

BL_GERICHTE 720 20 243/15 vom 22. Februar 2007

BL Gerichte, 2007-02-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_720_20_243_15

FR: BL_GERICHTE 720 20 243/15 du 22 février 2007

IT: BL_GERICHTE 720 20 243/15 del 22 febbraio 2007

Regeste

IV-Rente

Erwägungen

E. 1

Auf die beim örtlich und sachlich zuständigen Gericht und im Weiteren form- und fristgerecht eingereichte Beschwerde ist einzutreten.

E. 2

Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente. 3.1 Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), die während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (lit. c). Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60% auf eine Dreiviertelrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70% auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). 3.2 Als Invalidität gilt nach Art. 8 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Unter 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 allgemeinen Arbeitsmarkt zu verstehen (Art. 7 Abs. 1 ATSG). 3.3 Die Annahme einer allenfalls invalidisierenden psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung setzt eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 131 V 50 E. 1.2, 130 V 398 ff. E. 5.3 und E. 6). Zu betonen ist, dass im Kontext der rentenmässig abzugeltenden psychischen Leiden belastenden psychosozialen Faktoren sowie soziokulturellen Umständen kein Krankheitswert zukommt. Ein invalidisierender Gesundheitsschaden im Sinne von Art. 8 ATSG in Verbindung mit Art. 4 Abs. 1 IVG setzt in jedem Fall ein medizinisches Substrat voraus, das die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. In BGE 143 V 409 und 143 V 418 hat das Bundesgericht entschieden, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind. Dieses für somatoforme Leiden entwickelte Vorgehen definiert systematisierte Indikatoren, die - unter Berücksichtigung von leistungshindernden äusseren

Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits - erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2., E. 3.4 bis 3.6 und 4.1). Entscheidend ist dabei, unabhängig von der diagnostischen Einordnung des Leidens, ob es gelingt, auf objektivierter Beurteilungsgrundlage den Beweis einer rechtlich relevanten Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu erbringen, wobei die versicherte Person die materielle Beweislast zu tragen hat (BGE 143 V 409 E. 4.5.2 mit Hinweis auf BGE 141 V 281 E. 3.7.2). 3.4 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person 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. Aus der Einkommensdifferenz lässt sich der Invaliditätsgrad bestimmen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 30 E. 1).

E. 4

Die Beschwerdegegnerin hat in ihrer Verfügung übersehen, dass es sich vorliegend nicht um eine erstmalige Anmeldung, sondern um eine Neuanschuldung nach rechtskräftiger Ablehnung einer Invalidenrente handelt. Im Falle eines Eintretens auf eine Neuanschuldung ist nach Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV] vom 17. Januar 1961 i.V.m. Art. 17 Abs. 1 ATSG analog zu einer Rentenrevision zu prüfen, ob sich die tatsächlichen Verhältnisse seit dem Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert haben (SVR 2011 IV Nr. 2 E. 3.2; BGE 117 V 198 E. 4b). Vorliegend ist somit die Frage zu beantworten, ob sich in der Zeit zwischen der Rentenverfügung vom 6. Januar 2014 und der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 14. Mai 2020 eine erhebliche Sachverhaltsveränderung ergeben hat, und ob bejahendenfalls die festgestellte Veränderung genügt, um eine rentenrelevante Invalidität zu begründen (vgl. SVR 2008 IV Nr. 35 E. 2.1; BGE 117 V 198 E. 3a). 5.1 Bei der Feststellung des Gesundheitszustands und insbesondere auch bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 99 E. 4 mit weiteren Hinweisen). 5.2 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. 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 demnach 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). 5.3 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 469 f. E. 4.4 und 4.5). So ist eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen).

6.1 Grundlage für die am 6. Januar 2014 verfügte Ablehnung des Rentenanspruchs bildeten im Wesentlichen die folgenden medizinischen Unterlagen:

