

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00755 vom 22. Januar 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-01-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00755

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00755 du 22 janvier 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00755 del 22 gennaio 2019

Erwägungen

E. 1

SchlB IVG 6. IV -Revision mit Verfügung vom 19. November 2013 per Ende des de r Zustellung folgenden Monats auf (Urk. 2/ 9/106). Die dagegen erho bene Be schwer de (Urk. 2/ 9/110/3 ff.) hiess das Sozialversicherungs gericht des Kantons Zürich mit Urteil IV.2014.00002 vom 1 3. August 2014 (Urk. 2/ 9/112/1-11) in dem Sinne gut, dass es die Sache zur Durchführung einer vollständigen Abklärung des medi zinischen Sachverhalts an die IV-Stelle zurückwies (vgl. E. 3, Urk. 2/ 9/112/6 f.).

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetz es über den Allge meinen Teil des Sozialversicherungsrechts ,

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 Gesund heit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verblei bende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beur teil ung 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 psy chi schen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert besteht, welcher die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbsein kom men 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 1 8. 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 vor aus (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 weit geh end 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

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 und 7, Änderung der Rechtsprechung; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere Depressionen).

Das für somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden entwickelte strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE

141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C_590/2017 vom 15. Februar 2018 E. 5.1). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen).

E. 1.4

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 Aktivitätenniveaus 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_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4).

E. 1.5

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. 1.6

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

E. 1.7

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). 2.

E. 2

Dagegen erhob X. ____

am 15. Dezember 2016 Beschwerde beim Bundesgericht und beantragte, das Urteil des hiesigen Gerichts vom 4. November 2016 sei aufzuheben und ihr

gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 50 % weiterhin eine halbe Rente auszurichten (Urk. 2/15).

E. 2.1

Im Urteil 9C_847 /2016 vom 19. Juni 2017 in Sachen der Beschwerdeführerin gegen die IV-Stelle des Kantons Zürich betreffend Invalidenversicherung hielt das Bundesgericht zusammengefasst fest, das interdisziplinäre Gutachten von Dr es . A. ____

und B. ____ vom 2. März und 8. Mai 2015 erlaube keine zuverlässige Beurteilung von Diagnosen und Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin . Dies gelte insbesondere im Lichte der geänderten Rechtsprechung gemäss BGE 141 V 281. Vorliegend gehe es um eine Schmerzproblematik im Gefolge einer HWS-Distorsion, bei welcher die Schmerzrechtsprechung sinngemäss zur Anwendung komme (BGE 136 V 279).

Demgegenüber hätten Dr es . A. ____

und

B. ____ von einer Prüfung der Zumutbarkeit der Schmerzüberwindung unter dem Aspekt der zum Begutachtenszeitpunkt geltenden sogenannten Foersterkriterien resp. der Indikatoren gemäss der mit BGV 141 V 281 geänderten Rechtsprechung abgesehen. Damit bleibe die zentrale Frage, in welchem Ausmass der Beschwerde führerin eine Erwerbstätigkeit zugemutet werden könne, aus ärztlicher Sicht unbeantwortet. Mithin fehle es an einer

ärztlichen Aussage zu den arbeitsmässigen Auswirkungen des chronifizierten Beschwerdebildes und damit die wichtige Grundlage für die rechtliche Beurteilung der noch zumutbaren Arbeitsleistung. Sodann habe Dr. A. ___ nicht nachvollziehbar begründet, weshalb trotz mit teils schwerer bis schwerer Befunde an der HWS eine volle Arbeitsfähigkeit bestehe. Weiter habe sie darauf verzichtet aufzuzeigen, welche Einschränkungen bei der Beschwerdeführerin unter Berücksichtigung des konkreten Anforderungsprofils in der angestammten Tätigkeit tatsächlich gegeben seien.

Schliesslich sei Dr. A. ___ – im Unterschied zu Dr. B. ___ – von einer Schmerzausweitung ausgegangen. Auf diese entgegengesetzte Einschätzung sei im Rahmen der interdisziplinären Zusammenfassung und Beurteilung nicht eingegangen worden. Vor diesem Hintergrund sei die Sache an das hiesige Gericht zurückzuweisen, damit diese sich in Anbetracht des komplexen Beschwerdebildes eine polydisziplinäre Begutachtung veranlasse und hernach erneut über die von der IV-Stelle verfügte Leistungseinstellung entscheide (Urk. 1, E. 4.3).

E. 2.2

Strittig und zu prüfen bleibt weiterhin, ob die Beschwerdegegnerin die bisher ausgerichtete Rente mit Verfügung vom 19. November 2013 zu Recht per Ende des der Zustellung folgenden Monats aufgehoben hat und in diesem Zusammenhang die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der Rentenaufhebung. Dass der ursprüngliche

Rentenzusprache

ein sog. syndromales

Beschwerdebild ohne nachweisbare Grundlage zugrunde lag, welche in den Anwendungsbereich von lit. a Abs. 1 SchlB IVG fällt, wurde vom hiesigen Gericht bereits in den Urteilen IV.2014.00002

vom 13. August 2014 und IV.2016.00488 vom 4. November 2016 festgehalten

(Urk. 2/9/112/6, E. 2.4; Urk. 2/13/7, E. 3) und schliesslich

in BGE 9C_847/2016 vom 19. Juni 2017 höchstrichterlich bestätigt (Urk. 1, E. 3.1-3.5).

Auf die betreffenden Ausführungen wird verwiesen. 3.

