

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00789 vom 21. März 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-03-21, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2017.00789](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00789)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00789 du 21 mars 2019

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00789 del 21 marzo 2019

## Erwägungen

### E. 1

4. März 2017 stellte sie die Abweisung eines Anspruchs auf «IV- Leistungen » in Aussicht ( Urk. 6/105) . Nachdem gegen den Vorbescheid Ei nwand erhoben worden war ( Urk.

### E. 1.1

und 1.7) .

Anlässlich der interdisziplinären Abklärung liessen sich jedoch auf psychia trischem Fachgebiet keine Untersuchungs b efunde erheben, die eine entsprechen de psychiatrische Diagnose

hätte n bestätigen können , und es liegen auch keine anderslautende n

psychiatrischen Berichte vor. N achdem auch die internistischen Untersuchungen

keine Befunde aufzeig en konnten , aufgrund derer eine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

zu stellen war , ist nachvollziehbar dar gelegt, dass die Kopfschmerzsymptomatik – Mig räne

mit einfachen Attacken und visueller Aura sowie ein episod isch auftretender Clusterkopfschmerz – die einzig e und

auf neurologischem Fachgebiet abgrenzbar e Diagnose

darstell t , die eine Arbeitsunfähigkeit begründe t . Der neurologische Experte legte dabei sehr sorgfältig dar, dass , nachdem sich die Kopfschmerzfrequenz unter Therapie etwas abgeschwächt hat te , höchstens noch mit sieben bis acht Kopfschmerztagen pro Monat zu rechnen ist , wobei fünf Attacken gut und drei Attacken nicht aus reichend coupiert werden könn en , noch eine

zusätzliche Verbesserung durch eine prophylaktische Migräne-Therapiemassnahme

erzielt werden kann und zudem die Attacken auch auf die Woch enenden fallen könn en .

Die Leistungsminderung von ca. 20 %

unter Berücksichtigung der aktuellen Situation und Beschwerde symptomatik i st damit nachvollziehbar begrü ndet und trägt den Umständen, auch mit Blick auf den geschilderten Tagesablauf (vgl. E. 3.2.4 ) , hin reichend Rechnung. Nachvollziehbar ist auch, dass s tark stressbelastende , taktgebundene oder Tätig keiten mit starker Veränderung des Schlaf-Wach-Rhythmus und solche mit hohen Anforderungen an die konzentriative Belastbarkeit und mit besonderer Verant wor tung nicht zugemutet werden sollten (E. 3.2.2

und E. 3.2.5) . Das entsprechende Belastungsprofil unterscheidet sich zudem nur unwesentlich vom Anforderungsprofil, welches Dr. C. \_\_\_ in seinem Bericht vom 30. November 2016 erwähnte ( vgl. Urk. 6/97). 4.2

Nach dem Gesagten besteht keine Veranlassung, nicht auf das interdisziplinäre Gutachten der MEDAS A. \_\_\_

abzustellen. Es legt einleuchtend dar, dass im vorliegend relevanten Zeitraum (ab September 2014 , vgl. E.

3 hiervor) Arbeitsunfähigkeiten einzig auf neurologischem Fachgebiet ab Jahresbeginn 2014 vorzulegen haben. Nachvollziehbar sind auch die Beschränkungen im Belastungsprofil . Insofern die Beschwerdeführerin ausführte , ihre angestammte Tätigkeit als Junior Betriebswirtschafterin sei nicht mehr zumutbar, da diese Tätigkeit im Rahmen von Projekten mit grosser Verantwortung , zeitkritischen Aufträgen

und mit vielen Schnittstellen verbunden gewesen sei und ein hohes Mass an Fachkompetenzen

erfordert

habe (vgl. Urk. 1 S. 4 oben), schliesst das neurologische Belastungsprofil eine solche Tätigkeit an sich nicht grundsätzlich

aus. Denn es ergeben sich keine

spezifischen

Anhaltspunkte , dass die ursprüngliche Tätigkeit im kaufmännischen Bereich über das normale Ausmass hinaus stark stressbelastende , taktgebundene oder andere Tätigkeiten mit speziell hohen Anforderungen an die konzentrierte Belastbarkeit und mit besonderer Verantwortung beinhaltet hat oder die Tätigkeit mit starken Veränderungen des Schlaf-Wach-Rhythmus verbunden war . Zudem wurde mit einer generellen Leistungsminderung von