6.2.1 In seinem Gutachten vom 10. April 2012 diagnostizierte Dr. med. C.____, FMH Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches, überwiegend tendomyotisches zervikotorakovertebrales Schmerzsyndrom mit zervikozephaler Komponente sowie unspezifischem Schwindel (ICD-10 M53.9). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden eine chronische Gonalgie rechts, eine Adipositas (BMI 42,5 kg/m²), ein Status nach CTS-Operation rechts 2010, links 2009, ein Status nach Ganglion-Entfernung Handgelenk links 2011 sowie eine arterielle Hypertonie. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit führte er Folgendes aus: Während mittelschwere wie auch schwere körperlich belastende Tätigkeiten bereits in früheren Jahren als nicht mehr zumutbar beurteilt worden seien, seien leichte Tätigkeiten aus Sicht des Bewegungsapparates als möglich beurteilt worden. Aktuell bestehe aus rheumatologischer Sicht eine Einschränkung von 20% für leichte leidensadaptierte Tätigkeiten. Dies betreffe vor allem auch Tätigkeiten mit Einnahme von Zwangshaltungen, insbesondere längerem Sitzen und Ausüben einer Hebelarmfunktion, wie dies die Explorandin zeitweise im Rahmen der PC-Tätigkeit ausübe. Die Einschränkung von 20% erkläre sich durch die Ausübung von Pausen und Erholungsphasen bei einer Vollzeitbeschäftigung. Eine höhergradige Arbeitsunfähigkeit lasse sich rein rheumatologisch nicht begründen.

6.2.2 Im Gutachten der Academy of Swiss Insurance Medicine (asim) vom 31. Januar 2013 diagnostizierten die beteiligten Fachpersonen aus bidisziplinärer Sicht mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit transiente Schwindelepisoden, am ehesten im Rahmen eines zervikogenen Schwindels (ICD-10 R42). Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden ein sensibles Karpaltunnelsyndrom rechts (ICD-10 G56), (anamnestisch) ein Schlafapnoesyndrom (ICD-10 G47.39) und ein Status nach Kopfanprall 2004 diagnostiziert. In ihrer Konsensbeurteilung hielten die Gutachter fest, die Begutachtung sei zur Abklärung bestehender Schwindelbeschwerden nach Kopfanprall erfolgt. Basierend auf der Aktenlage, der aktuellen Anamnese und der neurologischen Untersuchung würden bei der Explorandin transiente Schwindelepisoden auftreten, am ehesten im Rahmen eines zervikogenen Schwindels bei bekanntem chronischem

zervikospondylogemem Schmerzsyndrom. Aus neurologischer Sicht würden sich keine Hinweise auf eine zentralneurologische Genese des Schwindels ergeben. Aus neurootologischer Sicht lasse sich eine zentral-peripher-vestibuläre Funktionsstörung ausschliessen. Zusätzlich bestehe ein sensibles Karpaltunnelsyndrom rechts bei einem Status nach Karpaltunnelspaltung beidseits. Anamnestisch würde darüber hinaus ein Schlafapnoe-Syndrom angegeben. Beide seien derzeit ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit. In Übereinstimmung mit den umfangreichen Vorbeurteilungen sei von einer Arbeitsfähigkeit für körperlich leichte Tätigkeiten ohne spezifische Anforderungen an das Gleichgewichtssystem auszugehen. Obwohl keine vestibuläre Störung nachgewiesen werden könne, sei aufgrund der subjektiven Schwindelsensationen, welche vermutlich im Rahmen des Zervikalsyndroms getriggert und erlebt würden, ein Arbeiten in absturzgefährdeten Positionen ungünstig. Solche Tätigkeiten dürften aber schon aufgrund der Knieproblematik nicht in Frage kommen.

6.2.3 Gestützt auf die Ergebnisse der vorstehend zitierten Gutachten lehnte die IV-Stelle mit rechtskräftiger Verfügung vom 6. Januar 2014 einen Rentenanspruch ab, nachdem seit der vormaligen Verfügung vom 22. Juli 2007 keine erhebliche Veränderung in den gesundheitlichen Verhältnissen hatte erhoben werden können. Sie ging von einer unveränderten Arbeitsunfähigkeit von 30% und einem Invaliditätsgrad von 34% aus.

