

# GR\_GERICHTE S 2021 83 vom 13. Oktober 2021

GR Gerichte, 2021-10-13, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr\\_gerichte\\_S\\_2021\\_83](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S_2021_83)

FR: GR\_GERICHTE S 2021 83 du 13 octobre 2021

IT: GR\_GERICHTE S 2021 83 del 13 ottobre 2021

## Regeste

IV-Rente | Invalidenversicherung

## Erwägungen

### E. 1

A. \_\_\_\_\_, geboren 1963, ist gelernte Damencoiffeuse; zuletzt war sie als Kassiererin bzw. Verkäuferin tätig. Sie hatte sich in der Vergangenheit bereits mehrmals bei der IV-Stelle des Kantons Graubünden zum Leistungsbezug angemeldet – zuletzt wegen chronischer Schmerzen in der Hand links (CRPS = komplexes regionales Schmerzsyndrom, nach CTS [Karpaltunnelsyndrom]-Operation; trotz implantiertem Neurostimulationsgerät), Verdacht auf Multiple Sklerose, Schmerzen in Armen und Beinen sowie im Nackenbereich (nach Reposition der Elektroden). Abgesehen von einem Rückzug der Anmeldung war die IV-Stelle auf die Leistungsbegehren nicht eingetreten oder hatte sie gestützt auf die getätigten medizinischen Abklärungen abschlägig beurteilt.

### E. 1.01

x 0.8) ein Invaliditätsgrad von gerundet 12 %, womit ein Anspruch auf eine Invalidenrente entfällt. Die Beschwerde erweist sich somit als unbegründet und ist abzuweisen. 6. Nach Art. 69 Abs. 1 bis IVG i.V.m. Art. 61 lit. f bis ATSG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.-- bis CHF 1'000.-- festgelegt. In Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Aufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Kosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens auf CHF 700.-- fest. 6.1. Beim vorliegenden Prozessausgang wird die unterliegende Beschwerdeführerin grundsätzlich kostenpflichtig (Art. 73 Abs. 1 VRG). Allerdings hat sie um unentgeltliche Rechtspflege ersucht. Die Voraussetzungen dafür sind offensichtlich gegeben, zumal die Beschwerdeführerin Sozialhilfebezügerin ist (vgl. Bestätigung betreffend öffentlich-rechtliche Unterstützung vom 23. August 2021 der Gemeinde X. \_\_\_\_\_ [Dossier URP]), weshalb dem Gesuch entsprochen werden kann. Die Beschwerdeführerin ist damit von der Kostentragepflicht befreit (Art. 76 VRG). 6.2. Der obsiegenden Beschwerdegegnerin steht kein Anspruch auf Ersatz der Parteikosten zu (vgl. Art. 61 lit. g ATSG e contrario).

- 44 - III. Demnach erkennt das Gericht:

### E. 2

Letztmals hatte die IV-Stelle mit rechtskräftiger Verfügung vom 5. August 2014 den Anspruch von A. \_\_\_\_\_ auf eine Invalidenrente mangels rentenbegründendem

Invaliditätsgrad von 15 % verneint, nachdem sie ein neurologisches Gutachten von Dr. med. B. \_\_\_\_\_ vom 27. November 2012 samt ergänzender Stellungnahme vom 31. Juli 2013 und einen psychiatrischen RAD-Abklärungsbericht von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ vom 21. Mai 2013 eingeholt hatte. Darin hatte Letzterer eine anhaltend somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) sowie dissoziative Bewegungs-, Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen, gemischt (ICD-10 F44.7), diagnostiziert. Dr. med. B. \_\_\_\_\_ hatte in seinem Gutachten ausgeführt, auf neurologischem Fachgebiet liessen sich keine relevanten und organisch objektivierbaren Defizite feststellen. Es gebe weder Hinweise für eine Multiple Sklerose noch für ein clinically isolated syndrome noch für einen Morbus Sudeck (= ältere Bezeichnung für CRPS vom Typ I) oder eine fortbestehende Kompressionsneuropathie. Die Minderung der Arbeitsfähigkeit um ca. 20 % sei psychiatrisch bedingt. In seiner Stellungnahme vom 31. Juli 2013 hatte Dr. med. B. \_\_\_\_\_ zudem die vom behandelnden Arzt, Dr. med. D. \_\_\_\_\_, mit Bericht vom 14. Juni

- 3 - 2013 gestellte Diagnose einer (genetisch) bedingten Epilepsie ausgeschlossen.

### **E. 3**

Am 18. Oktober 2019 erfolgten eine Tumorexzision am Thenar rechts (Daumenballen) und, vom 21. Februar 2020 bis zum 23. April 2020, ein stationärer Aufenthalt in der Rehaklinik E. \_\_\_\_\_ zur psychosomatischen Rehabilitation. Während dieses Aufenthalts wurde A. \_\_\_\_\_, am 1. April 2020, erneut bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug angemeldet. Anlässlich dieser stationären Behandlung wurden namentlich eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.4), eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom im Sinne einer Erschöpfung (ICD-10 F32.11), eine dissoziative Störung gemischt (ICD-10 F44.7; Störung von Bewegung und Sensibilität) sowie eine anhaltende Persönlichkeitsveränderung nach langem Krankheitsverlauf (ICD-10 F62.0) diagnostiziert. Daraufhin tätigte die IV-Stelle erwerbliche und medizinische Abklärungen. Insbesondere liess sie A. \_\_\_\_\_ durch die Swiss Medical Assessment- and Business-Center AG (nachfolgend SMAB) polydisziplinär in den Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie sowie Rheumatologie mit Durchführung einer Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) begutachten. Im Gutachten vom 25. März 2021 wiesen die Gutachterinnen und Gutachter eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) sowie eine dissoziative Störung gemischt (ICD-10 F44.7) aus, die sie den Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zuordneten. Insgesamt erachteten sie A. \_\_\_\_\_ sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit als zu 80 % arbeitsfähig (ganztags verwertbar mit einer 20%igen Leistungsminderung). Daraufhin teilte die IV-Stelle A. \_\_\_\_\_ mit, dass sie mangels subjektiver Eingliederungsfähigkeit keinen Anspruch auf berufliche Massnahmen

- 4 - habe. Zudem stellte sie ihr mit Vorbescheid vom 6. Mai 2021 die Ablehnung des Leistungsbegehrens auf eine Invalidenrente in Aussicht. Zur Begründung führte sie aus, dass gestützt auf das eingeholte SMAB- Gutachten weiterhin eine Arbeitsfähigkeit von 80 % bestehe. Bei einem in Bezug auf die Tätigkeit als Kassiererin bzw. Verkäuferin ermittelten, der Nominallohnentwicklung angepassten Valideneinkommen von CHF 51'341.-- und einem gestützt auf die LSE-Tabellenlöhne (LSE 2018, Zentralwert aller Wirtschaftszweige, Kompetenzniveau 1, weiblich, Leistungsfähigkeit 80 %, aufindexiert) errechneten Invalideneinkommen von CHF 45'031.-- resultiere ein rentenausschliessender

Invaliditätsgrad von 12.29 %. Dagegen erhob A. \_\_\_\_\_ am 4. Juni 2021 vorsorglich und am 10. Juni 2021 bzw. am 5. Juli 2021 einen begründeten Einwand. Mit Verfügung vom 6. August 2021 entschied die IV-Stelle wie vorbeschrieben und verneinte einen Anspruch von A. \_\_\_\_\_ auf eine Invalidenrente.

### **E. 3.1**

In ihrer Beschwerde vom 23. August 2021 macht die Beschwerdeführerin geltend, ihr Gesundheitszustand habe sich seit dem Jahr 2014 verschlechtert. Aufgrund ihrer gesundheitlichen Beschwerden sei sie weder in der angestammten noch in einer angepassten Tätigkeit in der Lage, ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen, es sei fraglich, wie die Gutachter auf die Einschätzung einer 80%igen Arbeitsfähigkeit kämen. Gemäss den behandelnden Ärztinnen Dres. med. G. \_\_\_\_\_ und F. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 25. Juni 2021, sei sie, entgegen den Ausführungen im SMAB-Gutachten, seit dem Jahr 2005 funktionell durch das CRPS arbeitsunfähig. Dies falle angesichts der Anwendung des Neurostimulators klinisch weniger ins Auge, doch seien Kraft und Motorik der linken Hand anhaltend eingeschränkt. Seit der Operation im Jahr 2014 seien die Schmerzen in viel grösserem Ausmass spürbar, seither seien auch Morphium-Pflaster, regelmässige Physiotherapie, Psychotherapie und Termine in der Schmerzklinik notwendig, was zuvor nicht der Fall gewesen sei. Die behandelnden Ärztinnen betonten, dass das sich im Rahmen der Elektrodendislokationsrevisionsoperation im 2014 entwickelte zweite Krankheitsbild ignoriert worden sei. Dessen Diagnostik sei nicht eruierbar, weil ein MRI aufgrund des Neurostimulators nicht durchgeführt werden könne, das heisse jedoch nicht,

- 8 - dass keine Diagnose vorliegen könne. Aus diesem Grund sei auch die Konsistenzprüfung nicht verwertbar. Ergänzend fügt die Beschwerdeführerin an, die gutachterlichen Untersuchungen seien im Corona-Lockdown durchgeführt worden, was bei ihr enormen Stress ausgelöst habe. Zudem sei es an beiden Terminen sehr kalt gewesen und die Restaurants und Aufenthaltsräume seien geschlossen gewesen. Sie habe unter der Kälte und unter der fehlenden Möglichkeit gelitten, sich zur Linderung der Schmerzen hinlegen zu können.

