

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00592 vom 20. November 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-11-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00592

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00592 du 20 novembre 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00592 del 20 novembre 2015

Erwägungen

E. 1

Der Anspruch der 1960 geborenen X.____ auf Leistungen der Invalidenversicherung wurde ein erstes Mal mit Verfügung der IV-Stelle des Kantons Thurgau vom 22. März 2002 (Urk. 11/31), bestätigt durch Entscheid der damaligen AHV /IV- Rekurskommission des Kantons Thurgau vom 7. November 2002 (Urk. 11/37) ,

wegen eines nicht rentenbegründenden Invaliditätsgrades und ein zweites Mal mit Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 4. August 2004 (Urk. 11/53) mangels einer gesundheitlichen Veränderung seit dem ersten ablehnenden Entscheid verneint .

Am 26. Juni 2006 meldete sich die nun als Empfangsdame in einem Erotik club beschäftigte

Versicherte unter Hinweis auf eine seit 1997 bestehende, nicht näher genannte Behinderung erneut zum Leistungsbezug an (Urk. 11/58). In der Folge führte die IV-Stelle Abklärungen in medizinischer und erwerblicher Hinsicht durch. Insbesondere gab sie bei der MEDAS Y.____ eine polydisziplinäre Begutachtung in Auftrag (Y.____ -Gutachten vom 24. November 2009 , Urk. 11/87/1-24). Zur Abklärung einer möglichen Verschlechterung infolge eines nach den gutachterlichen Untersuchungen erlittenen Überfalls am Arbeitsplatz beauftragte die IV-Stelle die MEDAS Z.____ mit einem polydisziplinären Verlaufsgutachten (Z.____ -Gutachten vom 11. Januar 2012, Urk. 11/109/2-27). Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens (Urk. 11/112 ff.) veranlasste sie sodann eine zweite polydisziplinäre Verlaufsbegutachtung bei der gleichen MEDAS (Z.____ -Gutachten vom 28. Januar 2014, Urk. 11/154/2-34). Gestützt darauf wies sie mit Verfügung vom 28. April 2014 das Leistungsbegehren der Versicherten erneut ab (Urk. 2) .

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts; ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung; IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn

sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur so weit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

E. 1.3

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art.

E. 1.4

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanschuldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV] , bis 31.11.2011: Abs. 4), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 ATSG eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist (BGE 117 V 198 E. 3a mit Hinweis).

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar , wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C_261/2009 vom 11. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige

Ein sprachentscheid , welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E.

3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 1 mit Hinweisen).

E. 1.5

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, 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 arbeits unfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

E. 1.6

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen notwendig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.). 2.

E. 2

Dagegen erhob X.____ am 28. Mai 2014 Beschwerde mit dem Rechtsbegehren um Zuspreehung einer Invalidenrente. In prozessualer Hinsicht ersuchte sie um Durchführung eines zweiten Schriftenwechsels, eventualiter um gerichtliche Anordnung weiterer medizinischer Abklärungen, insbesondere im psychiatrischen Bereich, und um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 7. Juli 2014 (Urk. 10) schloss die Verwaltung auf Abweisung der Beschwerde.

Daraufhin wurde der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 13. August 2014 (Urk. 12) die unentgeltliche Prozessführung gewährt und Rechtsanwältin Sigg als unentgeltliche Rechtsvertreterin für das vorliegende Verfahren bestellt. Weiter wurde ein zweiter Schriftenwechsel angeordnet. Mit Replik vom 18. November 2014 machte die Beschwerdeführerin weitere Ausführungen und ersuchte um Sistierung des Verfahrens bis zum Vorliegen des Berichts über eine n bei Dr. med. A.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, in Auftrag gegebenen konsiliarischen Untersuchung (Urk. 16). Am 11. November 2014 teilte die Beschwerdegegnerin ihren Verzicht auf eine Duplikat mit (Urk. 20), was der Beschwerdeführerin am 12. Dezember 2014 (Urk. 21) zur Kenntnis gebracht wurde. Mit Eingabe vom 10. April 2015 (Urk. 22) erneuerte die

Beschwerdeführerin ihren Sistierungsantrag, verzichtete jedoch nach telefonischer Erläuterung der hiesigen Gerichtspraxis auf dessen formelle Behandlung (Urk. 23). Am 15. Juni 2015 legte sie sodann die in Aussicht gestellte konsiliarische Beurteilung ins Recht. Weiter stellte sie den Eventualantrag auf Einholung eines Gerichtsgutachtens und ersuchte um Auferlegung der Kosten für die konsiliarische Beurteilung durch Dr. A.____ an die Beschwerdegegnerin

(Urk. 24, Urk. 25/1). Am 31. Juli 2015 teilte die Beschwerdegegnerin ihren Verzicht auf eine Stellungnahme mit (Urk. 29), worüber die Beschwerdeführerin am 18. August 2015 orientiert wurde (Urk. 30). Mit Eingabe vom 28. August 2015 reichte

Rechtsanwältin Sigg ihre Kostennote ein (Urk. 31). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründet die Leistungsablehnung damit, dass der im Gesundheitsfall als Kassiererin im Detailhandel erwerbstätige n

Beschwerdeführerin die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Bardame sowie jede weitere körperlich leichte Tätigkeit zu einem Pensum von zunächst 70 % (Y.____-Gutachten vom 24. November 2009) und später, nach einer Verbesserung des psychischen und somatischen Gesundheitszustandes, von 80 % (Z.____-Gutachten vom 11. Januar 2012 und vom 28. Januar 2014) zumutbar sei (Urk. 2, Urk. 10, Urk. 11/111, Urk. 11/158).

E. 2.2

Demgegenüber stellt sich die Beschwerdeführerin unter Berufung auf die Ausführungen von Dr. A.____

auf den Standpunkt, dass auf das Z.____-Gutachten vom 28. Januar 2014 nicht abgestellt werden dürfe und die Voraussetzungen für die Zusprache einer ganzen Rente erfüllt seien (Urk. 24).

E. 2.3

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer allfälligen anspruchsbegründenden

Änderung bildet vorliegend die auf medizinischen Abklärungen (Urk. 11/45-46) und einem Bericht über die beeinträchtigte Arbeitsfähigkeit in Beruf und Haushalt (vom 16. Juli 2004, Urk. 11/51) beruhende leistungsabweisende Verfügung vom 4. August 2004 (Urk. 11/53).

3. 3.1

Die ursprüngliche - mit Entscheid der AHV/IV- Rekurskommission des Kantons Thurgau vom 7. November 2002 (Urk. 11/37) bestätigte -

rentenablehnende Verfügung der IV-Stelle des Kantons Thurgau vom 22. März 2002 (Urk. 11/31) beruhte auf dem Gutachten der MEDAS B.____ vom 28. Dezember 2001 (Urk. 11/27; vgl. Urk. 11/31 und Urk. 11/37 S. 11; vgl. ferner Urk. 11/51 - 53), worin folgende Diagnosen gestellt wurden (S. 11) : 1. Periarthropathia

genus rechts (ICD-10 M17.2) bei/mit: - beginnender Retropatellararthrose rechts - St. n. Patellarkontusion und Knorpelshaving 1997 - St. n. operativer Patellazentrierung 01/98 2. Lumbospondylogenes Syndrom rechts (ICD-10 M54.4) bei/ mit: - Wirbelsäulenfehlform/-fehlhaltung - degenerativen Veränderungen der LWS - muskulärer Dysbalance 3.

Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig (ICD-10 F33.1)

Zusammenfassend wurde der Beschwerdeführerin eine aus psychischen Gründen auf 70 % reduzierte Arbeitsfähigkeit für körperlich leichte wechselbelastende Tätigkeit en

attestiert. 3.2 3.2.1

Im Rahmen der Neuanmeldung vom 9. September 2003 (Urk. 11/40) berichtete der von Februar 1998 bis November 2002 handelnde Dr. med. C.____ , All gemeine Medizin FMH, am 3. Oktober 2003 (Urk. 11/45) und verwies auf die bekannten Diagnosen (chronische Knieschmerzen, Lumbago sowie depressive Entwicklung). Er attestierte eine 50% ige Arbeitsunfähigkeit. 3.2.2

Der seit November 2003 behandelnde Dr. med. D.____ , Arzt für Allgemeine Medizin FMH, diagnostizierte im Bericht vom 1. Dezember 2003 (Urk. 11/46) eine Gonarthrose rechts sowie eine Schulterarthrose, jeweils bestehend seit 199 9. Er hielt - unter anderem unter Hinweis auf den Bericht von Dr. med. E.____ , Facharzt für orthopädische Chirurgie FMH, vom 2 7. Oktober 2003 (Urk. 11/46/5-6), welcher ein Schulterschmerzsyndrom bei Humeruskopfdys plasie und einen Verdacht auf eine kartilaginäre Läsion des Limbus im Bereich der rechten Schulter diagnostiziert hatte - fest, die Beschwerdeführerin sei auf Grund ihrer psychischen und physischen Entwicklung nicht mehr arbeitsfähig. Zur Zeit habe sie einen Job als Empfangsdame in einem Club für 50 % , eine bessere Möglichkeit sei kaum zu erwarten. Die Rente sollte auf jeden Fall auf mehr als 2/3 angehoben werden. Er ging von einer Arbeitsfähigkeit „halbtags“ im Umfang von 15 Stunden pro Woche aus. 3.2.3

Gestützt darauf wies die Beschwerdegegnerin am 4. August 2004 das Leistungs begehren erneut ab (Urk. 11/53). 4. 4.1

Im Bericht des F.____ , Rheumaklinik und Institut für Physi kalische Medizin, vom 26. Juli 2005 (Urk. 11/62/2-4) wurden folgende Diagno sen gestellt: - Generalisiertes Weichteilschmerzsyndrom - DD: beginnende undifferenzierte Kollagenose (Raynaud-Syndrom, Sicca -Symptomatik, Morgensteifigkeit der Hand- und Fingergelenke von 2 Std., ANA 1:1280) - Panvertebralsyndrom - Epicondylopathia

humeri

radialis - Dysplasie des Humeruskopfes und Verdacht auf dorsale kartilaginäre Limbus-Läsion (Artro -MRI des rechten Schultergelenkes vom 10.10.03) - Geringe mediale Gonarthrose und beginnende Femoropatellararthrose

re - St.n . Knieoperation 1997 Spital G.____ nach Sturz - St.n . Magenbanding 1998 wegen Adipositas per magna - 50 kg Gewichtsverlust

Weiter führten die berichtenden Ärzte aus, insgesamt hätten sich keine sicheren Anhaltspunkte für eine undifferenzierte Kollagenose ergeben . Der erhöhte ANA-Titer könne ohne ein Vorliegen kollagenosentypischer klinischer Symptome diagnostisch nicht verwertet werden. Ein Raynaud-Syndrom und eine Sicca -Symptomatik träten zudem ohne diagnostischen Wert gehäuft auch bei Patien ten mit generalisiertem Weichteilschmerzsyndrom auf. Zudem bestehe bei der Beschwerdeführerin als weitere mögliche Ursache ein Nikotinabusus . 4.2

Der Hausarzt der Beschwerdeführerin, Dr. D.____ , mass im Bericht vom 7. August 2006 (Urk. 11/63 /1-2) folgenden Diagnosen eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bei : -

Gonarthrose nach Trauma Knie rechts und operativer Knorpelentfernung, bestehend seit 1993 - Dysplasie des Humeruskopfes Schulter rechts, bestehend seit 2003

Laut Bericht haben dagegen folgende weiteren Diagnosen

keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: - Generalisiertes Weichteilschmerzsyndrom, bestehend seit 1997 - Panvertebralsyndrom, bestehend seit Jahren - St. n. Magenbanding, St. n. Straffung der Mammae, Bauch, Flanke, Hüfte und Augenlider, bestehend seit 2001 - Arterielle Hypertonie, bestehend seit 2005

Weiter gab Dr. D. ___ an, die Beschwerdeführerin leide unter chronischen lumbalen Rückenschmerzen sowie Schulterschmerzen und sei als Empfangsdame in einem Erotikclub zu 50 % arbeitsunfähig. 4.3

Zweieinhalb Jahre später, im Bericht vom 3. Februar 2009 (Urk. 11/75 /1-5), änderte Dr. D. ___ seine Beurteilung und mass nunmehr folgenden Diagnosen eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bei: - Generalisiertes Weichteilschmerzsyndrom, bestehend seit 2005 - Kollagenose behandelt mit Methotrexat

- Dysplasie des Humeruskopfes Schulter rechts, bestehend seit 2003

Sodann nannte er folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Geringe mediale Gonarthrose rechts (Operation 1997) - St. n. Magenbanding 1998 - Depressive Verstimmung mit Krankheitsverarbeitungsstörung, bestehend seit Jahren - Verdacht auf chron. Bronchitis bei ausgeprägtem Nikotinabusus, bestehend seit 2008

Aufgrund der Schmerzen attestierte er der Beschwerdeführerin ab sofort eine Arbeitsunfähigkeit von 70 % unter Verweis auf ihre aktuell vollzeitliche Arbeitstätigkeit. 4.4

Im Y. ___ -Gutachten vom 24. November 2009 (Urk. 11/87 /1-24) wurden folgende

Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (S. 19): - Mögliche oligosymptomatische Kollagenose undifferenzierter Zuordnung (ICD-10 M35.9) - Raynaud-Symptomatik seit zirka 2006 - Sicca-Symptomatik okular und orolabial - undulierend intensive Myalgien und Arthralgien mit teils peripherer Betäubung DD unspezifischer Weichteilschmerz - ANA-Titer 1:1'280, ENA negativ (Bestimmung 2005) - keine Hinweise auf intermedizinsche Organmanifestationen - Chronische Schulterschmerzen rechts mit Ausstrahlung in den rechten Arm - klinisch Verdacht auf Rotatorenmanschettentendopathie rechts mehr als links (ICD-10 M75.1) - Humeruskopfdysplasie rechts (Röntgen vom 19.05.2008) und cartilaginäre dorsale Limbusläsion rechts (Arthro-MRI 2003; ICD-10 M24.12) - Chronisches leichtes lumbovertebrales und chronisches cervicales

Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.2, M54.97) - minime Osteochondrosen Th11 bis L1 und L4/L5, keine degenerativen Veränderungen der HWS (Röntgen vom 19.05.2008) - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F33.0)

Für folgende Diagnosen wurde dagegen eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit verneint (S. 19 f.): - Leichte oligosymptomatische mediale Gonarthrose rechts und beginnende femoropatelläre Arthrose bei Knie-Valgusform rechts mehr als links - leichte signifikante Beweglichkeitseinschränkung, periartikuläre

Weich teildolenzen rechts - mediale Gelenkspaltverschmälerung um 1/3 (Röntgen vom 19.05.2008) - Status nach operativen Eingriffen 1997 und 1998 mit Knorpelshaving retro patellär und operativer Patellazentrierung - Verdacht auf COPD bei chronisch-persistierendem Nikotinkonsum (50 py) - beginnende Uhrglasnägeldeformitäten - Appendektomie 1973 (anamnestisch) - Sektio 1976 (anamnestisch) - EUG 1977 (anamnestisch) - 1980/1982 Curettage - 1982 anamnestisch Sektio - 1984 anamnestisch dreimal Laparotomie wegen rupturierter Ovarialzyste - 1987 dreimalige Laparotomie mit Adhäsiolyse (anamnestisch) - 1988 Laparotomie bei rupturierter Ovarialzyste - 1995 Adhäsiolyse , abdominelle Hysterektomie und Adnexektomie beidseits - 1998 Status nach erfolgreich er Gewichtsreduktion nach Magenbanding - 1998 Magenbanding bei morbider Adipositas, St. n. plastischem Eingriff mit Straffung der Mammae, Bauch, Flanke, Hüfte und Augenlieder 2001 (anamnestisch) - Zustand nach anamnestisch Diabetes mellitus Typ II - Anamnestisch rezidivierende gastrointestinale Ulzera - Ausgeprägte s kardiovaskuläres Risikoprofil - Anamnestisch unklare Synkopen

Weiter führten die Gutachter aus, die Beschwerdeführerin klage über seit 2002 bestehende, progrediente starke Schmerzen an wechselnden Körperstellen . Seit dem Vorgutachten im Jahre 2001 sei eine konstitutionelle Schulterdysplasie mit zusätzlich wahrscheinlich instabilitätsbedingter Limbusläsion diagnostiziert worden. Im Schulterbereich bestünden keine Einschränkungen der aktiven oder passiven Beweglichkeit bei jedoch endphasig angegebenen Schmerzen. In den Röntgenbildern des Achsenskelettes 2008 (Untersuchungsbericht des H.____ vom 21. Mai 2008, Urk. 11/81) zeigten sich die vorbestehenden mässigen degenerativen Segmentveränderungen im thorakolumbalen Bereich, während im Bereich der Halswirbelsäule nach wie vor keine signifikanten Segment-degenerativen Korrelate zu sehen seien. Trotz dieser Diskrepanz zwischen subjektiv geäusserten Beschwerden und objektivierbaren Befunden sei der Beschwerdeführerin eine leichte Verschlechterung des Gesundheitszustandes gegenüber 2001 zuzuerkennen. Es bestünden aber keine eindeutigen Hinweise auf ein entzündlich-rheumatisches Leiden. In der Gesamtschau der zu erhebenden Befunde sei das Bestehen einer leichtgradigen undifferenzierten Kollagenose, respektive eines primären oligosymptomatischen

Sjögren-Syndroms nicht sicher von der Hand zu weisen. Jedoch zeigten sich keine sekundären organläsionellen

Aktivitätskorrelate von behinderndem Ausmass. Dies erkläre auch die Unsicherheit bei der Diagnosestellung durch die Rheumatologie des F.____ (Berichte vom 26. Juli 2005, Urk. 11/62/2-4 , und 10. Oktober 2008, Urk. 11/75/6-7). Der Grad der zumutbaren Arbeitsfähigkeit aus rheumatologischer Sicht habe sich gegenüber 2001 geringfügig reduziert (S. 20 ff.) .

Aus psychiatrischer Sicht imponiere gesamthaft ein depressives Syndrom leichter Ausprägung, was auch mit den aktuell durchgeführten psychometrischen Testergebnissen übereinstimme. Diese depressive Episode werde als eigenständige, klinisch bedeutsame psychische Störung gewertet. Obwohl seit 2001 keine längerfristige psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung stattgefunden habe, bilde sich die depressive Symptomatik heute in geringerer Ausprägung als im Vorgutachten attestiert ab. Weitere psychiatrische Stellungnahmen lägen nicht vor (S. 22) .

Nach Meinung der Gutachter war die von Dr.

D.____

am 3. Februar 2009 (Urk. 11/75/1-5) bescheinigte 70%ige Verminderung der Leistungsfähigkeit auf grund der Schmerzen im damaligen Zeitpunkt nicht nachvollziehbar. Arbeitsanteile, die mit vermehrtem Stehen oder Umherlaufen einhergingen, kämen bei der damaligen Tätigkeit nicht vor. Auch wenn die Beschwerdeführerin ihre Beschwerden etwas akzentuiert darstelle, sei eine Aggravation oder Simulation zu verneinen (S. 22).

Abschliessend stellten die Gutachter fest, die Beschwerdeführerin sei als Empfangsdame sowie für jede weitere körperlich leichte Tätigkeit ohne repetitives Sich-bücken- müssen, ohne signifikant über Kopf zu verrichtende Tätigkeitsanteile, ohne repetitives Heben, Stossen oder Ziehen von Lasten von mehr als 5 kg, ohne ausgeprägte Nässe- oder Kälteexposition, ohne kniende oder repetitive stufen- oder treppenbenutzende Tätigkeitsanteile im Umfang von 70 % arbeitsfähig (S. 22 f.). 4. 5

Dr. med. I.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, behandelt die Beschwerdeführerin seit 3. Februar 2011. Im Bericht vom 16. Mai 2011 (Urk. 11/102) stellte er folgende psychiatrischen Diagnosen: - Rezidivierende Depression, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) - Chronische posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1)

Am 12. September 2009 sei die Beschwerdeführerin am letzten Arbeitsort von Kunden gewalttätig angegangen worden. Sie leide an ausgeprägter Schlafstörung, Alpträumen, Flashbacks, Erschöpfung, Anspannung, Anhedonie, sozialem Rückzug, Verzweiflung, Resignation, Reizbarkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Vergesslichkeit, Gefühle der Leere, Vermeidungsverhalten, gedrückte Stimmung, schneller emotioneller

Labilisierung mit katastrophisierender Attribution, Suizidgedanken, Scham- und Insuffizienzgefühlen und Verunsicherung. Insgesamt bestehe eine Einschränkung der psychophysischen Belastbarkeit. Die gesundheitliche Störung ergebe sich aus der Interaktion der psychiatrischen Störungen und einem chronischen Schmerzsyndrom. Aus rein psychiatrischer Sicht sei von einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % auszugehen. Für die Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit insgesamt sei erneut eine interdisziplinäre Beurteilung notwendig. Dabei gelte es, den sich gegenseitig verstärkenden Charakter der psychischen und somatischen Anteile zu berücksichtigen. 4. 6