E. 3

Das Bundesgericht hiess die Beschwerde mit Urteil 9C_847/2016 vom 19. Juni 2017

E. 3.1

Im polydisziplinären Gutachten vom 28. September 2018 notierten die beurteilenden Fachärzte der MEDAS C. ___ die nachfolgenden Diagnosen (Urk. 21/42): - Chronisches zervikovertebrales Schmerzsyndrom mit wahrscheinlich zumindest teilweise zervikogen bedingten Kopfschmerzen - Status nach HWS-Distorsion und fraglicher Commotio cerebri (MTBI) am

11. Oktober 2001 - Spondylarthrose C2/3 beidseits und C3/4 links, degenerative Foramina stenose C3/4 links - Atlantodentalarthrose - Status nach HWS-Distorsion und Schulterprellung rechts am 24. September 2004

(Autounfall, seitliche Kollision) - Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) - Neurasthenie (ICD-10: F48.0) - Chronische

Kopfschmerzen vom Spannungstyp - Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom - Spondylarthrose L4/5 und L5/S1 beidseits - Diskusprotrusion L4/5 (MRT 20. Februar 2015) - Residuen nach Morbus Scheuermann - Periarthropathie beider Schultergelenke - Leichtgradige AC-Arthrose, Bursitis subacromialis / subdeltoidea (MRT 20. Februar 2015) - Status nach septischer Arthritis des rechten Schultergelenkes nach Injektion eines Kortisonpräparates am 16. März 2012 - Schultergelenkspülung am 18. März 2012 - Schulterarthroskopie und Drainage am 20. März 2012 - Wirbelkörperhämangiom LWK 5 (MRT 20.02.2015) - Mediale degenerative Meniskusläsion rechts (MRT 26. Februar 2014) - Laparoskopische Hysterektomie mit

Adhäsionolyse

pelvin rechts am 05. Oktober 2007 - Laparoskopie und Adhäsionolyse am 12. August 2008, dabei iatrogene Blasenverletzung - Anamnestisch Allergie auf Augmentin - Struma nodosa rechts (Sonografie vom 27. September 2013) - Status nach Katarakt-Operation beidseits 2010

E. 3.2

In rheumatologischer Hinsicht habe die Beschwerdeführerin Schmerzen im Bereich des Nackens, des

Kopfes, des Schultergürtels, beider Schultern linksbeteiligt, im thorakalen und lumbalen Bereich des Rückens sowie in mehreren Gelenken (Handgelenke, Fingermittefgelenke, Sprunggelenke, Knie) beklagt (Urk. 21/53).

Die klinische Untersuchung habe eine eingeschränkte HWS-Beweglichkeit mit multiplen Irritationszonen vorwiegend in der oberen HWS (C1-C3) sowie einen erhöhten Tonus im Bereich des Musculus

trapezius und paravertebral lumbal gezeigt. Sodann habe sich eine leichte rechtskonvexe thorakolumbale Skoliose sowie vermehrte Knickbildung des cervikothorakalen Überganges

ergeben. Nebst den Irritationszonen cervical

bestünden segmentale Druckdolenzen lumbal in den Segmenten L4/5 und L5/S1 sowie multiple Druckdolenzen an den Sehnenansätzen. Phänomenologisch handle es sich um ein chronisches cervikospodylogenes Syndrom, vermutlich mit einem teilweise cervikogen bedingten Kopfschmerz. Auf der bildgebend-strukturellen Ebene hätten sich eine Atlantodentalarthrose C1/2 sowie Spondylarthrosen C2/3 beidseits und C3/4 links nachweisen lassen. Dazu passe die Hypothese, dass zumindest ein Teil der Beschwerden einem cervikogenen Kopfschmerz entspreche, zumal beim cervikogenen Kopfschmerz vorausgesetzt werde, dass sich die zugrunde liegende Pathologie in der oberen HWS befinde. Lumbal zeigten sich leicht gradige degenerative Veränderungen in den Segmenten L4/5 und L5/S1. Zudem bestünden offenbar seit der Jugend bekannte Residuen nach einem Morbus Scheuermann. An beiden Schultern liege vermutlich eine leichtgradige subacromiale

Impingementsymptomatik vor, bei klinisch nahezu normaler Beweglichkeit. Bildgebend sei

ausserdem eine leichte AC-Arthrose mit Bursitis subacromialis / subdeltoidea zur Darstellung gekommen. Dies sei typisch für eine subacromiale

Impingementsymptomatik. Die funktionelle Einschränkung der Schultergelenke sei minim. Es bestehe eine Tendenz zu einem generalisierten Weichteilrheumatismus im Sinne eines Fibromyalgie-Syndroms. Generalisierte Weichteilschmerzen stünden in einem engen Zusammenhang mit belastenden Lebensgeschichten. Dies könne vorliegend erklären, weshalb die Beschwerdeführerin nach dem Autounfall 2001 in eine Schmerzchronifizierung

hineingeraten sei. Chronische Schmerzsyndrome würden gemäss neuerer Schmerzforschung als komplexe bio-psycho-soziale Phänomene gelten, bei denen es aus medizinischer Sicht unmöglich sei, die verschiedenen Anteile streng auseinanderzuhalten. Vielmehr spielten biologische, psychologische und soziale Faktoren eng ineinander. Die moderne Schmerzforschung gehe davon aus, dass Schmerzen durch Phänomene im zentralen Nervensystem entstehen und unterhalten werden könnten, wenngleich der periphere Gewebeschaden längst abgeheilt sei. Diesem Umstand trage die neue Schmerzdiagnose «chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren» (ICD-10 F:45.41) Rechnung. Auch wenn die Mehrheit der Betroffenen nach einer HWS-Distorsion einen günstigen Verlauf zeigten, so münde ein nicht unbedeutender Anteil in einer chronischen Schmerzkrankheit. Aus der Fachliteratur sei ausserdem bekannt, dass ausgeprägte weichteilrheumatische Befunde auch ohne wesentliche ossäre Läsionen vorliegen könnten. Andererseits gäbe es Menschen, die auch bei ausgeprägten objektivierbaren radiologischen Befunden wenig bis gar keine Schmerzen verspürten. Das Ausmass der Behinderung hänge in der Regel viel

mehr von der Beweglichkeit und der Stärke der Schmerzen ab als von den radiologischen Befunden. In den Vorakten sei die

Beschwerdeführerin mehrheitlich als leistungsorientiert, einsatzfreudig und engagiert geschildert worden. Dies decke sich mit dem Eindruck anlässlich der aktuellen Untersuchung. Mithin würden keine Hinweise dafür vorliegen, dass die auf ein 50%-Pensum reduzierte langjährige Tätigkeit als Geschäftsführerin auf mangelnde Motivation, Aggravation resp. Simulation zurückzuführen sei.

