

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00581 vom 9. Juni 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-06-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00581

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00581 du 9 juin 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00581 del 9 giugno 2020

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1967, erlitt am 4. Mai 2000 einen Auffahr unfall (Urk.

5/1 S.

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allge meinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kom menden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

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

Das strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einer seits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C_590/2017 vom 15.

Februar 2018 E. 5.1). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Inva liditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizi nisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwie gender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen). 1. 3

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) - Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4).

E. 1.4

Es ist in allen Fällen durch die Verwaltung beziehungsweise das Gericht zu prüfen, ob und inwieweit die ärztlichen Experten ihre Arbeitsunfähigkeitsschätzung unter Beachtung der massgebenden Indikatoren (Beweisthemen) hinreichend und nachvollziehbar begründet haben. Dazu ist erforderlich, dass die Sachverständigen den Bogen schlagen zum vorausgehenden medizinisch-psychiatrischen Gutachten (mit Aktenauszug, Anamnese, Befunden, Diagnosen usw.), das heisst sie haben im Einzelnen Bezug zu nehmen auf die in ihre Kompetenz fallenden erhobenen medizinisch-psychiatrischen Ergebnisse fachgerechter klinischer Prüfung und Exploration. Ärztlicherseits ist also substantiiert darzulegen, aus welchen medizinisch-psychiatrischen Gründen die erhobenen Befunde das funktionelle Leistungsvermögen und die psychischen Ressourcen in qualitativer, quantitativer und zeitlicher Hinsicht zu schmälern vermögen. Der psychiatrische Sachverständige hat darzutun, dass, inwiefern und inwieweit wegen der von ihm erhobenen Befunde die beruflich-erwerbliche Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist, und zwar - zu Vergleichs-, Plausibilisierungs- und Kontrollzwecken - unter Mit einbezug der sonstigen persönlichen, familiären und sozialen Aktivitäten der betroffenen Person (BGE 145 V 361 E. 4.3).

E. 1.5

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprennung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen).

Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

E. 1.6

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). 2. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, im Y.____-Gutachten werde ausgeführt, in der geänderten Lebensführung der Beschwerdeführerin spiegle sich klar eine Verbesserung des Gesundheitszustandes. Sowohl neurologisch als auch neuropsychologisch hätten insgesamt keine relevanten Gesundheitsstörungen objektiviert werden können (S. 2 Mitte). Die Gutachter hätten die Verbesserung des Gesundheitszustands bereits kurze Zeit nach dem Unfall angenommen, jedoch sei sicher ab der Observation vom Juni 2009 von einer entscheidenden Verbesserung auszugehen. Es sei der Beschwerdeführerin möglich gewesen, ihre Dissertation fertigzustellen, ein Medizinstudium zu absolvieren sowie zwei Kinder zur Welt zu bringen und für diese die Verantwortung zu übernehmen (S. 3 Mitte).

Das vom Gericht eingeholte Medas-Gutachten stelle ein unzulässige second opinion dar (Urk. 35). 2.2

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), auf die Ergebnisse der vom Haftpflichtversicherer veranlassten Observation dürfe aus näher dargelegten Gründen nicht abgestellt werden (S. 4 ff. Ziff. 4 f.). Auf das Y.____-Gutachten könne nicht abgestellt werden, unter anderem weil es ihr kurzerhand eine seit Beginn bestehende volle Arbeitsfähigkeit unterstelle (S. 7 Ziff. 6). Sie habe erfolglos näher benannte Arbeitsversuche unternommen und sich in der Folge sinnvollerweise in die Welt des Studiums zurückgezogen (S. 9 Ziff. 8).

Dem vom Gericht eingeholten Medas-Gutachten sei, trotz bestimmten näher genannten Einwänden, zu folgen (Urk. 32 S. 1 Ziff. 1). 2.3

Strittig und zu prüfen ist die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin im Zeitverlauf, und insbesondere, ob und allenfalls ab wann von einer revisionsrelevanten Veränderung (vorstehend E. 1.5) auszugehen ist. 3. 3.1

Am 11. Februar 2004 erstattete Dr. med.

A.____, Facharzt für Neurologie, eine Beurteilung zuhanden des Unfallversicherers (Urk. 5/29 = Urk. 5/33/1-14).

Dr. A.____ führte unter anderem aus, die Beschwerdeführerin habe vor mehr als 3 ½ Jahren einen schweren Verkehrsunfall erlitten, der aus ihrer Sicht eine Fron talkollision dargestellt habe, dies anscheinend mit recht hoher Geschwindigkeit, wobei genaue unfalltechnische Untersuchungen nicht vorlägen (S. 10 lit. C). Mit der Annahme einer Verletzung der tiefen Hirnstrukturen stufe er die Verletzungen als wesentlich schwerwiegender ein als ursprünglich angenommen (S. 11 Mitte). Die Beschwerdeführerin sollte sich auf eine maximal 50%ige Tätigkeit beschränken und sich eine Stelle suchen, wo sie, mit den erforderlichen Pausen und ihrer jetzigen Fähigkeit entsprechend, etwas arbeiten könne (S. 12 Mitte). Seines Erachtens stehe die berufliche Wiedereingliederung in einem verträglichen quantitativen Ausmass im Vordergrund (S. 13 lit. D1). Aus näher dargelegten Gründen gebe er einer Arbeitstherapie den Vorrang vor medizinischen Bemühungen und insbesondere abschliessenden Versicherungsleistungen (S. 13 lit. D3).

Der Berufsberater der Beschwerdegegnerin führte in seinem Bericht vom 5. April 2004 (Urk. 5/37) aus, aufgrund der Gesamtsituation und der Tatsache, dass sich die Versicherte zum jetzigen Zeitpunkt nicht in der Lage fühle, sich an mindestens 4 Stunden pro Tag einem Programm zu unterziehen, halte er sie zum jetzigen Zeitpunkt aus berufsberaterischer Sicht nicht eingliederungsfähig (S. 1 unten). Aus berufsberaterischer Sicht sei aktuell weder eine Abklärung noch eine berufliche Wiedereingliederung möglich. Deshalb schlage er vor, die Rente zu prüfen und eine kurzfristige Rentenrevision anzusetzen (S. 2 oben).

3.2

Dr. med. B.____, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), führte in seiner Beurteilung vom 20. April 2004 (Urk. 5/38 S. 4) aus, es könne von einer Restarbeitsfähigkeit von 40-50 % ausgegangen werden. Er empfehle eine relativ kurzfristige Revision in 1 ½ Jahren.

Mit Verfügung vom 11. Juni 2004 sprach die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin eine ganze Rente ab Mai 2001 zu (Urk. 5/43). 3. 3

Am 3. August 2007 erstatteten die Ärzte des C.____ ein Gutachten im Auftrag des Unfallversicherers (Urk. 5/65/2-37). Sie nannten als unfallassoziierte Diagnose einen Status nach Autounfall (Frontalzusammenstoss) am 4. Mai 2000 mit HWS-Beschleunigungstrauma (S. 21 Ziff. 4). Die Arbeitsunfähigkeit betrage aus psychiatrischer und neuropsychologischer und damit auch aus interdisziplinärer Sicht 100 % (S. 24 f. Ziff. 6.1). In angepasster Tätigkeit betrage sie aus interdisziplinärer Sicht 80-90 % (S. 26 Ziff. 6.2). 3. 4

Nach Rückfragen bei den Gutachtern führte med. pract. D.____, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), am 12. Februar 2008 aus, es könne auf das Gutachten abgestellt werden (Urk. 5/75 S. 4).

Am 29. Februar 2008 teilte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin mit, ihr Rentenanspruch sei unverändert (Urk. 5/76). 4.

4.1

Am 24. Oktober 2016 erstatteten die Ärzte des Y.____ ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 5/205/1-29). Sie stützten sich auf die ihnen überlassenen Akten (S. 3 ff.) und die im Juli und September 2016 erfolgten Untersuchungen in den Fachgebieten Orthopädie / Traumatologie, Neuropsychologie, Psychiatrie, Innere Medizin und Neurologie (S. 1). 4.2

Sie stellten keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in der letzten Tätigkeit (S. 16 lit. D1).

