

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00643 vom 21. September 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-09-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00643

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00643 du 21 septembre 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00643 del 21 settembre 2018

Erwägungen

E. 1

Die 1972 geborene X.____ war zuletzt als Chef-Dentalassistentin für die A.____ tätig. Am 10. September 2013 (Eingangsdatum) meldete sie sich bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle zum Leistungsbezug an (Urk. 7/1). Diese tätigte in der Folge erwerbliche und medizinische Abklärungen, wobei sie insbesondere das Gutachten vom 15. September 2016 (Urk. 7/61) bei der Medizinischen Abklärungsstelle (MEDAS) B.____ einholte. Nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens (Urk. 7/64, Urk. 7/67) lehnte die IV-Stelle das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 3. Mai 2017 ab (Urk. 2 = [Urk. 7/76]).

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 Sozialversicherungsrechtes, 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

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 unabhängig 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).

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 Aufgabenbereich) 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 fehlenden Leidensdruck zu schliessen ist, wenn die Nichtinanspruchnahme einer empfohlenen und zugänglichen Therapie oder die schlechte Compliance klarerweise 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).

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

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

im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt – was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist –, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; Ulrich Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in: Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.). 2.

E. 2

Gegen diese Verfügung erhob die Versicherte am 2. Juni 2017 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, die Verfügung sei aufzuheben und ihr sei eine ganze Rente zuzusprechen. Eventualiter sei die IV-Stelle zu weiteren Abklärungen zu verpflichten. Die IV-Stelle schloss mit Beschwerdeantwort vom 5. Juli 2017 (Urk. 6, unter Beilage ihrer Akten Urk. 7/1-81) auf Abweisung der Beschwerde. Mit Schreiben vom 23. Juli 2018 (Urk. 9) liess die Beschwerdeführerin eine weitere Stellungnahme sowie zusätzliche medizinische Berichte (Urk. 10/1-4) einreichen.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin erwog in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2), die medizinische Begutachtung habe in somatischer Hinsicht eine Arbeitsfähigkeit von 100 % ergeben. In

psychischer Hinsicht ergebe die medizinische Beurteilung eine (nachvollziehbare) Einschränkung der Leistungsfähigkeit. Rechtlich sei jedoch festzustellen, dass es sich um ein vorübergehendes, gut behandelbares Leiden handle, zu welchem Therapiemöglichkeiten zur Verbesserung des Gesundheitszustandes bestünden und auch indiziert seien. Auch die bislang durchgeführte ambulante Psychotherapie habe zwischenzeitlich zu Fortschritten geführt. Es sei davon auszugehen, dass eine angepasste Tätigkeit zu 100 % zumutbar sei, weshalb kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung bestehe.

E. 2.2

Demgegenüber brachte die Beschwerdeführerin im Wesentlichen vor (Urk. 1), gemäss Rechtsprechung könne nicht ohne Weiteres von einer ärztlichen Beurteilung im Rahmen eines polydisziplinären Gutachtens abgewichen werden. Das Gutachten schliesse auf eine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit von 100 % aus psychiatrischer Sicht und einer solchen von 50 % aus somatischer Sicht, was durch den regionalen ärztlichen Dienst (RAD) wie auch durch die Gutachter des Taggeldversicherers als nachvollziehbar bestätigt werde. Ausserdem sei der alleinige Einfluss der Depression auf die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin bislang nicht geprüft worden, da die Prüfung der chronischen Schmerzstörung bereits zu einer 100%-igen Arbeitsunfähigkeit führe. Insgesamt erweise sich das Gutachten der MEDAS als schlüssig und nachvollziehbar und es habe gestützt darauf eine Indikatorenprüfung zu erfolgen. Diese zeige zunächst eine schwere Ausprägung der gesundheitlichen Einschränkung. Entgegen den Ausführungen der Beschwerdegegnerin seien die verbliebenen Therapieoptionen beinahe vollständig umgesetzt worden. Trotz mittlerweile dreijähriger ambulanter wie auch stationärer Behandlung sei eine Verbesserung des Gesundheitszustandes ausgeblieben und es sei von einer Behandlungsresistenz auszugehen. Ausserdem bestünden aufgrund des femoroacetabulären

Impingements, der mediolateralen Diskushernie und der Hüftdysplasie und der mittelschweren Depression sowohl somatische als auch psychische Komorbiditäten. Unbestrittenermassen verfüge sie über keine Persönlichkeitsressourcen, welche sie mobilisieren könnte. Dem gegenüber werde sie zwar durch ihre Familie unterstützt, was aber durch den sozialen Rückzug und die Belastung dazu führe, dass die familiären Ressourcen erschöpft seien. Sie gehe keinerlei Alltagsaktivitäten nach und eine gleichmässige Einschränkung in allen Lebensbereichen sei klar ausgewiesen. Zudem unterziehe sie sich seit Jahren unterschiedlichen Behandlungen und es bestehe ein ausgewiesener Leidensdruck. Aufgrund der nicht mobilisierbaren Ressourcen bestehe eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Arbeitsunfähigkeit. Ausschlussgründe bestünden keine und die im Gutachten festgestellte Verdeutlichungstendenz sei diagnoseinhärent und ändere die anhand der Indikatorenprüfung ausgewiesene Arbeitsunfähigkeit nicht. Hinsichtlich der somatischen Beschwerden müsse zudem berücksichtigt werden, dass die Gutachter eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auf 50 % fest gestellt hätten und die prognostizierte Verbesserung bei intensiver Behandlung zwar allenfalls zu einer Überprüfung der Arbeitsfähigkeit in einem zukünftigen Zeitpunkt führen könne, heute aber die Arbeitsfähigkeit von lediglich 50 % zu berücksichtigen sei. Im Einkommensvergleich sei das Invalideneinkommen anhand des Tabellenlohnes im Dienstleistungssektor zu ermitteln, da nur dort den gesundheitlichen Einschränkungen entsprechende Tätigkeiten bestünden. Zudem sei ein leidensbedingter Abzug von 15 % zu gewähren. Allein die

somatischen Einschränkungen gäben Anspruch auf eine Teilrente . 3.

