleitet werden. Im Rahmen der neurologischen Unter suchung sei die Beschwerdedarstellung durch die Beschwerdeführerin ausse r ordentlich vage und kaum zu fassen beziehungsweise nicht in gängige medi zinische Störmuster einzuordnen gewesen. Es sei auch aufgefallen, dass spontan nur wenige Symptome berichtet worden seien und schlagwortartig medizinische Diagnosen wie „Migränekopfschmerzen" oder „Nervenschmerzen" genannt worden seien. Auffällig sei eine inhaltliche Denkfixierung auf die Schmerzsymptomatik gewesen, die ausserordentlich umfangreich geschildert worden sei und auf die die Beschwerdeführerin auch dann rasch gekommen sei, wenn andere Themenkom plexe bearbeitet worden seien. Die neuroorthopädische Untersuchung sei nicht möglich gewesen, da die Beschwerdeführerin über ihren Rechtsvertreter habe mit teilen lassen, dass die

orthopädische Untersuchung zu einer gravierenden Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes geführt habe, was letztlich als gravierende Befundinkonsistenz gewertet werden müsse, da sich die beschriebenen Auffälligkeiten als maximal gesteigerte Waddellzeichen hätten interpretieren lassen und sich somatische Ursachen der Kopfschmerzen auch beim aktuellen Schädel-MRI nicht feststellen liessen. Angaben einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes durch eine klinische Untersuchung würden immer wieder bei Begutachtungssituationen geäußert, seien jedoch im klinischen Alltag kaum je anzutreffen. Die neurologische Untersuchung habe sich weniger problematisch gestaltet, sei aber durch Verdeutlichungstendenzen im Rahmen der Untersuchungssituation gekennzeichnet gewesen. Es hätten sich unangemessene Schmerzbekundungen gefunden. Zudem sei eine Rumpfunstabilität vorgeführt worden, wobei sich die Beschwerdeführerin selbst bei der Prüfung des Fersen- und Zehengangs an der Untersuchungsfläche abstützen müsse, obwohl sie im Alltag normal gehe und auch keine Hilfsmittel wie Gehstützen verwenden müsse. Sie könne sogar zu Fuss kleinere Einkäufe erledigen mittels Einkaufswagen oder Rucksack zur Gewichtsentslastung. Eine wesentliche Sturzneigung komme im Alltag nicht vor. Insgesamt falle ein Bemühen in der Darstellung körperlicher Defizite auf, die sich so aber nicht objektivieren liessen. Von der Ausprägung her handle es sich nicht nur um ein leicht hinweisend-verteufelndes Verhalten, sondern doch um Aggravation. Inkonsistenzen fielen auch bei der Labordiagnostik auf. Die Wirkspiegel der zur Schmerztherapie rezeptierten Medikamente Duloxetin, Paracetamol, Ibuprofen und Oxycodon hätten trotz Angabe einer Zunahme der Schmerzsymptomatik unterhalb des untersten Wirkspiegels gelegen (Urk. 7/105 S. 38).

In Bezug auf die interdisziplinäre Beurteilung der Arbeitsfähigkeit wurde ausgeführt, die Beschwerdeführerin habe den Beruf einer Physiotherapeutin sowie Hörgeräte-Akustikerin erlernt und zuletzt eine Bürotätigkeit ausgeübt. Anhand des orthopädischen Befundes sei die Tätigkeit als Physiotherapeutin, die zu einer teilweise starken Belastung der Wirbelsäule führen könne, nicht mehr möglich. Auch die Tätigkeit als Aussendienstmitarbeiterin, bei der sie sehr viel mit dem PKW unterwegs gewesen sei, könne nicht mehr in vollem Masse ausgeführt werden. Eine Bürotätigkeit, die nur im Sitzen ausgeführt werde, sei ebenfalls als problematisch anzusehen. Sie komme aber am ehesten ihren gesundheitlichen Einschränkungen entgegen und dürfe im Wechsel zwischen Gehen, Sitzen, Stehen weiterhin möglich sein, zumal bei dieser Tätigkeit keine schweren Gegenstände gehoben und getragen werden müssten. Eine Bürotätigkeit erlaube auch Erholungs- und Belastungsphasen, die wegen der deutlichen degenerativen Veränderungen zugestanden werden müssten. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Büroassistentin sei eine teilweise Arbeitsfähigkeit möglich. Die Tätigkeit entspreche schon teilweise einer Verweistätigkeit. Als Büroassistentin sei, wie bereits im letzten orthopädischen Gutachten festgehalten, eine 70%ige Arbeitsfähigkeit mit einer ganztägigen Arbeitspräsenz und einer um 30% reduzierten Leistungsfähigkeit zumutbar. In einer gut angepassten Verweistätigkeit bestehe eine 90%ige Arbeitsfähigkeit mit ganztägiger Arbeitspräsenz und einer um 10% reduzierten Leistungsfähigkeit mit Einschluss von kleineren Erholungs- und Gymnastikphasen in dieser Tätigkeit. Im Rahmen dieser Beschäftigung sollten die im Fähigkeitsprofil beschriebenen Einschränkungen berücksichtigt werden. Aus neurologischer Sicht ergäben sich keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit aufgrund der Diagnosen. Auch aus internistischer Sicht lägen keine Befunde bzw. Diagnosen mit versicherungsmedizinischer Relevanz für die Arbeitsfähigkeit vor (Urk. 7/105 S. 39 ff.).