Sie nannten folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 16 lit. D2): - cervicovertebrales Schmerzsyndrom mit/bei - im MRI nachgewiesener kleiner Herniation mit Luxation nach kaudal im Segment C6/7 parazentral ohne Kompression neuraler Strukturen - lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit/bei - im MRI beschriebenen kaudal betonten leichtgradigen degenerativen Veränderungen der LWS, leichtgradige r foraminale r Stenose L5/S1 mit fraglicher Reizung der austretenden L5-Nervenwurzel, abgrenzbare r

Protrusion

foraminal bis lateral links L5/S1 - rumpfmuskuläre r

Dysbalance bei defizitärer Bauchmuskulatur - anamnestisch Status nach Varizen-Operation rechtes Bein, beidseits mit Oberschenkelkompressionsstrümpfen versorgt, kein Rezidiv - Status nach Verkehrsunfall Mai 2000 mit Commotio cerebri und HWS-Distorsion QTF I, keine relevanten Folgen - residuelles sensibles Syndrom entsprechend dem distalen Segment L5 rechts - Migräne ohne Aura - anamnestisch Schmerzmittelabhängigkeit (ICD-10 F15.1) - Morbus Meulengracht - Status nach Umbilikalhernien -Operation 4.3

Sie führten aus, die im Rahmen der polydisziplinären Abklärung beteiligten Fachgebiete der Psychiatrie, Neuropsychologie, Innere Medizin und Neurologie hätten keine relevanten, über die orthopädisch-traumatologischen Schlussfolgerungen hinausgehenden Beeinträchtigungen der Arbeitsfähigkeit feststellen können, weder retrospektiv noch aktuell (S. 17 oben). Aus orthopädisch-traumatologischer Sicht habe eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit von 100 % spätestens nach einem Zeitrahmen von drei Monaten nach dem Ereignis vom Mai 2000 bestanden, und die neurologische Fachgutachterin sei - unter der Annahme einer bei dem Ereignis 2000 stattgehabten Commotio cerebri - von einer möglichen dreimonatigen Arbeitsunfähigkeit nach dem Unfall 2000 ausgegangen. Darüber hinaus seien retrospektiv neurologisch begründete Arbeitsunfähigkeitszeiten nicht nachvollziehbar, auch aktuell gelte die Versicherte neurologisch als uneingeschränkt arbeitsfähig (S. 17).

Von Seiten des internistischen Fachgebietes ergäben sich keine Hinweise, dass die Arbeitsfähigkeit retrospektiv oder aktuell eingeschränkt wäre (S. 17 Mitte).

Sowohl neuropsychologisch als auch psychiatrisch hätten in der Gesamtschau keine relevanten Gesundheitsstörungen eruiert werden können. Für eine psychisch ausreichende Belastbarkeit sprächen auch die Versorgung von zwei kleineren Kindern und die freiwillige Entscheidung zu einer in-Vitro-Fertilisation zuletzt im Alter von 48 Jahren. In der Erziehung der Kinder habe die Versicherte keine Defizite an gegeben, auch wenn sie über den Tag verteilte ausserhäusliche Betreuungssituationen berichtet habe. In dieser Zeit der ausserhäuslichen Betreuung der Kinder widme sich die Versicherte ihrem laufenden Medizinstudium. Zusammenfassend hätten keine psychopathologischen Beeinträchtigungen verifiziert und objektiviert werden können. An der vorgängigen Arbeitsunfähigkeit mit Rentenbezug seit 2000 hätten aus fachärztlicher psychiatrischer Sicht erhebliche Zweifel bestanden. Eine Aggravation der Beschwerden sei wahrscheinlich, da erhebliche Inkonsistenzen zwischen der geltend gemachten invalidisierenden Symptomatik und dem Alltags- und beruflichen Leistungsvermögen bestünden (S. 17 unten).

Aus neuropsychologischer Sicht hätten sich keine Einschränkungen der kognitiven Leistungsfähigkeit gezeigt. Leichte Auffälligkeiten im Verhalten (erhöhte Irritierbarkeit und verringerte Stressresistenz) beeinträchtigen die Arbeitsfähigkeit nicht.

Übereinstimmend hätten in der polydisziplinären Abklärung Folgen des Ereignisses vom Mai 2000 nicht mehr ausgemacht werden können. Orthopädisch-traumatologisch resultiert eine gewisse körperliche Minderbelastbarkeit ausschliesslich aufgrund der im MRI beschriebenen degenerativen Befunde der Halswirbelsäule (HWS) und der Lendenwirbelsäule (LWS). Diese korrelieren mit den subjektiv geklagten Beschwerden von Nacken- und Kopfschmerzen sowie von lumbalen Rückenbeschwerden. Auf der anderen Seite seien diese Beschwerden aus somatischer orthopädischer und auch aus neurologischer Sicht bland und einer adäquaten konservativen Behandlung günstig zugänglich. Warum die bis herige über viele Jahre durchgeführte ambulante und teils stationäre Therapie kein befriedigendes Ergebnis gebracht habe, bleibe aus gutachterlicher polydisziplinärer Sicht unklar. Möglicherweise seien nicht wenige Fehlinterpretationen mitausschlaggebend und hätten der Versicherten selbst bei einer realistischen Einschätzung ihrer Leiden und deren Ursachen und deren Schweregrad im Wege gestanden (S. 18 oben).

Zum zusammenfassenden Belastungs-/Ressourcenprofil im polydisziplinären Konsens führten die Gutachter aus, die aktuell im MRI beschriebenen degenerativen Veränderungen der HWS und LWS beeinträchtigen die Versicherte für statisch belastende schwere körperliche Tätigkeiten. Leichte bis mittelschwere Tätigkeiten seien aus orthopädischer Optik jedoch zumutbar, somit keine Tätigkeiten in beispielsweise HWS- und LWS-belastenden Zwangshaltungen. Das Heben, Tragen und Bewegen von Lasten sei mit 10-15 kg limitiert. Die weiteren im Rahmen dieser polydisziplinären Abklärung beteiligten Fachgebiete hätten keine weitergehenden Beeinträchtigungen des Belastungs-/Ressourcenprofils beschrieben (S. 18 Mitte). 4.4

Die privaten und wirtschaftlichen Verhältnisse der Versicherten seien schwierig. Sie bewohne mit ihren beiden Kindern zwei Zimmer in einer WG von drei Frauen und verfüge nicht über eigene sanitäre Einrichtungen oder eine eigene Küche. Dies alles werde sich - davon sei auszugehen - bei der erfolgreichen Fortsetzung ihres strukturiert durchgeführten Studiums und den bereits in Aussicht gestellten beruflichen Perspektiven alsbald bessern (S. 20 Ziff. 3). Mit Hinweis auf die insofern führenden Feststellungen und Ausführungen des psychiatrischen Fachgutachtens sei eine Aggravation der Beschwerden wahrscheinlich, da erhebliche Inkonsistenzen zwischen der geltend gemachten invalidisierenden Symptomatik und dem Alltags- und beruflichen Leistungsvermögen bestünden (S. 20 Ziff. 4, S. 24 Ziff. 1, S. 27 Ziff.

E. 6

).

Die bisherigen sehr umfangreichen ambulanten und stationären Therapien seien zum Teil nachvollziehbar. Die im Dossier dokumentierten medizinischen Diagnosen seien nur zum Teil nachvollziehbar (S. 23 Ziff. 1).

