

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00461 vom 16. November 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-11-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00461

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00461 du 16 novembre 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00461 del 16 novembre 2018

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG]). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

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

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

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

E. 1.3

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. 1.4

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). 2.

E. 1.6

) zu genügen, weshalb darauf abzustellen ist.

Von weiteren Abklärungen sind keine neuen Erkenntnisse zu erwarten.

Insoweit die Beschwerdeführerin rügte, dass auf das Gutachten nicht abgestellt werden könne, da die Beeinträchtigung des Achsenskeletts in der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht berücksichtigt werde, ist dem entgegenzuhalten, dass die Gutachter aus rheumatologischer Sicht zwar keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellten, im Gutachten jedoch festhielten, dass die Beschwerdeführerin aufgrund der verminderten Belastbarkeit des Achsenskeletts, sowie der schmerzbedingten eingeschränkten Beweglichkeit der Gelenke und der herabgesetzten Kraftentfaltung der Hände in ihrer Funktion eingeschränkt sei. Für mittelschwere und schwere Tätigkeiten attestierten die Gutachter eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (vgl. E. 4.3.2 und E. 4.3.5).

Die Beschwerdeführerin monierte ausserdem, es werde die Problematik der Einnahme von zahlreichen verschiedenen Medikamenten ausser Acht gelassen. Dies bezüglich ist anzumerken, dass die Gutachter die Polymedikation und die wahrscheinlich dadurch induzierten Beschwerden an verschiedenen Stellen im Gutachten eingehend thematisierten (vgl. E. 4.3). 5.2

Aus somatischer Sicht sind ein Diabetes mellitus Typ 2 sowie vestibulärer Schwindel mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ausgewiesen (vgl. E. 4.3). Darüber hinaus ist die Beschwerdeführerin aufgrund der verminderten Belastbarkeit des Achsenskeletts, sowie der schmerzbedingt eingeschränkten Beweglichkeit der Gelenke und der herabgesetzten Kraftentfaltung der Hände in ihrer Funktion eingeschränkt (vgl. E. 4.3.2). Für mittelschwere und schwere Tätigkeiten attestierten die Gutachter eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Infolge des insulinpflichtigen Diabetes mellitus sei die Beschwerdeführerin überdies auf vermehrte Pausen angewiesen. Die Arbeitsfähigkeit sei deshalb auch für leichte Tätigkeiten im Umfang von 20 % eingeschränkt (vgl. E. 4.3.2 und E. 4.3.5). Diese Einschätzung ist nachvollziehbar. 5.3

5.3.1

Hinsichtlich eines invalidisierenden psychischen Gesundheitsschadens ist zu bemerken, dass das Bundesgericht mit BGE 141 V 281 seine Rechtsprechung zu den Voraussetzungen, unter denen anhaltende somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden eine Invalidität zu bewirken vermögen, grundlegend überdacht und teilweise geändert hat (BGE 141 V 574 E. 3.4). Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung oder eines damit vergleichbaren psychosomatischen Leidens (BGE 141 V

281 E. 4.2) sind Indikatoren beachtlich, die das Bundesgericht wie folgt systematisiert hat (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie „funktioneller Schweregrad“ - Komplex „Gesundheitsschädigung“ - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder –resistenz - Komorbiditäten - Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) - Komplex „Sozialer Kontext“ - Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen ver gleich baren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Lei dens druck

Diese Standardindikatoren erlauben - unter Berücksichtigung leistungshin dern der äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Res so urcen) andererseits - das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschät zen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und E. 4.1; Urteil des Bundesgerichts 9C_534/2015 vom 1. März 2016 E. 2.2.1). 5.3.2

Die psychiatrische Beurteilung erfolgte in Berücksichtigung dieser Rechtspre chung und die Gutachter setzten sich mit den genannten Indikatoren auseinander (Urk. 11/108 S. 40ff.; vgl. auch die fachspezifischen Erörterungen: S. 18f., S. 28, S. 32f.). So hielt die Gutachterin zum Schweregrad des psychosomatischen Leidens fest, die Schmerzerkrankung sei stark überlagert durch psychosoziale Probleme und Ängste in Bezug auf das körperliche Erleben. Hinsichtlich psy chischer Funktionen sei die Beschwerdeführerin nur wenig beeinträchtigt. Es bestehe eine mittelgradige Beeinträchtigung in der Flexilibität und Umstellungs fähigkeit. Die Durchhaltefähigkeit sei ebenfalls aufgrund der Schmerzen mittel gradig beeinträchtigt. Die diagnoserelevanten Befunde und Symptome erscheinen denn auch nicht besonders ausgeprägt. So war der im Rahmen der Begutachtung erhobene Psychostatus weitgehend unauffällig (vgl. E. 4.3.4). Ebenso wurden die funktionellen Einschränkungen im Alltag nicht als derart einschneidend be schrieben, dass von einer besonderen Ausprägung ausgegangen werden könnte. So hat die Beschwerdeführerin einen strukturierten Alltag, führt kleinere Haus arbeiten durch, liest Zeitungen und Zeitschriften in deutscher Sprache und unter nimmt Spaziergänge (Urk. 11/108 S. 36). Somit ist vorliegend von einem eher geringen Schweregrad der Gesundheitsschädigung auszugehen. Darauf weist auch der Therapieverlauf. Diesbezüglich stellte die psychiatrische Gutachterin zutreffend fest , dass die Beschwerdeführerin nach eigenen Angaben in psychia trisch-psychotherapeutischer Behandlung sei, anfänglich im wöchentlichen Rhyth mus, a us finanziellen Gründen zur Zeit noch ungefähr einmal pro Monat (vgl. Urk. 11/108 S. 35). Wie die Gutachterin richtig vermerkt, sind den Berichten des C.____ keinerlei Angaben zu Therapiebeginn, Setting und Verlauf zu entneh men, soweit vermerkt sind eigene Befunde einzig mit der Jahreszahl 2015 auf geführt. Weitere fachärztlichen Behandlungen seit derjenigen bei med. pract. I.____, Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie, in den Jahren 2006/2007 (vgl. Urk. 11/51) sind nicht aktenkundig und wurden auch in den vorgängigen Leistungsgesuchen nicht benannt (vgl. Urk. 11/64, Urk. 11/66, Urk. 11/73). Fest steht, dass zum Untersuchungszeitpunkt im D.____ keine aus geprägte depressive Störung (mehr) vorlag (der Hamilton-Depressions-Index ergab 18 von 64 Punkten; vgl. E. 4.3.4). Angesichts der Tatsache, dass die durch die Ärzte des C.____ diagnostizierte mittelgradige depressive Störung von den Gutachtern des D.____ nicht mehr bestätigt werden konnte, ist davon aus zugehen, dass die depressive Störung durch die Behandlung verbessert werden konnte. Entsprechend kann nicht von einem Scheitern der Therapie gesprochen werden. Überdies gab die Beschwerdeführerin in der Exploration an, dass die psy chiatrische Behandlung ihr gutgetan habe. Das Sprechen mit dem Psychiater habe sie psychisch

