

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00098 vom 30. Juli 2019**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-07-30, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2018.00098](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00098)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00098 du 30 juillet 2019

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00098 del 30 luglio 2019

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Streitgegenstand bildet der Anspruch auf eine Invalidenrente, der hier für den Zeitraum von der Anmeldung zum Leistungsbezug vom April 2009 ( Urk. 6/2) bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 27. Dezember 2017 (Urk. 2) zu beurteilen ist.

### **E. 1.2**

Am 1. Januar 2012 sind die im Rahmen der IV-Revision 6a vorgenommenen Änderungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) und der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) in Kraft getreten. In materiell-rechtlicher Hinsicht gilt jedoch der allgemeine übergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen sind, die bei Erlass des angefochtenen Entscheids respektive im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b, je mit Hinweisen). Hier ist ein Sachverhalt zu beurteilen, der vor dem Inkrafttreten der revidierten Bestimmungen der IV-Revision 6a am 1. Januar 2012 begonnen hat. Daher und aufgrund dessen, dass der Rechtsstreit eine Dauerleistung betrifft, über welche noch nicht rechtskräftig verfügt wurde, ist entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln für die Zeit bis 31. Dezember 2011 auf die damals seit der 5. IV-Revision ( ab dem 1. Januar 2008; AS 2007 5129 ff. ) gültig gewesenen Bestimmungen und ab dem 1. Januar 2012 auf die neuen Normen der IV-Revision 6a abzustellen (vgl. zur 5. IV-Revision: Urteil des Bundesgerichts 8C\_829/2008 23. Dezember 2008 E. 2.1 ). Im Folgenden werden die massgeblichen Gesetzesbestimmungen - soweit nichts anderes vermerkt ist - in der seit dem 1. Januar 2012 geltenden Fassung zitiert. 2. 2 .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 Beurtei lung 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). 2 .2

2 .2.1

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.

## **E. 2**

7. Dezember 2017 sei aufzuheben und es sei ihr eine Rente der Invalidenversicherung zu gewähren (Urk. 1 S. 2). Die Beschwerdegegnerin schloss in der Beschwerdeantwort vom 27. Februar 2018 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 5). In der Replik vom 12. März 2018, ergänzt mit Eingabe vom 19. März 2018, hielt die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen fest (Urk. 11 S. 2, Urk. 13 S.

### **E. 2.2**

Die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin wurde damit überzeugend von sämtlichen psychiatrischen Fachärzten als um 40 % respektive 50 % eingeschränkt beurteilt.

Dabei ist unerheblich, dass die diagnostische Einschätzung der psychiatrischen Fachärzte im Einzelnen nicht durchwegs - wenn auch weitgehend - dieselbe ist. Denn ist

wie hier aufgrund nachvollziehbarer fachpsychiatrischer Einschätzungen ausgewiesen, dass ein erhebliches psychisches Beschwerdebild mit Krankheitswert vorliegt, das einer Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem zugeordnet werden kann, ist letztlich nicht die Diagnose, sondern einzig und allein entscheidend, ob die Beschwerden zu einer Ausweisung in Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit führen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_501/2008 vom 15. Juli 2008 E. 2.2.1 und 9C\_166/2013 vom 12. Juni 2013 E. 4.2.2).

#### 4.3 4.3.1

Insgesamt überzeugt damit auch die interdisziplinäre Einschätzung der C.\_\_\_\_-Gutachter, wonach

ab der aktuellen Begutachtung (im September 2016) eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Führerin im Skulpturgarten sowie in anderen leidensangepassten Tätigkeiten ohne repetitive Belastungen elevatorischer Art für den

Schultergürtel und für die Hände besteht ( Urk. 6/156/91-92). 4.3.2

Bezüglich der retrospektive n Einschätzung der Arbeitsfähigkeit erklärten die C.\_\_\_\_-Gutachter, der Verlauf der Arbeitsfähigkeit seit der Begutachtung durch die Gutachten der MEDAS A.\_\_\_\_ ( Urk. 6/54/1, Urk. 6/54/25, Urk. 6/54/33) könne nicht bestimmt werden, da die in den seither erhaltenen Berichten beschriebenen Befunde wegen der Selbstlimitierung nicht mit den aktuell erhobenen Befunden hätten verglichen werden können (Urk. 6/156/91).

Bezüglich der Zeit ab

Oktober 2009 ( frühest mögliche r Rentenbeginn nach der Anmeldung vom 4. April 2009 , Urk. 6/2; vgl. Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG) ist daher mit d ipl. med. F.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Neurologie, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; vgl. Stellungnahmen vom 26. April und 23. Mai 2017, Urk.

6/162/4-5 ) von der

gutachterliche n Einschätzung d er MEDAS A.\_\_\_\_ vom 22. Februar 2012 auszugehen .

Danach bestand eine 60%ige Arbeitsfähigkeit respektive 40%ige Arbeitsunfähigkeit in einer leidensangepassten, den Ressourcen und Fähigkeiten angepassten Tätigkeit . Diese Einschätzung gelte ab der gutachterlichen Schlussbesprechung vom 3. Februar 2012. Aus psychiatrischer Sicht sei es wahrscheinlich, dass die Störung bereits seit mindestens 2007 vorliege; der psychische Anteil sei erstmals im Bericht der Rheumaklinik des D.\_\_\_\_ vom 30. Juli 2007 ( Urk. 6/14/2-4) diskutiert worden. Die Störung sei aber erst ab der aktuellen Untersuchung belegbar. Auch aufgrund der Tatsache, dass bisher keine psychiatrische Untersuchung oder Beurteilung der Arbeitsfähigkeit stattgefunden habe, könne die geschätzte Arbeitsfähigkeit nicht mit genügender Sicherheit zurückdatiert werden ( Urk. 6/54/19-20 , Urk. 6/54/46 ).

Mangels einer hier letztlich entscheidenden psychiatrischen Einschätzung vor Februar 2012 ist damit eine erhebliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 40 % in medizinischer Hinsicht erst ab Anfang Februar 2012 ausgewiesen, zumal sich auch aus den übrigen Akten nichts anderes ergibt. Die Beschwerdegegnerin hatte denn auch bereits mit Mitteilung vom 7. Mai 2012

im formlosen Verfahren (vgl. Art. 51 ATSG) festgelegt, dass erst ab Februar 2012 von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen sei und daher das Wartejahr (gemäss Art. 28 Abs. 1 lit . b IVG) erst im Februar 2013 ablaufen werde, so dass erst dann der Rentenanspruch geprüft werden könne (Urk. 6/55). Die Beschwerdeführerin hat hierzu nicht den Erlass einer beschwerdefähigen Verfügung verlangt, so dass es insofern damit sein Bewenden hat. 4.3.3

Die Beschwerdeführerin

( Urk. 11 S. 4) bringt zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit ferner zu Recht vor, dass nicht erst ab der C.\_\_\_\_ -Begutachtung im September 2016

eine 50%ige Einschränkung anzunehmen sei, sondern ab dem Beginn der psychiatrischen Therapie durch Dr. B.\_\_\_\_

ab Februar 2014 (Urk. 6/82, Urk. 6/96/6-7 ), zumal dessen Bericht von der psychiatrischen C.\_\_\_\_ -Gutachterin als in sich schlüssig bezeichnet wurde ( Urk. 6/156/83).

#### 4. 4

Somit ist festzuhalten, dass auf die Gutachten der MEDAS A.\_\_\_\_ und des C.\_\_\_\_ abzustellen ist; sie erfüllen grundsätzlich alle rechtsprechungsgemäss erforderlichen Kriterien für beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). Weitere medizinische Abklärungen sind nicht geboten.

In medizinischer Hinsicht ist nach dem Gesagten

in der angestammten und in einer leidensangepassten Tätigkeit ab dem 1. Februar 2012 von einer 40%igen und ab dem 1. Februar 2014 von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen . 5. 5.1

Steht somit aus medizinisch-gutachterlicher Sicht eine gesundheitsbedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund psychischer Erkrankungen fest, gilt es nachfolgend

die Rechtsfrage zu klären , ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen der Gutachter zu den psychischen Beschwerden mit Prüfung der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Standardindikatoren auf Arbeitsunfähigkeit im Sinne von Art. 6 ATSG schliessen lassen (BGE 143 V 418 E. 7).

Dabei erlauben die Erwägungen der Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entscheid (Urk. 2 S. 2 f.) zu den psychosozialen Belastungsfaktoren, den festgestellten Diskrepanzen und zum demonstrativen Verhalten sowie zur psychiatrischen Therapie respektive Mitwirkungspflicht nicht bereits, von der gutachterlichen Einschätzung einer krankheitsbedingten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit abzuweichen und auf "keine IV relevante Einschränkung" zu schliessen , wie sich aus dem Folgenden ergibt . 5.2

#### 5.2.1

Die Begründung der Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entscheid enthält keine ausdrücklichen Ausführungen zu den einzelnen Indikatoren nach BGE 141 V 281. Da hier keine Ausschlussgründe gegeben sind, und ein konkreter Beweisbedarf besteht (vgl. BGE 143 V 418 E. 7.1, 409 E. 4.5.3, 141 V 281 E. 2.2), darf von einem strukturierten Beweisverfahren mit Gesamtbetrachtung sämtlicher Leiden in Berücksichtigung ihrer Wechselwirkungen (BGE 143 V 418 E. 8.1, 141 V 281 E. 4.3.1.3) indes nicht abgesehen werden. Zwar wurde n

von den Gutachtern

Selbstlimitation und Inkonsistenzen aufgezeigt . Eine Aggravation oder gar Simulation wurde jedoch nicht festgestellt

( Urk. 6/54/17-19, Urk. 6/54/30-31, Urk. 6/156/30 , Urk. 6/156/80-81, Urk. 6/156/84). Das übertriebene Verhalten ist gemäss der C.\_\_\_\_ -Psychiaterin in den Zusammenhang mit der histrionischen Struktur zu stellen ( Urk. 6/156/77, Urk. 6/156/81). Es besteht mithin nicht schon Klarheit im Sinne von BGE 141 V 281 E. 2.2.1-2 darüber, dass

die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens zweifellos überschritten sind, ohne dass das aggravatorische Verhalten auf eine verselbständigte, krankheitswertige psychische Störung zurückzuführen wäre (SVR 2017 IV Nr. 21 S. 56, 9C\_154/2016). Eine Aggravation im Sinne eines Ausschlussgrundes ist somit nicht rechtsgenügend

ausgewiesen (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.2.1 ; vgl. Urteil des Bundes gerichts 8C\_445/2018 vom 6. November 2018 E. 5.4 ).

### 5.2.2

Im Leitentscheid BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht sodann erneut bestätigt, dass soziale Faktoren nur soweit auszuklammern seien, als es darum gehe, die für die Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit kausalen versicherten Faktoren zu umschreiben. Die funktionellen Folgen von Gesundheitsschädigungen würden durchaus auch mit Blick auf psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren abgeschätzt, welche den Wirkungsgrad der Folgen einer Gesundheitsschädigung beeinflussen würden (E. 3.4.2.1).

Wenn und soweit psychosoziale und soziokulturelle Faktoren zu einer eigentlichen Beeinträchtigung der psychischen Integrität führen, indem sie einen verselbständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder den Wirkungsgrad seiner – unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden – Folgen verschlimmern, können sie sich mittelbar invaliditätsbegründend auswirken (Urteil des Bundesgerichts 9C\_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.2 mit Hinweisen). Psychosoziale Belastungen gehören bei gewissen psychischen Leiden denn auch zu den Diagnosekriterien, so namentlich bei einer wie hier vorliegenden somatoformen anhaltenden Schmerzstörung (ICD-10 F45.5 ; vgl. Dilling, Mombour, Schmidt [Hrsg.], ICD-10, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Auflage 2015, S. 213 und S. 233). Die Feststellung der Beschwerdegegnerin, gemäss dem C.\_\_\_\_-Bericht seien die Beschwerden mit den psychosozialen Belastungsfaktoren entstanden (Urk. 2 S. 2), ändert daher nichts daran, dass fachärztlich festgestellte psychische Erkrankungen invalidenversicherungsrechtlich im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens bei entsprechenden krankheitsbedingten funktionellen Auswirkungen anspruchrelevant sind.