20 %

belastenden Elementen , wie sie grundsätzlich auch in jeder anderen kaufmännischen Tätigkeit, die während der Bürozeiten erledigt werden kann , gelegentlich anfallen können , bereits Rechnung getragen. 4.3

Selbst wenn aber der Beschwerdeführerin die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Junior Betriebswirtschafterin nicht mehr zumutbar wäre und wie von ihr geltend gemacht ein Valideneinkommen von Fr. 104'787. -- (bei einem 100 % Pensum) zu veranschlagen und beim Invalideneinkommen kommen das tatsächliche Erwerbseinkommen ( Fr. 34'051.15 bei einem Teilzeitarbeitspensum von 15 Stunden pro Woche) zu berücksichtigen wäre (vgl. Urk. 6/99/2), würde kein Invaliditätsgrad in rentenbegründender Höhe resultieren. Denn das Valideneinkommen wäre in jedem Fall in einem 90 % Pensum zu veranschlagen , nachdem die Beschwerdeführerin bereits früher und nicht gesundheitsbedingt nicht mehr als 90 % gearbeitet hat , und ein solches Einkommen auch mit Blick auf die IK-Auszüge ( Urk. 6/42) unwahrscheinlich ist. Das tatsächliche Einkommen, welches bei einer 42 Stundenwoche einem Arbeitspensum von rund 36 % entspricht ,

wäre als Invalideneinkommen auf ein in medizinischer Hinsicht jedenfalls zumutbares

80 % Pensum hochzurechnen . Aus der Gegenüberstellung der Vergleichsein kommen Fr. 94'308.3 ( Fr. 104'787. --

: 100 x 90 ) und Fr. 75'669. 20 ( 34'051.15 : 36 x 80 ) würde ebenfalls lediglich ein Invaliditätsgrad von gerundet 20 % resultieren.

Zusammenfassend steht fest, dass keine Arbeitsunfähigkeit vorliegt, aus der sich ein rentenbegründender Invaliditätsgrad ergibt . Dies führt zu Abweisung der Beschwerde. 5.

Nach Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Abweichung von Art. 61 lit . a ATSG kostenpflichtig, wobei die Kosten nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt werden.

Entsprechend dem Verfahrensausgang sind die ermessensweise auf Fr. 800.-- festzusetzenden Gerichtskosten 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 zu gestellt. 3.

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

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

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

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

## **E. 1.2**

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

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

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

### **E. 1.3**

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).

### **E. 1.4**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht 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 in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

#### **2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete die Leistungsabweisung damit (Urk. 2), dass laut MEDAS Gutachten die seit Jahresbeginn 2014 ausgestellten Arbeitsunfähigkeiten mit Überforderungsgefühlen und Müdigkeit sowie myalgischen Schmerzen nicht hinreichend erklärbar seien. Die Muskelschmerzsymptomatik und die je weils

ab dem frühen Nachmittag einsetzende abnorme Müdigkeit, die die zeitige Limitierung der Arbeitsfähigkeit begründe, seien nicht somatisch bedingt.

Auch aus psychiatrischer Sicht seien keine hinreichenden Gründe vorhanden, welche rückblickend eine längere Phase der

Arbeitsunfähigkeit darstellen könnten und es seien nur Diagnosen auf neurologischem Fachgebiet abgrenzbar, mit welchen sich eine Arbeitsunfähigkeit von 20% ausweisen lasse. Eine längerdauernde, höher gradige Arbeitsunfähigkeit von mehr als 20% sei aus medizinischer Sicht nicht plausibel begründbar. Es seien auch die Therapieoptionen noch nicht ausgeschöpft und eine Verbesserung des Gesundheitszustands sei möglich. Trotz der Beschwerden sei eine Erwerbstätigkeit in einem Pensum von 80% zumutbar. 2.2

Die Beschwerdeführerin stellt sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1 S.