### **E. 3.2**

In ihrer Vernehmlassung vom 14. September 2021 bestätigte die Beschwerdegegnerin die angefochtene Verfügung, an der sie mangels neuer rechtserheblicher Vorbringen der Beschwerdeführerin vollumfänglich festhielt. 4. Im Nachfolgenden ist die Frage des Rentenanspruchs zu prüfen, wobei der Sachverhalt bis zum 6. August 2021 (Erlass der angefochtenen Verfügung) massgeblich ist.

### **E. 4**

Gegen diese Verfügung erhob A. \_\_\_\_\_ (nachfolgend Beschwerdeführerin) am 23. August 2021 (Poststempel 30. August 2021) Beschwerde an das Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden. Sie beantragte die kosten- und entschädigungsfällige Aufhebung der angefochtenen Verfügung sowie die Zusprechung einer Invalidenrente. In prozessualer Hinsicht ersuchte sie um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung. Zur Begründung führte sie im Wesentlichen aus, ihr Gesundheitszustand habe sich seit der letzten Verfügung im Jahr 2014 verschlechtert, was ihre behandelnden Ärztinnen Dres. med. F. \_\_\_\_\_ und G. \_\_\_\_\_ mit Arztbericht vom 25. Juni 2021 bestätigten. Diese attestierten ihr aufgrund eines CRPS der linken Hand sowie eines postoperativen, neuropathischen Krankheitsbildes

eine anhaltende Arbeitsunfähigkeit sowohl in der angestammten Tätigkeit als Coiffeuse bzw. Angestellte bei H. \_\_\_\_\_ als auch in einer angepassten Tätigkeit.

- 5 -

#### **E. 4.1**

Nach Art. 8 Abs. 1 ATSG gilt als Invalidität die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Ein Anspruch auf eine Rente ist gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG gegeben, wenn eine versicherte Person ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Ein- gliederungs-massnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern kann (lit. a), während mindestens eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % im bisherigen Beruf oder Aufgabenbe- reich eingeschränkt gewesen ist (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid ist (lit. c). Sind diese Voraussetzungen erfüllt, so steht der versicherten Person bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % eine - 9 - Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % eine ganze Rente zu (aArt. 28 Abs. 2 IVG).

#### **E. 4.2**

Gemäss Art. 16 ATSG i.V.m. Art. 28a Abs. 1 IVG wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades (bei erwerbstätigen Versicherten) das Erwerbsein- kommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliede- rungs-massnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung ge- setzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht in- valid geworden wäre (Valideneinkommen) (allgemeine Methode des Ein- kommensvergleichs; vgl. BGE 142 V 290 E.4, BGE 130 V 343 E.3.4.2, BGE 128 V 29 E.1). Der Einkommensvergleich hat in der Weise zu erfol- gen, dass Validen- und Invalideneinkommen ziffernmässig möglichst ge- nau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (BGE 130 V 343 E.3.4.2, BGE 128 V 29 E.1).

#### **E. 4.3**

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die gesuchstellende Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 3 i.V.m. Art. 87 Abs. 2 IVV). Die IV-Stelle hat in diesem Fall in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach aArt. 17 ATSG vorzugehen (BGE 133 V 108 E.5.2, BGE 130 V 71 E.3; Urteile des Bundesgerichts 8C\_262/2021 vom

#### **E. 4.4**

Als Vergleichsbasis für die Beurteilung der Frage, ob bis zum Abschluss des aktuellen Verwaltungsverfahrens eine anspruchserhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist, dient die letzte rechtskräftige Verfügung, die auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (BGE 134 V 131 E.3, BGE 133 V 108 E.5.4; Urteile des Bundesgerichts 9C\_235/2020 vom 8. Juli 2020 E.3.1 und 9C\_23/2019 vom 10. Mai 2019 E.4.2.2). Jener massgebli- che Sachverhalt ist dem aktuellen

Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin gegenüberzustellen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_244/2017 vom 26. Oktober 2017 E.4.2). Wird bei dieser Gegenüberstellung festgestellt, dass der Invaliditätsgrad im zur Beurteilung stehenden Zeitraum keine

- 11 - rechtserhebliche Änderung erfahren hat, bleibt es beim bisherigen Rechtszustand (Urteile des Bundesgerichts 8C\_336/2017 vom 11. Oktober 2017 E.4.1 und 8C\_441/2012 vom 25. Juli 2013 E.3.1.3).

#### **E. 4.5**

Ist eine anspruchserhebliche Änderung glaubhaft gemacht und tritt die Verwaltung somit, wie vorliegend (Bf-act. 1/IV-act. 196 S. 1, mit Hinweis auf das Schreiben vom 4. Juni 2020, IV-act. 145), auf das Gesuch ein, ist sie verpflichtet, das neue Leistungsbegehren in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht umfassend ("allseitig") zu prüfen, d.h. zu beurteilen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen (BGE 141 V 9 E.2.3; Urteile des Bundesgerichts 8C\_262/2021 vom 10. September 2021 E.3.2, 8C\_455/2020 vom 20. Oktober 2020 E.3.1, 8C\_207/2020 vom 5. August 2020 E.4.2, 8C\_367/2020 vom 4. August 2020 E.2.1 und 8C\_746/2013 vom 10. Juni 2014 E.2); dabei besteht keine Bindung an frühere Beurteilungen (BGE 141 V 9 E.2.3, 6.1 und 6.4, BGE 117 V 198 E.3a und 4b; Urteile des Bundesgerichts 9C\_11/2019 vom 16. Juli 2019 E.3.3 und 8C\_825/2018 vom 6. März 2019 E.6.7). Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (Urteile des Bundesgerichts 8C\_477/2020 vom 25. November 2020 E.4.3 und 9C\_351/2020 vom 21. September 2020 E.3.1; BGE 133 V 108 E.5.2, BGE 117 V 198 E.3a; vgl. auch KIESER, ATSG-Kommentar, 4. Aufl., Zürich 2020, Art. 53 Rz. 38; MEYER/REICHMUTH, in: STAUFFER/CARDINAUX, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Aufl., Zürich 2014, Art. 30-31 Rz. 13 ff. und Rz. 120).

#### **E. 4.6**

Um beurteilen zu können, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten einer Versicherten noch eine Erwerbstätigkeit zugemutet werden kann, sind die Verwaltung und das im Beschwerdefall angerufene Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls andere Fachleute zur Verfügung stellen (BGE 132 V 93 E.4). Dabei können sich die IV-

- 12 - Stellen und im Streitfall die Sozialversicherungsgerichte auf die Regionalen Ärztlichen Dienste (RAD; Art. 59 Abs. 2bis Satz 1 IVG), auf die Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte oder auf externe medizinische Sachverständige abstützen (Art. 59 Abs. 3 IVG). Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind, vielmehr gilt für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 143 V 124 E.2.2.2, BGE 125 V 351 E.3). Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht alle Beweismittel, unabhängig davon, 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 (vgl. zum Ganzen BGE 143 V 124 E.2.2.2 und BGE 125 V 351 E.3a).

#### **E. 4.7**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E.5.1, BGE 125 V 351 E.3a). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 143 V 124 E.2.2.2, BGE 125 V 351 E.3a). Dennoch hat es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medi-

- 13 - nischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E.3b). Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, die aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E.1.3.4, BGE 125 V 351 E.3b/bb). In Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten darf und soll das Gericht auch der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärztinnen und Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E.4.5, BGE 125 V 351 E.3a und 3b). Sodann kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (vgl. BGE 139 V 225 E.5.2, BGE 135 V 465 E.4.4, BGE 125 V 351 E.3b/ee; Urteile des Bundesgerichts 8C\_246/2020 vom

#### **E. 4.8**

Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema – erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts – bezieht. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweisend wäre, mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die (von einer früheren abweichenden) ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben (zum Ganzen: Urteile des

- 14 - Bundesgerichts 8C\_556/2020 vom 12. Oktober 2020 E.2.2, 8C\_845/2018 vom 17. Mai 2019 E.2.2 und 9C\_137/2017 vom 8. November 2017 E.3.1). 5. Die Beschwerdeführerin reichte der IV-Stelle am 1. April 2020 eine "Wiederanmeldung" mit

dem Hinweis auf einen wesentlich verschlechterten Gesundheitszustand ein (IV-act. 142, 154). Die Beschwerdegegnerin trat auf das neue Gesuch ein (IV-act. 170 S. 2), verneinte dann aber mit Verfügung vom 6. August 2021 (Bf-act. 1, IV-act. 196) einen Rentenanspruch namentlich mit der Begründung, gestützt auf die medizinischen Abklärungen habe sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit dem letzten materiellen Entscheid nicht wesentlich verändert, die Beschwerdeführerin sei in einer angepassten Tätigkeit weiterhin zu 80 % arbeitsfähig (ganztags verwertbar mit 20%iger Leistungsminderung). Dabei stützte sich die Beschwerdegegnerin nebst der RAD-Abschlussbeurteilung vom 16. April 2021 (Case Report, IV-act. 197, S. 22 f.) insbesondere auf das polydisziplinäre SMAB-Gutachten vom 25. März 2021 (IV-act. 176) ab.