6.3.1 Im Zusammenhang mit dem vorliegenden Revisionsverfahren holte die IV-Stelle zur Abklärung des massgeblichen medizinischen Sachverhalts ein bidisziplinäres Gutachten bei Dr. B.____ und PD Dr. med. D.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, ein. Im rheumatologischen Fachteil des Gutachtens vom 22. September 2017 wurden als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches zervikospondylogenes Syndrom mit unspezifischem Schwindel sowie eine mittelschwere Varusgonarthrose rechts diagnostiziert. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde u.a. eine beginnende medial betonte Gonarthrose am Knie links, eine Adipositas per magna, WHO-Grad III (BMI 41,8 kg/m²), ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom (unter CPAP-Therapie), eine arterielle Hypertonie sowie ein Restless-Legs-Syndrom aufgeführt. Im Bereich der Halswirbelsäule (HWS) würden sich auf den Röntgenbildern vom 11. Januar 2017 deutliche degenerative Veränderungen finden (deutliche Osteochondrosen C5/6 und C6/7 mit auch Unkovertebralarthrosen und Spondylarthrosen in diesem Bereich). Diese würden allerdings nicht unbedingt über das Altersausmass einer 54-jährigen Frau hinausgehen. Ein MRI der HWS vom 3. Oktober 2016 würde Protrusionen C5/6 und C6/7 mit Myelon-Kontakt, jedoch ohne Neurokompression zeigen. Es bestehe zwar eine neuroforaminale Enge C6/7 links betont, aber klinisch ohne Nervenwurzelreizung. Das Röntgen der Lendenwirbelsäule (LWS) würde nur ganz geringe degenerative Veränderungen zeigen, welche sogar unter der Altersnorm anzusiedeln seien. Das Röntgen des rechten Kniegelenks würde eine mittelschwere Varusgonarthrose rechts zeigen, welche die mechanischen Beschwerden erklären könne. Von Seiten der degenerativen HWS-Veränderungen wie auch von Seiten der mittelschweren Gonarthrose rechts würden keine körperlich schweren oder mittelschweren Arbeiten in Frage kommen. Ferner könnten keine Tätigkeiten in Zwangsstellungen und bezüglich des rechten Kniegelenks keine Arbeiten im Knien, kauend, repetitiv bückend oder in der Hocke ausgeführt werden. Bezüglich des Schwindels sei es nicht sinnvoll, auf Leitern und Gerüste zu steigen oder auf absturzgefährdeten Stellen zu arbeiten. Im psychiatrischen Fachteil des Gutachtens vom 22. September 2017 konnten keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erhoben werden. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte PD Dr. D.____ akzentuierte

Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Der Gutachter gelangte anhand einer ausführlichen Diskussion der innerpsychischen Struktur der Explorandin sowie in Würdigung der Berufs- und Sozialanamnese als auch der Kardinalkriterien für eine Persönlichkeitsstörung zur Auffassung, dass die Kardinaldefinition einer Persönlichkeitsstörung nicht erfüllt sei (vgl. Gutachten, S. 22 ff.). Allerdings sei die innerpsychische Struktur der Explorandin nicht ganz bland, so dass ohne weiteres akzentuierte Persönlichkeitszüge diagnostiziert werden könnten. Auch könne eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert werden. Sie habe über ausgedehnte Körperschmerzen berichtet, die gemäss den zur Verfügung gestellten Akten sowie dem rheumatologischen Gutachten von Dr. B.____ nicht ausreichend organischen Korrelaten zugeordnet werden könnten. Die Explorandin wirke in der hiesigen Begutachtung diesbezüglich jederzeit authentisch leidend. Die Schmerzen bestünden schon seit mehreren Jahren und schienen weitgehend therapierefraktär. Im Rahmen der Begutachtung sowie der sorgfältig diskutierten Mini-ICF-Kriterien konnte der Gutachter keine Beeinträchtigung der qualitativen Funktionsfähigkeiten ausmachen. Sowohl in der angestammten wie auch in einer Verweistätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100%.