3 f. ), die Schlussfolgerung in der Verfügung , dass trotz Beschwerden einer Erwerbstätigkeit von 80 %

nachgegangen werden könne , entspreche nicht den Beurteilungen der behandelnden Ärzte und den effektiven Gegebenheiten. Auf grund der neurologischen Diagnosen im MEDAS-Gutachten seien keine stark stressbelastenden, taktgebundenen sowie Tätigkeiten mit hohen Anforderungen an die konzentrierte Belastbarkeit und

mit besonderer Verantwortung zumutbar . Ihre Tätigkeit als Junior Betriebswirtschafterin könne sie damit nicht mehr, auch nicht in einem Teilzeitpensum ausüben, da die Anforderungen und Voraussetzungen für diese Tätigkeit nicht erfüllbar seien. Auch führe sie seit Jahren Kopf schmerztherapien durch und es seien verschiedenste Therapierichtungen angewendet worden. Aktuell bestehe die Therapie aus medikamentösen, psychologischen und physiotherapeutischen Massnahmen. Dank Führen eines ruhigen Lebensstils mit täglicher Bewegung im Freien von ein bis zwei Stunden, der Einhaltung der LOGI-Diät und mit den regelmässigen Glutathion - Infusionen (2x wöchentlich)

sei eine gewisse Stabilisierung des Zustandes erreicht worden . Eine mögliche weitere Verschlimmerung

habe dadurch vermieden werden können. Die konsequente Einhaltung der Therapiemassnahmen sei nur wegen der Reduktion der Arbeitsfähigkeit auf das heutige Niveau möglich .

Im Bericht von Dr. med. B.\_\_\_\_ vom 25. August 2016 sei eine sekundäre Nebennierenrindeninsuffizienz bei rezidivierender Steroidtherapie erwähnt . Eine Reduktion des Cortisons sei

zweimal angegangen worden, habe aber , nachdem die Symptomatik sich stark verschlechtert habe ,

wieder abgebrochen werden müssen. Die reduzierte Leistungsfähigkeit sei durch die Nebennierenrindeninsuffizienz erklärbar, was im Gutachten unberücksichtigt geblieben sei. Unter Berücksichtigung der gesundheitlichen Einschränkungen sei sie seit 1. Februar 2017 zu 40 % im Back Office beschäftigt und aus dem Lohnvergleich ergebe sich ein Anspruch auf eine Dreiviertelsrente (S. 5). 3.

### 3.1

Streitgegenstand ist ein Anspruch auf Rentenleistungen der Invalidenversicherung , insofern dieser mit Verfügung vom 22. Juni 2017 ( Urk. 2) abgewiesen wurde . Nach der Neuanmeldung vom 17. März 2014 ( Urk. 6/30) fallen Rentenleistungen nach Ablauf des Wartejahrs frühestens nach sechs Monaten, mithin ab September 2014 in Betracht ( Art. 28 in Verbindung mit Art. 29 Abs. 1 IVG; E. 1.2 hiervor), weshalb die attestierten Arbeitsunfähigkeiten in den medizinischen Berichten ab September 2013 für die vorliegende Streitsache relevant sind. Die aufgelegten Arztberichte wurden im Gutachten der MEDAS A.\_\_\_\_ vom 17. Oktober 2016 ( Urk. 6/92/6-13 ) zusammengefasst, weshalb sie vorliegend nur insoweit wieder gegeben werden , als sie dem Sachverhaltsverständnis dienlich sind.

### 3.2 3.2.1

Im von der Beschwerdeführerin eingeholten interdisziplinären Gutachten der MEDAS A.\_\_\_\_ vom 17. Oktober 2016 (Urk. 6/92), beruhend auf psychiatrischen, neurologischen und internistischen Untersuchungen von Januar/Februar

2016 (S.

1) , wurden die folgenden Diagnosen gestellt (S. 31 ): Diagnosen mit Relevanz

für die Arbeitsfähigkeit (angestammte Tätigkeit) - Migräne mit einfachen Attacken und mit visueller Aura - Episodischer Clusterkopfschmerz rechts Diagnosen ohne Relevanz

für die Arbeitsfähigkeit - Probleme bezogen auf die Lebensführung, die nicht näher bezeichnet sind ICD-10 Z72.9 - Personen, die das Gesundheitswesen aus sonstigen näher bezeichneten Gründen in Anspruch nehmen ICD-10 Z76.8 - Persönlichkeitsakzentuierung ICD-10 Z73.1 - Status nach Fazialisparese rechts ohne Hinweise für Neuroborreliose - Unklare Myalgien ohne muskuläres Funktionsdefizit - Unklares Müdigkeitssyndrom - Status nach Borreliose - Status nach operativem Verschluss eines Foramen ovale 2004 - Histaminintoleranz - Multiple Allergien - HPU ( Hämopyrrolaktamurie ) mit Erstdiagnose 2010 3.2.2