## E. 5

Mit Vernehmlassung vom 14. September 2021 schloss die IV-Stelle (nachfolgend Beschwerdegegnerin) auf kostenfällige Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung verwies sie auf die angefochtene Verfügung. Auf die Begründung in der angefochtenen Verfügung sowie auf die weiteren Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird, soweit entscheidend, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. II. Das Gericht zieht in Erwägung: 1. Nach Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) sind Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle anfechtbar. Vorliegend stellt die angefochtene Verfügung der IV-Stelle des Kantons Graubünden vom 6. August 2021 (Akten der Beschwerdeführerin [Bf-act.] 1, Akten der IV-Stelle [IV-act.] 196) ein taugliches Anfechtungsobjekt für ein Verfahren vor dem Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden dar. Die sachliche Zuständigkeit des Verwaltungsgerichts ergibt sich aus Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) zusammen mit Art. 49 Abs. 2 lit. a des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege (VRG; BR 370.100). Als Adressatin der strittigen Verfügung ist die Beschwerdeführerin von dieser berührt und weist ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung auf (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 59 ATSG). Auf die im Übrigen frist- und formgerecht (Art. 60 und Art. 61 ATSG) eingereichte Beschwerde ist somit einzutreten. 2. Streitgegenstand bildet die Frage des Rentenanspruchs der Beschwerdeführerin, der angesichts der Neuanmeldung im April 2020 gestützt auf Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens ab dem 1. Oktober 2020 (d.h. sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs) entsteht, sofern bis dahin das Wartejahr nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG erfüllt ist. Letzteres trifft unstreitig zu, zumal die Beschwerdegegnerin dazu

- 6 - ausführte, per 14. März 2020 habe erstmals ununterbrochen während eines Jahres eine durchschnittliche 40%ige Arbeitsunfähigkeit vorgelegen (vgl. angefochtene Verfügung [Bf-act.1/IV-act. 196 S. 2] und Case Report [IV-act. 197 S. 24]). Streitig ist das Vorliegen eines Gesundheitsschadens mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit, der im hier massgeblichen Zeitraum ab dem 1. Oktober 2020 einen Rentenanspruch begründen könnte. Dass die Arbeitsfähigkeit insbesondere nach der Tumorexzision am Thenar rechts am 18. Oktober 2019 sowie anlässlich des stationären Aufenthalts in der Rehaklinik E. \_\_\_\_\_ vom 21. Februar 2020 bis zum 23. April 2020 vorübergehend aufgehoben war, ist somit (auch unter Berücksichtigung von Art. 88a der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV; 831.201]) nicht von Belang. 3. In der angefochtenen Verfügung vom 6. August 2020 legte die Vorinstanz dar, dass die Beschwerdeführerin seit dem 5. August 2014 in ihrer

Arbeitsfähigkeit zu 20 % eingeschränkt sei und sich der Gesundheitszustand ab dem 18. Oktober 2019 verschlechtert habe, sodass per 14. März 2020 erstmals ununterbrochen während eines Jahres eine durchschnittliche 40%ige Arbeitsunfähigkeit vorgelegen habe. Bei der Beurteilung des Gesundheitszustands könne auf das interdisziplinäre MEDAS-Gutachten der SMAB AG vom 25. März 2021 abgestellt werden. Demnach gelte die Beschwerdeführerin, nach einer vorübergehenden Verschlechterung des Gesundheitszustands, seit Austritt aus der Rehaklinik E.\_\_\_\_\_ sowohl in der angestammten Tätigkeit als auch in angepassten, leichten Tätigkeiten als zu 80 % arbeitsfähig. Der Einschätzung der behandelnden Ärztinnen, die eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestierten, könne nicht gefolgt werden, zumal diese die objektiven Befunde der Gutachterinnen und Gutachter der SMAB AG (keine nervalen Dehnungsbefunde in der klinisch-neurologischen Untersuchung, keine für die Arbeitsunfähigkeit relevanten rheumatologischen Befunde sowie ein im Rahmen der Evaluation der

- 7 - funktionellen Leistungsfähigkeit nachgewiesenes Belastbarkeitsniveau, das einer leichten Tätigkeit ganztags entspricht) nicht zu erschüttern vermöchten. Dass sich die Einschätzungen der verschiedenen Ärztinnen und Ärzte widersprüchen, sei nicht ungewöhnlich, zumal die behandelnden Ärztinnen sich auch an IV-fremden Gegebenheiten und den Behandlungszielen orientierten, während die Gutachterinnen und Gutachter der MEDAS-Stelle und des RAD-Ostschweiz darauf spezialisiert seien, den Gesundheitszustand von Versicherten und die IV-rechtliche Arbeitsfähigkeit objektiv zu beurteilen. Die Beschwerdegegnerin errechnete einen Invaliditätsgrad von 12.29 % und verneinte daher den Anspruch auf eine Invalidenrente.

### **E. 5.1**

Als Vergleichsbasis (vgl. dazu Erwägung 4.4 f.) ist vorliegend die Verfügung vom 5. August 2014 (IV-act. 131) massgeblich, zumal seither keine den Voraussetzungen von aArt. 17 Abs. 1 ATSG bzw. Art. 87 Abs. 2 und Abs. 3 IVV entsprechende materielle Überprüfung des Rentenanspruchs stattgefunden hat. In jener Verfügung hatte die Beschwerdegegnerin festgestellt, dass sich der Gesundheitszustand seit der Verfügung vom 20. Mai 2009 bzw. seit der MEDAS-Begutachtung vom 28. Januar 2009 nicht wesentlich verändert habe und sie weiterhin sowohl in der angestammten als auch in einer adaptierten Tätigkeit zu 80 % arbeitsfähig sei. Die Beschwerdegegnerin hatte dabei im Wesentlichen auf die beiden neurologischen Berichte von Dr. med. B.\_\_\_\_\_ vom 27. November 2012 (Gutachten; IV-act. 106) und vom 31. Juli 2013 (Ergänzung) (IV-act. 115) sowie auf die psychiatrische RAD-Beurteilung vom 24. April 2013 (mit Bericht vom 21. Mai 2013; IV-act. 112) und die

- 15 - RAD-Abschlussbeurteilung von Dr. med. I.\_\_\_\_\_ vom 4. Juni 2013 (Case Report, IV-act. 132, S. 14 ff.) abgestellt. Aus diesen Akten sowie aus den vorangegangenen medizinischen Unterlagen geht im Wesentlichen Folgendes hervor: - Bericht vom 13. Dezember 2005 von Dr. med. J.\_\_\_\_\_, FMH Innere Medizin (speziell Rheumatologie) (IV-act. 11): Diagnose eines Morbus Sudeck der linken Hand (Restbeschwerden) bei St. n. CTS- Operation am 20. Mai 2005 und chronischem Handgelenksschmerz seit über einem Jahr sowie ein CTS (= Carpal-Tunnel-Syndrom) rechts. - Bericht vom 15. März 2006 von Dr. med. K.\_\_\_\_\_, LA Allgemein- und Unfallchirurgie des Y.\_\_\_\_\_ Spitals (IV-act. 19, S. 5 ff.): Diagnose eines chronischen Schmerzsyndroms an der linken Hand, im linken Handgelenk und im linken Vorderarm bei St. n. CTS- Operation und leichtes

Karpaltunnelsyndrom rechts. Die neurographischen Befunde an der linken Hand hätten sich – nach durchgeführten bildgebenden, handchirurgischen, rheumatologischen und neurologischen Abklärungen – vollständig normalisiert und ein Rezidiv eines Karpaltunnelsyndroms sei nicht feststellbar. Handchirurgisch würden im Wesentlichen unauffällige Verhältnisse beschrieben. Es werde die Verdachtsdiagnose eines Morbus Sudeck gestellt, ausserdem eventuell vorübergehende Veränderungen im Sinne einer Dupuytren'schen Kontraktur. Dr. med. K. \_\_\_\_\_ erachtete die Beschwerdeführerin als in einer adaptierten Tätigkeit ganztägig mit voller Leistung arbeitsfähig. - Operationsberichte vom 17. November 2006 und vom 24. November 2006 von Dr. med. L. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurochirurgie (IV-act. 27, S. 3 ff., IV-act. 27, S. 6 f., IV-act. 55, S. 56 f.): Diagnose eines

- 16 - komplexen Schmerzsyndroms der linken Hand (CRPS) sowie eines chronischen unbeeinflussbaren Schmerzes (ICD-10 R52.1); infolgedessen Einsetzen einer spinalen Neurostimulationselektrode zervikal am 16. November 2006 und am 23. November 2006 einen spinalen Neurostimulator abdominal (Anschluss an die zervikale Elektrode). Gemäss Bericht vom 23. Januar 2007 (IV-act. 55, S. 56 f.) deutlich verbesserte Gebrauchsfähigkeit der Hand bei weitgehender Schmerzfreiheit während der Testphase. - Bericht der Abteilung für Wirbelsäulenmedizin und Schmerztherapie der M. \_\_\_\_\_ Klinik N. \_\_\_\_\_ vom 30. Oktober 2007 (IV-act. 55, S. 54 f.): Einordnung als chronifiziertes, gemischtes Schmerzsyndrom bei St. n. Sudecksyndrom im linken Arm. Deutliche Verbesserung durch die erfolgreiche Implantation des Rückenmarkstimulators. - Operationsbericht vom 28. März 2008 von Dr. med. O. \_\_\_\_\_, stellvertretender Chefarzt Chirurgie des Spitals P. \_\_\_\_\_ (IV-act. 55, S. 45): Operationsdiagnose einer Tendovaginitis stenans der Flexor pollicis longus-Sehne links, Operation: Ringbandsplattung sowie Spülung der Sehnenscheide, und Operationsbericht vom