Die Versicherte sei motiviert, alsbald ihr Studium und ihre beruflichen Ziele umzusetzen und beruflich eingegliedert zu werden (Urk. S. 23 Ziff. 4). Sie sei erfolgreich beruflich mit dem Abschluss ihrer Dissertation und ihres Bachelor Medizinstudiums befasst. Auch weite Teile des Masterstudiums Medizin seien erfolgreich absolviert (S. 24 Ziff. 2). 4.5

Der Grad der Arbeitsunfähigkeit habe sich seit der letzten Revision nicht verändert. Hinzuweisen sei auf eine aktuell deutlich abweichende polydisziplinäre Beurteilung des gleichen Sachverhalts (S. 25 Ziff. 3 und VII). 5. 5.1

Die Ärzte der Medas

Z. ___ erstatteten am 23. Dezember 2019 ein Gutachten im Auftrag des Gerichts (Urk. 26/1). Sie stützten sich auf die ihnen überlassenen Akten (S. 3 ff.), die Angaben der Versicherten (S. 42 ff.) und ihre im August 2019 erfolgten Untersuchungen in den Fachgebieten Allgemeine Innere Medizin, Orthopädie, Neuropsychologie, Neurologie und Psychiatrie (S. 1). 5.2

Sie nannten folgende Diagnosen (S. 49 f. Ziff. 6): - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) - Neurasthenie (ICD-10 F48.0) - Hochbegabung (ICD-10 F81.8) - inkonstante und unplausible Symptomproduktion im Bereich der attentionalen Funktionen (neuropsychologische Beurteilung) - zervikozephalales Schmerzsyndrom mit/bei - Status nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma am 4. Mai 2000 - kernspintomographisch degenerative Veränderungen der unteren HWS mit kleiner Herniation mit Luxation nach kaudal parazentral rechts C6/7 ohne Kompression neuraler Strukturen - intermittierende migräniforme Kopfschmerzen - chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit/bei - Status nach LWS Traumatisierung am 4. Mai 2000 - kernspintomographisch leichtgradige n kaudal betonte n degenerative n Veränderungen der LWS mit leichtgradiger foraminaler Stenose L5/S1 und foraminaler bis linkslateraler Diskusprotrusion L5/S1 - Status nach wiederholtem lumboradikulärem Reizsyndrom, aktuell residuelles sensibles Ausfallsyndrom S1 rechts - anamnestisch verminderte mentale Belastbarkeit bei schwankender Konzentrationsleistung und schneller Ermüdbarkeit seit dem Verkehrsunfall am 4. Mai 2000 - geringgradiges retropatelläres Schmerzsyndrom bei Status nach Kniekontusion am 4. Mai 2000 - Status nach Varizenoperation rechts - Morbus Meulengracht - Status nach Umbilikalhernienoperation - Status nach Myomoperation 2007 - Status nach Thyreoiditis 2016 aktuell euthyreot - Hyperlipidämie, kontrollbedürftig - Lymphozytopenie, kontrollbedürftig 5.3

Als spontane Angaben der Versicherten (S. 42 ff. Ziff. 3.1) erwähnten die Gutachter, dass sie den Verkehrsunfall vom Mai 2000 als ursächlich für ihr Leiden erachte. Vor dem Unfall sei sie in näher genannter Weise ausserordentlich leistungsfähig gewesen (S. 42). Nach dem Unfall habe sie maximal 30-40 % arbeiten können und per Oktober 2002 sei ihr gekündigt worden. Nach zwei gescheiterten Arbeitsversuchen (2002 / 2003) habe sie ihre 1998 begonnene Dissertation fertiggestellt. Sodann habe sie Vorlesungen in Psychologie besucht. 2007 habe sie den Eignungstest in Medizin bestanden und zirka 2014/2015 habe sie den Bachelor in Medizin abgeschlossen (S.

43). Aktuell sei sie im sechsten Studienjahr, ein Master-Abschluss sei frühestens ab 2021 möglich (S. 43 unten).

Sie habe einen Partner, mit dem sie jedoch nicht zusammenlebe. Er sei auch der Vater der beiden 2009 und 2015 geborenen Söhne. Die Kinderbetreuung werde durch Krippen-, Kinderhort- und Grossmutter-Betreuung

sichergestellt. Daneben habe sie zwei Nannys und auch der Vater sei sehr engagiert (S. 44 Ziff. 3.2.1).

Zum Tagesablauf wurde ausgeführt, meistens stehe sie um 06.30 Uhr auf, die Morgentoilette gelinge problemlos. Dann würden auch die Kinder aufstehen, vor allem der Ältere, ihm bereite sie ein kleines Frühstück vor. Der ältere Sohn gehe dann zur Schule. Dann bereite sie das Frühstück für das kleinere Kind vor, dieses gehe dann in die Krippe. Bis 09.00 Uhr müsse es in der Krippe sein. Um 09.30 Uhr sei sie dann wieder zuhause, die Kinder würden auswärts essen. Sie bereite sich nur ein einfaches Mittagessen für sich alleine zu, beispielsweise ein Bircher muesli, gelegentlich hole sie auch etwas in der nahen E.____. Die Nanny hole dann das Kleinkind am Nachmittag in der Krippe ab, um 18.00 Uhr seien beide Kinder wieder zuhause. Sie bereite dann das Abendessen vor. Tags über wenn sie alleine sei, bl ie ben ihr etwa sechs bis sieben Stunden Zeit für Studium, Haushalt und etwas Hobby betreiben, gelegentlich gehe sie auch ins F.____. Am Dienstagvormittag gehe sie ins Yoga. Abends spiele sie mit den Kindern, lese Bücher oder man erzähle sich vom Tag. Meistens gehe sie um 22.00 Uhr zu Bett, der Schlaf sei durchzogen (S. 46 Ziff. 3.2.5).

Betreffend jetziges Leiden wurde ausgeführt, einerseits leide sie an ihren neuropsychologischen Defiziten mit Konzentrationsstörung, rascher Ermüdbarkeit, verminderter Stressresistenz, Unstrukturiertheit, Problemen bei komplexen Aufgaben. Daneben leide sie an Nacken-, Kopf- und Lumbalschmerzen, gelegentlich Knieschmerzen rechts (S. 46 Ziff. 3.2.7). 5.4

In ihrer Zusammenfassung unter anderem der gesundheitlichen Entwicklung und aktuellen Situation (S. 58 ff. Ziff. 7.2) führten die Gutachter aus, der Psychiater diagnostiziere eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, eine posttraumatische Belastungsstörung, eine Neurasthenie sowie eine Hochbegabung. In der bisherigen Tätigkeit als International Management

Consultant sei die Versicherte aus psychiatrischer Sicht 100 % arbeitsunfähig. In einer leidensadaptierten Tätigkeit wie in der jetzigen als Medizinstudentin sei von einer Arbeitsunfähigkeit von etwa 35 % auszugehen (S. 59).

Die Neurologin diagnostiziere ein chronisches zervikovertebrales Syndrom mit zervikozephaler Ausstrahlung sowie intermittierend migräniformen Kopfschmerzen, ein chronisches lumbovertebrales Syndrom mit sensiblem Ausfallsyndrom S1 rechts sowie anamnestisch eine verminderte mentale Belastbarkeit bei schwankender Konzentrationsleistung und schneller Ermüdbarkeit. Aus rein neurologischer Sicht fänden sich keine Einschränkungen, die eine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergäben (S. 59 unten).

Die Neuropsychologin diagnostiziere eine inkonstante und unplausible Symptom-Produktion im Bereich der attentionalen Funktion. In Anbetracht der Inkonsistenzen werde aus neuropsychologischer Sicht auf eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit verzichtet (S. 59 f.).

Der Orthopäde diagnostiziere ein zervikozephaleres Schmerzsyndrom bei Status nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma, ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom bei Status nach LWS-Traumatisierung und ein geringgradiges retropatelläres Schmerzsyndrom bei Status nach Kniekontusion. Zusammen gefasst ergebe sich aus orthopädischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 85 % in der bisherigen wie auch in einer leidensangepassten Tätigkeit (S. 60 oben).

Aus rein allgemeininternistischer Sicht besteht eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (S.