Auf dem Fachgebiet der Neurologie äusserte der Sachverständige (S. 21 f.) , die Beschwerdeführerin leide seit Kindheit und Jugend unter Migränekopfschmerzen, die anfangs mehrfach pro Monat aufgetreten seien und sich im Zeitverlauf gehäuft hätten. Es handle sich um einen ein- bis zweitägigen, selten dreitägigen Kopfschmerz ,

drückender Art , mit Lichtscheu und Lärmempfindlichkeit sowie Übelkeit und selten mit Erbrechen. Dieser nehme bei körperlicher Belastung zu, wobei die Beschwerdeführerin diese vermeide und Ruhe halte. Imigran helfe bei frühzeitiger nicht aber bei zu später Einnahme . Sie habe dann nur die Möglichkeit , den Notfallarzt zu holen, damit er ihr einen schmerzlösenden und einschläfernden Cocktail verabreiche. Dies sei früher häufiger gewesen, im Jahr 2015 nur noch zweimal. Zurzeit habe sie ungefähr zwei bis drei Migräneattacken pro Woche in den von Kopfschmerzen betroffenen Wochen eines Monats. Ungefähr zweidrittel dieser Attacken seien mit Imigran zu bekämpfen. Ein Cortisonstoss sei schon länger nicht mehr durchgeführt worden. Schon seit langem habe sie immer wieder Fieberschübe, die ätiologisch unklar geblieben seien und sie fühle sich dann auch erschöpft und habe muskuläre Schmerzen. Es bestehe ebenfalls seit zwei Jahren eine unangenehme , vorschnelle körperliche, aber auch geistige Müdigkeit, die sie zwingt, am frühen Nachmittag ein bis zwei Stunden zu schlafen und immer wieder Pausen zu halten.

Zum objektiv erbaren medizinischen Sachverhalt hielt der Neurologe fest (S. 23) , bei der Beschwerdeführerin bestehe von Seiten der Kopfschmerzsymptomatik eine Migräne, teilweise mit visueller Aura, in Kombination mit einem episodischen Clusterkopfschmerz rechts. Nach den Kriterien der Internationalen Kopfschmerzgesellschaft und bislang unauffälligen Untersuchungsbefunden mit fehlenden Hinweisen für eine Raumforderung im Bereich des Schädellinneren und bei Fehlen einer pathologischen Gefässfehlbildung gemäss den MRIs des Schädels , könne die Diagnose einer Migräne mit gelegentlicher Aura und zusätzlich auch die Diagnose eines Clusterkopfschmerzes vom episodischen Typ rechts gestellt werden . Nach den aktuell durchgeführten Laboruntersuchungen ergebe sich trotz intensiver Kopfschmerzen und rezidivierender Nasennebenhöhleninfekte kein Hinweis auf eine granulomatöse Arteriitis vom Typ der Wegener- Granulomatose , und damit sei weiter von überlagernden Clusterkopfschmerzen rechts auszugehen, die noch insuffizient

behandelt seien. Diese seien im Schnitt zirka zweimal jährlich für die Dauer mehrerer Wochen mit täglichen Kopfschmerzen aufgetreten.

Da die Kopfschmerzen täglich und teilweise über viele Stunden andauernd, könne es in den Kopfschmerzwochen mit episodischen Clusterkopfschmerzen durchaus zu einer Minderung der Arbeitsfähigkeit kommen. Allerdings betreffe dies nur etwa ein Viertel bis ein Fünftel des gesamten Jahres und die Kopfschmerzen könnten teilweise mit

Nisulid, einem NSAR, in der Dosis von 100

mg coupiert werden, obwohl beim Clusterkopfschmerz die Attackencoupiierung alleine nicht ausreiche. Es seien deshalb prophylaktische Massnahmen anzustreben. Bei bekannter Migräne und angedeutetem positiven Effekt von Stugeron

sei eine Therapie mit einem wirksamen Kalziumantagonisten, zum Beispiel Verapamil vorzuschlagen, da dieser sowohl bei Migräne als auch bei Clusterkopfschmerzen wirksam sei.