6.3.2 Nachdem die Versicherte Einwand gegen den Vorbescheid vom 10. April 2018 erhoben hatte, veranlasste die IV-Stelle ein Verlaufsgutachten bei den Dres. B.____ und D.____, welches am 18. bzw. 21. Oktober 2019 erstattet wurde. Aus bidisziplinärer Sicht wurde im Rahmen der Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zusätzlich zu den bereits bekannten Diagnosen eine mittelschwere Varusgonarthrose links aufgeführt. Bei der Explorandin bestünden seit vielen Jahren zervikale und auch lumbale Beschwerden. Es habe aber keine radikuläre Symptomatik ausgemacht werden können. Es hätten tendomyotische Befunde bestanden, wie sie auch heute bestehen würden. Auch heute sei klar keine radikuläre Problematik auszumachen. Es bestehe eine Knieproblematik beidseits mit arthrotischen Veränderungen, welche im Laufe der letzten Jahre zugenommen hätte. Dies schlage sich in der heute leicht schlechteren Kniebeweglichkeit mit auch Extensionsdefizit nieder. Im Vergleich zum Gutachten vom 22. September 2017 werde die Knieproblematik links daher ebenfalls unter den Nebendiagnosen (recte: Hauptdiagnosen) geführt. Es hätte sich jedoch bereits im damaligen Zeitpunkt durch die Knieproblematik rechts ein eingeschränktes Belastungsprofil ergeben, welches sich bis heute nicht geändert habe. Es betreffe aktuell aber beide Knie. Das Profil habe sich nicht geändert. Aufgrund einer Rhizarthrose beidseits sei am 19. Juni 2018 eine OP rechts und am 28. Januar 2019 eine OP links erfolgt. Diesbezüglich würden heute praktisch keine Beschwerden bestehen. Ein obstruktives Schlafapnoesyndrom sei seit Jahren unter CPAP-Therapie gut eingestellt. Von ophthalmologischer Seite seien diverse Netzhaut-Koagulationen bei Netzhautforamen auf beiden Seiten erfolgt. Sie habe hier einen Schatten vor dem rechten Auge, ansonsten sei dies "okay". Aus psychiatrischer Sicht könnten weiterhin akzentuierte Persönlichkeitszüge sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert werden. Es ergäben sich keinerlei Einbussen der qualitativen Funktionsfähigkeiten. Das Profil hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit habe sich gegenüber 2017 nicht geändert. Für eine Verweistätigkeit, welche die formulierten Einschränkungen bezüglich HWS, Knie beidseits und Schwindel berücksichtige, bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100% bezogen auf ein Ganztagespensum.

7.1 Die IV-Stelle stütze sich in der angefochtenen Verfügung vom 14. Mai 2020 bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts in erster Linie auf die vorstehend zitierten bidisziplinären Gutachten der Dres. B.____ und D.____. Gestützt auf die gutachterlichen Ergebnisse ging sie davon aus, dass der Versicherten die Ausübung einer

körperlich-leichten, vorwiegend sitzenden Tätigkeit, ohne Zwangshaltungen, ohne kniende, kauernde, repetitiv bückende oder in der Hocke auszuführende Verrichtungen, vollumfänglich zumutbar sei. 7.2 Wie oben ausgeführt (vgl. E. 5.3 hiervor), ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Solche Indizien liegen keine vor. Die bidisziplinären Gutachten sind insgesamt umfassend und die dargelegten medizinischen Zusammenhänge sowie die vorgenommenen Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar und überzeugend. Die Gutachter haben die Versicherte persönlich untersucht, eine umfassende Anamnese erhoben und gehen einlässlich auf ihre Angaben und Beschwerden ein. Sie setzen sich zudem fundiert mit den bei den Akten liegenden, namentlich für die Verfügung vom 6. Januar 2014 massgebenden, medizinischen Berichten auseinander und begründen abweichende Einschätzungen in überzeugender Weise. Überdies wird nachvollziehbar dargelegt, dass sich der Gesundheitszustand seit der Rentenablehnung im Jahr 2014 nicht wesentlich verschlechtert hat. 7.3 Was die Beschwerdeführerin vorbringt ist nicht geeignet, die ausschlaggebende Beweiskraft der Gutachten der Dres. B.____ und D.____ infrage zu stellen. 7.4.1 Die Beschwerdeführerin beanstandet zunächst, dass sich die vorliegenden Abklärungen auf rheumatologische und psychiatrische Aspekte beschränken würden, obwohl im Referenzzeitpunkt auch neurologische Untersuchungen und eine Hals-Nasen-Ohren(HNO)-Abklärung veranlasst worden seien. Gerade in dieser Hinsicht sei darauf hinzuweisen, dass sie sich Ende Februar 2020 aufgrund eines starken Schwindelanfalls in eine fünftägige stationäre Behandlung habe begeben müssen. Dieser Auffassung kann nicht beigepflichtet werden. Zunächst gilt es darauf hinzuweisen, dass ein ausgebildeter und erfahrener Rheumatologe degenerative und entzündliche Krankheiten der Gelenke und der Wirbelsäule sowie akute und chronische Schmerzkrankheiten sowie Krankheiten der inneren Organe und des Nervensystems, insofern sie miteinander zusammenhängen, zuverlässig zu beurteilen vermag. Dessen ungeachtet wurde die seit dem Unfall 2004 bestehende Schwindelproblematik anlässlich der asim-Begutachtung im Januar 2013 klar den Schmerzen im Rahmen des bekannten chronischen zervikospodylogenen Schmerzsyndroms zugeordnet. Anhaltspunkte für eine zentralneurologische Genese des Schwindels konnten gerade nicht ausgemacht werden. Im Weiteren wurde auch aus neurootologischer Sicht eine zentral-peripher-vestibuläre Funktionsstörung ausgeschlossen (vgl. E. 6.2.2 hiervor). Hinweise, wonach die Schwindelproblematik auf eine andere Ursache zurückgeführt werden könnte, lassen sich den vorliegenden Akten nicht entnehmen. Der von der Beschwerdeführerin geltend gemachte stationäre Aufenthalt im Februar 2020 ist in den vorliegenden Akten weder dokumentiert noch hat sie diesbezüglich in Aussicht gestellte weitere Berichte eingereicht. Sodann hat Dr. B.____ der Schwindelproblematik mit einem entsprechend formulierten Zumutbarkeitsprofil im Rahmen der leidensadaptierten Tätigkeit ("ohne spezifische Anforderungen an das Gleichgewichtssystem und kein Arbeiten in absturzgefährdeten Positionen") hinreichend Rechnung getragen. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin auf eine zusätzliche neurologische oder neurootologische Begutachtung verzichtet hat. 7.4.2 Ferner zweifelt die Beschwerdeführerin insbesondere den Beweiswert der rheumatologischen Fachgutachten an. So sei nicht nachvollziehbar, wie die erhobenen,

