



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 2. Februar 2017 (720 12 175 / 37)

Invalidenversicherung

Beweistauglichkeit eines Gerichtsgutachtens im Lichte von BGE 141 V 281

Besetzung Präsidentin Eva Meuli, Kantonsrichter Christof Enderle, Kantonsrichter Daniel Noll, Gerichtsschreiberin Barbara Vögtli

Parteien **A.**____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Philip Stolkin, Rechtsanwalt, Freiestrasse 73, Postfach 1223, 8032 Zürich

gegen

IV-Stelle Basel-Landschaft, Hauptstrasse 109, 4102 Binningen,
Beschwerdegegnerin

Betreff IV-Rente

A. Die 1958 geborene A.____ arbeitete als Fachlehrerin an der Berufsschule B.____ in einem 50 %-Pensum. Daneben arbeitete sie als selbständig Erwerbende mit eigenem Geschäft als Schneiderin und Designerin in C.____. Sie meldete sich am 24. August 2000 bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an unter Hinweis auf multiple weichteilrheumatische Beschwerden, Myotendinosen, Periarthritiden, ein zervikales und lumbovertebrales Schmerzsyndrom sowie eine chronische depressive Verstimmung mit rezidivierenden Angstzuständen (Bericht von Dr. med. D.____, Innere Medizin FMH, vom

14. September 2000). Am 24. September 2002 verletzte sich die Versicherte bei einem Sturz vom Pferd. Diagnostiziert wurden eine Beckenkontusion und eine Distorsion der HWS. Mit Verfügung vom 10. März 2003 teilte ihr die IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) mit, dass die beruflichen Massnahmen abgeschlossen worden seien und die Angelegenheit zur Abklärung des Rentenanspruchs an die zuständige Abteilung weitergeleitet werde. Nach Einholung von zwei verwaltungsexternen medizinischen Gutachten (polydisziplinäres Gutachten der MEDAS Kantonsspital Basel vom 8. Dezember 2004 sowie polydisziplinäres Gutachten der ZVMB GmbH, MEDAS Bern, vom 6. Dezember 2010) lehnte die IV-Stelle mit Verfügung vom 22. Februar 2012 den Rentenanspruch von A.____ bei einem errechneten IV-Grad von 0 % bis 28. Februar 2003 und von 20 % ab März 2003 ab. Dabei stützte sich die IV-Stelle auf das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS Bern vom 6. Dezember 2010 und ging davon aus, dass sowohl als Lehrerin als auch in jeder anderen Verweistätigkeit aufgrund der diagnostizierten anhaltenden somatoformen Schmerzstörung eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % bestehe.

B. Dagegen erhob A.____, vertreten durch Rechtsanwalt Philip Stolkin, mit Eingabe vom 28. März 2012 Beschwerde beim Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich. Darin liess sie unter o/e-Kostenfolge beantragen, es sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und es sei ihr eine Rente auf der Basis von 100 % zuzusprechen. Ausserdem sei ein polydisziplinäres Gutachten anzuordnen und es sei Prof. Dr. med. E.____, Neurologie FMH und Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, als Zeuge zu befragen. In der Beschwerde wurde im Wesentlichen geltend gemacht, dass der medizinische Sachverhalt nicht korrekt abgeklärt worden sei, da das Gutachten der MEDAS Bern nicht beweistauglich sei. Zudem sei die Normhypothese der somatoformen Schmerzstörung nicht zulässig. Mit Beschluss vom 30. März 2012 trat das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich nicht auf die Beschwerde ein und überwies die Akten nach Eintritt der Rechtskraft ans Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht).

C. Mit Vernehmlassung vom 27. September 2012 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Mit Replik vom 10. Dezember 2012 reichte die Beschwerdeführerin weitere ärztliche Berichte zu den Akten und hielt an den bereits gestellten Rechtsbegehren fest. Die Beschwerdegegnerin hielt in ihrer Duplik vom 11. Februar 2013 am Abweisungsantrag fest.

D. Anlässlich der Urteilsberatung vom 25. Juli 2013 gelangte das Kantonsgericht zur Auffassung, dass eine abschliessende Beurteilung der Angelegenheit gestützt auf die medizinische Aktenlage nicht möglich sei. Auf das Gutachten der MEDAS Bern vom 6. Dezember 2010 könne nicht abgestellt werden, da erhebliche Zweifel an seiner Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestünden und es weder auf allseitigen Untersuchungen beruhe noch in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden sei. Zur Klärung der medizinischen Sachlage wurde die MEDAS Zentralschweiz mit der Erstellung eines polydisziplinären Gerichtsgutachtens beauftragt. In der Folge erhielten die Parteien die Gelegenheit, zum Gutachtensauftrag und dem Fragekatalog Stellung zu nehmen und allfällige Ergänzungsfragen einzureichen. Mit Schreiben vom 23. Oktober 2013 wurde das Gutachten bei der MEDAS Zentralschweiz in Auftrag gegeben. Mit Eingabe vom 25. Februar 2014 teilte die

Beschwerdeführerin mit, dass sie sich nach der Begutachtung aufgrund ihrer Schmerzen in die Obhut des Rheumazentrums F.____ habe begeben müssen. Der Arztbericht des Rheumazentrums F.____ vom 18. Februar 2014 sei der MEDAS Zentralschweiz zu unterbreiten. In der Folge liess das Kantonsgericht der MEDAS Zentralschweiz diesen Bericht zukommen (Schreiben vom 26. Februar 2014). Die MEDAS Zentralschweiz reichte ihr Gerichtsgutachten am 7. Mai 2014 ein. Auf Nachfrage hin nahm die MEDAS Zentralschweiz mit Eingabe vom 13. Juni 2014 nachträglich Stellung zum Bericht des Rheumazentrums F.____ vom 18. Februar 2014.

E. Mit Stellungnahme vom 1. Juli 2014 hielt die Beschwerdegegnerin an ihrem Abweisungsantrag fest und führte unter Hinweis auf die Stellungnahme von Dr. med. G.____, Facharzt Psychiatrie/Psychotherapie, RAD, vom 26. Juni 2014 aus, dass die neuen ärztlichen Berichte keine Änderung der gesundheitlichen Situation ergeben hätten. Sie seien auch weit nach Verfügungserlass ergangen. Hinsichtlich der Prüfung der Foerster-Kriterien bleibe die von den Gutachtern postulierte Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer unklar. Sie stehe zudem in Widerspruch zu den Befunden und den Diagnosen, insbesondere zur neuropsychologischen Beurteilung. Im Ergebnis sei die attestierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht nachvollziehbar.

Mit Eingabe vom 19. August 2014 nahm die Beschwerdeführerin zum Gerichtsgutachten Stellung. Sie hielt an ihren bereits gestellten Anträgen fest und beantragte eine Rente auf der Basis einer 100 %-igen Arbeitsunfähigkeit. Zudem wies sie darauf hin, dass Dr. med. H.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, ein Gutachten zum hirnorganischen Psychosyndrom verfassen werde. Die Beschwerdeführerin gehe insbesondere mit den Ausführungen des psychiatrischen Gerichtsgutachters nicht einig, soweit die entsprechenden Ausführungen das hirnorganische Psychosyndrom betreffen würden. Dem Gutachten könne deshalb nicht gefolgt werden, zumindest was die innere Begründung für die Arbeitsunfähigkeit betreffe. Im Weiteren wurde auch das rheumatologische Teilgutachten bemängelt. Neuropsychologisch sei zudem nicht nur von einer mental verminderten Belastungsfähigkeit auszugehen, sondern von einer organisch verminderten Belastbarkeit. In der Folge stellte die Beschwerdeführerin dem Gericht mit Schreiben vom 3. Dezember 2014 das psychiatrische Gutachten von Dr. H.____ vom 29. November 2014 zu und führte aus, dass Dr. H.____ zum Schluss gelange, dass eine Persönlichkeitsveränderung bei einem chronischen Schmerzsyndrom (ICD-10 F62.80) vorliege, die ohne initiales Unfallereignis nicht denkbar wäre. Die Arbeitsfähigkeit werde von Dr. H.____ etwas tiefer veranschlagt als von der MEDAS Zentralschweiz. Am 13. Januar 2015 nahm die Beschwerdeführerin zur Eingabe der Beschwerdegegnerin vom 1. Juli 2014 Stellung und hielt an ihren Anträgen fest. Entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin liege ein psychiatrisches Leiden vor. Daher gelange nicht die diskriminierende Rechtsprechung zu den somatoformen Schmerzstörungen zur Anwendung. Falls das Gericht keinen reformatorischen Entscheid fälle, sei der MEDAS Zentralschweiz das Gutachten von Dr. H.____ zuzustellen.

F. Die Beschwerdegegnerin stellte mit Eingabe vom 15. Januar 2015 den Antrag, es seien den Gerichtsgutachtern das psychiatrische Gutachten von Dr. H.____ vom 29. November

2014 und die Eingabe der Beschwerdeführerin vom 19. August 2014 zur Stellungnahme zu unterbreiten, da die Beschwerdeführerin das Gerichtsgutachten dezidiert kritisiere.

G. In der Folge unterbreitete das Kantonsgericht der MEDAS Zentralschweiz das Gutachten von Dr. H.____ vom 29. November 2014 sowie die Eingaben der Parteien. Der psychiatrische Gutachter der MEDAS Zentralschweiz, Dr. med. I.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, nahm in der Folge dazu am 4. März 2015 Stellung und hielt an seiner bisherigen Auffassung fest. Zusammenfassend kommt Dr. I.____ zum Schluss, dass die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. H.____ relativ ausgeprägt auf subjektiven Einschätzungen der Versicherten und relativ wenig auf dem Abgleich zwischen Anforderungen der Tätigkeit an die Versicherte und ihren Fähigkeiten und Ressourcen beruhe.

H. Am 8. Mai 2015 nahm die Beschwerdegegnerin nochmals Stellung. Sie vertrat nach wie vor die Auffassung, dass die Schmerzproblematik überwindbar sei und stützte sich auf einen Bericht von Dr. G.____ vom 24. März 2015. Die Beschwerdeführerin nahm in der Folge am 8. Mai 2015 und am 13. Juli 2015 ebenfalls Stellung und hielt an den Rechtsbegehren fest. In ihrer Eingabe vom 13. Juli 2015 wies sie auf das neue Urteil des Bundesgerichts vom 3. Juni 2015, 9C_492/2014 (BGE 141 V 281) hin, mit dem das Bundesgericht seine Praxis zur Beurteilung des Anspruchs auf eine Invalidenrente infolge somatoformer Schmerzstörung und vergleichbarer psychosomatischer Leiden änderte. Am 6. August 2015 informierte die Beschwerdeführerin das Gericht über die Krebserkrankung des Ehemannes und beantragte das Zuwarten mit einem Entscheid, bis ein entsprechender Bericht der behandelnden Psychiaterin Dr. med. J.____, Fachärztin FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vorliege.

I. In der Folge nahmen die Parteien Stellung zu den Auswirkungen von BGE 141 V 281 auf die vorliegende Streitigkeit. Mit Eingabe vom 10. September 2015 stellte die Beschwerdegegnerin den Antrag auf Abweisung der Beschwerde. Eventualiter seien bei der MEDAS Zentralschweiz die schriftlichen Unterlagen betreffend den im Zirkulationsverfahren erarbeiteten Konsensfindungsprozess aller beteiligten Fachärzte einzuholen. Ein Zuwarten auf weitere ärztliche Berichte sei nicht nötig. Unter Hinweis auf die Stellungnahme von Dr. G.____ vom 14. August 2015 führte sie zu BGE 141 V 281 aus, dass eine Analyse der Standardindikatoren ergeben habe, dass eine Arbeitsunfähigkeit im Umfang von 20 % vorliege. Bei der Beschwerdeführerin würden ausreichend Ressourcen bestehen.