Dr. med. J.____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Rheumatologie, Klinik K.____ stellte im Bericht vom 28. Juli 2011 (Urk. 11/109/29-31) folgende Diagnosen: - Generalisiertes weichteilrheumatisches Schmerzsyndrom mit/bei - DD primäre Fibromyalgie - Differenzierte Kollagenose mit/bei - Polyarthralgien/ Polysynovitiden - Reynauds syndrom - positivem ANA-Titer (1: 1'280) - St. n. Methotrexat - und Plaquenil - Therapie, sistiert wegen Nebenwirkungen - aktuell klinisch/laborchemisch und immunoserologisch fehlenden Aktivitätsnachweisen - St. n. verschiedenen bariatrischen Eingriffen - laparoskopisches

Magenbanding bei morbidisierender Adipositas (BMI 41.1 kg/m²) 1998 - anteriorem

Magenbandslippling mit Passagestörung und Aussackung des Magenpouches - laparoskopisches

Debanding und Anlage eines proximalen Magenbypasses am 06.12.2010

Weiter gab Dr. J.____ an, die Beschwerdeführerin erfülle die Diagnosekriterien für ein Fibromyalgie-Syndrom. Für eine sekundäre Fibromyalgie im Rahmen einer Erkrankung aus dem entzündlich-rheumatischen Formenkreis bestünden zurzeit keine konkreten Verdachtsmomente. Insbesondere konnte Dr. J.____ anhand des Untersuchungs und der ergänzenden immunoserologischen Abklärungen die von den Kollegen des F.____ diagnostizierte undifferenzierte Kollagenose nicht bestätigen. 4. 7

Im Verlaufsgutachten des Z.____

vom 11. Januar 2012 (Urk. 11/109 /2-26) wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (S. 2 3) : 1. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0) - DD: myofaszielles Schultergürtelsyndrom rechtsbetont mit sekundärer Generalisierung, Fibromyalgie-Syndrom 2. Oligosymptomatische Gonarthrose rechts (ICD-10 M17.3) - St. n. OP 1997 und 1998 mit Knorpelshaving retropatella r und operativer Patellazentrierung 3. Leichtes lumbovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5) - geringe degenerative Veränderungen der unteren LWS (konventionelles Röntgen 05/2008)

Keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit massen die Gutachter dagegen folgen den Diagnosen bei (S. 2 3) : 1. Chronisches multilokales Schmerzsyndrom des Bewegungsapparates (ICD-10 R52.9) - keine Hinweise für eine entzündlich-rheumatologische Systemaffektion trotz (gemäss Aktenlage) positiven ANA - DD: myofaszielles Schultergürtelsyndrom rechtsbetont mit sekundärer Generalisierung, Fibromyalgie-Syndrom - Arthro -MRI rechts 2003 mit Dysplasie des Humeruskopfes und V.a. kartilaginäre dorsale Limbusläsion 2. Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) 3. Status nach Magenbanding bei morbidem Adipositas 1998 - St. n. Magenbandentfernung und Bypassoperation 12/2010 4. Fortgesetzter Nikotinkonsum, schädlicher Gebrauch (zirka 37 py ; ICD-10 F17.1)

Bei der rheumatologischen Untersuchung sei die Diagnose eines multilokulären Schmerzsyndroms gestellt worden, welches im Rahmen der psychiatrisch diagnostizierten Somatisierungsstörung gesehen werden könne. Die früher postulierte und mit Methotrexat behandelte undifferenzierte Kollagenose habe nicht diagnostiziert werden können. Hinweise für eine entzündlich-rheumatologische Systemaffektion bestünden nicht. Des Weiteren seien eine oligosymptomatische

Gonarthrose rechts und ein leichtes lumbovertebrales Schmerzsyndrom bei radiologisch dokumentierten, geringen degenerativen Veränderungen diagnostiziert worden. Aus rheumatologischer Sicht seien der Beschwerdeführerin körperlich schwere Tätigkeiten nicht mehr und körperlich mittelschwere Tätigkeiten nur mit grossen Einschränkungen zumutbar. Für eine körperlich leichte, wech selbelastende Tätigkeit bestehe aus rheumatologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 2 4).

Aus allgemein-internistischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt. Die Restbeschwerden nach der Magenbypassoperation im Dezember 2010 seien klinisch nicht stark ausgeprägt und im Rahmen einer Dumping-Symptomatik einzuordnen. Die verstärkte subjektive Beschwerdeempfindung bestehe im Rahmen der Somatisierungsstörung . Mangelerscheinungen könnten auch labor mässig nicht festgestellt werden. Die allfälligen postoperativen Resorptionsstörungen seien mit der medikamentösen Substitution kompensiert (S. 2 4).

Bei der psychiatrischen Untersuchung sei die bereits früher gestellte Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung bestätigt worden. Gegenwärtig bestehe eine leichte depressive Episode. Diese schränke die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin um 20 % ein. Aufgrund weiterer subjektiver Beschwerden, welche somatisch weitgehend nicht erklärt werden könnten, sei die Diagnose einer Somatisierungsstörung gestellt worden, die aber keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe (S. 24).

Die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung könne nicht gestellt werden. Die Beschwerdeführerin habe zwar darunter gelitten, dass sie von ihren Männern wiederholt geschlagen worden sei. Diese Misshandlungen seien aber kein hinreichendes Ereignis, aufgrund dessen die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung gemäss ICD-10 gestellt werden könnte. Sie träume auch nicht von diesen Misshandlungen und erinnere sich tagsüber nicht spontan an sie. Gelegentlich träume sie von dem 2009 erlittenen Überfall. Durch die Erinnerung sei sie aber im Alltag nicht eingeschränkt. Der Überfall habe knapp 10 Minuten gedauert und sie habe dabei keine schwerwiegenden Verletzungen erlitten. Auch dieser Überfall sei kein hinreichendes Ereignis, um eine posttraumatische Belastungsstörung diagnostizieren zu können (S. 16 f.).

Zusammengefasst sei die Beschwerdeführerin aus polydisziplinärer Sicht für eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit zu 80 % arbeits- und leistungsfähig. Das Pensum könnte vollschichtig mit erhöhtem Pausenbedarf von 5-10 Minuten pro Stunde und leicht reduziertem Rendement umgesetzt werden. Diese Arbeitsunfähigkeit bestehe seit mehreren Jahren. Früher sei allerdings bei den MEDAS-Begutachtungen eine 30 %ige Arbeitsunfähigkeit angegeben worden. Die rezidivierende depressive Störung beinhalte auch mittelgradige depressive Episoden, weshalb die Arbeitsunfähigkeit zeitweise höher ausfallen könne. Mit Sicherheit bestehe die im Z. ___ festgestellte Arbeitsfähigkeit ab dem Untersuchungsdatum im November 2011 (S. 24 f.). 4.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art.

E. 8

Im Bericht vom 21. Mai 2012 (Urk. 11/124/1-5) attestierte Dr. D. ___ der Beschwerdeführerin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Dies begründete er mit den Komplikationen der Magenband-Entfernung und der Bypass-Operation sowie vor allem mit der rheumatologischen Geschichte der Beschwerdeführerin mit völliger muskulärer Dekonditionierung, chronischen Schmerzen und absoluter Nichtbelastbarkeit. 4.