60). 5.5

Zum Behandlungsverlauf (S. 60 f. Ziff. 7.3) wurde unter anderem ausgeführt, die hohe Leistungsbereitschaft und Leistungsorientierung habe wahrscheinlich dazu beigetragen, dass sie sich nach dem Unfall die notwendige Schonung und Analgesie nicht gegönnt habe. Aus dieser Optik seien auch die beiden stationären Rehabilitationen nicht optimal gewesen (S. 60 Mitte). Sobald die äussere Situation stabil genug sei, sollte eine früher begonnene ergänzende spezifische Trauma therapie wieder aufgenommen werden, da sie möglicherweise indirekt die chronischen Schmerzen beeinflussen könne, auch wenn diese nicht vorwiegend psychisch bedingt seien (S. 60 unten). Nach dem Stellenverlust habe sie ihre Dissertation abgeschlossen, wissenschaftliche Arbeiten in guten Journals veröffentlicht, ein Psychologie-Studium begonnen, Zwischenprüfungen abgeschlossen und sich dann für Medizin entschieden. Das zeige, dass sich ihr Gesundheitszustand und ihre Arbeitsfähigkeit durch die Behandlung verbessert hätten (S. 61 oben). 5.6

Zu Konsistenz und Plausibilität wurde ausgeführt, im Rahmen der orthopädischen und der neurologischen Anamnese und Befunderhebungen seien keine Inkonsistenzen festgestellt worden. Aus neuropsychologischer Sicht seien die Befunde im attentionalen Bereich unplausibel und inkonsistent (S. 61 Ziff. 7.4).

In der psychiatrischen Begutachtung gebe es weder in der Beschwerdeschilderung noch in der Verhaltensbeobachtung Hinweise für relevante Verdeutlichung, Aggravation oder Dissimulation. Eine Simulation lasse sich nicht ganz sicher ausschliessen (S. 61 unten). Der Verdacht auf eine Symptomverdeutlichung lasse sich nicht ganz ausschliessen, aber er sei nur möglich, nicht überwiegend wahrscheinlich (S. 62 oben). 5.7

Betreffend Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen (S. 62 f. Ziff. 7.5) wurde ausgeführt, es seien keine psychischen Erkrankungen in der Familie der Versicherten bekannt. Sie sei in geordneten, liebevollen Familienverhältnissen aufgewachsen und habe heute noch ein sehr gutes Verhältnis zu ihrer Herkunftsfamilie, was ihre Resilienz, mit Schicksalsschlägen fertig zu werden, erhöhen dürfe. Ihr Partner lebe getrennt, aber die Beziehung sei relativ entspannt. Trotzdem sei die Trennung eine Belastung für sie, insbesondere auch da sie jetzt mehr oder weniger alleinerziehend sei. Dazu komme eine Mehrfachbelastung als Hausfrau und Mutter bei gleichzeitigem Studium. Das schränke die Erholungszeit und den notwendigen Ausgleich ein, auch wenn sie sich relativ gut organisiert habe, und erhöhe das Risiko, insbesondere für Schmerzstörungen, Abhängigkeitserkrankungen und Depressionen.

Ihre sehr lange Abwesenheit vom Arbeitsmarkt komme als Risikofaktor hinzu. Dies führe dazu, dass sie soziale Kontakte verliere, keine Rückmeldung und Anerkennung mehr bekomme. Aber sie habe unterstützt von ihrem Coach begonnen, wieder zu studieren, was den Einfluss dieses Risikofaktors abschwäche. Beruflich und schulisch sei sie gefördert worden und habe eine Berufsausbildung in ihrem Wunschberuf und ein Studium mit einer Dissertation absolvieren können. Das sei eine wertvolle Ressource. Intelligenz sei eine Ressource, aber wenn sie nicht gefördert worden sei, könne sie auch ein Risikofaktor sein (S. 62 Mitte).

Der Unfallverursacher habe sich nie nach ihrem Befinden

erkundigt, habe sich nie bei ihr

gemeldet, sich nie entschuldigt und seine Verpflichtungen zu einem psychischen Ausgleich

nicht wahr genommen. Das sei ein gewichtiger Risikofaktor für eine Chronifizierung der Beschwerden (S. 62 unten).

Sie habe es geschafft, eine sehr anspruchsvolle Ausbildung zu machen und sich eine gesicherte Existenz aufzubauen. Sie sei sportlich gewesen und ihre körperliche Leistungsfähigkeit sei ihr auch von daher wichtig gewesen. Durch grosse Leistungen und harte Arbeit habe sie sich die Anerkennung holen können. Diese Persönlichkeitszüge seien per se nicht pathologisch und sozial sehr erwünscht, da sie zu einer hohen Leistungsfähigkeit und Leistungsbereitschaft beitragen, aber sie hätten es ihr möglicherweise schwermacht, sich mit einer Restsymptomatik respektive mit Einschränkungen zu arrangieren (S. 62 f.). 5.8

Zur Arbeitsfähigkeit in bisheriger Tätigkeit (S. 63 f. Ziff. 8.1) wurde ausgeführt, subjektiv könne sich die Versicherte nicht vorstellen, mit ihren Schmerzen und der fehlenden Kraft wieder ihrer bisherigen oder 100 % einer Arbeit im freien Arbeitsmarkt nachzugehen. Aus medizinischer Sicht sei eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in diesem Falle aufgrund der Neurasthenie nachvollziehbar (S. 63 Mitte).

Aufgrund der posttraumatischen Belastungsstörung sei ein Einsatz in vielen Bereichen nicht mehr möglich (S. 63 unten).

Die frühere Tätigkeit als International Management

Consultant und die damals in Aussicht genommene als Senior

Consultant strategische Planung bedingt eine hohe zeitliche Flexibilität mit Nacht- und Wochenendarbeit,

Reisen, Entscheidungskapazität und weiteren Anforderungen, die sie mit ihren Einschränkungen

durch die psychischen Störungen, wie fluktuierende Aufmerksamkeit

und Konzentration, erhöhte Erschöpfbarkeit, Schlafstörungen, nicht mehr ausüben könne. Somit sei sie in der bisherigen

Tätigkeit als International

Management

Consultant zu 100 % arbeitsunfähig (S. 64 oben) .

Aus rein neurologischer Sicht finde sich keine Einschränkung, die eine anhaltende Einschränkung

der Arbeitsfähigkeit ergäbe. Episodische Kopfschmerzen auch von migräniformer Ausprägung führten nicht zu einer anhaltenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit.

In Anbetracht der Inkonsistenzen im Bereich der attentionalen Funktion respektive

der unplausiblen Symptomproduktion werde aus neuropsychologischer

Sicht auf eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit verzichtet (S. 64) .

Unter Berücksichtigung der Aktenlage

sowie der erhobenen Angaben und Untersuchungsbefunde sei die Explorandin aus rein orthopädischer Sicht für die Arbeit als Unternehmensberaterin

zu 85 % arbeitsfähig. Dabei sei der Explorandin eine vollschichtige

Anwesenheit zuzumuten. Wegen den erwähnten Beschwerden mit der Notwendigkeit bei sitzender Tätigkeit regelmässig alle $\frac{1}{4}$ bis $\frac{1}{2}$ Stunden aufzustehen und

herumzugehen, ergäbe sich eine Einschränkung des Rendements, welche mit 15 %

geschätzt werde. Zusammenfassend ergäbe dies eine Arbeitsfähigkeit von 85 % in der

bisherigen Tätigkeit aus rein orthopädischer Sicht. Aus allgemeininternistischer Sicht sei die Versicherte in angestammter wie auch in jeder bildungsentsprechenden Verweistätigkeit vollschichtig zu 100 % arbeitsfähig (S. 64 Mitte).

Zur Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit (S. 64 f. Ziff. 8.2) wurde ausgeführt, aus psychiatrischer Sicht sollten folgende Einschränkungen in Bezug auf den Arbeitsplatz beachtet werden: Alles, was die Schmerzen verstärke, sei ungünstig, da dies wiederum die depressive Symptomatik verstärken könnte. Sie sollte Kontakt haben, mit gesunden oder mit kranken Menschen. Sie sollte möglichst wenig äusseren Termindruck

haben. Sie sollte an einem Ort eingesetzt werden, wo sie Rückmeldungen erhalten und ihre Arbeit überprüft werde, bevor sie nach aussen gehe. Eine Stelle mit einem ungünstigen

Arbeitsklima oder einer konfliktträchtigen Struktur sei ungünstig. Sie sollte möglichst eine Arbeit finden, die sie herausfordere, die anspruchsvoll sei und wo sie etwas gestalten und ihre Talente nutzen könne. Von daher sei ihr Studium bisher eine fast optimale

Verweistätigkeit gewesen. Allerdings stelle sich die Frage, ob es Sinn mache, dass sie auch noch den Master mache, da sie ihre Zukunft nicht in einer klinischen ärztlichen Tätigkeit sehe. Vorstellbar wäre, dass sie als Stabsmitarbeiterin in der Unternehmensberatung

Daten für eine Beratung aufarbeiten könnte, ohne Zeitdruck, aber sehr strukturiert (S. 64).