Mit Eingabe vom 2. November 2015 wurde dem Gericht von Seiten der Beschwerdeführerin berichtet, dass die neue Psychiaterin mannigfaltige neue Diagnosen habe erheben können. Mit Eingabe vom 3. Februar 2016 wurde schliesslich der Bericht von Dr. J.____ eingereicht und beantragt, Dr. J.____ als sachverständige Zeugin einzuvernehmen. Im Rahmen des rechtlichen Gehörs nahm die Beschwerdegegnerin dazu mit Eingabe vom 9. Februar 2016 Stellung und hielt fest, dass sich die Ausführungen von Dr. J.____ nicht mit dem Gerichtsgutachten auseinander setzen würden.

J. Anlässlich der Urteilsberatung vom 18. Februar 2016 gelangte das Gericht erneut zur Auffassung, dass eine abschliessende Beurteilung der Angelegenheit gestützt auf die vorhan-

dene medizinische Aktenlage nicht möglich sei. In Anbetracht von BGE 141 V 281 sah es die Einholung einer ergänzenden Stellungnahme von Dr. Schwarzenbach als notwendig an (vgl. dazu ausführlich Beschluss vom 18. Februar 2016). In der Folge äusserten sich die Parteien zur Fragestellung. Die Beschwerdegegnerin verlangte mit Eingabe vom 11. März 2016 wiederholt die Einholung der Unterlagen betreffend Konsensfindung, da zwischen der Einschätzung von Dr. I.____ und den Neuropsychologinnen ein Widerspruch bestehe. Mit Verfügung vom 2. Mai 2016 wies das instruierende Präsidium die Verfahrensanhänge der Parteien ab und erteilte den Auftrag an Dr. I.____. Mit Eingabe vom 27. Mai 2016 liess die Beschwerdeführerin den Bericht der Klinik K.____ zu den Akten reichen und teilte mit Eingabe vom 1. Juni 2016 mit, dass der an die MEDAS Zentralschweiz geschickte Fragekatalog dem Grundsatz der Verfahrensfairness widerspreche.

K. Die MEDAS Zentralschweiz reichte die psychiatrische Begutachtung am 18. August 2016 ein (Gutachten von Dr. I.____ vom 8. August 2016). Mit Eingabe vom 21. Oktober 2016 nahm die Beschwerdegegnerin dazu Stellung. Sie hielt an ihrem Abweisungsantrag fest und beurteilte das Ergänzungsgutachten gestützt auf die Ausführungen von Dr. G.____ vom 27. September 2016 als nicht verlässlich. Die Beschwerdeführerin äusserte sich mit Eingabe vom 26. Oktober 2016 zum Gutachten. Darin führte sie aus, dass sie das Gutachten als vollständig, gut begründet und grundsätzlich schlüssig halte bis auf die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, die zu tief bemessen sei. Es werde daher angeregt, Dr. I.____ ergänzend zu befragen.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens bildet die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 22. Februar 2012, sodass die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. b des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Verfügungen der kantonalen IV-Stelle. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die – im Übrigen frist- und formgerecht erhobene – Beschwerde vom 28. März 2012 ist demnach einzutreten.

2. Zwischen den Parteien ist umstritten, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine IV-Rente hat.

3.1 Die Beschwerdeführerin meldete sich im August 2000 bei der Beschwerdegegnerin zum Leistungsbezug an. Die angefochtene Verfügung datiert vom 22. Februar 2012. Damit ist ein Sachverhalt zu beurteilen, der sich teilweise vor dem Inkrafttreten der 4. IV-Revision am 1. Januar 2004 und der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 verwirklicht hat. Da eine Invalidenrente strittig ist, über die noch nicht rechtskräftig verfügt wurde, gilt der allgemeine übergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen sind, die im Zeit-

punkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat (BGE 130 V 445, 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b).

3.2 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG in der bis Ende 2003 gültigen Fassung hat die versicherte Person Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie zu mindestens $66\frac{2}{3}\%$, auf eine halbe Rente, wenn sie zu mindestens 50 % und auf eine Viertelsrente, wenn sie zu mindestens 40 % invalid ist. Nach Art. 28 Abs. 1 IVG (in der von 1. Januar 2004 bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung) bzw. nach Art. 28 Abs. 2 IVG (in der seit 1. Januar 2008 anwendbaren Fassung) hat die versicherte Person Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie zu mindestens 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie zu mindestens 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie zu mindestens 50 % und auf eine Viertelsrente, wenn sie zu mindestens 40 % invalid ist.

3.3 Als Invalidität gilt nach Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG, Art. 4 Abs. 1 IVG; Art. 3 und 4 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind nach dem im Rahmen der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 in Kraft gesetzten Art. 7 Abs. 2 ATSG ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Satz 1). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

3.4 Eine fachärztlich (psychiatrisch) diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung oder eine vergleichbare Störung ohne erkennbare organische Ursache begründet als solche noch keine Invalidität. Nach der bisherigen Rechtsprechung bestand eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Danach konnten bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügte. Ob ein solcher Ausnahmefall vorlag, entschied sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien (BGE 130 V 352, 131 V 49 E. 1.2, BGE 139 V 547 E. 3).

Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht seine bisherige Rechtsprechung zur Invaliditätsbemessung bei Schmerzstörungen ohne erkennbare organische Ursache und vergleichbaren psychosomatischen Leiden angepasst und festgehalten, dass die Invaliditätsbemessung stärker als bisher den Aspekt der funktionellen Auswirkungen zu berücksichtigen hat, was sich schon in den diagnostischen Anforderungen niederschlagen muss. Das bisherige Regel/Ausnahme-Modell wird durch ein strukturiertes Beweisverfahren ersetzt. An der Rechtsprechung zu Art. 7 Abs. 2 ATSG ändert sich dadurch nichts. An die Stelle des bisherigen Kriterienkatalogs treten im Regelfall Standardindikatoren. Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und

widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6). Die im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren, welche nach gemeinsamen Eigenschaften systematisiert werden können, umschreibt das Bundesgericht in BGE 141 V 281 wie folgt:

- 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)

Die Antworten, welche die medizinischen Sachverständigen anhand der (im Einzelfall relevanten) Indikatoren geben, verschaffen den Rechtsanwendern Indizien, wie sie erforderlich sind, um den Beweisnotstand im Zusammenhang mit der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit bei psychosomatischen Störungen zu überbrücken (E. 4.1.3).

4.1 Ausgangspunkt der Ermittlung des Invaliditätsgrades bildet die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitsunfähig ist. Nach Art. 6 ATSG ist die Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Satz 1). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem andern Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2).

4.2 Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und insbesondere auch bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person ist die rechtsanwendende Behörde – die Verwaltung und im Streitfall das Gericht – auf Unterlagen angewiesen, die vorab von medizinischen Fachpersonen zur Verfügung zu stellen sind. Deren Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 115 V 134 E. 2, 114 V 314 E. 3c, 105 V 158 E. 1 in fine). Darüber hinaus bilden die ärztlichen Stellungnahmen eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Zumutbarkeit, also der Frage, welche anderen Erwerbstätigkeiten als die zuletzt ausgeübte Berufsarbeit von der versicherten Person auf dem allgemeinen, ausgeglichenen und nach ihren persönlichen Verhältnissen in Frage kommenden Arbeitsmarkt zumutbarerweise noch verrichtet werden können (ULRICH MEYER-BLASER, Zur Prozentgenauig-

keit in der Invaliditätsschätzung, in: Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], Rechtsfragen der Invalidität in der Sozialversicherung, St. Gallen 1999, S. 20 f. mit Hinweisen).

4.3 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Die Verwaltung als verfügende Instanz und im Beschwerdefall das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 360 E. 5b, 121 V 47 E. 2a, 115 V 142 E. 8b, je mit Hinweisen).

Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. 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 Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 232 E. 5.1; 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

5.1 Nachdem das Kantonsgericht anlässlich der ersten Urteilsberatung vom 25. Juli 2013 zur Auffassung gelangte, dass eine abschliessende Beurteilung der Angelegenheit gestützt auf die bei den Akten liegenden medizinischen Unterlagen nicht möglich sei (vgl. dazu die ausführliche beweisrechtliche Würdigung der bei den Akten liegenden fachärztlichen Berichte im Beschluss vom 25. Juli 2013), wurde die MEDAS Zentralschweiz am 23. Oktober 2013 mit der Erstellung eines polydisziplinären Gutachtens beauftragt. Das Gutachterteam der MEDAS Zentralschweiz, bestehend aus Dr. med. L.____, Rheumatologie FMH, Dr. med. M.____, Innere Medizin FMH, Dr. med. N.____, Facharzt FMH Rheumatologie, Dr. med. O.____, Neurologie FMH, lic. phil. P.____, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, und lic. phil. Q.____, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, sowie Dr. med. I.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, diagnostiziert in seinem Gutachten vom 7. Mai 2014 auf S. 42 aus polydisziplinärer Sicht mit wesentlicher Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit eine Neurasthenie ICD-10 F48.0, eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren ICD-10 F45.41, ein chronisches zervikospodylogenes Syndrom bei Fehlform mit zervikaler Streckhaltung und bei degenerativ bedingter Segmentkyphose C4 bis C6 mit Segmentdegeneration C4/C5 mit Osteochondrose, Unkose, beginnender Spondylarthrose und mit degenerativ beding-

ter Foraminaleinengung C4/C5 links, mit Segmentdegeneration C5/C6 mit deutlicher Osteochondrose, Spondylarthrose und Unkose sowie mit degenerativ bedingter segmentaler Gefügelockerung mit Retroposition von C5 gegenüber C6 und mit degenerativ bedingter Einengung von Spinalkanal und Neuroforamina, bei Status nach HWS-Distorsionstrauma anlässlich eines Reitunfalles am 24. September 2002, bei Status nach anamnestischer Halswirbelsäulenverletzung infolge einer Tötlichkeit 2004, bei Status nach HWS-Distorsionstrauma infolge Heckauf-fahrerunfall am 28. Januar 2011, ein chronisches lumbovertebragenes Schmerzsyndrom bei Segmentdegeneration L3 bis S1, insbesondere fortgeschrittener erosiver Osteochondrose L5/S1 und bei hypertropher Spondylarthrose L3 bis L5 sowie ein symptomatisches Meniskus-ganglion medial rechts.

Als Diagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, aber mit Krankheitswert, diagnostizieren die Gutachter den Status nach Thoraxkontusion links mit sonographisch sekundär festgestellten nichtdislozierten Frakturen der Rippen 4 bis 7 infolge Sturzes am 4. August 2009, eine unspezifische Gonalgie links bei Status nach Kniearthroskopie links und nach medialer Meniskusresektion am 5. März 2013, Knick-Senk-Spreizfuss beidseits mit symptomatischem Hallux valgus, Zustand nach fraglichem Borrelien-Infekt 1996 mit rezidivierenden Erschöpfungszuständen und Status nach Rocephin-Infusionsbehandlung, eine ausgeprägte Polyallergie, eine belastete gynäkologische Anamnese und wahrscheinlicher Myopie.

Bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit halten die Gutachter fest, dass sie davon ausgehen würden, dass die Explorandin in ihren früheren Berufstätigkeiten als ehemalige Leiterin des Lehrlingsateliers zu 50 % und parallel dazu als Inhaberin eines Modegeschäfts ebenfalls zu 50 % tätig gewesen sei. Aus rein körperlicher Optik (rheumatologisch/neurologisch) sei die Explorandin in diesen Tätigkeiten nicht eingeschränkt und wäre zur Weiterführung der Tätigkeiten in der Lage. Alleinige Einschränkungen in den angestammten Tätigkeiten erkenne Dr. I.____, der der Explorandin eine teilweise Arbeitsunfähigkeit attestiere. Im angestammten Beruf bzw. in den angestammten Tätigkeiten bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 55 % und in einer leidensangepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 65 %.

In Bezug auf die divergierenden ärztlichen Einschätzungen der MEDAS Basel und der MEDAS Bern äussern sich die Gutachter zusammenfassend dahingehend, dass die von der MEDAS Basel mit Gutachten vom 8. Dezember 2004 erhobene Diagnose eines organischen Psychosyndroms nach traumatischer Hirnverletzung für nicht überwiegend wahrscheinlich erachtet werde. Aus diesem Grund sei die hohe Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht nachvollziehbar. Die Mängel des Gutachtens der MEDAS Bern vom 6. Dezember 2010 seien so gravierend, dass die Einschätzung dieser Gutachter einer kaum eingeschränkten Arbeitsfähigkeit nicht nachvollziehbar sei.