Es sei

davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin

im Zeitpunkt der Renteneinstellung (November 2013) aufgrund derselben Beschwerden und Weichteilbefunde, welche 2003/2004 zur Rentenzusprache geführt hätten, in ihrer Arbeitsfähigkeit

eingeschränkt gewesen sei, wenngleich am Achsenskelett im Frühverlauf keine strukturellen Läsionen nachweisbar gewesen seien. Mithin fusse die Leistungseinschränkung auf einer chronischen Schmerzstörung. Demgegenüber habe Dr. A.____ das Zumutbarkeitsprofil allein auf der Ebene der bildgebend nachweisbaren Befunde entworfen. Die «ausgedehnten chronischen Schmerzen» habe sie explizit als ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit taxiert. Damit erkläre sich die erhebliche Diskrepanz zur Einschätzung von Dr. A.____. Soweit indes ausschliesslich nach objektiven Befunden im Sinne struktureller Läsionen

im Bereich der HWS und LWS mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gefragt werde, so seien solche im Zeitpunkt der Rentenaufhebung zu verneinen. Insofern sei das Zumutbarkeitsprofil von Dr. A.____ rein auf der Ebene objektivierbarer, struktureller

Läsionen korrekt. Für einen erfahrenen Rheumatologen seien aber auch Muskelverspannungen objektiv nachweisbar, wenn auch nicht bildgebend. Betreffend den rechtsseitigen Schulterinfekt (septische Arthritis) vom März 2012 sei die Beschwerdeführerin nach Lage der Akten bereits im Juni 2012 «praktisch beschwerdefrei» gewesen. Mithin habe dieser die Arbeitsfähigkeit nur passager eingeschränkt und jedenfalls im November 2012 keine entscheidende Rolle mehr gespielt. Insbesondere habe kein Zusammenhang bestanden zwischen der besagten Infektion und den Beschwerden im Bereich der HWS

(Urk. 21/53 ff. , Urk. 21/67 ff.).

E. 3.3

Gegenüber dem neurologischen Gutachter berichtete die Beschwerdeführerin zu dem neu aufgetretene gelegentliche Fuss schmerzen rechtsbetont. Aufgrund dieser Beschwerden sei sie nur eingeschränkt leistungsfähig (neurologisches Teilkonzept, S. 11) .

Klinisch habe sich bis auf eine schmerzhaft eingeschränkte HWS-Beweglichkeit ein unauffälliger neurologischer Befund ohne Hinweise für eine Pathologie neuraler Strukturen ergeben. Die Kopfschmerzen seien

als chronischer Kopfschmerz vom Spannungstyp zu interpretieren, welche sich anamnestisch bei konzentrierenden Tätigkeiten akzentuierten. Diese Kopfschmerzen seien auf eine zervikozephal

Ausstrahlung zurückzuführen. Hinweise für einen anderen sekundären Kopfschmerz hätten sich nicht ergeben. Die chronischen Nacken-/ Nackenschulter schmerzen sowie Lumbalgien, aktuell ausstrahlend ins rechte Gesäss, seien

neurologisch nicht erklärbar. Vielmehr entsprächen sie

einer muskuloskelettalen Symptomatik. Bildgebend

zeigten sich eine mittelschwere entzündlich aktive Spondylarthrose C3/4 links, leichte Spondylarthrosen der übrigen Etagen ohne entzündliche Aktivierung und eine Dezentrierung des Dens nach rechts, ohne Hinweise auf Diskushernien oder eine anderweitige Neurokompression. Sodann bestünde auf Höhe C1 eine ovale Läsion im Myelon mit schwachem Ödem und KM-Aufnahme, eine stationäre bis leicht progrediente aktivierte Arthrose des linken Fazettengelenkes C3/4, leichte bis mässige Spondylarthrosen C2-C7 links sowie eine mittelschwere bis schwere Foramina stenose C3/4 links dokumentiert. Aus klinischer Sicht würden sich aktuell weiterhin keine Hinweise für ein zervikozervikales - und/oder lumboradikuläres Syndrom oder eine Myelopathie ergeben. Bezüglich der Beschwerden seitens des Bewegungsapparates sei auf die rheumatologische Beurteilung zu verweisen. Die neu beklagten rezidivierenden stechenden Fuss schmerzen seien beim unauffälligen Neurostatus aus neurologischer Sicht nicht erklärbar. Auch sei zu keinem Zeitpunkt seit dem Unfall 2001 ein objektivierbarer pathologischer Befund am zentralen oder peripheren Nervensystem erhoben worden. Dies gelte auch für den Zeitpunkt der Rentenaufhebung per November 2013. Demgegenüber resultiere aus dem chronischen Kopfschmerz, welcher bei mentaler Belastung in sitzender Position zunehme und selten in einen migräniformen Zustand übergehe, eine 20%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit der Beschwerdeführerin als Geschäftsführerin. Hinsichtlich einer körperlich leichten, wechselbelastenden Verrichtungen, ohne andauernd hohe

Anforderungen an die Konzentration, sei die Beschwerdeführerin aufgrund der Kopfschmerzen zu 10-20 %

in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt

(Urk. 21/59 f. , Urk. 21/65 , neurologisches Teilgutachten, S. 13) .

E. 3.4

In psychiatrischer Hinsicht hielt der begutachtende Facharzt fest, da die Schmerzen subjektiv im Vordergrund stünden und zumindest zu Beginn wahrscheinlich zu einem wesentlichen Teil auf körperliche Veränderungen (Unfälle, insbesondere der Unfall 2001) zurückgeführt werden könnten, sei vorliegend von einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren auszugehen. Die beklagte chronische Müdigkeit sei diagnostisch schwer einzuordnen. Die beschriebene Symptomatik (Gefühle der körperlichen Schwäche und Erschöpfung nach nur geringer Anstrengung, muskuläre und Kopfschmerzen, Unfähigkeit, sich zu entspannen, Schlafstörungen) entspreche weitgehend einer Neurasthenie. Die funktionellen Auswirkungen seien als leicht bis mittelgradig einzuschätzen.