deutlichen degenerativen Veränderungen an der HWS altersnormal sein sollen. Alsdann würden sich die Feststellungen, wonach an der LWS ganz geringe degenerative Veränderungen zu verzeichnen seien, mit den Ausführungen von Dr. med. E.____, Akupunktur - Chinesische Arzneitherapie - TCM (ASA), in seinem Bericht vom 4. November 2016 nicht in Einklang bringen lassen. Dr. B.____ hält unter Würdigung aktuellster Bildgebungen (MRT vom 11. Januar 2017) hierzu fest, dass sich im Bereich der HWS deutliche degenerative Veränderungen finden würden, welche allerdings nicht unbedingt über das Altersausmass einer 54-jährigen Frau hinausgingen. Ein MRI der HWS vom 3. Oktober 2016 würde Protrusionen C5/6 und C6/7 mit Myelon-Kontakt, jedoch ohne Neurokompression zeigen. Es bestehe zwar eine neuroforaminale Enge C6/7 links betont, aber klinisch ohne Nervenwurzelreizung (vgl. E. 6.3.1 hiervor). Die Beschwerdeführerin beanstandet diese Feststellung als nicht nachvollziehbar, ohne dabei konkrete Aspekte zu benennen, die Anlass geben könnten, an den Schlussfolgerungen des Gutachters zu zweifeln. Aus dieser pauschalen Kritik vermag sie daher nichts zu ihren Gunsten abzuleiten. Gleichermassen verhält es sich für den von der Beschwerdeführerin in Bezug auf die LWS angeführten Bericht von Dr. E.____ vom 4. November 2016, wonach von wiederholten Bandscheibenvorfällen die Rede sei. So lässt sich diesem zwar eine Diskushernie LWK 3/4 links mit foraminaler Wurzelaffektion entnehmen. Bei dieser Diagnose stützt er sich, soweit ersichtlich, auf einen Bericht des Spitals I.____ vom 30. Juni 2015 (IV-act. 264). Bereits im damaligen Zeitpunkt wurde indessen anhand eines negativen Lasègue (Dehnungstest für Nervenwurzel) auf eine klinische Irrelevanz dieses Befundes geschlossen. In einem aktuelleren Bericht desselben Spitals vom 20. Februar 2017 (IV-act. 274) wurde dieser Befund einem Status nach Diskushernie mit Wurzelaffektion zugeordnet und im Einklang mit den gutachterlichen Feststellungen lediglich eine mild degenerierte LWS erhoben. Schliesslich ergab ein MRI der LWS vom 18. April 2018 (IV-act. 319, S.4) - wie es im Gutachten von Dr. B.____ vom 21. Oktober 2019 dokumentiert ist - eine leichte Facettengelenksarthrose in den Segmenten LWK4-SWK1 sowie leichte Diskopathien BWK11-12 und LWK2-4. Indessen wurde keine relevante Einengung des Spinalkanals, keine Einengung der Neuroforamina und abermals keine Nervenwurzelkompression erhoben. 7.4.3 Seit der letzten Begutachtung im September 2017 neu hinzu kam die Knieproblematik links. Im Rahmen des jüngsten Gutachtens vom 21. Oktober 2019 führt Dr. B.____ daher eine mittelschwere Varusgonarthrose am Knie links ebenfalls bei den Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf. Diesbezüglich hält er fest, dass sich dadurch eine Einschränkung der Flexion wie auch der Extension ergebe. Die Beweglichkeit habe sich verschlechtert. Gestützt auf seine Untersuchungen gelangt er nachvollziehbar zum Ergebnis, dass diesen Einschränkungen jedoch kein (zusätzlicher) Einfluss auf die attestierte Verweistätigkeit zukommt, zumal bereits in Bezug auf das rechte Knie ein einschränkendes Zumutbarkeitsprofil - welches knieende, kauernde, repetitiv bückende Tätigkeiten sowie solche in der Hocke ausschliesst - berücksichtigt worden sei. Die Problematik links wirke sich nicht zusätzlich leistungsmindernd aus. Alsdann konnte er, abgesehen von den besagten Einschränkungen, klinisch keine muskuläre Atrophie ausmachen. Unter diesen Umständen zielt jedoch der Einwand ins Leere, wonach es dem Gutachten an Feststellungen fehle, wie sich die Kniebeschwerden auf die Arbeitsfähigkeit auswirken würden, zumal sich auch in Bezug auf diesen neu erhobenen Befund aus den medizinischen Unterlagen keine Anhaltspunkte ergeben, wonach dieser die Arbeitsfähigkeit weitergehend zu beeinträchtigen vermöchte. Soweit die Beschwerdeführerin in diesem Zusammenhang ferner geltend macht, die Diagnoseliste, namentlich die Liste der