Die Beschwerdeführerin sei in der Lage, leichte Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Gewichten bis zu 10 kg in rügensschulgerechter Haltung, in gut temperierten Räumen, im Wechsel zwischen Gehen, Sitzen und Stehen ohne Zeitdruck und mit Erholungsphasen für Gymnastik und Entspannung zu verrichten. Vermieden werden sollten mittelschwere und schwere Tätigkeiten, das Heben und Tragen von Gewichten über 10 kg ausserhalb des Körperlotes, ständige Zwangshaltungen, häufige Vibrationen sowie ruckartige plötzliche Bewegungen, verstärktes Rumpfbeugen und -drehen, Überstreckungen sowie Kälte- und Nässeexposition und Zugluft. Ausserdem sollten verstärkte Überkopfarbeiten und vermehrtes Besteigen von Leitern und Treppen nicht zugemutet werden. Insgesamt sollten nur Arbeiten ohne wesentliche Stressoren, nur mit eingeschränktem Publikumsverkehr, ohne Druck und ohne besondere Anforderung an die Flexibilität und das Umstellungsvermögen ausgeführt werden. Die Beschwerdeführerin sollte sich ihr Arbeits tempo bzw. ihren Arbeitsrhythmus selbst einteilen können und ein über das betriebliche Mass hinausgehendes Einlegen von Pausen sollte möglich sein. Überwachungstätigkeiten auch für Dritte sowie Schichtarbeit oder Nacharbeit könne die Versicherte nicht mehr ausführen. Der Arbeitsrhythmus dürfe auch nicht von Maschinen vorgegeben sein. Die frühere Tätigkeit als Physiotherapeutin sei aufgrund der verminderten Rückenbelastbarkeit nicht mehr möglich. Hinsichtlich der Tätigkeit als Hörgeräte-Akustikerin und als Büroassistentin ergäben die objektiven Befunde im Konsens auf orthopädischem und psychiatrischem Fachgebiet eine integrale Arbeitsfähigkeit von 70 %. In einer angepassten Verweistätigkeit werde der objektive Befund durch das psychiatrische Fachgebiet dominiert mit einer integralen Arbeitsfähigkeit von 70 % seit Januar 2014. In dieser Beurteilung sei die geringe Minderung der Arbeitsfähigkeit um 10 % auf orthopädischem Gebiet mit integriert (Art. 7/105 S. 43 f.).