E. 3

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird – soweit erforderlich – im Rahmen der nachstehenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung:
1.

E. 3.1

Die Beschwerdeführerin wurde im Herbst 2015 und Frühjahr 2016 durch Ärzte der MEDAS allgemein-internistisch, psychiatrisch, neurologisch und rheumatologisch begutachtet. In deren Gutachten vom 15. September 2016 (Urk. 7/61) werden die bis zur Begutachtung der Beschwerdeführerin aktenkundigen medizinischen Berichte zusammengefasst (Urk. 7/61/ 18-20, 41-44, 55-56, 69-70, 81-84), weshalb sie an dieser Stelle nicht noch einmal wiedergegeben werden.

E. 3.2

Die Gutachter stellten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/61/21): - Femoroazetabuläres

Impingement vom Cam-Typ links - Chronische Lumboischialgien links bei links mediolateraler Diskushernie L3/L4 mit Stenose des Recessus

lateralis und Verdacht auf Nervenwurzelreizung von L4, Spondylarthrose von L2/L3 bis L5/S1, Recessus

lateralis Syndrom links bei engem Recessus bei S1 - Mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom - Dissoziative Krampfanfälle, Differentialdiagnose epileptische Anfälle

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie (Urk. 7/61/21) einen Eisenmangel mit leichter Anämie, eine Hypercholesterinämie, eine Hypophosphatämie, einen Vitamin-D Mangel, eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, den Tod eines Familienangehörigen und Probleme in Verbindung mit Berufstätigkeit und Arbeitslosigkeit.

Die Gutachter hielten in der Anamneseerhebung fest, die Beschwerdeführerin beklage sich über seit Jahren bestehende Schmerzen insbesondere im Rücken- und Hüftbereich und Kopfschmerzen sowie psychische Probleme, welche sich in den letzten Jahren verstärkt hätten. Es sei ihr alles egal geworden und nichts würde sie mehr interessieren. Sie könne nichts mehr machen und ihre Familie müsse ihr alles abnehmen, wodurch sie Schuldgefühle habe. Der Tod ihrer Tochter im Jahr 2003 sei eine schwere Belastung gewesen, welche sie damals verdrängt habe. Ebenfalls belastend sei die gutachterliche Untersuchung durch Dr. C.____ (2014) gewesen. Im Tagesablauf stehe sie morgens zwischen 6.00 und 7.00 Uhr auf und bereite zusammen mit der ältesten Tochter das Frühstück für die beiden jüngeren Kinder zu. Danach liege sie – während ihre Schwester vorbeikomme um im Haushalt zu helfen – mehrheitlich auf dem Sofa, wobei dies nur auf der linken Seite möglich sei. Das am Vortag zubereitete Mittagessen wärme sie auf und nehme es zusammen mit ihren beiden jüngeren Kindern ein. Nachmittags liege sie wiederum auf dem Sofa, selten sei sie im Garten. Das Abendessen werde durch die älteste Tochter oder den Ehemann vorbereitet und sie nehme dieses meist mit den Kindern alleine ein, da der Ehemann oft später nach Hause komme. Falls möglich helfe sie den Kindern danach bei den Hausaufgaben. Um etwa 21.00

Uhr gehe sie schlafen, wobei sowohl das Ein- als auch das Durchschlafen durch die Schmerzen gestört sei (Urk. 7/61/45, Urk. 7/61/87, Urk. 7/61/85-86). Die Beschwerdeführerin habe drei Kinder. Die älteste (20-jährige) Tochter unterstütze die beiden jüngeren (12-jährige Tochter, 6-jähriger Sohn) Kinder. Die Beschwerdeführerin erledige keine Haushaltsarbeiten, sondern diese würden durch die Kinder, den Ehemann oder die Schwester und andere Verwandte übernommen. Freizeitaktivitäten, Hobbies oder Sportaktivitäten bestünden keine. Auch meide sie den Kontakt mit Kolleginnen und Freunden, da ihr vieles Angst bereite. Wenn sie sich zurückziehe oder die Kinder um sie herum seien, dann fühle sie sich gut. Sie fahre selbst nicht mehr Auto und benutze auch keine öffentlichen Verkehrsmittel, sondern werde stets durch ihren Mann gefahren. Ferienreisen habe sie seit mehreren Jahren keine mehr unternommen. Sie sei ausgebildete Dentalassistentin und habe zuletzt in leitender Position in dieser Tätigkeit gearbeitet (Urk. 7/61/46 f., Urk. 7/61/57 f., Urk. 7/61/88 f.). Es finde wöchentlich sowohl eine psychotherapeutische wie auch eine physiotherapeutische (Massage, Triggerpunktbehandlung, Atemübung, keine aktive Heilgymnastik) Behandlung statt (Urk. 7/61/48, Urk. 7/61/58).

E. 3.3

Der allgemein-internistische Gutachter schilderte (Urk. 7/61/41 ff.), bei Eintritt in das Untersuchungszimmer habe die Explorandin einen schmerzgeplagten Eindruck gemacht. Ihr Äusseres sei wenig gepflegt gewesen, die Kleidung einfach aber sauber. Beim Gehen habe sie stark gestützt werden müssen. Auch sei sie während der Untersuchung einmal zusammengebrochen und es sei zu einer völligen Verkrampfung des Körpers gekommen (Urk. 7/61/50 f.). Aufgrund der Laboruntersuchung müsse ein Eisenmangel mit leichter Anämie, eine Hypercholesterinämie, eine Hypophosphatämie und ein Vitamin-D Mangel festgestellt werden, diese hätten jedoch keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin und es bestehe aus internistischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (Urk. 7/61/51 f.)