Aufgrund ihrer posttraumatischen Belastungsstörung sei sie aktuell für Verweistätigkeiten, die mit dem Führen eines Motorfahrzeuges verbunden seien, zu 100 % arbeitsunfähig, da sie für einen professionellen Einsatz eines Motorfahrzeuges nicht fahrtauglich sei. Ob sie für private Fahrten noch fahrtauglich sei, müsse von den behandelnden Ärzten entschieden werden (S. 65 oben).

Aufgrund der psychischen Störung seien ihre Ausdauer, ihr Selbstvertrauen, ihre kognitiven Fähigkeiten, vor allem Aufmerksamkeit- und Konzentrationsfähigkeit, ihr Arbeitstempo und ihr Antrieb beeinträchtigt. Sie habe Schlafstörungen und sei vermehrt müde und kraftlos, was auch ihre Regenerationsfähigkeit einschränke. Sie könne im Moment aufgrund ihrer psychischen Störung zeitlich nur eingeschränkt arbeiten, das heisse, eine Präsenzzeit von 80 % sei möglich. Ihre Leistungsfähigkeit sei aus psychiatrischer Sicht, sofern die zeitlichen Grenzen nicht überschritten würden und sie die notwendige

Erholungszeit bekomme, um etwa 20 % eingeschränkt. Zusammengefasst könne aus psychiatrischer Sicht von einer Arbeitsunfähigkeit von etwa 35 % ausgegangen werden als Medizin-Studentin mit angepassten Anforderungen. Als Ärztin dürfte sie nur in einem No-Patient-Care-Fach oder in einer Tätigkeit ohne Notfall und Nachtdienst, wenn überhaupt, arbeitsfähig sein (S. 65).

Aus rein orthopädischer Sicht sei die Explorandin auch in einer angepassten Tätigkeit 85 % arbeitsfähig für ein vollschichtiges Pensum mit Einschränkung des Rendements von 15 % bei folgendem Anforderungsprofil: Vorwiegend sitzende, körperlich nicht belastende Tätigkeit ohne Heben von Lasten, keine Arbeiten mit Zwangshaltung der Hals- und Lendenwirbelsäule sowie der Möglichkeit alle ¼ bis ½ Stunde kurz herumzugehen (S. 65 Mitte).

Im polydisziplinären Konsens bestehe somit in angestammter, respektive zuletzt ausgeübter Tätigkeit als International Management Consultant keine verwertbare und zumutbare Arbeitsfähigkeit mehr. In leidensangepasster Tätigkeit, aktuell als Medizinstudentin mit angepassten Anforderungen, bestehe eine Restarbeitsfähigkeit von 65 % . Die Einschränkungen ergäben sich vor allem aus psychiatrischer und orthopädischer Sicht (S. 65 unten). 5.9

Zu zeitliche m Verlauf und Entwicklung der Arbeitsfähigkeit (S. 65 f. Ziff. 8.4) wurde ausgeführt, a aufgrund der Akten und der Anamnese könne retrospektiv keine genaue Aussage gemacht

werden, ob und wann sich der Gesundheitszu stand und damit die Arbeitsfähig keit verändert hätten, so dass die aktuelle Ein schätzung ab Untersuchungszeitpunkt gelte (S. 65 f.). Allerdings sei die Annahme überwiegend wahrscheinlich zulässig, dass der Gesundheitszustand und damit die Arbeitsunfähigkeit (richtig wohl: Arbeitsfähigkeit) seit (richtig wohl: bis) Wieder aufnahme der Dissertation und Beginn des Psychologiestudiums, also bis etwa 2005, deutlich eingeschränkt gewesen seien. Ihre Gesundheit habe sich in der Folge allmählich verbessert und durch die Auseinandersetzungen mit den Versicherungen wieder verschlechtert. Seit Aufnahme des Medizinstudiums 2014 dürfte die Arbeitsunfähigkeit als Medizin-Studentin zwar etwas geschwankt haben, aber immer in einem Bereich zwischen 30 und 60 % gelegen sein. Mithin habe sich verglichen mit Juni 2004 bis zum Verfügungserlass (Mai 2018) eine Verbesserung, insbesondere mit Bezug auf die Arbeitsfähigkeit, ergeben (S. 66 oben). 5.10

Die Gutachter waren gebeten worden, falls ein psychisches Leiden diagnostiziert werde, sich zu den gemäss BGE 141 V 281 für die Anspruchsprüfung massgebenden den Aspekten (vorstehend E. 1.4) zu äussern. Als Antwort wurden die Standard indikatoren - Gesundheitsschädigung (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde

/

Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder resistenz

/

Komorbiditä ten), Persönlichkeit (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen), s ozialer Kontext

- ohne weitere inhaltliche Angaben aufgeführt (S. 68 Ziff. 3 lit. a bis c). Betreffend Konsistenz / Gesichtspunkte des Verhaltens (gleichmässige Einschrän kung

des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen

/

behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener
Leidensdruck)

wurde auf das psychiatrische Teilgutachten (nachstehend E. 5.11) verwiesen (S. 68 Ziff. 3 lit. d).

Zur Frage, ob es Hinweise auf Aggravation oder ähnliche Erscheinungen gebe, wurde ausgeführt, es gebe weder in der Schilderung der Beschwerden noch in der Verhaltensbeobachtung

Hinweise für eine relevante Verdeutlichung, Aggravation und Dissimulation. Eine Simulation lasse sich nicht ganz sicher ausschliessen.

Aber das bewusste und vor allem das ausschliessliche

Vortäuschen einer krankhaften Störung dürften

die kognitiven

Fähigkeiten der Beschwerdeführerin übersteigen. Im neuropsychologischen Teilgutachten werde von

einer inkonstanten Leistungs- und Anstrengungsbereitschaft sowie einer

Symptomverdeutlichung ausgegangen. Hier ergäbe sich eine Diskrepanz zu

den psychiatrischen Befunden, wo die Beschwerdeführerin wiederholt kurze Aussetzer gezeigt habe, wo sie aber auch Coping-Mechanismen entwickelt habe. Es könne sein, dass

sie das nicht jeden Tag gleich habe. Auch bei einer Neurasthenie träten solchen

Schwankungen auf. Der Verdacht auf eine Symptomverdeutlichung lasse sich nicht völlig ausschliessen, aber er sei nur möglich, nicht überwiegend

wahrscheinlich, (ebenso) wie ein Zusammenhang mit psychopathologischen

Symptomen, die diese Inkonsistenzen erklären könnten. In Bezug auf die

im Vordergrund stehende Symptomatik sei die Schilderung der Beschwerden, des Tagesablaufes, der Aktivitäten und der sozialen Kontakte konsistent mit den Befunden und Akten und kongruent mit den gestellten

Diagnosen. Das spiegele sich auch im Mini-ICF-Rating wider. Es bestehe ein Leidensdruck. Aus orthopädischer, neurologischer und allgemein internistischer

Sicht ergäben sich keine Hinweise für Inkonsistenzen (S. 68 f. Ziff. 4). 5.11

Im Teilgutachten von Dr. med. G. ____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 3. Oktober 2019 (Urk. 26/6), wurden die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit genannt (S. 7 Ziff. 6.1): - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) - Neurasthenie (ICD-10 F48.0)

Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde eine Hochbegabung (ICD-10 F81.8) genannt (S. 7 Ziff. 6.2).

Bei den Zusatzbefunden führte der Gutachter drei Depressionstests an, deren Ergebnis klar im nicht-pathologischen Bereich lägen (S. 5 unten Ziff. 4.4.3).

