

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00471 vom 23. Mai 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-05-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00471

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00471 du 23 mai 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00471 del 23 maggio 2017

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit beziehungsweise - bei Versicherten, die vor der Beeinträchtigung ihrer Gesundheit nicht erwerbstätig waren - die Unmöglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts; ATSG). Die Invalidität 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).

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen).

Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig und daneben im Aufgabenbereich tätig sind, wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG festgelegt. Danach wird darauf abgestellt, in welchem Masse sie unfähig sind, sich im Aufgabenbereich zu betätigen. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad entsprechend der Behinderung in beiden Bereichen zu bemessen (Art. 28a Abs. 3 IVG; gemischte Methode der Invaliditätsbemessung; vgl.

dazu IV-Rundschreiben Nr. 355 des Bundesamtes für Sozialversicherungen [BSV] vom 31. Oktober 2016).

E. 1.2

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 1.3

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanmeldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV] bzw. Art. 87 Abs. 4 IVV in der bis am 31. November 2011 gültig gewesenen Fassung), so ist im Beschwerdefahren 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).^{1.4}

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte 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 (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze 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 nötig 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; Ulrich Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in: Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.).²

In der angefochtenen Verfügung zog die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen in Betracht, es sei auf das polydisziplinäre Gutachten des A.____ vom 13. Mai 2013 samt der ergänzenden Stellungnahme vom 24. Februar 2014 abzustellen, zumal die später verfassten medizinischen Berichte keine invaliditätsrelevanten neuen Befunde und Diagnosen enthielten. Die Beschwerdeführerin sei unverändert als zu 42 % erwerbstätig und zu 58 % im Haushalt tätig zu qualifizieren. Es bestünden Einschränkungen von 10 % im erwerblichen Bereich und von 47,5 % im Aufgabenbereich. Der Invaliditätsgrad betrage somit 32 %, weshalb kein Rentenanspruch bestehe (Urk. 2).

Demgegenüber liess die Beschwerdeführerin zusammengefasst den Standpunkt vertreten, es sei zur Ermittlung des medizinischen Sachverhalts nicht auf die gutachterlichen Ausführungen, sondern auf die Berichte ihrer behandelnden Ärzte abzustellen. Darüber hinaus sei zu berücksichtigen, dass sie ohne gesundheitliche Einschränkungen zu 100 % erwerbstätig wäre (Urk. 1).³

Die IV-Stelle ist, dem sozialversicherungsgerichtlichen Urteil IV.2010.01194 vom 30. März 2012 (Urk. 9/172) entsprechend, auf die Neuanmeldung der Beschwerdeführerin vom 18. März 2010 (Urk. 9/134) materiell eingetreten. Es gilt somit zu prüfen, ob sich die tatsächlichen Verhältnisse im massgeblichen Zeitraum zwischen der Verfügung vom 21. September 2007 (Urk. 7/119), mit welcher letztmals ein Anspruch auf eine Invalidenrente verneint worden ist, und der Verfügung vom 18. März 2015 (Urk. 2), welche die zeitliche Grenze für den zu beurteilenden Sachverhalt bildet, insofern verändert haben, dass nunmehr ein Anspruch auf eine Invalidenrente besteht.

E. 4

Die Verfügung vom 21. September 2007 beruhte in medizinischer Hinsicht auf dem polydisziplinären Gutachten der MEDAS des Universitätsspitals Z.____ vom 4. August 2006 (vgl. die Feststellungsblätter vom 6. Juni 2007 und vom 13. September 2007, Urk. 9/110 und 9/118; vgl. auch Urk. 9/129). Darin wurden keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (Urk. 9/104/24) und eine Einschränkung im Haushalt verneint (Urk. 9/104/30). Es wurde lediglich den multiplen schmerzhaften Insertionstendinopathien und den Schulter-/Armschmerzen rechts, am ehesten bedingt durch ein subacromiales Impingement und ein intermittierendes zervikospondylogenes Syndrom rechts, eine Auswirkung auf die Leistungsfähigkeit zugemessen (Urk. 9/104/25).

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit wurden die folgenden aufgeführt (Urk. 9/104/25): -

Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte depressive Episode (ICD-10: F33.0) -

Rezidivierendes Lumbovertebralsyndrom bei statisch-dynamischer Haltungsinsuffizienz, unter anderem Adipositas (BMI 32,8 kg/m²) -

Status nach Sacrumimppressionsfraktur am 01.03.1995 infolge adäquaten Traumas -

Zustand nach Nasenbeinfraktur und infraorbitalem Hämatom links 1/1996 -

Monokelhämatom links unklarer Ursache am 18.05.2006 -

Hereditäre Lipomatose, unter anderem mammär beidseits -

Zustand nach Leberteileresektion und Cholezystektomie am 25.10.1999, verbliebene kleine Leberhämangiome ohne Krankheitswert -

Bronchiektase im Lungenunterlappen rechts, Zustand nach Lungentuberkulose: 2001 kein Nachweis von Mykobakterien -

Unterschenkelvarikosis beidseits, links ausgeprägter als rechts -

Aktuell leicht klopfdolente Nasennebenhöhlen -

Pathologischer Stimmgabelversuch rechts, vereinbar mit einer Mittelohrschwerhörigkeit .

E. 5

Rezidivierende depressive Störungen mit Somatisierungsstörungen

E. 5.1

Zur weiteren Entwicklung der gesundheitlichen Verhältnisse ab dem 21. September 2007 lässt sich den Akten entnehmen, dass die Versicherte vom 13. Oktober bis zum 6.

November 2009 im Psychiatrie-Zentrum C.____ stationär behandelt wurde. Dessen Austrittsbericht vom 30. Dezember 2009 (Urk. 9/153/3-5) zufolge befand sie sich damals im Strafvollzug. Wegen Bein schmerzen und des Verdachts auf eine Thrombose, Herzschmerzen und einer Hypertonie war sie zuerst von der Strafanstalt D.____ aus ins Spital E.____ eingewiesen worden, welches sie zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung ans Psychiatrie-Zentrum C.____ weiterverwiesen hatte. Dort erhob man beim Klinikeintritt ein mittelgradiges depressives Zustandsbild. Im Verlauf des Aufenthalts habe die Versicherte eine zunehmende Stimmungsaufhellung gezeigt und mit ihren Kochkünsten das Betreuungsteam und die Mitpatienten verzaubert. Als Schlussdiagnose wurde eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1), festgehalten (Urk. 9/153/4).

E. 5.2

Am 28. November 2009 suchte die Beschwerdeführerin erstmals Dr. med. F.____, Facharzt FMH für Neurologie sowie für Psychiatrie und Psychotherapie, auf, der eine depressive Episode mittelschweren bis zeitweise schweren Grades (ICD-10: F32.1 und F32.2) diagnostizierte (Urk. 9/153/2 und 9/153/6) und eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis auf Weiteres bescheinigte (Urk. 9/153/6). In seinem Bericht vom 7. August 2010 führte er aus, in den letzten Monaten der Behandlung sei keine Besserung eingetreten und die Versicherte habe ihn schliesslich wegen ihres sehr schlechten Zustandes selbst in Begleitung nicht mehr aufsuchen können. Er habe sie deshalb zur erneuten stationären Behandlung ans Psychiatrie-Zentrum C.____ überwiesen, wo sie vom 19. bis zum 28. Mai 2010 hospitalisiert gewesen sei (Urk. 9/153/2; vgl. auch Urk. 9/153/8). Zum letzten Mal habe er die Versicherte am 6. Juli 2010 gesehen. Ihr Zustand sei damals kaum besser gewesen als im Austrittsbericht des Psychiatrie-Zentrums C.____ vom 31. Mai 2010 beschrieben (Urk. 9/153/2).

Aus dem erwähnten Austrittsbericht geht hervor, dass der Ehemann der Versicherten bei deren Klinikeintritt von einer deutlichen Verschlechterung der Stimmung seit zwei Monaten berichtete. Sie habe Schwierigkeiten, morgens aufzustehen, bleibe meistens den ganzen Tag im Bett liegen und leide unter Ein- und Durchschlafstörungen trotz der Einnahme von Schlaftabletten. Die Versicherte selbst habe erklärt, sie würde am liebsten den ganzen Tag im Bett liegen bleiben. Sie vertrage keinen Lärm und sei innerlich sehr nervös und unruhig. Ihre Gedanken kreisten vor allem um ihre im Balkankrieg verstorbene Tochter (Urk. 9/153/10). Es wurde zuerst eine mittelgradige Depressivität festgestellt. Nach einigen Tagen habe sich die Versicherte leicht aufgehellter gezeigt, so dass sie einige Aufgaben im Stationsalltag übernehmen können (Urk. 9/153/11). Als Austrittsdiagnose wurde eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1), vermerkt (Urk. 9/153/9 und 9/153/11).