## **E. 5.2**

Nach Erlass der Verfügung vom 5. August 2014 (IV-act. 131) zeigen die medizinischen Unterlagen folgenden Gesundheitszustand: - Operation vom 8. Oktober 2014 durch dipl. med. R. \_\_\_\_\_, Neurochirurgie des KSGR (IV-act. 144, S. 13): Refixation des Impulsgebers links abdominal (nach dessen Dislokation). Sprechstunde vom 28. November 2014: Von Seiten der Schmerzsymptomatik sei die Beschwerdeführerin seit der

- 23 - Implantation der Stabelektrode am Ganglion sehr zufrieden. Motorisch habe sich an der linken Hand nichts verändert (S. 14). - Bericht Schmerzlinik Basel vom 3. März 2015 (IV-act. 144, S.1-4): Stationärer Aufenthalt vom 26. Januar 2015 bis zum 14. Februar 2015 im Rahmen der multimodalen Schmerztherapie aufgrund einer chronischen Schmerzstörung mit therapierefraktären Beschwerden, angesichts der im Vorfeld gescheiterten Therapiemassnahmen bzw. der trotz eines Wechsels des Stimulators aufgetretenen erneuten Schmerzexazerbation sowie der nachlassenden Handkraft links. Diagnose einer chronischen Schmerzerkrankung mit psychischen und somatischen Faktoren (ICD-10 F45.41) bei St. n. Implantation eines Neurostimulators zur Behandlung eines CRPS der linken Hand/Unterarmregion und chronischen Schulter-, Nacken- und Kopfschmerzen mit erheblicher Schmerzexazerbation seit Mitte 2014 sowie u.a. ein St. n. Wanderung des Impulsgebers und Refixation links abdominal. Während ihres Aufenthalts wurden der Beschwerdeführerin Procain-Baseninfusionen (= Lokalanästhetikum) verabreicht, deren Weiterführung auch nach dem Austritt empfohlen wurde (S. 4). - Bericht vom 5. Oktober 2017 Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Leitung Schmerztherapie KSGR, und Dr. med. G. \_\_\_\_\_

(IV-act. 144, S. 5 ff.): Erstkonsultation am 4. Oktober 2017. Diagnosen: chronisches Schmerzsyndrom extremitätenbetont mit Beginn der Symptomatik im 2009, DD unklar (möglicherweise im Rahmen von zervikalen Adhäsionen nach Einlage von Stimulationselektroden, zentralnervöser demyelinisierender Prozess, myofasziale Erkrankung), MRI-Diagnostik aufgrund des Neurostimulators nicht durchführbar, stationärer Aufenthalt in der Schmerzlinik Basel im 2014 mit Procain-Dauerinfusion, weitere in Bad Ragaz, nach Unverträglichkeit mittlerweile sistiert, sowie aktenanamnestisch

- 24 - Verdacht auf eine demyelinisierende zentralnervöse Erkrankung (ZDMS) unklarer Aetiologie bei Liquorpunktion 06/2011 ohne ätiologische Hinweise, zweimalig pathologische EEG-Befunde ohne klare Diagnose und keine Berichte vorliegend sowie St. n. CRPS nach CTS-Operation links 2005. Die Anamnese der Beschwerdeführerin beginne mit der Entwicklung eines CRPS nach CTS-Operation links. Die damalige Schmerzsymptomatik habe durch die Implantation eines zervikalen Neurostimulators im Jahr 2006 zu einem weitgehend zufriedenstellenden Ausmass reduziert werden können. Übrig geblieben seien motorische, insbesondere feinmotorische Ausfälle der linken adominanten Hand. Im Jahr 2009 habe sich eine weitere chronische Schmerzsymptomatik extremitätenbetont entwickelt. Deren Ätiologie sei ungeklärt. Die möglichen Differenzialdiagnosen seien oben erwähnt, aber infolge der Unmöglichkeit eines MRI nicht erhärtbar. Die Beschwerden seien hier einerseits Hypästhesien und Parästhesien der Beine sowie plötzlich einschliessende Schmerzen der unteren und oberen Extremitäten. Diese Schmerzen kämen und gingen sehr plötzlich. Eine weitere Schmerzlokalisierung sei nach operativer Revision der zervikalen Elektroden im dortigen Narbenbereich entstanden. Die dortige Schmerzqualität werde als neuropathisch beschrieben. - Bericht vom 6. September 2018 der Dres. med. F. \_\_\_\_\_ und G. \_\_\_\_\_ (IV-act. 144, S. 19 ff.): Nach Auflistung der bekannten Diagnosen bestehe zusammengefasst seit einer CTS-Operation links im Jahr 2005 ein CRPS der Hand links, das mit einem zervikalen Neurostimulator relativ gut behandelt sei. Im Jahr 2013 seien die zervikalen Elektroden disloziert und daher im Jahr 2014 zervikal neu implantiert worden. Seitdem seien die Handgelenksschmerzen weiterhin recht gut eingestellt. Es bestehe aber seit der zervikalen Operation zusätzlich ein neuropathisch betontes zervikales

- 25 - Schmerzsyndrom hauptsächlich im Narbenbereich. Zudem bestehe eine motorische Einschränkung der Finger I-III der linken Hand. Daneben habe die Beschwerdeführerin bereits vor der Implantation des Neurostimulators eine unklare generalisierte Schmerzentwicklung erlitten, deren Diagnose anamnestisch nicht habe geklärt werden können. Hauptsächlich bestünden dumpfe, teilweise auch brennende Schmerzen in beiden unteren Extremitäten rechtsbetont. Zudem bestehe ein Einknicken der Beine und auch der Lagesinn der Füße sei teilweise gestört. Ferner bestehe ein Kribbeln beider Hände, das nur nachts vorhanden sei. Anamnestisch sei im Jahr 2009 eine CT wahrscheinlich des Neurokraniums durchgeführt worden, die anamnestisch nichts Wegweisendes dargestellt habe. Zudem sei im selben Jahr eine Liquorpunktion durchgeführt worden, die nichts weiter Konklusives hervorgebracht habe. Bei dem vorliegenden Neurostimulator handle es sich um ein Gerät, welches nicht MRI- kompatibel sei. Zusammenfassend sei der Verdacht auf eine demyelinisierende zentralnervöse Erkrankung unklarer Ätiologie gestellt worden. Es lägen diesbezüglich keine Berichte vor. Nach dem bisherigen Verlauf stünden hauptsächlich die Schmerzentwicklung im Vordergrund. Die Beschwerdeführerin beklage

ein jede Nacht bestehendes Taubheitsgefühl beider Hände. Zudem sei die neurologische Veränderung der Beine schwer zu fassen, aber sicherlich vorhanden. Es lägen leider keinerlei neurologischen Berichte vor. - Operationsbericht vom 18. Oktober 2019 von Dr. med. S. \_\_\_\_\_ (IV-act. 144, S. 27): Tumorexzision am rechten Thenar. - Bericht vom 24. Januar 2020 der Dres. med. F. \_\_\_\_\_ und G. \_\_\_\_\_ (IV-act. 144, S. 30 ff.): Behandlung mit Fentanyl transdermal (= synthetisches Opioid) aufgrund des neuropathischen Schmerzsyndroms im Bereich zervikal und des Schulter-

- 26 - /Nackengebiete sowie mit Temesta in der Nacht weitergeführt. Im Herbst 2019 habe sich eine psychische Dekompensation entwickelt, weshalb eine regelmässige ambulante Psychotherapie veranlasst worden sei. Dennoch habe die psychische und psychosomatische Verschlechterung nicht aufgehalten werden können. Die Indikation für eine stationäre psychosomatische Rehabilitation sei nun vorhanden. - Austrittsbericht vom 27. April 2020 der Rehaklinik E. \_\_\_\_\_ zum stationären Aufenthalt vom 21. Februar 2020 bis zum 23. April 2020 (Bf-act. 5/IV-act. 144, S. 33 ff.): Diagnose chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.4), mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom im Sinne einer Erschöpfung (ICD-10 F32.11), dissoziative Störung gemischt (ICD-10 F44.7; Störung von Bewegung und Sensibilität) sowie anhaltende Persönlichkeitsveränderung nach langem Krankheitsverlauf (ICD-10 F62.0) (S. 33). In Bezug auf einen verbesserten Umgang mit Schmerzen im Alltag habe im Rahmen der stationären Behandlung keine Verbesserung erreicht werden können. Die Schmerzen hätten während des Aufenthalts nicht beeinflusst werden können. Die allgemeine spezifische Belastbarkeit, Kraft und Ausdauer bei zu langem Stehen und Spazieren habe nicht gesteigert werden können. Die Beschwerdeführerin habe chronische Schmerzen gezeigt, welche im Rahmen einer Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren interpretiert würden, sowie eine mittelgradige depressive Episode mit deutlicher psychophysischer Erschöpfung. Auch habe die Beschwerdeführerin wiederkehrende Panikattacken erlitten, die aufgrund von anschliessenden somatosensorischen Ausfällen am ehesten im Rahmen einer dissoziativen Störung interpretiert worden sind. Der Verdacht, dass die Beschwerdeführerin eine anhaltende Persönlichkeitsveränderung nach langem Krankheitsverlauf haben könnte, habe sich im Verlauf der Behandlung bestätigt. Während des Aufenthalts habe die

- 27 - Beschwerdeführerin neben einer gewissen Erholung und Regeneration für sich wichtige Erklärungen gefunden, um das dringend benötigte Gefühl der Kontrolle wiederzuerlangen. Dadurch habe eine Reduktion der panikartigen Attacken, die häufig mit massiven Schmerzen und Lähmungserscheinungen einhergingen, verzeichnet werden können. Es werde empfohlen, weiterhin an den begonnenen Therapien zu arbeiten. Insbesondere solle dabei die aktuelle emotionale und symptomatische Belastung durch die Verarbeitung einiger belastender Lebensereignisse gefördert werden (S. 36 ff.). - Verlaufsbericht vom 6. Oktober 2020 von lic. psych. T. \_\_\_\_\_ (behandelnde Psychologin) (IV-act. 166): Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) im Sinne einer Erschöpfung, anhaltende Persönlichkeitsänderung nach langem Krankheitsverlauf (ICD-10 F62.0) sowie Panikstörung (ICD-10 F41.0). Sie beschrieb die Beschwerdeführerin als zu 100 % arbeitsunfähig.