Mit ergänzender Stellungnahme vom 13. Juni 2014 nimmt die MEDAS Zentralschweiz zum Bericht des Rheumazentrums F.____ vom 28. Februar 2014 Stellung. In diesem Bericht würden keine neuen Aspekte geschildert, weshalb an der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit festgehalten werde. In Bezug auf die Therapiemöglichkeiten werde jedoch darauf hingewiesen, dass der

somatisch-pharmakologische Weg im Fall der Explorandin der falsche sei, stattdessen werde dringend die Aufnahme einer Psychotherapie empfohlen.

5.2 Anlässlich der zweiten Urteilsberatung vom 18. Februar 2016 gelangte das Kantonsgericht zur Auffassung, dass eine abschliessende Beurteilung der Angelegenheit gestützt auf die vorhandene medizinische Aktenlage in Anbetracht vom in der Zwischenzeit ergangenen BGE 141 V 281 noch immer nicht möglich sei. Das Gutachterteam der MEDAS Zentralschweiz sei im Gerichtsgutachten vom 7. Mai 2014 zum Ergebnis gelangt, dass die Neurasthenie und die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit im Umfang von 45 % bewirken würden. Diese Einschätzung sei gestützt auf die durch BGE 130 V 352 begründete „Schmerzrechtsprechung“ mit ihrer Überwindbarkeitsvermutung und der Anwendung der „Foerster-Kriterien“ erfolgt. Die Würdigung des Gerichtsgutachtens zeige zwar, dass sich die Gutachter, insbesondere Dr. Schwarzenbach, bereits in grossen Teilen an die Rahmenbedingungen, die nun in BGE 141 V 281 festgelegt worden seien, gehalten hätten. Besondere Bedeutung komme im vorliegenden Fall den Ressourcen zu; diese beantworte das Gerichtsgutachten noch nicht in der umfassenden Weise, wie dies die neue Rechtsprechung verlange. Es werde daher als notwendig erachtet, bei Dr. I.____ ein ergänzendes psychiatrisches Gutachten einzuholen, das der neuen Sichtweise von BGE 141 V 281 folge und sich zu den Standardindikatoren äussere.

5.3 Mit psychiatrischem Gutachten vom 18. August 2016 diagnostiziert Dr. I.____ nach nochmaliger persönlicher Untersuchung der Beschwerdeführerin und nach ausführlicher Würdigung der in der Zwischenzeit ergangenen ärztlichen Berichte und der Eingaben der Parteien mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit einen Sturz vom Pferd am 24. September 2002 mit HWS-Distorsion (Diagnose Spital S.____ und Rehaklinik U.____) und mit Contusio capitis und leichter traumatischer Hirnverletzung (Diagnose Rehaklinik U.____), einen tätlichen Angriff 2004, einen Sturz am 4. August 2009 mit Thorax/Wirbelsäulen-Kontusion/Distorsion mit posttraumatischer bilateraler Bronchopneumonie und generalisiertem Arzneimittel-Exanthem durch Augmentin (Diagnose Dr. med. R.____, Innere Medizin FMH), einen Autounfall am 1. Februar 2011 mit Beschleunigungstrauma Stadium II Quebec Task Force (Diagnose Prof. Dr. E.____) sowie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Störung (ICD-10: F33.8), bei komplizierter, schwerer Trauerreaktion (ICD-10: F38.8) und mit ausgeprägten Erschöpfungssymptomen sowie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) mit andauernder Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom (ICD-10: F62.80). Psychiatrische Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit könnten keine gestellt werden.

Zusammenfassend kommt Dr. I.____ zum Schluss, dass im Jahr 2014 die Erschöpfung und die Konzentrationsschwierigkeiten und damit die Neurasthenie im Vordergrund gestanden seien. Grundsätzlich habe eine Neurasthenie immer Auswirkungen auf den Gesundheitszustand, vor allem durch die Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen, die Einschränkungen von Antrieb und Durchhaltevermögen, sie wirke sich aber nicht immer auf die Arbeitsfähigkeit aus. Eine Neurasthenie könne höchstens bei einer hochqualifizierten Arbeit, zum Beispiel bei Führungsfunktionen oder hohen Anforderungen an die Kreativität und Flexibilität, eine Arbeitsunfähigkeit

von 50 % oder mehr bewirken. Die von der Explorandin zuletzt ausgeübte Tätigkeit stelle sehr hohe Anforderungen an die Konzentration, Genauigkeit, Zuverlässigkeit, manuelle Geschicklichkeit, Kreativität und Flexibilität und umfasse auch Führungsfunktionen. Aufgrund der Neurasthenie seien unter anderem der Antrieb, die Ausdauer und die Konzentrationsfähigkeit beeinträchtigt und der Pausenbedarf erhöht. Dazu kämen die Schmerzen, wobei diese zwar diagnostisch von der Neurasthenie getrennt werden könnten, aber kaum in Bezug auf die klinischen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Die Schmerzstörung mit der andauernden Persönlichkeitsstörung bei chronischem Schmerzsyndrom wirke sich vor allem durch die Konzentrationsstörungen, die Verlangsamung, die Schwankungen der Leistungsfähigkeit, die Schlafstörungen mit der erhöhten Tagesmüdigkeit und dem vermehrten Pausenbedarf auf die Arbeitsfähigkeit aus.

Aufgrund der psychischen Störungen seien die Ausdauer, das Selbstvertrauen, die kognitiven Fähigkeiten, vor allem die Konzentrationsfähigkeit und die Gedächtnisfunktion, das Arbeitstempo, die Kontakt- und Verkehrsfähigkeit und der Antrieb, die Flexibilität und das Selbstvertrauen beeinträchtigt. Die Explorandin zeige auch Schwankungen der Leistungsfähigkeit, was eine gewisse zeitliche Flexibilität bedinge und zudem zu einem vermehrten Pausen- und Erholungsbedarf führe. Sie habe Schlafstörungen und sei vermehrt müde und kraftlos, was auch die Regenerationsfähigkeit einschränke, das heisst, eine Präsenzzeit von etwa fünf Stunden am Tag (60 %) wäre möglich. Ihre Leistungsfähigkeit sei aus psychiatrischer Sicht um etwa 25 % eingeschränkt. Zusammengefasst könne für die bisherige Tätigkeit von einer Arbeitsunfähigkeit von etwa 55 % ausgegangen werden.

In Bezug auf die Verweistätigkeit hält Dr. I._____ fest, dass eine Umschulung wenig Sinn mache. Eine höhere Leistungsfähigkeit wäre nur in einer Tätigkeit denkbar, die extrem tiefe Anforderungen stelle wie die einer Hilfsarbeit. In einer Verweistätigkeit, die keine besonderen Anforderungen an die psychische Belastbarkeit stelle oder besondere Fähigkeiten verlange, könne sie aufgrund der psychischen Störungen zeitlich nur eingeschränkt arbeiten, das heisst eine Präsenzzeit von fünf Stunden am Tag (60 %) wäre möglich. Ihre Leistungsfähigkeit sei aus psychiatrischer Sicht um etwa 20 % eingeschränkt. Im Haushalt bestehe eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit von etwa 25 %. In Bezug auf den Beginn der Arbeitsunfähigkeit hält Dr. I._____ fest, dass sich der Gesundheitszustand zwar vorübergehend verschlechtert habe, sich aber insgesamt dauerhaft nicht wesentlich verändert habe und damit die aktuelle Arbeitsunfähigkeit seit dem 6. März 2003 gelte.

Mit Blick auf BGE 141 V 281 führt Dr. I._____ unter dem Titel „Kategorie funktioneller Schweregrad, Komplex Gesundheitsschädigung und Komplex Persönlichkeit“ aus, dass es aus medizinischer Sicht Sinn mache, sich zuerst mit den möglichen Risikofaktoren und den Ressourcen auseinander zu setzen, zu denen auch Persönlichkeitseigenschaften gehören würden, da diese zur Entstehung und Ausprägung der Gesundheitsschädigung, zum funktionellen Schweregrad, der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit und dem Umgang damit und auch zum sozialen Kontext und zur Konsistenz beitragen könnten. Er führt zusammenfassend aus, dass die Explorandin ein sehr gutes Verhältnis zur Herkunftsfamilie habe, die sie auch unterstütze, was eine wertvolle Ressource sein könne. Die 1. Ehe sei schwierig gewesen, und mit Beruf, Haushalt und Kind

habe eine langjährige Mehrfachbelastung bestanden, was als Risikofaktor zu bewerten sei. Weiter nannte er als Risikofaktor die Scheidung. Die Risikofaktoren seien hier immer bezogen auf das Risiko, an einer Schmerzerkrankung, einer Depression oder Ähnlichem zu erkranken. Weitere Risikofaktoren seien ausserdem der Tod des 2. Ehemannes und die körperlichen Erkrankungen. Als Ressource bezeichnet Dr. I._____ die berufliche Ausbildung und die leicht überdurchschnittliche Intelligenz. Die Beschwerdeführerin sei sehr leistungsorientiert und habe Persönlichkeitszüge, die günstig seien wie Dankbarkeit für das Leben und die Erfolge. Zudem zeige sie Engagement für ihr wichtige Menschen. Er attestiert ihr auch Kreativität und Flexibilität. Die Ressourcen würden zusammenfassend überwiegen. Danach diskutiert Dr. I._____ die Depressionssymptomatik. Mit Blick auf die Trauer um den verstorbenen Ehemann sei der Trauerprozess in eine chronische Depression übergegangen. Die Depression sei aktuell gegenüber der Neurasthenie im Vordergrund, weshalb letztere Diagnose nicht mehr gestellt werden könne. An der Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Symptomen hält er hingegen fest. Mit Blick auf die funktionellen Einschränkungen bei Arbeit, Haushalt und Tagesablauf sei von einer mittelgradigen bis schweren Schmerzstörung auszugehen. Eine Komorbidität von erheblicher Schwere und Intensität sei mit Blick auf die neurasthenischen Probleme und die Persönlichkeitsstörung bei chronischem Schmerzsyndrom zu bejahen. Bezüglich Konsistenz äussert er sich wie folgt: Hinweise auf Verdeutlichung und Aggravation seien keine zu finden. Ohne die Alltagsaktivitäten, den Tagesablauf und die sozialen Kontakte zu benennen, bezeichnet er diese als kongruent zu den Befunden. Es bestehe ein Leidensdruck auch mit Blick auf die wiederaufgenommene psychiatrische Behandlung. Die psychosozialen und soziokulturellen Aspekte wie Alter, Abwesenheit vom Arbeitsmarkt und die subjektive Überzeugung, nicht mehr leisten zu können, würden keine Erkrankung darstellen. In seinem Fazit kommt Dr. I._____ zum Schluss, dass die Arbeitsunfähigkeit im Lichte von BGE 141 V 281 aufgrund der neuen Standardindikatoren und der Ressourcen leicht höher liege. Dies sei vor allem auf den Einbezug der Ressourcen zurückzuführen, wie er im Kapitel Risikofaktoren und Ressourcen mit Verweis auf das Meikirch-Modell dargelegt habe. Dazu komme auch, dass die Beurteilung der Komorbidität nicht mehr von juristischer Seite beeinflusst werde, sondern gemäss den Vorgaben des Bundesgerichts weitgehend nach medizinischen Regeln erfolge.

