

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00408 vom 17. Oktober 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-10-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00408

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00408 du 17 octobre 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00408 del 17 ottobre 2018

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allge meinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG) .

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 kom menden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der ge sundheitlichen 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

Anspruch auf eine Rente haben gemäss

Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) Versicherte, die:
a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betäti gen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen

wieder herstellen , er halten oder verbessern können; b.

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

E. 1.3

Ändert sich der Invaliditätsgrad 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 seit Zuspre chung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenan spruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Ände rung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Ände rung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich

gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen). Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

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 arbeitsunfähig 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

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.

E. 2

Nach Eingang eines am 12. Februar 2013 ausgefüllten Revisionsfragebogens (Urk. 10/67) holte die IV-Stelle unter anderem ein interdisziplinäres Gutachten ein, das am 23. November 2013 (Urk. 10/78) und 17. Februar 2014 (Urk. 10/83) erstattet wurde. Mit Verfügung vom 12. September 2014 stellte die IV-Stelle die bisher ausgerichtete Rente auf Ende des der Zustellung folgenden Monats ein (Urk. 10/105).

Eine am 13. Oktober 2014 erhobene Beschwerde wies das hiesige Gericht mit Urteil vom 6. Januar 2016 rechtskräftig ab (Prozess-Nr. IV.2014.01067, Urk. 10/135). 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete ihre leistungsverweigernde Verfügung (Urk. 2) damit, dass gestützt auf das eingeholte interdisziplinäre medizinische Gutachten keine gesundheitlichen Einschränkungen vorlägen, welche die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin längerdauernd beeinflussen würden (S. 1 f.).

E. 2.2

Demgegenüber stellte sich die Beschwerdeführerin auf den Standpunkt (Urk. 14), auf das Gutachten der s

A. ___ könne nicht abgestellt werden. Aufgrund weiterer medizinischer Berichte sei erstellt, dass sie in angestammter wie auch in angepasster Tätigkeit aus rein somatischer Sicht zu mindestens 50 % arbeitsunfähig sei und unter Berücksichtigung des psychischen Gesundheitsschadens gar eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestehe (S. 7 ff.).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung hat. 3.

E. 3

Am 28. November 2014 meldete sich die Versicherte erneut bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 10/110). Die IV-Stelle tätigte medizinische und erwerbliche Erhebungen

und holte bei m

A. ___ ein interdisziplinäres Gutachten ein, das am 8. August 2016 erstattet wurde (Urk. 10/158/1-34). Mit Vorbescheid vom 29. August 2016 stellte sie in Aussicht, das Leistungsgesuch abzuweisen (Urk. 10/162). Nachdem die Versicherte hiergegen am 29. Oktober 2016 Einwände erhoben hatte (Urk. 10/172), bestätigte die IV-Stelle mit Verfügung vom 7. März 2017, dass kein Anspruch auf IV-Leistungen bestehe (Urk. 10/187 = Urk. 2). 2.

E. 3.1

Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung der Beschwerdeführerin vom 28. November 2014 (Urk. 10/110) materiell eingetreten. Es ist daher zu untersuchen, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin im massgeblichen Zeitraum zwischen der Verfügung vom 12. September 2014, mit welcher die bis lang ausgerichtete halbe Invalidenrente aufgehoben worden war, und der angefochtenen Verfügung vom 7. März 2017 insoweit verschlechtert hat, dass nun mehr ein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung besteht.

E. 3.2

4

In der interdisziplinären Zusammenfassung und Beurteilung (Urk. 10/83 S. 10 f.) wurden die im rheumatologischen Gutachten aufgeführten Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wiederholt. In der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit gingen die Experten davon aus, dass in der angestammten Tätigkeit seit August 2001 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe. In einer adaptierten Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin aus rheumatologisch-psychiatrischer Sicht durch die eingeschränkte Funktion der HWS und der LWS limitiert. Sie könne Lasten bis zu 12.5 kg heben oder tragen (leichtes bis knapp mittelschweres Belastungsniveau). Aus psychiatrischer Sicht bestehe kein Bedarf nach adaptierten Tätigkeiten.

E. 3.3.1

Darüber hinaus lagen noch die folgenden medizinischen Akten zugrunde: F.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. G.____, klinischer Psychologe und Supervisor, Medizinisches Zentrum H.____, nahmen mit Bericht vom 16. Mai 2014 (Urk. 10/96) Stellung zum bidisziplinären Gutachten. Darin übten sie – näher ausgeführte – Kritik am psychiatrischen Teilgutachten und nannten die folgenden - hier verkürzt angeführten - Diagnosen einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1), Schmerzen rechter Fuss und Schmerzen rechte Schulter (S. 3). Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit hielten sie fest, die Beschwerdeführerin sei aufgrund der Diagnosen (Schmerzen und Depression) für angepasste Tätigkeiten nicht arbeitsfähig (S. 3 am Schluss).

E. 3.3.2

Dr. B.____ (vgl. vorstehend E. 3.2. 2) nahm mit Bericht vom 5. Juli 2014 (Urk. 10/99) Stellung zur von der Beschwerdeführerin geäusserten Kritik an ihrem Teilgutachten. Sie hielt unter anderem fest, dass zwei Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden. Die Beschwerdeführerin könne allerdings eine angepasste HWS- und LWS-schonende Tätigkeit zu 100 % ausüben (S. 1). 4. 4.1

Im Rahmen des vorliegenden Neuanmeldungsverfahrens (Revisionsverfahren) sind folgende – wesentliche – medizinische Berichte aktenkundig : 4.2

Vom 10. bis 27. Oktober 2014 weilte die Beschwerdeführerin zur Abklärung einer Autoimmunerkrankung in der Klinik für Rheumatologie, Stadtspital D.____. Im Austrittsbericht vom 20. Oktober 2014 (Urk. 10/11

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 8

ATSG) sind.

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. 9

) wurde festgehalten, die Hospitalisation der Beschwerdeführerin sei nach Selbstzuweisung bei Rücken- und Bauchschmerzen sowie einem Taubheitsgefühl erfolgt. Das Taubheitsgefühl werde vom linken Oberbauch bis zum linken Oberschenkel berichtet. Hinweise auf Stuhl- oder Urinkontinenz hätten sich nicht gezeigt. Die Beschwerdeführerin sei im klinisch stabilen Allgemeinzustand entlassen worden (S. 2).

Nebst den bekannten Diagnosen wurde neu eine Multiple Sklerose genannt (S. 1), welche eine Einschränkung des Gehens von längeren Strecken sowie Treppen steigen mit sich bringe (S. 2). 4.3

Dr. B.____ erstatte te am 25. Dezember 2014 (Urk. 10/119/4-5)

eine Stellung nahme, in welcher sie nach Einholung zusätzlicher medizinischer Berichte (vgl. Urk. 10/119/7-19) feststellte, dass bei der Beschwerdeführerin im Oktober 2014 eine Multiple Sklerose diagnostiziert und behandelt worden sei. Sie führte aus, es bestehe gemäss

ICF -Beurteilung eine Einschränkung beim Gehen von längeren Strecken und beim Treppensteigen, jedoch keine weiteren Einschränkungen, ins besondere keine Einschränkung durch die Funktion der Wirbelsäule.