Ferner sind auch die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen sowie Behandlungserfolg oder -resistenz nicht allein, sondern nebst weiteren Indikatoren im Rahmen einer ergebnisoffenen Gesamtbetrachtung zur Bestimmung der funktionellen Leistungseinschränkungen ausschlaggebend und zu prüfen (dazu insbesondere E.

5.3.3 und 5.4.3 nachfolgend). Selbst eine allfällige Verletzung der Schadenminderungs- und Mitwirkungspflicht, welche aufgrund des Verhältnis mässigkeitsprinzips und der Voraussetzung des kausal verursachenden qualifizierten Verschuldens nicht ohne Weiteres zur gänzlichen Leistungsverweigerung führt (vgl. E. 2.5 hiervor und E. 7 hernach), vermag hier nichts am konkreten Beweisbedarf in Bezug auf die

zunächst zu klärenden funktionellen Auswirkungen der psychischen Erkrankungen zu ändern, weshalb ein strukturiertes Beweisverfahren unerlässlich ist. 5.2.3

Dabei obliegt es den Rechtsanwendern, mithin nunmehr dem Gericht, im Rahmen der Beweiswürdigung zu überprüfen, ob 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). Eine rentenbegründende Invalidität ist nur dann anzunehmen, wenn funktionelle Auswirkungen medizinisch anhand der Indikatoren schlüssig und widerspruchsfrei festgestellt sind und somit den versicherungsmedizinischen Vorgaben Rechnung getragen wurde (BGE 141 V 281 E. 6 ; Urteil des Bundes gerichts 9C\_194/2017 vom 29. Januar 2018 E. 6.2).

### 5.3 5.3.1

Beim mit Leitentscheid BGE 141 V 281 (Urteil des Bundesgerichts vom 3. Juni 2015) festgelegten strukturier ten, normativen Prüfu ngsraster (präzisiert in BGE 143 V 418 E. 5.2 und E. 8.1) sind die funktionellen Auswirkungen eines Gesund heitsschadens mit den folgenden Standardindikatoren vermehrt zu gewichten, wobei den Umstän den des Einzelfalls Rechnung zu tragen ist (BGE 141 V 281 E. 4):

Unter die Kategorie „funkt ioneller Schweregrad" (E. 4.3) fällt der Komplex „Ge sundheitsschädigung" (E. 4.3.1) mit der Frage nach der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1 ; präzisiert in BGE 141 V 418 E. 5.2 ), dem Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder der Behandlungsresistenz (E. 4.3 .1.2) und den Komorbiditäten (E. 4.3.1.3 ; präzisiert in BGE 141 V 418 E. 8.1), ausser dem der Komplex „Persön lichkeit" (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Resso urcen; E. 4.3.2) und der Komplex „Sozialer Kontext" (E. 4.3.3) . Unter der Kate gorie „Konsistenz" (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4)

sind die g leicht mässige Einschränkung des Aktivitätenni veaus in allen vergleich baren Lebens bereichen (E. 4.4.1) und der b ehandlungs- und eingliederungsanam nestisch aus gewiesene Leidens druck (E. 4.4.2) relevant. 5.3.2

Hinsichtlich des Indikators der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome

im Sinne der Schwere des Krankheitsgeschehens (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1) führte das Bundesgericht im BGE 143 V 418 präzisierend aus, dass eine Diagnose i n grundsätzlicher Hinsicht

selbst bereits ein Schweregradindikator sein könne, soweit darin ein Bezug zum Sc hweregrad der Erkrankung bestehe; insbe sondere dann, wenn die Begründung der Diagnose einen ausreichenden Bezug zur funktionserheblichen Befundlage aufweis e . Fehle in der Diagnose aber die se Schweregradbezogenheit, zeige sich die Schwere der Störung in ihrer rechtlichen Relevanz erst bei deren funktionellen Auswirkungen . Ein Leiden als leicht einzu stufen, weil diagnostisch kein Bezug zum Schweregrad desselben gefordert sei und ihm bereits deshalb eine versicherungsrechtlich relevante Einschränkung der Arb eitsfähigkeit abzusprechen, gehe daher fehl (E. 5.2.2). Entscheidend bleibe letztlich vielmehr die Frage der funktionellen Auswirkungen einer Störung (E. 6) .

Bei d en diesbezüglich relevanten, von den psychiatrischen Gutachter n der MEDAS A.\_\_\_\_ und des C.\_\_\_\_ gestellten Diagnosen

der somatoformen anhaltende n Schmerzstörung (ICD-10 F45.5) und der kombinierten Persönlich keitsstörung mit histrionischen und narzisstischen Anteilen (ICD-10 F60.4) im Rahmen des Verdachts auf eine artifizielle Störung (ICD-10 F68.1) respektive der Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.01; Urk. 6/54/43, Urk. 6/156/ 82 ) handelt es sich um solche, welche einen Bezug zum Schweregrad aufweisen. Und zwar weisen sie insgesamt auf eine nicht mehr leichte psychische Erkrankung hin, die grundsätzlich invalidisierend sein kann (BGE 143 V 418 E. 5.2.2).

Entscheidend aber ist rechtsprechungsgemäss und daher im Folgenden zusätzlich zu prüfen, ob nach den übrigen Standardindikatoren auf einen funktionelle n Schweregrad der psychischen Störung zu schliessen ist, der sich nach dessen kon kreten funktionellen Auswirkungen und insbesondere danach beurteilt, wie stark die versicherte Person in

sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen dadurch bedingt beeinträchtigt ist (Urteil des Bundesgerichts 8C\_130/2017 vom 30. November 2017 E. 5.2.3). 5.

### **E. 3**

) Die Beschwerdegegnerin verzichtete mit Eingaben vom 20. März und 3. April 2018 auf eine Stellungnahme (Urk. 14, Urk. 16).

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

### **E. 3.3**

) - insbesondere im hier massgeblichen Zeitraum von Anfang 2012 bis Ende 2017 (Urk. 2) nicht ausgeschöpft wurden, ist damit nicht bereits auf einen gänzlich fehlenden Leidensdruck und auf das Fehlen einer versicherten Gesundheitsbeeinträchtigung zu schliessen, zumal die Einsicht der Beschwerdeführerin in die psychopathologischen Zusammenhänge ihrer Leiden eingeschränkt ist. So hielt der psychiatrische Gutachter der MEDAS A.\_\_\_\_

fest, die Beschwerdeführerin habe eine Abneigung, psychische Probleme bei sich zu akzeptieren,

und die Störungen seien längst chronifiziert (Urk. 6/54/45-46).

Da eine psychische Störung auch im Sinne einer pathologischen Fehlverarbeitung von Problemen für die Beschwerdeführerin nicht vorstellbar scheine, hätten die Konflikte (noch) nicht ausreichend be- und verarbeitet werden können. Somit resultiere ein pathologischer Krankheitsgewinn, in dem alles Leiden und alle inneren Schmerzen sich in somatischen Schmerzen ausprägen würden (Urk. 6/54/44).

Die C.\_\_\_\_-Psychiaterin erklärte sodann, es bestehe bei der Beschwerdeführerin ein ausgeprägtes körperliches Krankheitsgefühl, teils auch psychisch. Es bestehe indes nur eine rudimentäre Krankheitseinsicht bezüglich des Zusammenhanges zwischen Körper und Psyche (Urk. 6/156/67).

Das Vorliegen eines Leidensdrucks ist damit in entsprechend reduziertem Ausmass anzunehmen. Des Weiteren wurden keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen durchgeführt, bei welchen etwa mangelnde Kooperation seitens der Beschwerdeführerin festgestellt worden wäre. 5. 4.4

Die gutachterliche Einschätzung hält damit der Konsistenzprüfung stand. Das Verhalten der Beschwerdeführerin wurde

von den Gutachtern

in jeder relevanten Hinsicht berücksichtigt und nachvollziehbar in die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit einbezogen. 5. 5

Die Indikatorenprüfung ergibt insgesamt, dass die funktionellen Auswirkungen der Gesundheitsbeeinträchtigungen medizinisch-gutachterlich schlüssig und differenziert erfasst wurden und die von den Gutachtern attestierte Arbeitsunfähigkeit von 40 % respektive 50 %

in Anbetracht der eingeschränkten Ressourcen als begründet erscheint. Es besteht daher entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin

kein Anlass, von der gutachterlichen Einschätzung abzuweichen. 6. 6.1

Zu prüfen sind im Weiteren die erwerblichen Auswirkungen der gesundheitlichen Einschränkungen.

Da die Beschwerdegegnerin einen invalidisierenden Gesundheitsschaden verneinte, fehlen dazu im angefochtenen Entscheid Ausführungen .

Zur Statusfrage ( Status ohne gesundheitliche Beeinträchtigung als Voll- oder Teilzeiterwerbstätige ; vgl. Urteil e des Bundesgerichts 8C\_265/2013

vom 25. November 2013 E. 3 und 8C\_100/2018 vom 22. August 2018 E. 4 ) ist auf den Abklärungsbericht vom 14. August 2013 abzustellen, wonach die Beschwerdeführerin

im Gesundheitsfall eine 100%ige Erwerbstätigkeit ausüben würde (Urk. 6/68/3). 6.2

6.2.1

Im Folgenden ist der Invaliditätsgrad nach Ablauf des Wartejahres (Art. 28 Abs. 1 lit . b IVG) per 1. Februar 2013 mit einer Arbeitsfähigkeit

in einer leidensangepassten Tätigkeit von 60 % und per 1. Februar 2014 von 50 %

(vgl. E. 4.3 hiervor) zu bestimmen.

Dabei sind im restlichen Umfang Tätigkeiten ohne repetitive Belastungen elevatorischer Art für den Schultergürtel und mechanischer Art für die Hände beachtlich (Urk. 6/156/91-92).

Der Invaliditätsgrad ist mittels eines Vergleichs von Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben (vgl. BGE 129 V 223 f. E. 4.2 in fine , 128 V 174) . 6.2.2

Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person in diesem Zeitpunkt nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte

(BGE 134 V 322 E. 4.1 mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts 8C\_322/2011 vom 21. Juli 2011 E. 4.1) . Da die Beschwerdeführerin

in den Jahren

vor 2012 nur unregelmässig und nicht auf einem bestimmten Beruf erwerbstätig war

( Urk. 6/1/6-10, Urk. 6/2/5, Urk. 6/156/20-21, Urk. 6/156/85, Urk. 6/107-108, Urk. 6/68/2 )

, kann daraus für die Zeit ab 2013 nichts abgeleitet werden. Das Valideneinkommen ist

daher anhand des durchschnittlichen Tabellenlohns der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (BFS) zu bestimmen und ausgehend

vom Tabellenlohn gemäss der LSE 2012 , Tabelle TA 1\_tirage\_skill\_level (Kompetenz

niveau 1, Frauen , Total), von Fr. 4'112.-- pro Monat respektive Fr. 49'344.-- pro Jahr zu

ermitteln. Unter Berücksichtigung einer durchschnittlichen (vom BFS erhobenen)

wöchentlichen Arbeitszeit von 41,7 Stunden im Jahr 2012 ( Betriebsübliche Arbeitszeit

nach Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche, Tabelle T 03.02.03.01.04.01, Abschnitt

A-S, Total) und der Nominallohnentwicklung von 2012 bis 2013 ( BFS, Schweizerischer

Lohnindex nach Branche [Basis 2010 = 100], Nominallohnindex Frauen 2011-2016 [T1.2 . 10] , Total; 2012 : 102 . 0; 2013 : 102.6 ) resultiert ein Valideneinkommen im Jahr 2013 von Fr. 51'743.70

( Fr. 49'344 .--

:  $40 \times 41,7 : 102 \times 102,6$  ).