### **E. 5.3**

In der angefochtenen Verfügung vom 5. August 2021 (Bf-act. 1, IV-act. 196), mit der die Beschwerdegegnerin das Vorliegen einer relevanten Gesundheitsverschlechterung verneinte, stellte sie im Wesentlichen auf das SMAB-Gutachten vom 25. März 2021 ab (IV-act. 176). Demgegenüber erachtete die Beschwerdeführerin eine Verschlechterung des Gesundheitszustands gestützt auf den Bericht der Dres. med. F.\_\_\_\_\_ und G.\_\_\_\_\_ vom 25. Juni 2021 (Bf-act. 6/IV-act. 190, S. f.) als ausgewiesen. - SMAB-Gutachten vom 25. März 2021 (IV-act. 176): Die Gutachterinnen und Gutachter diagnostizierten eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10

- 28 - F45.41) sowie eine dissoziative Störung gemischt (ICD-10 F44.7) mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Als ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit erachteten sie u.a. folgende Diagnosen: die Tumorexzision am Thenar rechts am 18. Oktober 2019, die Tendovaginitis stenosans am Daumenbeuger links am 28. März 2008 mit Öffnung des Ringbandes und Spülung der Sehnenscheide, die Dekompressionsoperationen des Nervus medianus am Karpaltunnel rechts am

#### **E. 5.4**

Im Folgenden ist zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht auf das SMAB-Gutachten vom 25. März 2021 (IV-act. 176) mit den entsprechenden Feststellungen zur Arbeitsfähigkeit (80 %) abgestellt hat oder ob die übrige Aktenlage, insbesondere der Bericht der Dres. med. F.\_\_\_\_\_ und G.\_\_\_\_\_ vom 25. Juni 2021 (Bf-act. 6/IV-act. 190, S. 6 f.), dieses in Zweifel zu ziehen vermag.

- 31 -

#### **E. 5.4.1**

Soweit die Dres. med. F.\_\_\_\_\_ und G.\_\_\_\_\_ in ihrem Bericht vom 25. Juni 2021 (Bf-act. 6/IV-act. 190, S. 6 f.) kritisieren, im SMAB-Gutachten sei die Diagnose des CRPS der linken Hand als nicht arbeitsfähigkeitslimitierend beurteilt worden, obschon die Beschwerdeführerin seit dem Jahre 2005 funktionell durch das CRPS arbeitsunfähig sei, kann der sich darauf abstützenden Beschwerdeführerin nicht gefolgt werden. Denn die Dres. med. F.\_\_\_\_\_ und G.\_\_\_\_\_ halten im genannten Bericht sogleich selber fest, dass in der aktuellen Beurteilung, die unter Anwendung des Neurostimulators (SCS) durchgeführt wurde, das CRPS weniger in den klinischen Augenschein falle, zumal die Anwendung des Neurostimulators die Schmerzsituation deutlich unterdrücke (Bf-act. 6/IV-act. 190, S. 6). Gleichermassen hielten sie in ihren Berichten vom 5. Oktober 2017 und 6. September 2018 fest, dass die Schmerzsymptomatik durch die Implantation eines zervikalen Neurostimulators auf ein weitgehend zufriedenstellendes Ausmass habe reduziert werden können bzw. dass die Handgelenksschmerzen seither weiterhin recht gut eingestellt seien (IV-act. 144, S. 7, und IV-act. 144, S. 20; vgl. ferner Berichte der Dres. med. F.\_\_\_\_\_ und G.\_\_\_\_\_ vom 26. August 2019 [IV-act. 144, S. 23], vom 7. November 2019 [IV-act. 144, S. 29] und vom 24. Januar 2020 [IV-act. 144, S. 31]). Auch die Beschwerdeführerin gab anlässlich der SMAB-Begutachtung selber an, dass sie aufgrund des Neurostimulators in der linken Hand keine Schmerzen mehr habe (vgl. IV-act. 176, S. 34). Zeitigt somit ein Gesundheitsschaden keine namhaften Auswirkungen auf das funktionelle Leistungsvermögen, ist nicht zu beanstanden, wenn die SMAB-Gutachter die Dekompressionsoperation des Nervus medianus am Karpaltunnel links am 20. Mai 2005 und die operative Revision mit Neurolyse und Fasciculolyse des Nervus medianus links am 18. Juli 2012 mit St. n. Implantation Neurostimulator 11/2006, links inguinal implantiert,

Stimulation epidural C7/Th1, St. n. Systemwechsel auf St. Jude Axium-

- 32 - System MN20-200 Impulsgenerator mit 4-poliger Stabelektrode zervikal im Bereich des Neuroforamen C7 links 03/2014, mit Wanderung des Impulsgebers und Refixation des Impulsgebers links abdominal zur DRG- Stimulation C7 links am 8. Oktober 2014 den Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zuordnen (IV-act. 176, S. 10). Daran vermag der Umstand, wonach die starken Schmerzen in der linken Hand während der aufgrund einer Elektordendislokation im Jahr 2014 stimulationsfreien Zeit wieder aufgetreten seien, aus besagtem Grund nichts zu ändern. Hinzuweisen ist zudem auf den Bericht von Dr. med. K. \_\_\_\_\_, LA Allgemein- und Unfallchirurgie des Y. \_\_\_\_\_ Spitals, vom 15. März 2006, in dem dieser bei diagnostiziertem chronischen Schmerzsyndrom an der linken Hand, im linken Handgelenk und im linken Vorderarm bei St. n. CTS-Operation am 20. Mai 2005 und postoperativem Verdacht auf einen Morbus Sudeck festhielt, der Beschwerdeführerin seien prinzipiell alle Tätigkeiten zuzumuten, die nur eine geringgradige bis minimale Belastung der linken Hand voraussetzten. In Frage kämen z.B. Kontrolltätigkeiten, Überwachungsarbeiten oder leichtere Büroarbeiten. In einer adaptierten Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin ganztägig mit voller Leistung arbeitsfähig (IV-act. 19, S. 8 f.). Insofern bestand aus medizinischer Sicht bereits vor der Implantation eines Neurostimulators eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit (vgl. hierzu rechtskräftiger Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 7. Juni 2007 [IV-act. 29]).

#### **E. 5.4.2**

Soweit die Dres. med. F. \_\_\_\_\_ und G. \_\_\_\_\_ eine durch das CRPS verursachte, anhaltende Einschränkung der Kraft und Feinmotorik der linken Hand ausweisen, vermögen sie das SMAB-Gutachten dadurch nicht in Zweifel zu ziehen. Abgesehen davon, dass diese Beeinträchtigungen ohnehin keine vollständige Arbeitsunfähigkeit zu begründen vermöchten, setzte sich der im Rahmen der SMAB-Begutachtung eingeholte Bericht vom 12. Februar 2021 des Zentrums Arbeitsmedizin Winterthur zur

- 33 - durchgeführten EFL damit auseinander. Darin wird ausgeführt, die Beschwerdeführerin habe bei den Tests der Handkraft links und der Handkoordination wenig Effort gezeigt. Sie habe linkshändig ein vermindertes Tempo aufgewiesen und den Zeigefinger nur vermindert eingesetzt; dasselbe gelte für die Drehung des Unterarms. Es sei schwierig zu beurteilen, ob dies durch die Diagnose medizinisch plausibel erscheine (IV-act. 176, S. 92). Die rheumatologische SMAB-Gutachterin Dr. med. U. \_\_\_\_\_ hat sich in ihrem Teilgutachten dazu geäußert und festgehalten, für die demonstrierten funktionellen Einschränkungen an der linken Hand gebe es keine somatische Erklärung (IV-act. 176, S. 69). Dies ist aufgrund der von ihr erhobenen, weitgehend unauffälligen klinischen Untersuchungsbefunde zu den Händen nachvollziehbar. Dr. med. U. \_\_\_\_\_ hielt dazu namentlich fest, der Gänslen-Handgriff sei beidseits negativ. Es bestehe kein Volarbeugeschmerz, kein Handrückenödem und keine Beugekontrakturen. Der kleine und grosse Faustschluss seien ordentlich durchführbar, die Streckung und Beugung in allen Fingern komplett. Der Grobgriff sowie Spitz-/Schlüsselgriff seien feinmotorisch ordentlich einnehmbar, wobei die Beschwerdeführerin angegeben habe, keine Kraft im Daumen- und Zeigefingerbereich zu haben und es ihr nicht möglich sei, am Stift zu ziehen. Die Griffkraft rechts betrage 2 x 20 kg, links beim ersten Mal 10 kg und beim zweiten Mal nurmehr 5 kg. Es bestehe keine Druckdolenz an den MCP-, PIP- und DIP-Reihen beidseits, ausser im Bereich PIP II rechts. Aktuell seien keine Ergüsse, Synovitiden und Tendosynovitiden

tastbar. Es liege keine Druckdolenz im Bereich der Handgelenke beidseits vor. Es seien keine trophischen Störungen bei seitengleicher Temperatur und Behaarung, keine livid-rote Hautverfärbung, kein Weichteilödem und kein vermehrtes Schwitzen feststellbar (IV-act. 176, S. 68; vgl. hierzu bereits die Befunderhebungen im Bericht von Dr. med. K. \_\_\_\_\_ vom 15. März 2006 [IV-act. 19, S. 7] und im rheumatologischen SAM-Gutachten vom 28. Januar 2009 [IV-act. 55, S. 25 f. und IV-act. 55, S. 28]). Daraus schloss Dr. med. U. \_\_\_\_\_ plausibel,