Da die Multiple Sklerose jedoch eine neurologische Diagnose sei, schlage sie vor, dazu einen Arztbericht des behandelnden Neurologen einzuholen (S. 2). 4.4

Dr. I.____, Leitender Arzt, Abteilung für Neurologie, Stadtpital D.____, legte in seinem Bericht vom 25. März 2015 (Urk. 10/128/2-4) die Krankengeschichte der Beschwerdeführerin aus neurologischer Sicht dar (S. 1) und diagnostizierte einen hochgradigen Verdacht auf eine chronische entzündliche ZNS-Erkrankung (Multiple Sklerose) bei disseminierten entzündlichen Läsionen zerebral und spinal im Oktober 2014. Er führte aus, die klinischen Beschwerden bei hochgradigem Verdacht auf Multiple Sklerose seien Anfang Oktober 2014 aufgetreten. Die Arbeitsfähigkeit sei aktuell aufgrund der Parese und Sensibilitätsstörungen des linken Beines eingeschränkt. Insbesondere Tätigkeiten mit längerem Stehen und Laufen oder mit Treppensteigen seien aktuell eingeschränkt möglich. Es handle sich um einen dynamischen Prozess, bei dem es in den nächsten Monaten noch zu Verbesserungen kommen könne (S. 3). 4.5

Dr. J.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, machte mit Verlaufsbericht vom 3. Oktober 2015 (Urk. 10/132/1-4) und mit Verweis auf weitere medizinische Berichte (vgl. Urk. 10/132/5-11) eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin gegenüber dem Zustand von Oktober 2014 geltend (Ziff. 1.1). Als Diagnosen nannte er eine chronische spinale Läsion mit sensomotorischer Parese des linken Beines mit hochgradigem Verdacht auf eine chronisch entzündlich demyelinisierende

ZNS -Erkrankung (Verdacht auf Multiple Sklerose), ein chronisches panvertebrales Syndrom sowie eine chronische Schultergürteltendomyose besonders links und Schulterbeschwerden links im Sinne einer Periarthropathia

humeroscapularis (Ziff. 1.2). Die Beschwerdeführerin sehe sich sowohl in angestammter, das heisst als Mitarbeiterin in einem kleinen Lebensmittelgeschäft, als auch in einer angepassten Tätigkeit aufgrund der neurologischen Erkrankung mit der Gefahr zu Stürzen ausserstande, zu arbeiten (Ziff. 2.1 f.). 4.6

Am 11. November 2015 berichtete Dr. K.____, Oberärztin Neurologie, Stadtpital D.____, über den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin (Urk. 10/133). Sie nannte als Diagnosen eine chronisch-entzündliche ZNS-Erkrankung mit Erstdiagnose Oktober 2014 sowie ein lumbovertebrales Schmerzsyndrom (Ziff. 1.1) und ging davon aus, dass sich mit Verordnung von Physiotherapie eine Beschwerdeverschlechterung vermeiden liesse. Aktuell bestehe eine 50%ige Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.8 f.). 4.7

Die Ärzte des H.____ nannten in ihrem Bericht vom 15. März 2016 (Urk. 10/145) die folgenden – verkürzt wiedergegebenen - Diagnosen (S. 2): - mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) - Schmerzen rechtes Grosszehgrundgelenk mit chronischem Reizzustand - Schmerzen rechte Schulter - zervikozephalales Syndrom - thorakovertebrales Syndrom - lumbospondylogenes Schmerzsyndrom beidseits - chronisch-entzündliche ZNS-Erkrankung am ehesten im Sinne einer Multiplen Sklerose - fibromyalgieforme Ausweitungsstörung Die

Ärzte kamen im Rahmen einer Konsensbeurteilung zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin auch in einer angepassten Tätigkeit vollständig arbeitsunfähig sei. Wegen der psychiatrischen Diagnose (Schmerzen und Depression) sei sie zu 100 % und aus somatischer Sicht zu 50 % arbeitsunfähig (S. 6). 4.8

Die Ärzte des

A.____

führten in ihrem Gutachten vom 8. August 2016 (Urk. 10/158/1-34) aus, die Beschwerdeführerin sei am 7. Juni orthopädisch / traumatologisch, am 15. Juni neurologisch und psychiatrisch und am 21. Juni 2016 internistisch untersucht worden (S. 1) und stellten unter Verneinung von Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit die folgenden Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 24): - Status nach thorakaler Myelitis mit residuellen sensiblen Störungen am linken Bein, ohne sichere motorische Ausfälle bei normalen Reflexen und ohne Spastik - rezidivierende Zervikalgien ohne radikuläre Symptomatik bei freier Beweglichkeit der HWS; radiologisch Osteochondrosen Halswirbelkörper (HWK) 5-7 - rezidivierende Lumbalgien ohne radikuläre Symptomatik bei freier Beweglichkeit der LWS; radiologisch Facettenarthrosen Lendenwirbelkörper (LWK) 4-S1 - Dysthymia (ICD-10 F34.1) - Adipositas - arterielle Hypertonie (Erstdiagnose Februar 2012) - Hypercholesterinämie (Erstdiagnose Juni 2016) - Anämie bei Eisenmangel (Erstdiagnose Februar 2014), zurzeit normales Blutbild, ausgeprägter Eisenmangel mit leerem Eisenspeicher - Vitamin-D-Mangel (anamnestisch Februar 2012), aktuell ohne Substitution bestätigt

Die Gutachter führten aus, die Beschwerdeführerin leide seit über 20 Jahren an muskuloskelettalen Beschwerden, immer wieder träten in den Berichten Begriffe auf wie chronisch panvertebrales Schmerzsyndrom, thorakovertebrales Syndrom, segmentale

Dysfunktion der Brustwirbelsäule, Fehlstatik der Wirbelsäule, zervikales Myofasciales Syndrom und lumbospondylogenes Syndrom, chronische Schulter-Arm-Schmerzen rechts. Schon früh sei eine Überlagerung durch Symptom ausweitung und Somatisierung erwähnt, zwischendurch Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion. Im Oktober 2014 sei neu ein partielles sensorisches Querschnittssyndrom aufgetreten. Im bildgebenden Befund fanden sich hyperintense Signalveränderungen an zwei Stellen im thorakalen Rückenmark. Bei der Liquoruntersuchung seien die oligoklonalen Zonierungen negativ gewesen, die McDonald-Kriterien zur sicheren Diagnose einer Multiplen Sklerose seien nicht erfüllt. Der klinisch-neurologische Befund sei seit 2014 ohne Therapie stabil geblieben, in der zuletzt erfolgten bildgebenden Verlaufskontrolle des Schädels und des Rückenmarks im Februar 2015 hätten sich nicht nur keine neuen Signalveränderungen gezeigt, sondern im Gehirn sei die vormalige kleine Einzelläsion frontal gar nicht mehr nachweisbar, und thorakal seien die vormalig beschriebenen Herde deutlich regredient ohne Kontrastmittelaufnahme. Im klinischen Neurostatus seien die isolierten Befunde am linken Bein widersprüchlich, es bestehe eine Fehlinnervation bei normalen Reflexen mit negativem Babinski-Zeichen und ohne Vorhandensein einer Spastik. Die Sensibilität basiere rein auf den Angaben der Beschwerdeführerin und sei nicht objektiv (S. 25 oben).