E. 5.3

Dr. med. G.____, Facharzt FMH für Innere Medizin, spez. Rheumatologie, untersuchte die Beschwerdeführerin am 16. Juli 2010 (Urk. 9/153/1 und 9/153/18). Aufgrund der einmaligen Konsultation und der Komplexität des Krankheitsbildes vermochte er keine Beurteilung abzugeben (Urk. 9/153/1 und 9/153/18). Stattdessen überwies er die Versicherte mit Schreiben vom 30. Juli 2010 unter Hinweis auf die Diagnosen eines chronischen Schmerzbildes, chronisch lumbospondylogener Schmerzen, einer rezidivierenden depressiven Störung, eines Status nach Leberhämangiom-Resektion 1999,

einer chronisch venösen Insuffizienz beidseits bei Status nach tiefen Venenthrombosen 2008, GERD (gastroösophageale

Refluxkrankheit) und chronischer Oberbauchschmerzen zur weiteren Behandlung an die H.____ (Urk. 9/159/18).

E. 5.4

Aus dem Bericht der H.____ vom 2. September 2010 (Urk. 9/159/ 19-22) geht hervor, dass die Versicherte am 31. August 2010 zum ersten Mal in der interdisziplinären medizinisch-psychologischen Sprechstunde untersucht wurde. Es wurden die folgenden Diagnosen gestellt (Urk. 9/159/19): - Rezidivierende depressive Störung, mittelgradige Episode

-

Verdacht auf Somatisierungsstörung - Chronisches Panvertebralsyndrom

-

akutes, subakutes Lumbovertebralsyndrom

-

Verdacht auf degenerative Veränderungen der Wirbelsäule:

Röntgenaufnahmen der Lendenwirbelsäule ausstehend

-

muskuläre Haltungsinsuffizienz in Dysbalance

-

morbide Adipositas, BMI 40,4 kg/m² , vorwiegend Bauchadipositas - Verdacht auf Gonarthrose, retropatelläre Arthrose

-

Röntgenaufnahmen beider Knie ausstehend

-

rechts aktivierte Arthrose - Metabolisches Syndrom - Morbide Adipositas BMI 40,4

-

arterielle Hypertonie

-

anamnestische Dyslipidämie . Gemäss einer Aktennotiz vom 8. September 2010 wurden die Röntgenaufnahmen ebenfalls am 31. August 2010 erstellt. Diejenigen des Knies zeigten eine mediale Gelenkspaltverschmälerung, diskrete osteophytäre Ausziehungen und eine medial betonte subchondrale

Sklerosierung als Frühzeichen einer medial betonten beidseitigen Gonarthrose. Auf den Röntgenaufnahmen der Lendenwirbelsäule waren eine Hyperlordose, eine leichte Spondylolisthesis L5/S1, sub chondrale

Sklerosierungen in allen Etagen, vorwiegend L4/L5 und L5/S1, eine Spondylarthrose L4/L5 und L5/S1 sowie ein enger Spinalkanal L4/L5 und L5/S1 ersichtlich (Urk. 9/159/23).
Gegenüber der klinischen Psychologin, dipl. Psych. FH I.____, erklärte die Versicherte der Beurteilung/Empfehlung aus klinisch-psychologischer Sicht vom 2. September 2010 (Urk. 9/159/25-26) zufolge, noch nicht über den Tod ihrer Tochter hinweggekommen zu sein. Sie erlebe immer wieder Flashbacks, die sie in eine tiefe Trauer versetzten. Überdies sei ihre Ehe sehr schwierig. Etwa vier Jahre nach dem Tod ihrer Tochter habe ihr Ehemann in Y.____ eine Aussenbeziehung aufgenommen. Er sei dann jeweils einfach abgereist und für längere Zeit bei der anderen Frau geblieben. Währenddessen habe sie sich mit den Kindern hier in der Schweiz alleine zurechtfinden und Schulden machen müssen. Generell sei ihr Ehemann ein grosser Fremdgänger gewesen. Manchmal sei er ohne ihr etwas zu sagen für einige Tage weggegangen. Sie habe unter dieser Situation sehr gelitten. Sie und die ganze Familie seien überzeugt davon, dass sie wegen der schwierigen Zeit mit ihrem Ehemann und wegen des tragischen Todes ihrer Tochter unter gesundheitlichen Problemen leide (Urk. 9/115/25). Sie habe starke Schlafstörungen, wobei ihr sowohl das Einschlafen als auch das Durchschlafen Mühe bereitet. Wenn sie in der Nacht aufwachte, könne sie kaum mehr wieder einschlafen, weil sie immer wie der an ihre Tochter und an die Verletzungen, die ihr von ihrem Ehemann zugefügt worden seien, denken müsse. Sie leide auch unter vegetativen Symptomen wie starkes Schwitzen oder Zittern, fühle sich immer sehr müde, habe keinen Appetit und sei oft vergesslich (Urk. 9/159/25).
Klinisch-psychologisch wurden unauffällige Befunde erhoben und eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1) diagnostiziert, die bereits psychopharmakologisch und psychotherapeutisch behandelt werde. Aufgrund der starken physischen Dekonditionierung, der dysfunktionalen Fokussierung auf das Schmerzerleben und des Verlusts des Selbstwirksamkeitsgefühls wurde aus klinisch-psychologischer Sicht zusätzlich die Teilnahme an einem interdisziplinären ambulanten Schmerzprogramm in serbokroatischer Sprache empfohlen, wie es zum Beispiel in der RehaClinic in H.____ angeboten werde (Urk. 9/159/26). Gemäss weiteren Berichten der klinischen Psychologin vom 15. und vom 21. September 2010 war die Versicherte während der folgenden Therapiestunden sehr nervös, äusserte Selbstmordgedanken, klagte über starke Schmerzen und Schlaflosigkeit in der Nacht und zeigte einen Tremor in der Hand, der nach einigen Tagen wieder etwas nachliess (Urk. 9/159/27 und 9/159/28).

E. 5.5

Dr. med. J.____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in ihrem Bericht vom 21. November 2011 fest, sie behandle die Versicherte seit dem 13. Juli 2011 wegen einer Depression, und attestierte ihr eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 9/176/3-4).

E. 5.6

Vom 3. Februar bis 28. März 2012 wurde die Versicherte in der RehaClinic K.____ ambulant behandelt, wo sie zweimal wöchentlich eine Physiotherapie absolvierte (Urk. 9/190/1-2). Im Bericht vom 4. September 2012 wurden als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, mittelgradige Episode mit Somatisierungsstörung, ED 1993 bei Verlust einer Tochter 1991 (in L.____ im Krieg), ein chronisches panvertebrales Syndrom bei multiplen degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule, muskulärer Haltungsinsuffizienz mit Dysbalance, eine aktivierte mediale Gonarthrose mit retropatellärer Arthrose, eine Bursitis subacromialis mit Peritendinitis der Bicepssehne rechts und degenerativ veränderter Supraspinatussehne rechts fest gehalten

und eine deutlich verminderte Leistungsfähigkeit bescheinigt (Urk. 9/190/1).

E. 5.7

Eine dritte stationäre Behandlung im Psychiatrie-Zentrum C.____ fand vom 25. Mai bis 15. Juni 2012 statt. Als Austrittsdiagnosen wurden im Austrittsbericht vom 18. Juni 2012 eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode (ICD-10: F33.0), eine Agoraphobie (ICD-10: F40.0), anamnestisch ein PTBS (eine posttraumatische Belastungsstörung), ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom, eine chronisch venöse Insuffizienz beidseits bei einem Status nach TVT 2008 und ein Status nach Leberhämangiom-Resektion 1999 vermerkt (Urk. 9/192/1). Die Versicherte sei in die Klinik eingetreten, nachdem sie sich seit etwa einem Monat sehr niedergedrückt, innerlich unruhig und nervös gefühlt habe. Sie habe schlecht geschlafen und immer wieder von ihrer Tochter geträumt, die sie im Balkankrieg verloren habe. Den ganzen Tag über hätten sie Ängste gequält, es sei jemandem aus ihrem Umfeld etwas passiert. Zuhause habe sie sich überfordert gefühlt und die Gesellschaft anderer nur schwer ertragen können. Während des Klinikaufenthalts habe sich die Versicherte gut ins Stationssetting integrieren und in die therapeutischen Programme einsteigen können. In den Gesprächen habe sie sich sehr offen gezeigt und vor allem ihre Erlebnisse während des Krieges thematisiert, worauf ein Vorstellungsgespräch auf der Spezialstation für Traumafolgestörungen der B.____ organisiert worden sei. Schon nach kurzer Zeit habe die Versicherte sich stabilisieren können. Sie habe sich stimmungsmässig aufgehellt und weniger ängstlich gezeigt. Überdies habe sie ihre Ressourcen zur Bewältigung des Alltags wieder aktivieren können. Die Schlafqualität habe sich im Verlauf des Aufenthalts ebenfalls verbessert (Urk. 9/192/3).