E. 9

Die delegiert behandelnde Psychotherapeutin MSc. L. ___, dipl. analytische Psychologin Psychotherapeutin ASP, wiederholte im Bericht vom 8. Juni 2012 (Urk. 11/124 / 6 -9)

die bereits vom Psychiater

Dr. I. ___ gestellten Diagnosen, insbesondere diejenige einer posttraumatischen Belastungsstörung. Weiter hielt sie fest, die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin sie zu therapeutischen Zwecken aufgesucht habe, deren Angaben und die Indizien, dass ein hochdysfunktionales kernfamiliäres System vorliege, sowie die während langer Zeit gewonnenen Erkenntnisse über die Patientin liessen sie an der Diagnose und an der

Einschätzung der damit in Zusammenhang stehenden Einschränkung der Leistungsfähigkeit um 40 % festhalten. 4.

E. 10

Im Bericht des F.____, Rheumaklinik, vom 7. Februar 2013 (Urk. 11/129/1-5) wurden folgende Diagnosen gestellt : - Undifferenzierte Kollagenose - Polyarthralgie dd : Polyarthrit, Raynaud-Syndrom, ANA 1:1280 - Kapillarmikroskopie 2 /05 : unauffällig - Kapillarmikroskopie 8/11 : Mikroangiopathie leichten Grades, vereinbar mit Kollagenose - Kapillarmikroskopie 6/12: ganz vereinzelt Dilatation von Kapillaren, aktuell keine sicheren AP für organ . Mikroangiopathie - keine AP für entzündliche oder degenerative Veränderungen (Skelettszin tigraphie 04/2005) - Therapien - MTX zirka 2006

-

Ende 2009, sistiert wegen grippeähnlichen Symptomen - MTX zirka 3/10-3/11 (via HA) - MTX erneut seit 1/12, aktuell 12.5 mg s/c wöchentlich mit Pausen nach 5-6 Wochen - Generalisiertes Weichteil-Schmerzsyndrom - Fibromyalgie ACR 2010 Kriterien: Widespread

pain

index (WPI) 19/19, se verity

symptome

scale score 12/12 - Vitamin D Mangel, 17.7 ug /l (08/11) - unter Substitution Wert im Normbereich 1/13 - Dysplasie des Humeruskopfes und Verdacht auf dorsale kartilaginäre Limbus-Läsion - (Arthro -MRI des rechten Schultergelenkes vom 10.10.03) - Geringe mediale Gonarthrose und beginnende Femoropatellararthrose

re - St. n. Knieoperation 1997 Spital G.____ nach Sturz - St. n. Magenbypass-Operation 12/10 - St. n. Magenbanding 1998 wegen Adipositas per magna - mind. 50 kg Gewichtsverlust - Depression

Sodann gaben die berichtenden Spitalärzte an, es bestehe eine komplexe Schmerzsituation mit klaren Hinweisen auf eine Schmerzverarbeitungsstörung sowie Anteilen einer undifferenzierten Kollagenose. Hinweise dafür seien der erhöhte ANA-Titer und das positive Ansprechen auf Methotrexat (MTX).

Am 14. Februar 2013 (Urk. 11/131/1-7) ergänzten dieselben Ärzte , dass eine Aussage zur Arbeitsfähigkeit nur im Rahmen eines interdisziplinären Gutachtens (Rheumatologie, Gastroenterologie, Psychiatrie) möglich sei. 4.

E. 11

Im Z.____-Gutachten vom 28. Januar 2014 (Urk. 11/154 /2-34)

wurden folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (S. 30) : - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0) - Geringe mediale Gonarthrose und beginnende Femoropatellararthrose rechts (ICD-10 M17.1) - Status nach Knieoperation 1997 und 1998 mit Knorpelshaving

retropa tellär und operativer Patellazentrierung - Leichtes lumbovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5) - geringe degenerative Veränderungen der unteren LWS (konventionelles Röntgen 05/2008)

Keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit massen die Gutachter dagegen folgen den Diagnosen bei (S. 30 f.) : - Chronisches multilokales Schmerzsyndrom (ICD-10 R52.9) - Fibromyalgie-Syndrom - Anamnestisch undifferenzierte Kollagenose mit wiederholt erhöhten anti nukleären Antikörper-Titer (21.1.2013 1:320, ENA-Screen negativ; ICD-10 M35.9) - anamnestisch Verdacht auf kälteinduziertes Raynaud-Syndrom - immunsupprimierende Therapie mit Methotrexat 2006 bis Ende 2009, März 2010 bis März 2011 und erneut Januar 2012 bis heute mit 12.5 mg subkutan einmal wöchentlich - Dauer-NSAR-Therapie sowie intermittierende Analgetika therapie - Soziale Belastungssituation (ICD-10 Z65.8) - Status nach Magenbypassoperation 12.10 (ICD-10 K31.9) - Status nach Magenbanding 1998 - aktuell normalgewichtig, BMI 20.5 kg/m² - normale Vitamin B12- und Vitamin D-Spiegel unter Substitutionstherapie - atypische rezidivierende Schwindelattacken, DD: funktionell bedingt - Anamnestisch chronisch rezidivierende Diarrhoe (ICD-10 K52.9) - anamnestisch bisherige Abklärungen ohne Nachweis einer Pathologie

Weiter führten die Gutachter aus, die Beschwerdeführerin leide an Schmerzen wechselnder Intensität an Schultern, Rücken, Händen und Füßen. Zusätzlich leide sie seit der Magenbypassoperation

im Jahr 2010 an rezidivierenden, sehr imperativen Durchfällen, mit einer Frequenz von zirka ein- bis dreimal pro Woche. Ausserdem könne es zum Teil mehrfach täglich zu Episoden mit einem akuten Zittern und einem starken Schwindelgefühl kommen (S. 14).

Aus psychiatrischer Sicht bestehe aufgrund der rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode, eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % in sämtlichen Erwerbstätigkeiten. Eine höhergradige Arbeitsunfähigkeit könne aus psychiatrischer Sicht nicht

attestiert werden (S. 31). Der psychiatrische Konsiliararzt gab an, im Laufe der zahlreichen erlebten sozialen Belastungsfaktoren sei es immer wieder zum Auftreten von depressiven Verstimmungen gekommen, die erstmalig vor 20 Jahren behandelt worden seien. In Abständen von jeweils mehreren Jahren sei die psychiatrische Behandlung neu aufgenommen worden. Aktuell würden im Wesentlichen Schlafstörungen, Antriebsmangel, nachlassende Lebensfreude und resignative Verstimmungen angegeben. Die Vorgeschichte im Zusammenhang mit dem jetzigen Befund erfülle die Kriterien einer leichtgradigen depressiven Episode. Hinweise für eine posttraumatische Belastungsstörung seien nach den geforderten Kriterien des ICD-10 und DSM-IV gegenwärtig nicht zu objektivieren (S. 21).