E. 3.4

). Dass darüber hinaus ressourcenhemmende Wirkung der genannten Diagnosen Rechnung zu tragen wäre, ist aus dem Gutachten nicht ersichtlich. Der psychiatrische Gutachter konnte bei der Beschwerdeführerin keine Persönlichkeitsstörung feststellen, er schloss jedoch auf auffällige Persönlichkeitsmerkmale und eine relative Ich-Schwäche, welches es dieser erschweren würden, die (allerdings lediglich subjektiv erlebten) Leistungsdefizite zu überwinden (E. 3.6). Im sozialen Kontext wird die Beschwerdeführerin durch ihre Familie in sämtlichen Belangen vollumfänglich unterstützt (E. 3.7) und diese Beziehungen bieten ein reichhaltiges Spektrum an Ressourcen. Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 14) werden diese auch nicht durch den sozialen Rückzug und die soziale Belastung (wie etwa den Tod der eigenen Tochter) aufgehoben, vielmehr ist davon auszugehen, dass das Umfeld der Beschwerdeführerin ausreichend Ressourcen (Unterstützung im Alltag wie auch in emotionaler Hinsicht, insbesondere durch den Kontakt mit den Kindern) bereithält, um die Beschwerdeführerin in ihrer Leistungsfähigkeit zu unterstützen.

Insgesamt liegt somit eine lediglich leichte Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde vor und obschon die persönlichen Ressourcen der Beschwerdeführerin beschränkt sind, werden ihr solche im sozialen Kontext umfassend bereitgestellt. Im Ergebnis fehlt es der

psychischen Störung damit am erforderlichen funktionellen Schweregrad, um sich in relevanter Weise auf die Arbeitsfähigkeit auszuwirken.

Eine stationäre Behandlung wurde (nicht erst seit der polydisziplinären Begutachtung) mehrfach dringendst empfohlen und gar als Voraussetzung

für eine Therapierbarkeit benannt (vgl. E. 3.6 mit Hinweis auf Urk. 7/23/25, Urk. 7/16/4, 7/23/39). Dennoch unterzog sich die Beschwerdeführerin bislang keiner stationären Therapie, vielmehr lehnte sie eine solche durchwegs ab, was als Malcompliance zu werten ist. Die von der Beschwerdeführerin angeführte (vgl. Urk. 1 S.

10) stationäre Behandlung in der E. ___ im Jahr 2014 (Urk. 7/43) vermag dieser Anforderung jedenfalls nicht zu genügen. Hierbei handelte es sich hauptsächlich um eine auf die somatischen Beschwerden ausgerichtete Behandlung mit Physiotherapie, Wassergruppe, Gestaltungstherapie und ergänzender Psychotherapie. Im Übrigen hielten auch die dort behandelnden Ärzte eine stationäre Psychotherapie für dringend indiziert (Urk. 7/43/4). Vielmehr zieht die Beschwerdeführerin aus ihrer Situation einen sekundären Krankheitsgewinn, welcher sich mit dem derzeitigen ambulanten Setting nicht überwinden lässt (vgl. E. 3.7). Auch die pharmakologische Behandlung ist angesichts der Dauer der geltend gemachten Beschwerden ungenügend und wäre zu intensivieren. Der psychiatrische Gutachter hielt – entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 12) -

fest, dass die zur Verfügung stehenden Therapieoptionen (insbesondere sowohl hinsichtlich der stationären Behandlung als auch der medikamentösen Therapie, vgl. E. 3.6) nicht ausgeschöpft seien. Aus den aufgelegten Akten ist ersichtlich, dass bei der Beschwerdeführerin eine starke subjektive Krankheitsüberzeugung im Vordergrund steht, was sich durch das abnorme Schmerzverhalten, die Symptomausweitung, die Selbstlimitierung und die Dekonditionierung mit sekundärem Krankheitsgewinn und die Malcompliance

zeigt.

Von einem hohen Leidensdruck kann mit Blick auf den Behandlungsverlauf respektive der Unterlassung von seit längerem dringlichst empfohlenen und als notwendig erachteten Behandlungen jedenfalls nicht gesprochen werden. Trotz der anamnestisch beschriebenen Einschränkungen im Alltag steht das gezeigte Verhalten mit sekundärem Krankheitsgewinn und Selbstlimitierung der Annahme eines konsistenten Gesamtbildes diametral entgegen.

Das Beschwerdebild ist geprägt vom abnormen Schmerzverhalten mit Schmerzausweitung und der selbstlimitierenden Grundhaltung der Beschwerdeführerin mit sekundärem Krankheitsgewinn und Dekonditionierung. Diese Faktoren sind jedoch für die Beurteilung einer gesundheitlich bedingten (invalidenversicherungsrechtlich relevanten) Einschränkung der Arbeitsfähigkeit unbeachtlich. Dass eine Aggravation vorliegen würde – welche einen invalidisierenden Gesundheitsschaden von vornherein ausschließen würde – ist zwar nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, eine zumindest bewusstseinsnahe Verdeutlichungstendenz konnte aber nicht ausgeschlossen werden (Urk. 7/61/31). Das Verhalten der Beschwerdeführerin ist daher im Rahmen der Indikatorenprüfung zu berücksichtigen respektive sind die damit einhergehenden Einschränkungen bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht zu beachten (vgl. Urteil 8C_74/2018 vom 25. Juni 2018 E. 3.1).

Bei gesamthafter Betrachtung der massgebenden Indikatoren - da kein erheblicher funktioneller Schweregrad ausgewiesen ist und es an der erforderlichen Konsistenz mangelt - ist daher in Abweichung der medizinischen Beurteilung nicht von einer rechtlich relevanten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen. 4.5

Bei gesamtheitlicher Würdigung der von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden und der erhobenen Befunde ist daher eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (in der angestammten Tätigkeit) von höchstens 30 % nachvollziehbar. Diese ist mit den rheumatologischen Befunden begründbar, wobei anzumerken ist, dass sich die Arbeitsfähigkeit bei konsequenter und adäquater Therapie unter Umständen noch weiter steigern lässt (vgl. E. 3.4). Den psychischen Beschwerden ist eine invalidisierende Wirkung insbesondere infolge der Inkonsistenz grundsätzlich abzuerkennen. Wollte man diesen dennoch eine Leistungseinschränkung zuerkennen, so läge diese infolge des nur wenig ausgeprägten funktionellen Schweregrades nicht höher als die bereits durch die rheumatologischen Beschwerden begründete Einschränkung von 30 %.