Im Anhang zum Gutachten findet sich der MINI-ICF-App Ratingbogen. Darin wurde für 6 von 13 Fähigkeiten eine mässig ausgeprägte, für 5 eine leicht ausgeprägte und für 1 Fähigkeit keine Beeinträchtigung festgehalten. Bei einer Fähigkeit (Nr. 8) erfolgte kein Rating. Erheblich oder voll ausgeprägte Beeinträchtigungen wurden keine festgehalten.

An die diagnostizierte Hochbegabung anknüpfend führte der Gutachter aus, dass und warum die Versicherte heute überwiegend wahrscheinlich mehr als Fr. 500'000.-- pro Jahr verdienen würde (S. 7), und äusserte sich näher zu den Vor- und Nachteilen einer Hochbegabung (S. 8). Sodann referierte er die seit Mai 2000 berichteten Befunde und gestellten Diagnosen (S. 8 ff.). Dabei führte er unter anderem aus, aus den Akten ergäben sich Hinweise, dass der allgemeine körperliche und psychische Zustand 2001 und 2002 reduziert gewesen sei. Dagegen sei es der Explorandin gelungen, ab 2005 im Rahmen ihrer Dissertation und des aufgenommenen Psychologiestudiums Seminararbeiten zu schreiben, Seminare und Vorlesungen zu besuchen, die beiden Zwischenprüfungen des Psychologiestudiums zu absolvieren und 2007 die Zulassungsprüfung zum Medizinstudium zu bestehen. Diese Zulassungsprüfung sei eine den neuropsychologischen Untersuchungen vergleichbare Herausforderung. Die Tatsache, dass die Versicherte sämtliche Prüfungen bestanden habe, verweise auf eine hohe Lerndisziplin und eine überdurchschnittliche Organisations- und Strukturierungsfähigkeit. Vor diesem Hintergrund müssten die ausgeprägten Minderleistungen 2006 und 2007 - leider erschliesst sich aus dem Text und auch der Aktenwiedergabe im Hauptgutachten nicht, worauf sich der Gutachter hier bezieht - als mit den Bildungserfolgen unvereinbar und damit als nicht authentische Beschwerdepräsentationen angesehen werden (S. 11 Mitte).

Sodann äusserte er sich zu generellen Aspekten der Neuropsychologie und der Symptomvalidierung, und in diesem Kontext wiederum zur Hochbegabung (S.

12 ff.), dann zur Frage, ob es 2000 zu einem Schädelhirntrauma gekommen sei (S. 14 f.). Zusammenfassend lasse sich 19 Jahre nach dem Unfall ein unfallbedingtes leichtes Schädelhirntrauma weder eindeutig belegen noch völlig ausschliessen. Anhaltende, heute noch feststellbare organische Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen aufgrund einer unfallbedingten Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns liessen sich zwar nicht völlig ausschliessen, aber auch nicht belegen. Von daher könne die Diagnose aktuell nicht mehr gestellt werden (S. 15 Mitte).

Da die Schmerzen neben der Ermüdbarkeit subjektiv im Vordergrund stünden, sei eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung zu diskutieren (S. 15 ff.) und aus näher dargelegten Gründen zu verwerfen (S. 17 oben).

Hingegen sei die als Unterkategorie in der revidierten deutschen Fassung der ICD-10 geschaffene Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.1) hier angemessen (S. 17 Mitte).

Weiter führte der Gutachter aus, es sei anzunehmen, dass der Unfall zu einer akuten Belastungsreaktion (ICD-10 F43.0) geführt habe (S. 17 f.). Es stelle sich die Frage, ob der Unfall über eine solche Belastungsreaktion zu einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) geführt habe (S. 18 oben), was er in der Folge erörterte (S. 18 f.). Es sei namentlich zu diskutieren, ob das Kriterium, dass jemand einem belastenden Ereignis oder

einer Situation kürzerer oder längerer Dauer «mit aussergewöhnlicher Bedrohung oder von katastrophenartigem Ausmass ausgesetzt war, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde», erfüllt sei. Eine Frontalkollision werde fast immer als bedrohlich erlebt, subjektiv sei dieses Kriterium also erfüllt gewesen. Dass sich im Nachhinein herausgestellt habe, dass aus medizinischer Sicht objektiv keine Todesgefahr bestanden habe, spiele für das innerpsychische Geschehen, das zur Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung führen könne, keine Rolle (S. 19 oben). Zwar teile er aus seiner Erfahrung als Gutachter die Einschätzung vieler Experten, dass diese Diagnose wahrscheinlich zu häufig gestellt werde (S. 19 Mitte). Wäre das geschilderte Geschehen ihm selber widerfahren, so hätte er es als aussergewöhnliche Bedrohung oder von katastrophalem Ausmass eingeschätzt. Da er auch die Frage bejaht habe, ob die Symptomatik therapeutisch angegangen werden könnte, sei er zum Schluss gekommen, die Diagnose sei hier zu stellen, wobei man sich selbstverständlich auch mit nachvollziehbaren Gründen dagegen entscheiden könne (S. 19 unten).

Sodann äusserte er sich zur Diagnose einer Neurasthenie (ICD-10 F48.0), dies zuerst in allgemeiner Weise (S. 20), dann auch in diesem Kontext noch einmal zur Hochbegabung (S. 20 f.) und zum Nichtvorliegen einer Persönlichkeitsstörung (S. 21 oben). Daraus, dass die Neurasthenie unter den gestellten Diagnosen (S. 7 Ziff. 6.1) figuriert, ist zu schliessen, dass sie der Gutachter schliesslich bejaht hat.

Sodann äusserte er sich zur Frage einer allfälligen Aggravation oder Simulation, indem er zwei Narrative entwickelte, ein bejahendes (S. 21 f. Ziff. 1) und ein verneinendes (S. 22 f. Ziff. 2), und das verneinende als überwiegend wahrscheinlich plausibel erachtete (S. 23 oben).

E. 6.1

Der Hergang des Unfalls vom 4. Mai 2000 wurde im Polizeirapport (Urk. 5/1) wie folgt geschildert (S. 6, hier leicht redigiert): Der PW-Lenker B. übersah beim Einbiegen in die X-Strasse den in gleicher Richtung fahrenden PW S. und prallte mit der Ecke vorne rechts gegen dessen Kotflügel hinten links. Dieser schleuderte dadurch mit dem Heck nach rechts und überquerte die X-Strasse nach links. Die auf dieser Strasse entgegenkommende PW-Lenkerin A. konnte nicht mehr reagieren und prallte frontal gegen die rechte Seite des quer in ihre Fahrbahn schleudernden PW S. Die hinter dem PW A. in gleicher Richtung fahrende PW-Lenkerin F. konnte nicht mehr rechtzeitig anhalten und fuhr auf den PW A. auf. Dieser wurde dadurch über den rechten Strassenrand hinaus weggeschoben und kam nach rund 27 m quer auf der X-Strasse zum Stillstand.

Das Fahrzeug der Beschwerdeführerin (vorstehend F.) kam gemäss ihren Angaben im Y.____-Gutachten (vorstehend E. 4) weder ins Schleudern noch überschlug es sich. Sie wurde von einer Drittperson zum nächstgelegenen Bahnhof transportiert und fuhr selbständig per SBB in ihre Wohnung in Zürich, wo sie am nächsten Tag ihre Hausärztin konsultierte (S. 15).

Beim fraglichen Unfall handelte es sich, wie sich unzweideutig aus dem Polizei protokoll ergibt, um einen Auffahrunfall, bei welchem die Beschwerdeführerin das hintere der beiden beteiligten Fahrzeuge lenkte. Der Zusammenstoss führte beim vorderen Fahrzeug zu einem Heckaufprall und beim hinteren zu einem Frontaufprall. Nur in diesem präzisierten Sinn ist die gelegentliche Bezeichnung als «Frontalkollision» zutreffend, was deshalb klarzustellen ist, weil im allgemeinen Sprachgebrauch viel eher dann von einer Frontalkollision die Rede

ist, wenn beide Fahrzeuge je frontal aufeinanderprallen.

E. 6.2

). Dies wurde für Verkehrsunfälle grundsätzlich (Urteile U 422/05

vom 12. September 2006, U 213/04

vom 15. März 2006,

U 381/04

vom 9. November 2004) und insbesondere Auffahrunfälle verneint (Urteile 8C_248/2007 vom 4. August 2008 E. 5.6.1, U 422/05 vom 12. September 2006, I 705/06 vom 16.