Aus rheumatologischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit aufgrund der Gonarthrose rechts und des lumbovertebralen Schmerzsyndroms eingeschränkt. Für körperlich schwer belastende Tätigkeiten bestehe eine Arbeitsunfähigkeit. Für eine mittelschwer belastende Tätigkeit liege eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 70 % vor. Für körperlich leichte und wechselbelastende Tätigkeiten bestehe eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit, unter der Voraussetzung, dass die Beschwerdeführerin ihre Arbeitsposition regelmässig nach eigenem Gutdünken wechseln könne, insbesondere unter Vermeidung von anhaltenden Oberkörper-Vorneigepositionen, der Durchführung von stereotypen Rotationen von Hals- und Lendenwirbelsäule oder repetitiven Überkopfbewegungen (S. 31).

Aus allgemeininternistischer Sicht liegt keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor. Die Beschwerdeführerin sollte aufgrund der anamnestic rezidivierenden Diarrhoe an ihrem Arbeitsplatz die Möglichkeit haben, jederzeit rasch nach eigenem Gutdünken eine Toilette aufsuchen zu können. Die von der Beschwerdeführerin geschilderten nahrungsunabhängigen Schwindelepisoden seien abgeklärt worden ohne Nachweis einer klaren Pathologie. Mangelerscheinungen hätten nicht nachgewiesen werden können (S. 32).

Insgesamt könne aus polydisziplinärer Sicht eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 % in körperlich leichten, adaptierten Tätigkeiten festgestellt werden. Aufgrund der anamnestic Angaben, der Untersuchungsbefunde, der vorliegenden Dokumente sowie der früher attestierten Arbeitsunfähigkeiten gingen die Gutachter davon aus, dass analog zu ihrem letzten Gutachten vom 11. Januar 2012 eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im oben erwähnten Ausmass seit Jahren angenommen werden könne. Eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit dem letzten Gutachten habe nicht objektiviert werden können (S. 32). 4.12

Die Psychotherapeutin L.____ und Dr. med.

M.____, FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, erklärten sich in einer Stellungnahme vom 15. August 2014 (Urk. 17/1) mit dem psychiatrischen Teilgutachten des Z.____ nicht einverstanden. Bei der Beschwerdeführerin liege eine schwere psychosoziale Belastungssituation durch schwierige familiäre Verhältnisse vor (kontinuierlich unzureichende elterliche Aufsicht und Steuerung [ICD-10 Z62.0], Schuldzuweisung an das Kind [ICD-10 Z62.3], emotionelle und physische Misshandlung der Beschwerdeführerin innerhalb der Familie [ICD-10 Z61.4] sowie ungenügende Zuwendung innerhalb der Herkunftsfamilie). Die Beschwerdeführerin habe sich als Kind und Jugendliche in einem invalidisierenden Umfeld befunden, welches unberechenbar und unkontrollierbar gewesen sei und in welchem sie jeder Laune ihrer Bezugspersonen ausgeliefert gewesen sei. In der Therapie habe sie narzisstische, ausbeuterische Eigenschaften ihres Vaters und ähnliches Verhalten ihrer zwei Ehemänner geschildert, welche wiederholt ihre körperliche Unversehrtheit bedroht hätten. Dies erfülle das Kriterium A1 einer posttraumatischen Belastungsstörung. Die erste Ehe sei von der Beschwerdeführerin auch aus Angst vor den Drohungen des Ehemannes jahrelang aufrechterhalten worden. Dies erfülle das Kriterium A2 einer posttraumatischen Belastungsstörung. Mit Bezug auf das Kriterium B DSM-IV habe die Beschwerdeführerin in der Therapie wiederholt Flashbacks wie das Erdbeben in der N.____ und den Überfall vom 12. August 2009 geschildert. Zum Kriterium C1 führten sie aus, die Beschwerdeführerin zeige ein bewusstes Vermeiden von Gedanken, Gefühlen und Gesprächen, die mit den Traumata in Verbindung stünden. Zu ihrem Vater sei die Beziehung distanziert geblieben. Sodann sei die chronifizierte ausgeprägte Schlafstörung im Z.____-Gutachten vom 28. Januar 2014 nicht als Teil der posttraumatischen Belastungsstörung dargestellt worden (Kriterium D1), sondern als Teil einer affektiven Störung. Alle psychopharmakologischen Versuche hätten keine Verbesserung der Schlafstörung gebracht. Die Beschwerdeführerin lebe sozial isoliert mit ihrem Hund (Kriterium F; S. 2 f.).

Zusätzlich könne bei der Beschwerdeführerin eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung nach DSM diagnostiziert werden. Die Beschwerdeführerin leide an chronischen, prolongierten und multiplen Traumatisierungen und dissoziativen Zuständen. Für die Diagnose einer komplexen Belastungsstörung gemäss ICD-10 F62.0 zeige sie alle

erforderlichen Persönlichkeitsstörungen (S. 3). Ausserdem sei sie gemäss Testergebnissen erheblich konzentrationsgestört (S. 5). 4.13

Seit 26. November 2013 ist die Beschwerdeführerin bei Dr. med. O.____, Facharzt für innere Medizin und Rheumatologie, in Behandlung. Im Bericht vom 6. September 2014 (Urk. 17/2) diagnostizierte dieser eine seronegative

anerosive Polyarthrit und attestierte der Beschwerdeführerin eine 50 %ige Arbeitsunfähigkeit aus rheumatologischer Sicht sowie eine 50%ige gemäss psychiatrischer Einschätzung, mithin 100 % . 4.14

Dr. med. A.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte in seiner konsiliarischen psychiatrischen Beurteilung vom 9. Juni 2015 (Urk. 25/1) folgende Diagnosen (S. 6): - Chronifizierte posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) - DD: Andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung (ICD-10 F62.1) - Somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1)

Weiter führte Dr. A.____ aus, die Beschwerdeführerin weise gemäss ihren Schilderungen und den von ihm erhobenen Befunden sowohl die Ursachen als auch das symptomatische Vollbild einer posttraumatischen Belastungsstörung auf. Es sei davon auszugehen, dass die stark belastete Zeit von Kindheit, Jugend und frühem Erwachsenenalter die Vulnerabilität für das Auftreten einer posttraumatischen Belastungsstörung zu einem späteren Zeitpunkt massiv verstärkt habe. Vor diesem Hintergrund sei spätestens nach dem 2009 erfolgten gewaltvollen Übergriff vom Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung auszugehen. Die Beschwerdeführerin zeige den gesamten, quälenden, zum weitgehenden sozialen Ausschluss führenden Symptomenkomplex. Diese Symptome klinisch zu erheben und zu würdigen, erfordere einiges an spezialisierter Erfahrung und sehr viel Einfühlungsvermögen (S. 7 f.).