E. 5.8

Dr. G.____ führte in einem weiteren Bericht vom 6. August 2012 (Urk. 9/185) die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf (Urk. 9/185/2): - Zunehmende multiple disseminierte Lipome

-

DD Liposarkom

-

B-Symptome: ungewollter Gewichtsverlust, Nachtschweiss

-

Immundefizienz unauffällig, ANA positiv - Diffuse Bauchschmerzen -

Anamnestisch Tumore an der Leber; anamnestisch Status nach

Leberoperation im Stadtspital M.____ (keine Unterlagen dort

vorhanden) - Verdacht auf intermittierenden Glaukomanfall

-

Status nach YAG-Iridotomie am 04.05.2012 - Metabolisches Syndrom

-

Adipositas

-

Arterielle Hypertonie

-

Dyslipidämie - Rezidivierende depressive Störungen mit Somatisierungsstörungen - Gastroösophagealer Reflux - Rezidivierende HWI - Varikosis - Status nach TVT Anfang 2011 - Polyarthrosen - Chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom

-

multiple degenerative Veränderungen

-

muskuläre Haltungsinsuffizienz mit Dysbalance . Er beurteilte die Versicherte als zu 100 % erwerbs- und leistungsunfähig (Urk. 9/185/4).

E. 5.9

Dem Bericht der Augenklinik des N.____ vom 8. August 2012 zufolge ergab die letzte Kontrolle am 24. Juli 2012 aus ophthalmologischer Sicht keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 9/184).

E. 5.10

Dr. med. O.____, Oberarzt in der Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie des N.____ bestätigte am 9. August 2012 schriftlich, die Versicherte endoskopisch untersucht zu haben. Er erklärte sich indessen ausser Stande, Fragen zur Arbeitsfähigkeit zu beantworten (Urk. 9/186).

E. 5.11

Dr. med. P.____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in ihrem Bericht vom 14. September 2012 (Urk. 9/192/ 4-8) aus, sie behandle die Versicherte seit dem 9. Februar 2012 und habe sie am 30. Juli 2012 letztmals untersucht (Urk. 9/192/5). Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führte Dr. P.____ eine chronische post traumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) seit 1991, eine rezidivierende depressive Episode (ICD-10: F33.0) seit 2007 und eine Agoraphobie (ICD-10: F40.0) seit 2009 auf. Überdies bescheinigte sie der Versicherten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit 2002 (Urk. 9/192/5).

E. 5.12

Vom 22. August bis zum 14. November 2012 wurde die Versicherte auf der Spezialstation für Traumafolgestörungen der B.____ behandelt (vgl. Urk. 9/197, 9/203/1, 9/205/1 und 9/205/3). Dort wurden gemäss dem Kurzaustrittsbericht vom 14. November 2012 und dem ausführlichen Bericht vom 27. November 2012 die folgenden psychiatrischen Austrittsdiagnosen gestellt (Urk. 9/203/1 und 9/205/2):

1.

Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) 2.

Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10: F33.4) 3.

Agoraphobie (ICD-10: F40.0) 4.

„Anfälle“ mit Stürzen, wahrscheinlich im Rahmen von Flashbacks -

MRI des Schädels vom 13.09.2012, Röntgeninstitut Q.____: max. 12 mm grosses Meningeom entlang der vorderen Lippe des inneren Gehörganges links und des angrenzenden Os petrosum links als Zufallsbefund; ohne Kompression von umgebenden Strukturen. Kein pathologischer Focus im Hirnparenchym -

EEG vom 27.09.2012, Praxis Dr. R.____: Befund unauffällig, trotz eines Anfalls während der Aufzeichnung. Ferner wurden zahlreiche weitere somatische Diagnosen vermerkt (Urk. 9/203/1-2 und 9/205/2). Für die Dauer der Hospitalisation und bis zum 30. November 2012 (Urk. 9/203/3, 9/203/5 und 9/205/1), aber auch für die Zeit danach wurde eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt, wobei auf die Gesamtkonstellation mit psychischen und somatischen Beschwerden, namentlich das panvertebrales Schmerzsyndrom, verwiesen wurde (Urk. 9/203/3, 9/205/1, 9/205/2 und 9/205/5). Die Einschränkung im Haushalt wurde ebenfalls mit 100 % beziffert, da die Versicherte aufgrund ihrer starken Ängste in Menschenansammlungen (v.a. die Angst im Rahmen von Flashbacks zu stürzen, was mehrmals wöchentlich vorkommt), nicht in der Lage sei, selbständig einzukaufen. Leichte Hausarbeiten wie das Abstauben, das Staubsaugen und das Kochen von einfachen Gerichten könne sie selbständig bewältigen, sie benötige dafür aber regelmässig Pausen. Für schwere Arbeiten wie das Fensterputzen und das Bettenmachen sei sie auf die Hilfe ihres Ehemanns angewiesen (Urk. 9/205/1). Während des Klinikaufenthaltes habe die Versicherte von traumatisierenden Ereignissen während des Krieges berichtet. Zum Beispiel sei sie Zeugin der Ermordung einer Nachbarfamilie geworden. Am schwersten zu verkraften sei für sie der Tod ihrer Tochter. Während des Krieges sei sie ohne die Unterstützung ihres Ehemanns mit den Kindern von Y.____ nach L.____ geflüchtet. Während dieser Reise habe sie unter sehr starker Angst gelitten. Aufgrund der schweizerischen Abstammung ihres Grossvaters habe sie den Schweizer Pass und den Familiennachzug in die Schweiz organisieren können. Auch damals habe sie unter häufigen Intrusionen, vor allem über den Tod der Tochter, gelitten. Sie sei jedoch in der Lage gewesen, Tätigkeiten auf dem primären Arbeitsmarkt nachzugehen. Vor ca. fünf Jahren sei sie wegen gewerbsmässigen Betruges zu einer zweijährigen Gefängnisstrafe verurteilt worden, welche sie zum Teil in Untersuchungshaft in Luzern und zum Teil im Frauengefängnis D.____ abgesessen habe. Im Gefängnis sei es zu depressiven Zuständen und einer Exazerbation der posttraumatischen Symptomatik gekommen (Urk. 9/205/3).

E. 5.13

Im Bericht der Klinik und Poliklinik für Innere Medizin des N.____ vom 12. Oktober 2012, gemäss welchem die Versicherte im Verlauf des Jahres wiederholt ambulant behandelt worden war, wurden die folgenden Diagnosen aufgeführt (Urk. 9/200/1).

1.

Zunehmende multiple Lipome, disseminiert DD Liposarkom

2.

Polyarthrosen 3

Chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom, multiple degenerative Veränderungen, muskuläre Haltungsinsuffizienz mit Dysbalance

4.

Metabolisches Syndrom

-

Adipositas

-

Arterielle Hypertonie

-

Dyslipidämie

E. 5.14

Dem Bericht der RehaClinic K.____ vom 27. Dezember 2012 (Urk. 9/225/38-41) zufolge führte die leitende Ärztin Dr. med. S.____ am 18. Dezember 2012 eine klinische Untersuchung durch und gelangte ohne erneute bildgebende Abklärungen zum Schluss, es lägen degenerative Veränderungen an allen grossen Gelenken und an der Wirbelsäule vor. Aktuell stünden die Gonarthrosen beidseits sowie die klinisch beginnenden Hüftge lenks- und Fingergelenksarthrosen im Vordergrund. Sie empfahl intensive physiotherapeutische Massnahmen, welche nur im Rahmen einer stationären Rehabilitation in Frage kämen, da die Versicherte angegeben habe, aus psychischen Gründen nicht alleine reisen zu können.

E. 5.15

Vom 6. Mai bis zum 19. Juni 2013 war die Versicherte erneut auf der Spezialstation für Traumafolgestörungen der B.____ hospitalisiert (Urk. 9/220 und 9/251/3). Dort wurden die bereits gestellten Diagnosen bestätigt und für die Dauer des stationären Aufenthalts eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (vgl. Urk. 9/251).

E. 5.16

Im polydisziplinären Gutachten des A.____ vom 13. Mai 2013 (Urk. 9/225) wurden die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (Urk. 9/225/32): 1.

Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode mit Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10: F33.0/F43.1)

2.

Agoraphobie (ICD-10: F40.0)

3.

Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10: M54.5) -

deutliche Wirbelsäulenfehlhaltung/-fehlform (deutliche thorakale Hyperkyphose sowie lumbale Hyperlordose) -

aktuell radiomorphologisch beginnende Spondylarthrose im lumbosakralen Übergang bei ansonsten gut erhaltenen Bandscheibenhöhen lumbal und leicht beginnenden Spondylosen ventral LWK 3 und LWK 4 -

deutliche muskuläre Dysbalance mit Abschwächung der abdominalen und rückenstabilisierenden Muskelgruppen im Rahmen einer Adipositas mit einem BMI von 37 kg/m².

Klinisch sowie radiomorphologisch beginnende Femoropatellararthrose beidseits (ICD-10: M17.9) -

muskuläre Dysbalance mit Abschwächung der kniestabilisierenden Muskelgruppen 5.