- 34 - dass im Bereich der linken Hand klinische Zeichen für einen Morbus Sudeck fehlten (IV-act. 176, S. 70; so auch schon Dr. med. B. \_\_\_\_\_ im fachneurologischen Gutachten vom 27. November 2012 [IV-act. 106, S. 16]). Zudem sei in der Laboranalyse keine pathologische, entzündliche Aktivität nachzuweisen (IV-act. 176, S. 70). Bei zusätzlich fehlender Muskelatrophie und normalem Bewegungsumfang gebe es für die Schwäche in der Hand keine objektive Erklärung (IV-act. 176, S. 73). Auch der neurologische SMAB-Gutachter Dr. med. V. \_\_\_\_\_ führte in seinem Teilgutachten aus, bei Status nach jeweils zweifacher Operation eines Karpaltunnelsyndroms auf beiden Seiten liege residuell eine diskrete Minderung des Oberflächen- und Schmerzempfindens und eine leichte Einschränkung der Zwei-Punkte-Diskrimination bei normaler epikritischer Sensibilität an der Beere des Mittelfingers links vor. Daraus resultiere aber keine namhafte Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit (IV-act. 176, S. 87). Gleichermassen räumte die Beschwerdeführerin anlässlich der SMAB-Begutachtung denn auch selber ein, dass sie durch die eingeschränkte Funktion der linken Hand nur noch wenig beeinträchtigt sei (vgl. IV-act. 176, S. 34). Insofern vermögen die seitens der Dres. med. F. \_\_\_\_\_ und G. \_\_\_\_\_ beschriebenen Einschränkungen der linken Hand aus rheumatologischer und neurologischer Sicht keine quantitative Arbeitsunfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit zu begründen. Dies steht denn auch im Einklang mit den rheumatologischen und neurologischen Beurteilungen im SAM-Gutachten vom 28. Januar 2009, wonach die von der Beschwerdeführerin geklagten Schmerzen bei der durchgeführten klinisch-radiologischen Untersuchung keine ausreichende rheumatologische Erklärung fänden bzw. wonach die Diskrepanz zwischen den subjektiven Symptomen und den objektiven Zeichen bzw. den normalen spontanen Bewegungen der linken oberen Extremitäten eindeutig gegen eine organische neurologische Grundpathologie sprächen (IV-act. 55, S. 19 f.). Mit anderen Worten fanden die SAM-Gutachter keinen organischen Ursprung für die Beschwerden der oberen linken Extremität

- 35 - (IV-act. 55, S. 20). Desgleichen kam Dr. med. B. \_\_\_\_\_ in seinem fachneurologischen Gutachten vom 27. November 2012 zum Schluss, dass sich auf neurologischem Fachgebiet keine relevanten und organisch objektivierbaren Defizite feststellen liessen (IV-act. 106, S. 16).

### **E. 5.4.3**

Im Weiteren moniert die Beschwerdeführerin gestützt auf den Bericht der Dres. med. F. \_\_\_\_\_ und G. \_\_\_\_\_ vom 25. Juni 2021, dass das nach der neurochirurgischen Revisionsoperation im März 2014 aufgetretene Krankheitsbild mit neuropathischen Zügen im Bereich der zervicalen Narbe und die generalisierten Schmerzepisoden im Gutachten ignoriert worden sei. Dies findet keine Stütze in den Akten. Das SMAB- Gutachten vom 25. März 2021 wurde in Kenntnis der Anamnese und Vorakten (IV-act. 176, S. 16 ff.), insbesondere auch der verschiedenen Berichte der Dres. med. F. \_\_\_\_\_ und G. \_\_\_\_\_ (IV-act. 176, S. 28 ff.), verfasst. Es basiert auf eigenen klinischen, bildgebenden und

laborchemischen Untersuchungen und berücksichtigt die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden (vgl. IV-act. 176, S. 7, IV-act. 176, S. 9, IV-act. 176, S. 34 ff., IV-act. 176, S. 51 f., IV-act. 176, S. 62 f., IV-act. 176, S. 80). So hielt namentlich der neurologische SMAB- Gutachter Dr. med. V. \_\_\_\_\_ ausdrücklich fest, die Beschwerdeführerin habe anlässlich der Exploration im Kern über seit Jahren bestehende permanente Schmerzen im Nacken mit diffuser Ausstrahlung bis zu den Schultern beidseits und der oberen Brustwirbelsäule geklagt (IV-act. 176, S. 84). Anlässlich der Befragung gab sie präzisierend an, die Schmerzen im Nacken hätten nach der zweiten Elektrodenimplantation im Jahr 2014 zugenommen. Sie seien brennend und verspannt, in der Intensität schwankend zwischen 5-10/10, bei körperlicher Tätigkeit verstärkt und strahlten zu den Schultern und in die obere BWS aus (IV-act. 176, S. 80). In Würdigung seiner klinisch-neurologischen Untersuchungsbefunde führte Dr. med. V. \_\_\_\_\_ sodann aus, es zeigten sich keine nervalen Dehnungszeichen, weder zervikal noch lumbal. Die Hirnnervenfunktion

- 36 - stelle sich in allen Einzelheiten regelrecht dar. Manifeste oder latente Paresen hätten ebenso wenig vorgelegen wie Muskelatrophien oder Faszikulationen. Die Reflextätigkeit habe sich seitengleich auf mittellebhaftem Niveau normal dargestellt und es habe sich eine Intaktheit der Reflexbögen gezeigt. Hinweise auf Rückenmarkschädigungen hätten sich nicht ergeben. Bei der Überprüfung der Sensibilität seien für alle Qualitäten ein normales Empfinden angegeben worden, mit Ausnahme einer diskreten Hypästhesie und Hypalgesie bei erhaltener Spitz-/Stumpf- Diskrimination im Bereich der Fingerbeere des Mittelfingers links, wo auch die Zwei-Punkte-Diskrimination bei normaler epikritischer Sensibilität diskret reduziert gewesen sei. Sämtliche koordinative und vegetative Funktionen seien regelrecht (IV-act. 176, S. 85). Anlässlich der Untersuchung beobachtete Dr. med. V. \_\_\_\_\_ ferner, dass die Beschwerdeführerin den Kopf spontan frei in alle Richtungen habe wenden können. Das An- und Auskleiden sei selbstständig und geschickt gelungen. Während der Untersuchung hätten kein schmerzgeplagter Eindruck, kein Schonsitz oder -gang und keine Schonhaltung bestanden (IV-act. 176, S. 82). Angesichts dieser Untersuchungsbefunde, insbesondere der fehlenden Schmerzäusserung und dem Fehlen nervaler Dehnungs- oder Einklemmungszeichen zervikal, erscheint es plausibel, dass Dr. med. V. \_\_\_\_\_ aus neurologischer Sicht auch vor dem Hintergrund der geklagten, im Nachgang zur Implantation der Stabelektrode im März 2014 aufgetretenen Schmerzsymptomatik im Nackenbereich keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auswies (IV-act. 176, S. 87 f.).

#### **E. 5.4.4**

Mit den gemäss den Dres. med. F. \_\_\_\_\_ und G. \_\_\_\_\_ seit dem Jahr 2009 bestehenden (vgl. hierzu IV-act. 144, S. 7, IV-act. 144, S. 9, IV-act. 144, S. 16 f., IV-act. 144, S. 19 f., IV-act. 144, S. 22 f., IV-act. 144, S. 28 f., IV-act. 144, S. 30 f.) und von der Beschwerdeführerin geklagten generalisierten chronischen Schmerzen setzte sich die rheumatologische SMAB-Gutachterin in ihrem Teilgutachten eingehend auseinander (IV-act. 176, S. 66 ff.). Gestützt auf ihre eigene Befunderhebung sowie den laborchemischen und bildgebenden Untersuchungen kam sie plausibel zum Schluss, die beschriebenen Körperschmerzen und vor allem deren generell invalidisierendes Ausmass seien aus rheumatologischer Sicht mangels morphologisch-strukturellem Korrelat nicht nachvollziehbar und nicht objektivierbar. Insgesamt liessen sich die von der Beschwerdeführerin demonstrierten und geschilderten Beschwerden nicht objektivieren