Dass die medizinischen Gutachter in ihrer Beurteilung auf eine vollständige Arbeitsunfähigkeit schlossen, obschon sie mehrfach auf das abnorme Schmerzgebaren und die Inkonsistenzen in den geklagten Beschwerden hinweisen, erweist sich damit als nicht nachvollziehbar. Das Beschwerdebild ist geprägt vom abnormen Schmerzgebaren, der Schmerzausweitung und Selbstlimitierung sowie von sekundärem Krankheitsgewinn und einer damit einhergehenden Dekonditionierung. Bei solchen Umständen auf einen rentenbegründenden Invaliditätsgrad zu schliessen, ist nicht mit Art. 7 Abs. 2 ATSG vereinbar, laut dem für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen sind (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.3). 4.6

An dieser Einschätzung vermögen auch die Einwände der Beschwerdeführerin nichts zu ändern.

Diese brachte zunächst vor (Urk. 1 S. 7 f.), das polydisziplinäre Gutachten erweise sich (auch in der Schlussfolgerung der medizinischen Experten) als einleuchtend, weshalb nicht davon abgewichen werden könne. Rechtsprechungsgemäss liegt es jedoch nicht allein in der Zuständigkeit der mit dem konkreten Einzelfall (gutachterlich) befassten Arztpersonen, 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 (BGE 140 V 193

E. 3.1 S.

194). Die Frage, ob und in welchem Umfang die Feststellungen in einem medizinischen Gutachten anhand der rechtserheblichen Indikatoren auf die Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen, ist rechtlicher Natur und damit frei überprüfbar (BGE 141 V 281

E. 7 S. 308). Darum kann aus rechtlicher Sicht von einer medizinischen Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit in einer Expertise abgewichen werden, ohne dass sie ihren Beweiswert gänzlich einbüsse. Darin liegt weder eine Geringschätzung der ärztlichen Beurteilung noch eine gerichtliche Kompetenzanmassung, sondern es ist notwendige Folge des rein juristischen Charakters der sozialversicherungsrechtlichen Begriffe von Arbeits-/Erwerbsunfähigkeit und Invalidität (Urteil 8C_74/2018 vom 25. Juni 2018 E. 5.1;

Urteil 8C_814/2016 vom 3. April 2017 E. 5.3.5, nicht publiziert in BGE 143 V 66
, aber in SVR 2017 IV Nr. 47 S.

139 und Urteile 8C_431/2017 vom 24. Mai 2018 E. 3.4, 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 3.2, je mit Hinweisen).

Dass die rechtliche Prüfung der Standardindikatoren daher auf eine andere Arbeitsunfähigkeit schliesst, stellt keine Parallelüberprüfung dar (Einwand der Beschwerdeführerin, Urk.

E. 3.5

) und auch rheumatologisch liessen sich lediglich leicht ausgeprägte Befunde (femoroacetabuläres

Impingement und Diskushernie) erheben (vgl. E.

E. 3.6

Der psychiatrische Gutachter beschrieb, die Beschwerdeführerin habe auf die ihr gestellten Fragen teilweise vorbeidend oder bei einzelnen Themen perseverierend hängen bleibend geantwortet. Nach zwanzig Minuten Untersuchungsdauer habe sie ein Schmerzmittel eingenommen und begonnen zu hyperventilieren. Nachdem er sie aufgefordert habe, sich zusammen zu nehmen, habe sie sich wieder beruhigt. Von Beginn an habe sich die Frage nach einer Symptomverdeutlichung oder einer Aggravation gestellt, wobei eine bewusstseinsnahe Verdeutlichungstendenz nicht sicher ausgeschlossen werden könne (Urk. 7/61/93).

Die Beschwerdeführerin zeige sich bewusstseinsklar und voll orientiert, mit schwankender Aufmerksamkeit und Kognition sowie kognitiver Begabung im Normbereich. Der formale Gedankengang sei verlangsamt und umständlich, teilweise perseverierend und auf einzelne Themen eingengt. Affektiv bestünden

folgende depressiven Hauptsymptome: vermindert schwingungsfähige, niedergedrückte, klagsame, hoffnungs- und perspektivlose Stimmung, allgemeiner Interessenverlust, Freudlosigkeit und Verminderung des Antriebs. Ausserdem bestehe ein vermindertes Konzentrationsgefühl und Aufmerksamkeit sowie ein vermindertes Selbstgefühl, mangelndes Selbstvertrauen und Schuldgefühle. Das somatische Syndrom könne aufgrund des Vorliegens diverser Symptome (Interessenverlust oder Verlust der Freude an normalerweise angenehmen Tätigkeiten, mangelnde Fähigkeit, auf eine freundliche Umgebung oder günstige Ereignisse emotional zu reagieren, psychomotorische Hemmung oder Agitiertheit, deutlicher Verlust der Libido) diagnostiziert werden (Urk. 7/61/94-95).

Eine Persönlichkeitsstörung liege nicht vor. Die Ich-Funktionen der Beschwerdeführerin seien jedoch beeinträchtigt durch die eingeschränkte Selbstwertregulation und die problematische Beziehungsgestaltung. Aufgrund der auffälligen Persönlichkeitsmerkmale und der relativen Ich-Schwäche werde die Beschwerdeführerin nur in unzureichender Weise ihre Ressourcen aufbringen können, um die subjektiv erlebten Leistungsdefizite zu überwinden (Urk. 7/61/95-97).