Leichte Sehminderung beidseits

-

Cataracta

incipiens beidseits (ICD-10: H28.1)

-

anlagebedingte Fehlsichtigkeit beidseits (ICD-10: H52.2)

-

Alterssichtigkeit beidseits (ICD-10: H50.5)

-

Engwinkelsituation (Grad I-II nach Schaffer) beidseits

-

Zustand nach YAG- Iridotomie rechts

-

Konjunktivitis sicca beidseits (ICD-10: H19.3). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien die folgenden Diagnosen (Urk. 9/225/33): 1.

Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) 2.

Akzentuierte histrionische Persönlichkeitszüge (ICD-10: Z73.1) 3.

Ausgeprägtes chronisches multilokuläres Schmerzsyndrom (ICD-10: R52.9) 4.

Abdominale Beschwerden unklarer Ätiologie -

Status nach Leberteilresektion und Cholecystektomie wegen Hämangiom 1999 -

axiale Hiatushernie

-

keine Refluxoesophagitis unter Therapie

-

Status nach Helicobacter -Infekt des Magens -

vgl. Diagnose 5.2.1 5.

Adipositas, BMI 37 kg/m² (ICD-10: E66.0) 6.

Varikosis cruris (ICD-10: I83.9)

-

beginnende chronisch-venöse Insuffizienz Grad I 7.

Fortgesetzter Nikotinkonsum, schädlicher Gebrauch (circa 60 packyears) (ICD-10: F17.1).

Zur Arbeitsfähigkeit wurde festgehalten, aus polydisziplinärer Sicht sei die Versicherte für eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit zu 80 % arbeits- und leistungsfähig, in

einem ganztägigen Pensum mit vermehrten Pausen verwertbar (Urk. 9/225/34 und 9/225/36).

Aufgrund der anamnestischen Angaben, der Untersuchungsbefunde, der vorliegenden Dokumente und der früher attestierten Arbeitsunfähigkeiten sei davon auszugehen, dass die Arbeitsfähigkeit vor allem durch das psychische Leiden seit 2009 eingeschränkt sei. Im Oktober 2009 sei die Versicherte erstmals psychiatrisch hospitalisiert gewesen. Damals sei eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert worden. Daraus könne auf eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit während der Hospitalisation geschlossen werden. Auch im Verlauf der letzten Hospitalisation hätten sich die depressiven Symptome zurückgebildet. Die gutachterlich festgestellte Arbeitsfähigkeit gelte sicher ab dem Untersuchungsdatum im Januar 2013, sie sei über die Zeit gemittelt wahrscheinlich seit Oktober 2009 anzunehmen (Urk. 9/225/34). Die aufgrund des somatischen Leidens bestehenden qualitativen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit mit nur noch leichter Tätigkeit bestünden sicher seit der MEDAS-Begutachtung 2006 (Urk. 9/225/35).

Bei der Haushaltstätigkeit bestünden wie bei einer Erwerbstätigkeit Einschränkungen bezüglich körperlich schwerer und mittelschwerer Arbeiten. In einem kleinen Haushalt kämen diese aber nicht so oft vor. Zudem sei es möglich, die Arbeiten mit individuellen Pausen zu verrichten. Im Haushalt sei daher eine Arbeitsunfähigkeit von 15 % anzunehmen (Urk. 9/225/35 und 9/225/36).

E. 5.17

Vom 19. bis zum 28. Juni 2013 war die Versicherte nach einem Sturz wegen einer Malleolarfraktur Typ Weber B mit Teilruptur der Syndesmose rechts im Spital T.____ hospitalisiert (Urk. 9/240), wo ihr bis zum 12. Juli 2013 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt wurde (Urk. 9/240/4). Ferner wurde vermerkt, während der ersten sechs Wochen sei lediglich eine Teilbelastung möglich (Urk. 9/240/1).

E. 5.18

Ein weiterer stationärer Aufenthalt auf der Spezialstation für Traumafolgestörungen der B.____ fand vom 28. Oktober bis zum 10. Dezember 2013 statt. Im Zwischenbericht vom 10. Dezember 2013 (Urk. 9/249) und in einem weiteren Bericht vom 8. Januar 2014 (Urk. 9/251) wurden die bereits gestellten Diagnosen bestätigt und für die Dauer der einzelnen Hospitalisationen eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert.

Zu diesen beiden Berichten nahm der psychiatrische Gutachter des A.____ auf Ersuchen der IV-Stelle (vgl. Urk. 9/252) am 24. Februar 2014 ergänzend Stellung (Urk. 9/253). Er vertrat die Auffassung, es seien keine neuen psychiatrischen Diagnosen gestellt worden, welche nicht bereits im psychiatrischen Teilgutachten des A.____ diskutiert worden seien. In demselben sei auch erläutert worden, weshalb nach den ICD-Kriterien keine posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert werden könne. Es möge sein, dass während der psychiatrischen Hospitalisationen die depressive Episode stärker ausgeprägt gewesen sei. Eine höhergradige Arbeitsunfähigkeit als diejenige, die im psychiatrischen Teilgutachten des A.____ angegeben worden sei, sei aber auch rückwirkend nicht erwiesen, da fachärztliche Befunde, auf die mit Sicherheit abgestützt werden könne, weiterhin fehlten. Auch wenn eine gewisse posttraumatische Symptomatik vorliege, könne hier eine Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht nicht begründet werden, da es sich bei einer posttraumatischen Belastungsstörung um eine syndromale Diagnose handle und eine schwere komorbide psychische Störung nicht bestehe. Die Agoraphobie sei

definitionsgemäss situationsbezogen und begründe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Der Versicherten sei trotz ihrer Beschwerden eine gewisse Willensanstrengung zumutbar, um in einer den körperlichen Einschränkungen angepassten und ihren Fähigkeiten entsprechenden Tätigkeit zu arbeiten.

E. 5.19

In seinem Bericht vom 2. Juni 2014 führte Dr. G.____ die folgenden Diagnosen auf (Urk. 9/268/1):

1.

Metabolisches Syndrom

-

Adipositas Grad III: BMI 49.9 kg/m²

-

Arterielle Hypertonie, aktuell normoton

-

Dyslipidämie

-

Prädiabetische Stoffwechsellage, HbA1c 6,0% -

01/2014: kardiovaskuläres Gesamtrisiko für die nächsten 10 Jahre (AGLA-Score): 1,3 %

2.

Depressive Störung mit Somatisierungsstörung -

Posttraumatische Störung -

Hospitalisation B.____ 10/2013 – 12/2013

3.

Multiple disseminierte Lipome -

Biopsie 12/2012: Lipom

4.

Diffuse Bauchschmerzen -

Sonographie Abdomen 22.01.2013: Hyperechogenes Leberparenchym, vereinbar mit Lebersteatose, fokale Mindersteatose Seg III (max. 11 mm) DD: Narbe, Status nach Cholezystektomie

5.

Chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom -

Multiple degenerative Veränderungen -

Muskuläre Haltungsinsuffizienz mit Dysbalance -

Anamnestic Polyarthrose -

Anamnestisch Status nach Knie TEP 2013

6.

Milde Refluxösophagitis und leichte Gastritis Gastroskopie 06/2012: leichtgradige Entzündung, kein H.p . Nachweis

7.

Varikosis .

Die Beschwerden hätten sich seit der letztmaligen Beurteilung massiv verschlechtert. Zwischenzeitlich besuche die Versicherte die Adipositas-Sprechstunde im N.____ zur Evaluation eines Magenbypasses auf Grund der Polymorbidität (Urk. 9/268/2).

E. 5.20

Gemäss dem Bericht der Spezialstation für Traumafolgestörungen der B.____ vom 18. August 2014 wurden bei der letzten Hospitalisation eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1), eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10: F33.4) und eine Agoraphobie (ICD-10: F40.) diagnostiziert. Es falle der Versicherten im Rahmen ihrer Erkrankung schwer, ohne Begleitung ihre Wohnung zu verlassen, einkaufen zu gehen und mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu fahren. Ihre Angst beziehe sich vor allem auf rezidivierende Stürze, welche man im Rahmen der posttraumatischen Belastungsstörung (Flashbacks mit Dissoziation) sehe, weise jedoch auch eine agoraphobische Komponente auf. Die Versicherte stehe auf der Warteliste für eine weitere Hospitalisation . Der Eintrittstermin stehe noch nicht fest (Urk. 9/275). 6.

E. 6

Gastroösophagealer Reflux

E. 6.1

Es ist strittig und zu prüfen, ob auf das polydisziplinäre Gutachten des A.____ vom 13. Mai 2013 (Urk. 9/225) samt der ergänzenden Stellungnahme vom 24. Februar 2014 (Urk. 9/253), insbesondere das psychiatrische Teilgutachten abgestellt werden kann (vgl. Urk. 1 und 2).