(IV-act. 176, S. 73). Zum selben Schluss gelangte bereits der rheumatologische SAM-Experte im Gutachten vom 28. Januar 2009, indem er festhielt, die geklagten Schmerzen hätten bei der durchgeführten klinisch-radiologischen Untersuchung keine ausreichende rheumatologische Erklärung gefunden (IV-act. 55, S. 19). Während er eine fibromyalgische Tendenz feststellte (IV-act. 55, S. 19), verneinte die rheumatologische SMAB-Gutachterin Dr. med. U.\_\_\_\_\_ in Übereinstimmung mit den Dres. med. F.\_\_\_\_\_ und G.\_\_\_\_\_ im Bericht vom 25. Juni 2021 das Vorliegen eines Fibromyalgiesyndroms, da eine ausgeprägte Tagesmüdigkeit, eine Erschöpfbarkeit und ein unerholtes Aufwachen bei der Beschwerdeführerin fehlten (IV-act. 176, S. 71). Soweit die Dres. med. F.\_\_\_\_\_ und G.\_\_\_\_\_ eine demyelinisierende zentrale nervöse Erkrankung als Ursache für die chronische Schmerzsymptomatik vermuten (vgl. IV-act. 190, S. 6 f., IV-act. 144, S. 7, IV-act. 144, S. 17), ist dazu anzumerken, dass sie diesen Verdacht anamnestisch hergeleitet und (wohl von Dr. med. O.\_\_\_\_\_, vgl. Ausführungen oben zu seinen Berichten) übernommen haben, obwohl ihnen dazu nach eigenen Angaben keinerlei (neurologischen) Berichte vorgelegen haben und die ihnen wiederum anamnestisch bekannten Untersuchungen (CT und Liquorpunktion) nichts weiter Konkursives gezeigt hätten (vgl. Bericht Dres. med. F.\_\_\_\_\_ und G.\_\_\_\_\_ vom 6. September 2018 [IV-act. 144, S. 19]). Demgegenüber hielt bereits der neurologische SAM-Gutachter im Gutachten vom 28. Januar 2009 in Würdigung seiner eigenen Befunde, des Krankheitsverlaufs und der

- 38 - Anamnese zusammenfassend fest, es lägen weder objektive neurologische Anzeichen für eine Pathologie, die das periphere Nervensystem, einschliesslich der lumbalen und zervikalen Nervenwurzeln betreffe, noch Anzeichen für eine Pathologie, die das enzephalitische oder medulläre zentrale Nervensystem beträfen, vor. Die Diskrepanz zwischen den subjektiven Symptomen und den objektiven Zeichen bzw. den normalen Bewegungen auch der linken oberen Gliedmassen in einigen spontanen Momenten, spreche eindeutig gegen eine organische neurologische Grundpathologie (IV-act. 55, S. 34). Auch im fachneurologischen Gutachten vom 27. November 2012 führte Dr. med. B.\_\_\_\_\_ aus, auf neurologischem Fachgebiet liessen sich keine relevanten und organisch objektivierbaren Defizite feststellen. Es gebe weder Hinweise für eine Multiple Sklerose noch für ein clinically isolated syndrome noch für einen Morbus Sudeck oder eine fortbestehende Kompressionsneuropathie (IV-act. 106, S. 16). Auch die von ihm durchgeführten ergänzenden elektrophysiologischen Untersuchungen hätten alle unauffällige Befunde ergeben. Die somatosensibel evozierten Potenziale lägen mit ihren kortikalen Latenzen beidseits im Normbereich. Hinweise für eine Störung der zentralen sensiblen Überleitungszeit gebe es somit nicht. Diese Messung wäre geeignet, einen Verdacht auf eine Demyelinisierungserkrankung, wie etwa die Multiple Sklerose, zu unterstützen. Die Elektroenzephalographie habe ebenfalls einen unauffälligen Befund erbracht. Hinweise für eine relevante zerebrale Funktionsstörung gebe es somit ebenfalls nicht (IV-act. 106, S. 16). Dr. med. B.\_\_\_\_\_ berichtete zudem von einer im Juni 2011 durchgeführten Lumbalpunktion, bei der ein normales Gesamteiweiss mit nur einer einzigen oligoklonalen Bande festgestellt worden war (IV-act. 106, S. 6, und IV-act. 106, S. 17). Vor diesem Hintergrund erscheint es schlüssig, wenn der neurologische SMAB-Gutachter Dr. med. V.\_\_\_\_\_ gestützt auf seine eigenen Untersuchungen und der Anamnese folgerte, es

- 39 - gebe weder aktenkundig noch aktuell Belege für das Vorliegen einer organoneurologischen Erkrankung (IV-act. 176, S. 85 f.).

#### **E. 5.4.5**

Unabhängig von der Diagnostik wurde zur Beurteilung des funktionellen Leistungsvermögens aus somatischer Sicht Anfang Januar 2021 eine EFL- Abklärung durchgeführt, die eine Leistungsfähigkeit ganztags für leichte Arbeiten mit nur selten möglichem Rotieren im Sitzen, vorgeneigten Stehen und Sitzen, wiederholten Kniebeugen und Einnahme einer Hockstellung bzw. manchmal möglichem Ziehen, Stossen und Arbeiten über Schulterhöhe, Rotieren im Stehen, Stehen an Ort, Stehen und Gehen, Leiter- und Treppensteigen, Kriechen und Knien ergab (IV-act. 176, S. 92). Dementsprechend formulierte die rheumatologische SMAB-Gutachterin Dr. med. U.\_\_\_\_\_ ein Belastungsprofil, wonach der Beschwerdeführerin leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten ohne langandauernde Arbeiten in Wirbelsäulenzwangshaltungen bzw. in ergonomisch ungünstiger Wirbelsäulenhaltung zumutbar seien (IV-act. 176, S. 74). Die Arbeitsfähigkeit in einer solchen wie auch der bisherigen Tätigkeit beurteilte sie als uneingeschränkt und bestehend seit der letzten Begutachtung vom 28. Januar 2009 (IV-act. 176, S. 75), anlässlich welcher der rheumatologische SAM-Gutachter ebenfalls von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausging (IV-act. 55, S. 29). Da für die geklagten Beschwerden keine ausreichende rheumatologische Erklärung gefunden und insbesondere namhafte organoneurologische Defizite in den aktenkundigen Berichten weder belegt noch solche im SAM-Gutachten vom 28. Januar 2009 (IV-act. 55, S. 33 f.), im fachneurologischen Gutachten von Dr. med. B.\_\_\_\_\_ vom 27. November 2012 (IV-act. 106, S. 16 ff.) und in der aktuellen SMAB-Begutachtung aus neurologischer Sicht festgestellt werden konnten (vgl. IV-act. 176, S. 85 f.), ist entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin nicht zu beanstanden, wenn in der Konsistenzprüfung auf die Diskrepanz zwischen den objektivierbaren

- 40 - Befunden und den Beschwerdeangaben der Beschwerdeführerin hingewiesen wird (IV-act. 176, S. 11).

#### **E. 5.4.6**

Angeichts des Umstands, dass sich die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden nicht bzw. nicht ausreichend organmedizinisch begründen lassen, erscheint es nachvollziehbar, von einer psychogenen Mitverursachung der Symptomatik auszugehen. Diese erfasst der psychiatrische SMAB-Gutachter Dr. med. W.\_\_\_\_\_ in einer schlüssigen Herleitung der Diagnosen einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) und einer dissoziativen Störung gemischt (ICD-10 F44.7) (IV-act. 176, S. 40 f.; vgl. hierzu auch Ausführungen zum SMAB-Gutachten oben). Diese Einordnung des Beschwerdebildes der Beschwerdeführerin deckt sich denn auch im Kern mit jener im polydisziplinären SAM-Gutachten vom 28. Januar 2009 (IV-act. 55, S. 18 f.), im RAD-Abklärungsbericht vom 21. Mai 2013 (IV-act. 112, S. 8 f.), dem Behandlungsbericht der Schmerzklinik Basel vom 3. März 2015 (IV-act. 144, S. 4) und im Austrittsbericht vom 27. April 2020 der Rehaklinik E.\_\_\_\_\_ (IV-act. 144, S. 33 und S. 37; vgl. entsprechende Ausführungen zu den Berichten oben). Im Bericht der Dres. med. F.\_\_\_\_\_ und G.\_\_\_\_\_ vom 25. Juni 2021 wird in psychischer Hinsicht ausgeführt, dass sich im Verlauf hauptsächlich die psychische Situation der Beschwerdeführerin verschlechtert habe (IV-act. 190/7). Soweit sie damit auf die in ihrem

Bericht vom 24. Januar 2020 beschriebene psychische Dekompensation gegen Ende des Jahres 2019 hinweisen (IV-act. 144, S. 31), ist anzumerken, dass sich der psychiatrische SMAB-Gutachter Dr. med. W. \_\_\_\_\_ damit auseinandergesetzt und festgehalten hat, die Beschwerdeführerin habe im Dezember 2019 eine belastende Trennung erlebt. Aufgrund dieser Trennungssituation habe sie eine mittelgradig depressive Episode entwickelt, die aber inzwischen abgeklungen sei (IV-act. 176, S. 41). Dies erscheint aufgrund der anlässlich der psychiatrischen Begutachtung

- 41 - erhobenen Untersuchungsbefunde (insbesondere rasch herstellbarer, tragfähiger und durchgehend aufrechterhaltener Kontakt, keine Erschwerung der Auffassung, keine Beeinträchtigung der Konzentration [auch nicht gegen Ende der Untersuchung], der Merkfähigkeit oder des Kurzzeit- bzw. Langzeitgedächtnisses, ausreichend strukturierte, regelrechte Willenskräfte, kein reduzierter Antrieb, überwiegend lebhaftes Gestik und Mimik, psychomotorisch synthym unterstrichene Stimmung und Affekt, gute Modulierbarkeit und Ablenkbarkeit über neutrale Themen, keine Beeinträchtigung der affektiven Schwingungsfähigkeit, keine Affektlabilität oder Affektinkontinenz, keine Interessenlosigkeit, kein ausgewiesener Rückzug) als nachvollziehbar (IV-act. 176, S. 39 f.). Wenn die behandelnde Psychologin lic. psych. T. \_\_\_\_\_ mit Verlaufsbericht vom 6. Oktober 2020 auch über den Zeitpunkt des stationären, psychosomatischen Aufenthalts in der Rehaklinik E. \_\_\_\_\_ hinaus auf eine mittelgradige depressive Episode schliesst (IV-act. 166), kann ihr nicht gefolgt werden. Vielmehr gab die Beschwerdeführerin anlässlich der psychiatrischen SMAB-Begutachtung selber an, dass sie die Trennung mittlerweile akzeptiert habe und dass sie aus der Depression, in welche sie aufgrund dieses belastenden Ereignisses geraten sei, heraus sei (IV-act. 176, S. 36).

