

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00094 vom 13. August 2004

ZH Sozialversicherungsgericht, 2004-08-13, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00094

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00094 du 13 août 2004

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00094 del 13 agosto 2004

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetz es über den Allge meinen Teil des Sozialversicherungsrechts; ATSG). Sie kann Folge von Geburts gebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetz es

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 ausgegliche nen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beein trächtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken.

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausge wiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art.

E. 1.3

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

E. 1.4

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen

einander

widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt – was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist –, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; Ulrich Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in: Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.). 2.

E. 2

). In der Beschwerdeantwort vom 5. März 2018 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7). Mit Gerichtsverfügung vom 12. März 2018 wurde der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Prozessführung bewilligt, und es wurde ihr Rechtsanwältin Natali Büchel, Winterthur, als unentgeltliche Rechtsvertreterin für das vorliegende Verfahren bestellt. Auf das Gesuch um Bestellung einer unentgeltlichen Rechtsvertretung für das Verwaltungsverfahren wurde nicht eingetreten. Zugleich wurde der Beschwerdeführerin die Beschwerdeantwort

zur Kenntnis gebracht (Urk. 9).

Auf die Ausführungen der Parteien und die aufliegenden Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Bezüglich des Komplexes « Gesundheitsschädigung »

in der Kategorie « funktioneller Schweregrad » ist festzuhalten, dass laut dem psychiatrischen Teilgutachter eine psychiatrische Erkrankung vorliegt, die geeignet ist, das positive Leistungsbild der Beschwerdeführerin im IV-relevanten Sinne mittel- und längerfristig zu mindern (Urk. 8/184/87). Die psychiatrischen diagnoserelevanten Befunde demonstrierten sich darin, dass die Beschwerdeführerin die Aufmerksamkeit nicht für die Dauer des Gesprächs durchgehend aufrechterhalten konnte (Urk. 8/184/79). Konzentration und Aufmerksamkeit erschienen teilweise vermindert (Urk. 8/184/57). Zudem zeigte sich

ihre Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen als leichtgradig beeinträchtigt, die Fähigkeiten zur Planung und Strukturierung von Aufgaben, die Flexibilität/Umstellungsfähigkeit und die Durchhaltefähigkeit als mittelgradig beeinträchtigt und die Kontaktfähigkeit zu Dritten, die Selbstbestimmungsfähigkeit sowie die Fähigkeit zu ausserberuflichen Aktivitäten erwiesen sich als leicht bis mittelgradig eingeschränkt (Urk. 8/184/81-82). Daneben wies die Beschwerdeführerin Einschränkungen der Affektivität auf (Urk. 8/184/80,

Urk. 8/184/35). Im Denken war sie auf ihre gesundheitliche Problematik eingetauscht (Urk. 8/184/35).

Aus somatischer Sicht ist die Beschwerdeführerin lediglich bei rückenbelastenden Tätigkeiten limitiert (Urk. 8/184/98-99). Die Schmerzstörung hat zugenommen, was sich im Tagesablauf sowie in den Einschränkungen gemäss Mini-ICF-APP zeigt (Urk. 8/184/99).

Vor diesem Hintergrund ist es nachvollziehbar, dass der RAD-Arzt den Gesundheitsschaden als mittelschwer einstufte (Urk. 8/185/7).

Die Beschwerdeführerin befindet sich in psychiatrischer Behandlung, wobei jede zweite Woche Gespräche stattfinden (Urk. 8/151/2). Es ist von einer gewissen medikamentösen Compliance auszugehen, zumal das infolge der psychischen Verschlechterung aufdosierte Medikament Cymbalta (vgl. Urk. 8/151/3) bei beiden gemessenen Medikamentenspiegeln im therapeutischen Bereich im Urin der Beschwerdeführerin zu finden war (Urk. 8/184/38-39).