Aus orthopädischer Sicht sei festgestellt worden, dass die subjektive Schmerzempfindung die Beschwerdesymptomatik auf orthopädischem Fachgebiet deutlich überlagere. Das leicht humpelnde Gangbild unter Benutzung eines Rollators könne nicht erklärt werden. Eine bedeutsame Funktionseinschränkung bestehe nicht, insbesondere nicht von Seiten der HWS und der LWS (S. 25 Mitte).

Aus psychiatrischer Sicht manifestiere sich bei der Beschwerdeführerin die Vorstellung, nicht mehr arbeiten zu können. Ob überhaupt eine psychiatrische Erkrankung vorliege, müsste vor dem Hintergrund ihres Auftretens, ihres Antwortverhaltens und den erheblichen Auffälligkeiten sowohl im Labor als auch im Beschwerdevalidierungstest bezweifelt werden. Bei sämtlichen Medikamenten (Antidepressiva, Morphin, Pregabalin) sei im Serum kein wirksamer Dosisspiegel nachweisbar. Ein Stoffwechselphänomen scheide aus, weil der Abbau über verschiedene Stoffwechselwege erfolge. Morphin werde offenbar gar nicht genommen (S. 25 unten). Die durchgeführte Indikatorenprüfung ergebe, dass aus der präsentierten Problematik eine Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht nicht abgeleitet werden könne. Allenfalls könnte eine Dysthymia leichten Grades vorliegen (vgl. psychiatrisches Teilgutachten, Urk. 10/158/51-60).

Aus internistischer Sicht bestünden ebenfalls keine die Arbeitsfähigkeit einschränkenden Probleme (S. 25 unten).

Insgesamt habe bei der vorliegend polydisziplinären gutachterlichen Untersuchung keine Diagnose mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit festgestellt werden können (S. 25 am Schluss). Die Beschwerdeführerin sei rein orthopädisch für alle leichten und gelegentlich mittelschweren Tätigkeiten geeignet, welche einer altersgleichen gesunden Frau zumutbar seien. Eine bedeutsame Funktionseinschränkung auf orthopädischem Fachgebiet bestehe nicht, insbesondere nicht von Seiten der HWS und LWS. Auf der neurologischen Ebene seien keine Symptome vorhanden, welche eine Einschränkung im Belastungsprofil begründen könnten. Die residuellen Störungen am linken Bein ohne sichere motorische Ausfälle seien ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit. Die Stimmungsschwankungen auf der psychiatrischen Ebene (Dysthymie) bedingen keine Einschränkung des Belastungsprofils, dies gelte auch für die internistischen Diagnosen (S. 26 oben). Als Mitarbeiter

in einem Laden sei die Beschwerdeführerin vollständig arbeitsfähig und auch in einer Verweistätigkeit bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (S. 26 Mitte).

Hinsichtlich der retrospektiven Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin hielten die Gutachter fest, nach Aufhebung der Rente im September 2014 sei im Oktober 2014 ein partielles thorakales Querschnitts syndrom aufgetreten, welches auf eine unbekannte entzündliche Ursache zurückgehe (ob es sich dabei um eine Multiple Sklerose handle, bleibe offen). Zum Zeitpunkt der Diagnosestellung könne von einer passageren Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden. Eine Kontrolluntersuchung im Februar 2015 habe eine spontane Rückbildung der radiologisch festgestellten Läsionen ohne neuen Symptome gezeigt, sodass ab dem Zeitpunkt eine Arbeitsfähigkeit von mindestens 50 % in angepassten Tätigkeiten, worunter auch die zuletzt ausgeübte Tätigkeit in einem Laden zähle, wie der gegeben gewesen sei. Der weitere neurologische Verlauf habe sich positiv gestaltet, sodass unter Berücksichtigung der neurologischen Untersuchung im Spital

D.____ vom 7. März 2016 wieder von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit auszugehen sei. Dies werde auch unterstützt durch die psychiatrische, orthopädische und internistische Einschätzung im Rahmen dieses Gutachtens (S. 26 f.). Was den Zustand nach thorakaler Myelitis im Oktober 2014 mit residuellen Störungen am linken Bein betreffe, könne zum jetzigen Zeitpunkt keine weitere Aussage hinsichtlich der Prognose gemacht werden. Der Verlauf bleibe abzuwarten. Immerhin hätten sich in den letzten eineinhalb Jahren klinisch keine Veränderung und radiologisch sogar eine Verbesserung eingestellt. Aus orthopädischer Sicht bestehe eine gute Prognose, da weiterhin keine bedeutsame Funktionseinschränkung von Seiten des Bewegungsapparates bestehe. Dass die Beschwerdeführerin überzeugt sei, nicht mehr arbeiten zu können, sei für die Prognose allerdings wenig günstig (S. 27 Mitte). 4.9

Dr. L.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), erachtete in seiner Stellungnahme vom 11. August 2016 (Urk. 10/161 S. 5 f.) das eingeholte polydisziplinäre Gutachten der

A.____ für beweistauglich; es sei darauf abzustellen. 4.10

Am 19. Oktober 2016 fand im Stadtspital D.____ eine klinisch-neurologische Untersuchung der Beschwerdeführerin statt. Oberarzt Dr. M.____ nannte in seinem am gleichen Tag erstellten Bericht (Urk. 10/173) die folgenden Haupt-Diagnosen (S. 3): - hochgradiger Verdacht auf chronisch-entzündliche ZNS-Erkrankung am ehesten im Sinne einer Multiplen Sklerose - chronisches Schmerzsyndrom - Fatigue -Symptomatik

In seiner Beurteilung kam der Arzt zum Schluss, bei der Beschwerdeführerin liege eine komplexe Beschwerdesymptomatik vor. Zum einen bestehe ein hochgradiger Verdacht auf eine chronisch-entzündliche ZNS-Erkrankung im Sinne einer Multiplen Sklerose. Diesbezüglich zeigten sich in der aktuellen Magnetresonanztomographie (MR)-Verlaufsuntersuchung erfreulicherweise keine neu aufgetretenen Herde. Klinisch bestehe weiterhin residuell eine Hypästhesie im Gesicht sowie eine mittelgradige sensomotorische Beinparese links mit deutlicher Einschränkung der Gehfähigkeit. Zusätzlich bestehe bei der Beschwerdeführerin ein chronisches Schmerzsyndrom bei ausgeprägten degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule, insbesondere im HWS- und BWS-Bereich. Klinisch neurologisch zeige sich aktuell ein diffuses radikuläres Reizsyndrom mit Ausstrahlung in den rechten Arm sowie eine leichte, proximal betonte Beinparese rechts, möglicherweise im Rahmen der thorakalen Myelopathie. Zusätzlich leide die Beschwerdeführerin an einer ausgeprägten