6.1 In Erwägung 4.3 hiavor wurden bereits die allgemeinen Grundsätze zur Beweistauglichkeit von ärztlichen Berichten dargelegt. In Bezug auf von einem Gericht eingeholten Gutachten gelten zudem die folgenden Grundsätze: Bei Gerichtsgutachten weicht das Gericht nicht ohne zwingende Gründe von der Einschätzung der medizinischen Fachpersonen ab, deren Aufgabe es ist, ihre Fachkenntnisse der Gerichtsbarkeit zur Verfügung zu stellen, um einen bestimmten Sachverhalt medizinisch zu erfassen (BGE 135 V 465 E. 4.4, 125 V 352 f. E. 3b/aa). Ein Grund zum Abweichen kann vorliegen, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu anderen Schlussfolgerungen gelangt. Eine abweichende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachleute dem Gericht als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass es die Überprüfung durch eine weitere Fachperson im Rahmen einer Oberexpertise für angezeigt hält, sei es, dass es ohne eine solche vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 351 E. 3b/aa mit Hinweisen).

6.2 Das Gerichtsgutachten der MEDAS Zentralschweiz vom 7. Mai 2014 sowie die ergänzende Beurteilung von Dr. I.____ vom 8. August 2016 sind in formeller Hinsicht nicht zu beanstanden. Sie sind umfassend, basieren auf einer vollständigen Aktenkenntnis, berücksichtigen die geklagten Beschwerden, enthalten eine umfassende Anamnese und nehmen zu abweichenden ärztlichen Meinungen Stellung. Die Parteien teilen grundsätzlich diese Auffassung, weichen aber in Bezug auf die Höhe der Arbeitsfähigkeit vom Gutachten ab bzw. halten es diesbezüglich als nicht überzeugend. Die Beschwerdegegnerin nimmt dabei eigene medizinische und rechtliche Würdigungen vor und vertritt den Standpunkt, dass in Anbetracht der vorhandenen überdurchschnittlichen Ressourcen sowie der gegebenen Therapieoptionen auch nach der Prüfung der Standardindikatoren keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt werden dürfe, weshalb keine Auswirkungen auf den abgelehnten Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin auszumachen seien. Die Beschwerdeführerin ist der Auffassung, dass die von Dr. I.____ geschätzte zumutbare Arbeitsfähigkeit von 45 % in der angestammten bzw. von 55 % in einer Verweistätigkeit in Anbetracht der von ihm festgestellten physischen und psychischen Beeinträchtigungen zu hoch sei und nicht zu überzeugen vermöge.

6.3 Zu prüfen ist daher, ob zwingende Gründe vorliegen, die Zweifel an der Beweistauglichkeit der beiden Gutachten der MEDAS Zentralschweiz in Bezug auf die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit wecken und dieses als nicht nachvollziehbar und überzeugend erscheinen lassen.

7.1 Die Beschwerdeführerin beanstandet die rheumatologischen Ausführungen des Gerichtsgutachtens vom 7. Mai 2014 unter Hinweis auf die Befunderhebung des Rheumazentrums F.____ im Bericht vom 18. Februar 2014. Darin werden eine akute immobilisierende Exazerbation des chronischen thorakolumbovertebralen Syndroms sowie eine Osteopenie diagnostiziert. Weiter wird festgehalten, dass eine Infiltration keine Besserung gebracht habe, neurologische Ausfälle nicht vorliegen würden und die Patientin in gutem Zustand habe entlassen werden können.

Der Bericht des Rheumazentrums F.____ enthält weder Diagnosen noch sonstige Befunderhebungen, die den Gerichtsgutachtern nicht bereits bekannt gewesen wären (vgl. Stellungnahme der MEDAS Zentralschweiz vom 13. Juni 2014). Die rheumatologische Beurteilung im Gerichtsgutachten ist äusserst umfassend und detailliert. Dr. N.____ stellt vorab fest, dass sich die klinische Untersuchung aufgrund der Schmerzen und des auffälligen Schmerzverhaltens der Beschwerdeführerin schwierig gestaltet habe. Weiter stellt er fest, dass weder lumbal noch zervikal eine Reiz- oder Ausfallsymptomatik vorliege. Die Schulterbeweglichkeit bezeichnet er als erheblich mit normaler Muskeltrophik und bei fehlender Einschränkung beim An- und Ausziehen. Die Kniegelenke würden stabile Verhältnisse und keine Ergüsse aufweisen. Dr. N.____ diagnostiziert ein chronifiziertes, therapierefraktäres Schmerzsyndrom diffus im Bereich der gesamten Halswirbelsäulen/Schulterpartie, im Bereich des Hinterkopfs, viszero-kranial temporo-mandibulär, diffus im Bereiche des gesamten Schultergürtels und der Arme bis in die distalen Vorderarme, im Bereich der Wirbelsäule sowie paravertebral, lumbo-pelvi-trochantär, präsakral und präkokzygeal (S. 12 des rheumatologischen Teilgutachtens vom 16. Februar 2014). Es bestehe eine generell herabgesetzte Schmerzschwelle und eine diffuse Allodynie im Sinne ei-

ner ausgeprägten Berührungs- und Druckempfindlichkeit der genannten Körperareale. Ein Fibromyalgiesyndrom verneint er aufgrund der generalisierten Druck- und Berührungsschmerzen. Das Ausmass der degenerativen Veränderungen im Bereich der Halswirbelsäule könne eine gewisse Minderbelastung hinsichtlich körperlicher Schwerarbeiten oder stundenlangen Arbeiten in einer zervikalen Zwangshaltung erklären, nicht aber das von der Beschwerdeführerin angegebene diffuse, allodyn sich präsentierende Schmerzbild in der gesamten Nacken-/Schulterpartie (Gutachten vom 7. Mai 2014, S. 38). Weiter legt Dr. N.____ nachvollziehbar dar, dass die radiologisch deutliche Osteochondrose in der Lendenwirbelsäule zu einer Minderbelastung des Achsenorgans auf lumbalen Niveau hinsichtlich körperlichen Schwerarbeiten und besonders rückenbelastenden Arbeitspositionen führe. Bezüglich der von der Beschwerdeführerin geklagten Kniebeschwerden bestehen gemäss Dr. N.____ keine schweren bzw. relevanten Gonarthrosen. Im rechten Knie liegt eine Meniskushypothese vor, die einer Behandlung zugeführt werden kann (Gerichtsgutachten vom 7. Mai 2014, S. 39). Zusammenfassend ist gestützt auf die überzeugenden Ausführungen von Dr. N.____ davon auszugehen, dass es sich um eine chronische Schmerzkrankheit handelt, die durch die objektivierbaren degenerativen Veränderungen am Bewegungsapparat keine hinreichende Erklärung findet. Die Beschwerdeführerin hat aus rheumatologischer Sicht zwar gewisse körperliche Einschränkungen, diese wirken sich aber nicht einschränkend auf ihre angestammte Tätigkeit oder eine leidensangepasste Tätigkeit aus.

7.2 Gestützt auf die nachvollziehbar begründeten Ausführungen der neurologischen Gutachterin Dr. O.____ ist zum Schluss zu kommen, dass aus neurologischer Sicht ebenfalls ein Schmerzsyndrom im Vordergrund steht, das im Nacken-/Schultergürtelbereich, im Beckengürtel bis ins linke Bein sowie im Kopf zu lokalisieren ist. Die Expertin führt dazu aus, dass eine ausgeprägte Berührungsempfindlichkeit und Myogelosen im Schultergürtelbereich sowie eine eingeschränkte HWS-Motilität in allen Bewegungsrichtungen bei ansonsten Fehlen von motorischen oder sensiblen Defiziten vorliegen würden. Ein manifestes zerviko- oder lumboradikuläres Reiz- und Ausfallsyndrom oder ein myeläres Ausfallsyndrom werden von ihr ebenfalls verneint. Es würden auch keine Ausfälle von peripheren Nerven und auch kein zentral bedingtes neurologisches Defizit vorliegen. Neurologische Ausfälle seien auch in den Akten nicht beschrieben worden. Weiter legt Dr. O.____ nachvollziehbar dar, dass die anhaltenden Schmerzen im Nacken, im Hals und im Schultergürtel sowie im Kopf nicht durch die Folgen des Sturzes vom Pferd erklärt werden könnten. In einem MRI der HWS seien degenerative Veränderungen im unteren Bereich der HWS nachweisbar. Dies könne zu Schmerzen führen. Die Arbeitstätigkeit als Lehrerin und als Fachfrau für Mode und Gestaltung im Atelier sei aus neurologischer Sicht jedoch als günstig zu beurteilen. Weiter weist Dr. O.____ darauf hin, dass die Auswirkungen der chronischen Schmerzen aufgrund der degenerativen Veränderungen der HWS in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit vom Rheumatologen beurteilt würden. Die Zusatzfrage der Beschwerdeführerin, ob es beim Reitunfall zu einem Schädel-Hirntrauma gekommen sei, wird von Dr. O.____ verneint. Die Frage, ob neuropsychologische Funktionsstörungen bestehen, wird von Dr. O.____ unter Hinweis auf die Untersuchungsergebnisse der Neuropsychologinnen ebenfalls verneint.

7.3 Die Beschwerdeführerin rügt weiter die neuropsychologische Abklärung. Soweit sie dabei für die Herabsetzung der Konzentration eine organische Ursache geltend macht, fehlen dafür, wie bereits in vorstehender Erwägung 7.2 ausgeführt, entsprechende Anhaltspunkte. Im Weiteren erweist sich auch das neuropsychologische Teilgutachten als umfassend und nachvollziehbar.

7.4 Die Beschwerdeführerin macht weiter geltend, dass sie an einem organischen Psychosyndrom nach traumatischer Hirnverletzung (Schädel-Hirn-Trauma) leide, was von der MEDAS Zentralschweiz verneint wird. Im Nachgang zum Reitunfall vom 24. September 2002 wurde vom Spital S.____ am 14. Oktober 2002 lediglich eine Distorsion der HWS diagnostiziert. Diese Diagnose wurde von Prof. Dr. med. T.____, Neurologie FMH, im Bericht vom 19. November 2002 bestätigt. Eine Contusio Capitis und eine Commotio Cerebri mit leichter traumatischer Hirnverletzung wurden erstmals anlässlich der Hospitalisation in der Rehaklinik U.____ im Frühjahr 2003 diagnostiziert, somit mehrere Monate nach dem Unfall. Vor dem Hintergrund dieser zeitnahen Beurteilungen der erstbehandelnden Klinik und des erfahrenen Neurologen wird im Gerichtsgutachten vom 7. Mai 2014 (S. 41) und im Ergänzungsgutachten vom 18. August 2016 (S. 15 f.) nachvollziehbar dargelegt, weshalb diese Diagnose nicht gestellt werden kann. Auch Dr. H.____ ist auf S. 18 seines Gutachtens der Meinung, dass ein solches Syndrom nicht sicher diagnostiziert werden könne. Das Vorliegen eines organischen Psychosyndroms ist damit nicht überwiegend wahrscheinlich; Zweifel an der Beweistauglichkeit der Gerichtsgutachten sind nicht gegeben.

7.5 Zu klären bleibt somit, ob zwingende Gründe vorliegen, um betreffend psychiatrische Diagnosen und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vom Gerichtsgutachten sowie dem ergänzenden Gutachten von Dr. I.____ abzuweichen.