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, sei im jüngsten Gutachten ungleich länger ausgefallen als 2017, ist sie darauf hinzuweisen, dass bei der Frage, ob eine wesentliche Änderung des Gesundheitszustands vorliegt, nicht die Diagnose, sondern die Auswirkung einer Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit, mithin die Schwere der Symptomatik, massgebend ist. Die Anzahl der Diagnosen an sich lässt sodann keinen direkten Rückschluss auf die Arbeitsfähigkeit zu; relevant sind vielmehr die mit dem fachgerecht erhobenen Befund verbundenen Funktionseinschränkungen. Entgegen den Darlegungen der Beschwerdeführerin trifft es sodann gerade nicht zu, dass in Bezug auf die Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit keinerlei Auseinandersetzung erfolgt ist. Damit verbundene Funktionseinschränkungen, die sich konkret auf die Arbeitsfähigkeit auswirken würden, lassen sich aber in Übereinstimmung mit der medizinischen Aktenlage nicht ausmachen. So hat auch gemäss der behandelnden Ärztin Dr. med. F.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, das Restless-Legs-Syndrom keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 324). In einem Bericht des Spitals J.____ vom 19. September 2018 wurde in Bezug auf beide Hände eine vollständige Arbeitsfähigkeit diagnostiziert (IV-act. 330) und hinsichtlich der auf Wunsch der Beschwerdeführerin am 28. Januar 2019 erfolgten Operation an der linken Hand am 14. März 2019 ein guter Verlauf festgestellt (IV-act. 354). Was die Adipositas anbelangt, so kommt dieser gemäss Gutachter insofern Bedeutung zu, als sie als Ursache für eine muskuläre Überlastung und die degenerativen Veränderungen angeführt wird. In ophtalmologischer Hinsicht wurde bereits am 20. Dezember 2017 bei einem Status nach mehreren Laserkoagulationen nach einem Netzhautriss ein stabiler Befund erhoben (vgl. IV-act. 302). Dr. F.____ diagnostizierte am 9. Februar 2018 zwar eine drohende Netzhautablösung (Beginn 4. Dezember 2017), dies jedoch ohne weitere Begründung (vgl. IV-act. 305). Im jüngsten Bericht des Spitals G.____ vom 7. November 2019 wurde indessen festgehalten, dass sich im Rahmen der letzten Untersuchung relativ stabile Visuswerte gezeigt hätten, weshalb die Arbeitsfähigkeit weiterhin unverändert bleibe (keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit) (vgl. IV-act. 374).