entlastet (Urk. 11/108 S. 36). Als individuelle Belastungsfaktoren nannte die Gutachterin das Alter sowie die lange Abwesenheit von der Arbeitsfähigkeit, die geringe Schulbildung sowie die schwierige Paarsituation. Ausserdem wertete die Gutachterin die Krankheitsüberzeugung sowie die irrationale Kombination von Schmerzmedikamenten und die belastete psychosoziale Situation, unter anderem finanzielle Ängste, als Belastungsfaktoren. Persönlichkeitsfaktoren, welche die Arbeitsfähigkeit beeinflussen würden, konnte sie indes keine feststellen. Ferner verfügt die Beschwerdeführerin über eine normale Intelligenz und gute sprachliche Fähigkeiten. Wesentliche ressourcenhemmende Faktoren fanden sich demnach nicht. Insbesondere kann die von den Gutachtern als irrational bezeichnete Polymedikation, welche sowohl Schlafstörungen als auch Schmerzempfindlichkeit und Unwohlsein erklären können, als behandelbar angesehen werden. Ferner sind die sozialen Aktivitäten zwar eingeschränkt, im Rahmen der Begutachtung hatte die Beschwerdeführerin indessen angegeben, sie habe zu ihren Kindern und Schwägerinnen ein gutes Verhältnis und werde von ihnen unterstützt. Ausserdem berichtete die Beschwerdeführerin in der Untersuchung, guten Kontakt zu verschiedenen Freundinnen aus Kroatien und Madonien zu haben (Urk. 11/108 S. 13). Damit zeigt sich eine ungebrochene Fähigkeit, verlässliche soziale Beziehungen zu pflegen, was auf erhaltene Ressourcen schliessen lässt. Des Weiteren ergibt sich aus dem Gutachten, dass die Beschwerdeführerin eine sozial kompetente, anpassungsfähige, gut Deutsch sprechende und mithin auch wissbegierige und neugierige Frau ist (Urk. 11/108 S. 48; E. 4.3.4). Eigentliche Hobbies hat die Beschwerdeführerin zwar keine, sie gab im Rahmen der Exploration jedoch an, dass sie oft lese und spazieren gehe, ihr Training auf dem Hometrainer absolviere und ab und an auch TV schaue (Urk. 11/108 S. 15). Damit enthält der soziale Lebenskontext (Komplex «sozialer Kontext»; vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.3) genügend Ressourcen, auf die die Beschwerdeführerin zurückgreifen kann, und ergeben sich aus den im Gutachten geschilderten Tagesabläufen keine umfassenden Einschränkungen in allen Lebensbereichen (vgl. Urk. 11/108 S. 15 und S. 36). Hinsichtlich Konsistenz ergaben sich punktuell gewisse Auffälligkeiten, so waren nach gutachterlicher Feststellung die angegebenen Schmerzmedikamente im Serum nicht nachweisbar und sollen sich in der Untersuchung Hinweise auf eine Verdeutlichungstendenz gezeigt haben (vgl. E. 4.3.4; Urk. 11/108 S. 42). Ferner machte die Beschwerdeführerin in Bezug auf ihre Kopfschmerzen bei den verschiedenen Gutachtern unterschiedliche Angaben betreffend Vorkommen und Stärke (Urk. 11/108 S. 48). 5.3.3

Bei gesamthafter Betrachtung der massgeblichen Indikatoren kann daher der gutachterlichen Beurteilung gefolgt werden, wonach eine leichte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit durch die psychischen Funktionseinschränkungen mitbedingt ist und aus gesamtmedizinischer Sicht die Beschwerdeführerin für leichte Tätigkeiten im Umfang von 20 % in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist (Urk. 11/108 S. 49). 5.4

Im Zusammenhang mit den nach Verfügungserlass erstatteten Berichten, die im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereicht wurden (Urk. 15/1 und Urk. 19) ist vorab festzuhalten, dass diese nach dem vorliegend massgeblichen Endzeitpunkt für die Ermittlung des sachverhaltlich relevanten Geschehens datieren und daher grundsätzlich nicht mehr zu berücksichtigen sind. Im Übrigen werden darin keinerlei Befunde genannt, die die Gutachter nicht bereits berücksichtigt hätten. 6.