Der Mini-ICF-APP Test zeige eine schwergradige Einschränkung in der Fähigkeit zur Strukturierung von Aufgaben, in der Selbstbehauptungs- und Durchhaltefähigkeit, mittelgradige Einschränkungen in der Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit sowie schwere Einschränkungen in der Fähigkeit zur Interaktion und Kommunikation mit anderen, nicht

jedoch in der Familie (Urk. 7/61/97). Die Hamilton Depressionsskala zeige einen leicht verbesserten Score von heute 24 (früher 26), da die depressiven Symptome weniger ausgeprägt seien (Urk. 7/61/98).

Als psychiatrische Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellte der Gutachter eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom und dissoziative Krampfanfälle fest. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bewertete er die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, den Tod eines Familienangehörigen (2003, Tochter im Alter von 5 Jahren) sowie Probleme in Verbindung mit Berufstätigkeit und Arbeitslosigkeit (Urk. 7/61/98).

Die Beschwerdeführerin

berichte über seit 2012 bestehende vermehrte Schmerzen. 2013 sei ihr ihre Anstellung als leitende Dentalassistentin gekündigt worden. Dass sie diese Tätigkeit aufgrund ihrer Beschwerden nicht mehr zuverlässig h ä t t e ausüben können , sei nicht bekannt. Eine durch die Taggeldversicherung angeordnete Begutachtung (durch Dr. C. ___ 2014) habe die Beschwerdeführerin als äusserst schmerzhaft empfunden und in der Folge zusätzliche psychische Symptome (Panikattacken, dissoziative Störungen, schwere Depression) entwickelt (Urk. 7/61/99-100).

Dissoziative Phänomene könnten generell unterschiedliche Formen annehmen und im Ausmass variieren, würden grundsätzlich aber nicht zu einer Arbeits - unfähigkeit führen. Erst bei massiven, therapeutisch nicht zu beeinflussenden Beeinträchtigungen könne es zu Leistungseinschränkungen kommen. Im vorliegenden Fall seien die zur Verfügung stehenden Behandlungsmöglichkeiten nicht konsequent ausgeschöpft worden und es könne nicht von einem therapeutischen Endzustand ausgegangen werden. Bereits 2014 sei es zu gehäuften dissoziativen Anfällen gekommen und bei einer Begutachtung sei bereits damals die Notwendigkeit weiterer Abklärungen (ob differentialdiagnostisch eine Epilepsie vorliege) und Therapien (insbesondere eine stationäre Therapie) erläutert, in der Folge aber nicht durchgeführt worden. Ein stationärer Aufenthalt sei insbesondere nicht durchgeführt worden, weil die Beschwerdeführerin eine n solchen ablehne. Diese lebe inzwischen jedoch keinerlei Autonomie und Selbständigkeit mehr und gehe ohne den Ehemann nicht aus dem Haus. Die ganze Persönlichkeitsproblematik, das dysfunktionale Verhalten und die Depressivität könnten sich jedoch im aktuellen ambulanten Setting auch nicht ändern, da hierzu keinerlei Veranlassung bestehe. Es habe sich ein sekundärer Krankheitsgewinn durch die übermässige Schonung und Selbstlimitierung mit konsekutiver Dekonditionierung etabliert. Ein stationärer Aufenthalt in einer Klinik müsse daher dringlichst in die Wege geleitet werden und die Entscheidung über einen solchen auch nicht der Beschwerdeführerin überlassen werden. Ohne stationären Aufenthalt seien d as Veränderungspotential und die Ressourcen der Beschwerdeführerin derzeit gar nicht abschliessend beurteil bar (Urk. 7/61/101-103) .

In Anbetracht der Dauer der affektiven (depressiven) Störung sei es verwunderlich, dass die pharmakologische Behandlung nicht intensiviert worden sei und auch keine schmerzmodulierenden Antidepressiva eingesetzt würden. Die medikamentösen Therapieoptionen seien jed enfalls noch nicht ausgeschöpft . Die geschilderten Ängste liessen sich nur ansatzweise nachempfinden, ebenso sei e n

Symptome einer Traumafolgestörung nur ansatzweise vorhanden

(Urk. 7/61/ 104).

Bezüglich der chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren liege eine Schmerzausweitung vor, da bei der Beschwerdeführerin nebst den erklärbaren lumbalen Beschwerden in vielen anatomischen Regionen Schmerzen ohne klares organisches Korrelat vorliegen würden. Eine zumindest bewusstseinsnahe Verdeutlichungstendenz lasse sich nicht ausschliessen. Viele der Symptome seien anamnestiche Angaben .

E in dissoziativer Anfall sei in der psychiatrischen Untersuchung nur ansatzweise vorhanden gewesen und habe unterbrochen werden können (Urk. 7/61/105).

Im sozialen Kontext bestehe durch den Tod der Tochter (2003) eine schwere Belastung. Die Beschwerdeführerin erfahre durch ihre Familie jedoch reichlich Ressourcen, insbesondere durch den Ehemann und die beiden älteren Töchter wie auch durch den erweiterten Familienkreis

(Urk. 7/61/107).

Eine Krankschreibung bestehe seit 2013. Seither erscheine die depressive Symptomatik leicht weniger stark ausgeprägt . Diese sei inzwischen einer eher misstrauischen, passiven und interesselosen Grundhaltung gewichen. In der bisherigen Tätigkeit mit leitender Funktion sei die Beschwerdeführerin nicht mehr arbeitsfähig. Für jede andere Tätigkeit fehle es an einer konsequent durchgeführten stationären psychiatrischen Behandlung zur Wiedererlangung der persönlichen Autonomie. Eine stationäre Therapie sei durchzuführen und die Pharmakotherapie müsse optimiert werden (Urk. 7/61/107-108).