Hinsichtlich der retrospektiven Bewertung der Arbeitsfähigkeit wurde festgehalten, auf orthopädischem Gebiet habe aufgrund der Befunde wegen der operativen Konsequenz einschliesslich des Muskelfaserrisses am 13. Mai 2011 vom 17. August 2010 bis 30. Juni 2011 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten und einer Verweistätigkeit bestanden. Ebenso habe aufgrund des zweiten operativen Eingriffes vom 18. Juni 2013 bis 31. Dezember 2013 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vorgelegen. Aus neurologischer Sicht ergäben sich auch retrospektiv keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit mit Ausnahme des Zeitraumes nach HWS-Distorsion ab dem 20. Mai 2005 maximal für die Dauer eines halben Jahres mit einer Arbeitsfähigkeit von zunächst 0 % langsam ansteigend auf 100 %. Eine kurze Arbeitsunfähigkeit habe in jeglicher Tätigkeit auch nach der Myelographie vom 29. November 2011 wegen Auftretens eines Postmyelographiesyndroms beziehungsweise Liquorunterdrucksyndroms bestanden. Hierfür könne ein Zeitraum von maximal 14 Tagen kalkuliert werden. Auf psychiatrischem Fachgebiet sei der Aktenlage nicht klar zu entnehmen, zu welchem Zeitpunkt und mit welcher Diagnose die Beschwerdeführerin arbeitsunfähig gewesen sei. Es sei anzunehmen, dass im Verlauf der Krankengeschichte Einbrüche bestanden hätten, so dass zeitweise eine (Teil-)Arbeitsunfähigkeit bestanden habe. Aus psychiatrischer Sicht sei anzunehmen, dass tatsächlich ab 2009 eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit, aber auch der zeitlichen Präsenz, bestanden habe. Ab April 2014, mit der Aufgabe der letzten ausgeübten Tätigkeit, hätten wohl rezidivierend Arbeitsunfähigkeitszeiten bestanden, die sich im Einzelnen nicht mehr darstellen liessen (Urk. 7/105 S. 44). 4.2.3

Dr. med. T.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in ihrer Stellungnahme zum psychiatrischen Gutachten vom 30. Mai 2016 fest, Dr. O.____ stelle die von ihr gestellte Diagnose einer andauernden Persönlichkeitsstörung F62.8 in Frage. In der Definition des ICD-10 werde nicht erwähnt, dass die Belastung von katastrophalem Ausmass sein müsse. Es sei bekannt, dass die vorbestehende Persönlichkeitsstruktur bestimmend sei, wie traumatisierend Ereignisse erfahren und verarbeitet würden. Dies gelte auch bei der Verarbeitung und dem Umgang mit chronischen Schmerzen. Die jahrelangen Schmerzen, welche die Beschwerdeführerin mit ausgeprägter Willensanstrengung zu kompensieren versucht habe, führten zur beschriebenen Persönlichkeitsänderung. Das Leiden der Beschwerdeführerin sei offensichtlich und es sei unvorstellbar, dass sie 70 % arbeitsfähig sei. Aufgrund der psychiatrischen Diagnose und der Befunde, welche eine andauernde Veränderung in der Wahrnehmung, im Denken und Verhalten bestätigten, betrage die Arbeitsunfähigkeit 70 % in angepasster Tätigkeit (Urk. 7/110). 4.2.4

Dr. med. M.____, Fachärztin für Innere Medizin FMH, hielt in ihrem Bericht vom 7. Juli 2016 zuhanden des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin fest, die Beschwerdeführerin habe trotz allen Operationen immer noch subjektive Schmerzen im Rücken, diffuse muskuläre Schmerzen und Gelenkschmerzen. Die Schmerzen seien kompatibel mit den chirurgischen Eingriffen und aufgrund dessen sei sie weiterhin arbeitsunfähig in angestammter sowie auch in angepasster Tätigkeit. Der aktuelle klinische Zustand zeige, dass sie nicht länger als 15 Minuten sitzen oder stehen könne. Sie müsse immer wieder die Position wechseln (Urk. 7/111). 4.2.5

Am 21. Juli 2016 wurde ein CT der Lendenwirbelsäule durchgeführt. Dieses ergab intaktes Osteosynthesematerial, eine regelrechte anatomische Lage der Pedikelschrauben, eine deutliche Saumbildung um die Schrauben in L5 beidseits, verdächtig auf eine Schraubenlockerung, kein Anhalt für eine Nervenwurzelkompression intraforaminal, rezessal oder intraspinal (Urk. 7/118). 4.2.6

Am 20. September 2016 erfolgte bei Schraubenlockerung L5 mit bewegungsabhängigen Lumbalgien eine Osteosynthesematerialentfernung lumbal und eine Stabilitätsprüfung in der D.____ (Urk. 3/5a). 4.2.7

Im Bericht von Dr. med. U.____, Rheumatologie FMH, Physikalische Medizin FMH, vom 10. November 2017 wurde die Diagnose Systemischer Lupus erythematoses ED 2017 gestellt (Urk. 13). 5.