### **E. 5.5**

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Bericht der Dres. med. F. \_\_\_\_\_ und G. \_\_\_\_\_ vom 25. Juni 2021 und die sich darauf abstützenden Vorbringen der Beschwerdeführerin das SMAB-Gutachten vom 25. März 2021 nicht in Zweifel zu ziehen vermögen. Letzteres erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Berichts gestellten Anforderungen (vgl. dazu BGE 134 V 231 E.5.1, BGE 125 V 351 E.3a, BGE 122 V 157 E.1c mit Hinweisen; vgl. auch BGE 144 V 50 E.4.3). Die Gutachterinnen und Gutachter haben sich in ihren Beurteilungen in Kenntnis der medizinischen Vorakten (vgl. IV-act. 176, S. 16 ff.) mit den gesundheitlichen Einschränkungen der Be-

- 42 - schwerdeführerin, den geklagten Beschwerden sowie mit ihrer Vor- bzw. Krankheitsgeschichte auseinandergesetzt und ihre Schlussfolgerungen gestützt auf die eigenen Explorationen sowie den bildgebenden und labor-chemischen Untersuchungen getroffen (vgl. IV-act. 176, S. 34 ff., IV-act. 176, S. 54 ff., IV-act. 176, S. 66 ff., IV-act. 176, S. 82 ff.). Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend (vgl. IV-act. 176, S. 7 ff.) und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand sowie zur versicherungsrechtlich relevanten Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar begründet (vgl. IV-act. 176, S. 42 ff., IV-act. 176, S. 55 ff., IV-act. 176, S. 70 ff., IV-act. 176, S. 84 ff.). Diese stehen denn auch weitgehend im Einklang mit den aktenkundigen Vorgutachten des SAM vom 28. Januar 2009 und von Dr. med. B. \_\_\_\_\_ vom 27. November 2012 sowie dem psychiatrischen RAD-Abklärungsbericht vom 21. Mai 2013, weshalb nicht zu beanstanden ist, wenn die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 6. August 2021 (IV-act.

196/Bf-act. 1) zum Schluss gelangte, der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich seit dem letzten materiellen Entscheid nicht wesentlich verändert. Demnach durfte sie weiterhin und auch für die Zeit ab dem 1. Oktober 2020 von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit in der bisherigen bzw. in einer angepassten Tätigkeit ausgehen. Dass bzw. inwiefern die Umstände der SMAB-Begutachtung keine zuverlässige Beurteilung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin erlaubt hätten, ist nicht ersichtlich.

#### **E. 5.6**

Mithin resultiert bei einem unbestritten gebliebenen, auf der Tätigkeit als Verkäuferin bzw. KassiererIn beruhenden und der Nominallohnentwicklung angepassten Valideneinkommen von CHF 51'341.-- und einem anhand der Tabellenlöhnen ermittelten Invalideneinkommen von CHF 45'031.-- (LSE 2018, TA 1, weiblich, Kompetenzniveau 1, Arbeitsfähigkeit 80 %, umgerechnet auf die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden, aufindexiert = CHF 4'371.-- x 12 : 40 x 41.7 x 1.009117 x 1.01 x

- 43 -

#### **E. 10**

September 2020 E.2.3 und 8C\_161/2012 vom 5. Juni 2012 E.3.2).

#### **E. 11**

Juni 2008 und 2014 sowie die Dekompressionsoperation des Nervus medianus am Karpaltunnel links am 20. Mai 2005 und operativer Revision mit Neurolyse und Fasciculolyse des Nervus medianus links am 18. Juli 2012 mit St. n. Implantation eines Neurostimulators 11/2006 links inguinal, Stimulation epidural C7/Th1, St. n. Systemwechsel auf St. Jude Axium-System MN20-200 Impulsgenerator mit 4-poliger Stabelektrode zervikal im Bereich des Neuroforamens C7 links 03/2014, mit Wanderung des Impulsgebers und Refixation des Impulsgebers links abdominal zur DRG-Stimulation C7 links am 8. Oktober 2014 (S. 10). Insgesamt erachteten sie die Beschwerdeführerin sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit als zu 80 % arbeitsfähig (ganztags verwertbar mit einer 20%igen Leistungsminderung), wobei die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit psychiatrisch bedingt sei (S. 12). Dazu wurde in der Konsensbeurteilung (S. 7 ff.) ausgeführt, die Beschwerdeführerin klage vorrangig über Schmerzen im Bewegungsapparat. Diese seien gemäss aktuellem rheumatologischen Gutachten nicht ausreichend organmedizinisch erklärbar. Unter Berücksichtigung der anamnestischen Angaben und Unterlagen sei darüber hinaus von einer psychogenen Mitverursachung der Schmerzsymptomatik auszugehen. Die Beschwerdeführerin sei erheblichen biographischen Belastungen ausgesetzt gewesen. Die Eltern hätten sich getrennt, als sie vier Jahre alt gewesen sei. Die Mutter sei "narzisstisch" gewesen

- 29 - und habe die Beschwerdeführerin oft geschlagen. Von der ersten bis zur sechsten Schulklasse habe sie in einem Heim gelebt. Es sei anzunehmen, dass die Beschwerdeführerin mit ihren emotionalen Bedürfnissen, Wünschen etc. nicht ausreichend gesehen worden sei. Häufig "lernten" Betroffene von dieser Situation, dass sie Zuwendung und Aufmerksamkeit nur dann erhielten, wenn sie über körperliche Beschwerden klagten. Im Rahmen der polydisziplinären Begutachtung im Jahr 2009 sei die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) gestellt worden. Diese Diagnose spiegelte eine psychogene Mitbeteiligung hinsichtlich der Schmerzen wider, welche auch aktuell gesehen werde. Zutreffender sei aber die im Austrittsbericht der Rehaklinik E. \_\_\_\_\_

vom 27. April 2020 genannte Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.4), da diese nicht voraussetze, dass emotionale Konflikte oder psychosoziale Faktoren auch die Hauptursache für die Entstehung der Schmerzen darstelle. Die Beschwerdeführerin klagt des Weiteren über eine Funktionseinschränkung der linken Hand sowie fast täglich vorkommendes Ameisenlaufen im Bereich der Arme und Beine. Eine neurologische Erklärung für diese Symptomatik gebe es gemäss aktuellem neurologischem Gutachten nicht. Bereits im Rahmen der polydisziplinären Begutachtung im Jahr 2009 wurde die Diagnose einer dissoziativen Störung gestellt. Diese sei auch im Austrittsbericht der Rehaklinik E. \_\_\_\_\_ vom 27. April 2020 aufgeführt und sei auch aus aktueller Sicht zutreffend. Es ergebe sich demnach die Diagnose dissoziative Störung gemischt (ICD-10 F44.7). Die Beschwerdeführerin berichte zudem über Panikattacken, wobei in Übereinstimmung mit der Rehaklinik E. \_\_\_\_\_ davon ausgegangen werde, dass diese als Teil der dissoziativen Störung zu interpretieren seien, und keine eigenständige Diagnose einer Panikstörung darstellten. Abgesehen von der genauen diagnostischen Zuordnung

- 30 - handle es sich um eine mässig ausgeprägte, von der Beschwerdeführerin selbst gut begrenzbar, nicht häufig auftretende Symptomatik. Schliesslich habe die Beschwerdeführerin im Dezember 2019 eine belastende Trennung erlebt. Die sich daraus entwickelte mittelgradige depressive Episode sei inzwischen abgeklungen (S. 7 f.). - Bericht vom 25. Juni 2021 der Dres. med. F. \_\_\_\_\_ und G. \_\_\_\_\_ (Bf-act. 4/IV-act. 190, S. 6 f.): Die Beschwerdeführerin sei sowohl aufgrund des im Jahre 2005 diagnostizierten CRPS der linken Hand, als auch in einem noch stärkeren Ausmass wegen des nach der Elektrodenrevisionsoperation im März 2014 aufgetretenen Krankheitsbildes mit neuropathischen Zügen im Bereich der cervicalen Narbe sowie der generalisierten Schmerzen nicht mehr arbeitsfähig. Die Ätiologie des Gesamtbeschwerdebildes habe Fibromyalgie-ähnliche Züge, qualifiziere aber insgesamt nicht für eine Fibromyalgie. Im Vorfeld sei das Vorliegen einer Multiplen Sklerose abgeklärt worden, was jedoch an der fehlenden Durchführbarkeit eines MRI aufgrund des Neurostimulators gescheitert sei. Eine demyelinisierende zentrale nervöse Erkrankung könne weder bestätigt noch verworfen werden. Für das Vorliegen dieses Krankheitsbildes werde daher im Gutachten und in den zwei vorangehend durchgeführten Beurteilungen der IV zu wenig Rechnung getragen (S. 6 f.).

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