E. 6.2

Das Gutachten basiert auf den von der IV-Stelle zur Verfügung gestellten und nachträglich eingegangenen Unterlagen (Urk. 9/225/3, 9/225/4-8, 9/225/26 und 9/225/38-41) sowie den fachärztlichen internistischen, rheumatologischen, neurologischen, ophthalmologischen, gastroenterologischen und psychiatrischen Untersuchungen der Beschwerdeführerin am 14., 16. und 22. Januar 2013 (Urk. 9/225/3). Es berücksichtigt die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden und beantwortet die gestellten Fragen umfassend. Insbesondere setzt es sich auch mit den zum Teil anderslautenden ärztlichen Beurteilungen, namentlich mit der im Raum stehenden Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung und den Arbeitsunfähigkeitsbeurteilungen der diversen Behandler, auseinander. Die gutachterlichen Ausführungen sind schlüssig und nachvollziehbar begründet.

E. 6.3

Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin wandte gegen das Gutachten ein, es lägen ihm nicht sämtliche relevanten medizinischen Vorakten zu Grunde (Urk. 1 S. 7, 9/228/1 und

9/267/4). Dem ist entgegenzuhalten, dass die Gutachter sowohl bei den Untersuchungen im Januar 2013 als auch bei der Beendigung des Gutachtens am 13. Mai 2013 über die erforderliche Kenntnis der damals vorhanden gewesenen medizinischen Unterlagen verfügten. Dieselben waren ihnen grösstenteils von der IV-Stelle zur Verfügung gestellt worden (vgl. Urk. 9/225/3-8). Den Bericht der Spezialstation für Traumafolge störungen der B.____ vom 27. November 2012 (Urk. 9/205) hatten sie von dieser direkt zuge sandt erhalten, worauf sie in ihrem Gutachten vom 13. Mai 2013 denn auch ausdrücklich hinwiesen (Urk. 9/225/8). Die von Seiten der Beschwerdeführerin vorgetragene Behauptung, es sei im Gutachten kein Bericht über den stationä ren Aufenthalt in der Spezialstation für Traumafolgestörungen der B.____ berück sichtigt worden (Urk. 9/228/1), erweist sich vor diesem Hintergrund als unzu treffend. Es ist einzig zu bemerken, dass die Gutachter den Kurzaustrittsbericht der Spezialstation für Traumafolgestörungen der B.____ vom 14. November 2012 (Urk. 9/203) beim Verfassen des Gutachtens vom 13. Mai 2013 nicht kannten. Diesem Umstand kommt jedoch keine wesentliche Bedeutung zu, da der betref fende Bericht keine zusätzlichen oder anderslautenden Angaben enthält als diejenigen, die im ausführlichen Bericht vom 27. November 2012 festgehalten wurden (vgl. Urk. 9/203 und 9/205).

Mit Bezug auf den erneuten Eintritt der Beschwerdeführerin in die Spezialsta tion für Traumafolgestörungen der B.____ im April 2013 wurde bereits im Gut achten vom 13. Mai 2013 vermerkt, die IV-Stelle habe die Gutachter über die sen Umstand informiert. Bisher hätten sie keinen weiteren Bericht der betreffen den Institution erhalten. Falls keine neuen psychiatrischen Diagnosen gestellt werden sollten, könne der Aufenthalt wie die früheren stationären Behandlun gen im Rahmen der rezidivierenden depressiven Störung gesehen werden. Die Arbeitsunfähigkeit wäre allenfalls vorübergehend bei einer wiederum mittelgra digen depressiven Störung 50 %. Eine relevante Veränderung der gutachter lichen Einschätzung würde sich daraus nicht ergeben (Urk. 9/225/36). In der Folge stellte die IV-Stelle den Gutachtern den Kurzaustrittsbericht vom

E. 6.4

Des Weiteren wurde beanstandet, dem Gutachten sei nicht zu entnehmen, wie oft und wie lange die einzelnen Untersuchungen stattgefunden hätten; die Beschwerdeführerin mache geltend, die psychiatrische Begutachtung habe nur wenige Minuten gedauert (Urk. 1 S. 8 und 13, 9/228/2 und 9/267/4).

Den Angaben im Gutachten zufolge wurde die gastroenterologische Untersu chung am 14. Januar 2013 durchgeführt (Urk. 9/225/31). Die internistischen, psychiatrischen, neurologischen und ophtalmologischen Untersuchungen fan den am 16. Januar 2013 statt (Urk. 9/225/12, 9/225/13, 9/225/27 und 9/225/29). Die rheumatologische Untersuchung erfolgte am 22. Januar 2013 (Urk. 9/225/19). Darüber hinaus lässt sich dem Gutachten entnehmen, dass sämtliche Fachärzte eine sorgfältige Anamnese erhoben und eine eingehende Befunderhebung durchführten, was regelmässig mit einem entsprechenden Zeit aufwand verbunden ist, der wenige Minuten deutlich übersteigen dürfte. Unge achtet dessen ist an dieser Stelle generell festzuhalten, dass ein Gutachter eine Explo randin in der Regel nur für eine beschränkte Zeit sieht und sich aus der Anzahl und der Dauer der geführten Gespräche oder durchgeführten Untersu chungen keine Rückschlüsse auf die Wertigkeit eines Gutachtens ziehen lassen. Einen krankheitswertigen Befund oder das Feh len eines solchen kann ein erfahrener Diagnostiker ohne Weiteres auch nach einem einmaligen Gespräch beziehungsweise einer Untersuchung feststellen. Eine Mindestdauer ist dabei

nicht zwingend einzuhalten. Vorliegend kommt hinzu, dass den Gutachtern eine umfangreiche Krankengeschichte zur Verfügung stand, mit der sie sich vorbe reiten und die sie in ihre Beurteilung miteinbeziehen konnten.

Aus den Ausführungen im psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. V.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, geht insbesondere hervor, dass die Beschwerdeführerin ihre aktuellen Beschwerden und deren Behandlung, ihre sozialen Verhältnisse, ihren Tagesablauf etc. eingehend schilderte. Es fand eine ausführliche Anamnese und Befunderhebung statt (vgl. Urk. 9/225/13-14). Unter diesen Umständen kann offen bleiben, wie lange die fragliche Exploration tatsächlich gedauert hat, da Dr. V.____ in diesem Punkt kein Versäumnis vorzuwerfen ist.

Von Seiten der Beschwerdeführerin wurde überdies moniert, Dr. V.____ habe nicht erkennbar gemacht, weshalb er auf den Beizug eines Dolmetschers verzichtet habe (Urk. 1 S. 8 und 12, 9/228/2 und 9/267/4). Für entsprechende Ausführungen bestand indessen keinerlei Anlass. Die Beschwerdeführerin verfügt über die schweizerische Staatsangehörigkeit und war in der Schweiz erwerbstätig, wo sie auch bereits seit mehreren Jahrzehnten lebt. Insbesondere sind dem gesamten Gutachten keinerlei Anhaltspunkte für eine mangelhafte sprachliche Verständigung zu entnehmen. Eine solche wurde denn auch von der Beschwerdeführerin und ihrem Rechtsvertreter nie behauptet. Die Tatsache allein, dass die psychiatrischen Behandlungen auf der Spezialstation für Traumafolgestörungen der B.____ gemäss deren Darstellung jedes zweite Mal im Beisein eines Dolmetschers erfolgen, genügt hierfür jedenfalls nicht (Urk. 1 S. 8 und 13, 9/228/2 und 9/267/4).

E. 6.5

Schliesslich wurde der Vorwurf erhoben, die Gutachter hätten sich zum Teil in für sie fremden Fachgebieten geäussert (Urk. 1 S. 7 f. und S. 12). Zur Begründung wurde angeführt, das Gutachten setze sich auf Seite 34 mit der Einschränkung im Haushalt in Prozenten und der sogenannten gemischten Methode auseinander. Damit nähmen die medizinischen Gutachter zu Fragen Stellung, deren Beantwortung eindeutig ausserhalb ihres Zuständigkeitsbereichs liege. Dieser Mangel wirke sich auf das gesamte Gutachten aus (Urk. 1 S. 12 und 9/228/2, je mit Hinweis auf Urk. 9/225/34).