5.1

Entgegen der in der Beschwerde vertretenen Auffassung vermag das polydisziplinäre Medas-Gutachten vom 30. Mai 2016 zu überzeugen. Es erfüllt die recht sprechungsgemäss erforderlichen Kriterien für beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen (vgl. E. 1.5). Es ist für die streitigen Belange umfassend, beruht auf fachärztlichen Untersuchungen durch die Gutachter und wurde in Kenntnis der relevanten Vorakten abgegeben. Es würdigt die vorhandenen Arztberichte sorgfältig, berücksichtigt die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden und setzt sich mit diesen hinreichend auseinander. Die Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ist einleuchtend und die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar und begründet.

Das Medas-Gutachten wurde am 30. Mai 2016 von allen Teilgutachtern unterzeichnet (Urk. 7/105 S. 3). Es ist nicht ersichtlich, inwiefern ein formeller Mangel darin bestehen

soll, dass die einzelnen fachärztlichen Einschätzungen nicht nochmals separat unterzeichnet wurden, wie dies die Beschwerdeführerin geltend macht (Urk.1 S. 5). Die Untersuchungen in den einzelnen Fachbereichen, auf welche sich das Gutachten bezieht, werden auf der den Unterschriften voran gehenden Seite erwähnt und es wird ausdrücklich festgehalten, dass das Gutachten nach einem Konsensgespräch erstellt worden ist (Urk. 7/105 S. 2). Es steht somit fest, dass die Beurteilung von allen Teilgutachtern geteilt wird. 5.2

In somatischer Hinsicht geht aus dem Gutachten hervor, dass erhebliche degenerative Veränderungen im Bereich der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule bestehen. Die Segmente L2-L5 seien versteift. Die Spondylodese sei knöchern konsolidiert. Es bestünden deutliche Funktionseinschränkungen der Lendenwirbelsäule. Radiologisch zeigten sich Hinweise auf mögliche Affektionen einiger Nervenwurzeln in der Hals- wie in der Lendenwirbelsäule (Urk. 7/105 S. 34 f.). Die von der Beschwerdeführerin angegebenen Rückenschmerzen und sensomotorischen Störungen im Bereich der Beine beruhten auf einer LWS-Degeneration, die bildmorphologisch gesichert und zwei Mal operativ behandelt worden sei. Die von der Beschwerdeführerin berichteten strumpfförmig verteilten sensiblen Störungen am linken Bein seien somatisch nicht zu erklären, da sie über alle Dermatomen- und Nervengrenzen hinweggingen und auch nicht zentralnervös zu erklären seien. Funktionelle Auswirkungen hätten sie und auch die in den Arealen distal L5 und R. infrapatellaris links etwas betonten sensiblen Störungen nicht, da sie nicht mit neuropathischen Schmerzen verbunden seien. Motorische Schäden lumbaler Nervenwurzeln bestünden nicht, da alle Fuss- und Beinmuskeln beidseits den normalen Kraftgrad erreichten. Die von der Beschwerdeführerin angegebene Schmerzintensität könne aufgrund von Befundinkonsistenzen nicht linear übernommen werden (Urk. 7/105 S. 36). Soweit die Beschwerdeführerin Inkonsistenzen bestreitet, ist darauf hinzuweisen, dass trotz der subjektiv als häufig sehr stark berichteten Schmerzen die Wirkspiegel von Duloxetin, Oxydon, Paracetamol und Ibuprofen im Zeitpunkt der Begutachtung unterhalb des untersten Wirkungsbereiches gelegen haben. In der Untersuchungssituation sind zudem Verdeutlichungstendenzen aufgefallen. So wiesen die Gutachter auf unangemessene Schmerzbekundungen, ein Bemühen in der Darstellung körperlicher Defizite, die sich nicht objektivieren lassen und maximal gesteigerte Waddell Zeichen hin (Urk. 7/105 S. 38 f.).

Die Beschwerdeführerin macht geltend, die Medas F.____ missachte den MR-Befund vom 15. April 2015 (Urk. 1 S. 13). Im Gutachten wird diesbezüglich ausgeführt, im MRI der gesamten Wirbelsäule vom 15. April 2015 zeige sich eine leichte Progression mit nunmehr auch degenerativen Veränderungen HWK2/3, HWK3/4, HWK4/5 und HWK5/6 sowie HWK6/7. Denkbar sei eine Kompromittierung von Nervenwurzeln für C4 links, C5 rechts und C6 beidseits, wobei sich klinisch-neurologisch keine Zeichen der Kompromittierung dieser zervikalen Nervenwurzeln zeigten. Die Beschwerdeführerin gebe nämlich weder typische radikuläre Schmerzen an den Armen noch sensible und motorische Ausfälle an (Urk. 7/105 S. 35). Inwiefern diese Beurteilung tendenziös sein soll, ist nicht nachvollziehbar. Auch kann dem neurologischen Experten nicht unterstellt werden, er würde Befunde unterschlagen, wenn er zum Schluss gelangt, dass sich gewisse bildgebend erhobene Befunde klinisch-neurologisch nicht auswirken.