Eine Depression liege aktuell eindeutig nicht vor. Dafür fehle es an einer depressiven Stimmung und die emotionale Reaktivität sei erhalten. Insbesondere habe

die Beschwerdeführerin frühere depressive Schübe

sowie

die in Folge des Unfalls 2001 diagnostizierte posttraumatische Belastungsstörung erfolgreich therapiert. So sei sie von 2002 bis 2009 in psychotherapeutischer Behandlung gewesen, zu nächst in 14-tägiger und später in monatlicher Frequenz. Wahrscheinlich werde sie aus prophylaktischen Gründen noch immer mit Antidepressiva behandelt. Die noch vorhandene

Schmerzstörung bestehe indes schon lange und es sei trotz adäquater Behandlung nicht zu einer anhaltenden, wesentlichen Verbesserung gekommen. Möglicherweise bewirke die vor kurzem erfolgte Frühpensionierung mit der damit verbundenen Entlastung eine Verbesserung.

Konkordant mit den Vorakten sei die Beschwerdeführerin als motiviert, engagiert und eher zur Dissimulation neigend zu bezeichnen. Sie sei ihrer angestammten beruflichen Tätigkeit im Rahmen der bestehenden Defizite und verbliebenen Ressourcen

im maximal möglichen Ausmass von 50 % nachgegangen. Weder anlässlich der Anamnese noch im Rahmen der klinischen Untersuchung oder aufgrund der Vorakten hätten sich Hinweise auf eine wesentliche Verdeutlichung, Aggravation oder Simulation ergeben.

Unter dem Titel «Risikofaktoren und Ressourcen» notierte der psychiatrische Gutachter, dass der Vater der Beschwerdeführerin sei mit 75 Jahren an Blutkrebs verstorben; er habe

nach ihren Angaben nicht mehr leben wollen. Er sei aus psychischen Gründen

vorzeitig pensioniert worden. Ihre Mutter sei an Schizophrenie erkrankt, als die Beschwerdeführerin achtjährig gewesen sei. Danach habe die Mutter viel Zeit in Psychiatriekliniken verbracht und mehrere Suizidversuche unternommen. Die Erkrankung ihrer Mutter sei schlimm gewesen für die Familie, der Vater habe mit Rückzug reagiert. Er sei auch längere Zeit in einer psychiatrischen Klinik hospitalisiert gewesen. Die Be

schwerdeführerin sei die mittlere von drei Schwestern. Beide Schwestern seien aus psychiatrischen Gründen arbeitsunfähig und berentet. Sie selbst sei als Kind jahrelang von der Mutter geschlagen worden, auch mit einem Gegenstand. Der psychiatrische Gutachter taxierte die körperliche Züchtigung der Mutter und den Rückzug des Vaters als anhaltende, schwere körperliche und seelische Misshandlung. Ausserdem habe die Beschwerdeführerin

schon früh für sich selbst sorgen müssen. Klinisch sowie mit Blick auf ihren schulischen und beruflichen Werdegang figuriere ihre Intelligenz im überdurchschnittlichen Bereich, was als Ressource gelte. Das sei sich der Unfallverursacher 2001 nie nach ihrem Befinden erkundigt, seine Schuld anerkannt und sich bei ihr entschuldigt habe, sei ein gewichtiger Risikofaktor für eine Chronifizierung von Beschwerden. Sodann zeige die Beschwerdeführerin leistungsorientierte Persönlichkeitstzüge und sei stolz auf ihre Leistungen. Durch grosse Leistung und harte Arbeit habe sie

sich die Anerkennung geholt, die sie sonst kaum erfahren habe. Mithin sei ihr Selbstwertgefühl jahrelang von ihrer Leistungsfähigkeit abhängig gewesen. Durch den Unfall mit seinen Folgen, wie Schmerzen und Konzentrationsstörungen, sei beides in Frage gestellt worden. Ihre Leistungsbereitschaft und -orientierung habe

es der Beschwerdeführerin möglicherweise erschwert, sich mit einer Restsymptomatik resp. mit Einschränkungen zu arrangieren und sich nach dem Unfall die notwendige Schonung und Analgesie zu gönnen. Damit habe sie unwillentlich zur Chronifizierung und Zentralisierung ihrer Schmerzen beigetragen. Dieses Bewältigungsmuster - durch einen nochmals erhöhten Einsatz zu versuchen, die Einschränkungen wettzumachen - könne zu einer Zunahme der Beschwerden führen und fälschlich erweise als Latenz wahrgenommen werden. So seien die Beschwerden zwar vorhanden, würden aber nicht wahrgenommen oder überspielt und könnten damit, erst nachdem sie eine gewisse Schwelle überschritten hätten, nicht mehr ignoriert werden. Gleichzeitig verfüge die Beschwerdeführerin über Persönlichkeitstzüge und Copingmuster, die günstig und als Ressourcen zu bewerten seien. So sei sie dankbar für ihr Leben, ihre Erfolge, die Chancen und Unterstützung, die sie erhalten habe. Weiter engagiere sie sich für Menschen, die ihr wichtig seien, namentlich Freunde, Mitarbeiter und die Künstler, zu denen sie eine langjährige Vertrauensbeziehung habe aufbauen können. Spiegelbildlich gehöre dazu, dass sie belastende Ereignisse grundsätzlich hinter sich und ruhen lassen könne. Auch habe die Beschwerdeführerin grosses Vertrauen in sich und ihr Schicksal, welches auf langjährigen Erfahrungen beruhe. Ihr beruflicher Werdegang sei alles andere als gradlinig. Sie habe mehrmals die Seiten gewechselt, von einer Ausbildung an der Schule für Gestaltung zu einer unabhängigen Tätigkeit als Künstlerin, zum Kultursponsoring usw. Dies

weise auf eine Fähigkeit hin,

gewohnte Denkmuster nötigenfalls kreativ und flexibel zu verlernen. In ihrer Geschichte falle auf, dass sie nach Niederlagen und Schicksalsschlägen starke Gefühle zulassen und leben könne. Gleichzeitig sei es ihr möglich, sich nach einem anfänglichen Tief doch wieder aufzurappeln, aus der Opferhaltung heraus zu kommen und ihr Leben fortzuführen. Mithin sei sie befähigt, Belastungen und Schicksalsschläge hinter sich zu lassen. Bei alledem würden ihre weit über den durchschnittlichen Ressourcen vorhandenen Belastungen und Risiken überwiegen. Dass die Beschwerdeführerin dennoch chronische Beschwerden