Da die Migräneattacken seit der naturheilkundlichen Therapie mit Glutathion, B-Vitaminen, Magnesium und unter Hormontherapie mit Cerazette deutlich weniger als früher aufgetreten seien und sich die Kopfschmerzfrequenz von zwei bis drei Tagen pro Woche unter Therapie etwas abgeschwächt habe, sei höchstens noch mit sieben bis acht Kopfschmerztagen pro Monat zu rechnen. Bei der Einnahmefrequenz von sieben bis acht Triptan-Anwendungen pro Monat sollte ein möglicherweise vorhandener Triptan-Kopfschmerz langsam wieder zurückgehen, so dass durch die Reduktion der Triptandosis auch eine weitere Entschleunigung der Migräne einsetze. Eine zusätzliche Besserung könnten

auch die prophylaktischen Therapiemassnahmen mit dem Kalziumantagonisten erbringen. Von den acht Kopfschmerzattacken eines Monats könnten fünf Attacken gut und drei Attacken nicht ausreichend

coupiert werden. Insgesamt wirkten sich dadurch höchstens drei Kopfschmerztage pro Monat aus

- noch ohne Verbesserung durch prophylaktische Migräne Therapiemassnahmen -, wobei diese auch auf die Wochenenden fallen könnten. Unter Berücksichtigung der derzeitigen Situation ergäbe sich durch die kombinierte Kopfschmerzsymptomatik (Migräne mit Clusterkopfschmerz) eine Leistungsminderung von ca. 20 % in angestammter Tätigkeit und in einer Verweistätigkeit (zwei fehlende Arbeitstage pro Monat durch untherapierbare Migräneattacken und im Schnitt 1.5 unbehandelbare Clusterkopfschmerzattacken protrahierter Dauer pro Monat).

Die weiter angegebenen nächtlichen Parästhesien im Bereich beider Hände seien am ehesten einem beginnenden Karpaltunnelsyndrom zuzuordnen, wobei die nächtliche Schienlagenlagerung der Handgelenke eine Besserung erbringen könne.

Anhaltspunkte für eine neurologische Ursache der berichteten Muskelschmerzen ergäben sich nicht und es bestünden auch keine Hinweise für das Vorliegen von muskulären Schwächen aufgrund eines muskulär-

oder nervenbedingten Schädigungsprozesses.

Im Hinblick auf die chronische Kopfschmerzsymptomatik sollte n der Beschwerdeführerin keine stark stressbelastende Tätigkeit mehr zugemutet werden und auch keine taktgebundenen Tätigkeiten. Auch auf Tätigkeiten mit starker Veränderung des Schlaf-Wach-Rhythmus sollte verzichtet werden, wie Tätigkeiten im Nachtschichtbetrieb. Ein Zweischichtbetrieb mit Früh- und Spätschicht sei aber vorstellbar. Tätigkeiten mit hohen Anforderungen an die konzentrierte Belastbarkeit und mit besonderer Verantwortung sollten nicht zugemutet werden. Bedingt durch die häufige Kopfschmerzsymptomatik, teilweise in Form einer Migräne und teilweise in Form von Clusterkopfschmerzattacken, die nicht alle komplett behandelbar seien, komme es zu einer Leistungsminderung in jeglicher Tätigkeit um 20 % , ausgehend von einem ganztägigen Pensum (S. 25). 3.2.3

Aus internistischer Sicht wurde festgehalten (S. 45) , die Beschwerdeführerin klagt über ständig vorhandene Kopfschmerzen , die sich seit dem 25. Januar 2016 verstärkt hätten . Überdies gebe sie eine allgemeine Müdigkeit und Erschöpfung, zum Teil verbunden mit muskulärer Erschöpfung ,

und ferner Sehstörungen am rechten Auge an.

Unter fachspezifischen Befunden

führte der Experte auf, der

Allgemein - und Ernährungszustand der Beschwerdeführerin sei gut, bei

einer Grösse von 160 cm , Gewicht von 75 kg und

einem BMI

29 kg/m<sup>2</sup> (S. 48) .

Die Labordiagnostik

zeige einen deutlich erhöhten Vitamin B12 Wert. Die übrigen Werte für Hämatologie, klinische Chemie, spezielle klinische Chemie, Endokrinologie, Immunologie, Infektions-Serologie, so wie quantitative Proteine seien sämtlich im Normbereich (S. 52) .