Auch die weiteren im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichten Berichte, soweit sie sich auf den Sachverhalt vor der angefochtenen Verfügung beziehen, vermögen die Beurteilung der Gutachter nicht zu entkräften. So begründet Dr. M.____ in ihrem Bericht

vom 7. Juli 2016 die attestierte Arbeitsunfähigkeit lediglich mit den subjektiven Schmerzangaben der Beschwerdeführerin (Urk. 7/111). Auch die von Dr. V. ___ am 10. November 2017 gestellte Diagnose Systemischer Lupus erythematoses ändert an der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nichts, zumal gemäss Dr. V. ___ im Zeitpunkt der Diagnosestellung eine niedrige Aktivität der Erkrankung bestand und die eingeleitete medikamentöse Behandlung bereits zu einer deutlichen Besserung der Beschwerden führte (vgl. Urk. 13). Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit wurde von Dr. V. ___ nicht postuliert (Urk. 13). Im Übrigen war die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der Begutachtung nicht in rheumatologischer Behandlung und machte auch keine Beschwerden geltend, die eine rheumatologische Abklärung als notwendig erscheinen liessen. Entsprechend bestand – entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 13) – auch kein Anlass für eine rheumatologische Begutachtung.

Was das Leistungsvermögen der Beschwerdeführerin in physischer Hinsicht angeht, legen die Gutachter einleuchtend dar, in einer gut angepassten Tätigkeit bestehe eine weitgehende Arbeitsfähigkeit, wobei Möglichkeiten für kurze Erholungsphasen gegeben werden sollten. Es ergebe sich für eine Verweistätigkeit eine 90%ige Arbeitsfähigkeit mit einer ganztägigen Arbeitspräsenz und mit einer um 10 % reduzierten Leistungsfähigkeit (Urk. 7/105 S. 31). 5.3

5.3.1

Aus psychiatrischer Sicht geht aus dem Gutachten hervor, dass die Beschwerdeführerin an einer Dysthymie, einer rezidivierenden depressiven Störung im Sinne einer Erschöpfungsdepression sowie einer undifferenzierten Somatisierungsstörung leidet. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit hält der Gutachter fest, die Beschwerdeführerin sei auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur noch eingeschränkt arbeitsfähig. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Büroassistentin dürfe als angepasste Tätigkeit betrachtet werden. Insgesamt sollten nur Arbeiten ohne wesentliche Stressoren, nur mit eingeschränktem Publikumsverkehr, ohne Druck und ohne besondere Anforderung an die Flexibilität und das Umstellungsvermögen ausgeführt werden. Die Beschwerdeführerin sollte ihr Arbeitstempo und ihren Arbeitsrhythmus selbst einteilen können und ein über das betriebliche Mass hinausgehendes Einlegen von Pausen sollte möglich sein. Überwachungstätigkeiten auch für Dritte sowie Schichtarbeit oder Nacharbeit könne sie nicht mehr ausführen. Der Arbeitsrhythmus dürfe auch nicht von Maschinen vorgegeben sein. Der Gutachter kommt zum Schluss, dass in der angestammten sowie in einer angepassten Tätigkeit – in Übereinstimmung mit dem Gutachten vom 4. November 2014 – eine Arbeitsfähigkeit von 70 % besteht (Urk. 7/105 S. 57 f.). Aus interdisziplinärer Sicht ergäben die objektiven Befunde auf orthopädischem und psychiatrischem Fachgebiet hinsichtlich der Tätigkeiten als Hörgeräte-Akustikerin und als Büroassistentin eine integrale Arbeitsfähigkeit von 70 % (Urk. 7/105 S. 43).