Fatigue -Symptomatik, welche sowohl im Rahmen der Multiplen Sklerose wie auch der depressiven Symptomatik zu sehen sei. Therapeutisch sei weiterhin eine intensive Physiotherapie dringend indiziert, eine Fortsetzung der psychotherapeutischen Behandlung sei ebenfalls sinnvoll. Die Ablehnung des IV-Gesuchs sei aufgrund der ausgeprägten multimodalen Symptomatik mit deutlichen alltagsrelevanten Auswirkungen und klar objektivierbaren Befunden nicht nachvollziehbar. Aus seiner Sicht bestehe im vorbestehenden Beruf gegenwärtig keine Arbeitsfähigkeit. Die aktuelle Arbeitsunfähigkeit resultiere aus der residuellen Beinparese links mit deutlicher Einschränkung der Gehfähigkeit, der ausgeprägten Fatigue -Symptomatik sowie der nun deutlich verstärkten komplexen Schmerzproblematik im Rahmen der degenerativen Wirbelsäulenveränderungen. Die Beschwerdeführerin möchte Widerspruch gegen den IV-Entscheid einlegen, was aus seiner Sicht zu begrüssen sei (S. 2). 4.11

Die Ärzte des H.____ nahmen am 28. Oktober 2016 Stellung zum A.____ -Gutachten (Urk. 10/177). Sie kritisierten – näher ausgeführt – den Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens und die diagnostische Diskrepanz zwischen der Untersuchung durch Dr. C.____ und durch den A.____ -Gutachter sowie das Ausserachtlassen der von der Beschwerdeführerin geäusserten Beschwerden (S. 1 f.). Bei bekannten Diagnosen (vgl. vorstehend E. 4.7) bestehe bei der Beschwerdeführerin eine vollständige Arbeitsunfähigkeit, da schon gemäss dem Schreiben des Spital D.____ vom 19. Oktober 2016 (vgl. vorstehend E. 4.10) aus körperlicher Sicht keine Arbeitsfähigkeit mehr gegeben sei. Die Beschwerdeführerin könne in leichter und angepasster Tätigkeit den Alltag nicht mehr bewältigen, nur noch leichte Einkäufe sowie kurze Spaziergänge machen. Zudem sei sie aus psychiatrischer Sicht zusammen mit den restlichen Diagnosen vollständig arbeitsunfähig auch für angepasste Tätigkeiten (S. 4). 4.12

Dr. J.____ legte – näher ausgeführt –

in seinem Einwandschreiben vom 29. Oktober 2016 (Urk. 10/172) dar, weshalb die Beschwerdeführerin nicht mit dem Vorbescheid der Beschwerdegegnerin einverstanden sei. Namentlich kritisierte er das Gutachten dahingehend, dass in einer Zusammenfassung eines Berichts der Neurologie des Stadtspitals D.____ vom 8. März 2016 die um 50 % reduzierte Leistungsfähigkeit nicht zitiert worden sei, was zu einer Verfälschung des Gutachtens geführt habe (S. 1 f.). 4.13

Am 31. Oktober 2016 fand eine erneute neurologische und elektrophysiologische Untersuchung der Beschwerdeführerin am Stadtspital

D.____ statt, über welche Dr. M.____ am 1. November 2016 berichtete (Urk. 10/184 = Urk. 10/185). Er führte zusammenfassend aus, bei seit 2014

weitgehend unveränderten Paresen sei von einem Endzustand auszugehen, eine wesentliche Verbesserung sei prognostisch nicht mehr zu erwarten. Im Gegensatz zum vorliegenden Gutachten liessen sich objektivierbare Befunde erheben (linksseitige Reflexbetonung, im Seitenvergleich Hinweise auf leichte Pyramidenbahnschädigung in den MEP), sodass er nicht von einer funktionellen Parese ausgehe. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit resultiere hieraus eine leichtgradige Erwerbsminderung bei angepasster Tätigkeit. Darüber hinaus bestünden bei der Beschwerdeführerin chronische Schmerzen bei multiplen degenerativen Wirbelsäulenveränderungen, aggraviert durch eine chronische depressive Symptomatik mit Fatigue und verminderter Belastbarkeit. Nach Besprechung mit den neuroradiologischen Kollegen zeige sich im Vergleich zu den Voraufnahmen seit 2014 aber ein stabiler Befund

der Protrusion, ebenso bestehe elektrophysiologisch ein unveränderter Befund im Vergleich zu 2014. Hinweise auf eine funktionell relevante Myelonkompression fänden sich nicht. Die chronischen Schmerzen und die bestehende Depression mit Fatigue könnten zu einer zusätzlichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen, deren Einschätzung aber nicht dem neurologischen Fachgebiet obliege (S. 3 Mitte). 4.14

Auf Rückfrage der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 10/179) erstatten die Gutachter der A.____ am 18. Januar 2017 eine Stellungnahme (Urk. 10/180). Darin führten sie auf dem neurologischen Fachgebiet aus, Oberarzt Dr. M.____ vom Stadtspital D.____ habe eine mögliche residuelle Schwäche im linken Bein festgestellt. Eine zentrale Schwäche einzig der Hüftbeuger beidseits lasse sich aber organisches nicht erklären. Bei der gutachterlichen Untersuchung am 15. Juni 2016 habe eine unterschiedlich abgeschwächte Willkürinnervation am linken Fuss, interpretiert als bewusstseinsnahes Fehlverhalten, bestanden, wie sich nun nachträglich bestätige. Es fänden sich keine positiven Pyramidenzeichen oder eine spastische Tonuserhöhung, wie sie bei einer relevanten spinalen Läsion zu erwarten seien (S. 1). Eine mittelgradige sensomotorische Beinparese links sei weder durch die Befunde von Dr. M.____ noch durch ihre eigenen Untersuchungen belegt. Die Sensibilitätsstörungen am linken Bein – welche für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit hier unerheblich seien – beruhten auf den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin und seien nicht objektivierbar (S. 2 oben). Der bildgebende Befund vom 3. Oktober 2016 habe ein vollständiges Verschwinden einer vorbestehenden kleinen Signalveränderung im Gehirn sowie derjenigen im Rückenmark gezeigt. Es sei ein Prozess abgelaufen, welcher die von der Beschwerdeführerin heute angegebenen Beschwerden nicht erkläre. Eine grosse Diskrepanz zwischen den Untersuchungsbefunden im A.____-Gutachten und denjenigen von Dr. M.____ bestehe nicht. Die Kooperation der Beschwerdeführerin sei bei beiden Terminen offensichtlich nicht die gleiche gewesen und der neurologische Gutachter habe sich in seinem Gutachten auf sein Fachgebiet zu beschränken. Eindeutig objektivierbar sei der bildgebende Verlauf und hier sei eine klare Besserung festzustellen (S. 2 Mitte).