entwickelt habe, sei ein Hinweis darauf, dass die Belastungen wahrscheinlich aussergewöhnlich hoch gewesen seien. Die somatischen Komorbiditäten (Schulterinfektion 2012 und Blasenentzündung nach einer gynäkologischen Operation 2008)

hätten sich als zusätzliche Belastungen ungünstig auf die vorhandenen Ressourcen auswirken. Aus psychiatrischer Sicht sei die Beschwerdeführerin hinsichtlich ihrer bisherigen Tätigkeit als Geschäftsführerin zu 50 % arbeitsunfähig. Diese Einschätzung lehne sich an das «Mini-ICF-Rating» für psychische Störungen an. Demnach sei sie in ihrer Fähigkeit zur Selbstpflege und Selbstversorgung uneingeschränkt. In ihrer Widerstands- und Durchhaltefähigkeit, Konversations- und Kontaktfähigkeit zu Dritten, Gruppenfähigkeit, Selbstbehauptungsfähigkeit sowie Fähigkeit zur Mobilität und Verkehrsfähigkeit bestehe lediglich eine leichte Einschränkung. Sodann sei sie in den folgenden Fähigkeiten mässig eingeschränkt: Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen, Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben, Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, Kompetenz- und Wissensanwendung, Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, Proaktivität und Spontanaktivitäten sowie schliesslich in der Fähigkeit zu engen dyadischen Beziehungen. In einer Verweistätigkeit, ohne besondere und damit wesentlich tiefere Anforderungen an die psychische Belastbarkeit oder andere Fähigkeiten, sei die Beschwerdeführerin zu etwa 30 % eingeschränkt, vor allem zufolge der Konzentrations- und Antriebsstörungen, Verlangsamung und erhöhten Ermüdbarkeit (psychiatrisches Teilgutachten, S. 6 ff.; Urk. 21/60 ff.).

E. 3.5

Der neuropsychologische Gutachter hielt fest, bei der Beschwerdeführerin zeige sich eine alters- und bildungsadäquate durchschnittlich bis überdurchschnittlich gute kognitive Leistungsfähigkeit bei anamnestisch zeitlich verminderter mentaler Belastbarkeit. Sie habe sich sehr gut auf die neuropsychologische Untersuchung einlassen können und bei gegebener Anstrengungsbereitschaft kooperativ und motiviert mitgearbeitet. Weiter habe die Beschwerdeführerin flexibel zwischen den Anforderungen wechseln und bei unauffälligem Tempo und guter Sorgfaltsleistung konzentriert arbeiten können. Mithin hätten sich keine Hinweise auf kognitive Funktionsstörungen ergeben. In den geprüften kognitiven Domänen (Aufmerksamkeit, verbales und figurales Lernen/Gedächtnis, Exekutivfunktionen, Visuokonstruktion /visuell-räumliche Leistungen, Rechnen und sprachliche Leistungen) hätten sich durchschnittliche bis überdurchschnittliche Ergebnisse ergeben. Ihr kognitives Leistungsniveau

habe die Beschwerdeführerin während der 3¼-stündigen Untersuchung ohne Schwankungen aufrechterhalten können. Entsprechend notierte der neuropsychologische Gutachter keinerlei Einschränkungen der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit (neuropsychologisches Teilgutachten, S. 8; Urk. 21/65).

E. 3.6

Im Rahmen der Konsensbeurteilung kamen die MEDAS-Gutachter zum Schluss, die Beschwerdeführerin sei aufgrund ihrer chronischen Schmerzkrankheit im Zeitpunkt der Renteneinstellung als Geschäftsführerin zu 50 % eingeschränkt gewesen. Hinsichtlich einer Verweistätigkeit ohne besondere Anforderungen an die psychische Belastbarkeit bestehe eine 30%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit

(Urk. 21/ 68 ; psychiatrisches Teilgutachten , S. 16).

4. 4.1

Das

polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 28. September

2018 erging in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den Vorakten , den geklagten Beschwerden

sowie gestützt auf die klinischen Untersuchungen. Die Gutachter haben ihre Diagnosen ausführlich und differenziert begründet, zu den Beurteilungen in den Vorakten

einlässlich Stellung bezogen und – soweit Diskrepanzen bestanden – abweichende Einschätzungen

plausibel begründet .

Mithin genügt

das Gutachten grundsätzlich den an eine beweiskräftige Entscheidungsgrundlage gestellten Anforderungen (vgl. E. 1.7). 4.2

Strittig und zu prüfen bleibt die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin , welche auch unter juristischen Gesichtspunkten zu beurteilen ist. 4.3

Unbestritten ist zunächst, dass aus neuropsychologischer Sicht

im Zeitpunkt der Rentenaufhebung (November 2013) keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestand (neuropsychologisches Teilgutachten, S. 8; E. 3.5). Als unverändert untauglich,

ohne Hinweise für eine Pathologie der neuralen Strukturen, erwies sich auch der neurologische Befund (neurologisches Teilgutachten, S. 11 ; Urk. 21/65; E. 3.3). Aus dem MEDAS-Gutachten erhellt weiter , aufgrund der objektiven , strukturellen Befunde an der HWS und LWS sei die Beschwerdeführerin im relevanten Zeitpunkt in ihrer Arbeitsfähigkeit als Geschäftsführerin nicht eingeschränkt gewesen . Insoweit sei

das von Dr. A.____

gemäss Gutachten vom

2. März 2015

ermittelte Zumutbarkeitsprofil , wonach die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeits - und erwerbsfähig sei

(vgl. Urk. 2/ 9/134 /121) ,

auf objektiver, struktureller

Ebene korrekt . Schliesslich spielte

auch die rechtsseitige Schulterproblematik im Zeitpunkt der Rentenaufhebung

keine entscheidende Rolle im Hinblick auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin .

Im Gegenteil hat sie sich davon rasch erholt und war die Beschwerdeführerin

diesbezüglich bereits Mitte 2012 praktisch beschwerdefrei . Zusammenfassend bestätigten die Gutachter der MEDAS , dass den geklagten Beschwerden im Zeitpunkt der

Rentenaufhebung kein hinreichendes, organisches Substrat zugrunde lag. Entsprechend hielten sie ausdrücklich fest, im Zeitpunkt der Renteneinstellung sei die Beschwerdeführerin aufgrund derselben Beschwerden und Weichteilbefunde eingeschränkt gewesen, welche 2004 zur Rentenzusprache geführt hätten (Urk. 21/67 ff., E. 3.2). Soweit der begutachtende Rheumatologe

anmerkte, für einen erfahrenen Rheumatologen seien allerdings auch Muskelverspannungen «objektiv» (vgl. Urk. 21/67), so ist darauf hinzuweisen, dass Schmerzen, Druckdolenzen, klinisch feststellbare Bewegungseinschränkungen, Muskulaturverhärtungen

und Verspannungen jedenfalls aus

juristischer Sicht für sich allein kein klar fassbares organisches Korrelat eines Beschwerdebildes zu begründen vermögen (vgl. etwa Urteil U 9/05 des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 3. August 2005 E. 4; Urteile des Bundesgerichts U 354/06 vom 4. Juli 2007 E. 7.2, U 328/06 vom 25. Juli 2007 E. 5.2 sowie 8C_369/2007 vom 6. Mai 2008 E. 3).

4.4

Gestützt auf ein bio-psycho-soziales Erklärungsmodell kamen die MEDAS-Gutachter abweichend von Dres. A.____ und B.____

zum Schluss, die Beschwerdeführerin sei aufgrund der «chronischen Schmerzkrankheit» in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Geschäftsführerin gesamtmedizinisch zu 50 % arbeitsunfähig

(Urk. 21/54, Urk. 21/68). 4.5

Gemäss der Rechtsprechung des Bundesgerichts kann die ärztliche Arbeitsfähigkeitsschätzung, zumindest ohne einlässliche Befassung mit den spezifischen normativen Vorgaben und ohne entsprechende Begründung, zwar den rechtlich geforderten Beweis des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 Abs. 2 ATSG) nicht erbringen, weil sie weitgehend vom Ermessen des medizinisch-psychiatrischen Sachverständigen abhängt. Die medizinische Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ist aber eine wichtige Grundlage für die anschliessende juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistung der versicherten Person noch zugemutet werden kann (BGE 140 V 193 E. 3.2). Dabei gilt, dass die versicherte Person als grundsätzlich gesund anzusehen ist und sie ihrer Erwerbstätigkeit nachgehen kann (vgl. BGE 141 V 281 E. 3.7.2). Hinsichtlich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit haben sich sowohl die medizinischen Sachverständigen als auch die Organe der Rechtsanwendung bei ihrer Einschätzung des Leistungsvermögens an den normativen Vorgaben zu orientieren; die Gutachter im Idealfall gemäss der entsprechend formulierten Fragestellung (BGE 141 V 281 E. 5.2). Die Rechtsanwender prüfen die medizinischen Angaben frei insbesondere daraufhin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben und ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der rechts erheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (BGE 143 V

41

E. 7

in dem Sinne teilweise gut, dass es das angefochtene Urteil aufhob und die Sache zur Durchführung einer polydisziplinären Begutachtung und neuen Entcheidung an das hiesige Gericht zurückwies (Urk. 1, Dispositiv Ziffer 1 und E. 4.4).

4.

In Nachachtung des Bundesgerichtsurteils

9C_847/2016 vom 19. Juni 2017 holte das hiesige Gericht das polydisziplinäre Gutachten (Rheumatologie/Neurologie/

Psychiatrie/Neuropsychologie) der MEDAS C.____ vom 28. September 2018 ein (Urk. 21). Mit Eingaben vom 22. und 26. Oktober 2018 liessen sich die Parteien dazu vernehmen (Urk. 25, Urk. 26, vgl. Verfügung vom 3. Oktober 2018, Urk. 23). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 8

E. 6). Im Rahmen der Beweiswürdigung obliegt es den Rechtsanwendern zu überprüfen, ob in concreto ausschliesslich funktionelle Ausfälle bei der medizinischen Einschätzung berücksichtigt wurden und ob die Zumutbarkeitsbeurteilung auf einer objektivierten Grundlage erfolgte (BGE 141 V 281 E. 5.2.2; Art. 7 Abs. 2 ATSG). Es soll keine losgelöste juristische Parallelüberprüfung nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens stattfinden (BGE 141 V 281 E. 5.2.3; vgl. auch Andreas Traub, in: Ueli Kieser [Hrsg.], Sozialversicherungsrechtstagung 2016, S.

142 Ziff. 3.3.3), sondern im Rahmen der Beweiswürdigung überprüft werden, ob die funktionellen Auswirkungen medizinisch anhand der Indikatoren schlüssig und widerspruchsfrei festgestellt wurden und somit den normativen Vorgaben Rechnung tragen (BGE 141 V 281 E. 6; Urteil des Bundesgerichts 8C_260/2017 vom 1. Dezember 2017 E. 4.2.4). Entscheidend bleibt letztlich immer die Frage der funktionellen Auswirkungen einer Störung, welche im Rahmen des Sozialversicherungsrechts abschliessend nur aus juristischer Sicht beantwortet werden kann. Nach BGE 141 V 281 kann somit der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt. Fehlt es daran, ist der Beweis nicht geleistet und nicht zu erbringen, was sich nach den Regeln über die (materielle) Beweislast zuungunsten der rentenan sprechenden Person auswirkt (BGE 144 V 50 E. 4.3, 143 V 418 E. 6). 4.6

Der psychiatrische MEDAS-Gutachter nahm zwar Bezug auf die Gerichtspraxis gemäss BGE 141 V 281 (vgl. E. 1.4) und machte Ausführungen zu den recht sprechungsgemäss anzuwendenden Standardindikatoren (psychiatrisches Teilgutachten, S. 11 ff.).