Vor dem Hintergrund, dass die Beschwerdeführerin keine Berufsausbildung abgeschlossen hatte (Urk. 11/2), ist davon auszugehen, dass sie im Gesundheitsfall in einem

100%-Pensum einer Hilfstätigkeit nachgehen würde. Bei 80%iger Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit, wobei die bisherige Tätigkeit als Näherin laut den Gutachtern als Verweistätigkeit erachtet werden kann, kann von der ärztlichen geschätzten Arbeitsunfähigkeit ohne weiteres auf einen entsprechenden Invaliditätsgrad geschlossen und damit ein Prozentvergleich vorgenommen werden (BGE 134 V 322 E. 4.1; Urteile des Bundesgerichts 9C_192/2014 vom 23. September 2014 E. 3.2 und 8C_450/2014 vom 24. Juli 2014 E. 7.3). Der Invaliditätsgrad beträgt demnach 20 % und es kann angenommen werden, dass die Beschwerdeführerin ein rentenausschliessendes Einkommen erzielen könnte. Damit ist keine relevante Änderung seit der Beurteilung vom 1. März 2006 daran getan.

Die Beschwerde erweist sich als unbegründet und ist abzuweisen. 7. 7.1

Nach Gesetz und Praxis sind in der Regel die Voraussetzungen für die Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung und Verbeiständung erfüllt, wenn der Prozess nicht aussichtslos, die Partei bedürftig und die anwaltliche Verbeiständung notwendig oder doch geboten ist (BGE 103 V 46, 100 V 61, 98 V 115). 7.2

Die Beschwerdeführerin ersuchte in ihrer Beschwerde vom 28. April 2017 um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung. Mit Verfügung vom 4. Mai 2017 wurde die Beschwerdeführerin dazu aufgefordert, dem Gericht das Formular zur Abklärung der prozessualen Bedürftigkeit vollständig ausgefüllt sowie unter Beilage sämtlicher Belege zur aktuellen finanziellen Situation einzureichen, unter der Androhung, dass bei ungenügender Substantiierung oder fehlenden oder ungenügenden Belegen zur finanziellen Situation davon ausgegangen werde, dass keine prozessuale Bedürftigkeit bestehe (Urk. 5).

Der Anspruch auf unentgeltliche Rechtspflege ist nicht voraussetzungslos und insoweit subsidiär, als die Pflicht des Staates, der mittellosen Partei für einen nicht aussichtslosen Prozess die unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren, nur dann zum Tragen kommt, wenn keine Drittpersonen für die Prozessfinanzierung aufkommen. Werden die Kosten durch eine Rechtsschutzversicherung getragen, fehlt die Bedürftigkeit (Urteil des Bundesgerichts 8C_27/2016 vom 5. April 2016 E. 3). 7.3

Dem Formular zur Abklärung der prozessualen Bedürftigkeit (Urk. 14) kann entnommen werden, dass die Beschwerdeführerin über eine Rechtsschutzversicherung verfügt (Ziff. 5). Die Beschwerdeführerin behauptet zwar, dass diese die Übernahme der Prozess- und Vertretungskosten abgelehnt habe, reichte aber das entsprechende Ablehnungsschreiben nicht zu den Akten. Damit ist nicht nachgewiesen, dass die vorhandene Rechtsschutzversicherung für die Kostenübernahme nicht aufkommt. Dem Gesuch um unentgeltliche Prozessführung ist daher androhungsgemäss (vgl. Urk. 5) mangels hinreichender Substantiierung der Bedürftigkeit nicht stattzugeben.

E. 2

7. März 2017 aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihr eine ganze Invalidenrente auszurichten. Eventualiter sei die Angelegenheit zur umfassenden Abklärung, inklusive Abklärungen in einer Eingliederungsstätte, an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. In prozessualer Hinsicht beantragte sie, es sei ihr die unentgeltliche Prozessführung zu gewähren, was sie mit Eingabe vom 5. Juli 2017 (Urk.13) unter Beilage eines weiteren Arztberichtes (Urk. 15/1) substantiierte (Urk. 14 und Urk. 15/2-5). Ferner reichte sie am 1. Mai 2018 (Urk. 19) eine Stellungnahme des C.____ vom 17. April 2018 (Urk. 20) zu den Akten.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 7. Juni 2017 (Urk. 10) auf Abweisung der Beschwerde. Mit Verfügung vom 13. Juli 2017 wurde der Beschwerdeführerin die Beschwerdeantwort zugestellt (Urk. 16).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin trat auf die Neuanmeldung ein und begründete die angefochtene leistungsabweisende Verfügung vom 27. März 2017 (Urk. 2) damit, dass bei der Beschwerdeführerin in

zwar ein Gesundheitsschaden im Sinne der Invalidenversicherung ausgewiesen sei, ihr aber sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit ein Arbeitspensum von 80 % zuzumuten sei. Damit liege trotz Verschlechterung des Gesundheitszustandes kein Invaliditätsgrad von mindestens 40 % vor und es bestehe kein Anspruch auf Rentenleistungen.

E. 2.2

Demgegenüber machte die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerde vom 28. April 2017 (Urk. 1) zusammengefasst geltend, auf das Gutachten des D.____ vom 26. Mai 2016 könne nicht abgestellt werden. Unter anderem sei die Einschränkung des Achsenskeletts aufgrund des ausgedehnten komplexen Schmerzsyndroms in der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht berücksichtigt worden. Ausser Acht gelassen worden sei ferner die Wirkung der zahlreichen verschiedenen Medikamente auf die Arbeitsfähigkeit. Des Weiteren seien die Meinungen der medizinischen Experten extrem unterschiedlich und die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit würde zwischen 20 und 100 % variieren, weshalb die Feststellung der Arbeitsfähigkeit auf der praktischen Ebene erfolgen solle. Durch Prüfung der Arbeitsfähigkeit in einer Eingliederungsstätte könne man zu einem korrekten Ergebnis gelangen.

E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführerin nach der Neuanmeldung aufgrund einer allfälligen Verschlechterung ihres Gesundheitszustands nunmehr eine Invalidenrente zusteht. 3.

E. 3

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

Vergleichsbasis im vorliegenden Neuanmeldeverfahren bildet der Entscheid vom 1. März 2006 (Urk. 11/43), welchem in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen die Arztberichte des A.____ (Urk. 11/17) sowie das medizinische Gutachten des Z.____ vom 27. Juni 2005 (Urk. 11/25) zugrunde lagen.