Aus psychiatrischer Sicht krankten die Berichte des H.____ daran, dass die Schilderung der Beschwerdeführerin offenbar unkritisch übernommen worden seien und keine Beschwerdevalidierung und keine Laboruntersuchung durchgeführt worden seien (S. 2 am Schluss). Es sei die ureigene Aufgabe eines psychiatrischen Gutachters, die Versicherte zu untersuchen und eine Plausibilitätsprüfung vorzunehmen. Dabei habe die von der Beschwerdeführerin dargestellte massive Einschränkung nicht reproduziert werden können. Die demonstrativ präsentierten Defizite seien nicht durchgehend vorhanden gewesen, was per se den Verdacht auf eine mindestens vorliegende Aggravation lenke. Die im Rahmen der gutachterlichen Exploration gewonnenen Erkenntnisse deckten sich mit denjenigen, die der Akte hätten entnommen werden können. Überraschend sei, dass sich der behandelnde Arzt nicht darüber wundere, dass die Beschwerdeführerin die Medikamente, die er ihr verordne, überhaupt nicht einnehme (S. 3 Mitte). Die Beschwerdeführerin habe während der Exploration auch unter Berücksichtigung ihrer Angaben über die Beschwerden ausserhalb der Begutachtungssituation die Kriterien einer mittelgradigen depressiven Episode nicht erfüllt. Allenfalls sei eine Dysthymie zu diagnostizieren. Es bleibe daher dabei, dass die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsfähig und es keinesfalls zielführend sei, die Beschwerdeführerin durch eine fortgesetzte Krankschreibung iatrogen zu invalidisieren (S. 3 letzter Abschnitt). 4.15

Dr. J. ___ machte mit Schreiben vom 6. Februar 2017 (Urk. 3/4 = Urk. 10/192/17) Ausführungen zur Stellungnahme der A. ___ -Gutachter (vgl. vorstehend E. 4.14) und verwies hinsichtlich der Objektivierbarkeit auf den Bericht des Stadtspitals D. ___ vom 1. November 2016 (vgl. vorstehend E. 4.13). 4.16

RAD-Arzt Dr. L. ___ gelangte am 1. März 2017 (Urk. 10/186 /5-6) zur Beurteilung, dass der Bericht der Ärzte des Stadtspitals D. ___ vom 1. November 2016 dieselben Diagnosen wie dem vorausgegangenen Bericht vom 19. Oktober 2016 enthielten, zu welchem die A. ___ -Gutachter bereits Stellung

genommen hätten. Da der Bericht keine anderen als die bekannten medizinischen Befunde enthalte, handle es sich bei der differentiellen Bewertung der Arbeitsfähigkeit aus versicherungsmedizinischer Sicht um eine andere Beurteilung derselben medizinischen Tatsachen. Folglich ergebe sich keine Notwendigkeit, von der ursprünglichen RAD-Stellungnahme und letztendlich vom Beweiswert des A. ___ -Gutachtens ab zuweichen (S. 5 f.). 4.17

Am 7. März 2017 unterzog sich die Beschwerdeführerin einer erneuten neurologischen Untersuchung im Stadtspital D. ___, über welche am 8. März 2017 berichtet wurde (Urk. 3/3). Trotz Klage der Beschwerdeführerin über eine weitere gesundheitliche Verschlechterung zeigte sich klinisch-neurologisch bei bekannter Diagnose keine relevante Befundänderung. Hinweise auf schubqualifizierende Ereignisse ergaben sich nicht. Die zuletzt durchgeführte bildgebende Kontrolle sei stabil gewesen. Gegenwärtig stehe das depressive Zustandsbild im Vordergrund, welches sich auch ungünstig auf die Schmerzsituation auswirke. Da aktuell keine antidepressive Medikation bestehe, sei ein Therapiebeginn mit Saroten vorgeschlagen worden, welches neben einer guten antidepressiven Wirkung auch eine schmerzmodulatorische und schlafanstossende Wirkung besitze. 4.18

Dr. J. ___ machte mit Schreiben vom 12. September 2017 (Urk. 15/1) und mit Verweis auf einen Laborbeleg (Urk. 15/2) Ausführungen zur Serumspiegelbestimmung und dass die Beschwerdeführerin seit Herbst 2015 das Morphinderivat MST-Continus

retard in einer Dosierung von 1 x 10mg pro Tag einnehme, was die Abbauprodukte bestätigen würden. Das andere Schmerzmedikament (Pregabalin) sei damals noch in einer kleinen Dosis verabreicht worden, weshalb im Zeitpunkt der Begutachtung die Serumkonzentration noch nicht ganz im idealen therapeutischen Bereich gelegen habe (S. 1 f.). 5. 5.1

Die Beschwerdegegnerin ging gestützt auf das polydisziplinäre Gutachten des A. ___ (vgl. vorstehend E. 4. 8) von einem seit der letztmaligen Prüfung des Rentenanspruches im Zusammenhang mit der Verfügung vom 12. September 2014 (Urk. 10/105) unveränderten Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin und von keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sowohl in der angestammten wie auch in jeder angepassten Tätigkeit aus (vgl. vorstehend E. 2.1). 5.2

Beim Gutachten des

A. ___ vom 8. August 2016 (vgl. vorstehend E. 4.8)

handelt

es sich um ein interdisziplinäres Gutachten, basierend auf einer psychiatrischen, internistischen, orthopädischen und neurologischen Untersuchung, das die von der

Rechtsprechung aufgestellten Anforderungen an den vollen Beweiswert grundsätzlich erfüllt (BGE 125 V 351 E. 3a, vgl. vorstehend E. 1.6). Es ist überzeugend und schlüssig und in der Darlegung der medizinischen Zustände, Entwicklungen und Zusammenhänge einleuchtend, differenziert und nachvollziehbar. Es wurde in Kenntnis der Vorakten abgegeben, beruht auf allseitigen interdisziplinären Untersuchungen und enthält eine fachübergreifende Gesamtbeurteilung. Die geklagten Beschwerden wurden wiedergegeben und es fand eine Auseinandersetzung damit statt. Mithin kommt dem Gutachten grundsätzlich voller Beweiswert zu. 5.3