Aus internistischer Sicht sei keine Diagnose mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit in zuletzt ausgeübter Tätigkeit (Betriebssekretärin) zu stellen und aus rein internistischen Gründen sei die Beschwerdeführerin zu 100 % leistungsfähig und das Zeitpensum liege bei 8.5 Stunden pro Tag (S. 52). 3.2.4

Der psychiatrische Sachverständige berichtete, zum Tagesablauf gebe die Beschwerdeführerin an (S. 40 f. ) , sie stehe morgens zwischen 6.00 Uhr bis 6.30 Uhr auf und nehme nach der Morgentoilette das Frühstück ein, füttere ihre Tiere, fahre mit dem Auto zur Arbeit.

Der Arbeitsweg dauere 45 Minuten. Am Arbeitsplatz bleibe sie zwischen drei bis knapp vier Stunden ,

und da sie

gleitende Arbeitszeit habe, komme es nicht darauf an, wann sie am Arbeitsplatz erscheine. Wenn sie Migräne habe, gehe sie später zur Arbeit. Meist sei sie vor 13.00 Uhr wieder zuhause. Dann lege sie sich meist etwas hin und schlafe ein bis zwei Stunden. Sie müsse mittags für sich kochen und übe sich im gesunden Kochen. Um 16.00 Uhr mache sie einen

Spaziergang, abhängig vom Tageslicht und manchmal erledige sie Hausarbeiten, abhängig von der Jahreszeit und vom Wetter. Das Nachtsessen sei gegen 18.00 Uhr . Oft lese sie danach noch , schaue auch Fern

und gehe spätestens um 22.00 Uhr ins Bett . Die Haushaltsarbeiten teile sie sich mit ihrer Mitbewohnerin, mit der sie schon seit etwa

#### **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. 13**

Jahren im gemeinsamen Haushalt lebe.

Der Psychiater erläuterte weiter, die Beschwerdeführerin berichte

über belastende somatische Beschwerden und zahlreiche operative Eingriffe. Es ergäben sich jedoch keine Hinweise für eine somatoforme Störung, wobei psychoreaktive Phänomene im Rahmen der somatischen Beschwerden jedoch möglich seien . Es bestehe keine depressive Störung und es liege keine Psychose , keine

kognitive Störung oder eine relevante Auffälligkeit der Persönlichkeit vor , abgesehen von anankastischen , asthenischen Tendenzen und Neigung zur Selbstbeobachtung. Insgesamt seien keine Hinweise für das Bestehen einer versicherungspsychiatrisch relevanten psychischen Störung vorhanden und auch keine psychischen Faktoren , die geeignet wären, die geschilderte somatische Beschwerdesymptomatik aufrechtzuerhalten .

Aus psychiatrischer Sicht sei von einer 10 0%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen, dies gelte sowohl angestammt als auch in einer ideal leidensangepassten Tätigkeit (S. 4 5 ) . 3.2.5

Zusammenfassend wurde festgehalten (S. 35 f. ) , bedingt durch die häufige Kopfschmerzsymptomatik, teilweise in Form einer Migräne und teilweise in

Form von Clusterkopfschmerzattacken, die nicht alle komplett behandelbar seien, komme es zu einer

Leistungsminderung in jeglicher Tätigkeit um 20 % , ausgehend von einem ganztägigen Pensum. Damit sei in angestammter als auch in adaptierter Verweistätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 80 % zu konstatieren.

Darüber hinaus gehende , quantitative Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit ließen sich weder auf

intern medizinischem noch auf psychiatrischem Fachgebiet begründen.

Zur retrospektiven Bewertung komme es nach Durchsicht des medizinischen Dossiers aus neurologischer Sicht bedingt

durch die Zuspitzung der Kopfschmerz symptomatik immer wieder zu rein kopfschmerzbedingten,

kürzer dauernden Arbeitsunfähigkeitszuständen. Dies sei nur teilweise durch die Migräne zu

begründen, die an einzelnen Tagen eines Monats, jedoch nicht dauerhaft zu Arbeitsunfähigkeiten führen könne. Eine mehrwöchige Arbeitsunfähigkeit könne auch für die Phase eines Triptan induzierten

Kopfschmerzes mit notwendiger Reduktion der Triptane und dadurch verursachte Migränezunahme angenommen

werden sowie für die Phasen der episodischen Clusterkopfschmerzen rechts, zumindest bis zur

Unterbrechung durch die Kortikoid-Stosstherapie.