Für das Jahr 2014 ist auf die LSE 2014 abzustellen. Danach betrug der durchschnittliche Lohn gemäss der Tabelle TA 1\_tirage\_skill\_level (Kompetenz niveau 1, Frauen , Total) Fr. 4'300.--

pro Monat respektive Fr. 51'600.-- pro Jahr. Die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit betrug im Jahr 2014 gemäss der obgenannten Tabelle ebenfalls 41,7 Stunden , so dass im Jahr 2014 von einem Valideneinkommen von Fr. 53'793.--

( Fr. 51'600 . --

:  $40 \times 41,7$ ) auszugehen ist. 6.2.3

Das Invalideneinkommen ist ebenfalls anhand der Tabelle TA 1\_tirage\_skill\_level der LSE und somit ausgehend von den hiervor genannten Beträgen von Fr. 51'743.70 im Jahr 2013 und Fr. 53'793.-- im Jahr 2014 zu ermitteln. Unter Berücksichtigung der Arbeitsfähigkeit von 60 % ab Februar 2013 und von 50 % ab Februar 2014 resultiert ein Invalideneinkommen im Jahr 2013 von Fr. 31'046.20 ( $51'743.70 \times 0,6$ ) und im Jahr 2014 von Fr. 26'896.50 ( $53'793.-- \times 0,5$ ).

Dieser Betrag ist recht sprechungsgemäss zu kürzen, wenn persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben (BGE 124 V 321 E. 3b / aa ). Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (BGE 134 V 322 E . 5.2; Urteil des Bundesgerichts 8C\_361/2011 vom 20. Juli 2011 E. 6.1 mit weiteren Hinweisen).

Hier ist aufgrund des

komplexen somatisch-psychischen

Beschwerdebildes mit Beeinträchtigung der Belastbarkeit von Händen und Schultern ein Abzug von 5 % gerechtfertigt. Ein höherer Abzug ist nicht gerechtfertigt, zumal etwa eine psychisch bedingt verstärkte Rücksichtnahme seitens Vorgesetzter und Arbeitskollegen nach der Gerichtspraxis in der Regel nicht als eigenständiger Abzugsgrund anerkannt wird (Urteil des Bundesgerichts 9C\_366/2015 E. 4.3.1 mit Hinweisen), ebenso wenig etwa das Risiko von vermehrten gesundheitlichen Absenzen, ein grösserer Betreuungsaufwand oder weniger Flexibilität, was das Leisten von Überstunden etwa bei Verhinderung eines Mitarbeiters anbetrifft (Urteile des Bundesgerichts 9C\_437/2015 vom 30. November 2015 E. 2.4; 8C\_712/2012 vom 30. November 2012 E. 4.2.1 und 9C\_708/2009 vom 19. November 2009 E. 2.3.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_146/2017 vom 7. Juli 2017 E. 5.2.2 ). Der Beschäftigungsgrad von 60 respektive 50 %

rechtfertigt ebenfalls keinen grösseren Abzug, da bei Frauen im Kompetenzniveau 1 (bis LSE 2010 Anforderungsniveau 4) die Statistiken für Teilzeitarbeit zwischen 50 % und 89 % sogar höhere Löhne als für Vollbeschäftigung ausweisen (vgl. Urteile des Bundesgerichts

8C\_712/2012 vom 30. November 2012 E. 4.2.2 unter Bezugnahme auf LSE 2008 und 2010 und 9C\_72/2017 vom 19. Juli 2017 E. 4.3 unter Bezugnahme auf LSE 2012 und 2014). Auch die weiteren Merkmale (Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie) rechtfertigen auf dem Kompetenzniveau 1 keinen grösseren Abzug. Namentlich gibt das Alter der Beschwerdeführerin

(per 2013 und 2014) von 45 respektive 46 Jahren keinen Anlass für eine Erhöhung des Abzuges, zumal Hilfsarbeiten auf dem massgebenden ausgeglichenen Stellenmarkt altersunabhängig nachgefragt werden (Urteile des Bundesgerichts 8C\_403/2017 vom 25. August 2017 E. 4.4.1 und 8C\_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.4.3).

Damit resultiert im Jahr 2013 ein Invalideneinkommen von Fr. 29'493.90 (Fr. 31'046.20 x 0,95) und im Jahr 2014 ein solches von Fr. 25'551.65 (Fr. 26'896.50 x 0,95). 6.3 Gemessen am Valideneinkommen im Jahr 2013 von Fr. 51'743.70 und im Jahr 2014 von Fr. 53'793.-- führt dies zu einer Einbusse von Fr. 22'249.80 (Fr. 51'743.70 - Fr. 29'493.90) respektive von Fr. 28'241.35 (Fr. 53'793.-- - Fr. 25'551.65), was einem Invaliditätsgrad von gerundet 43 %

(2013) und 53 %

(2014) entspricht. Somit ist auch die Anspruchsvoraussetzung nach Art. 28 Abs. 1 lit. c IVG erfüllt. Nach Art. 28 Abs. 2 IVG und in Anwendung von Art. 88a Abs. 2 IVV begründet dies den Anspruch auf eine Viertelsrente ab 1. Februar 2013 und auf eine halbe Rente ab 1. Mai 2014. 7. 7. 1

Bei dieser Ausgangslage ist sodann zu klären, ob die Beschwerdeführerin in ihre Schadenminderungspflicht (Art. 7 Abs. 1 und Abs. 2 lit. d IVG) verletzt hat und ob in diesem Fall eine Sanktion im Sinne einer Leistungskürzung oder -verweigerung (Art. 7b Abs. 1 IVG, Art. 21 Abs. 4 ATSG) gerechtfertigt ist.

Hierzu muss das Folgende erfüllt sein: Eine vorübergehende oder dauernde Kürzung oder Verweigerung der Leistung wegen Verletzung der Schadenminderungspflicht setzt zum einen die Zumutbarkeit der (unterbliebenen) medizinischen Behandlung oder erwerblichen Eingliederung voraus. Zum andern muss diese Vorkehr, der sich die versicherte Person widersetzt oder entzogen hat, geeignet sein, eine wesentliche Steigerung der Erwerbsfähigkeit zu bewirken. Hierfür bedarf es keines strikten Beweises, sondern es genügt eine - je nach den Umständen zu konkretisierende - gewisse Wahrscheinlichkeit, dass die Vorkehr erfolgreich gewesen wäre (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_82/2013 vom 20. März 2013 E. 3). Ab welchem Zeitpunkt eine Widersetzlichkeit angenommen werden kann, hängt von der richtigen Durchführung des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens ab

( zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 8C\_865/2

### **E. 3.4**

Zum Indikator der Komorbiditäten (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3) führte das Bundesgericht im BGE 143 V 418 präzisierend aus, dass strukturierte Beweisverfahren stehe einer Aufteilung von Einbussen auf einzelne Leiden entgegen, da es auf einer ergebnisoffenen Gesamtbetrachtung in Berücksichtigung der Wechselwirkungen basiere. Fortan sei E. 4.3.1.3 von BGE 141 V 281 so zu verstehen, dass Störungen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht fallen würden,

wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen sei. So werde beispielsweise eine Dysthymie für sich allein betrachtet keine Invalidität bewirken. Eine dysthyme Störung könne die Arbeitsfähigkeit im Einzelfall jedoch erheblich beeinträchtigen, wenn sie zusammen mit anderen Befunden - wie etwa einer ernsthaften Persönlichkeitsstörung - auftrete (E. 8; vgl. auch: Urteil des Bundesgerichts 9C\_194/2017 vom 29. Januar 2018 E. 6.2.3).

Hier schränken die festgestellten somatischen Befunde und objektivierbaren Beschwerden zu den Diagnosen der Outlet-Obstruktion und - jedoch weitgehend ohne klare Befunde - des myofaszialen Schultergürtelsyndroms, der Arthralgien

(vor allem im Bereich der Hände) und des Panvertebralsyndroms mit begleitendem Zervikokranialsyndrom bei Funktionsstörung der Kopfgelenke sowie des Verdachts auf eine leichte Polyneuropathie unklarer Ätiologie

(Urk. 6/156/84-85) gemäss der gutachterlichen Einschätzung den Umfang der Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit nicht respektive nur geringfügig (aus rheumatologischer

Sicht um 20%; Urk. 6/156/91) ein. Sie fallen daher als ressourcenhemmender Faktor und rechtlich bedeutsame Komorbiditäten nicht erheblich, aber zumindest insofern in Betracht, als sie das Belastungsprofil der zumutbaren Restarbeitsfähigkeit beeinträchtigen.

Dagegen fallen

die weiteren psychiatrischen Diagnosen

(Angststörung, kombinierte Persönlichkeitsstörung mit histrionischen

sowie narzisstischen Anteilen bei

Verdacht auf eine artifizielle Störung im Sinne eines Krankheitsmusters)

insgesamt als ressourcenhemmender Faktor zusätzlich und in Wechselwirkung zur chronischen Schmerzstörung

erheblich

ins Gewicht. Wie die psychiatrische C.\_\_\_\_-Gutachterin

dazu eindrücklich ausführte, handelt es sich dabei insgesamt um ein komplexes psychisches Beschwerdebild, bei welchem

seit der Kindheit ein dysfunktionaler Krankheitsumgang

entwickelt worden war und bei dem es zu einer negativen Verstärkung zwischen Schmerzsyndrom, anderen körperlichen Beschwerden, Angstsymptomen sowie den Persönlichkeitsmerkmalen im Sinne einer sich selbst verstärkenden Negativspirale kommt (Urk. 6/156/71,

Urk. 6/156/76, Urk. 6/156/79-80).

Gemäss der Einschätzung der C.\_\_\_\_-Gutachterin nach dem ICF-Rating seien die Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben leicht, die Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen, zur Gruppenfähigkeit sowie die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit je mittelgradig beeinträchtigt (Urk. 6/156/69-70). Nach der Einschätzung des psychiatrischen Experten der MEDAS A.\_\_\_\_

Anfang 2012 waren die Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben , zur Anpassung an Regeln und Routinen sowie die Kontaktfähigkeit zu Dritten je leicht, die Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, die Selbstbehauptungsfähigkeit , die Wegfähigkeit sowie die Fähigkeit zu ausserberuflichen Aktivitäten je leicht bis mittel, die Durchhaltefähigkeit , die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, die fachliche Kompetenz (vor allem durch das Schmerzerleben) , die Fähigkeit zu familiären beziehungsweise intimen Beziehungen je mittelgradig sowie die Gruppenfähigkeit

zufolge der Agoraphobie mittel bis schwer beeinträchtigt . Insbesondere sei (parallel zum Schmerzerleben) durch die Angststörung eine relevante Einschränkung gegeben. Sie sei nicht vollkommen blockierend, aber doch so stark, dass die Beschwerdeführerin vor allem bei Aktivitäten ausser Haus dadurch in ihrer Handlungsfreiheit deutlich eingeschränkt sei . Auch ein sozialer Rückzug liege wohl vor, jedoch nicht stark ausgebildet ( Urk. 6/54/18, Urk. 6/54/44-45).

Es

ist damit ausgewiesen , dass die Angst- und die Persönlichkeitsstörungen

( mit Verdacht auf eine artifizielle Störung )

zusätzlich zur Schmerzstörung der Beschwerdeführer in in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit Ressourcen rauben, weshalb sie als rechtlich bedeutsame Komorbiditäten zu gewichten sind .

5.

### **E. 3.5**

In Bezug auf die im Komplex Persönlichkeit ( BGE 141 V 281

E. 4.3.2) zu prüfen den Merkmale (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen) befanden beide psychiatrischen Gutachter, dass die Persönlichkeitsstruktur durch histrionische respektive hypochondrische und narzisstische Persönlichkeitszüge beeinträchtigt ist ( Urk. 6/54/ 43-44 , Urk. 6/156/ 76-79 ). Dabei schloss die C.\_\_\_\_ -Psychiaterin

nachvollziehbar begründet auf eine krankheitswertige Persönlichkeitsstörung (Urk. 6/156/82). Auch Dr. B.\_\_\_\_

diagnostizierte eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (Urk. 6/96/1).