Gestützt auf das Gutachten steht fest, dass die Beschwerdeführerin in somatischer Hinsicht sowohl in der bisherigen Tätigkeit als Verkäuferin wie auch in einer anderen leidensangepassten Tätigkeit vollständig arbeitsfähig ist, wobei sich aus orthopädischer Sicht die Wirbelbeschwerden als einschränkend erweisen in dem Sinne, dass nur noch leichte und gelegentlich mittelschwere Tätigkeiten geeignet und zumutbar sind (vgl. vorstehend E. 4.8). Betreffend den hier interessierenden Zeitraum wurde mit überzeugender Begründung für die Zeit nach Aufhebung der Rente im September 2014 im Oktober 2014 aufgrund eines partiellen thorakalen Querschnittssyndroms von einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit ausgegangen, die im Februar 2015 auf 50 % gesteigert werden konnte, so dass ab März 2016 wieder eine

vollständige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit bestand. Darauf ist abzustellen. Diese Einschätzung wurde auch vom orthopädischen Facharzt Dr. L.____ vom RAD geteilt, welcher hinsichtlich der Beurteilung der behandelnden Ärzte des Stadtspitals D.____

(vgl. vorstehend E. 4.10 und E. 4.13) darauf hinwies, dass es sich bei der differentiellen Bewertung der Arbeitsfähigkeit aus versicherungsmedizinischer Sicht um eine andere Beurteilung derselben medizinischen Tatsachen handle (vgl. vorstehend E. 4.9 und E. 4.16). 5.4

Was die Beschwerdeführerin dagegen vorbringt, vermag nicht zu überzeugen. Was die neurologischen Beurteilungen durch Dr. M.____ anbelangt, so ist hinsichtlich der residuellen Beinparese links, welche gemäss dem Spitalarzt eine Einschränkung der Gehfähigkeit bewirke, entgegenzuhalten, dass eine solche gemäss A.____-Gutachter aktuell nicht belegt respektive ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit sei. Im Gegenteil sei der klinisch-neurologische Befund seit 2014 ohne Therapie stabil geblieben und anlässlich der Verlaufskontrolle im Februar 2015 habe sich der Zustand gar gebessert (vgl. vorstehend E. 4.8). Darüber hinaus konnte von den behandelnden Ärzten die Diagnose einer Multiple Sklerose nicht bestätigt werden. Zwar wurde eine solche in Erwägung gezogen, jedoch hätten sich in den jährlich erfolgten bildgebenden Verlaufskontrollen die Herde regredient gezeigt und neue Herde seien nicht aufgetreten, so

dass Dr. M.____ vom Stadtspital D.____ in der zuletzt durchgeführten Untersuchung vom 31. Oktober 2016 von einer benignen Verlaufsform sprach und die Einleitung einer Basistherapie nicht empfahl. Ebenso stellte er fest, dass hinsichtlich der Paresen ein seit 2014 bestehender unveränderter Zustand eingetreten sei (vgl. vorstehend E. 4.13). Selbst bei Verfügungserlass konnte in der neurologischen Untersuchung bei stabiler bildgebender Kontrolle keine relevante Befundänderung festgestellt werden und es wurde gar das depressive Zustandsbild in den Vordergrund gerückt (vgl. vorstehend E. 4.17).

Ebenso wenig kann unter Hinweis auf die Berichte von Dr. J.____

(vgl. vorstehend E. 4.5, E. 4.12 und E. 4.15) und den Ärzten des H.____ (vgl. vorstehend E. 4.7 und E. 4.11) auf eine gesundheitliche Verschlechterung geschlossen werden, berichteten die doch allein gestützt auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin, ohne aber eine Verschlechterung zu objektivieren. Ohnehin sind Berichte behandelnder Haus- und Spezialärzte aufgrund deren auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zu Patientin und Patient zurückhaltend zu gewichten (BGE 125 V 351 E. 3b/cc; Urteil des Bundesgerichts 8C_787/2013 vom 14. Februar 2014 E. 3.3.2 mit weiteren Hinweisen; vgl. auch BGE 135 V 465 E. 4.5).

Schliesslich kann auch aus der Erklärung von Dr. J.____ vom 12. September 2017 (vgl. vorstehend E. 4.18) hinsichtlich der Serumspiegelbestimmung nichts zu Gunsten der Beschwerdeführerin abgeleitet werden. Einerseits wurde das Morphinpräparat MST-Continus

retard entgegen der Anwendungsempfehlung in der Arzneimittel-Informationsangebotswebsite compendium.ch statt alle 12 Stunden lediglich in einer Dosierung von 1 x 10 mg pro Tag eingenommen, was Fragen zur Wirksamkeit aufwirft. Andererseits wies der Hausarzt auch darauf hin, dass das andere Schmerzmittel (Pregabalin) damals noch in einer zu geringen Dosis und damit nicht im idealen therapeutischen Bereich eingesetzt worden sei. Folglich sind die Hinweise der A.____ -Gutachter auf das inkonsistente Aussageverhalten beziehungsweise aggravierende Verhalten der Beschwerdeführerin

- entgegen der Meinung der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 14 S. 10) - nicht falsch.

Nach dem Gesagten ist – in somatischer Hinsicht – auf das schlüssige Gutachten des

A.____ vom 8. August 2016 (vgl. vorstehend E. 4.8) und deren Präzisierung vom 18. Januar 2017 (vgl. vorstehend E. 4.14) abzustellen. 5.5

Zu prüfen bleibt die Beweiskraft des

A.____ -Gutachtens hinsichtlich der geltend gemachten psychischen Beschwerden. 5.6

5.6.1

Vorab ist darauf hinzuweisen, dass nach altem Verfahrensstand eingeholte Gutachten rechtsprechungsgemäss ihren Beweiswert nicht verlieren. Es ist aber 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. In sinngemässer Anwendung auf die nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigengutachten - gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten - eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht (BGE 141 V 281 E. 8).

Die juristische Anspruchsprüfung ist in jedem Fall Aufgabe des Rechtsanwenders, womit die medizinische Schätzung der funktionellen Leistungsfähigkeit rechtlich nicht verbindlich ist (Urteil des Bundesgerichts 9C_154/2016 vom 19. Oktober 2016 E. 4.1.). 5.6.2

Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht seine bisherige Rechtsprechung zur Invaliditätsbemessung bei Schmerzstörungen ohne erkennbare organische Ursache und vergleichbaren psychosomatischen Leiden (BGE 130 V 352 und an schliessende Urteile)

angepasst und festgehalten, dass die Invaliditätsbemessung stärker als bisher den Aspekt der funktionellen Auswirkungen zu berücksichtigen habe, was sich schon in den diagnostischen Anforderungen niederschlagen müsse. Auf der Ebene der Arbeitsunfähigkeit habe die durch BGE 130 V 352 begründete Rechtsprechung die Sicherstellung eines gesetzmässigen Versicherungsvollzuges mittels der Regel/Ausnahme-Vorgabe beziehungsweise (seit E. 7.3 von BGE 130 V 396 und BGE 131 V 49) der Überwindbarkeitsvermutung bezweckt. Dieses Regel /Ausnahme-Modell werde durch ein strukturiertes Beweisverfahren ersetzt. An der Rechtsprechung zu Art. 7 Abs. 2 ATSG – ausschliessliche Berücksichtigung der Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung und objektivierte Zumutbarkeitsprüfung bei materieller Beweislast der rentenansprechenden Person (Art. 7 Abs. 2 ATSG) – ändere sich dadurch nichts. An die Stelle des bisherigen Kriterienkatalogs (bei anhaltender somatoformer Schmerzstörung und vergleichbaren psychosomatischen Leiden) träten jedoch – vom Bundesgericht näher umschriebene – Standardindikatoren, die sich in die Kategorien Schweregrad und Konsistenz der funktionellen Auswirkungen einteilen liessen. Auf den Begriff des primären Krankheitsgewinnes und die Präponderanz der psychiatrischen Komorbidität werde mit der Änderung der Rechtsprechung verzichtet. Der neu formulierte Prüfungsraster sei rechtlicher Natur. Recht und Medizin wirkten sowohl bei der Formulierung der Standardindikatoren wie auch bei deren – rechtlich gebotener – Anwendung im Einzelfall zusammen. Im Grunde konkretisierten die in BGE 141 V 281 E. 4 und E. 5 formulierten Beweisthemen und Vorgehensweisen für die Invaliditätsbemessung bei psychosomatischen Leiden die gesetzgeberischen Anordnungen nach Art. 7 Abs. 2 ATSG. Das Bundesgericht hielt ferner fest, dass die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades nur zulässig sei, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen seien. Fehle es daran, habe die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6). 5.6 .3

Gemäss

BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen (E. 7.2; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.1). Entscheidend ist dabei, unabhängig von der diagnostischen Einordnung des Leidens, ob es gelingt, auf objektivierter Beurteilungsgrundlage den Beweis einer rechtlich relevanten Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu erbringen, wobei die versicherte Person die materielle Beweislast zu tragen hat (BGE 143 V 409 E. 4.5.2 unter Hinweis auf BGE 141 V 281 E. 3.7.2 ; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3). Verlauf und Ausgang von Therapien stellen wichtige Schweregradindikatoren dar. Es ist Aufgabe des medizinischen Sachverständigen, nachvollziehbar aufzuzeigen, weshalb trotz (leichter bis) mittelschwerer Depression und an sich guter Therapierbarkeit der Störung im Einzelfall funktionelle Leistungseinschränkungen resultieren, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken (BGE 143 V 409 E. 4.5.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_590/2017 vom 15. Februar 2018 E. 5.1).

Im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens ist davon abzusehen, einzelne Beschwerden und Störungen ohne Einzelfallprüfung wegen grundsätzlich fehlender invalidenversicherungsrechtlicher Relevanz auszuschneiden (vgl. BGE 143 V 418 E. 8.1).

Indes gilt unverändert, dass ein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden nur gegeben sein kann, wenn das klinische Beschwerdebild nicht einzig in psychosozialen und soziokulturellen Umständen seine Erklärung findet, sondern davon psychiatrisch unterscheidbare Befunde umfasst (Urteil des Bundesgerichts 9C_732/2017 vom 5. März 2018 E. 4.3.1 mit Hinweis). Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - 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)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4). 5. 7

In psychiatrischer Hinsicht wurde von den A.____-Gutachtern – verglichen zur befundlosen Erhebung durch Dr. C.____ (vgl. vorstehend E.

3. 2. 3) - nunmehr eine Dysthymia (ICD-10 F34.1) diagnostiziert, welche aber keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zeitigt (vgl. vorstehend E. 4.8).

Eine Dysthymie ist nach der im gebräuchlichen Klassifikationssystem ICD-10 enthaltenen Umschreibung eine chronische depressive Verstimmung, die weder schwer noch hinsichtlich einzelner Episoden anhaltend genug ist, um die Kriterien einer schweren, mittelgradigen oder leichten rezidivierenden depressiven Störung zu erfüllen. Eine länger andauernde Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes ist indes nicht ausgewiesen. Zwar war beim Verfassen des Gutachtens des A.____ vom 8. August 2016 (vgl. vorstehend E. 4. 8) sowie beim Erlass der angefochtenen Verfügung vom 7. März 2017 (Urk. 2) die am 30. November 2017 mit BGE 143 V 409 und 143 V 418 vorgenommene Änderung der Rechtsprechung, wonach grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (vgl. vorstehend E. 5.6.3), noch nicht erfolgt. Hingegen hatte das vom Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) herausgegebene Kreisschreiben über Invalidität und Hilflosigkeit in der IV (KSIH) in der ab März 2016 geltenden Fassung bereits ab März 2016 in Bezug auf alle Arten von Gesundheitsschädigungen die Feststellung einer invalidisierenden Gesundheitsbeeinträchtigung nach Vorliegen einer ärztlichen Diagnosestellung anhand eines strukturierten Beweisverfahrens gemäss

BGE 141 V 281 zu erfolgen (Rz 1005), wobei im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens insbesondere der Nachweis des funktionellen Schweregrades und der Konsistenz der Gesundheitsschädigung unter Verwendung der Standardindikatoren zu erbringen war (Rz 1006 in Verbindung mit Anhang VI zur KSIH).

Demzufolge nahm der psychiatrische Gutachter des

A.____ in seinem psychiatrischen Teilgutachten vom 2. Juli 2016 (Urk. 10/158/51-60) eingehend zu den Standardindikatoren gemäss

BGE 141 V 281 Stellung. Insbesondere sind im Gutachten die funktionellen Auswirkungen des psychischen Leidens medizinisch anhand der Indikatoren schlüssig und widerspruchsfrei festgestellt worden, sodass das Gutachten eine zuverlässige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im strukturierten Beweisverfahren erlaubt. Dem Gutachten kommt demnach volle Beweiskraft zu und die darin formulierten Stellungnahmen zur Arbeitsfähigkeit sind zu übernehmen. Auf eine davon losgelöste juristische Parallelüberprüfung der Indikatoren nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens ist zu verzichten.