Zur Divergenz der Beurteilung von Gutachter O. ___ einerseits und der behandelnden Psychiaterin Dr. R. ___ andererseits ist vorab festzuhalten, dass eine psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte *lege artis* vorgegangen ist. Daher und 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 vorgängig geäußerten abweichenden Auffassungen festhalten. Anders verhält es sich hingegen, wenn die behandelnden Ärzte objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorbringen, welche im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung unerkannt geblieben und die geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (Urteil des Bundesgerichts 8C_694/2008 vom 5. März 2009 E. 5.1 mit Hinweis). Solche ergeben sich aus den Berichten von Dr. R.____ indessen nicht. In Bezug auf die von Dr. R.____ gestellte Diagnose einer andauernden Persönlichkeitsänderung (ICD 10 F62.8) führt der psychiatrische Gutachter aus, dass er diese für sehr unwahrscheinlich halte, da die Kriterien wie Belastung mit katastrophalem Ausmass, wobei die Belastung extrem sein müsse, und die weiteren Voraussetzungen in keiner Weise erfüllt seien (Urk. 7/107 S. 38). Die Beschwerdeführerin bringt diesbezüglich vor, dies treffe für F62.0, nicht aber für F62.8 zu (Urk. 1 S. 16). Der Einleitung zu F62 ist zu entnehmen, dass es sich um Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen handelt, die sich bei Personen ohne vorbestehende Persönlichkeitsstörung nach katastrophaler oder extrem anhaltender Belastung entwickelt haben oder nach schwerer psychiatrischer Krankheit (Dilling/Mombour/Schmidt[Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, Kapitel V (F), 10. Auflage 2015, S. 285). Insofern ist mit dem Gutachter O.____ sowie dem Vorgutachter Dr. P.____ davon auszugehen, dass diese Voraussetzung für sämtliche Störungen, die unter F62 fallen, gegeben sein muss. Ausserdem ist fraglich, ob die weiteren Voraussetzungen erfüllt sind. Im Hinblick auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ist das Vorliegen dieser Diagnose jedoch ohnehin nicht entscheidend, sondern es stellt sich vielmehr die Frage, ob eine ressourcenhemmende Persönlichkeitsstruktur vorliegt, was auch von Dr. R.____ nicht beschrieben wird. Ihre Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit begründet sie denn auch zum Teil mit somatischen Beschwerden und stützt sie im Übrigen vorwiegend auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin (Urk. 7/78, Urk. 7/84 und Urk. 7/110). Mit der Argumentation des Gutachters setzt sie sich nicht auseinander, sondern bestreitet lediglich pauschal dessen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit. Damit vermag sie das Gutachten nicht in Frage zu stellen. 5.3.2

Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen (E. 7.2; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.1). Entscheidend ist dabei, unabhängig von der diagnostischen Einordnung des Leidens, ob es gelingt, auf objektivierter Beurteilungsgrundlage den Beweis einer rechtlich relevanten Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu erbringen, wobei die versicherte Person die materielle Beweislast zu tragen hat (BGE 143 V 409 E. 4.5.2 unter Hinweis auf BGE

141 V 281 E. 3.7.2 ; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V

281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - 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 Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_604/2 017 vom 15. März 2018 E. 7.4).

Die medizinischen Akten, insbesondere die Expertise vom 30. Mai 2016, erlauben eine schlüssige Beurteilung gestützt auf die massgebenden Standardindikatoren. Eine Ergänzung des medizinischen Sachverhalts erübrigt sich daher. 5.3.3

Der Gutachter beschreibt eine dysthyme depressive Störung bei langjähriger Überforderung, die deutlich larviert und überlagert ist, sowie eine undifferenzierte Somatisierungsstörung. Eine schwere Ausprägung der Störung

liegt somit nicht vor.

Weitere wichtige Indikatoren für die Ermittlung der Schwere eines Gesundheitsschadens sind Verlauf und Ausgang von durchgeführten Therapien. Scheitern *lege artis* und mit optimaler Kooperation durchgeführte Therapien, deutet dies auf eine negative Prognose hin

(vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2). Der Gutachter geht aufgrund der vielfältigen Therapieversuche bei guter Mitarbeit von einem Scheitern aus (Urk. 7/105 S. 28). Die Beschwerdeführerin hat zwar die notwendigen Therapien wahrgenommen, die von ihr angegebene antidepressive und analgetische Medikation hat sie jedoch nicht regelmässig oder nicht in der angegebenen Dosierung eingenommen (vgl. Urk. 7/105 S. 55). Eine Überbetonung, eine Aggravationstendenz und Hinweise auf eine Realitätsverfälschung beeinträchtigen zudem die Therapieadhärenz (Urk. 7/105 S. 48). Unter diesen Umständen kann nicht von einer Therapieresistenz ausgegangen werden.