Die Arbeitsunfähigkeit schätzte Dr. A.____ auf 70 % bis 80 % ein. Zur Begründung führte er aus, die Beschwerdeführerin sei aufgrund ihres psychiatrisch bedingten Schmerzsyndroms immer wieder stark beeinträchtigt. Sie leide an massiven Schlafstörungen, begleitet von Alpträumen und dissoziativen Zuständen, welche ihren Tag/Nacht-Rhythmus ausgeprägt störten und Erschöpfungszustände erzeugten. Sie leide an sozialen Ängsten, unvermittelt einsetzenden Gefühlen der Insuffizienz in sozialen Situationen, situativ einsetzenden Flashbacks, gestörter Aufmerksamkeit und Konzentration. Ausserdem bestünden wechselnd ausgeprägte depressive Symptome, welche die allgemeine Leistungsfähigkeit stark beeinträchtigen könnten (S. 10). 5. 5.1

Den vorliegenden ärztlichen Stellungnahmen lässt sich entnehmen, dass die Beschwerdeführerin wie bereits zur Zeit der ersten Rentenablehnung im Jahre 2002 an generalisierten Schmerzen und einer rezidivierenden depressiven Störung leidet. Nach wie vor lassen sich die Schmerzen im rechten Knie und an der Lendenwirbelsäule objektivieren. Ihnen wird in beiden Z.____-Gutachten denn auch eine Auswirkung

auf die Arbeitsfähigkeit in qualitativer Hinsicht zuerkannt (Urk. 11/109 /2-26 S. 24, Urk. 11/154/2-34 S. 31).

Die rezidivierende depressive Störung, welche 2001 als mittelgradig eingestuft wurde (Gutachten der ME DAS B.____ vom 28. Dezember 2001

[Urk. 11/27 S. 11]) , wird aktuell als leicht (Y.____ - Gutachten vom 24. November 2009 [Urk. 11/87 /1-24 S. 19] ,

Z.____ -Gutachten vom 11. Januar 2012 [Urk. 11/ 109 /2 -26 S. 2 3] und 28. Januar 2014 [Urk. 11/154/2-34 S. 30]) beziehungsweise mittel gradig (Bericht von Dr. I.____ vom 16. Mai 2011

[Urk. 11/102]) eingeschätzt. Eine wesentliche Verschlechterung d es affektiven Leidens lässt sich auch nicht dem über ein Jahr nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 28. April 2014 verfassten Privatgutachten von Dr. A.____ vom 9. Juni 2015 (Urk. 25/1 S. 6) entnehmen. Insoweit ist eine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes somit zu verneinen . 5.2

Mit Bezug auf die generalisierten Schmerzen wird

zwar seit 2005

wiederholt die Diagnose einer Kollagenose genannt. Unter den berichtenden Fachärzten bestand jedoch vom Anfang an eine gewisse Unsicherheit in der Diagnosestellung (vgl. dazu die Berichte des F.____ vom 26. Juli 2005

[Urk. 11/62/2-4] , 9. Januar 2009

[Urk. 11/75/6-7] , 17. Februar 2009

[Urk. 11/94/2-5] und vom 7. Februar 2013 [Urk. 11/129/1-5] ; ferner Bericht von Dr. J.____ vom 28. Juli 2011 [Urk. 11/109/29-31] und Z.____ -Gutachten vom 11. Januar 2012 [Urk. 11/109/2-26 S. 2 3]) . Nach verschiedenen Abklärungen und Behandlungsversuchen im Verlauf der Jahre wurde diese Diagnose aufrechterhalten

und schliesslich von den Ärzten des Z.____ im Gutachten vom 28. Januar 2014 anerkannt (Urk. 11/154/2-34 S. 30) . Dass dieser Diagnose eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aberkannt wurde, vermag zu überzeugen, handelt es sich dabei doch um ein en

Erklärungsversuch für das offenbar seit 1997 bestehende generalisierte Weichteil schmerz syndrom (vgl. Bericht des F.____ vom 26. Juli 2005

[Urk. 11/62/2-4] sowie Bericht von Dr. D.____ vom 7. August 2006

[Urk. 11/63/1-2]) .

E ine wesentliche Ver schlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin durch die neu gestellte Diagnose einer Kollagenose ist demzufolge nicht ausgewiesen.

Gleiches gilt für die Folgen der bariatrischen Eingriffe, welche gemäss der nach vollziehbaren

Einschätzung des internistischen Konsiliararztes des Z.____ (Urk. 11/154/2-33 S. 16) lediglich eine qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nach sich ziehen (Möglichkeit des Besuchs einer Toilette während der Arbeit bei Bedarf wegen Diarrhoe) . 5.3

Die auf eine r allseitige n Untersuchung beruhenden Schlussfolgerungen der Z.____ -Gutachter

werden auch nicht durch die von Dr. D.____ im Zeugnis vom 21. Mai 20

E. 12

(Urk. 11/124/1-5) geäusserte Einschätzung einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in Frage gestellt. Denn der Hausarzt begründete seine Meinung hauptsächlich mit der völligen muskulären Dekonditionierung der Beschwerdeführerin, was bei der Beurteilung der Invalidität praxisgemäss ausser Acht zu lassen, ist da sie mit zumutbarer Willensanstrengung und aktiven Therapien innert weniger Wochen verbessert werden kann (Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 884/05 vom 15. März 2006 E. 2.2) . 5. 4

Der die Beschwerdeführerin seit November 2013 behandelnde Rheumatologe Dr. O.____ attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % (aus seinem Fachbereich) und begründete dies mit der Diagnose einer seronegativen

erosiven Polyarthritis (Bericht vom 6. September 2014, Urk. 17/2). Seinem stichwortartig verfassten Bericht lässt sich allerdings nicht entnehmen, ob diese neue Diagnose eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin darstellt, was – da erstmals nach Verfügungserlass diagnostiziert

im Rahmen einer Neuanschuldung geltend gemacht werden müsste, oder ob es sich um einen weiteren Erklärungsansatz für die bereits bekannten Schmerzen handelt. Seine Stellungnahme vermag somit die Beweiskraft der drei polydisziplinären Gutachten nicht in Frage zu stellen. 5.5

Hinsichtlich der Beurteilung des Gesundheitszustandes aus psychiatrischer Sicht äussert die Beschwerdeführerin zunächst Zweifel an der fachlichen Qualifikation und der Unabhängigkeit der am Z.____ Gutachten vom 28. Januar 2014 (Urk. 11/154/2-34) mitwirkenden psychiatrischen Konsiliarärztin (Urk. 1 S. 5 f.) . Dem ist zu entgegen, dass sich den Akten keine Anhaltspunkte für eine mangelnde Fachkompetenz dieser Ärztin ergeben. Neben einer fachärztlichen Weiterbildung in Physikalischer Medizin und Rehabilitation

weist sie auch eine solche in Psychiatrie und Psychotherapie auf .

Darüber hinaus ist sie zertifizierte medizinische Gutachterin in SIM . In ihrem Teilgutachten setzt sie sich mit den Angaben der behandelnden Psychologin beziehungsweise dem delegierenden Psychiater ausführlich auseinander. Ihre nachvollziehbare Beurteilung deckt sich im Wesentlichen mit den früheren psychiatrischen Einschätzungen, insbesondere im Y.____ -Gutachten vom 24. November 2009 (Urk. 11/87 /1-24) und im Z.____ -Gutachten vom 11. Januar 2012 (Urk. 11/109/2-26).