Dieser Argumentation ist entgegenzuhalten, dass die Gutachter lediglich korrekt feststellten, dass die aktuelle Qualifikation von der IV-Stelle noch nicht festgelegt und früher eine Einteilung von 14 % Erwerbstätigkeit und 86 % Haushaltstätigkeit angenommen worden sei (Urk. 9/225/35). Sie selbst nahmen keine eigenständige Beurteilung der Statusfrage vor. Der Vorwurf, sie hätten sich zu Fragen ausserhalb ihres Zuständigkeitsbereichs geäussert, erweist sich daher als unzutreffend. Vielmehr zeigen die erwähnten gutachterlichen Ausführungen auf, dass die Gutachter ein sorgfältiges Aktenstudium absolviert hatten und sich dementsprechend der Problematik bezüglich der noch ungeklärten Statusfrage bewusst waren. In dieser Konstellation kann sich ein Gutachten nicht nur auf Angaben zur Arbeitsfähigkeit in angestammter und in angepasster Tätigkeit beschränken, sondern es hat sich zwingend auch zur Arbeitsfähigkeit im Haushalt zu äussern. Dies haben die Gutachter richtig erkannt und je mit Bezug auf ein Pensum von 100 % Angaben geliefert. Das Gutachten ist daher auch in dieser Hinsicht einwandfrei. Davon ausgehend, dass bei einer Tätigkeit im Haushalt die Möglichkeit besteht, die Arbeiten mit individuellen Pausen zu verrichten, bezifferten sie die Einschränkung diesbezüglich auf 15 %. Dagegen nahmen sie für eine behinderungsangepasste Tätigkeit

ausser Haus, bei der bloss die Möglichkeit vermehrter Pausen besteht, eine 20%ige Einschränkung an (Urk. 9/225/35). Die Auffassung, dass dem jeweils unterschiedlichen Handlungsspielraum der Versicherten bei der Pausengestaltung Rechnung getragen werden muss, überzeugt und blieb zu Recht unbeanstandet.

E. 6.6

Darüber hinaus wurde auch sonst nichts vorgetragen, was das Gutachten des A.____ in Zweifel zu ziehen vermöchte. Ebenso wenig ist etwas Derartiges aus den Akten ersichtlich. Vielmehr erfüllt das Gutachten sämtliche von der Rechtsprechung statuierten Anforderungen an ein medizinisches Gutachten (vgl. auch BGE 134 V 231 E. 5.1 und 125 V 351 E. 3a).

E. 6.7.1

Da im Gutachten des A.____ vom 15. Mai 2013 unter anderem eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) diagnostiziert wurde (Urk. 9/225/16 und 9/225/33), drängen sich ergänzende Überlegungen zu dessen aktuellem Beweiswert auf.

E. 6.7.2

Gemäss der bis zum 3. Juni 2015 massgeblich gewesenen bundesgerichtlichen Rechtsprechung bestand die Vermutung, dass die Folgen einer somatoformen Schmerzstörung mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind und in der Regel keine lang dauernde, zu einer Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG führende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu bewirken vermögen. Nur im Ausnahmefall, wenn die sogenannten Foerster-Kriterien in einem hinreichenden Ausmass erfüllt waren, wurden die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung verneint und ein Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess als unzumutbar erachtet (vgl. BGE 139 V 547 E. 3, 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352 und das Urteil des Bundesgerichts 9C_673/2012 vom 28. November 2012 E. 3.1).

Das Vorliegen eines Ausnahmefalls verneinte Dr. V.____ mit einer zutreffenden Begründung. Insbesondere erkannte er korrekt, dass es an einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer man gelte (Urk. 9/225/16). Es ist ihm auch beizupflichten, dass kein sozialer Rückzug in allen Bereichen des Lebens festzustellen war (Urk. 9/225/16), zumal die Beschwerdeführerin ihren Schilderungen zufolge mit ihrem Ehemann zusammen spazieren geht und gute Kontakte zu ihren Familienmitgliedern pflegt (Urk. 9/225/14). Sie ist auch in der Lage, mit ihrer Familie zusammen mit dem Auto nach Y.____ zu reisen (Urk. 9/225/17). Einen verfestigten, therapeutisch nicht mehr angehbaren innerseelischen Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung konnte Dr. V.____ ebenfalls zu Recht nicht ausmachen, ergaben sich diesbezüglich doch weder aus den Angaben der Beschwerdeführerin noch aus den Akten entsprechende Hinweise. Die Auffassung Dr. V.____s, die therapeutischen Möglichkeiten zur Behandlung des zur Diskussion stehenden psychischen Leidens seien noch nicht vollständig ausgeschöpft (Urk. 9/225/16; vgl. auch Urk. 9/225/19), deckt sich mit der medizinischen Aktenlage. Vor diesem Hintergrund erscheint es als nachvollziehbar und schlüssig, dass Dr. V.____ zur Beurteilung gelangte, die Folgen der somatoformen Schmerzstörung seien überwindbar, und aus psychiatrischer Sicht besteswegen keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Erwerbsbereich und im Haushalt.

E. 6.7.3

Das Bundesgericht hat mit BGE 141 V 281 (Urteil 9C_492/2014 vom 3. Juni 2015) seine Rechtsprechung zu den Voraussetzungen, unter denen anhaltende somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden eine Invalidität zu bewirken vermögen, grundlegend überdacht und teilweise geändert. Die Überwindbarkeitsvermutung wurde aufgegeben (BGE 141 V 574 E. 3.5) und das bisherige Regel-/ Ausnahme modell wurde durch einen strukturierten normativen Prüfungsraster ersetzt (BGE 141 V 574 E. 3.6). An die Stelle des bisherigen Kriterienkatalogs treten im Regelfall beachtliche Standardindikatoren. Unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits soll das

tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen ergebnisoffen beurteilt werden (BGE 141 V 281 E. 3.6). Betont wird, dass die Aufgabe der Überwindbarkeitsvermutung an den Regeln betreffend die Zumutbarkeit nichts ändert, namentlich nicht am Erfordernis einer objektivierten Beurteilungsgrundlage. Nach Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG liegt eine Erwerbsunfähigkeit nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist. Medizinisch-psychiatrisch nicht begründbare Selbsteinschätzungen und -limitierungen, wie sie gerichtsnotorisch ärztlicherseits sehr oft unterstützt werden – wobei erst noch häufig gar keine konsistente Behandlung stattfindet –, sind auch künftig nicht als invalidisierende Gesundheitsbeeinträchtigung anzuerkennen (BGE 141 V 281 E. 3.7.1).

Die im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren, welche nach gemeinsamen Eigenschaften systematisiert werden können, umschreibt das Bundesgericht in BGE 141 V 281 wie folgt: - Kategorie „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3) - Komplex „Gesundheitsschädigung“ (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder – resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2) - Komplex „Sozialer Kontext“ (E. 4.3.3) - Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2).

Die Handhabung des Katalogs muss stets den Umständen des Einzelfalls gerecht werden. Es handelt sich nicht um eine „abhakbare Checkliste“ (BGE 141 V 281 E. 4.1.1).

E. 6.7.4

In intertemporalrechtlicher Hinsicht ist sinngemäss wie in BGE 137 V 210 (betreffend die rechtsstaatlichen Anforderungen an die medizinische Begutachtung) vorzugehen. Nach diesem Entscheid verlieren gemäss altem Verfahren standard

eingeholte Gutachten nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (BGE 137 V 210 E. 6 in initio). In sinngemässer Anwendung der nunmehr materiellbeisrechtlich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigen gutachten – gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht. Je nach Abklärungstiefe und -dichte kann zudem unter Umständen eine punktuelle Ergänzung genügen (BGE 141 V 281 E. 8).

E. 6.7.5

Behandlungserfolg oder – resistenz, also der Verlauf und der Ausgang von Therapien, sind wichtige Schweregradindikatoren (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.2.1), die sich anhand des Gutachtens von Dr. V.____ und der übrigen medizinischen Akten ohne Weiteres beurteilen lassen. Den eingangs geschil derten medizinischen Unterlagen lässt sich entnehmen, dass bisher vor allem die depressive Symptomatik und die – kontrovers diskutierte – posttraumatische Belastungsstörung psychiatrisch-psychologisch behandelt wurden. Dr. V.____ erkannte daher zutreffend, dass die therapeutischen Möglichkeiten zur Behandlung der Folgen der somatoformen Schmerzstörung noch nicht ausgeschöpft sind (Urk. 9/225/16; vgl. auch Urk. 9/225/19). Dass die Beschwerdeführerin einer geeigneten Behandlung grundsätzlich zugänglich ist, geht aus verschiedenen Berichten der psychiatrisch-psychologischen Behandler hervor, welche ein drücklich schildern wie sich der Zustand der Versicherten im Verlauf der diversen stationären Aufenthalte jeweils bereits nach kurzer Zeit massgeblich verbesserte (Urk. 9/153/4, 9/153/11 und 9/192/2). Von unbefriedigenden Behandlungsergebnissen trotz konsequent durchgeführter Behandlungsbemühungen kann vor diesem Hintergrund nicht die Rede sein. Ein invaliditätsrelevanter psychischer Gesundheitsschaden in Form einer somatoformen Schmerzstörung lässt sich unter diesen Umständen nicht bejahen, da psychische Störungen der hier interessierenden Art nach der Rechtsprechung nur dann als invalidisierend gelten, wenn sie schwer und therapeutisch nicht (mehr) angebar sind (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2). Bei dieser Ausgangslage kommt den weiteren Standardindikatoren keine wesentliche Bedeutung mehr zu. Dennoch ist festzuhalten, dass unbestritten auch keine psychische Begleiterkrankung auszumachen war, die der Beschwerdeführerin Ressourcen rauben könnte (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3). Sie verfügt aufgrund ihrer guten Kontakte zu diversen Familienangehörigen nach wie vor über ein soziales Netzwerk, das ihr als mobilisierende Ressource dienen kann.