7.6.1 Die Beschwerdeführerin beruft sich auf das Gutachten von Dr. H.____ vom 29. November 2014 und den Bericht von Dr. J.____ vom 19. Januar 2016, um die Beweistauglichkeit der Beurteilung des MEDAS Zentralschweiz in Zweifel ziehen. Dr. H.____ diagnostiziert in seinem Gutachten mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine anhaltende Persönlichkeitsveränderung im Rahmen eines chronischen Schmerzsyndroms. Ohne Auswirkungen bleibe eine rezidivierende depressive Störung, chronifiziert, mit leichteren bis allenfalls mittelgradigen Episoden bzw. Mischzuständen, aber keiner Major Depression. Dr. I.____ führt dazu in seiner Stellungnahme vom 9. März 2015 und im Gutachten vom 18. August 2016 aus, dass er die Argumentation von Dr. H.____ zwar einleuchtend und interessant finde, er aber mit dessen Schlussfolgerungen in Bezug auf die Diagnose und die Arbeitsfähigkeit nicht einverstanden sei. In Bezug auf die Diagnose Neurasthenie, die Dr. H.____ verneine, da keine sorgfältige Beobachtung über längere Zeit vorliege, führt Dr. I.____ aus, dass sich diese Voraussetzung in den ICD-10-Kriterien nicht finden lasse. Zu Recht weist Dr. I.____ darauf hin, dass es nicht relevant sei, ob die Diagnose im DSM-Katalog aufgeführt sei. In Bezug auf die von Dr. H.____ diagnostizierten andauernden Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom hält Dr. I.____ fest, dass die Diagnose F62.80 zwar im ICD-Code enthalten sei, aber die Kriterien für deren Diagnostik nicht explizit erwähnt würden. Er weist dann zu Recht darauf hin, dass die diagnostizierte Persönlichkeitsänderung Teil der Erkrankung der chronischen Schmerzen sei und damit keine

eigenständige Komorbidität darstelle. Zudem weist er richtigerweise darauf hin, dass Dr. H.____ die Kriterien zur Erfüllung seiner Diagnose nicht nenne. Betreffend die Einschätzung von Dr. H.____ in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit führt Dr. I.____ nachvollziehbar aus, dass dessen Schätzung relativ ausgeprägt auf subjektiven Einschätzungen der Explorandin beruhe und relativ wenig auf dem Abgleich zwischen Anforderungen der Tätigkeit an die Explorandin und ihren Fähigkeiten und Ressourcen.

7.6.2 In Bezug auf den Bericht von Dr. J.____ ist in formeller Hinsicht darauf hinzuweisen, dass sich die behandelnde Psychiaterin nicht mit der Beurteilung der MEDAS Zentralschweiz auseinander setzt. Hinzu kommt, dass sie die Beschwerdeführerin erst seit August 2014 behandelt und damit erst nach Erstattung des Gerichtsgutachtens beigezogen wurde. In diagnostischer Hinsicht weist sie darauf hin, dass ihre Diagnosen nicht wesentlich von denjenigen von Dr. H.____ abweichen würden. Einzig in Bezug auf die rezidivierende Depression bestehe ein Unterschied, denn diese sei nicht von leichtem bis mittlerem Grad, sondern von schwerem Ausmass und sie sei begleitet von einer schweren psychophysischen Erschöpfung respektive einer Burnout-Problematik, die sich zusätzlich auf die Arbeitsfähigkeit auswirke. Zudem bestünden belastende chronifizierte Angst- und Panikattacken, die Dr. H.____ nicht erwähnt habe. Dr. J.____ nimmt in ihren Ausführungen stark Bezug auf die schwere Tumorerkrankung des Ehemannes der Beschwerdeführerin im Jahr 2015 und seinen Tod am 20. November 2015.

7.6.3 Zusammenfassend ist davon auszugehen, dass diese beiden fachärztlichen Berichte aus einer Gesamtwürdigung heraus nicht als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen. In Bezug auf die psychiatrische Diagnostik ist daher auf die Ausführungen von Dr. I.____ abzustellen. Im Gutachten vom 18. August 2016 diagnostiziert er mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Störung (ICD-10: F33.8) bei komplizierter, schwerer Trauerreaktion (ICD-10: F38.8) sowie eine chronische Schmerzstörung (ICD-10: F45.41) mit somatischen und psychischen Faktoren mit andauernder Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom (ICD-10: F62.80). Seine Diagnosen unterscheiden sich damit von denjenigen des Gutachtens vom 7. Mai 2014 (Neurasthenie ICD-10: F48.0 und chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren ICD-10: F45.41). In Bezug auf die Depression führt Dr. I.____ auf S. 16 aus, dass er anlässlich der erstmaligen Begutachtung im Jahr 2014 keine eindeutige Depression gefunden habe. Es habe insbesondere das Leitsymptom einer wenig veränderlichen depressiven Stimmung gefehlt und die emotionale Reaktivität sei erhalten gewesen. Klinisch seien aber gewisse Hinweise auf eine Depression bereits vorhanden gewesen wie eine gedrückte Stimmung und ein Libidoverlust. Von daher habe bereits damals die Diagnose einer subsyndromalen Depression gestellt werden können, die durchaus funktionale Konsequenzen haben könne. Allerdings sei die Grundstimmung nur etwas angespannt gewesen und zum Teil bedrückt. Dies habe eher für eine Reaktion auf die anhaltenden Schmerzen und nicht für eine Depression gesprochen. Unter Hinweis auf die Diagnosen von Dr. H.____ und den Bericht der Klinik K.____ sowie die ICD-Beschreibung führt Dr. I.____ schlüssig aus, dass der klinische Eindruck einer mittelgradigen Depression wohl die beste Annäherung an den tatsächlichen Schweregrad sein dürfte. Die Explorandin befinde sich seit Jahren in einem Trauerprozess, der durch die unerwartete Erkrankung und den Tod des Ehepartners reaktiviert worden

sei. In der Zwischenzeit sei der Trauerprozess zumindest teilweise in eine chronische Depression übergegangen. Anders als 2014 seien die depressive Symptomatik und die Trauer aktuell so ausgeprägt, dass sie gegenüber der damals diagnostizierten neurasthenischen Symptomatik im Vordergrund stehe. Daher sei die Diagnose Neurasthenie aktuell nicht mehr zulässig, auch wenn die Erschöpfung verglichen mit 2014 eher noch zugenommen habe. Das sei verständlich, da eine schwere Trauer fast immer mit einer schweren Erschöpfung verbunden sei. Weiterhin Gültigkeit habe die Diagnose der chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Diesbezüglich stellt Dr. I._____ fest, dass sich in Bezug auf die Schmerzen keine Veränderung objektivieren lasse.

7.6.4 Gestützt auf die nachvollziehbaren Ausführungen von Dr. I._____ wird deutlich, dass die Krankheit und der Tod des Ehemannes zu einer wesentlichen Veränderung des psychischen Zustands geführt haben. Der aktuelle Gesundheitszustand ist geprägt von den Folgen der Betreuung des erkrankten Ehemannes und der Trauer um ihn nach seinem Tod (Dr. I._____, S. 21). Die diagnostische Abweichung zwischen der ersten und der zweiten Begutachtung ist somit nicht als Widerspruch und damit als erheblicher Mangel zu betrachten, sondern erfolgte unter Berücksichtigung der gesundheitlichen Entwicklung. Da für den vorliegenden Fall jedoch der Zeitpunkt des Verfügungserlasses am 22. Februar 2012 relevant ist, ist bezüglich psychischer Diagnostik auf das Gutachten vom 7. Mai 2014 abzustellen. Damit ist auch die von Dr. I._____ im Rahmen der chronischen Schmerzstörung aufgeführte Diagnose der andauernden Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom (ICD-10: F62.80) für die Beurteilung nicht zu berücksichtigen (vgl. dazu auch die Ausführungen der Beschwerdegegnerin vom 21. Oktober 2016). Selbst wenn sie berücksichtigt würde, würde dies an der rechtlichen Würdigung nichts ändern, da diese Diagnose ebenfalls nach den rechtlichen Kriterien zu beurteilen wäre, die für somatoforme Schmerzstörungen und ähnliche Leiden gelten (Urteil des Bundesgerichts vom 8. Oktober 2010, 9C_55/2010, E. 2.3).

7.7 Es ist somit davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt des Verfügungserlasses in psychischer Hinsicht mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit an einer Neurasthenie (ICD-10: F48.0) und einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) litt.

8.1.1 Zu klären bleibt die Verwertbarkeit des Gerichtsgutachtens in Bezug auf die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit. Unbestrittener Weise handelt es sich bei den vorliegend gestellten Diagnosen um unklare Beschwerdebilder, weshalb die mit BGE 141 V 281 eingeführten neuen beweisrechtlichen Anforderungen zu gelten haben (vgl. dazu Erwägung 3.4 hiavor). Dabei bilden auf den funktionellen Schweregrad bezogene Indikatoren das Grundgerüst. Anschliessend müssen die daraus gezogenen Folgerungen einer Konsistenzprüfung standhalten.

8.1.2 Das Bundesgericht hält in diesem Zusammenhang fest, dass die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit anhand der normativ vorgegebenen Kriterien sowohl Aufgabe der begutachtenden Ärzte als auch der Organe der Rechtsanwendung ist. Beide prüfen die Arbeitsfähigkeit je aus ihrer Sicht. Bei der Abschätzung der Folgen aus den diagnostizierten gesundheitlichen Beeinträchtigungen nimmt zuerst der Arzt Stellung zur Arbeitsfähigkeit. Diese bildet wichtige

Grundlage für die anschliessende juristische Beurteilung, welche Arbeitsleistung der versicherten Person noch zugemutet werden kann (BGE 141 V 281 E. 5.2.1). In diesem Sinne lautet die normativ bestimmte Gutachterfrage, wie die sachverständige Person das Leistungsvermögen einschätzt, wenn sie dabei den einschlägigen Indikatoren folgt. Die Rechtsanwender prüfen dabei die medizinischen Angaben frei, insbesondere daraufhin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben. Das heisst, ob sie ausschliesslich funktionelle Ausfälle berücksichtigt haben, welche Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung sind (Art. 7 Abs. 2 ATSG), und ob die versicherungsmedizinische Zumutbarkeitsbeurteilung auf objektivierter Grundlage erfolgt ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Auf diese Weise wird eine einheitliche und rechtsgleiche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit gesichert (BGE 141 V 281 E. 5.2.2). Recht und Medizin tragen, je nach ihren fachlichen und funktionellen Zuständigkeiten, zur Feststellung ein und derselben Arbeitsunfähigkeit bei. Das heisst, dass die medizinischen Gutachter nicht, wie häufig anzutreffen, eine quasi freihändige Beurteilung abgeben und daneben noch Grundlagen liefern sollen, anhand derer die Rechtsanwender eine von der subjektiven ärztlichen Einschätzung losgelöste Parallelüberprüfung vornehmen. Es gibt keine unterschiedlichen Regeln gehorchende, getrennte Prüfung einer medizinischen und einer rechtlichen Arbeitsfähigkeit (BGE 141 V 281 E. 5.2.3). Es können sich aber Konstellationen ergeben, bei welchen von der im medizinischen Gutachten festgestellten Arbeitsfähigkeit abzuweichen ist, ohne dass die gesamte gutachterliche Beurteilung ihren Beweiswert verliert (Urteil des Bundesgerichts vom 29. Dezember 2016, 9C_497/2016, E. 5.1).

8.2.1 Vorab ist auf die Rüge der Beschwerdegegnerin (Eingaben vom 10. September 2015 und vom 21. Oktober 2016) einzugehen, dass Dr. I.____ Einschränkungen im Bereich der Ausdauer, der kognitiven Fähigkeiten, vor allem der Konzentrationsfähigkeit und der Gedächtnisfunktionen, dem Arbeitstempo oder im Bereich der Kontakt- und Verkehrsfähigkeit erwähne und als Begründung für die verminderte Arbeitsfähigkeit anführe, dieser Einschätzung aber die Ergebnisse der neuropsychologischen Abklärung diametral entgegen stehen würden. In diesem Zusammenhang erachtet es die Beschwerdegegnerin zudem als problematisch und als formellen Mangel des Gutachtens, dass nirgendwo nachvollzogen werden könne, weshalb die Gutachter in ihrer auf dem Zirkularweg erfolgten Konsensbesprechung trotz überdurchschnittlicher Leistung anlässlich der neuropsychologischen Testung zum Schluss gelangt seien, es würden doch Beeinträchtigungen bestehen. Es sei nicht erkennbar, wie die Neuropsychologinnen und Dr. I.____ die Ungereimtheiten auf dem schriftlichen Weg aus der Welt geschafft hätten.