E. 3.2

Die Beschwerdeführerin berichtete im Rahmen der Untersuchungen am A.____ über seit Jahren bestehende starke Rückenschmerzen, welche zwischenzeitlich auch ins rechte Bein ausstrahlen würden. Im Juni 1999 wurde die Beschwerdeführerin von Dr. med. E.____, Spezialarzt FMH für Physikalische Medizin und Rheumaerkrankungen, fachärztlich abgeklärt. Dieser diagnostizierte ein paravertebrales Syndrom ohne neurologische Ausfälle bei ausgeprägter muskulärer Dysbalance. Zudem vermutete er eine beginnende Fibrositis

(vgl. Bericht vom 8. Juni 1999; Urk. 11/17/11-12). Eine Magnetresonanztomographie (MRI) der Lendenwirbelsäule im November 1999 zeigte eine flache Diskusvorwölbung rechts intraforaminal bei L5/S1 (vgl. Urk. 11/17/10). Vom 31. Mai bis 22. Juni 2000 war die Beschwerdeführerin in der F. ___ hospita lisiert. Die damalige Diagnose lautete auf chronisches thorako-lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit intermittierender radikulärer Reizsymptomatik L5 rechts. Bei Austritt wurde der Beschwerdeführerin eine Arbeitsfähigkeit von 50 % attestiert (vgl. Urk. 11/17/13-16). Im Frühling 2002 wurde die Beschwerde füh rerin aufgrund ihrer persistierenden Rückenschmerzen (Panvertebralsyndrom) erneut zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben und durch die Medizinische Poli klinik des A. ___ betreut. Im Arztbericht vom 15. Juli 2003 (Urk. 11/17/3-5) zu Händen der Beschwerdegegnerin wurde festgehalten, die Beschwerden hätten sich unter intensiver Physiotherapie leicht gebessert, nach Wiederaufnahme der Arbeit sei es jedoch zu einem Rückfall gekommen, weshalb der Beschwerdeführerin die Stelle in der Bettwarenfabrik gekündigt worden sei. Die Arbeitslosigkeit und damit der Wegfall des Gehaltes habe die Familie in eine schwierige finanzielle Situation gebracht, woraufhin es bei der Beschwerdeführerin zu einer zunehmenden depressiven Entwicklung gekommen sei, wobei sich die gedrückte Stimmungslage wiederum negativ auf das Schmerzempfinden auswirken würde. Der Beschwerdeführerin wurde für eine schwere und mittelschwere körperliche Tätigkeit eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Für eine leichte körperliche Wechselbelastung betrage die Arbeitsfähigkeit hingegen 50 %, wobei langes und insbesondere vornübergeneigtes Sitzen oder ununterbrochenes Stehen zu vermeiden seien.

E. 3.3.1

Im Auftrag der Beschwerdegegnerin führte die Begutachtungsstelle am Z. ___ am 9. und 24. März 2005 eine multidisziplinäre medizinische Begutachtung durch, über welche am 27. Juni 2005 berichtet wurde (Urk. 11/25). Eine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurde dabei keine gestellt. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien (Urk. 11/25 S. 13): - Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0) mit/bei: - Generalisiertem Schmerzsyndrom am ganzen Bewegungsapparat, rechtsbetont, ohne klinisch oder radiologisch verifizierbare degenerative oder posttraumatische Veränderungen - Diffuser Schmerzsymptomatik im Bereich des Abdomens, des Brust- und des Unterleibs, ohne fassbare somatische Pathologie - Nicht-insulinpflichtiger Diabetes mellitus Typ 2, seit 1997 bekannt - Visusverminderung rechts mit/bei: - Inaktive disciforme herpetische Keratitis - Status nach Uveitis posterior rechts - NSAR induzierte Dyspepsie mit Status nach Helicobacter-Eradikations therapie im Juni 2003 - Rezidivierende symptomatische Harnwegsinfekte

E. 3.3.2

Die internistische Untersuchung sei weitgehend unauffällig. Bei der Abdominal palpation habe die Beschwerdeführerin diffuse Schmerzen angegeben, welche bei starkem Druck mit dem Stethoskop nicht entsprechend angegeben worden seien. Diabetische Spätkomplikationen würden sich keine finden. Aus internistischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 11/25 S. 15).

E. 3.3.3

Bei der rheumatologischen Untersuchung zeige sich die Beschwerdeführerin mit einem etwas steifem Bewegungsmuster und positiven Waddell-Zeichen. Die Beweglichkeit sei

generell nach Überwinden initialer muskulärer Abwehrspannung erhalten. Einzig das Schultergelenk rechts sei eingeschränkt. Der Lasègue sei rechts mit Schmerzangabe lumbal bei 60° und links bei 80° sowie beidseits auch mit flektierten Hüftgelenken schmerzhaft. Die Motorik und die Reflexe hingegen seien seitengleich unauffällig. Es finde sich eine Hypästhesie der ganzen rechten Körperhälfte, welche nicht dermatombezogen sei und somit als funktionelles Zeichen zu werten sei. Radiologisch fänden sich abgesehen von einer lumbalen Hyperlordose keine degenerativen und posttraumatischen Veränderungen. Insgesamt bestehe eine deutliche Diskrepanz zwischen angegebenen und demonstrierten Beschwerden sowie den klinisch und radiologisch objektivierbaren Befunden. Die angegebenen Beschwerden seien deshalb im Rahmen eines generalisierten und bereits chronifizierten Schmerzsyndroms zu interpretieren. Eine klassische Fibromyalgie liege nicht vor. Aus rein rheumatologisch-orthopädischer Sicht bestehe für die angestammte Tätigkeit als Putzfrau oder Fabrikarbeiterin keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 11/25 S. 15).