E. 6.7.6

Aus dem Gesagten folgt, dass das psychiatrische Teilgutachten von Dr. V.____ – zusammen mit den weiteren medizinischen Akten – eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren gemäss der mit BGE 141 V 281 geänderten Rechtsprechung erlaubt. Es ist daher auch in dieser Hinsicht nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin darauf abgestellt hat.

E. 6.8

Als Zwischenergebnis ist somit festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin auf das Gutachten des A.____ vom 13. Mai 2013 und dessen Ergänzung vom 24. Februar 2014 abstellen durfte. Damit ist ausgewiesen, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin insofern verschlechterte, als sie seit Oktober 2009 lediglich noch zu 80 % in einer körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit arbeitsfähig ist. Im Haushalt ist sie zu 85 % arbeitsfähig (Urk. 9/225/36). Anzumerken bleibt, dass die Arbeitsfähigkeit während der stationären Aufenthalte (mit jeweils 50 %; vgl. Urk. 9/225/34) zwar geringer war, sie erreichten jedoch nie eine invaliditätsrelevante Dauer (vgl. Art. 88a Abs. 1 IVV). 7.

E. 7

Varikosis

E. 7.1

Es bleibt zu untersuchen, ob es dem polydisziplinären Gutachten des A.____ vom 13. Mai 2013 (Urk. 9/225) samt der ergänzenden Stellungnahme vom 24. Februar 2014 (Urk. 9/253) im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 18. März 2015 – wie in der Beschwerdeschrift behauptet (Urk. 1 S. 7, 11 und 14) – an der erforderlichen Aktualität mangelte.

E. 7.2

Der pauschale Hinweis, seit den gutachterlichen Untersuchungen vom Januar 2013 seien über zwei Jahre verstrichen, weshalb das Gutachten veraltet sei (Urk. 1 S. 11), genügt nicht. Vielmehr ist zu berücksichtigen, dass das psychiatrische Teilgutachten, welchem hier eine entscheidende Bedeutung zukommt, die Entwicklung des psychischen Gesundheitsstands zumindest bis am 8. Januar 2014 abdeckt (vgl. Urk. 9/251 und 9/253). Den weiteren psychiatrisch-psychologischen Berichten, die sich über die Zeit danach bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung am 18. März 2015 äussern, sind keine neuen Befunde und Diagnosen zu entnehmen, welche nicht bereits im Gutachten des A.____ diskutiert worden waren (Urk. 6 und 9/275; vgl. 9/225). Dessen Aktualität steht insoweit ausser Frage.

E. 7.3

Der Vollständigkeit halber ist an dieser Stelle nochmals festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin am 16. Mai 2013 geltend machen liess, es sei kürzlich eine „Zuckerkrankheit“ diagnostiziert worden (Urk. 9/223; vgl. auch Urk. 1 S. 7 und 12). In Anbetracht der medizinischen Aktenlage ist indessen nicht davon auszu gehen, dass die Arbeitsfähigkeit der Versicherten wegen einer entsprechenden Erkrankung, namentlich eines Diabetes mellitus, im hier massgeblichen Zeitraum bis am 18. März 2015 beeinträchtigt war (vgl. Urk. 6, 9/225/12, 9/240, 9/248, 9/249 und 13/1-2). Es wurde denn auch nichts in diese Richtung behauptet, weshalb sich diesbezüglich von vornherein weitere Abklärungen erübrigen, ungeachtet des Umstands, dass Personen mit einem Diabetes mellitus in der Regel unverändert im Beruf und Haushalt arbeitstätig sein können.

E. 7.4

Mit Bezug auf die Malleolarfraktur mit Teilruptur der Syndesmose , welche einen stationären Aufenthalt im Spital T.____ vom 19. bis zum 28. Juni 2013 nach sich zog (Urk. 9/240/1), liess die Beschwerdeführerin vorbringen, der Austrittsbericht vom 28. Juni 2013 sei bloss provisorisch gewesen. Aus demselben gehe zudem hervor, dass eine Belastung der Beine erst nach mehreren Monaten möglich sein und dass sie höchstens an Stöcken mobil sein werde. Die behandelnden Ärzte im Spital T.____ hätten bis am 12. Juli 2013 eine Arbeitsunfähigkeit attestiert und sich zur zukünftigen Arbeitsunfähigkeit noch nicht äussern können, da sie erst ab dem 12. Juli 2013 eine (Teil-)Mobilisation für allenfalls möglich erachtet hätten (Urk. 1 S. 8).

Der erwähnte Austrittsbericht datiert vom 28. Juni 2013, das heisst er wurde am Tag des Austritts aus der Klinik verfasst. Daran vermag auch der Vermerk „Provisorisch“, der auf dem Bericht – von einer unbekannt Person – mit einem Stempel angebracht wurde (Urk. 9/240/1), nichts zu ändern. Die Beurteilung erfolgte somit nach Abschluss der stationären Behandlung und in Kenntnis des postoperativen Verlaufs. Den Ausführungen im Bericht zufolge war – entgegen der vorgetragenen Behauptung – eine Mobilisation im VacoPed mit 15 kg Teilbelastung bereits möglich, wobei nach sechs Wochen wieder mit einer vollen Belastbarkeit gerechnet wurde (Urk. 9/240/1). Es waren somit keinerlei Hinweise für eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Arbeitsunfähigkeit aufgrund

der Fussverletzung vorhanden, weswegen die IV-Stelle weitere Abklärungen hätte treffen müssen. Der Beschwerdeführerin ist daher auch nicht beizupflichten, dass die IV-Stelle ihrer Forderung, weitere Unterlagen bezüglich allfälliger Folgen der beim Sturz erlittenen Fussverletzung beizuziehen (Urk. 1 S. 12 und 9/267 S. 4), hätte nachkommen müssen. Lediglich am Rande bleibt ferner zu bemerken, dass selbst von Seiten der Beschwerdeführerin bis heute nie behauptet wurde, die Arbeitsunfähigkeit infolge der Malleolarfraktur Typ Weber B mit Teiltraktur der Syndesmose habe länger als bis zum 12. Juli 2013 gedauert (vgl. Urk. 1, 5, 12 und 17).

E. 7.5

Es ist richtig, dass Dr. G.____ in seinem Bericht vom 2. Juni 2014 erwähnte, wegen der Adipositas werde derzeit eine Magenbypassoperation erwogen (Urk. 9/268; vgl. auch Urk. 1 S. 10 und 12). Dies vermag die Aktualität des A.____-Gutachtens indessen ebenfalls nicht in Frage zu stellen. Die Adipositas der Beschwerdeführerin, mit einem schwankenden Verlauf des BMI (vgl. Urk. 9/104/25, 9/149/19, 9/185/2, 9/225/12, 9/225/33 und 9/268/1; am 16. März 2015 mit einem BMI von 36,2, vgl. Urk. 13/1 S. 2), ist bereits seit vielen Jahren aktenkundig und wurde bereits in dem nach der ersten Anmeldung zum Leistungsbezug eingeholten Gutachten des W.____ vom 9. Februar 2002 abgehandelt (Urk. 9/29/7). Sie wurde denn auch im internistischen Teilgutachten des A.____ thematisiert und als ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beurteilt (Urk. 9/225/12 und 9/225/33).

Insbesondere ist zu berücksichtigen, dass eine Adipositas gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung grundsätzlich keine zu Rentenleistungen berechtigte Invalidität bewirkt, wenn sie – wie hier – nicht körperliche oder geistige Schäden verursacht und nicht die Folge von solchen Schäden ist. Liegen diese Voraussetzungen nicht vor, muss sie unter Berücksichtigung der besonderen Gegebenheiten des Einzelfalls dennoch als invalidisierend betrachtet werden, wenn sie weder durch geeignete Behandlung noch durch zumutbare Gewichtsabnahme auf ein Mass reduziert werden kann, bei welchem das Übergewicht in Verbindung mit allfälligen Folgeschäden keine voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit beziehungsweise der Betätigung im bisherigen Aufgabenbereich zur Folge hat (vgl. das Urteil des Bundesgerichts 8C_496/2012 vom 19. September 2012 E. 2.2). Auch dies trifft nicht zu, waren in der Vergangenheit doch immer wieder Gewichtsreduktionen möglich.

E. 7.6

Dem im Beschwerdeverfahren neu eingereichten Bericht der Spezialstation für Traumafolgestörungen der B.____ vom 15. Mai 2015 (Urk. 6) lässt sich entnehmen, dass die Versicherte vom 19. März bis zum 4. Mai 2015 erneut stationär behandelt wurde, wobei sie ihren Klinikaufenthalt aufgrund eines Todesfalls in der Familie vorzeitig beendete (Urk. 6 S. 1). Bei Klinikeintritt sei nebst der bekannten posttraumatischen Belastungsstörung, der rezidivierenden depressiven Störung und der Agoraphobie auch eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F33.1) diagnostiziert worden. Im Verlauf der Behandlung habe man weitere Symptome wie frei flottierende Ängste und ständige Sorgen um Angehörige mit bildhaften Vorstellungen von Katastrophen, begleitet von vegetativer Übererregbarkeit und Anspannung, festgestellt, weshalb man neu auch eine generalisierte Angststörung (ICD-10: F41.1) diagnostiziert habe.