Die Rüge der mangelnden finanziellen

Unabhängigkeit der zumindest in der Schweiz lediglich als Gutachterin tätigen Ärztin (Urk. 1 S. 6) kann schliesslich analog dem Vorbringen, die Abgeltung der Gutachten aus Mitteln der Invalidenversicherung führe zu einer Befangenheit der MEDAS, nicht gehört werden, wenn sie – wie hier (Urk. 11/136, Urk. 11/137) – im vom Bundesgericht vorgegebenen Zufallsverfahren beauftragt wurde (Urteil des Bundesgerichts 8C _ 467/2014 vom 29. Mai

2015 E.

4; BGE 137 V 210 E. 3.4.2.7).

Es besteht somit kein Grund, an der Kompetenz und Objektivität der Gutachten des Z.____ zu zweifeln. 5.6

Mit Bezug auf die Diagnose einer sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkenden posttraumatischen Belastungsstörung ist zunächst festzuhalten, dass sich die von der behandelnden Psychotherapeutin L.____ und der Psychiaterin Dr. M.____ angewendeten Kriterien gemäss DSM-IV 309.81 (Stellungnahme vom 15. August 2014 [Urk. 17/1]) nicht wesentlich von denjenigen nach ICD 10 F43.1 unterscheiden (vgl. Sass / Wittchen / Zaudig / Houben, Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen Textrevision DSM-IV-TR, Göttingen 2003, S. 515 ff.). Danach wird eine posttraumatische Belastungsstörung anerkannt, wenn sie als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentypischen Ausmasses entsteht, die in fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Hierzu gehören eine durch Naturereignisse oder von Menschen verursachte Katastrophe, eine Kampfhandlung, ein schwerer Unfall oder der Umstand, Zeuge des gewaltsamen Todes anderer oder selbst Opfer von Folterung, Terrorismus, Vergewaltigung oder an derer Verbrechen zu sein. Diese Störung soll nur dann diagnostiziert werden, wenn sie innerhalb von sechs Monaten nach einem traumatisierenden Ereignis von aussergewöhnlicher Schwere aufgetreten ist. Eine „wahrscheinliche“ Diagnose kann auch dann gestellt werden, wenn der Abstand zwischen dem Ereignis und dem Beginn der Störung mehr als sechs Monate beträgt, vorausgesetzt, die klinischen Merkmale sind typisch, und es kann keine andere Diagnose (wie Angst- oder Zwangsstörung oder depressive Episode) gestellt werden (ICD-10 F43.1; Weltgesundheitsorganisation, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien, 9. Auflage, Bern 2

E. 014

, S. 207 f.).

Unzweifelhaft leidet die Beschwerdeführerin unter den multiplen Gewalt er fahrungen in der Kindheit und Jugendzeit sowie unter der ersten

ebenfalls durch Gewalt und Bedrohungen gezeichneten Ehe. Bis 2009 konnte sie jedoch trotz wiederholten psychiatrischen Behandlungen einer geregelten Erwerbstätigkeit nachgehen. Ihre psychischen Symptome wurden im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung interpretiert (vgl. insbes. Gutachten der MEDAS B.____ vom 28. Dezember 2001 [Urk. 11/27 S. 10]).

Hinsichtlich des am Arbeitsplatz erlittenen Überfalls im September 2009 gab die Beschwerdeführerin bei der zweiten Begutachtung im Z.____ an, diese Erlebnisse insgesamt schon weggesteckt zu haben (Z.____ -Gutachten vom 28. Januar 2014 [Urk. 11/154/2-34 S. 18]). Dass sie sich gemäss ihren weiteren Ausführungen oft niedergeschlagen und manchmal auch einsam fühle, kann auf die depressive Störung beziehungsweise die unbestrittenermassen belastende psychosoziale Situation zurückgeführt werden.

Es ist somit nachvollziehbar, wenn die Gutachter des Z.____ in beiden Verlaufsgutachten eine posttraumatische Belastungsstörung verneinen und stattdessen weiterhin von einer rezidivierenden depressiven Störung ausgehen. Daran vermögen die anderslautenden Beurteilungen von Dr. A.____, Dr. M.____ und der Psychotherapeutin L.____ nichts zu

ändern. 5.7

Darüber hinaus kann die von der Psychotherapeutin

L.____ und der Psychiaterin Dr. M.____ (Bericht vom 8. Juni 2012 [Urk. 11/124/6-9] und Stellungnahme vom 15. August 2014 [Urk. 17/1]) angegebene erhebliche Konzentrationsstörung nicht nachvollzogen werden, zumal die Beschwerdeführerin nach wie vor Autofährt und auch längere Strecken (so zur gutachterlichen Untersuchung in P.____; vgl. dazu Z.____-Gutachten vom 28. Januar 2014 [Urk. 11/154/2-24 S. 20]) zurücklegt, was eine erhebliche Konzentrationsfähigkeit voraussetzt.

Dementsprechend vermögen die gutachterlichen Feststellungen einer regelrechten Konzentration mehr zu überzeugen (Y.____-Gutachten vom 24. November 2009 [Urk. 11/87/1-24 S. 22], Z.____-Gutachten vom 11. Januar 2012 [Urk. 11/109/2-27 S. 15] und vom 28. Januar 2014 [Urk. 11/154/2-34 S. 20]). Dieser Umstand verdeutlicht die in ständiger Rechtsprechung anerkannte Verschiedenheit von Behandlungen

und Begutachtungsauftrag (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.2.4 mit Hinweisen).

Rechtsprechungsgemäss verfolgen die Berichte der behandelnden Ärzte nicht den Zweck einer abschliessenden Entscheidung über die Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes und erfüllen deshalb kaum je die von der Rechtsprechung aufgestellten materiellen Anforderungen an ein Gutachten. Sodann ist auch der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass die behandelnden Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5).

Demgegenüber verschaffen die interdisziplinäre Ausrichtung von Y.____ und Z.____ als MEDAS, die auf umfassender, die Teilergebnisse verschiedener medizinischer Disziplinen integrierender Grundlage beruhende Einschätzung der Leistungsfähigkeit, die mitunter schwierige Abgrenzung von invaliditätsfremden Faktoren, sowie die auf die IV-spezifischen Tatfragen zugeschnittenen Schlussfolgerungen den drei Gutachten einen entscheidenden Vorteil gegenüber den Berichten der behandelnden Ärzte welche aus therapeutischen Zusammenhängen erstattet wurden (vgl. dazu BGE 137 V 210 E. 1.2.4 mit Hinweisen). 5.8

Mit Bezug auf Dr. A.____ Privatgutachten vom 9. Juni 2015 (Urk. 25/1) ist schliesslich festzuhalten, dass der Gutachter den lebensgeschichtlichen Angaben der Beschwerdeführerin eigene Vermutungen über deren psychischen Zustand beimischt. So soll die Beschwerdeführerin während der ersten Ehe in einem Dauerzustand weitgehender Ohnmacht, Hilf- und Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung gelebt haben (S. 5). Hinsichtlich der Diagnose einer während der ersten Ehe aufgetretenen posttraumatischen Belastungsstörung stellt Dr. A.____

sodann auf die statistische Prävalenz der posttraumatischen Belastungsstörung nach Vergewaltigung ab (S. 7), obwohl die Beschwerdeführerin nach Lage der Akten nie von einer Vergewaltigung berichtet hatte. 5.9

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