E. 3.7

Zusammenfassend hielten die Gutachter fest, in der rheumatologischen Untersuchung sei infolge von ausgeprägtem Schonverhalten und ungewöhnlichem Bewegungsmuster keine regelrechte dynamische Untersuchung des Bewegungsapparates möglich gewesen. Ein zweimaliges Abgleiten von der Untersuchungsfläche jeweils begleitet von einem Aufschrei, Hyperventilation und bogenförmigem Aufbäumen des Rumpfes habe die klinische Untersuchung verunmöglicht. Auffällig gewesen sei ausserdem eine extreme Klopfempfindlichkeit sämtlicher Spinalfortsätze und eine exzessive Druckempfindlichkeit der Skelettmuskulatur ohne palpatorisch fassbare Gewebsverdichtungen. Infolge des abnormen Schmerzgebarens müsse die Beurteilung gestützt auf die bildgebende Dokumentation erfolgen. Die funktionelle Relevanz der dabei gesicherten Befunde für die Alltagsbewältigung könne infolge des abnormen Schmerzgebarens der Beschwerdeführerin nicht abgeschätzt werden (Urk. 7/61/22/24).

In der klinisch-neurologischen Untersuchung hätten sich keine Hinweise auf eine radikuläre Reiz- beziehungsweise sensomotorische Ausfallssymptomatik finden lassen. Allerdings bestehe ein auffälliges Verhalten mit Hyperventilation, Stöhnen und zweitweise auftretendem Schütteltremor am ganzen Körper. Die Tatsache, dass bei der EMG-Untersuchung akute Denervationszeichen nicht hätten nachgewiesen werden können und lediglich chronisch-neurogene Veränderungen vorgelegen hätten, spreche gegen eine relevante persistierende Schädigung der Nervenwurzel (Urk. 7/61/24-25).

Psychiatrisch sei festzustellen, dass die zur Verfügung stehenden Behandlungsmöglichkeiten nicht ausgeschöpft seien und kein Endzustand vorliege. Der subjektive Leidensdruck präsentiere sich derzeit so gross, dass berufliche Massnahmen

nicht realisierbar seien. Die Beschwerdeführerin lebe inzwischen keinerlei Autonomie und Selbständigkeit mehr und gehe nicht ohne Ehemann aus dem Haus. Ihre Persönlichkeitsproblematik, das dysfunktionale Verhalten und die Depressivität würden sich im ambulanten Setting nicht ändern, da keine Veranlassung dazu bestehe. Es bestehe ein sekundärer Krankheitsgewinn durch die übermässige Schonung und Selbstlimitierung mit konsekutiver Dekonditionierung. Es müsse daher ein stationärer Aufenthalt erfolgen, dessen Entscheidung nicht der Beschwerdeführerin zu überlassen sei. Andernfalls sei eine abschliessende Ressourcenbeurteilung überhaupt nicht möglich. Auch im Hinblick auf die affektive Störung mittelgradiger Ausprägung seien insbesondere die medikamentösen Therapieoptionen noch nicht ausgeschöpft. Die psychischen Beschwerden seien für die geklagten Schmerzen nicht ursächlich. Eine zumindest bewusstseinsnahe Verdeutlichungstendenz lasse sich nicht ausschliessen, da viele der Symptome anamnestische Angaben seien und ein dissoziativer Anfall während der Untersuchung nur ansatzweise vorhanden gewesen sei und ausserdem habe unterbrochen werden können (Urk. 7/61/25- 31).

Die Persönlichkeitsmerkmale und die affektiven Symptome von Depression und Dissoziation würden die Beschwerdeführerin einschränken, diese könne daher kaum psychische Ressourcen mobilisieren, um im Arbeitsleben vollumfänglich zu bestehen. Im sozialen Kontext bestehe eine schwere Belastung durch den Tod der Tochter im Jahr 2003. Ansonsten würden der Beschwerdeführerin reichlich familiäre Ressourcen zur Verfügung gestellt. Seit Einstellung der Berufstätigkeit würden auch keine weiteren Alltagsaktivitäten stattfinden. Das abnorme Schmerzverhalten der Beschwerdeführerin verhindere gezielte heilgymnastische Behandlungen mit aktiven und passiven Massnahmen. Vorschläge zu weiteren Therapien seien nicht umgesetzt worden. So sei eine stationäre Behandlung (mehrfach) empfohlen aber nicht durchgeführt worden. Insbesondere sei trotz entsprechender Indikationsstellung durch die D.____ und Empfehlung eines Facharztes keine Traumatherapie erfolgt (Urk. 7/61/32-33).

Die psychiatrische Situation habe sich seit Juli 2014 nicht wesentlich geändert. Die depressive Symptomatik erscheine jedoch weniger stark ausgeprägt (Urk. 7/ 61/ 35).

Aus rheumatologischer Sicht sei eine Arbeitsfähigkeit von 50 % zumutbar, sofern eine Dispensierung von Steh- und Sitzzwang erfolge. Bei erfolgreicher konservativer Behandlung sei eine Steigerung im Laufe von drei bis vier Monaten zu erwarten. Im Haushalt betrage die Leistungsfähigkeit 70 % wobei auch hier schwere und vorwiegend stehende Arbeiten mit

vornübergeneigter Rumpfhaltung nicht zumutbar seien. Eine leichte bis mittelschwere manuelle Tätigkeit mit Wechselstellungen, regelmässiger Pausierung und Dispens zum Heben schwerer (über 10

kg) Lasten sei zu 100 % zumutbar. Aus psychiatrischer Sicht sei die angestammte Tätigkeit nicht mehr zumutbar. Eine leitende Funktion könne nicht ausgeübt werden, da die Kompetenz der Beschwerdeführerin in Bezug auf zwischenmenschliche Interaktionen eingeschränkt sei. Hingegen könne in psychiatrischer Hinsicht die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit nicht beurteilt werden, da hierzu erst eine stationäre Therapie durchgeführt werden müsse (Urk. 7/61/35-36).