Dabei erachtete die C.\_\_\_\_ -Psychiaterin die Interaktion und Beziehungsgestaltung als hoch auffällig und das diagnostische Kriterium " deutliche Einschränkungen der beruflichen und sozialen Leistungsfähigkeit " als erfüllt ( Urk. 6/156/76-77). Beweisrechtlich ist damit davon auszugehen, dass die Persönlichkeitsstruktur der Beschwerdeführerin

keine Ressource darstellt , sondern die funktionellen Folgen der Schmerzstörung zusätzlich negativ beeinflusst . 5.

### **E. 3.6**

Beim Komplex " sozialer Lebenskontext " ( BGE 141 V 281

#### E. 4.3.3 )

sind allfällige direkt negative funktionelle Folgen durch soziale Belastungen, mithin soweit die negative funktionelle Auswirkung nicht Folge einer Erkrankung ist, recht sprechungsgemäss auszuklammern. Beachtlich sind mobilisierbare Ressourcen im sozialen Lebenskontext, etwa die Unterstützung, die der versicherten Person im sozialen Netzwerk zuteil wird.

Hierzu ist aktenkundig, dass die Beschwerdeführerin

bis zirka im Sommer 2012 ( Urk. 6/80/1, Urk. 6/96/5 ) mit ihrem damaligen Ehemann und ihrer erwachsenen Tochter (geboren 1993) zusammenwohnte, welche sie beide im Haushalt und finanziell entlasteten. Ausserdem hatte sie Kontakt mit sechs bis sieben Freunden am Wohnort und mehrere Freundschaften in ihrer Heimat ( Urk. 6/54/9-11, Urk. 6/54/33-34 ). Das familiäre und soziale Umfeld ist daher bis Mitte 2012

als bestätigend, sich potenziell günstig auf die Ressourcen auswirkender Faktor zu beurteilen.

Ab Mitte 2012 dagegen entfiel diese Ressource, da sich der Ehemann von der Beschwerdeführerin trennte (gerichtliche Trennung im Mai 2013) und die Tochter wegen vorübergehenden Drogenkonsums zeitweilig auszog. Im Zeitpunkt der zweiten Begutachtung im September 2016 wohnte die Tochter wieder in derselben Wohnung und half gelegentlich im Haushalt. Zusammen mit einem aus finanziellen Gründen aufgenommenen Untermieter wurde indes einmal pro Woche eine Putzfrau finanziert. Weiterhin bestand Kontakt zu ihrem Heimatland und zu Freunden in der Schweiz ( Urk. 6/68/3, Urk. 6/80/1, Urk. 6/96/5-6, Urk. 6/156/20, Urk. 6/156/22 ).

Diese sozialen Verhältnisse sind insgesamt als nicht erheblich günstig, aber zumindest als leicht stabilisierend für die mobilisierbaren Ressourcen zu gewichten. 5.

#### **E. 3.7**

Es zeigt sich somit, dass der funktionelle Schweregrad bereits ab Anfang 2012 und insbesondere ab Mitte 2012 entsprechend der gutachterlichen Einschätzungen der verbleibenden Arbeitsfähigkeit mittelgradig eingeschränkt war durch die anhaltende Schmerzstörung an sich und durch die erheblich ressourcenhemmende Wechselwirkung mit den

Angst- und Persönlichkeitsstörungen, die vereinzelt ab Mitte 2012 ambulant behandelt wurden, letzt hin jedoch ohne optimale Compliance und Behandlungsfrequenz, was den nicht unerheblichen Schweregrad des Beschwerdekomples relativiert, wobei andererseits der soziale Lebenskontext als eine die Leistungsfähigkeit begünstigende Ressource nicht erheblich in s Gewicht fällt. 5.4 5.4 .1

Beweisrechtlich relevant ist sodann der Aspekt

der Konsistenz mit den verhaltensbezogenen Kategorien (BGE 141 V 281 E. 4.4) im Sinne einer Konsistenzprüfung der Folgenabschätzung aus dem festgestellten funktionellen Schweregrad der psychischen Störung(en) ( BGE 141 281 E. 4.3). 5. 4.2

Im Einzelnen ergibt sich in Bezug auf den Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus

in allen vergleichbaren Lebensbereichen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1) aus den Akten, dass das Aktivitätsniveau

der Beschwerdeführer nicht nur in beruflicher Hinsicht, sondern auch im privaten Alltag seit Jahren zumindest teilweise eingeschränkt ist. Dem C.\_\_\_\_-Gutachten ist dazu zu entnehmen, dass sich die Beschwerdeführerin

nach ihren Angaben hauptsächlich zuhause aufhält, insbesondere vor dem Fernseher oder Computer ( online etwa auf Youtube ) oder auf dem Balkon , mittlerweile einmal pro Woche eine Putzfrau beschäftigt , hauptsächlich online einkaufen , den übrigen Haushalt teilweise mit Hilfe der Tochter , ansonsten etappenweise und langsam erledigt , ihre früheren Freizeitaktivitäten

(Kampfsport, Malen , Basteln, Musik machen, Kunst und Kultur , Beschäftigung in der Natur und mit Tieren ; vgl. dazu auch Urk. 6/54/ 34-45 ) eingestellt hat ,

sich ihr Sozialleben im kleinen familiären Rahmen mit ihrer Tochter , abspielt und

ein sporadischer Kontakt zur Familie in ihrer Heimat sowie

mit Freunden in der Schweiz, welche sie gelegentlich zuhause besuchen

würden oder mit denen sie telefoniert , besteht .

Auch das Autofahren habe sie mittlerweile aufgegeben ; andererseits sei sie im Sommer 2016 für zwei Wochen in ihre Heimat ( Kroatien ) mit dem Flugzeug gereist , wo sie Physiotherapie und Meersalzbäder gemacht habe ( Urk. 6/ 156/22-23 , Urk. 6/156/37 ) . Ein im Wesentlichen gleiches Aktivitätsniveau war bereits im Gutachten der MEDAS A.\_\_\_\_

ausgeführt worden, wobei die Beschwerdeführerin damals noch Auto gefahren ist . Ausserdem hatte sie dort gegenüber den Gutachtern erwähnt, dass sie die Blumen auf der Terrasse besorge, dabei aber sehr schnell müde werde und tagsüber auch wiederholt abliegen müsse ( Urk. 6/ 54/ 9-11).

Dass das Aktivitätsniveau mit Blick auf die Alltagsaktivitäten im privaten Lebensbereich nicht vollständig eingeschränkt ist, wurde von den Gutachtern

zutreffend erkannt und auch diesbezüglich wurden die Diskrepanzen erfasst. Die C.\_\_\_\_-Gutachterin hielt namentlich fest, dass Diskrepanzen zwischen den schweren subjektiven Beeinträchtigungen und dem eingeschränkten, aber weit gehend intakten psychosozialen Funktionsniveau bei der Alltagsbewältigung festgestellt worden seien; auffällig gewesen seien dabei die vagen Äusserungen bezüglich nachgefragter genauer Details, was genau zum Beispiel nicht möglich sei, die Beschwerdeintensität und das Beschwerdeausmass sowie die Tatsache, dass sie - allerdings schon in den hier nicht entscheidenden Jahren 1997 bis 2002 ( Urk. 6/96/5 ) - über vier Jahre eine Ausbildung absolviert hatte. Bei der Einschätzung der Restarbeitsfähigkeit

trugen die Gutachter den Verhältnissen aus objektiver Sicht Rechnung, indem sie entgegen der Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin (Urk. 6/156/63-64)

und unter Berücksichtigung der Selbstlimitierung sowie der festgestellten Diskrepanzen nicht auf 100%ige Arbeitsunfähigkeit schlossen . Die dagegen attestierte 60%ige respektive 50%ige Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit korreliert mithin

schlüssig mit dem geschil derten

Aktivitätenniveau

unter Berücksichtigung der zu Übertreibungen neigen den Darstellung sweise der Beschwerdeführerin . I m

attestierten Umfang ist daher von einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus

in allen vergleichbaren Lebensbereichen aus zugehen.

Dabei ist auch zu beachten , dass die von den Gutachtern festgestellten Diskre panzen

( Urk. 6/156/31, Urk. 6/156/80-81) mit insgesamt übe rtriebener, nicht authentischer und teilweise widersprüchlicher Beschwerdedarstellung sowie Selbstlimitierung von der C.\_\_\_\_-Experten in den Zusammenhang mit der histrio nischen Struktur gestellt wurden (Urk. 6/156/81) . Dazu hielt d ipl. med. F.\_\_\_\_

vom

RAD in seiner Stellungnahme zum C.\_\_\_\_ -Gutachten vom 26. April 2017 fest, infolge der zusätzlichen Persönlichkeitsstörung

fänden sich zahlreiche krank heitsbedingte Inkonsistenzen (Urk. 6/165/5).

Da somit die festgestellten Inkonsis tenzen einen pathologischen Hintergrund haben, ist die gutachterliche Einschät zung der eingeschränkten Arbeitsfähigkeit auch aus (beweis-)rechtlicher Sicht gerechtfertigt. 5.4.3

Dasselbe ist auch in Bezug auf den Indikator der Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen (BGE 141 V 281 E. 4.4.2) zu beachten . Auch wenn diese - wie hiavor ausgeführt (E. 5.

## **E. 7**

Abs. 1 IVG muss die versicherte Person alles ihr Zumutbare unter nehmen, um die Dauer und das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit ( Art. 6 ATSG) zu verringern und den Eintritt einer Invalidität ( Art.

### **E. 7.2**

Die Beschwerdegegnerin forderte die Beschwerdeführerin erstmals zusammen mit der Ankündigung der Ausrichtung einer Viertelsrente

mit Schreiben vom 14. August 2013 auf , eine regelmässige psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung durchzuführen.

Die Beschwerdeführerin wurde darin auf Art.

### **E. 7.3**

. 3

Zu prüfen ist weiter , ob sich die Beschwerdeführerin de r an geordneten Behand lungsmassnahme widersetzt oder entzogen hat.

A usgewiesen und festzuhalten ist diesbezüglich , dass die Beschwerdeführerin das Mahn- und Bedenkzeitverfahren nach Art.

## E. 8

ATSG) zu verhindern (Schadenminderungspflicht). Sie muss nach Art. 7 Abs. 2 IVG an allen zumutbaren Massnahmen, die zur Erhaltung des bestehenden Arbeitsplatzes oder zu ihrer Eingliederung ins Erwerbsleben oder in einen dem Erwerbsleben gleichgestellten Aufgabenbereich dienen, aktiv teilnehmen. Dazu gehören medizinische Behandlungen nach Art. 25 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; Art. 7 Abs. 2 lit. d IVG).

Es gilt nach Art. 7a IVG - als Ausfluss einer verstärkten Schadenminderungspflicht - der Grundsatz der Zumutbarkeit jeder Massnahme, die der Eingliederung ins Erwerbsleben oder in einen Aufgabenbereich dient; ausgenommen sind Massnahmen, die ihrem Gesundheitszustand

nicht angemessen sind (BGE 145 V 2 E. 4.2. 2 mit Hinweisen). 2.5.2

Im Rahmen der Schadenminderungspflicht (BGE 113 V 22 E. 4a) ist die versicherte Person jederzeit gehalten, sich im Sinn der Selbsteingliederung einer zumutbaren Behandlung zu unterziehen, wenn die Möglichkeit dazu besteht (vgl. Art. 7 Abs. 2 lit. d IVG).