Es trifft zwar zu, dass die letztgenannte Diagnose neu gestellt wurde (Urk. 5). Dies geschah aber nicht nur erst zu einem Zeitpunkt, nachdem die angefochtene Verfügung vom 18. März

2015 bereits erlassen worden war, sondern auch auf grund von Symptomen, welche die Beschwerdeführerin erst danach, das heisst nach ihrem letzten Klinikeintritt am 19. März 2015 zeigte (vgl. Urk. 6). Die fraglichen Ereignisse betreffen somit einen Zeitraum, welcher hier nicht massgeblich ist. Sie haben daher unberücksichtigt zu bleiben, weshalb auch offen bleiben kann, ob sie überhaupt als invalidenversicherungsrelevante gesundheitliche Verschlechterung zu qualifizieren sind.

E. 7.7

Auch aus den weiteren im Beschwerdeverfahren neu eingereichten ärztlichen Unterlagen (Urk. 13/1-2 und 18) ergeben sich keine Anhaltspunkte für eine bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung am 18. März 2015 eingetretene invaliditätsrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustands. Vielmehr geht aus dem Bericht des Spitals Limmattal vom 7. April 2015 hervor, dass eine relevante Schlafapnoe ausgeschlossen werden konnte (Urk. 13/1 S. 2 f.). Die im Bericht vom 23. Juni 2016 beschriebene Verschlechterung des psychischen Zustands bildete infolge eines erneuten Gefängnisaufenthalts im Dezember 2015 / Januar 2016, das zu einem weiteren stationären Aufenthalt vom 6. April bis zum 6. Juni 2016 in der Spezialstation für Traumafolgestörungen der B.____ führte (Urk. 18 S. 1 f.), liegt ebenfalls ausserhalb des hier interessierenden Zeitraums, so dass es sich erübrigt, näher darauf einzugehen.

E. 7.8

Aus dem Gesagten folgt, dass die Ausführungen der Beschwerdeführerin nicht geeignet sind, die Aktualität des polydisziplinären Gutachtens des A.____ in Frage zu stellen. Die Einholung ergänzender medizinischer Auskünfte oder gar eines Verlaufsgutachtens ist unter diesen Umständen nicht erforderlich. Es ist daher auch nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin mangels neuer invalidenversicherungsrechtlich relevanter Befunde und Diagnosen unverändert auf die Angaben im Gutachten des A.____ vom 13. Mai 2013 und dessen Ergänzung vom 24. Februar 2014 abgestellt hat. 8.

Im Hinblick auf die strittige Statusfrage liess die Beschwerdeführerin vorbringen, sie habe keine Kinder mehr, die eine Betreuung benötigten. Ihr Ehemann sei Rentenbezüger und sie seien auf die Unterstützung des Sozialamtes angewiesen. Ohne gesundheitliche Einschränkungen wäre sie daher zu 100 % erwerbstätig (Urk. 1 S. 11 und 13).

Selbst wenn die Beschwerdeführerin wie gefordert als voll Erwerbstätige zu qualifizieren wäre, vermöchte dies nichts zu ihren Gunsten zu bewirken. Zu Recht wurde von ihr nicht in Frage gestellt, dass sowohl das Validen- als auch das Invalideneinkommen ausgehend vom selben Tabellenlohn ermittelt werden muss, wie dies bereits die Beschwerdegegnerin richtig erkannte und handhabte (Urk. 2 S. 2, 9/260 und 9/261/7). Dementsprechend resultiert ausgehend von der attestierten 80%igen Arbeitsfähigkeit für körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten auch bei der von der Beschwerdeführerin gewünschten Qualifikation – selbst unter Berücksichtigung des von der Beschwerdegegnerin gewährten und äusserst grosszügig bemessenen leidensbedingten Abzugs von 10 % – kein rentenbegründender Invaliditätsgrad, da er so lediglich 28 % beträgt. Es erweist sich deshalb als korrekt, dass die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch verneinte, unabhängig davon, wie die kontrovers diskutierte Statusfrage zu beantworten ist. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 9. 9.1

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und

unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis 1'000.-- festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind die Kosten der unterliegenden Beschwerde führerin aufzuerlegen, zufolge gewährter unentgeltlicher Prozessführung (Urk. 10) jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. 9.2

Zum Beleg seiner Bemühungen und Auslagen als unentgeltlicher Rechtsvertreter im vorliegenden Verfahren reichte Rechtsanwalt Thomas Kempf eine Honorar note vom 11. Januar 2017 ein (Urk. 22 und 23). Der geltend gemachte Aufwand von 11 Stunden und 18 Minuten zuzüglich Barauslagen von Fr. 66.-- erscheint gerade noch als angemessen. Es ist Rechtsanwalt Thomas Kempf daher wie beantragt eine Entschädigung von Fr. 2'756.15 (inkl. Auslagen und 8 % Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse auszurichten. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Die Beschwerdeführerin wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Tomas Kempf, Zürich, wird mit Fr. 2'756.15 (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Tomas Kempf -
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für
Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

E. 8

Status nach TVT Anfang 2011.

Angaben zur Arbeitsfähigkeit wurden keine gemacht (Urk. 9/200/2).

E. 10

Dezember 2013 über einen weiteren stationären Aufenthalt vom 28. Oktober bis zum 10. Dezember 2013 (Urk. 9/249) und einen ausführlichen Bericht vom 18. Januar 2014, der sich umfassend zu allen bisherigen stationären Aufenthalten äussert (Urk. 9/251), zur

ergänzenden Stellungnahme zu (Urk. 9/252). Sie wurde am 24. Februar 2014 abgegeben (Urk. 9/253) und beruhte folglich auf der aktuellen psychiatrisch-psychologischen Dokumentation. Entgegen der in der Beschwerdeschrift vertretenen Auffassung (Urk. 1 S. 11) wurde mit den in der ergänzenden Stellungnahme enthaltenen Ausführungen auch die von der IV-Stelle gestellte Frage nach einer seit der Begutachtung eingetretenen gesundheitlichen Verschlechterung sehr wohl beantwortet, nämlich abschlägig (Urk. 9/253 in Verbindung mit 9/225/36).

Es trifft zu, dass der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin die IV-Stelle mit Schreiben vom 16. Mai 2013 – das heisst nach der Erstellung des Gutachtens am 13. Mai 2013 – darauf aufmerksam machte, es sei kürzlich die Diagnose einer „Zuckerkrankheit“ gestellt worden (Urk. 9/223; vgl. auch Urk. 1 S. 7 und 12). Hierzu ist indessen zu bemerken, dass am 16. Januar 2013 im Rahmen der Begutachtung eine Blutprobe entnommen wurde, die unter anderem einen unauffälligen HbA1c-Wert aufwies (Urk. 9/225/12). Unter diesen Umständen ist nicht davon auszugehen, es hätte aus internistischer Sicht nebst den gestellten (und bereits bekannten) Diagnosen einer Adipositas, einer Varikosis cruris und eines fortgesetzten Nikotinkonsums ein weiteres Leiden diagnostiziert werden müssen, dem eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit beizumessen ist. Dies muss umso mehr gelten als auch im Austrittsbericht des Spitals T.____ vom 28. Juni 2013, wo die Beschwerdeführerin nach der Malleolarfraktur stationär behandelt worden war (Urk. 9/240/1), keine entsprechende Erkrankung erwähnt wurde (Urk. 9/240). Ebenso wenig wurde im zeitnah verfassten Kurzaustrittsbericht der Spezialstation für Traumafolgestörungen der B.____ vom 10. Dezember 2013 (Urk. 9/249), im Bericht von Dr. G.____ vom 2. Juni 2014 (Urk. 9/248, mit dem Hinweis auf eine prädiabetische Stoffwechsellage; Urk. 9/248/1) und in den im Beschwerdeverfahren neu eingereichten medizinischen Unterlagen, soweit sie sich zum für die Beurteilung der Verfügung vom 18. März 2015 massgeblichen Zeitraum äussern (Urk. 6 und 13/1-2), eine entsprechende Diagnose aufgeführt. Die gutachterlichen Feststellungen des Gutachters Dr. U.____, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin, erweisen sich somit auch unter Berücksichtigung des nachträglichen Vorbringens, der weiteren medizinischen Aktenlage und insbesondere in Anbetracht der gutachterlich erhobenen Befunde als korrekt (Urk. 9/225/12). Es spielt deshalb auch keine Rolle, dass das anwaltliche Schreiben vom 16. Mai 2013 Dr. U.____ und seinen Mitbegutachtern nicht zu einer ergänzenden Stellungnahme unterbreitet wurde (vgl. Urk. 9/267/3).

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