7.4.4 Schliesslich

beanstandet die Beschwerdeführerin, dass die Einschätzung von Dr. B.____ auch auf seiner Darstellung des Tagesablaufs gründe. Er zähle diese Aktivitäten indessen lediglich auf, ohne dass er eine zeitliche Einordnung der einzelnen Tätigkeiten vornehme. Der von ihr geschilderte Tagesablauf deute keineswegs auf eine durchgehende Aktivität hin und werde im Gutachten stark beschönigt. Dr. B.____ führt in diesem Zusammenhang im Wesentlichen aus, die Explorandin betätige sich im Haushalt, sie gehe einkaufen und regelmässig spazieren. Ferner besuche sie ihre Mutter und betreue diese, sie fotografiere und besuche die Enkelkinder, mit denen sie basteln würde. Daneben verteile sie Prospekte im Rahmen einer Tätigkeit von 25%. Inwiefern diese Schilderungen, die im Übrigen weitestgehend mit den von der Versicherten anlässlich der Anamneseerhebung gemachten Angaben übereinstimmen, eine Beschönigung darstellen sollen, ist nicht ersichtlich und wird von der Beschwerdeführerin auch nicht näher konkretisiert. Der Gutachter schliesst aufgrund dieser Angaben nachvollziehbar, dass keine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus aller Lebensbereiche vorliege und die Alltagsaktivitäten einem normalen Alltag einer Hausfrau mit Teilzeitpensum entsprechen würden. Wie die Beschwerdeführerin richtig erkennt, stützt Dr. B.____ seine Einschätzung lediglich mit diesen Feststellungen. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit gründet vorwiegend auf seiner objektiven Befunderhebung. Auch in diesem Zusammenhang untermauert Dr. B.____ seine Feststellungen mit dem Hinweis, wonach er in objektiver Hinsicht keine Schonungszeichen der Muskulatur habe ausmachen können, womit von einem regelmässigen Einsatz derselben

ohne relevante Behinderung auszugehen sei. Die normale Muskulatur dokumentiere, dass sie nicht übermässig geschont werde. 7.4.5 Während anlässlich der damaligen Rentenablehnung gestützt auf das Gutachten von Dr. C.____ vom 10. April 2012 aus rein rheumatologischer Sicht von einer Arbeitsunfähigkeit von 20% ausgegangen worden war, erachtet Dr. B.____ die Versicherte in einer leidensadaptierten Tätigkeit zu 100% arbeitsfähig. Auf den ersten Blick mag die gutachterlich attestierte höhere Arbeitsfähigkeit zwar nicht ganz nachvollziehbar erscheinen, zumal keine zwischenzeitliche Verbesserung des Gesundheitszustands erhoben worden ist. Bei genauerer Betrachtung gründet diese unterschiedliche Beurteilung aber auf einer abweichenden medizinischen Einschätzung durch den Gutachter und dürfte auch unterschiedlichen Beurteilungsmassstäben zuzuschreiben sein. So weist Dr. B.____ nach einer ausführlichen Auseinandersetzung mit der Beurteilung von Dr. C.____ explizit darauf hin, dass er der damaligen Einschätzung von Dr. C.____ nicht folgen könne. Aufgrund der erhobenen objektiven Befunde könne die attestierte Einschränkung von 20% nicht nachvollzogen werden, zumal Dr. C.____ diese mit einer vermehrten Notwendigkeit von Pausen begründet habe. Dessen ungeachtet lassen sich gestützt auf die überzeugenden gutachterlichen Ausführungen keine Hinweise entnehmen, wonach seit der letzten Beurteilung eine erhebliche Verschlechterung in den gesundheitlichen Verhältnissen eingetreten sein soll, die eine höhere als die im damaligen Zeitpunkt attestierte Arbeitsunfähigkeit von 20% bzw. von insgesamt 30% zu rechtfertigen vermöchte. 7.5 In psychiatrischer Hinsicht seit der ersten Begutachtung durch PD Dr. D.____ vom 22. September 2017 neu erfolgt sind Abklärungen in Bezug auf eine mit Einwand vom 14. Mai 2018 geltend gemachte ADHS-Problematik (vgl. ADHS-Abklärung vom 11. März 2019 sowie den Bericht von Dr. med. H.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, vom 3. Juni 2019, IV-act. 360). Auch diesbezüglich gelangt PD Dr. D.____ in seinem Gutachten vom 18. Oktober 2019 schlüssig und widerspruchsfrei zur Auffassung, dass diese Diagnose nicht gestellt werden könne (vgl. hierzu ausführlich Gutachten vom 18. Oktober 2019, S. 29). Alsdann wurde eine entsprechende Problematik erstmals im Einwand vorgebracht. Im Zeitraum davor sind keine entsprechenden Abklärungen erfolgt. Die Beschwerdeführerin hat dieses Vorbringen anlässlich des vorliegenden Beschwerdeverfahrens denn auch nicht weiter aufrechterhalten und stellt den Beweiswert der psychiatrischen Teilgutachten nicht in Frage.