8.2.2 Zwischen Dr. M.____ und Dr. L.____ fand am 28. März 2014 eine Schlussbesprechung statt, die auf einem vorgängig im Zirkulationsverfahren erarbeiteten Konsensfindungsprozess aller beteiligten Fachleute beruhte. Dies bedeutet, dass auch die beiden Neuropsychologinnen im Rahmen des Zirkulationsverfahrens auf die Gesamtbeurteilung haben Einfluss nehmen können. Weiter ist ein inhaltlicher Widerspruch des Gutachtens, der unentdeckt geblieben wäre, auszuschliessen, nachdem bei der Frage 8.4 (S. 46) des Gutachtens explizit festgehalten wird, dass die Beschwerdeführerin nicht an neuropsychologischen Einschränkungen leide und keine Funktionsstörungen festgestellt worden seien, und die Ermüdbarkeit sowie die Konzentrationsschwierigkeiten auf die psychischen Leiden, speziell auf die Neurasthenie, zurückzuführen seien. Die Gutachter waren sich somit im Klaren über die Ergebnisse der neu-

ropsychologischen Tests. Auch Dr. I._____ nimmt auf S. 4 des psychiatrischen Teilgutachtens auf die Ergebnisse der neuropsychologischen Untersuchung vom 31. Januar 2014 Bezug. Weiter gilt es zu berücksichtigen, dass die beiden Neuropsychologinnen in ihrem Teilgutachten vom 31. Januar 2014 unter Ziffer 5 zwar festhalten, dass sich eine alters- und ausbildungsadäquate kognitive Leistungsfähigkeit bei anamnestisch verminderter mentaler Belastbarkeit finden lasse. Sie führen aber weiter aus – und dies ist vorliegend entscheidend –, dass die kognitiven Leistungen von einer Vielzahl von Kontextfaktoren abhängig seien (u.a. Schmerzintensität, Medikation, Schlafqualität, Müdigkeit), weshalb intermittierende Leistungsschwankungen im Alltag trotz grundsätzlich unauffälliger kognitiver Leistungen nachvollziehbar seien. Weiter halten sie fest, dass die mentale Belastbarkeit für eine dreistündige Untersuchung gegeben sei, sie aber zur Belastbarkeit über einen längeren Zeitraum (Arbeitstag/Arbeitswoche) keine verlässlichen Angaben machen könnten. Insoweit die Beschwerdegegnerin auf die konkrete Untersuchungssituation Bezug nimmt (Freitagmorgen, hohes Schmerzniveau), vermag dieser Einwand die Ausführungen der Neuropsychologinnen deshalb nicht in Frage zu stellen.

Dr. I._____ hält im Psychostatus (Teilgutachten vom 10. Februar 2014, S. 3) fest, dass die Beschwerdeführerin zu Beginn des Gesprächs wach und frisch gewirkt habe, sie aber zunehmend müde und erschöpft geworden sei, was sich im Laufe des Gesprächs noch verstärkt habe. Auffällig sei zudem, dass sie wiederholt einen Satz begonnen habe, dann den Faden verloren habe, habe abbrechen müssen oder eine neue Formulierung begonnen habe. Sie habe wiederholt lange mit der Antwort gezögert, vor allem bei für sie neuen Fragen und habe offensichtlich längere Zeit nachgedacht. Er interpretiert dieses Verhalten als Konzentrationsstörungen, verneint aber konsistent mit den neuropsychologischen Erkenntnissen klinisch relevante Gedächtnis- und Wahrnehmungsstörungen. Ein massgeblicher Widerspruch im Gutachten in Bezug auf die neuropsychologischen Einschränkungen ist damit nicht auszumachen, weshalb die Beweistauglichkeit des Gerichtsgutachtens nicht in Zweifel zu ziehen ist.

8.2.3 Damit ist gestützt auf die nachvollziehbaren Ausführungen von Dr. I._____ davon auszugehen, dass die Neurasthenie bei der Beschwerdeführerin zu Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen, Einschränkungen im Antrieb und Durchhaltevermögen führt. Die Schmerzstörung bewirkt ebenfalls Konzentrationsstörungen, darüber hinaus aber auch eine Verlangsamung, Schwankungen der Leistungsfähigkeit sowie Schlafstörungen mit erhöhter Tagesmüdigkeit, die zu einem vermehrten Pausenbedarf führen. Beide Diagnosen verursachen vermehrte Müdigkeit und Kraftlosigkeit, was die Regenerationsfähigkeit der Beschwerdeführerin einschränkt.

8.3 In Bezug auf die konkrete Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ist der Beschwerdegegnerin dahingehend zuzustimmen, dass nicht ganz klar wird, weshalb Dr. I._____ anlässlich der zweiten Begutachtung zu einer um jeweils 10 % höheren Einschränkung sowohl in der angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit gelangte. Insoweit er auf S. 24 des neuen Gutachtens ausführt, dass die Arbeitsunfähigkeit im Lichte der neuen Sichtweise von BGE 141 V 281 aufgrund der neuen Standardindikatoren und der Ressourcen leicht höher liege, ist dies nicht ganz schlüssig. Denn wie von der Beschwerdegegnerin ausgeführt, bezieht sich Dr. I._____ auf den Umstand, dass die Beurteilung der Komorbidität neu nicht mehr von juristischer Seite

beeinflusst werde. Entgegen der damaligen Rechtsprechung bejahte er bereits anlässlich der ersten Begutachtung das Vorliegen einer Komorbidität, obwohl es sich um zwei Störungen aus dem somatoformen Formenkreis handelte. Darüber hinaus zeigt ein Vergleich der im ersten Gutachten und im Ergänzungsgutachten aufgeführten Einschränkungen, dass diese von Dr. I.____ nahezu identisch beschrieben worden sind. Daher erscheint eine Erhöhung der Arbeitsunfähigkeit um 10 % auch von dieser Warte aus betrachtet nicht plausibel (Gutachten vom 18. August 2016, S. 22; Gutachten vom 10. Februar 2014, S. 14 in Bezug auf die angestammte Tätigkeit und S. 23 und S. 16 in Bezug auf eine angepasste Tätigkeit). Aus diesem Grund ist – auch unter Berücksichtigung des Umstands, dass das Gericht in Bezug auf die Diagnosen grundsätzlich auf das erste Gutachten abstellt – von den Einschätzungen von Dr. I.____ im ersten Gutachten auszugehen.

8.4 Die Beschwerdegegnerin stellt sich in der Eingabe vom 21. Oktober 2016 unter Hinweis auf die Stellungnahme von Dr. G.____ vom 27. September 2016 und BGE 141 V 281 zudem auf den Standpunkt, dass aufgrund der vorhandenen überdurchschnittlichen Ressourcen sowie der gegebenen Therapieoptionen auch nach Prüfung der Standardindikatoren keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt werden dürfe.

8.5 Vorab ist nochmals in Erinnerung zu rufen, dass es nicht genügt, dass ein anderer Facharzt zu einer anderslautenden Einschätzung gelangt, um die Beweiskraft des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen. Dies muss grundsätzlich auch bei einem auf Indikatoren basierenden Beweisverfahren gelten. Ebenso ist zu berücksichtigen, dass Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen, trotz ihrer grundsätzlichen Beweiseignung, praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft zukommt wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger veranlassten Gutachten unabhängiger Sachverständiger (BGE 134 V 231 E. 5.1 mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3b/bb/ee).

8.6 Ab S. 24 des Gutachtens vom 8. August 2016 beantwortet Dr. I.____ die Fragen des Gerichts im Zusammenhang mit den auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Indikatoren, die das Grundgerüst der Folgenabschätzung bilden. Dr. I.____ hat alle Fragen beantwortet, wobei er unter anderem auch auf das Gutachten verweist. Er stellt die beiden Diagnosen Neurasthenie und chronische Schmerzstörung ICD-konform und äussert sich detailliert und nachvollziehbar zu den einzelnen diagnoserelevanten Kriterien. Er ist dabei klar und methodisch vorgegangen, hat gängige Untersuchungsverfahren angewendet, so z.B. den psychopathologischen Befund nach dem AMDP-System erfasst und dokumentiert. Weiter beruhen seine Schlussfolgerungen auf einer zweimaligen, jeweils mehrstündigen Untersuchung der Beschwerdeführerin. Ebenfalls von grosser Sorgfalt zeugt die detaillierte Auseinandersetzung mit allfälligen anderen Diagnosen, bei denen er fundiert darlegt, weshalb er diese ausschliesst. Dr. I.____ setzt sich auch mit den Wechselwirkungen der beiden Diagnosen auseinander. Gestützt auf seine Ausführungen kann nicht davon ausgegangen werden, dass es sich bei den beiden Diagnosen lediglich um diagnostisch unterschiedlich erfasste Varianten derselben Entität mit identischen Symptomen handelt.

In Bezug auf die Symptomatik hält Dr. I.____ fest, dass diese vor allem dann auftrete, wenn die Explorandin unter einem gewissen Druck stehe, Forderungen an sie gestellt würden und sie Leistungen erbringen müsse. Es leuchtet ein, dass sich diese Symptomatik im Arbeitsalltag besonders stark auswirkt und die Arbeitsfähigkeit einschränkt. Nach den von der Beschwerdeführerin von Dr. I.____ als glaubhaft eingestuften Angaben ist sie somit durch die multiplen Schmerzen und die Erschöpfung in geistigen und körperlichen Aktivitäten eingeschränkt und in ihren Alltagsfunktionen beeinträchtigt (Ziffer 6.1 des Gutachtens vom 8. August 2016). Diese Einschätzungen erscheinen schlüssig, insbesondere unter Berücksichtigung des Umstands, dass die Beschwerdeführerin seit fast 20 Jahren die gleichen Symptome schildert. Weiter ist festzustellen, dass Dr. I.____ nicht iv-relevante Faktoren explizit ausgeschieden hat. Was die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome betrifft, kann daher vollumfänglich auf die ausführlichen und nachvollziehbaren Ausführungen von Dr. I.____ verwiesen werden.

8.7 In Bezug auf den Indikator „Behandlungs- und Eingliederungserfolgs oder -resistenz“ stellt sich die Beschwerdegegnerin auf den Standpunkt, dass Therapiemöglichkeiten bestehen würden und die Beschwerdeführerin diese nicht ausgenutzt habe, weshalb nicht von einem invalidisierenden Leiden ausgegangen werden könne, weil es nicht schwer sei und therapeutisch noch angegangen werden könne. Dr. I.____ zeige insbesondere eine kognitive Verhaltenstherapie nebst weiteren diskutierten Therapieansätzen auf, die schon zwischen 2003 und Februar 2012 geeignet gewesen wären, den Gesundheitszustand und damit zusammenhängend die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu verbessern. Auf das Bestehen von Therapiemöglichkeiten habe nicht erst Dr. I.____ hingewiesen. Es ziehe sich durch sämtliche bisher erstellten Gutachten, dass stets Therapiemassnahmen empfohlen worden seien.

Dr. I.____ stellt fest, dass die aktuelle Therapie lege artis sei. Ein Blick in die langjährige Krankengeschichte der Beschwerdeführerin zeigt, dass sie sich immer wieder in psychotherapeutischer Behandlung befand. Bereits 1996/97 war sie bei Dr. med. V.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, in Behandlung. Nachdem ihr im Rahmen des Aufenthalts in der Rehaklinik U.____ im Frühjahr 2003 vom konsiliarisch beigezogenen Psychiater Dr. med. W.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, eine psychotherapeutische Behandlung empfohlen wurde, begab sie sich ab April 2003 in eine neuropsychologisch orientierte Psychotherapie sowie eine wöchentliche Kunsttherapie bei Dr. phil. X.____ (Austrittsbericht der Rehaklinik U.____ vom 22. April 2003, iv-act. 23). Die Gutachter der MEDAS Basel, die im Jahr 2004 von einem organischen Psychosyndrom ausgingen, hielten fest, dass Dr. X.____ auf Schädel-Hirn-Traumaverletzungen und deren Therapie spezialisiert sei, weshalb die neuropsychologische Therapie weitergeführt und intensiviert werden sollte. Dem Gutachten der MEDAS Bern sodann kann auf S. 9 entnommen werden, dass die Beschwerdeführerin die Behandlung bei Dr. X.____ als sehr hilfreich erlebt habe. Diese sei, entgegen ihres eigenen Bedürfnisses, nach zwei Jahren beendet worden, nachdem keine Versicherung mehr die Kosten habe übernehmen wollen. Auch nach der aktuellen Gerichtsbegutachtung befolgte die Beschwerdeführerin die Empfehlungen von Dr. I.____ und begab sich erneut in eine Psychotherapie, dieses Mal bei Dr. J.____. Daneben liess sich die Beschwerdeführerin über Jahre hinweg, immer auch wieder stationär, somatisch-pharmakologisch behandeln. Die ärztliche Empfehlung der MEDAS Zentralschweiz im Schreiben vom 13. Juni 2014, die Beschwerdeführerin habe dringend von einer somatisch

orientierten Therapie auf eine psychiatrische zu wechseln, ist in diesem Zusammenhang als Ausdruck dafür zu werten, dass das Leiden von den Gutachtern nicht als leichtgradig eingeschätzt wird (Urteil des Bundesgerichts vom 16. Februar 2017, 9C_688/2016, E. 3.8).