E. 3.3.4

Bei der psychiatrischen Exploration habe sich die Beschwerdeführerin bewusst seinsklar und allseits orientiert gezeigt. Der formale Gedankengang sei flüssig, inhaltlich adäquat und unauffällig. Bei ängstlich-depressiver Grundstimmung würden Zukunftsängste geäußert werden. Der verminderte Antrieb werde begleitet vom ständigen Gefühl von Kraft- und Energielosigkeit. Die zunehmenden Rückenschmerzen seit dem Treppensturz im Jahr 1994 sowie die ausgeprägte Schmerz- und Symptomausweitung mit Magenproblemen, Übelkeit, Schwindel und Brustschmerzen ohne verifizierbare organische Befunde, würden am ehesten auf eine Somatisierungsstörung hindeuten. Aus psychiatrischer Sicht ergebe sich aufgrund dieser Diagnose keine eigentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Eine berufliche Wiedereingliederung scheine jedoch nur unter einer psychotherapeutischen Begleittherapie möglich. Die psychiatrischen Behandlungsmöglichkeiten seien bisher nicht voll ausgeschöpft worden und könnten zu einer Verbesserung des subjektiven Allgemeinbefindens und somit auch der Leistungsfähigkeit führen (Urk. 11/25 S. 15-16).

E. 3.3.5

Zusammenfassend und bei Beurteilung aller Gegebenheiten und Befunde sei der Beschwerdeführerin jede leichte bis mittelschwere körperliche Arbeit, wie zum Beispiel eine Tätigkeit als Reinigungskraft oder Produktionsmitarbeiterin in einer Fabrik, zuzumuten. Aufgrund ihres eher zierlichen Habitus seien schwere körperliche Arbeiten zu vermeiden (Urk. 11/25 S. 16). 4. 4.1

Im Zusammenhang mit der Neuanschuldung der Beschwerdeführerin vom 22. September 2015 sind die Berichte des C.____

vom 11. Mai 2015 und 15. Juli 2015 (Urk. 11/92) sowie das polydisziplinäre Gutachten des D.____ vom 26. Mai 2016 (Urk. 11/108) aktenkundig. 4.2

Die Fachpersonen des C.____ stellten in ihrem Bericht vom 15. Juli 2015 - unter Hinweis auf den Bericht der Interdisziplinären Schmerzbehandlung vom 11. Mai 2015 (Urk. 11/92/4-10) - folgende Diagnosen (Urk. 11/92/2f.): - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1) - Verdacht auf Sarkoidose mit/bei - Ausgeprägter hilärer Lymphadenopathie (CT) - Status nach rezidivierender Panuveitis - Polyarthritits (A.____ 24. Juli 2013) - Chronisches cervikozephalisches Syndrom - Chronisches thorakovertebrales Schmerzsyndrom (A.____ 15. Juli 2003) mit/bei - Mässiger

rechtskonvexer Skoliose, leichter Hyperkyphose, leichten Chondrosen der mittleren Brustwirbelsäule (MRI 10. Oktober 2014) - Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom (A.____ 15. Juli 2003) mit/bei - Status nach Sturz auf Treppe (1994) - Intermittierender radikulärer Reizsymptomatik L5 rechts bei Diskusprotrusion L5/S1 rechts - Geringgradig dehydrierter Discus intervertebralis L5/S1, flache Diskusvorwölbung mit subanulärer Flüssigkeitskollektion, Tangierung Nervenwurzel L5 rechts (MRI 5. November 1999), Stummelrippe Th12, Spondylarthrose lumbosacral mit Einengung der Neuroforamina L5/S1 (A.____ 25. Juni 2002) - Aktivierte AC-Gelenkarthrose rechts (A.____ 16. Januar 2007) - Epicondylopathia humeri radialis rechts (A.____ 16. Januar 2007) - Medialbetonte Gonarthrose rechts (A.____ 16. Januar 2007; MRI Knie rechts 7. Juni 2005) - Fibromyalgie (A.____ 16. Januar 2007) - Disciforme herpetische Keratitis rechts (inaktiv) - Status nach abgelaufener Uveitis posterior rechts - Hyperopie, Astigmatismus, beginnende Presbyopie (A.____ 22. September 2003) - Diabetes mellitus Typ II (ED 1997; A.____ 24. Juli 2013) - Osteoporose mit/bei - DEXA 01/12: T-Score LWS -3.0, T-Score Hüftklopf -1.5, Verschlechterung (A.____ 24. Juli 2013) - Verdacht auf Ulcus duodeni/ventriculi - Helicobacter pylori Gastritis, Eradikation 02/06 (A.____ 16. Januar 2007) - Verdacht auf latente Tuberkulose (A.____ 16. Januar 2007)

Die Ärzte äusserten zusammenfassend, seit 2005 sei eine deutliche Verschlechterung des Zustands der Beschwerdeführerin eingetreten. Sie leide neben den Schmerzen bei Schlafstörungen und Schwindel nun auch unter einer mittelgradigen depressiven Episode (Hamilton-Depressions-Index von 27). Diesbezüglich hielt der behandelnde Psychiater fest, die Beschwerdeführerin wirke bewusst seinsklar und allseits orientiert, in der emotionalen Kontaktaufnahme abwartend, gehemmt und sachlich. Ihre Stimmung sei deutlich depressiv-resigniert, affektiv kontrolliert. Die Beschwerdeführerin sei im Gesprächsverlauf verbal mitteilungsaktiv und schildere ihr Symptomerleben und -verhalten mit den zunehmenden Schmerzen. In Aufmerksamkeit, Konzentration, Merkfähigkeit und Gedächtnis sei die Beschwerdeführerin deutlich eingeschränkt und verlangsamt. Ihr Denken sei formal beweglich, inhaltlich jedoch problemzentriert (Urk. 11/92/8).