Hinsichtlich der Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge

der psychischen Störung zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen (Indikator „Komorbiditäten“) ist festzuhalten, dass Störungen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht fallen, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist (BGE 143 V 418 E. 8.1). Der Gutachter geht davon aus, dass die Diagnose einer depressiven Störung und diejenige einer Schmerzstörung parallel bestehen (Urk. 7/105 S. 38). Neben den psychiatrischen Diagnosen ist den somatischen, die immerhin eine Arbeitsunfähigkeit von 10 % bewirken, Rechnung zu tragen. Der Gutachter weist darauf hin, dass die Überbetonung und die Aggravationstendenzen, die sich auch in der psychiatrischen Diagnose einer undifferenzierten Somatisierungsstörung widerspiegeln, die orthopädischen Gesundheitsprobleme ungünstig beeinflussen und negative Auswirkungen in alle Lebensbereiche haben und die Ressourcen und Fähigkeiten begrenzen (Urk. 7/105 S. 47).

Es bestehen keine Hinweise auf strukturelle Defizite im Sinne einer Persönlichkeitsstörung (Komplex „Persönlichkeit“, vgl. BGE 141 V 281

E. 4.3.2).

Der Gutachter erwähnt lediglich eine primär dysthym strukturierte Persönlichkeit, ohne diese bereits als Persönlichkeitsakzentuierung zu werten (Urk. 7/105 S. 54). Als ressourcenhemmender Faktor fällt diese nicht stark ins Gewicht.

Ein sozialer Rückzug ist zwar vorhanden, jedoch nicht ein völliger, sondern nur in bestimmten sozialen Bereichen sowie eine Minderung der sozialen Kontakte (Urk. 7/105 S. 56). Die Beschwerdeführerin hat aber guten Kontakt zu ihren Eltern und Geschwistern sowie zu Freunden, Kollegen und in der Nachbarschaft (Urk. 7/105 S. 46 und S. 62). Damit enthält der soziale Lebenskontext (Komplex „ sozialer Kontext “ ; vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.3) durchaus Ressourcen , auf die die Beschwerdeführerin zurückgreifen kann .

Gemäss dem Gutachten besteht eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (Urk. 7/105 S. 38). Es sind allerding noch Aktivitäten vorhanden. So erledigt die Beschwerdeführerin Haushaltsarbeiten, geht einkaufen, nimmt Termine wahr und besucht ihre Eltern, Geschwister und Freunde (Urk. 7/105 S. 53 und S. 62). Der Antrieb ist nicht reduziert und die Motivation ist vorhanden (Urk. 7/105 S. 54). Es wird auf eine Überbewertung der Schmerzsymptomatik und einen Widerspruch zur angegebenen Aktivität

hingewiesen. Zudem sprechen die Ergebnisse der Laboruntersuchung im Zeitpunkt der Begutachtung gegen eine regelmässige Einnahme der angegebenen antidepressiven und analgetischen Medikation. Dies sei als Realitätsverfälschung aufzufassen und als Inkonsistenz zu bewerten. Hieraus müsse ein geringerer Leidensdruck abgeleitet werden (Urk. 7/105 S. 38). 5.3.4

Unter Berücksichtigung der massgebenden Standardindikatoren ist lediglich von leichten funktionellen Einschränkungen auszugehen und die gutachterliche Einschätzung einer Restarbeitsfähigkeit von 70 % vermag zu überzeugen. 5.4

Gestützt auf das polydisziplinäre Gutachten vom 30. Mai 2016 ist somit mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die Beschwerdeführerin als Hörgeräte-Akustikerin und als Büroassistentin zu 70 % arbeitsfähig ist (vgl. Urk. 7/105 S. 43). 6.