Grundsätzlich sind die Anforderungen an die Schadenminderungspflicht dort strenger, wo eine erhöhte Inanspruchnahme der Invalidenversicherung in Frage steht, namentlich wenn der Verzicht auf schadenmindernde Vorkehren Rentenleistungen auslöst (BGE 113 V 22 E. 4d; Urteil des Bundesgerichts I 824/06 vom 13. März 2007 E. 3.1.1, in: SVR 2008 IV Nr. 7 S. 19). Nach der Rechtsprechung ist die fortgesetzte Krankheitsbehandlung, die insbesondere auch die dauernde Einnahme ärztlich verschriebener Medikamente umfasst, in aller Regel eine jederzeit zumutbare Form allgemeiner Schadenminderung; dazu zählt auch die dauernde Einnahme von ärztlich verschriebenen Schmerzmitteln, selbst wenn diese mit Nebenwirkungen verbunden ist (statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 8C\_625/2016 vom 27. Januar 2017 E. 3.4.1 mit Hinweisen; zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 8C\_741/2018 vom 22. Mai 2019 E. 4.1).

Die aus fachärztlicher Sicht indizierten und zumutbaren (ambulanten und stationären) Behandlungsmöglichkeiten hat die versicherte Person in kooperativer Weise optimal und nachhaltig auszuschöpfen (BGE 140 V 193 E. 3.3; 137 V 64 E. 5.2 mit Hinweis; SVR 2016 IV Nr. 52 S. 176, 9C\_13/2016 E. 4.2 mit Hinweisen). Welche konkreten Behandlungsmöglichkeiten indiziert und zumutbar sind, bestimmt der Facharzt oder die Fachärztin. Solange aus fachärztlicher Sicht nicht oder nicht ausreichend genutzte zumutbare (ambulante oder stationäre) Behandlungsmöglichkeiten weiterhin indiziert sind, genügt es aus objektivem Blickwinkel nicht, dass die versicherte Person sämtliche Therapievorschlüsse des Hausarztes oder der übrigen behandelnden Ärzte in kooperativer Weise umgesetzt hat (vgl. BGE 137 V 64 E. 5.2; zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 8C\_741/2018 vom 22. Mai 2019 E. 4.2). 2.5.3

Nach Art. 7b Abs. 1 IVG können die Leistungen in Anwendung von

Art. 21 Abs. 4 ATSG gekürzt oder verweigert werden, wenn die versicherte Person den Pflichten nach Art. 7 IVG oder nach Art. 43 Abs. 2 ATSG nicht nachgekommen ist.

Die Teilnahme an zumutbaren medizinischen Behandlungen im Sinne von Art. 7 Abs. 2 lit. d IVG stellt eine solche mittels Sanktionen durchsetzbare Pflicht dar.

Nach Art. 7b Abs. 3 IVG sind beim Entscheid über die Kürzung oder Verweigerung alle Umstände des einzelnen Falles, insbesondere das Ausmass des Verschuldens der versicherten Person, zu berücksichtigen.

Art. 21 Abs. 4 ATSG bestimmt, dass einer versicherten Person die Leistungen vorübergehend oder dauernd gekürzt oder verweigert werden können, wenn sie sich einer zumutbaren Behandlung oder Eingliederung ins Erwerbsleben, die eine wesentliche Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder eine neue Erwerbsmöglichkeit verspricht, entzieht oder widersetzt oder nicht aus eigenem Antrieb das ihr Zumutbare dazu beiträgt. Sie muss vorher schriftlich gemahnt und auf die Rechtsfolgen hingewiesen werden; ihr ist eine angemessene Bedenkzeit einzuräumen (Mahn- und Bedenkzeitverfahren). Behandlungs- oder Eingliederungsmassnahmen, die eine Gefahr für Leben und Gesundheit darstellen, sind nicht zumutbar. 2.5.4

Rechtsstaatliche Voraussetzung für eine Leistungskürzung oder -verweigerung ist, dass zwischen dem Verhalten der versicherten Person und dem Eintritt oder der Verschlimmerung der Invalidität ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 111 V 186). Eine Leistungskürzung kommt daher nur solange in Frage, als das den Eintritt oder die Verschlimmerung der Invalidität kausal verursachende qualifizierte Verschulden der versicherten Person Wirkung hat (Urteil des Bundesgerichts 8C\_830/2012 vom 13. März 2013 E. 5.1

a.E.; vgl. Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3. Aufl., 2014, N 34 zu Art. 7-7b IVG). Die versicherte Person ist grundsätzlich so zu stellen, wie wenn sie ihre Schadenminderungspflicht wahrgenommen hätte, was umgekehrt bedeutet, dass Leistungen, welche bei gesetzeskonformem Verhalten dennoch zu erbringen wären, nicht gekürzt oder verweigert werden können (vgl. SVR 2008 IV Nr. 7 S. 19, I 824/06 E. 3 und 4; Urteil des Bundesgerichts 9C\_842/2010 vom 26. Januar 2011 E. 2).

Die Sanktion bei verletzter Schadenminderungs- oder Mitwirkungspflicht hat sich an das Verhältnismässigkeitsprinzip zu halten und insbesondere das Ausmass des Verschuldens der versicherten Person zu berücksichtigen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_370/2013 vom 22.

November 2013 E. 3 mit Hinweisen; vgl. auch Art. 7b Abs. 3 IVG, in der bis und ab 1. Januar 2012 gültigen Fassung). 3.3.1

Die Beschwerdegegnerin stellte sich in der angefochtenen Verfügung auf den Standpunkt, dem C.\_\_\_\_-Gutachten vom 12. April 2017 (Urk. 6/156) könne entnommen werden, dass die Beschwerden mit psychosozialen Belastungsfaktoren (Scheidung, Probleme mit der Behörde) entstanden seien. Mit der rheumatologischen Untersuchung hätten keine relevanten körperlichen Schädigungen gefunden werden können, welche die Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erklären würden. Die von der Beschwerdeführerin genannten Einschränkungen hätten ärztlich nicht bestätigt werden können. Dem psychiatrischen C.\_\_\_\_-Teilgutachten sei zudem zu entnehmen, dass die auferlegte Therapie nicht erfüllt worden sei. Die Versicherte sei im Jahr 2012 bei Dr. B.\_\_\_\_

in psychiatrischer Behandlung gewesen und habe sich nicht daran erinnert, wie lange sie bei ihm gewesen sei. Aktuell stehe sie nicht mehr in Behandlung. Zwar sei es korrekt, dass ihr mit der auferlegten Schadenminderungspflicht nicht mitgeteilt worden sei, wie lange sie die Therapie besuchen müsse. Jedoch habe sich gezeigt, dass es ihr damit besser

gegangen sei. Daher wäre es ihr zumutbar gewesen, einen neuen Therapeuten aufzusuchen. Somit sei sie der Mitwirkungspflicht nicht nachgekommen. Während der ganzen Untersuchung habe sich die Beschwerdeführerin in einem ausgeprägten Leidenszustand

präsentiert; es seien viele Diskrepanzen und demonstratives Verhalten festgehalten worden. Insgesamt seien keine invaliden versicherungsrechtlich relevanten Einschränkungen ausgewiesen. Da die Arbeitsunfähigkeit aufgrund der (subjektiven) Angaben der Beschwerdeführerin attestiert worden sei, könne auch nicht auf das C.\_\_\_\_-Gutachten, das von einer Verschlechterung seit September 2016 ausgehe, abgestellt werden. 3.2

Die

Beschwerdeführerin

wendet dagegen ein, sie habe sich der auferlegten Mitwirkungspflicht unterzogen und habe sich vom 22. Februar 2014 bis Januar 2015 in die psychiatrische Behandlung von Dr. B.\_\_\_\_ begeben. Es sei unverhältnismässig und nicht angemessen, von ihr eine weitere psychiatrische Therapie zu verlangen. Denn entgegen den Ausführungen der Beschwerdegegnerin

sei es ihr nach der 10-monatigen Therapie bei Dr. B.\_\_\_\_

nicht besser gegangen. Die Arbeitsfähigkeit (richtig wohl: Arbeitsunfähigkeit) habe sich vielmehr gegenüber dem psychiatrischen Teilgutachten vom 12. Januar 2012 von 40 % auf 50 % verschlechtert. Dr. B.\_\_\_\_ habe zudem erklärt, dass sie seit der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung auf niedrigem Niveau stabil sei und von weiteren medizinischen Massnahmen keine weitere Verbesserung hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit zu erwarten sei. In der Verfügung sei auch eingeräumt worden, dass ihr keine Auflage zur Therapie gemacht worden sei. Sie habe ihre Mitwirkungspflicht unter diesen Umständen und bei diesem Aktenstand erfüllt. Die Beschwerdegegnerin

hätte vor der Verweigerung der Leistungen bei angeblicher Widersetzlichkeit bei der Mitwirkungspflicht das Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchführen müssen, was sie unterlassen habe. Das C.\_\_\_\_-Gutachten sodann werde vom RAD-Arzt zu Recht als beweiswertig erachtet, weshalb darauf abzustellen sei. Es sei insbesondere unzutreffend, dass die Gutachter nur auf die subjektiven Angaben abgestellt hätten. Ferner habe die Beschwerdegegnerin bezüglich der psychosozialen Belastungsfaktoren nicht ausgeführt, welche Probleme mit den Behörden gemeint seien. Dies sei auch den Akten nicht zu entnehmen. Sie und ihre Tochter hätten in der Zwischenzeit - so der Eintrag in den Akten in Urk. 6/156/59 - jedenfalls einen guten Kontakt zum Ex-Ehemann. Zu beachten sei ausserdem, dass eine langjährige psychiatrische Erkrankung mit selbständigen psychiatrischen Diagnosen bestehe. Dass sich bei einer Persönlichkeitsstörung Schwierigkeiten mit Ehemännern oder Behörden ergeben könnten, sei krankheitsbedingt. Die Arbeitsunfähigkeit werde im ausführlichen C.\_\_\_\_-Gutachten klarerweise mit den gestellten psychiatrischen Diagnosen und nicht mit irgendwelchen psychosozialen Belastungsfaktoren begründet, die in der Vergangenheit liegen würden und in der Verfügung nicht näher genannt würden. Das psychiatrische Teilgutachten der MEDAS A.\_\_\_\_ vom 12. Januar 2012 und der Bericht von Dr. B.\_\_\_\_ vom 1. Juli 2015 seien im C.\_\_\_\_-Gutachten zudem als schlüssig bezeichnet worden. Es sei daher davon auszugehen, dass sie aufgrund der psychischen Beschwerden seit Januar 2012 in einer leidensangepassten Tätigkeit zu 40 % arbeitsunfähig sei und dass sie spätestens ab Februar 2014, dem Beginn der Behandlung bei Dr. B.\_\_\_\_, zu mindestens 50 % arbeitsunfähig sei. Zusätzlich bestehe aufgrund von notwendigen Pausen eine um 20 % verminderte Arbeitsleistung (Urk. 1 S. 2, Urk. 11 S. 2 ff.).

Hinzu komme, dass multiple somatische Beschwerden bestünden. So habe ein chronisch myofasziales Schmerzsyndrom gemäss dem Bericht von Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie, vom 28. Februar 2017 eine verminderte Leistungsfähigkeit von 20 bis 40 % zur Folge. Zudem bestünden eine Arthropathie des rechten Schultergelenkes, die schulterbelastende Tätigkeiten und Über-Kopfarbeiten vollständig ausschliessen würden, und ein chronisches Beschwerdebild ohne Besserungsfähigkeit. Gemäss dem Bericht des D.\_\_\_\_ vom September 2017 habe sich der Zustand in den letzten zweieinhalb Jahren deutlich verschlechtert. Des Weiteren leide sie an chronischen Darm- und Analproblemen mit ausgeprägter Entleerungsstörung und Enddarmvorfall samt Urin-Inkontinenz, welche ihren Alltag behindern würden und bei Entleerung zwei und mehr Stunden mit anschliessender Erschöpfung in Anspruch nehmen. Durch eine ständig erhöhte Temperatur von 37,5 Grad fühle sie sich krank, müde, erschöpft, habe leichten Schüttelfrost und Gliederschmerzen.