Aus rheumatologischer Sicht zeige sich eine mässige rechtskonvexe Skoliose. Nachweise einer Osteoporose oder osteoporose-bedingter Frakturen würden keine vorliegen. Ebenso wenig seien signifikante degenerative Veränderungen vorhanden (Urk. 11/92/8). Insgesamt hätten die Gelenkschmerzen zugenommen, insbesondere im Rücken, und das Krankheitsbild habe sich aus orthopädisch-chirurgischer, Wirbelsäulen-chirurgischer, neurologischer sowie psychiatrischer Sicht deutlich verschlechtert (Urk. 11/92/9). Der Beschwerdeführerin werde entsprechend aus somatischer Sicht in der angestammten Tätigkeit als Fabrikarbeiterin eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Leichte Arbeit in begrenztem Rahmen könne ihr zugemutet werden. Aus psychiatrischer Sicht sei die Beschwerdeführerin hingegen zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 11/92/10). 4.3

Das D.____ Basel berichtete am 26. Mai 2016 über die im Auftrag der Beschwerdeführerin durchgeführte polydisziplinäre medizinische Begutachtung (Urk. 11/108). Die Untersuchungen fanden vom 5. bis 7. April 2016 statt.

Die begutachtenden Ärzte stellten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 11/108 S. 43f.): - Polymedikation mit multiplen Interaktionen und Nebenwirkungen - Weitgehende Mal- bis Noncompliance der Medikation - Gastritis gemäss Angabe - Diabetes mellitus 2 (ED 1997), Insulinpflichtig seit 2010 - Vestibulärer Schwindel - Differentialdiagnose: Status nach Neuronitis vestibularis rechts - Somatoforme

Schmerzstörung (ICD-10: F45.4)

Keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hätten: - Status nach *Helicobacter pylori*-Infekt mit Eradikation 06/2003 - Hiläre Lymphknotensarcoidose (ED 2013) - Disziforme herpetische Keratitis (ED 07/2015) - Ausgedehntes Schmerzsyndrom - Panvertebrales Syndrom bei Fehlform der Wirbelsäule, Haltungen in suffizienz - Ausgedehntes weichteilrheumatisches Beschwerdesyndrom periarticuläre Schmerzareale Schultern, Ellbogen-Handbereich, diffuse Schmerzen Armmuskulatur beidseits, diffuse Beinschmerzen rechtsbetont, Periarthropathia genus beidseits, anhaltende Arthralgien Handbereich beidseits - Leichte Rhizarthrose rechts, leichte Fingerpolyarthrose - Osteoporose und leichter Vitamin D-Mangel - Chronische Cephalaea möglicherweise Analgetika-induziert (sogenanntes MÜKS); Differentialdiagnose: generalisierte somatoforme Schmerzstörung - Leichtes Carpaltunnelsyndrom links, grenzwertig normale Befunde auf der rechten Seite 4.3.1

Im Rahmen der allgemeinmedizinischen und internistischen Untersuchung hielt der begutachtende Arzt fest, es bestehe eine absurde Polymedikation mit nahezu 30 Medikamentendosen pro Tag in Form von Tabletten, Injektion, Pulver und Tropfen. Diese Mischung bewirke Nebenwirkungen, vor allem in Form einer Gastritis, aber auch unweigerlich Interaktionen, die nicht voraussehbar und beherrschbar seien. Die Bestimmung der Medikamentenspiegel zeige jedoch, dass bis auf wenige Ausnahmen die getesteten Medikamente nicht oder nicht in der angegebenen Dosierung eingenommen werden würden. Dies entspreche einer ausgesprochenen Mal- bis Noncompliance. Vor diesem Hintergrund müsse auch eine aktuelle Gastritis und die entsprechenden Beschwerdeangaben sehr in Frage gestellt werden. Eine drastische Reduktion der Medikamentenverordnungen auf weniger als einen Drittel der aktuellen Medikation sei sinnvoll und ohne jegliche Auswirkung möglich. Dadurch könne auch die Compliance und Überprüfbarkeit derselben deutlich verbessert werden. Ausserdem wäre eine vermehrte Bewegung und verbesserte Instruktion betreffend Ernährung vor dem Hintergrund des Diabetes dringend notwendig. Es bestehe weder eine Retinopathie noch gebe es Hinweise auf eine Coronarpathologie. Es zeige sich jedoch eine Nephropathie im Anfangsstadium (Urk. 11/108 S. 18f.).

Hinsichtlich der resultierenden Funktionsstörung äusserte der Gutachter, nach einer Bereinigung des Therapieplans sowie einer intensiven Instruktion betreffend Diabetes, sei aus internistischer Sicht eine Arbeitstätigkeit im Rahmen eines 80%-Pensums für leichte Arbeit ohne höhere Ansprüche an die Sehfähigkeit und das Gleichgewicht (keine Arbeit auf Leitern und Gerüsten) durchaus möglich. Wegen einer eindeutigen Dekonditionierung müsse die Beschwerdeführerin jedoch schrittweise in den Arbeitsprozess eingeführt werden (Urk. 11/108 S. 19). 4.3.2

Der begutachtende Rheumatologe äusserte, es liege ein ausgedehntes komplexes Schmerzsyndrom mit Beteiligung des Achsenskeletts, mit periarticulären Schmerzen im Schulter-, Ellbogen- und Handgelenksbereich, im Beckengürtelbereich sowie im Kniebereich beidseits vor. Bei der klinischen Untersuchung sei eine sofortige Gegenspannung bei jeglicher Prüfung der Beweglichkeit der Halswirbelsäule, der Schultern, der Hüften und der Kniegelenke aufgefallen. Sichere Hinweise für Arthrosynovitiden würden fehlen, ebenso für radikuläre Reiz- oder Ausfallsphänomene. Als resultierende Funktionsstörungen werden eine verminderte Belastbarkeit des Achsenskeletts, eine schmerzbedingte eingeschränkte Beweglichkeit der Gelenke sowie

eine schmerzbedingte herabgesetzte Kraftentfaltung der Hände genannt (Urk. 11/108 S. 27f.). 4.3.3

In Bezug auf die neurologische Untersuchung wurde darauf hingewiesen, dass unspezifische Angaben über Müdigkeit und generalisierte Schmerzen von Kopf bis zu den Füßen beidseits im Vordergrund stehen würden. Die Beschwerdeführerin habe von früheren Migränekopfschmerzen berichtet, welche seit Jahren einem chronischen, tagtäglichen Kopfschmerz gewichen seien, wobei dieses als chronisches Spannungstyp-Kopfschmerz eingeordnet werde. Der begutachtende Neurologe gab hingegen an, im Zusammenhang mit dem erheblichen Analgetika-Konsum seien die Kopfschmerzen als Medikamenten-Übergebrauchs-Kopfschmerz (MÜKS) einzuordnen. Aufgrund des sehr geringen Medikamentenspiegels sei dies jedoch erneut in Frage zu stellen.