August 2007). Im Urteil vom 7. März 2011 im Verfahren Nr. UV.2009.381 hat das hiesige Gericht die frontale Auffahrkollision vom 4. Mai 2000 als mittelschweren, nicht im Grenzbereich zu den schweren Ereignissen liegenden Unfall eingestuft (S. 26 E. 6.3 am Ende).

Vor diesem Hintergrund erweist sich die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung als nicht hinreichend begründet, dies umso mehr, als der Gutachter selber freimütig einräumte, man könne sich «selbstverständlich auch mit guten Gründen dagegen entscheiden», sie zu stellen (S. 19 unten).

E. 6.3

Auf das Y.____-Gutachten kann denn auch nicht abgestellt werden. Die Annahme einer vollen Arbeitsfähigkeit ab August 2000 steht im Widerspruch zur neurologischen Beurteilung vom Februar 2004 (vorstehend E. 3.1), der RAD-Beurteilung vom April 2004 (vorstehend E. 3.2.2), dem Gutachten vom August 2007 (vorstehend E. 3.3) und der RAD-Beurteilung vom Februar 2008 (vorstehend E.

3.4), wie ferner auch mit der rechtskräftigen Rentenzusprache 2004 und deren Bestätigung 2008.

Eine Befassung mit diesem Widerspruch ist dem Gutachten nicht zu entnehmen. Für ihre divergierende Einschätzung führen die Gutachter keine, jedenfalls keine nachvollziehbare Begründung an. Damit erfüllt das Gutachten eine der wesentlichen Anforderungen an ärztliche Beurteilungen (vorstehend E. 1.6) nicht, weshalb es sich nicht zur Entscheidungsfindung eignet.

E. 6.4

Zum zeitlichen Verlauf des Gesundheitszustandes sind dem Medas-Gutachten verwertbare weiterführende Angaben zu entnehmen (vorstehend E. 5.9). So wurde zwar - verständlicherweise - ausgeführt, retrospektiv könne keine genaue Aussage gemacht werden, dann aber eine deutliche Einschränkung bis zirka 2005 (Wiederaufnahme und Fertigstellung der Dissertation) als wahrscheinlich erachtet, mit einer anschliessenden allmählichen Verbesserung sowie einer abermaligen Verschlechterung «durch die Auseinandersetzungen mit den Versicherungen». Die aktuell attestierte Arbeitsfähigkeit datierten die Gutachter ab der Aufnahme des Medizinstudiums im Jahr 2014, womit sie die Frage, ob es verglichen mit der Rentenzusprache (2004) bis zum Verfügungserlass (Mai 2018) zu einer Verbesserung, insbesondere bezüglich der Arbeitsfähigkeit, gekommen sei, bejahen.

Damit ist ein Revisionsgrund (vorstehend E. 1.5) ausgewiesen.

E. 6.5

Im Medas -Gutachten wurde aus orthopädischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit unter anderem in der früher ausgeübten Tätigkeit von 85 % attestiert (vorstehend E. 5.4 am Ende). Weitergehende Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit wurden aus psychiatrischer Sicht angeführt (vorstehend E. 5.8 am Ende). Darauf ist näher einzugehen.

E. 6.6

Im psychiatrischen Teilgutachten (vorstehend E. 5.11) wurden als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) und eine Neurasthenie (ICD-10 F48.0) genannt, sowie als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Hochbegabung (ICD-10 F81.8).

Eine invalidisierende posttraumatische Belastungsstörung wird vom Bundesgericht nur anerkannt, wenn sie nach einem traumatisierenden Ereignis von aussergewöhnlicher Schwere auftritt (Urteile I 203/06 vom 28. Dezember 2006, E.

4.4, U 422/05

vom 12. September 2006 E. 4.1, U 213/04

vom 15. März 2006

E.

4.2, U 381/04

vom 2. Februar 2006 E. 3.2,

I 715/05 vom 27. Januar 2006

E.

E. 6.7

Es verbleiben somit als psychiatrische Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine chronische Schmerzstörung und eine Neurasthenie. Es ist nunmehr zu prüfen, ob die ihrerwegen postulierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit den Anforderungen des strukturierten Beweisverfahrens (vorstehend E.

1.2) entsprechend so begründet ist, dass auf sie abgestellt werden kann.

Es finden sich wenig Anhaltspunkte, die auf eine namhafte Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde schliessen liessen. So wurden als Angaben der Beschwerdeführerin insbesondere angegeben, sie leide an ihren neuropsychologischen Defiziten mit Konzentrationsstörung, rascher Ermüdbarkeit, verminderter Stressresistenz, Unstrukturiertheit, Problemen bei komplexen Aufgaben. Daneben leide sie an Nacken-, Kopf- und Lumbalschmerzen (vorstehend E. 5.3 am Ende). Dies kontrastiert mit dem Umstand, dass sich infolge inkonstanter und unplanbarer Symptomproduktion neuropsychologische Einbussen gar nicht objektivieren liessen und dass sich aus neurologischer Sicht ausdrücklich keine die Arbeitsfähigkeit begründenden Einschränkungen finden liessen (vorstehend E. 5.4). Es kontrastiert auch mit dem nachgerade hochstrukturierten von der Beschwerdeführerin geschilderten Tagesablauf (vorstehend E. 5.4), wie auch damit, dass ihr in psychiatrischen Teilgutachten

(vorstehend E. 5.11) eine «überdurchschnittliche Organisations- und Strukturierungsfähigkeit» attestiert wurde (S.

E. 6.8

In Würdigung dessen, was im Gutachten und insbesondere im psychiatrischen Teilgutachten ausgeführt wurde, muss festgestellt werden, dass das Gutachten den Anforderungen des strukturierten Beweisverfahrens (vorstehend E. 1.4) nicht zu genügen vermag. Die abgegebene Arbeitsunfähigkeitsschätzung ist nicht hinreichend begründet. Dies liegt daran, dass zwar zu einzelnen Standardindikatoren Feststellungen getroffen wurden, diese aber nicht einer - durchaus medizinischen - Würdigung so zugeführt wurden, dass sich die Arbeitsunfähigkeit «gleichsam aus dem Saldo aller wesentlichen Belastungen und Ressourcen» (BGE 141 V 281 E. 3.4.2.1) erschliessen liesse. Dies wiederum hängt auch damit zusammen, dass im Gutachten verschiedentlich Elemente, die kaum miteinander vereinbar sind und aus denen vielmehr auf erhebliche Inkonsistenzen, Selbstlimitierungsaspekte und ähnliches zu schliessen wäre, zwar erwähnt, aber nicht unter diesem Aspekt kritisch beleuchtet wurden. Schliesslich ist es insbesondere das psychiatrische Teilgutachten, das nicht überzeugt, was nicht nur, aber auch an den wiederholten theoretischen Exkursen und der rekurrenten Befassung mit dem Thema der Hochbegabung liegt. Dem Anspruch, substantiiert darzulegen, aus welchen medizinisch-psychiatrischen Gründen die erhobenen Befunde das funktionelle Leistungsvermögen und die psychischen Ressourcen in qualitativer, quantitativer und zeitlicher Hinsicht zu schmälern vermögen, sowie dass, inwiefern und inwieweit wegen der erhobenen Befunde die beruflich-erwerbliche Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist, und zwar - zu Vergleichs-, Plausibilisierungs- und Kontrollzwecken - unter Miteinbezug der sonstigen persönlichen, familiären und sozialen Aktivitäten der Beschwerdeführerin (vorstehend E. 1.4), genügt das psychiatrische Gutachten nicht.

E. 6.9

Damit sind die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage nicht mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei nachgewiesen. Rechtsprechungsgemäss hat die Beschwerdeführerin als die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen dieser Beweislosigkeit zu tragen (vorstehend E. 1.2). Sie kann sich nicht auf die im Gutachten attestierte Arbeitsunfähigkeit berufen.