Weiter bestünden eine Schlafapnoe und Schluckstörungen. Diese seien ebenso wie ihre Atemnot zwar den Gutachtern geschildert worden, von diesen indes nicht näher untersucht und gewürdigt worden. Des Weiteren habe sie über kognitive Defizite wie Gedächtnisstörungen, Vergesslichkeit, Ermüdung etc. geklagt. Eine neuropsychologische Untersuchung fehle jedoch. Die Einschränkungen im Alltag habe sie ebenfalls geschildert. So könne sie kaum einen Teller aus dem Kühlschrank nehmen oder ein Glas halten und sie könne keine Flasche öffnen, auch einkaufen sei sehr schwierig.

Ihr schlechter Gesundheitszustand sei auch von der Angestellten der Regionalen Arbeitsvermittlung (RAV) erkannt worden, welche im Schreiben vom 27. Mai 2016 unter anderem erklärt habe, dass sie erschrocken sei über ihren Zustand. Bezüglich der Diagnosen sei schliesslich auf ihr Einwandschreiben

(Urk. 6/171/3) zu verweisen. Unter diesen Umständen sei es unwahrscheinlich, dass sie im ersten Arbeitsmarkt eine Funktion übernehmen könne (Urk.

## **E. 13**

). 3.3

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht den Anspruch auf eine Invalidenrente aufgrund einer Verletzung der Schadenminderungs- und Mitwirkungspflicht (vgl. dazu E. 7 hernach) sowie mangels eines invalidenversicherungspflichtigen relevanten Gesundheitsschadens verneint hat. 4. 4.1

### 4.1.1

Sowohl die Gutachter der MEDAS A.\_\_\_\_ gemäss dem Gutachten vom 22. Februar 2012 als auch die Gutachter des C.\_\_\_\_ gemäss dem Gutachten vom 12. April 2017 kamen nach umfassenden polydisziplinären Untersuchungen und unter Berücksichtigung der medizinischen Vorakten

fundiert begründet zum Schluss, dass die psychischen Beschwerden im Vordergrund stehen und die somatischen Leiden, soweit überhaupt objektivierbar und nicht psychosomatisch überlagert, keine zusätzliche Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit haben (Urk. 6/54/19 -20, Urk. 6/156/84-92). So konnte namentlich das von der Beschwerdeführerin geschilderte

Schmerzerleben im ganzen Körper, vor allem im Schultergürtel, im Hand-, distalen Unterarm-, Knie-, Waden- und Fussbereich beidseits sowie im Rücken und das Herzerleben, Schwindel, die Atem- sowie Speichelprobleme ( Urk. 6/54/11-13, Urk. 6/54/17 -18 , Urk. 6/54/25- 26, Urk. 6/156/ 87-89 ) gemäss der Einschätzung sämtlicher somatischer Gutachter im Wesentlichen keinen somatischen Befunden zugeordnet werden.

Der rheumatologische Konsiliar der MEDAS A.\_\_\_\_

diagnostizierte

dementsprechend im Dezember 2011 ein generalisiertes Schmerzsyndrom, welches formal die Kriterien für eine Fibromyalgie erfülle bei/mit aktuell ohne Hinweise auf eine entzündlich-rheumatische Erkrankung und begleitend funktioneller Einschränkung der Schulterbeweglichkeit ohne somatische Korrelate. Es hätten vor allem Weichteilschmerzbefunde ohne sichere Hinweise auf entzündlich-rheumatische Befunde festgestellt werden können. Die diskreten bildgebend festgestellten Veränderungen seien altersentsprechend und hätten keine klinischen Konsequenzen. Auch die ergänzenden Untersuchungen würden radiologisch und laborchemisch keinen Hinweis auf eine entzündlich-rheumatische Erkrankung im Sinne einer Polyarthritiden zeigen. Im Jahr 2007 sei es zu einem polyarthritischen Schub gekommen. Zur Zeit seiner Begutachtung stehe aber mit grosser Wahrscheinlichkeit die Fibromyalgie im Vordergrund. Die beklagten Alltagseinschränkungen würden nicht mit den objektiven Befunden korrelieren. Am Auffälligsten sei die eingeschränkte Schulterbeweglichkeit vor allem rechts. Theoretisch könnte ein Impingement -Syndrom beurteilt werden. Allerdings seien die Befunde in sich nicht konsistent. Bezüglich der verschiedenen Untersuchungen der Schulter sei je nach Untersucher, nach Zeitpunkt der Untersuchung oder nach Untersuchungsort jeweils uneinheitlich eine geringe Veränderung im Bereich der Supraspinatus -, Bizeps- oder Subscapularissehne beschrieben worden. Hieraus könne keine relevante strukturelle Veränderung an der Schulter abgeleitet werden.

Auch die beklagte Funktionseinschränkung am Schultergelenk habe mit grosser Wahrscheinlichkeit kein somatisches Korrelat. Schlüssig

folgerte der Gutachter aus objektivierter Sicht daraus, dass das subjektive Beschwerdebild bei fehlenden somatischen Befunden aus rheumatologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit

rechtfertige ( Urk. 6/54/16, Urk. 6/54/27-31).

Allein aus internistischer Sicht wurden im Gutachten der MEDAS A.\_\_\_\_

objektivierbare somatische Befunde festgehalten, und zwar bezüglich der von der Beschwerdeführerin geklagten chronischen Analbeschwerden mit/bei Hämorrhoiden, wiederholtem Analprolaps und Status nach einer Operation im Jahr 1989. Jedoch wurde auch dieses Leiden - wenn auch mit Krankheitswert

- als Diagnose ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit beurteilt ( Urk. 6/54/19).

Die C.\_\_\_\_ -Begutachtung im September 2016 ( Urk. 6/156/1) ergab gemäss dem Gutachten vom 14. April 2017 ebenfalls weitgehend keine objektivierbaren somatischen Befunde, welche aus somatischer Sicht überwiegend wahrscheinlich die Annahme einer erheblichen Einschränkung der Leistungsfähigkeit begründen könnten. So wurde im C.\_\_\_\_ - Gutachten

differenziert und nachvollziehbar ausgeführt, bei der neurologischen Exploration hätten keine Hinweise auf mögliche radikuläre Ursachen der Symptomatik bestanden, die massive Bewegungseinschränkung der Armabduktion beidseits sei ohne sensible oder motorische Ausfälle,

die Beschwerden seien aus neurologischer Sicht durch die klinisch und apparativ objektivierbaren Befunde auf keine Weise nachvollziehbar und das ausgeprägte myofasziale Syndrom sei unklarer Ätiologie. Als einziger pathologischer Befund habe sich eine Reflexabschwächung des Bizepssehnenreflexes rechts gezeigt, welcher bei reduzierter Mitarbeit (aktives Anspannen in der Untersuchung) nicht sicher bewertet werden könne. Bei der elektromyographischen Untersuchung im Zentrum F.\_\_\_\_ vom 19. März 2015 sei kein Hinweis auf eine mögliche Radikulopathie seitens der oberen Extremitäten festgestellt worden. An den unteren Extremitäten bestehe bei den herabgesetzten Achillessehnen und möglicherweise reduziertem Vibrationsempfinden (bei möglicherweise reduzierter Mitarbeit) der Verdacht auf eine beginnende, überwiegend sensible Polyneuropathie. Dieser Verdacht sei auch bei der elektromyographischen Untersuchung im Zentrum F.\_\_\_\_ vom 19. März 2015 festgestellt worden.

Diesbezüglich bestünden derzeit indes funktionell keine Einschränkungen.

Insgesamt

bestehe auf neurologischem Fachgebiet kein relevantes Leiden, das die Beschwerdeführerin in ihrer Arbeitsfähigkeit und in ihren alltäglichen Aktivitäten einschränke (Urk. 6/156/50-51, Urk. 6/156/90).

Auch aus rheumatologischer Sicht wurde im C.\_\_\_\_-Gutachten festgehalten, die Untersuchung bezüglich des Rückenproblems sei unauffällig gewesen, die vordiagnostizierte undifferenzierte Polyarthritiden sei klinisch und labormässig nicht nachweisbar, weshalb diese Diagnose definitiv fallengelassen werden dürfe. Die demonstrierte Funktionseinschränkung beider Schultergelenke sei klinisch und radiologisch bei weitgehend altersnormalen Röntgenbildern nicht nachweisbar sowie Ausdruck einer starken Selbstlimitierung. Insgesamt seien aus rheumatologischer Sicht die folgenden Diagnosen

ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festzuhalten: Unklare Arthralgien vor allem im Bereich der Hände bei/mit Status nach undifferenzierter Polyarthritiden (Erstdiagnose 2007), bis aktuell radiologisch anerosiver Verlauf (Hände, Füße), seronegativ ohne humerale Aktivität, klinisch keine Synovitiden nachweisbar; anamnestisch Panvertebralsyndrom bei/mit radiologisch altersnormaler Wirbelsäule (per 12.

September 2016), begleitendem Zervikokranialsyndrom bei Funktionsstörung der Kopf- und Halsgelenke und Ausschluss einer Myopathie oder Myositis (im März 2015). Als rheumatologische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei jene eines ausgeprägten myofaszialen Schultergürtelsyndroms beidseits bei/mit ausgeprägter Selbstlimitierung, funktionell nicht untersuchbar, radiologisch unauffällig (per 12. September 2016), zu stellen. Insofern bestehe im Vergleich zum Gutachten der MEDAS A.\_\_\_\_ eine Verschlechterung, wobei diese Diagnose respektive das massivste Funktionsdefizit im Schultergürtel indes nicht objektivierbar sei. In einer leidensangepassten Tätigkeit werde aus rheumatologischer Sicht eine 100%ige Arbeitsfähigkeit mit einem aufgrund der geäußerten Schmerzen um 20% reduzierten Rendement attestiert, wobei die

Arbeitsfähigkeit wegen der massiven Selbstlimitierung bezüglich des Schulter gürtels jedoch nicht sicher beurteilbar sei ( Urk. 6/ 156/ 40-42, Urk. 6/156/89 -90 ).

Mit der chirurgisch-internistische n

C.\_\_\_\_ - Begutachtung wurde sodann ein alters entsprechender klinischer Status in unauffälligem Allgemeinzustand mit unauf fälligem Abdominal- und Neurostatus und ohne Hinweise auf eine Herzinsuffi zienz oder Lungenerkrankung festgestellt. Die Laboruntersuchungen hätten bis auf eine leichte Hypercholesterinämie durchwegs Normalwerte ergeben und das Elektrokardiogramm (EKG) habe einen unauffälligen Erregungsablauf gezeigt.

Auch die Spirometrie habe keine Hinweise auf eine obstruktive oder restriktive Ventilationsstörung geliefert. Allein der 6-Minuten-Gehtest habe bei zurückge legter Distanz von 280 Mete rn eine verminderte Gehleistung ergeben, wobei indes weder eine Dyspnoe noch Claudicatiobeschwerden angegeben worden seien. Aus serdem hätten sich i n der gastroentereologischen Abklärung

Befunde ergeben, welche auf die Diagnose einer ( Gastric ) Outlet

Obstruction (Entleerungsbehinde rung beim Darmausgang)

mit/bei Obstipation, Rekto- und Enterozele mit Kompression der Rektos i gmoids und unvollständiger Entleerung sowie rezidivie rende n Hämorrhoidalleiden schliessen lassen würden . Dies könne die Stuhl schwierigkeiten erkläre n und sei für die Hämorrhoiden sowie möglicherweise

für rezidivierende, in der Regel äusserst schmerzhaft Analfissuren verantwortlich.

Eine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit durch diese Befunde wurde von den C.\_\_\_\_ -Gutachtern - wie schon von den Gutachtern der MEDAS A.\_\_\_\_ - jedoch nicht angenommen. Es lasse sich aus chirurgisch-internistischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen, weder in der zuletzt ausge übten Tätigkeit noch in einer dem Alter und dem Habitus angepassten Verweistä tigkeit (Urk. 6/156/ 28-33 , Urk. 6/156/89, Urk. 6/156/94-100).