Die häufigen Schmerzen und Schwellungsgefühle auch Parästhesien in den Händen beidseits seien auf ein leichtes Carpaltunnelsyndrom zurückzuführen. Links sei dieses neurographisch objektivierbar, rechts jedoch nicht. Allein aufgrund des Neurographie-Befundes sei eine operative Entlastung nicht angezeigt. Aufgrund der langjährigen Beschwerden könne dies allenfalls linksseitig in Betracht gezogen werden. Ob damit eine Verbesserung bei der Beschwerdeführerin erzielt werden könne, werde jedoch bezweifelt. Im Oktober 2010 sei bei der Beschwerdeführerin akut Schwindel aufgetreten, ausgelöst durch Kopf- und Körperbewegungen. Die damalige Untersuchung beim Hals-Nasen-Ohren-Arzt habe den Verdacht auf einen gutartigen Lagerungsschwindel oder eine Neuronitis vestibularis ergeben. Die Beschwerden seien offensichtlich weitgehend regredient. Die Schwindelbeschwerden würden jetzt nur noch inkonstant beklagt werden. Bei der einfachen Gleichgewichtsprüfung (Romberg-Test, Augenmotilitätsprüfung) sei keine vestibuläre Funktionsstörung nachweisbar gewesen. Im neurologischen Fachbereich gebe es keine Erkrankung oder Affektion, die eine relevante Arbeitsunfähigkeit nach sich ziehen würde. Dies gelte sowohl für die chronischen, möglicherweise Medikamenten-mitinduzierten Kopfschmerzen sowie für das nachgewiesene, aber leichte Carpaltunnelsyndrom vor allem links wie auch für die diskreten Befunde einer wahrscheinlich diabetischen Polyneuropathie. Aufgrund des Schwindels (obwohl stark regredient und nicht mehr objektivierbar) seien Arbeiten auf Leitern und Gerüsten nicht sinnvoll (Urk. 11/108 S. 31f.). 4.3.4

Die begutachtende Psychiaterin stellte in ihrer Untersuchung fest, die Bewusstseinslage der Beschwerdeführerin sei klar und ungestört, ihre Orientierung voll ständig gegeben. Im Antrieb sei die Beschwerdeführerin vermindert und innerlich unruhig, ihre Gangart sei verlangsamt und schleppend. Im Ausdrucksverhalten sei sie teilweise überexpressiv und verdeutlichend. In Gesprächssequenzen, in denen die Beschwerdeführerin ein Interesse aufbringen könne, wirke sie lebendig, mitschwingend und euthym. Ihr Benehmen und ihre Umgangsformen seien tadellos, einfühlsam und natürlich wirkend. Der Wille der Beschwerdeführerin scheine nicht beeinträchtigt. Im Kontaktverhalten sei sie warmherzig, offen und zugewandt. Das formale Denken sei nicht beeinträchtigt, auch inhaltlich fänden sich ausser einer Fixierung auf die körperlichen Erkrankungen keine Denkstörungen. Wahnhafte Symptome oder Phobien seien nicht eruierbar. In Stimmung und Affekt wirke die Beschwerdeführerin leicht herabgestimmt, jedoch sehr herzlich, mitschwingend und situationsangepasst. Die mnestischen Funktionen seien klinisch nicht eingeschränkt. Aufmerksamkeit und Merkfähigkeit seien anhaltend und gut. Gedächtnisleistungen seien altersentsprechend und eine Merkfähigkeitsstörung finde sich keine (Urk. 11/108 S. 37f.).

In ihrer Beurteilung konstatierte die psychiatrische Gutachterin weiter, die diversen somatischen Diagnosen (Diabetes mellitus, Verdacht auf Sarkoidose etc.) hätten zu einer überwertigen Bedeutung der gesundheitlichen Situation bei der Beschwerdeführerin geführt. Sie sei polymediziert, wobei diese Medikation nicht als rational zu beurteilen sei. Ob diese Medikamente jedoch alle effektiv eingenommen werden würden und in welcher Dosierung, bleibe aufgrund des gemessenen Serumspiegel sehr fragwürdig. Trotzdem sei in einem ersten Schritt die Medikation mit Bedacht und bewusst zu reduzieren. Eine Depression könne im Moment der Untersuchung nicht diagnostiziert werden, habe der Hamilton-Depressions-Index doch lediglich 18 von 64 Punkten ergeben, wobei insbesondere Schlafstörungen und Ängste in Bezug auf eine körperliche Erkrankung im Vordergrund gestanden hätten. Eine eigenständige depressive Episode könne während der Untersuchung nicht bestätigt werden. Die Beschwerdeführerin habe sich insbesondere aus psychosozialen Gründen (finanzielle Notsituation) aus den sozialen Aktivitäten zurückgezogen, berichte jedoch, dass sie gerne wieder mehr soziale Kontakte haben wolle und diese ihr immer gutgetan hätten. Ausserdem scheine ein Paarkonflikt vorhanden zu sein, der sich ebenfalls infolge der psychosozialen Situation ergeben habe.