E. 8

Nach dem Gesagten ist gestützt auf die überzeugenden Gutachten der Dres. B.____ und D.____ davon auszugehen, dass seit der Verfügung vom 6. Januar 2014 keine erhebliche Veränderung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin eingetreten ist. Entgegen den Darlegungen der Beschwerdegegnerin in ihrer Verfügung vom 14. Mai 2020 erübrigt sich bei diesem Ergebnis eine erneute Durchführung eines Einkommensvergleichs, nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast bleibt es vielmehr beim bisherigen Rechtszustand (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 16. Juni 2014, 9C_273/2014, E. 3.1.1 mit Hinweis) – mithin einem Invaliditätsgrad von 34%. Damit besteht kein Anspruch auf eine Invalidenrente. Die gegen die Verfügung vom 14. Mai 2020 erhobene Beschwerde ist daher abzuweisen. 9.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Verfahrensaufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Verfahrenskosten in

Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens einheitlich auf Fr. 800.-- fest. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend unterliegt die Beschwerdeführerin, weshalb ihr die Verfahrenskosten aufzuerlegen sind. Ihr ist allerdings mit verfahrensleitender Verfügung vom 19. Juni 2020 die unentgeltliche Prozessführung bewilligt worden, weshalb die Verfahrenskosten zu Lasten der Gerichtskasse gehen. 9.2 Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend wird keine Parteientschädigung ausgerichtet. Da der Beschwerdeführerin mit prozessleitender Verfügung vom 19. Juni 2020 auch die unentgeltliche Verbeiständung mit ihrem Rechtsvertreter bewilligt worden ist, hat dessen Entschädigung aus der Gerichtskasse zu erfolgen. Gemäss § 3 Abs. 2 der Tarifordnung für die Anwältinnen und Anwälte vom 17. November 2003 beträgt das Honorar bei unentgeltlicher Verbeiständung Fr. 200.-- pro Stunde. Der Honorarnote vom 3. September 2020 zufolge beläuft sich der geltend gemachte Aufwand von Advokat Felix auf insgesamt 6 Stunden und 42 Minuten, was sich angesichts der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen als angemessen erweist. Ebenfalls nicht zu beanstanden sind die geltend gemachten Auslagen im Umfang von insgesamt Fr. 15.70. Ihm ist deshalb ein Honorar in der Höhe von Fr. 1'460.10 (6 Stunden und 42 Minuten à Fr. 200.-- zuzüglich Spesen und Auslagen von Fr. 15.70 sowie 7.7% Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse auszurichten. 9.3 Die Beschwerdeführerin wird jedoch ausdrücklich auf § 53a Abs. 1 des Gesetzes über die Organisation der Gerichte (GOG) vom 22. Februar 2001 aufmerksam gemacht, wonach eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, zur Nachzahlung verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist. Demgemäss wird erkannt: ://: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Zuzugewilligung der unentgeltlichen Prozessführung werden die Verfahrenskosten vorläufig auf die Gerichtskasse genommen. 3. Es wird keine Parteientschädigung ausgerichtet. Zuzugewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung wird dem Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin ein Honorar in der Höhe von Fr. 1'460.10 (inkl. Auslagen und 7.7% Mehrwertsteuer) ausgerichtet.

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