Demgegenüber stützt er seine Arbeitsfähigkeitsbeurteilung vornehmlich auf die Ergebnisse des Mini-ICF-Ratings (psychiatrisches Teilgutachten, S. 16, vgl. auch Urk. 21/68) und lässt sein Gutachten bei umfangreichen Ausführungen zur familiären Vorgeschichte und frühen Kindheit der Beschwerdeführerin

eine hinreichende Auseinandersetzung mit den normativen Vorgaben vermissen.

Mithin bedarf es unter Hinweis auf das unter E. 4.4 Gesagte einer ergänzenden richterlichen Überprüfung der gutachterlich festgestellten Arbeitsfähigkeit. 4.7

In psychiatrischer Hinsicht erhellt aus dem Gutachten zunächst, dass die funktionellen Auswirkungen der neu diagnostizierten Neurasthenie nicht

stark ins Gewicht fallen. Der psychiatrische Gutachter taxierte deren Schweregrad als leicht bis mittelgradig und hielt

ausserdem fest, im Hinblick auf die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung

käme

denselben

keine eigenständige Bedeutung zu, zumal sie sich kaum von denjenigen der Schmerzstörung abgrenzen liessen (psychiatrisches Teilgutachten, S. 9, S. 15). Das Vorliegen einer Depression wurde in Übereinstimmung mit Dr. B._____

eindeutig verneint; die Beschwerdeführerin habe den Unfall mit tiefenpsychologischer sowie traumatherapeutischer Unterstützung psychisch gut verarbeitet

(psychiatrisches Teilgutachten, S. 7 f., S. 11). Sodann hat

die Beschwerdeführerin eine bemerkenswerte Ausbildungs- und Berufsbiographie vorzuweisen, wobei insbesondere hervorzuheben ist, dass sie ihre Berufskarriere auch im Nachgang des Unfallereignisses 2001

fortsetzte.

In diesem Zusammenhang

betonte der

psychiatrische Gutachter ihre überdurchschnittlichen Ressourcen und Coping-Strategien (Urk. 21 S. 30 f.; vgl. auch Urk. 135/1 ff.; psychiatrisches Teilgutachten,

S. 14 f.).

Zudem weiss die Beschwerdeführerin in schwierigen Situationen mittels imaginären und meditativen Techniken offenbar eine gute, effektive Selbsthilfe anzuwenden (psychiatrisches Teilgutachten, S. 1 f.).

Die im psychiatrischen Teilgutachten

als einschränkend notierten Konzentrationsstörungen

stehen im Widerspruch zu den objektiven Befunden anlässlich der neuropsychologischen Untersuchung; während der über drei Stunden andauernden Testung verblieben sowohl mentale Belastbarkeit als

auch Leistungsniveau der Beschwerdeführerin konstant erhalten. Dies deckt sich denn auch mit ihren subjektiven Angaben, wonach sich die Beschwerdeführerin im Rahmen des neuropsychologischen Untersuch

nicht von Schmerzen abgelenkt gefühlt habe. Die im Gutachten notierte, schmerzbedingt erhöhte Ermüdbarkeit über einen längeren Zeitraum (Tagesablauf/Arbeitswoche)

füsst einzig auf den eigenanam nesischen Angaben der Beschwerdeführerin (neuropsychologisches Teilgutachten , S. 5 und S. 7 f.) . Die

von

2002 bis Ende 2009 (zunächst in 14-tägiger, später monatlicher Frequenz) durchgeführte

tiefenpsychologische Therapie

diente offenbar primär der

Überwindung der unfallbedingten Beeinträchtigung des Selbstverständnisses und der Identität

der Beschwerdeführerin (psychiatrisches Teilgutachten, S. 10; vgl. auch Urk. 139/3) . Darüber hinaus

nahm sie – soweit nach Lage der Akten ersichtlich – nie eine spezifische Schmerzbehandlung in Anspruch . Dass die Schmerzstörung «trotz adäquater Behandlung» bisher nicht wesentlich verbessert werden können – so der psychiatrische Gutachter (psychiatrisches Teilgutachten, S. 11) – ist damit jedenfalls nicht ausgewiesen . Sodann lässt das Ausmass der gutachterlich postulierten, schmerzbedingten Arbeitsunfähigkeit

in Anbetracht der nach eigenen Angaben

eingenommene n Analgetika (Urk. 21/35 f., wonach die Beschwerdeführerin selten ein Gramm Dafalgan und noch seltener eine Tablette Ponstan einnehme;

vgl. auch neuropsychologisches Teilgutachten , S. 7) zumindest Zweifel aufkommen. Kommt hinzu , dass die Beschwerdeführerin

offenbar selbst bei Schmerzen der Stärke 7 (VAS 1-10) über einen mehrstündigen Zeitraum weder objektiv noch subjektiv in ihrer kognitiven Leistungs- und Belastungsfähigkeit eingeschränkt ist (neuropsychologisches Teilgutachten, S. 5 ; vgl. auch Urk. 21/35, wonach sie die Stärke ihrer Schmerzen zwischen 3 und 8 skalierte) .

Dass die Beschwerdeführerin ihre Arbeitszeiten auf eigenen Wunsch von fünf Halbtagen zuletzt auf drei Wochentage (Montag, Mittwoch und Donnerstag) à je 7 Stunden änderte (Urk. 21/29) wirft weitere Fragen auf und steht diskrepant zu ihren Ausführungen , wonach ihre Schmerzen und Konzentrationsschwierigkeiten im Tagesverlauf

zunehmen würden und sie schnell ermüde (Urk. 21/35 ;

neuropsychologisches Teilgutachten S. 7; vgl. auch Urk. 134/108, Urk. 139/5). Seine Ausführungen, wonach es «trotz grossem Einsatz aller Beteiligten nie gelungen sei », das Arbeitspensum über 50 % zu steigern (psychiatrisches Teilgutachten, S. 11) , hat der psychiatrische Gutachter nicht konkretisiert. Aktenkundig ist

jedenfalls lediglich ein einmaliger, sechswöchiger Arbeitsversuch im 60%-Pensum anfangs 2003 (Urk. 21/45).