Eine andauernde Arbeitsunfähigkeit durch die Kopfschmerzen lässt sich aber neurologisch nicht

begründen.

In den Arbeitsunfähigkeitszeugnissen seien dementsprechend auch oft integrale Beurteilungen mit Anerkennung von Infektneigung, insbesondere im Bereich der Nasennebenhöhlen, muskulärer

Schmerzen und eines Müdigkeitssyndroms vorgeschrieben worden (S. 35).

Es seien insbesondere die seit Jahresbeginn 2014 im Rahmen des Arbeitsversuches ausgestellten Arbeitsunfähigkeiten mit Überforderungsgefühlen, Müdigkeit sowie myalgischen Schmerzen begründet, und die Beschwerdeführerin werde denn auch nicht durch eine somatische ärztliche Therapie, sondern durch ein psychologisches Coaching unterstützt. Aber auch aus psychiatrischer Sicht ergäben sich keine hinreichenden Gründe, die rückblickend eine längere Phase der Arbeitsunfähigkeit begründen könnten. Auch aus internistischer Sicht sei retrospektiv keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit feststellbar. Rückblickend seien

nur die Diagnosen auf neurologischem Fachgebiet abgrenzbar, welche für sich genommen eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit begründen und dies rückblickend wohl auch

ab dem

Antrag bei der Invalidenversicherung im Jahre 2014.

Zum Belastungsprofil führten die Experten aus, im Hinblick auf die chronische Kopfschmerzsymptomatik sollten stark stressbelastende Tätigkeiten nicht mehr und auch keine taktgebundenen Tätigkeiten zugemutet werden. Auch auf Tätigkeiten mit starker Veränderung des Schlaf-Wach-Rhythmus sollte möglichst verzichtet werden, so auf Tätigkeiten im Nachtschichtbetrieb. Ein Zweischichtbetrieb mit Früh- und Spätschicht sei aber vorstellbar. Tätigkeiten mit hohen Anforderungen an die konzentrierte Belastbarkeit und mit besonderer Verantwortung sollten nicht zugemutet werden. Wegen der vorhandenen somatischen Beschwerden könne die Beschwerdeführerin zeitweilig aber Schwierigkeiten haben, mit Stress adäquat umzugehen, zumal auch leichte Störungen der Flexibilität und der Umstellungsfähigkeit bestünden. 3.3

Im Bericht vom 25. August 2016 (Urk. 7/102/9) führte

Dr. med. B.\_\_\_\_, FMH Innere Medizin und FMH Endokrinologie-Diabetologie, die Diagnose sekundäre Nebennierenrindeninsuffizienz, bei rezidivierender Steroidtherapie, auf. Die Beschwerdeführerin habe per 2014 das Hydrocortison komplett ausschleichen können, sie habe jedoch nach einem gastrointestinalen Infekt wieder damit beginnen müssen. Zuerst nehme sie 30 mg Hydrocortison morgens und 20 mg Hydrocortison mittags ein. Er empfehle die Hydrocortisondosis auf ca. 15 mg morgens und 5-10 mg am frühen Nachmittag zu reduzieren. 3.4

Dr. med. C.\_\_\_\_, Allgemeine Innere Medizin und Arbeitsmedizin, D.\_\_\_\_, hielt im Schreiben vom 30. November 2016 fest (Urk. 6/97), die Beschwerdeführerin sei für die bisherige Funktion als Assistentin IM-Bewirtschaftung aus medizinischen Gründen untauglich geworden. Für die aktuelle Stelle als Mitarbeiterin Backoffice mit einem Beschäftigungsgrad von 40

% sei sie tauglich und unter Einhaltung der medizinischen Auflagen dürfe eine normale Leistungsfähigkeit erwartet werden. Es müssten langfristig folgende Schonaufgaben eingehalten werden: kein hoher Arbeits- und Zeidruck, keine hohe Verantwortung und keine Tätigkeiten, die hohe Ansprüche an die Flexibilität stellen. Ideal sei eine wiederkehrend routinemässige Tätigkeit ohne häufige Unterbrechungen oder Störungen. Es liege eine Berufsinvalidität im Sinne des Art. 40 des Vorsorge reglements der PK Y. \_\_\_\_ vor und die Restarbeitsfähigkeit betrage 40 % . 3.5