Die Gutachter

setzten sich sodann auch korrekt , entsprechend den Beweisanfor derungen an eine medizinische Entscheidungsgrundlage (vgl. dazu BGE 134 V 231 E. 5.1 ) , nachvollziehbar begründet aus objektiver Sicht mit dem Verhalten der Beschwerdeführerin auseinander. Sie gewannen den Eindruck, dass die Schmerz schilderungen übertrieben seien. Der rheumatologische Konsiliar der MEDAS A.\_\_\_\_ hielt dazu fest, die Schmerzschilderungen seien überzeichnet, Mitleid erheischend und nicht typisch entzündlich. Mit grösster Wahrscheinlich keit bestehe eine erhebliche Schmer z überzeichnung ( Urk. 6/54/18, Urk. 6/54/30) . Der neurologische

C.\_\_\_\_ -Gutachter führte aus, die Beschwerden der Beschwerde führerin seien scheinbar ausführlich und würden auf eine sehr demonstrative, zum Teil theatralische Weise vorgetragen; sie würden indes zahlreiche Diskre panzen und Inkonsistenzen beinhalten. So habe d ie Versicherte trotz mehrmali gem Nachfragen ihre Schmerzen bezüglich Lokalisation, Quantifizierung und Modulierbarkeit nicht präzisieren können. Auch seien die präsentierten Ein schränkungen deutlich diskrepant zum Verhalten während der Exploration, in welcher sie bei Spontanbewegungen weit weniger Einschränkungen

präsentiert habe. Das Verhalten während der Untersuchung sei selbstlimitierend, die Kooperation kaum gegeben. Ferner sei der als massiv angegebene Leidensdruck diskrepant zur geringen Inanspruchnahme der therapeutischen Hilfe sowie der Schmerzmedikation (Urk. 6/156/51, Urk. 6/156/90). Der rheumatologische C.\_\_\_\_-Gutachter erklärte zur Konsistenzprüfung, es hätten sich zwischen den Untersuchungen beim Grundgutachten (Urk. 6/156/29-30) und durch ihn (Urk. 6/156/38) Inkonsistenzen betreffend Funktionsdefizit im Schultergürtel ergeben. Die Angaben der Beschwerdeführerin und ihr Verhalten würden auf eine extreme Selbstlimitierung hindeuten, welche nicht nachvollziehbar sei (Urk. 6/156/42). Im C.\_\_\_\_-Gutachten wurde des Weiteren unter dem Titel Auffälligkeiten und Diskrepanzen festgehalten, die Beschwerdeführerin habe beim Grundgutachten einerseits angegeben, dass die Schmerzen an den Füßen und Beinen in Ruhe nicht so schlimm seien, dass sie aber alle "Sehnen und Knochen" spüre, wenn sie sich bewege. Im Widerspruch dazu habe sie angegeben, dass die Schmerzen beim Laufen besser würden. Während sie beim Grundgutachten und beim rheumatologischen Teilgutachten während der Anamneseerhebung wegen Schmerzen in den Oberschenkeln dreimal aufgestanden sei, habe sie beim neurologischen Teilgutachten 90 Minuten sitzen können. Der Schwindel, welcher beim psychiatrischen Teilgutachten als ausgeprägt und als Grund für das Zuspätkommen angegeben worden sei, sei beim Grundgutachter nur am Rande ein Thema gewesen und bei den anderen somatischen Gutachtern nicht angegeben worden. Ein solcher sei auch aus den Akten nicht ersichtlich. Die Beschwerdeführerin habe auch nur bei der Neurologin um Hilfe beim Anziehen des T-Shirts gebeten, bei den anderen Untersuchungen habe sie dies selbst gekonnt. Allein bei der neurologischen Begutachtung habe sie Sensibilitätsstörungen in den Beinen und einen fehlenden Vibrationssinn am Grosszehengrundgelenk angegeben.

Es seien Sehnenreflexe nur teilweise auslösbar gewesen, so aber nicht erwähnt im Grundgutachten (gegenüber dem Internisten; Urk. 6/156/31). 4.1.2

In beiden Gutachten schlossen die somatischen Gutachter übereinstimmend und zufolge des weitgehend fehlenden somatischen Korrelats zu den geklagten Beschwerden überzeugend begründet

auf eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit. Dabei ist zu beachten, dass die vom rheumatischen C.\_\_\_\_-Gutachter attestierte 20%ige Leistungseinschränkung ebenfalls nicht mit erwiesenen somatischen Befunden, welche die geklagten Beschwerden in ihrem Ausmass erklären könnten, sondern ausdrücklich mit einem nicht objektivierbaren Funktionsdefizit im Schultergürtel

und aufgrund der Schmerzangaben begründet wurde, wobei der Schultergürtel radiologisch unauffällig und klinisch-funktionell nicht untersuchbar gewesen sei

(Urk. 6/156/40, Urk. 6/156/42, Urk. 6/156/91). 4.1.3

Daher ist entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 2, Urk.

11 S. 4) die

attestierten 20%igen Leistungseinschränkung jedenfalls nicht zusätzlich zu den psychischen Funktionsbeeinträchtigungen (vgl. dazu E. 4.2 nachfolgend) zu berücksichtigen. Daran ändert auch nichts, dass Dr. E.\_\_\_\_ gemäss dem Bericht vom 28. Februar 2017 aufgrund eines chronischen myofaszialen Schmerzsyndroms auf eine verminderte Leistungsfähigkeit von 20 bis 40% schloss

und zusätzlich eine Arthropathie des rechten Schultergelenkes festhielt

(Urk. 6/153/2 -4 ). Denn ein chronisches myofaszielles Schmerzsyndrom ist eine unspezifische Bezeichnung für Schmerzen im Bewegungsapparat , die nicht von Gelenken, Knochenhaut , Muskelerkrankungen oder anderen neurologischen Erkrankungen ausgeht und mithin auf den Schmerzangaben der untersuchten Person, hier der Beschwerdeführerin , beruht. Auch bei einer Arthropathie handelt es sich um einen Begriff für Gelenkerkrankungen ohne nähere Spezifikation , der benutzt wird,

wenn die Diagnose noch keine sichere Zuordnung erlaubt. Im Bericht vom 19. März 2015 führte Dr. E. \_\_\_ denn auch aus, es hätten sich elektroneurographisch keine weiteren Anhaltspunkte für eine Myopathie beziehungsweise Myositis ergeben. Am wahrscheinlichsten sei deshalb ein myofaszielles Schmerzsyndrom beziehungsweise allenfalls eine gleichzeitige Polyneuropathie, wobei diese jedoch neurologisch im vorliegenden Ausmass die angegebenen Beschwerden kaum erklären würden ( Urk. 6/101/22). Objektivierbare Befunde hierzu, welche nicht bereits von den Gutachtern überzeugend gewürdigt wurden, wurden auch von Dr. E. \_\_\_ nicht genannt. Dasselbe gilt für den Bericht der Klinik für Rheumatologie des D. \_\_\_ vom 5. September 2017 zur funktionellen Ultraschalluntersuchung ( Urk. 6/170/4-5 ). Dem von den Gutachtern ebenfalls festgestellten myofaszialen Schultergürtelsyndrom beidseits und den Schulterbeschwerden wurde zudem mit dem Belastungsprofil einer Tätigkeit ohne repetitive Belastungen für den Schultergürtel und ohne repetitive mechanische Belastung für beide Hände (Urk. 6/156/90) Rechnung getragen.

Auch die übrigen von der Beschwerdeführerin in der Replik vorgebrachten Beschwerden wie chronische Darm- und Analprobleme, erhöhte Temperatur von 37,5 Grad, Schlaf- und Schluckbeschwerden, Atemnot und kognitive Defizite ( Urk. 13) wurden von den Gutachtern hinreichend berücksichtigt und korrekt nach objektiv-medizinischen , polydisziplinären Gesichtspunkten beurteilt. So wurden die chronischen Darm- und Analprobleme im Auftrag der internistischen C. \_\_\_ -Gutachterin fachärztlich im Gastro

Zentrum der E. \_\_\_ Klinik eingehend abgeklärt (Urk. 6/156/94-101). Zur angeblich ständig erhöhten Temperatur von 37,5 Grad wurde im Gutachten der MEDAS A. \_\_\_ nachvollziehbar festgehalten, dass die Beschwerdeführerin über medizinisches Halbwissen verfüge, da s dann auch zumindest zum Thema Fieber überbewertet werde. Sicher könne sie sich fiebrig fühlen, nur würden ihre Temperaturangaben von unter 38 Grad Celsius noch keinem Fieber entsprechen ( Urk. 6/54/45). Eine Temperaturmessung anlässlich der Begutachtung im MEDAS A. \_\_\_

ergab im Übrigen normale 36,9 Grad (Urk. 6/54/15).

Bezüglich der

geltend gemachten Schlaf-, Schluckbeschwerden und

der Atemnot hatte die Beschwerdeführerin anlässlich der gutachterlichen Untersuchungen erklärt ,

"Sie habe auch häufig Schwindel, Probleme mit dem Atmen und Schlucken. Das fühle sich so an, als würde es ihr die Kehle zuschnüren und als hätte sie einen tonnenschweren Kloss im Hals " (Urk. 6/156/45) ; " Sie habe Dur ch schlafstörungen . Sie könne auch schwer einschlafen. Sie erwache ständig durch die Schmerzen. Wenn sie liege, bekomme sie Atemnot, Schluckprobleme." "Sie habe oft Albträume , wache nachts schweisssgebadet auf...

" (Urk. 6/156/61); "...da sie jeden Tag über 24 Stunden Schmerzen habe, könne sie natürlich nicht nur Schmerzmittel nehmen, deswegen rauche sie gelegentliche einen Joint, das lindere ihre Schmerzen, entspanne sie und helfe ihr einzuschlafen. Allerdings könne sie davon auch Herzrasen, Schwindelgefühle, Schluckprobleme und Panik attacken bekommen" (Urk. 6/156/55).

Des Weiteren wurde im Gutachten der MEDAS A.\_\_\_\_ zur dort diagnostizierten Diagnose Agoraphobie fest gehalten, die Beschwerdeführerin habe erklärt, sie bekomme Atemnot, bei vielen Menschen bekomme sie keine Luft, es fehle ihr an Sauerstoff und es würde ihr nicht gut gehen. Wenn sie auf der Strasse mit viel Verkehr oder zu viel Staub sei, dann habe sie geradewegs Erstickungsgefühle (Urk. 6/54/42).

Die C.\_\_\_\_ -Psychiaterin erklärte dazu, dass die Angstsymptome angesichts der vagen Symptombeschreibung durchaus auch als Hyperventilation und Globusgefühl (vor allem nächtlich) beschrieben werden könnten, so dass die Übergänge von der Diagnose einer somatoformen autonomen Funktionsstörung zu einer generalisierten Angststörung fließend seien

(Urk. 6/156/74).

Vor dem Hintergrund der genannten Schilderungen der Beschwerdeführerin ist es nachvollziehbar, dass die Gutachter keine zusätzlichen somatischen Diagnosen hierzu stellten, sondern die Schlaf-, Schluckbeschwerden und die Atemnot in den Zusammenhang von psychogenetischen Leiden wie Angst- und Schmerzstörung stellten, zumal die Untersuchungsbefunde der Lungen- und Herzuntersuchungen bland waren (Urk. 6/156/29, Urk. 6/156/32-33).

Des Weiteren ist entgegen dem Vorbringen der Beschwerdeführerin

nicht zu beanstanden, dass hinsichtlich der geklagten Erinnerungs-, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörung (Urk. 6/156/61) keine neuropsychologische Untersuchung durchgeführt wurde. Zum einen lässt sich mit einer solchen nicht feststellen, ob kognitive Defizite eine somatisch-organische Ursache

haben (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_51/2012 vom 29. Januar 2013 E. 3.3.1.2). Zum anderen steht vorliegend nach vielfacher gutachterlicher Feststellung eine ausgeprägte Selbstlimitierung und psychische Überlagerung fest, so dass das Ergebnis einer neuropsychologischen Untersuchung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine zusätzlichen verwertbaren Erkenntnisse hervorbringen würde.