Es fällt weiter auf , dass sich die Beschwerdeführerin offenbar auch in früheren Zeiten, mithin vor dem Unfall 2001, mit 50%-Anstellungen «durchgeschlagen» hatte resp. halbtags gearbeitet hatte (Urk. 21/30). Im Übrigen hat der psychiatrische Gutachter mit keinem Wort begründet, weshalb und inwiefern die Fähigkeiten der Beschwerdeführerin zur Anpassung an Regeln und Routinen, zur Planung und Strukturierung von Aufgaben, zur

Kompetenz- und Wissensanwendung, zu Pro- und Spontanaktivitäten, zu engen dyadischen Beziehungen sowie schliesslich

ihre

Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit mittels schwer eingeschränkt sein sollen. In Anbetracht ihrer «weit überdurchschnittlichen Ressourcen» (psychiatrisches Teilgutachten, S. 15) sind die Ergebnisse des Mini-ICF-Ratings jedenfalls nicht ohne Weiteres nachvollziehbar. Als dann ist im Hinblick auf die Indikatorenprüfung in sozialer Hinsicht zu vermerken, dass die Beschwerdeführerin über einen tragenden Freundeskreis verfügt und sie ihre freundschaftlichen

Beziehungen regelmässig pflegt (Urk. 21/30 ff.; neurologisches Teilgutachten, S. 4; psychiatrisches Teilgutachten, S. 2).

Ferner schilderte sie

- auch nach ihrer vorzeitigen Pensionierung per Ende Juni 2018 -

einen geordneten Tagesablauf mit regelmässigen körperlichen (täglich 40 Minuten Gymnastik, Schwimmen, Aquafit, Spazieren, Fitnessstudio mit Kraft- und Ausdauertraining) sowie Tätigkeiten mit erhöhten Anforderungen an die Konzentration (TV, Kino, Literatur, Zeitung lesen, Autofahren, fremdsprachige Hörbücher, tägliches Meditieren). Als sie noch als Geschäftsführerin fungierte, pflegte sie auch über den Mittag Kundenkontakte. Nachmittags ging sie in die Physiotherapie, ins Turnen oder musste sie Anlässe besuchen. Zudem bearbeitete sie von zu Hause aus die eingegangenen E-Mails.

Ihren Haushalt erledigt die Beschwerdeführerin

weitestgehend selbständig. Auch die Mahlzeiten bereitet sie ohne Angaben von Einschränkungen selber zu. Schliesslich arbeitete die Beschwerdeführerin nach ihrer frühzeitigen Pensionierung in ihrem wohnungseigenen Atelier und unternahm sie Reisen nach Hamburg und Rom. Mithin verfolgt sie

sie

das Ziel, sich vermehrt der eigenen Kunst zu widmen und mit eigenen Werken auf dem Markt Fuss zu fassen

(Urk. 21/29, Urk. 21/33 ff.; psychiatrisches Teilgutachten, S. 3; Urk. 139/5). Dass sie sich dieser Herausforderung gewachsen sah, bestätigt abermals das Vorhandensein beachtlicher

persönlichkeitsbezogener sowie arbeitsrelevanter Ressourcen. Gleichzeitig spricht letzteres

gegen die gutachterlich postulierte Antriebsminderung

sowie Einschränkung ihrer Flexibilität und Umstellungsfähigkeit (psychiatrisches Teilgutachten, S. 16). Im Übrigen waren die im Gutachten als ressourcenhemmend genannten früheren somatischen Komorbiditäten (Schulterinfektion 2012 und Blasenentzündung nach einer gynäkologischen Operation 2008, vgl. Urk. 21/68) im Zeitpunkt der Rentenaufhebung unbestrittenermassen überwunden.

Mit Blick auf ihren Entschluss, ungeachtet der finanziellen Einbussen (vgl. Urk. 21/29) vorzeitig in Pension zu gehen, ist ferner davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin

in wirtschaftlich sicheren Verhältnissen lebt e . Insgesamt ergibt sich damit auch unter einlässlicher Auseinandersetzung mit den normativen Vorgaben kein hinreichender Nachweis für erhebliche funktionelle Auswirkungen der medizinisch festgestellten Diagnosen . Zusammen mit den MEDAS-Gutachten

ist insbesondere

mit Blick auf die Erfahrung der Beschwerdeführerin sowie die Möglichkeit zur freien Zeiteinteilung schliesslich davon auszugehen, dass die zuletzt ausgeübte Tätigkeit

als Geschäftsführerin

weitestgehend einer optimal angepassten Tätigkeit entspricht. Die MEDAS-Gutachter attestierten

der Beschwerdeführerin denn auch keine wesentlich höhere Arbeitsfähigkeit in einer weniger anspruchsvollen Tätigkeit . Insbesondere gingen sie davon aus, letztere

habe als Geschäftsführerin in zeitlicher Hinsicht effektiv ein Pensum von 60 bis 75 % geleistet . Zudem wurde ein Jobwechsel

gutachterlicherseits

ausdrücklich als nicht sinnvoll

erachtet (psychiatrisches Teilgutachten, S. 16). Mithin rechtfertigt sich die Annahme , dass die Beschwerdeführerin als Geschäftsführerin medizinisch-theoretisch bestmöglich eingegliedert war .

Zusammenfassend ist jedenfalls nicht mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass es der

Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der Rentenaufhebung nicht zuzumuten gewesen wäre ,

ungeachtet ihrer Leiden einer rentenausschliessenden Erwerbstätigkeit als Geschäftsführerin der Kulturstiftung

nachzugehen und tragen

die Parteien im Sozialversicherungsrecht in der Regel insofern eine Beweislast, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte (BGE 117 V 261 E. 3b). 4 .8

Da auch der Zeitpunkt der Rentenaufhebung (vgl. Art. 88 bis

Abs. 2 lit . a der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV) zu keiner gerichtlichen Korrektur Anlass gibt , ist die Beschwerde abzuweisen. 5 .

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 1 ' 0 00.-- festzulegen und ausgangsgemäss von der Beschwerdeführerin zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1 ' 0 00 .-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Advokat Daniel Tschopp , unter Beilage des Doppels von Urk. 26 - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle , unter

Beilage des Doppels von Urk. 25 - 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
HurstHediger

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