4. 4.1

Das MEDAS-Gutachten vom 15. September 2016 (E. 3) basiert auf umfassenden allgemein-internistischen, rheumatologischen, neurologischen und psychiatrischen Untersuchungen. Die Gutachter verfassten ihre Expertise in detaillierter Kenntnis der Vorakten (Urk. 7/61/18-20, Urk. 7/61/41-44, Urk. 7/61/55-56, Urk. 7/61/61-62, Urk. 7/61/69-70, Urk. 7/61/81-85). Die Beschwerdeführerin konnte

ihre geklagten Beschwerden vor jedem Fachgutachter ausführlich schildern und wurde von diesen eingehend befragt (Urk. 7/61/44-49, Urk. 7/61/56-59, Urk. 7/61/70-74, Urk. 7/61/84-93). Die medizinische Situation und Zusammenhänge werden darin einleuchtend dargelegt und begründet. Damit vermag das Gutachten die an eine beweiskräftige ärztliche Expertise gestellten Anforderungen (E. 1.4) grundsätzlich zu erfüllen und es kommt ihm Beweiswert zu. Soweit die Gutachter in ihrer Schlussfolgerung jedoch auf eine (100%-ige) Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin schliessen, kann ihnen indes – wie nachstehend auszuführen sein wird – nicht gefolgt werden.

4.2

Der internistische Gutachter (E. 3.3) konnte mit Ausnahme eines Eisen- und Vitamin-D-Mangels sowie einer Hypercholesterinämie, welche allesamt keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zeitigen würden, keine relevanten Befunde erheben. Sodann musste der neurologische Gutachter – wie auch der rheumatologische – feststellen (E. 3.5), dass eine regelrechte Untersuchung aufgrund des Schmerzverhaltens der Beschwerdeführerin nicht durchführbar war. Hinweise auf neurologische Befunde wie etwa eine radikuläre Reiz- beziehungsweise eine sensomotorische Ausfallsymptomatik konnte er keine finden. Eine Schädigung der Nervenwurzel schloss er aus (E. 3.7). Vor diesem Hintergrund ist es nachvollziehbar, dass sowohl der Internist als auch der Neurologe auf keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit schlossen. 4.3

Der rheumatologische Gutachter hielt fest (E. 3.4), dass er keine regelrechte Untersuchung der Beschwerdeführerin vornehmen und deren Beschwerden auch nicht überprüfen konnte, da diese eine solche durch ihr abnormes Schmerzverhalten verunmöglichte. Dabei konnte er nebst dem abnormen Schmerzgebaren eine Symptomausweitung, eine Selbstlimitierung und ein übertriebenes Schonverhalten mit Immobilisation und konsekutiver Dekonditionierung feststellen. Für die Beurteilung der zumutbaren Belastungstoleranz musste er sich deshalb auf die bildgebende Dokumentation abstützen, wodurch er insbesondere ein femoroazetabuläres

Impingement und eine Diskushernie diagnostizieren konnte. Er hielt jedoch ausdrücklich fest, dass er deren symptomatische Bedeutung und Auswirkung auf die Schmerzsymptomatik nicht beurteilen könne, da das Schmerzgebaren und die Symptomausweitung im Vordergrund stünden. Dass er dabei dennoch auf eine Arbeitsunfähigkeit von 50% in der angestammten Tätigkeit schloss, ist schwer nachvollziehbar. Ebenso wenig erschliesst sich, weshalb die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Leiterin der Dentalassistenten

(gemäss Arbeitgeberbericht war das Heben und Tragen von Gewichten über 10kg an maximal dreieinhalb Stunden täglich notwendig, ausserdem waren sowohl im Sitzen wie auch im Stehen Tätigkeiten auszuüben; vgl. Urk. 7/10/5 vgl. auch Urk. 7/23/16, wonach sie neben der Materialbeschaffung 20 Angestellte geführt, Termine vergeben und viele administrative Aufgaben gehabt habe, während sie nur noch zu 10 bis 20% als Dentalhygienikerin gearbeitet habe) mehr eingeschränkt (50%) sein soll, als die

Leistungsfähigkeit im Haushalt (30 %). Darüber hinaus erachtete der Gutachter eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit innert weniger (drei bis vier) Monate für möglich.

Anzumerken bleibt, dass sich die Beschwerdeführerin im Rahmen ihrer Mitwirkungspflicht nach Art. 43 ATSG den notwendigen und zumutbaren ärztlichen Untersuchungen zu unterziehen hat. Um dieser Mitwirkungspflicht zu genügen, ist es selbstredend nicht ausreichend, lediglich zum anberaumten Untersuchungstermin zu erscheinen, dort jedoch eine regelrechte Untersuchung mit abnormem Schmerzgebaren zu verhindern. Falls aufgrund der fehlenden Möglichkeit zur Untersuchung und vor dem Hintergrund des abnormen Schmerzgebarens und der Symptomausweitung daher überhaupt auf eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in rheumatologischer Hinsicht geschlossen werden kann, so ist die verbleibende Arbeitsfähigkeit auch in der angestammten Tätigkeit mit mindestens 70 %, analog zur Leistungsfähigkeit im Haushalt

zu beziffern, da nicht ersichtlich ist, inwiefern sich die körperliche

Tätigkeit in einer leitenden Funktion als Dentalassistentin von der Haushaltstätigkeit unterscheiden sollte. Dabei handelt es sich nicht um eine prognostische Vermutung (vgl. Einwand der Beschwerdeführerin Urk. 1 S. 18), sondern um die derzeit zumutbare Leistungsfähigkeit. Ob diese Arbeitsfähigkeit bei konsekutiver Behandlung noch gesteigert werden kann, ist für die vorliegende Beurteilung

indes nicht von Belang. 4. 4

Das psychiatrische Teilgutachten datiert vom 30. November 2015 und erging damit nach der Rechtsprechungsänderung zum strukturierten Beweisverfahren bei somatoformen Schmerzstörungen (vgl. E. 1. 2), jedoch noch bevor dieses auf sämtliche psychische Erkrankungen (beispielsweise auch Depressionen) für anwendbar erklärt wurde

(vgl. BGE 143 V 418). Übergangsrechtlich ist bedeutsam, dass die vor der Rechtsprechungsänderung eingeholten Gutachten nicht einfach ihren Beweiswert verlieren. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (BGE 141 V 281 E. 8 unter Hinweis auf BGE 137 V 210 E. 6). Mithin ist im konkreten Fall zu klären, ob die beigezogenen Gutachten – allenfalls zusammen mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung anhand der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht. Je nach Abklärungstiefe und -dichte kann zudem unter Umständen eine punktuelle Ergänzung genügen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 5.2.2 und 8C_300/2017 vom 1. Februar 2018 E. 4.2).