5.8

Demgegenüber stellten die Ärzte des

H.____ in ihrem Bericht vom 15. März 2016 (vgl. vorstehend E. 4.7) sowie auch am 28. Oktober 2016 (vgl. vorstehend E. 4.11)

dieselbe psychiatrische Diagnose wie schon in ihrer Stellungnahme vom 16. Mai 2014 (vgl. vorstehend E. 3.3.1), welche vom Gericht bereits mit Urteil vom 6. Januar 2016 gewürdigt wurde. Inwiefern es seither zu einer Befundverschlechterung gekommen sein soll, haben die Ärzte vom H.____ nicht nachvollziehbar begründet. Sie waren denn auch schon im Jahr 2014 der Auffassung, dass die Beschwerdeführerin selbst in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig sei. Ausserdem vermögen sie den Widerspruch nicht aufzulösen, wonach bei – aus ihrer Sicht – vorliegender mittelgradiger depressiver Episode keine antidepressive Medikation besteht (Urk. 10/145 S. 3; vgl. auch

Medikation A.____ -Gutachten, Urk. 10/158 S. 53; vorstehend E. 4.17). 5.9

Aufgrund des Gesagten ist daher festzuhalten, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der mit Urteil des hiesigen Gerichts vom 6. Januar 2016 (Urk. 10/135) bestätigten Verfügung vom 12. September 2014 (Urk. 10/105) weder in somatischer noch in psychiatrischer Hinsicht in invalidenversicherungsrechtlich relevanter Weise verändert respektive verschlechtert hat. Es ist nach wie vor davon auszugehen, dass der Beschwerdeführerin ihre angestammte und jede behinderungsangepasste Tätigkeit im Umfang von 100 % zumutbar ist. Der Sachverhalt ist diesbezüglich als festgestellt zu erachten. Auf das Einholen eines weiteren Gutachtens, wie von der Beschwerdeführerin verlangt (Urk. 14 S. 2), ist daher zu verzichten. 5.10

Für die Zeit nach Verfügungserlass wurde über eine rheumatologische Untersuchung vom 22. September 2017 (Urk. 18) berichtet.

Inwieweit diese geeignet sein könnte, das Anforderungsprofil für angepasste Tätigkeiten (vgl. vorstehend E. 5.3) zu beeinflussen, ist nicht im vorliegenden Verfahren zu beurteilen, denn der Zeitpunkt des Verfügungserlasses stellt nach konstanter Praxis die zeitliche Grenze der gerichtlichen Überprüfung sbefugnis dar (BGE 124 V 166 E. 1b). Der neue Bericht enthält auch keine Hinweise, die bezüglich der gesundheitlichen Situation vor Verfügungserlass zu neuen Erkenntnissen zu führen vermöchten. Die im rheumatologischen Untersuchungsbericht genannten Diagnosen bestanden bereits früher.

6.

Die angefochtene Verfügung vom 7. März 2017 (Urk. 2), mit der ein Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der Invalidenversicherung - insbesondere auf eine Rente - verneint wurde, erweist sich demnach als rechtens. Die Beschwerde ist deshalb

abzuweisen . 7. 7.1

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert unter Berücksichtigung des gesetzlichen Rahmens (Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.--) auf Fr. 900.-- festzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der Beschwerdeführerin aufzuerlegen, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. Die Beschwerdeführerin ist auf § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hinzuweisen.

7.2

Für das Beschwerdeverfahren wurde das Gesuch der Beschwerdeführerin um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsvertretung mit Verfügung vom 23. Juni 2017 gutgeheissen (Urk. 11). Rechtsanwalt Michael Grimmer machte mit Honorarnote vom 19. Dezember 2017 einen Gesamtaufwand von 12.60 Stunden und Barauslagen von total Fr. 391.90 geltend, was bei einem Stundenansatz von Fr. 220.-- zuzüglich 8 % Mehrwertsteuer bis Ende 2017 den Betrag von Fr. 3'417.-- ergibt (Urk. 22/2).

Der geltend gemachte Aufwand von 12.6 Stunden kann unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses (§ 34 Abs. 3 GSVGer in Verbindung mit § 7 Abs. 1 und § 8 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht, GebV SVGer) gerade noch als angemessen akzeptiert werden.

Darüber hinaus macht der Rechtsanwalt bei den Barauslagen nebst den Fotokopien von Fr. 64.-- und Porti im Betrag von Fr. 29.90 zwei Rechnungen von jeweils Bericht erstattenden Ärzten geltend: Die Rechnung von Dr. J.____ für die Berichterstattung vom 12. September 2017 im Umfang von Fr. 63.25 sowie die Kosten für den Arztbericht des Stadtspitals D.____ vom 5. Oktober 2017 im Betrag von Fr. 234.75 (Urk. 22/2). Die Lehrere sieht die Möglichkeit vor, dass Kosten von Privatgutachten als notwendige Auslagen im Rahmen der Parteientschädigung geltend gemacht werden, soweit das Privatgutachten unmittelbar im Zusammenhang mit dem Prozess erstellt wurde und zur gehörigen Substantiierung erforderlich ist (Suter/von Holzern in: Sutter- Somm / Hasenböhler /Leuenberger, Hrsg. Kommentar zur ZPO, 2. Auflage, Zürich 2013, N 33 zu Art. 95 ZPO; vgl. auch Rüegg/Rüegg in: Basler Kommentar ZPO, 3. Auflage, Basel 2017, N 17 zu Art. 95 ZPO). Die beiden vorgenannten Arztberichte wurden während dieses Beschwerdeverfahrens zum Zweck der Substantiierung der geltend gemachten Beschwerden erstellt. Der Bericht von Dr. J.____ vom 12. September 2017 beinhaltet Ausführungen beziehungsweise eine Erklärung zum im SMAP-Gutachten bemängelten Serumspiegel und kann somit als unabdingbar angesehen werden. Die Kosten für diesen Bericht können im geltend gemachten Umfang von Fr. 63.25 ersetzt werden. Ein Fall von Art. 45 Abs. 1 ATSG liegt hingegen nicht vor, weshalb die Entschädigung aus der Gerichtskasse zu leisten ist. Hingegen ist bei der Rechnung « Arztbericht des Stadtspitals D.____ vom 5. Oktober 2017 » im Betrag von Fr. 234.75 unklar, auf welchen Bericht sich diese Rechnung stützt. Jedenfalls ist in den Akten kein Bericht dieses Datums erfasst. Allenfalls könnte es sich um den Bericht vom 25. September 2017 (Urk. 18) betreffend die ambulante rheumatologische Untersuchung der Beschwerdeführerin vom 22. September 2017 handeln. Dabei handelt es

sich aber einerseits um einen Arztbericht zuhanden des Haus arztes und andererseits um eine Behandlung, die erst nach Verfügungserlass durchgeführt wurde, weshalb keine Unabdingbarkeit für diesen Prozess erblickt werden kann. Die hierfür geltend gemachten Kosten sind deshalb nicht zu erset zen.

Insgesamt resultiert ein zu entschädigender Aufwand von total 12.6 Stunden, womit Rechtsanwalt Michael Grimmer beim praxisgemässen Stundenansatz von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) eine Prozessentschädigung von insgesamt Fr. 3'095 . -- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse auszurichten ist. Ferner sind ihm die Kosten des Berichts von Dr. J. ___ im Betrag von Fr.

63.25 aus der Gerichtskasse zu ersetzen.

Die Beschwerdeführerin ist auf § 16 Abs. 4 GSVGer hinzuweisen, wonach sie zur Nachzahlung der Auslagen für die Vertretung verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900 .-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt , zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichts kasse genommen. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Michael Grimmer, Zürich, wird mit

Fr. 3' 158.25 (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichts kasse entschädigt. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Michael Grimmer - 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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. 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 Der VorsitzendeDer Gerichtsschreiber MosimannBrühwiler

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