E. 3

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen ist, soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 6.1

Was den umstrittenen Zeitpunkt des Eintritts des Gesundheitsschadens betrifft , ist ebenfalls auf das polydisziplinäre Gutachten vom 30. Mai 2016 abzustellen, wonach die Arbeitsunfähigkeit von insgesamt 30 % seit 2014 besteht (Urk. 7/105 S. 44). Unter Berücksichtigung des E. ___-Gutachtens vom 4. November 2014 ist eine Arbeitsunfähigkeit von 30 % bereits seit 2011 ausgewiesen (Urk. 7/47 S. 38) . Auch wenn es sich dabei um rückblickende Beurteilungen handelt, so wurden sie doch anamnestisch sorgfältig begründet und stimmen mit den vorhandenen

medizinischen Akten überein. Die vorübergehenden Arbeitsunfähigkeiten auf orthopädischem Gebiet infolge Muskelfaserriss und postoperativer Rehabilitation (17. August 2010 bis 30. Juni 2011 und 18. Juni 2013 bis 31. Dezember 2013; Urk. 7/105

S. 44) vermögen am Zeitpunkt des Eintritts des Gesundheitsschadens nichts zu ändern, da sie die für die Begründung eines Anspruches erforderliche Art und Schwere nicht erreichen. Dasselbe gilt für die Arbeitsunfähigkeit aus neurologischer Sicht nach dem Unfall vom 20. Mai 2005, welche für maximal ein halbes Jahr bestand (Urk. 7/105 S. 44). Aus psychiatrischer Sicht wurde im Gutachten vom 4. November 2014 ab Oktober 2011 eine Arbeitsfähigkeit von 70 % attestiert (Urk. 7/47 S. 38). Ob davor längerdauernde Arbeitsunfähigkeiten bestanden haben, und wenn ja aufgrund welcher psychischer Beeinträchtigungen, in welchem Umfang und wie lange, konnte der psychiatrische Gutachter O. ___ retrospektiv aufgrund der Aktenlage nicht beurteilen (Urk. 7/105 S. 57). Die Vermutung, dass bereits früher zumindest unterschwellig depressive Symptome bestanden hätten (Urk. 7/105 S. 37), rechtfertigt die Annahme einer Arbeitsunfähigkeit nicht. Somit sind vor 2011 anspruchsbegründende Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt. Der Einwand der Beschwerdeführerin, dass sie sich bereits 1998 bei der Invalidenversicherung angemeldet habe und diese in ihrer Verfügung vom 18. Mai 1999 festgehalten habe, dass eine gewisse Behinderung vorliege (Urk. 1 S. 6), ändert daran nichts, zumal diese Verfügung einen Leistungsanspruch verneinte und unangefochten in Rechtskraft erwuchs. Eine psychische Erkrankung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurde im Rahmen des damaligen Verfahrens bei der IV-Stelle weder geltend gemacht noch abgeklärt. Damit erweist es sich als unmöglich, den Sachverhalt diesbezüglich retrospektiv zu ermitteln. Die Folgen der Beweislosigkeit hat die Beschwerdeführerin zu tragen.

E. 6.2

Die Beschwerdeführerin macht geltend, sie habe ihre Firma 2007 aus gesundheitlichen Gründen verkauft (Urk. 1 S. 8). Anlässlich des Gesprächs bei der IV-Stelle vom 4. Oktober 2011 gab sie jedoch an, sie habe sich bereits vor Eintritt des Gesundheitsschadens neu orientieren wollen (Urk. 7/11 S. 3). Im Übrigen ist der Verkauf der Firma auch angesichts der Marktmacht der Z. ___ nachvollziehbar. Dass die Beschwerdeführerin vor dem Verkauf der Firma in ihrer Arbeitsfähigkeit erheblich und andauernd eingeschränkt gewesen wäre, erscheint auch deshalb nicht plausibel, da das Einkommen gemäss IK-Auszug in etwa gleichblieb oder sogar anstieg, ohne dass sie geltend machen würde, sie hätte jemanden angestellt. Nach dem Gesagten, ist nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall noch Inhaberin der Einzelfirma Y. ___ wäre. Es ist somit nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin nicht das als selbständig Erwerbstätige, sondern das zuletzt als Angestellte erzielte Erwerbseinkommen beim Einkommensvergleich berücksichtigte.

E. 6.3

Da die Beschwerdeführerin sowohl in ihrer angestammten Tätigkeit als Hörgeräte-Akustikerin wie auch in ihrer bisherigen Tätigkeit als Büroassistentin 70 % arbeitsfähig ist, entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit. Der von der Beschwerdegegnerin ermittelte Invaliditätsgrad von 30 % erweist sich somit als korrekt. Demzufolge hat die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin zu Recht verneint, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 7.

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 900.-- festzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdeführerin aufzuerlegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Thomas Laube -
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 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

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.