Im vorliegenden Fall können dem Gutachten (E. 3.6) Angaben zu sämtlichen Standardindikatoren (vgl. E. 1.2) entnommen werden. Eine schlüssige Beurteilung der psychischen Gesundheitsschädigung ist daher möglich und es kann auch unter Anwendung der neuen Rechtsprechung darauf abgestellt werden.

Als Gesundheitsschädigung, welche der Einschränkung der Leistungsfähigkeit zugrunde liegen soll, diagnostiziert der psychiatrische Gutachter einerseits eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom und andererseits

dissoziative Krampfanfälle. Als depressive Hauptsymptome wurden eine verminderte Schwingungsfähigkeit, niedergedrückte, klagende, hoffnungs- und perspektivlose Stimmung, allgemeiner Interessenverlust, Freudlosigkeit und Verminderung des Antriebs

sowie verminderte Aufmerksamkeit und vermindertes Selbstgefühl geschildert. Ausdrücklich hielt der Gutachter fest, dass die depressiven Symptome im Vergleich zu früheren Beurteilungen weniger ausgeprägt vorliegen würden. Ein dissoziativer Krampfanfall trat während der (psychiatrischen) Untersuchung nicht auf, respektive konnte ein solcher mit der Aufforderung des Gutachters an die Beschwerdeführerin, sich etwas zusammen zu reissen, unterbrochen werden. Darüber hinaus führen dissoziative Anfälle gemäss Feststellung des Gutachters grundsätzlich nicht zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (E. 3.6). In Anbetracht dieser Feststellungen, insbesondere da sich die depressive Symptomatik verbessert hat und der dissoziative Anfall unterbrochen werden konnte, liegt eine lediglich leichte Ausprägung der diagnose-relevanten Befunde vor. Zu einem allfälligen Therapieerfolg oder einer Therapieresistenz notierte der Gutachter ausdrücklich, dass die zur Verfügung stehenden Behandlungsmöglichkeiten nicht konsequent ausgeschöpft worden seien und nicht von einem therapeutischen Endzustand auszugehen sei (E. 3.7). Auf die absolute Notwendigkeit einer stationären Behandlung wurde zudem mehrfach hingewiesen, eine Therapieresistenz ist daher mitnichten ausgewiesen. Als Komorbiditäten werden insbesondere die chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren sowie der Tod der Tochter genannt (E. 3.6). Diesen kann grundsätzlich eine ressourcenhemmende Wirkung zugeschrieben werden, wobei aber insbesondere im Hinblick auf die chronische Schmerzstörung das durch den Rheumatologen festgestellte abnorme Schmerzverhalten, die Symptomausweitung, und die Selbstlimitierung im Vordergrund stehen und der Schmerzstörung selbst daher nur in geringem Ausmass ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist. Neurologisch konnten keine Anhaltspunkte für eine Schmerzursache ausgemacht werden (vgl. E.

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).

E. 9

S. 1), beschlagen die eingereichten Berichte einen Sachverhalt, welcher sich nach dem Zeitpunkt des Verfügungserlasses zutrug, weshalb sie für die vorliegende Beurteilung grundsätzlich nicht von Relevanz sind. So weit

Dr. F.____

berichtete (Urk. 10/1), dass eine teilstationäre Behandlung erfolgt sei, wird damit jedoch die mehrfach als dringlich empfohlene stationäre Therapie (vgl. E. 4.4) noch immer nicht umgesetzt. Einen erhöhten Leidensdruck vermag diese Behandlung jedenfalls nicht aufzuzeigen. Die Beschwerdeführerin wurde vielmehr im bekannten Setting belassen und konnte weiterhin von ihrem sekundären Krankheitsgewinn profitieren. Im Gutachten wurde gerade aus diesem Grunde ausgeführt, dass lediglich eine stationäre Behandlung diese

Dynamik zu durchbrechen und einen therapeutischen Erfolg zu erzielen vermag (vgl. E. 3.6). 4.7

Insgesamt fehlt es am Nachweis, dass die aus psychiatrischer Sicht geltend gemachte Einschränkung durch eine versicherte Gesundheitsbeeinträchtigung begründet sind. Aus der psychischen Symptomatik lässt sich kein invalidisierender Gesundheitsschaden darstellen, welcher es der Beschwerdeführerin verunmöglicht, ihre Arbeitsfähigkeit in ihrer bisherigen wie auch in einer anderen Tätigkeit vollzeitig (oder zumindest in einem Umfang von 70 %) zu verwerten. Der somatische, rheumatologisch bedingte, Gesundheitsschaden gestattet es der Beschwerdeführerin, die angestammte wie auch eine angepasste Tätigkeit mit leichter bis mittelschwerer Wechselbelastung, ohne Zwangshaltungen und mit Dispens zum Heben schwerer Lasten über 10kg zumindest noch in einem Umfang von 70 % auszuüben. 5.

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgleichender Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

Da der Beschwerdeführerin auch unter Berücksichtigung ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen eine Arbeit in der angestammten Tätigkeit weiter zugemutet werden kann, sind dem Validen- und dem Invalideneinkommen die gleichen Berechnungsgrundlagen zu Grunde zu legen. Deren genaue Ermittlung erübrigt sich daher, da der Invaliditätsgrad in diesem Falle dem Grad der Arbeitsunfähigkeit entspricht. Da der Beschwerdeführerin eine Erwerbstätigkeit im Umfang von mindestens 70 % zumutbar ist (E. 4.5) ergibt sich maximal ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 30 %. 6.

Diese Erwägungen führen zur Abweisung der Beschwerde. 7.

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Vorliegend erweist sich eine Kostenpauschale von Fr. 800.-- als angemessen. Ausgangsgemäss ist diese der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Y.____ - 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 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
Meier

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