Am 2. Dezember 2016 (Urk. 7/102/1) berichtete Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für allgemeine Innere Medizin FMH, die Beschwerdeführerin leide seit mehreren Monaten unter fast täglichen schweren Migräneanfällen, wobei sie versuche, dennoch zur Arbeit zu gehen, was ihr nur mit äusserstem Kraftaufwand möglich sei. Die Arbeitsfähigkeit betrage 35 % mit der Einschränkung ohne Zeit- und Leistungsdruck. 4. 4.1

Das ausführliche Gutachten der MEDAS A.\_\_\_\_ erfüllt die praxisgemässen Kriterien (vorstehend E. 1.4), setzt sich mit den Aspekten der gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin auseinander, berücksichtigt auch die medizinischen Vorkenntnisse und begründet Abweichungen, soweit die Beurteilung mit diesen nicht im Einklang steht. Insgesamt erweist sich das Gutachten als nachvollziehbar und vermag zu überzeugen. Dabei legen die Experten insbesondere dar, dass die geklagten Beschwerden und Einschränkungen aufgrund der Klinik und Diagnostik nur teilweise und nur auf neurologischem Fachgebiet erklärbar sind. Insoweit die Beschwerdeführerin vorbringt, das Gutachten entspreche nicht der Beurteilung der behandelnden Ärzte und den effektiven Gegebenheiten, ist festzustellen, dass auch Dr. E.\_\_\_\_

im aktuellsten Bericht (E. 3.5) nach wie vor die Kopfschmerzproblematik als zentral für die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit erachtet.

Dr. C.\_\_\_\_ (E. 3.4) begründet sodann nicht, weshalb er die Restarbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin mit 40 % bewertet. Dr. B.\_\_\_\_ (vgl. E. 3.3), welcher die Diagnose einer sekundären Nebennierenrindeninsuffizienz

bei rezidivierender Steroidtherapie stellte, nahm keine

Beurteilung der Arbeitsfähigkeit

vor. Mit Blick auf die medikamentös induzierte Nebennierenrindeninsuffizienz

( Corticostereoidbehandlung über längeren Zeitraum)

und die als Behandlungsmassnahme angestrebte

Herabsetzung des Hydrocortisones, liess sich den n auch

unter dieser Diagnose keine länger dauernde Arbeitsunfähigkeit begründen, und auch Dr. B.\_\_\_\_

sah sich im Zusammenhang mit der vorgeschlagenen Dosisreduktion lediglich veranlasst, der Beschwerdeführerin eine

Patientenbroschüre inklusive eines Notfallausweises abzugeben ( Urk. 6/102/9, vgl. auch Patienten-Broschüre Cortisolsubstitution bei Nebenniereninsuffizienz;

[www.sdgs](http://www.sdgs)

[hop.ch/](http://hop.ch/)

[media/pdf/649-de.pdf](http://media/pdf/649-de.pdf)

).

Auf neurologischem Fachgebiet liegen damit keine anderen von fachärztlicher Seite begründeten Einschätzungen der Arbeitsunfähigkeiten vor. Die MEDAS-Experten bemerkten auch zu Recht, dass die

seit Jahresbeginn 2014 ausgestellten

Arbeitsunfähigkeitszeugnisse der behandelnden Ärzte meist

mit einer integralen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit

erklärt wurden, indem sie Infektneigung, muskuläre Schmerzen und ein Müdigkeitssyndrom

konstatierten, da auf eigenem

Fachgebiet für die Einschränkungen offenbar keine zureichende Erklärung gefunden werden konnte (vgl. Urk. 6/92/36). So leitete etwa auch Dr. E.\_\_\_\_, welche die Beschwerdeführerin primär und seit März 2010 behandelt, im Verlaufsbericht vom 22. Juni 2015 die attestierte Arbeitsunfähigkeit von 40% in einem 90% Arbeitspensum aus den Diagnosen eines schweren chronischen Schmerzsyndroms bei fast täglicher Migräne mit Clusterkopfschmerzen rechts und einer depressiven Verstimmung mit schwerer Erschöpfung ab (vgl. Urk. 6/56/2-10 Ziff.

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