Ferner

wurden die kognitiven Funktionen

in den Untersuchungsgesprächen

durchwegs

als intakt beschrieben

(Urk. 6/54/15, Urk. 6/156/28, Urk. 6/156/49, Urk. 6/156/65). Die neurologische C.\_\_\_\_ -Gutachterin stellte hierzu ausserdem fest, es würden keine Hinweise für eine grobe neuropsychologische Funktionsstörung wie Störung der Sprache, des Schreibens, der Handlungsplanung und Ausführung, des räumlichen Vorstellungsvermögens und der Orientierung, des Körperschemas etc. vorliegen (Urk. 6/156/49). Die psychiatrische

Gutachterin erklärte sodann nachvollziehbar, dass die häufig vagen und ausweichenden Antworten nicht auf eine Merkfähigkeitsstörung zurückzuführen, sondern bei den Diskrepanzen zu verorten seien. Es sei nicht auszuschliessen, dass die Pausen der Vermeidung unangenehmer Gespräche inhaltlich gedient haben könnten (Urk. 6/156/65, Urk. 6/156/81).

Es bestand somit keine Veranlassung zu einer zusätzlichen neuropsychologischen Untersuchung. 4.2 4.2.1

Bei dieser somatischen Ausgangslage

und angesichts der nicht konsistenten Beschwerdeangaben ist massgeblich, ob die geklagten Beschwerden - soweit sie nicht objektivierbaren Befunden zugeordnet werden konnten - aus psychiatrischer Sicht mit krankheitswertigen psychischen Vorgängen erklärbar sind, welche die Leistungs- und Arbeitsfähigkeit einschränken. Auch diesbezüglich

stimmen die Einschätzungen der Gutachter der MEDAS A.\_\_\_\_ und des C.\_\_\_\_

weitgehend überein. Und zwar wurden in beiden Gutachten nachvollziehbar begründet, fachärztlich psychische Krankheiten festgestellt und diesen eine einschränkende Wirkung auf die Arbeitsfähigkeit zuerkannt, wenn auch mit teilweise unterschiedlicher diagnostischer Gewichtung und leichter Abweichung bezüglich des Umfangs der attestierten Arbeitsunfähigkeit.

Die psychiatrischen Gutachter beider Gutachterstellen kamen zum Schluss, dass die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gegeben sei (Urk. 6/54/43, Urk. 6/156/82).

Der Gutachter der MEDAS A.\_\_\_\_ schloss gemäss dem Teilgutachten vom 12. Januar 2012 ausserdem auf eine Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.01). Diese liege schon seit vielen Jahren vor und werde vor allem aktiv, wenn sich die Beschwerdeführerin ausser Haus, in engen Räumen oder unter Menschen bewege. Es erscheine überwiegend wahrscheinlich, dass sich diese Angststörung aus den Angstsituationen mit dem (ehemaligen) Ehemann, den Nachbarn und Behörden entwickelt habe; erstmals seien diese Symptome jedoch beim Cannabiskonsum aufgetreten, der jedoch über das Probiermoment nicht hinausgegangen sei. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hielt der Gutachter der MEDAS A.\_\_\_\_

ferner akzentuierte Persönlichkeitszüge mit historisch-hypochondrisch und narzisstischen Anteilen

(ICD-10 Z73) fest. Die Arbeitsfähigkeit sei in der bisherigen und in anderen Tätigkeiten vor allem durch das Schmerzerleben um 40% eingeschränkt. Aber auch die Agoraphobie mit Panikstörung schränke die Beschwerdeführerin immer wieder so ausgeprägt ein, dass sie damit nicht in einem vollen Pensum einer Arbeit nachgehen könne (Urk. 6/54/43-46).

Die

C.\_\_\_\_ - Gutachterin

bezeichnete diese Einschätzung als in sich schlüssig (Urk. 6/156/83-84), kam in der eigenen diagnostischen

Beurteilung jedoch ausführlich und nachvollziehbar begründet (Urk. 6/156/70-80) zum Schluss, dass nebst der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung

der Verdacht auf eine artifizielle

Störung (ICD-10 F68.1) im Rahmen einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit histrionischen und narzisstischen Anteilen (ICD-10 F60.4)

gegeben sei, welche sich einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit auswirke (Urk. 6/156/82). Zwar seien auch die Diagnosekriterien einer generalisierten Angststörung (ICD-10 F41.1) erfüllt. Jedoch sei in der abschliessenden Beurteilung nicht vorrangig darauf abzustellen; das komplexe Beschwerdebild sei viel mehr auf höherer Ebene zu betrachten, so dass es nicht ausschlaggebend sei, welche der beiden Störungen (Angststörung oder autonome somatoforme Funktionsstörung) vorliege. Dem Zustand der Beschwerdeführerin werde die übergreifende Betrachtung eher gerecht, wobei in diesem Zusammenhang die Rolle der Persönlichkeitsstruktur zu überprüfen sei. Dies insbesondere, weil die Interaktion und Beziehungsgestaltung der Beschwerdeführerin als hoch auffällig zu bewerten sei (Urk. 6/156/75-76). Mit Blick auf das Gesamtbild spreche viel für die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung, in dem der Beginn der körperlichen Symptome und Erkrankung in der Kindheit liege und sich die gesamte Krankheitsgeschichte im Zusammenhang damit entwickelt habe. Die Diagnosekriterien einer Panikstörung seien dagegen nicht erfüllt. Die vom behandelnden Psychiater Dr. B. \_\_\_ (gemäss dessen Bericht vom 1. Juli 2015) gestellte Diagnose einer Pseudologica

fantastica

(auf dem Boden kombinierter Persönlichkeitsstörungen mit narzisstischen und hypochondrischen Anteilen, ICD-10 F60.1; Urk. 6/96/1) gebe es in dieser Form in der ICD-10-Klassifikation nicht. Eine Annäherung gelinge über die artifizielle Störung (ICD-10 F68.1). Bei dieser Störung würde durch den Patienten eine Krankheit oder Behinderung häufig und beständig vorgetäuscht, was bei der Beschwerdeführerin teilweise zutreffe. Die Motivation für dieses Verhalten sei fast immer unklar und wahrscheinlich durch innerseelische Konflikte bedingt. Am besten werde dieses Zustandsbild als eine Störung im Umgang mit der Krankheit und der Krankenrolle interpretiert. Patienten mit diesem Verhaltensmuster würden meist deutliche Symptome einer ganzen Reihe anderer Störungen ihrer Persönlichkeit und ihrer Beziehungen zeigen.

Im psychiatrischen Kontext handle es sich um eine schwere Störung. Angesichts des Krankheitsverlaufs seit Kindheit und Jugend sowie dem damit verbundenen Leiden sei sie gerechtfertigt, und zwar nicht im Sinne des Vollbildes der Störung mit Selbstmanipulation, sondern mit Bezug auf das Muster, dem die Krankheitsgeschichte der Beschwerdeführerin zugrunde liege. Für diese Hypothese würden

etwa die Vordiagnosen, die spezielle Lebensgeschichte und die berufliche Orientierung sprechen. Dagegen spreche, dass körperliche Störungen und eine psychiatrische Symptomatik (Angststörung) vorhanden seien. Nicht typisch für diese Diagnose sei zudem, dass die Exploration nicht als konfabulierend, verführerisch, sondern als zäh, anstrengend und vage erlebt worden sei. Dennoch werde diese Diagnose (der artifiziellen Störung; ICD-10 F68.1) favorisiert als übergreifendes, das Gesamtbild zusammenfassendes Krankheitskonzept

(Urk. 6/156/78-80).

Die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht sei ausgehend vom psychopathologischen Befund nach der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP) und unter Berücksichtigung der Alltagsaktivität beeinträchtigt; es sei schwer festzulegen, in welchem Umfang eine Arbeitsfähigkeit bestehe. Sie sollte zirka 50 % betragen und könnte in leidensangepassten Tätigkeiten, etwa im geschützten Rahmen, höher sein (Urk. 6/156/82).

Auch der Psychiater Dr. B.\_\_\_\_, bei dem die Beschwerdeführerin von Februar bis November 2014 in Behandlung war (Urk. 6/82, Urk. 6/96/2), stellte gemäss dem Bericht vom 1. Juli 2015 eine Schmerz-, Angst- und Persönlichkeitsstörung fest und schloss auf eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit, namentlich als Homöopathin nach Abschluss der fehlenden Abschlussprüfung (Urk. 6/96). 4.

#### **E. 017**

vom 19. Oktober 2018 E. 3.3 mit Hinweis en) .

Die Festlegung einer Sanktion in Anwendung von Art.

#### **E. 21**

Abs. 4 ATSG (in Verbindung mit Art. 7b Abs. 1 IVG) insofern korrekt durchgeführt hat, als sie die Massnahme

benannt hat (regelmässige psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung), Frist angesetzt hat, bis wann der behandelnde Arzt zu melden sei (bis am 14. Februar 2014),

und erklärt hat, wann die Massnahme überprüft werde (per 1. August 2014).

Belegt ist auch, dass die Beschwerdeführerin diese Vorgaben entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin

erfüllt hat. So hat die Beschwerdeführerin der Beschwerdegegnerin den behandelnden Arzt vor dem 14. Februar 2014 gemeldet, sie hat eine regelmässige psychiatrisch-psychotherapeutische ambulante Behandlung beim Psychiater Dr. B.\_\_\_\_ und dessen Mitarbeiterinnen, der Assistenzärztin H.\_\_\_\_ und der Psychotherapeutin I.\_\_\_\_ (Urk. 6/96/8), aufgenommen und diese über den angekündigten Überprüfungszeitpunkt per 1. August 2014 hinaus mindestens bis November 2014, eventuell bis Februar 2015 fortgeführt.

Es kann somit nicht gesagt werden, die Beschwerdeführerin habe sich der angeordneten medizinischen Massnahme widersetzt oder entzogen. In diesem Sinne erklärte auch dipl. med. F.\_\_\_\_ vom RAD in der Stellungnahme vom 22. März 2016, die Schadenminderungspflicht scheine von der Beschwerdeführerin umgesetzt worden zu sein (Urk. 6/162/3).

#### **7. 4**

Die Auferlegung einer Sanktion ist bei dieser Sachlage nicht gerechtfertigt und unverhältnismässig.

Umso mehr ist auch die von der Beschwerdegegnerin verfügte gänzliche Leistungsverweigerung ab Februar 2013 unrechtmässig. Sie führte im angefochtenen Entscheid denn auch nichts zum Ausmass des Verschuldens

- einzig ein schweres Verschulden würde eine gänzliche Leistungsverweigerung rechtfertigen

(vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_865/2017 vom 19. Oktober 2018 E. 5.2.3.1) - sowie zum Kausalzusammenhang zwischen dem angeordneten schadenmindernden Verhalten und dessen Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aus 8.

Im Ergebnis ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Viertelsrente ab dem 1. Februar 2013 und auf eine halbe Rente ab dem 1. Mai 2014 hat sowie, dass eine Sanktionierung dieser Rentenleistungen wegen Verletzung einer Schaden- oder Mitwirkungspflicht hier nicht gerechtfertigt ist.

Die Beschwerde ist folglich gutzuheissen und die angefochtene Verfügung vom 27. Dezember 2017 (Urk. 2) ist mit dieser Feststellung aufzuheben. 9.

Der Streitgegenstand des Verfahrens betrifft die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen. Das Verfahren ist daher kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG in der seit dem 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Fassung) und ermessensweise auf Fr. 1'000.-- anzusetzen. Ausgangsgemäss sind die Gerichtskosten der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

Der

Beschwerdeführer in

ist nach Massgabe von Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, nach der Schwierigkeit des Prozesses, dem Zeitaufwand und den Barauslagen eine Prozessentschädigung von Fr. 2'900.-- (inkl. Mehrwertsteuer und Barauslagen) zuzusprechen. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 27. Dezember 2017 aufgehoben und es wird festgestellt, dass die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Viertelsrente ab dem 1. Februar 2013 und auf eine halbe Rente ab dem 1. Mai 2014 hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2'900.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Thomas Laube - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin FehrHartmann

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