Es ist somit von einem chronifizierten Krankheitsgeschehen auszugehen, dessen Therapiemöglichkeiten zwar noch nicht gänzlich ausgeschöpft worden sind, aber an dessen Schweregrad nicht zu zweifeln ist. In diesem Sinne hält Dr. I._____ eine negative Prognose fest, indem er feststellt, dass so ausgeprägte Neurasthenien erfahrungsgemäss lange brauchen würden, bis es zu einer Verbesserung komme. Zudem sei die Verbesserung des Gesundheitszustands oft leider auch nur eine teilweise, so dass nicht damit zu rechnen sei, dass die Beschwerdeführerin die notwendige Belastbarkeit für ein Vollpensum in ihrer bisherigen Arbeit wieder erreiche.

8.8 Die Beschwerdegegnerin legt zudem dar, dass Dr. I._____ festhalte, dass die weit überdurchschnittlichen Ressourcen die Risiken und Belastungen überwiegen würden. Dr. I._____ zeigt ab S. 13 des Ergänzungsgutachtens äusserst detailliert und fundiert die Risikofaktoren und die Ressourcen der Beschwerdeführerin auf. Auf S. 15 hält er zwar, wie von der Beschwerdegegnerin dargelegt, zusammenfassend fest, dass die Ressourcen die Risiken und Belastungen überwiegen würden. Anschliessend führt er aber aus, und das dürfte für den vorliegenden Fall entscheidend sein, dass wahrscheinlich ein Missverhältnis bestehe zwischen den weit überdurchschnittlichen Ressourcen und den Belastungen und Anforderungen, die das Leben an die Beschwerdeführerin stelle, da sich trotzdem Symptome entwickelt hätten. Mit anderen Worten, so Dr. I._____ weiter, seien die Belastungen wahrscheinlich aussergewöhnlich hoch gewesen, wenn die Beschwerdeführerin krank werde.

8.9 Dr. I._____ nimmt eine Konsistenzprüfung vor und hält auf S. 20 seines Gutachtens vom 18. August 2016 zusammenfassend fest, dass in Bezug auf die im Vordergrund stehende Symptomatik die Schilderung der Beschwerden, des Tagesablaufs, der Aktivitäten und der sozialen Kontakte konsistent mit den Befunden und den Akten und kongruent mit den Diagnosen seien. Ungleichmässigkeiten konnte er nicht eruieren. In Anbetracht des Umstands, dass er der Beschwerdeführerin lediglich eine teilweise Arbeitsunfähigkeit von nicht mehr als 45 % attestiert, vermögen daher Autofahrten oder die Pflege von Angehörigen kein inkonsistentes Verhalten der Beschwerdeführerin darzulegen. Weiter ist darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdeführerin über Jahre hinweg einen Teil ihrer Restarbeitsfähigkeit verwertet hat, weshalb Alltagsaktivitäten die von medizinischer Sicht her attestierten Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit nicht grundsätzlich in Frage zu stellen vermögen. Die Schilderungen zum Tagesablauf und zum Sozialen stehen gemäss gutachterlicher Auffassung, an der nicht zu zweifeln ist, mit der attestierten Restarbeitsfähigkeit im Einklang. Weiter ist aufgrund der jahrelang in Anspruch genommenen Therapien, die auch mehrfach stationär erfolgt sind, auf einen erheblichen Leidensdruck der Beschwerdeführerin zu schliessen. Dass es sich dabei aus gutachterlicher Sicht um unzureichende, eher am Körperlichen orientierte Therapiemassnahmen handelte, ändert nichts daran, dass die geschilderten Beschwerden und die Inanspruchnahme der Therapie übereinstimmen. Im Schreiben vom 13. Juni 2014 verwenden Dr. L._____ und Dr. M._____ sogar den Begriff der Therapieabhängigkeit. Die Schlussfolgerung von Dr. I._____, dass es keine Inkonsistenzen

gibt, ist daher überzeugend. Er hat dabei keine Überbeleuchtung von Einzelaspekten vorgenommen, sondern alle Kriterien gemäss BGE 141 V 281 in seine Einschätzung miteinbezogen.

8.10 Zusammenfassend ist daher festzuhalten, dass Dr. I.____ gesundheitliche Beeinträchtigungen von erheblicher Schwere und deren funktionellen Auswirkungen in erwerblicher Sicht objektiv, schlüssig und widerspruchsfrei ausgewiesen hat (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Es kann deshalb der gutachterlichen Einschätzung der Restarbeitsfähigkeit (Einschränkung im angestammten Beruf von 45 % und von 35 % in einer Verweistätigkeit) gefolgt werden. Anhaltspunkte für eine höhere Arbeitsunfähigkeit, wie von der Beschwerdeführerin mit Eingabe vom 26. Oktober 2016 dargelegt, liegen keine vor. Dr. I.____ hat die Erschöpfung der Beschwerdeführerin in gehöriger Weise bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt. Es besteht daher kein Anlass für weitere medizinische Abklärungen.

9.1 Es bleibt der Einkommensvergleich. Gemäss Art. 16 ATSG wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades einer erwerbstätigen versicherten Person das Erwerbseinkommen, das diese nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (BGE 104 V 136). Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts ist für die Vornahme des Einkommensvergleichs in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich auf die Gegebenheiten im Zeitpunkt des Rentenbeginns abzustellen (vgl. BGE 129 V 222, 128 V 174). Sind Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom gleichen Lohn zu berechnen, erübrigt sich deren genaue Ermittlung; diesfalls entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit.

9.2.1 In einem ersten Schritt ist der frühestmögliche Rentenbeginn festzulegen. Die Beschwerdegegnerin hielt dazu in der angefochtenen Verfügung fest, dass die Abklärungen ergeben hätten, dass die Beschwerdeführerin aufgrund des Gesundheitsschadens weder in der Vergangenheit noch zum aktuellen Zeitpunkt in ihrer Arbeitsfähigkeit mehr als 20 % eingeschränkt gewesen sei. Daher habe der Gesundheitsschaden keine langandauernde Erkrankung im versicherungsrechtlichen Sinne bewirkt. Die gesetzliche Wartezeit mit einer durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeit von mindestens 40 % und nach Ablauf der Wartezeit andauernden Arbeitsunfähigkeit von 40 % sei nicht erfüllt. Daher sei das Wartejahr gar nie abgelaufen.

9.2.2 Sowohl nach der bis Ende 2007 geltenden Bestimmung von Art. 29 Abs. 1 lit. b IVG als auch gemäss der seit dem 1. Januar 2008 in Kraft stehenden Regelung von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG setzt der Anspruch auf eine IV-Rente voraus, dass die versicherte Person während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen ist (sog. Wartejahr). Die Wartezeit im Sinne von Art. 29 Abs. 1 lit. b IVG gilt in jenem Zeitpunkt als eröffnet, in welchem eine deutliche Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit eingetreten ist. Als erheblich gilt bereits eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % (Urteil des Bundesgerichts vom

24. November 2010, 9C_757/2010, E. 4.1). Dabei ist nur die Arbeitsunfähigkeit von Bedeutung, das heisst die als Folge des Gesundheitsschadens bedingte Einbusse an funktionellem Leistungsvermögen im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich (Urteil des Bundesgerichts vom 5. Dezember 2011, 8C_652/2011, E. 2). Der Zeitpunkt des Eintritts der Arbeitsunfähigkeit muss überwiegend wahrscheinlich nachgewiesen sein. Dieser Nachweis darf nicht durch nachträgliche erwerbliche oder medizinische Annahmen und spekulative Überlegungen ersetzt werden. Vielmehr bedarf es dazu regelmässig zusätzlich einer (überzeugenden) medizinischen Einschätzung, die ordentlicherweise echtzeitlicher Natur ist (SVR 2010 IV Nr. 17, 8C_195/2009, E. 5).

9.2.3 Mit der 5. IVG-Revision per 1. Januar 2008 wurde eine sechsmonatige Wartefrist ab Einreichung des Leistungsgesuchs eingeführt (Art. 29 Abs. 2 IVG). Der Rentenanspruch kann heute folglich frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs ausgerichtet werden. Vorliegend wurde das Gesuch von der Beschwerdeführerin im August 2000 eingereicht. Aufgrund der in Erwägung 3.1 hiervor zitierten allgemeinen intertemporalen Regelung gelangt daher die bis Ende 2007 in Kraft gestandene Fassung von Art. 29 Abs. 2 IVG zur Anwendung, wonach die Rente vom Beginn des Monats an ausgerichtet wird, in dem der Anspruch entsteht.

9.2.4 Dr. I._____ legt den Beginn der von ihm attestierten Arbeitsunfähigkeit per Austritt aus der Rehaklinik U._____ am 6. März 2003 fest. Weiter zurück konnte er keine Aussage machen. Daher ist eine Beurteilung gestützt auf die in den Akten vorhandenen echtzeitlichen medizinischen Angaben vorzunehmen. Die lange Abklärungsdauer darf der Beschwerdeführerin in diesem Zusammenhang nicht zum Nachteil gereichen. Dr. D._____ und Dr. med. Y._____, Amtsarzt des Gesundheitsamts des Kantons Z._____, attestierten der Beschwerdeführerin in der Zeit zwischen IV-Anmeldung und Reitunfall eine Arbeitsunfähigkeit von 12 % in der angestammten Tätigkeit (Arztbericht für Erwachsene vom 14. September 2000, IV act. 4, sowie Arztbericht vom 3. Juli 2001, IV act. 16). Bis zum Reitunfall musste sich die Beschwerdeführerin zwei Operationen unterziehen, die aber nicht zu längerdauernden Arbeitsunfähigkeiten führten. Es ist daher davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin in der Zeitspanne zwischen der Anmeldung im Jahr 2000 und dem Zeitpunkt des Reitunfalles nicht während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig war. Erst nach dem Unfallzeitpunkt trat eine höhere Arbeitsunfähigkeit ein; so zuerst vom 15. Oktober 2002 bis 5. März 2003 eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit, dann gemäss Gerichtsgutachten ab dem 6. März 2003 eine Arbeitsunfähigkeit von 45 % im angestammten Beruf. Somit hat das gemäss Art. 29 Abs. 1 lit. b IVG (in der bis Ende 2007 gültigen Fassung) vorgesehene Wartejahr am 15. Oktober 2002 zu laufen begonnen und endete am 14. Oktober 2003, womit frühestmöglicher Rentenbeginn Oktober 2003 wäre. Dies gilt auch unter Berücksichtigung der festgestellten Einschränkungen im Aufgabenbereich. Gemäss erstem Haushaltsabklärungsbericht anlässlich der Abklärung vom 30. Mai 2001 (IV act. 15) wurde lediglich eine Einschränkung von 32 % (ungewichtet) festgestellt.

Da das Wartejahr erst im Oktober 2003 abgelaufen ist, erübrigt sich die Auseinandersetzung mit der von der Beschwerdegegnerin bis 28. Februar 2003 angewendeten gemischten Methode

mit einer Gewichtung von Erwerb 80 % und Haushalt 20 %. Der IV-Grad ist gestützt auf einen Einkommensvergleich nach Art. 16 ATSG zu ermitteln. Dabei sind die am 1. Oktober 2003 gegebenen Einkommensverhältnisse massgebend, weshalb im Vergleich zur angefochtenen Verfügung eine neue Berechnung zu erfolgen hat.