Was den Zeitpunkt betrifft, seit welchem sich eine Arbeitsunfähigkeit nicht mehr mit hinreichender Wahrscheinlichkeit nachweisen lässt, ist aufgrund der zu beurteilenden revisionsweisen Aufhebung der einmal zugesprochenen Rente die Beschwerdegegnerin beweisbelastet. Insbesondere hat sie es zu vertreten, dass sie noch 2008 die zugesprochene Rente nach kursorischer Prüfung bestätigt (vorstehend E. 3.4) und dann über Jahre eine weitere Überprüfung unterlassen hat. Dieser Unterlassung ist zuzuschreiben, dass die retrospektive Festlegung des betreffenden Zeitpunkts eingestandenermassen schwierig ist.

Diesbezüglich ist der einzig zuverlässige Anhaltspunkt das in Rechtskraft erwachsene Urteil des hiesigen Gerichts vom 12. Januar 2015 (Urk. 7/124), mit welchem die per 1. Juni 2014 erfolgte Sistierung der Rentenauszahlung bestätigt wurde, weil das Gericht, ausgehend von der damals geltenden Rechtslage und gestützt auf die damals verfügbaren Erkenntnisse, zum Schluss gelangte, es sei hinreichend wahrscheinlich, dass kein Rentenanspruch mehr ausgewiesen sei (S.

7 E.

3.3). Dies ist zudem vereinbar mit dem im Gutachten dargelegten Verlauf der Arbeitsfähigkeit, die als im Jahr 2014 verbessert angenommen wurde (vorstehend E. 6.4).

Somit ist in pflichtgemässer Ermessensausübung der Schluss zu ziehen, dass im Zeitpunkt der Rentensistierung (1 1. Juni 2014) ein Revisionsgrund eingetreten war, mithin bis zu diesem Zeitpunkt der Rentenanspruch Bestand hatte und danach nicht mehr.

Mit dieser Feststellung ist die angefochtene Verfügung in teilweiser Gutheissung der dagegen erhobenen Beschwerde aufzuheben. 7.

7.1

Angesichts des Verfahrensausgangs ist von einem hälftigen Obsiegen der Beschwerdeführerin auszugehen. Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) von ermessensweise Fr. 1'000.-- sind somit den Parteien je zur Hälfte aufzuerlegen. 7.2

Der teilweise obsiegenden und anwaltlich vertretenen Beschwerdeführerin ist eine um die Hälfte reduzierte Parteienentschädigung zuzusprechen, die beim praxis gemässen Stundenansatz von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) ermessensweise auf Fr. 1'400.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen und von der Beschwerdegegnerin zu entrichten ist. 7.3

Das von der Beschwerdegegnerin eingeholte Gutachten war nicht geeignet, den von ihr gefällten Entscheid medizinisch zu begründen (vorstehend E. 6.3), was die Einholung des Gerichtsgutachtens erforderlich machte. Die Beschwerdegegnerin hat demnach dem Gericht die Kosten von Fr. 18'889.80 (Urk. 27) zu erstatten (vgl. BGE

137 V 210 E. 4.4.2, 139 V 496, 143 V 269 E. 6.2.1 ff.). Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 30. Mai 2018 mit der Feststellung aufgehoben, dass die Beschwerdeführerin bis 1. Juli 2014 Anspruch auf eine ganze Rente hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden den Parteien je zur Hälfte auferlegt.

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine reduzierte Prozessentschädigung von Fr. 1'400.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Gerichtskasse die Gutachtenskosten von Fr. 18'889.80 zu erstatten.

Rechnung und Einzahlungsschein werden ihr nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 5.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Michael Ausfeld - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 6.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom

siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1. 5. Juli bis und mit 1. 5. August sowie vom 1. 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

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

E. 11

Mitte).

Zu Behandlungs- und Eingliederungserfolg wurde im Hauptgutachten eine Verbesserung im Zeitraum von 2004 bis 2018 (bei zwischenzeitlicher Verschlechterung «durch die Auseinandersetzung mit den Versicherungen») festgehalten

(vorstehend E.

5.5), und das Bestehen des notorisch höchst anforderungsreichen Eignungstests

für das Medizinstudium sowie der zwischenzeitlich erworbene Bachelor in Medizin belegen einen Eingliederungserfolg.

Komorbiditäten sind keine ersichtlich: Die somatisch bedingten Einschränkungen wurden bereits durch die Annahme einer Einschränkung um 15 % berücksichtigt (vorstehend E. 5.8), eine depressive Symptomatik wurde im Teilgutachten (vorstehend E. 5.11) ausdrücklich verneint (S. 5 unten Ziff. 4.4.3) und die im Teilgutachten immer wieder thematisierte Hochbegabung wurde als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt.

Bezüglich Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen und sozialer Kontext ergibt sich aus dem Gutachten, dass der Beschwerdeführerin eine hohe Leistungsbereitschaft und Leistungsorientierung attestiert wurde, ebenso ein gutes, die Resilienz stärkendes Verhältnis zur Herkunftsfamilie, eine entspannte Partnerschaft, das für die Mehrfachbelastung als Hausfrau, faktisch alleinerziehende Mutter bei gleichzeitigem Studium erforderliche Stehvermögen, sowie als weitere Ressource ihre Intelligenz (vorstehend E. 5.7), wobei noch angemerkt wurde, Intelligenz könne auch ein Risikofaktor sein, wenn sie nicht gefördert werde (was bei der Beschwerdeführerin ja gerade nicht zutrifft).

Die Konsistenz wurde im Gutachten bejaht, einmal ohne nähere Begründung (vorstehend E. 5.6), einmal unter Hinweis auf die Diskrepanz aufgrund der nicht inkonstanten und unplausiblen Symptomproduktion, zu welcher angetönt wurde, sie könnte der Neurasthenie geschuldet sein; der Verdacht auf eine Symptomverdeutlichung lasse sich nicht völlig ausschliessen, sei aber (was nicht näher begründet wurde) nicht überwiegend wahrscheinlich (vorstehend E. 5.10). Die laut psychiatrischem Teilgutachten (vorstehend E. 5.11) 2006 und 2007 festzustellende nicht authentische Beschwerdepräsentation (S. 11 Mitte) wurde in diesem Zusammenhang nicht thematisiert.

Zu beleuchten bleibt schliesslich, welcher Zusammenhang zwischen Gesundheitszustand und eingeschränkter Arbeitsfähigkeit im Gutachten angenommen wurde. Aus der Zusammenstellung der gestellten Diagnosen (vorstehend E. 5.2) lässt sich dazu nichts entnehmen, denn dabei wurde - anders als in den Leitlinien der Fachgesellschaften empfohlen und bisher von der Medas

Z.____ auch durchwegs praktiziert - nicht unterschieden zwischen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit und solchen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Aus dem Text des Gutachtens lässt sich dies aber durchaus erschliessen. Die somatischen Einschränkungen wurden hauptsächlich aus dem zervikozephalen und lumbovertebralen Schmerzsyndrom abgeleitet (E. 5.4 am Ende). In psychiatrischer Hinsicht wurde eine Minderung der zeitlichen Präsenz um 20 % und eine Minderung der Leistungsfähigkeit um noch einmal 20 % , mithin eine Einschränkung von rund 35 % , postuliert (E. 5.8). An einer Stelle wurde ausgeführt, die von der Beschwerdeführerin subjektiv empfundene Verminderung der Arbeitsfähigkeit sei aufgrund der Neurasthenie nachvollziehbar (E.

5.8 am Anfang), sodann wurde die postulierte volle Arbeitsunfähigkeit in der früheren Tätigkeit mit den gleichen Einschränkungen begründet, welche die Beschwerdeführerin als aktuelles Leiden geschildert hatte

(vorstehend E. 5.3 am Ende), und im Hinblick auf leidensangepasste Tätigkeiten wurde ausgeführt, alles, was die Schmerzen verstärke, sei ungünstig, da dies wiederum «die depressive Symptomatik verstärken könnte» (E.

5.8 Mitte). Dies erscheint nicht leicht nachvollziehbar, nachdem im psychiatrischen Teilgutachten (vorstehend E. 5.11) eine solche explizit verneint worden ist (S. 5 unten E. 4.4.3).

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