Zusammenfassend könne festgehalten werden, aus psychiatrischer Sicht sei keine Verschlechterung des Zustands eingetreten. Allenfalls habe sich die psychosoziale Situation verschlechtert. Bezüglich psychischer Funktionen sei die Beschwerdeführerin nur wenig beeinträchtigt. So bestehe eine mittelgradige Beeinträchtigung in der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit. Die Beschwerdeführerin sei gänzlich auf ihre körperliche Symptomatik fokussiert und richte ihre Tätigkeit sowie Aktivitäten nach dem körperlichen Beschwerdebild. Die Durchhaltefähigkeit sei ebenfalls aufgrund der Schmerzen mittelgradig beeinträchtigt. Sie benötige somit in angepasster Tätigkeit vermehrt Pausen. Die anderen psychischen Funktionsstörungen seien nur leicht betroffen, so sei die Fähigkeit zu Spontanaktivitäten leicht beeinträchtigt, wie auch ihre Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit. Es sei aber darauf hinzuweisen, dass sich in der Untersuchung auch Hinweise auf eine Verdeutlichungstendenz fänden. Die Beschwerdeführerin sei auffällig in ihrem Verhalten bezüglich Ausdruck von Schmerzen, demonstrativem Verhalten und Schilderung ihrer Symptomatik (Urk. 11/108 S. 39-42). 4.3.5

Im Rahmen einer Konsensbesprechung hielten die Gutachter fest, eine grundsätzliche Verschlechterung des Gesundheitszustands seit 2013 könne nicht nachgewiesen werden. Temporäre Schwankungen, vor allem im psychischen Bereich seien jedoch nicht auszuschliessen. Aus somatischer Sicht gebe es hingegen keine Hinweise dafür (Urk. 11/108 S. 51).

In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit äusserten sie, für mittelschwere bis schwere Tätigkeiten, wie beispielsweise auch die Tätigkeit als Reinigungsfachfrau, sei die Beschwerdeführerin vollständig arbeitsunfähig. Kleinere Reinigungsarbeiten im Haushalt, welche die Beschwerdeführerin auch gut etappieren könne, seien hingegen durchaus möglich. Eine leichte Tätigkeit, wie die einer Näherin, könne sie in einem Pensum von 80 % ausführen. Die leichte Reduktion der Arbeitsfähigkeit begründe sich durch den vermehrten Pausenbedarf und die Einhaltung des Zeitpunkts der Nahrungsaufnahme sowie die vermehrten Blutzuckerkontrollen. Des Weiteren sei diese leichte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auch durch geringe psychische Funktionseinbussen mitbegründet (Urk. 11/108 S. 49). 4.4

Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens reichte die Beschwerdeführerin den Arztbericht von Dr. med. G.____, Spezialarzt FMH für Chirurgie, Wirbelsäulenleiden, Schleudertrauma und orthopädische Traumatologie, vom 31. Mai 2017 (Urk. 15/1) zu den Akten. Dr. G.____ konstatierte, die Beschwerdeführerin leide seit Jahren an einem chronisch rezidivierendem cervical und lumbal betonten Panvertebralsyndrom, wobei die Beschwerden in den letzten zwei Jahren deutlich progredient seien. Ausserdem klagte sie über tägliche Kopfschmerzen, welche die typischen Merkmale einer Migräne aufweisen würden. Die begleitend auftretenden Schwankschwindel seien orthostatisch bedingt. Im Weiteren würden deutliche internistische Probleme mit Osteoporose, Diabetes Mellitus Typ 2 sowie Verdacht auf Sarkoidose mit Polyarthritiden bestehen. Dr. G.____ berichtete ausserdem von einem Status nach kleinem Herzinfarkt. Diesbezüglich werde die Beschwerdeführerin auf der kardiologischen Klinik im H.____ weiter abgeklärt und behandelt. Aufgrund all dieser Beschwerden könne der Beschwerdeführerin keine Tätigkeit zugemutet werden. 4.5

Die Beschwerdeführerin reichte ausserdem einen weiteren Bericht des C.____ vom 17. April 2018 (Urk. 20) zu den Akten. Darin äusserten die Ärzte, dass sich die Medikation mit Ausnahme der erhöhten Schmerzmedikation als durchaus angebracht erweise. Eine Kontrollmessung durch das C.____ habe ebenfalls einen zu tiefen Medikamentenspiegel ergeben, die Angaben der Beschwerdeführerin zur Einnahme seien aber glaubhaft. Es handle sich eher um ein pharmakokinetisches Problem, dem nachgegangen werden müsse. 5. 5.1

Unbestritten ist, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der ursprünglichen rentenabweisenden Verfügung eher verschlechtert hat. Im Folgenden ist daher zu überprüfen, ob sich der Invaliditätsgrad seit der letztmaligen rentenabweisenden Verfügung vom 1. März 2006 in einem rentenbe gründenden Ausmass verändert hat. Die Gutachter des D.____ (vgl. vorstehend E. 4.3) legen dabei den medizinischen Sachverhalt in einer schlüssigen und nachvollziehbaren Weise dar; insbesondere äussern sie sich ausdrücklich zur Einschätzung der Sachlage durch die behandelnden Ärzte des C.____ .

Das poly disziplinäre Gutachten des D.____ erging unter Berücksichtigung der Akten, Erhebung der Anamnese und Durchführung allseitiger genauer Untersuchungen der Fachrichtungen Innere Medizin, Rheumatologie, Neurologie und Psychiatrie . Es vermag somit den praxisgemässen Anforderungen (vgl. vorstehend E.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 8

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und vorliegend auf Fr. 8 00.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht beschliesst:

Das Gesuch vom 24. Oktober 2016 um unentgeltliche Rechtsvertretung und unentgeltliche Prozessführung wird abgewiesen, und erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Milosav Milovanovic - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage je einer Kopie von Urk. 19 und Urk. 20 - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

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, zuzustellen.

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 Vorsitzende
Die Gerichtsschreiberin
Hurst Stadler

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