9.3 Zur Berechnung des Valideneinkommens stellte die Beschwerdegegnerin auf die Angaben des Arbeitgebers ab. Sie ging davon aus, dass die angestammte Tätigkeit die Lehrerinnentätigkeit sei. Zur Tätigkeit in der eigenen Modeboutique äusserte sich die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung nicht. Die Würdigung der Akten zeigt, dass die Beschwerdeführerin mit dem Laden, den sie im Jahr 1997 gegründet hatte, nie ein existenzsicherndes Einkommen hatte erwirtschaften können. Dies bedeutet – wäre sie nicht krank geworden –, dass sie zwangsläufig früher oder später vollzeitlich in ihre angestammte Tätigkeit als Lehrerin hätte wechseln müssen, um ihren Lebensunterhalt nach der Scheidung alleine zu bestreiten. Daher ist für die Berechnung des Valideneinkommens auf die Lehrerinnentätigkeit abzustellen, wie das die Beschwerdegegnerin ebenfalls gemacht hat. Gemäss Unfallmeldung UVG vom 21. Oktober 2002 verdiente die Beschwerdeführerin bei 11.5 Wochenlektionen und einer betriebsüblichen Wochenarbeitszeit von 25 Lektionen im Grundlohn Fr. 3'629.40 (x 13) (IV act. 18). Da es sich hierbei um die zeitnahesten Zahlen handelt, ist zur Berechnung des Valideneinkommens auf diese Angaben abzustellen. Das Jahreseinkommen im Jahr 2002 hätte bei einem 100 % Pensum Fr. 102'558.-- betragen. Bei einer Nominallohnentwicklung von 2.1 % (Tabelle T1.2.93_V, Frauen, 2002-2010, Abschnitt M, N, O, Unterrichtswesen) ergäbe sich im Jahr 2003 somit ein Valideneinkommen von Fr. 104'711.--.

9.4.1 Das Invalideneinkommen bezeichnet das mit dem invalidisierenden Gesundheitsschaden zumutbarerweise noch erzielbare Erwerbseinkommen. Dr. I.____ erachtet die angestammte Tätigkeit zu 55 % als zumutbar. In der angestammten Tätigkeit könnte die Beschwerdeführerin im Jahr 2003 daher ein Einkommen von Fr. 57'591.-- (Fr. 104'711.-- x 0.55) erzielen.

9.4.2 Zu klären bleibt, ob die Beschwerdeführerin in einer leidensangepassten Tätigkeit ein höheres Invalideneinkommen erzielen und damit ihre Resterwerbsfähigkeit besser verwerten könnte. Gestützt auf die Einschätzung von Dr. I.____ ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin in einer einfachen Hilfstätigkeit eine Restarbeitsfähigkeit von 65 % hat. Zur Berechnung des hypothetischen Einkommens in einer einfachen Hilfsarbeit ist auf die Schweizerische Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik 2002 (LSE) Tabelle TA1, Privater Sektor, Anforderungsniveau 4, Spalte Frauen, Fr. 3'820.-- monatlich, basierend auf 40 Wochenstunden, abzustellen. Angepasst an die Nominallohnentwicklung von 1.7 % (vgl. BFS T1.2.93 Nominallohnindex Frauen 1993-2004) und die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden (vgl. die Volkswirtschaft, 3-2007, S. 90, Tabelle B 9.2) x 12 Monate ergibt sich ein Jahreseinkommen von Fr. 48'600.--. Bei einem zumutbaren Pensum von 65 % ist von einem Invalideneinkommen von Fr. 31'590.-- auszugehen. Für einen leidensbedingten Abzug (vgl. dazu BGE 126 V 75) ist kein Platz, da die leidensbedingten Einschränkungen bereits im Pensum berücksichtigt worden sind und sich Teilzeitarbeit bei Frauen nicht lohnmindernd auswirkt (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts vom 3. August 2012, 8C_503/2012, E. 7). Andere Hinweise für einen deutlich tieferen Lohn gibt es nicht.

9.4.3 Die vorstehenden Ausführungen zeigen, dass die Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit ein deutlich höheres Invalideneinkommen erwirtschaften könnte. In Berücksichtigung der allen versicherten Personen obliegenden Schadenminderungspflicht und Art. 16 ATSG ist zur Berechnung des IV-Grads daher auf dieses Einkommen abzustellen, womit ein IV-Grad von 45 % resultiert.

10. Die Beschwerde erweist sich damit als begründet, weshalb sie gutgeheissen wird. Die Verfügung vom 22. Februar 2012, mit der die Beschwerdegegnerin den Anspruch auf eine IV-Rente verneint hat, wird aufgehoben. Gestützt auf die überzeugenden Beurteilungen der Gutachter der MEDAS Zentralschweiz, welche die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei nachgewiesen haben, ist ein rentenbegründender Invaliditätsgrad anzuerkennen, wobei von einem IV-Grad von 45 % auszugehen ist. Die Beschwerdeführerin hat damit ab dem 1. Oktober 2003 Anspruch auf eine Viertelsrente.

11.1 Es bleibt über die Kosten zu entscheiden. Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} Satz 1 IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Nach § 20 Abs. 3 Satz 2 des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend ist die Beschwerdegegnerin unterliegende Partei, weshalb sie grundsätzlich die Verfahrenskosten zu tragen hätte. In diesem Zusammenhang ist allerdings zu beachten, dass laut § 20 Abs. 3 Satz 3 VPO den Vorinstanzen – vorbehältlich des hier nicht interessierenden § 20 Abs. 4 VPO – keine Verfahrenskosten auferlegt werden. Aufgrund dieser Bestimmung hat die Beschwerdegegnerin als Vorinstanz trotz Unterliegens nicht für die Verfahrenskosten aufzukommen. Es werden deshalb keine Verfahrenskosten erhoben. Der geleistete von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 600.-- wird ihr zurückerstattet.

11.2 Nach Art. 45 Abs. 1 ATSG hat der Versicherungsträger die Kosten der Abklärung zu übernehmen, soweit er die Massnahmen angeordnet hat. Hat er keine Massnahmen angeordnet, so übernimmt er deren Kosten dennoch, wenn die Massnahmen für die Beurteilung des Anspruchs unerlässlich waren oder Bestandteil nachträglich zugesprochener Leistungen bilden. Wie das Bundesgericht in BGE 137 V 210 entschieden hat, sind in den Fällen, in denen zur Durchführung der vom Gericht als notwendig erachteten Beweismassnahme an sich eine Rückweisung in Frage käme, eine solche indessen mit Blick auf die Wahrung der Verfahrensfairness entfällt, die Kosten der durch das Gericht in Auftrag gegebenen Begutachtung den IV-Stellen aufzuerlegen. Dies sei, so das Bundesgericht weiter, mit der zitierten Bestimmung von Art. 45 Abs. 1 ATSG durchaus vereinbar (BGE 137 V 265 f. E. 4.4.2). Mit BGE 139 V 496 E. 4.4 hat das Bundesgericht weitere Kriterien aufgestellt, die bei der Beurteilung der Frage zu berücksichtigen sind, ob die Kosten eines Gerichtsgutachtens der Verwaltung auferlegt werden können. Es erwog, es müsse ein Zusammenhang bestehen zwischen dem Untersuchungsmangel seitens der Verwaltung und der Notwendigkeit, eine Gerichtsexpertise anzuordnen. Dies sei namentlich in folgenden Konstellationen der Fall: Wenn ein manifester Widerspruch zwischen

den verschiedenen, aktenmässig belegten ärztlichen Auffassungen bestehe, ohne dass die Verwaltung diesen durch objektiv begründete Argumente entkräftet habe (BGE 135 V 465 E. 4.4, siehe auch BGE 139 V 225 E. 4 und Urteil des Bundesgerichts vom 27. Juni 2013, 8C_71/2013, E. 2); wenn die Verwaltung zur Klärung der medizinischen Situation notwendige Aspekte unbeantwortet gelassen oder auf eine Expertise abgestellt habe, welche die Anforderungen an eine medizinische Beurteilungsgrundlage nicht erfülle (BGE 125 V 351 E. 3a). Wenn die Verwaltung dagegen den Untersuchungsgrundsatz respektiert und ihre Auffassung auf objektive konvergente Grundlagen oder auf die Ergebnisse einer rechtsgenügenden Expertise gestützt habe, sei die Überbindung der Kosten des erstinstanzlichen Gerichtsgutachtens an sie nicht gerechtfertigt, aus welchen Gründen dies auch immer erfolge (zum Beispiel aufgrund der Einreichung neuer Arztberichte oder eines Privatgutachtens).

Vorliegend wurden von der Beschwerdeführerin keine neuen Beweismittel aufgelegt, die das Kantonsgericht veranlasst hätten, anlässlich der ersten Urteilsberatung vom 25. Juli 2013 das Gerichtsgutachten einzuholen. Stattdessen wurde festgestellt, dass das Gutachten der MEDAS Bern erhebliche formelle und inhaltliche Mängel aufweist. Zudem bestand ein manifester Widerspruch zwischen den verschiedenen, aktenmässig belegten psychiatrischen Auffassungen. Diese Umstände wurden von der Beschwerdeführerin bereits im vorinstanzlichen Verfahren gerügt. Unter diesen Umständen ist es gerechtfertigt, die Kosten der Gerichtsbeurteilung, welche sich gemäss den vier Honorarrechnungen vom 7. Mai 2014 (Fr. 12'550.--), vom 18. Juni 2014 (Fr. 228.85), vom 9. März 2015 (Fr. 395.65) sowie vom 18. August 2016 (Fr. 6'150.--) auf insgesamt Fr. 19'324.50 belaufen, der Beschwerdegegnerin zu auferlegen.

11.3 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist der Beschwerdeführerin deshalb eine angemessene Parteientschädigung zuzusprechen. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat in seiner Honorarnote vom 8. Dezember 2016 einen Zeitaufwand von 54.29 Stunden sowie Auslagen von Fr. 2'299.50 geltend gemacht. Nicht berücksichtigt werden können die im Rahmen der Auslagen geltend gemachten Kosten für das Privatgutachten von Dr. H.____ in der Höhe von Fr. 2'000.--. Nach der Rechtsprechung sind unter dem Titel Parteientschädigung die Kosten privat eingeholter Gutachten zu vergüten, soweit die Parteixpertise für die Entscheidungsfindung unerlässlich war (BGE 115 V 63 E. 5c; Urteil des Bundesgerichts vom 24. April 2007, I 1008/06, E. 3.1 mit weiteren Hinweisen). Dieser Grundsatz ist für das Verwaltungsverfahren ausdrücklich in Art. 45 Abs. 1 ATSG festgehalten. Das Gericht hat in den für den Entscheid wesentlichen Punkten nicht auf das Gutachten von Dr. H.____ abgestellt, weshalb die Kosten nicht zu den notwendigen Expertenkosten gehören. Aus diesem Grund ist der Beschwerdeführerin unter dem Titel Parteientschädigung keine Vergütung für das Gutachten von Dr. H.____ zuzusprechen. Es bleiben somit Auslagen in der Höhe von Fr. 229.50. Ebenfalls nicht berücksichtigt werden kann der geltend gemachte Kostenvorschuss, da dieser der Beschwerdeführerin vom Gericht rückerstattet wird. Damit ist der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 14'981.75 (54.29 Stunden x Fr. 250.-- plus Auslagen von Fr. 299.50 und 8 % Mehrwertsteuer) zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 22. Februar 2012 aufgehoben und der Beschwerdeführerin wird ab dem 1. Oktober 2003 eine Viertelsrente zugesprochen.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. Der geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 600.-- wird der Beschwerdeführerin zurückerstattet.
 3. Die Kosten für die gerichtliche Begutachtung in der Höhe von Fr. 19'324.50 werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.
 4. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 14'981.75 (inkl. Auslagen und 8 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

<http://www.bl.ch/kantonsgericht>