Laut dem psychiatrischen Teilgutachten bestehen aber weitere erfolgversprechende Therapieoptionen, so eine höherfrequente psychiatrische Behandlung inklusive einer muttersprachlichen Psychotherapie und einer serumspiegelgesteuerten psychopharmakologischen Therapie. Sodann sei ein Opiat entzogen durchzuführen (Urk. 8/184/87). Auf der anderen Seite hat die Beschwerdeführerin drei stationäre Klinikaufenthalte hinter sich, wovon einer rund zwei Monate und einer länger als einen Monat dauerte (Urk. 8/127/2, Urk. 8/127/9, Urk. 8/127/12, Urk. 8/148/1).

Unter den Komorbiditäten ist sodann die Persönlichkeitsakzentuierung der Beschwerdeführerin zu berücksichtigen, da ihr ressourcenhemmende Wirkung bei zu messen ist (BGE 143 V 418 E. 8.1). Namentlich hat die Persönlichkeitsakzentuierung zur Folge, dass die Beschwerdeführerin deutliche Schwierigkeiten in Steuerung und Regulation im Umgang mit sich sowie der Umgebung aufweist. Deswegen war es ihr bislang auch nicht möglich, die depressive und die Schmerzsymptomatik zu überwinden und es kam zu einer starken Chronifizierung

(Urk. 8/127/13, Urk. 8/148/2), wodurch eine Wechselwirkung vorliegt. Ferner führen die Defizite in der Affektwahrnehmung und der Regulation zu Konflikten mit anderen Personen (Urk. 8/127/5, Urk. 8/151/3), was sich ressourcenhemmend auswirkt. 5.2.2

Beim Komplex «Persönlichkeit» ist ebenfalls auf die soeben genannte Persönlichkeitsakzentuierung und deren Auswirkungen hinzuweisen. Die Beschwerdeführerin verfügt über geringe psychische Ressourcen (Urk. 8/185/7). Als übrige vorhandene Ressource ist demgegenüber der enge Kontakt zum jüngeren Sohn, welcher bei der Beschwerdeführerin lebt und diese im Haushalt unterstützt, zu nennen. Ebenso helfen der ältere Sohn und

dessen Freundin bei der Haushaltsführung mit (Urk. 8/ 184/29-31). 5.2.3

Zum Komplex

«sozialer Kontext» ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin sich zumindest teilweise sozial zurückgezogen hat, was nicht nur von Dr. I.____ (Urk. 8/151/2), sondern zudem sowohl im A.____ - Gutachten (Urk. 8/ 184/83) als auch vom RAD- Arzt B.____

(Urk. 8/ 185/7) festgehalten wurde. Kon takt pflegt sie nur noch zu ihren Söhnen , der Freundin des älteren Sohnes (Urk. 8/ 184/30) , ihrer Schwester (Urk. 8/184/75) sowie in geringem Umfang auch zu Bekannten (Urk. 8/184/53 , Urk. 8/184/ 77). 5.2.4

Zur Kategorie «Konsistenz» ist zu bemerken, dass

der psychiatrische Teilgutachter im Tagesablauf ein vermindertes Aktivitätsniveau erhob (Urk. 8/184/97). Die Be schwerdeführerin hatte angegeben, früher «praktisch alles» gemacht zu haben (Häkeln, Sticken, Stricken, Gartenarbeiten, Velofahren), nun hingegen pflegt sie keine Hobbies mehr (Urk. 8/184/30 , Urk. 8/184/68). Selbst im Vergleich zum Vor gutachten, als sie immerhin noch gerne kochte und gute Beziehungen zu Freun dinnen und Freunden pflegte (Urk. 8/72/23), ist ihr Aktivitäts niveau im Privatbe reich nun stärker eingeschränkt. So unterhält sie zu Freundinnen oder Kollegin nen keinen Kontakt mehr und es fehlt ihr öfters, aber nicht immer, die Energie zum Kochen (Urk. 8/184/30 , Urk. 8/184/76). In den Ferien war sie letztmals im Oktober 2016, wobei sie vorzeitig zurückkommen musste, weil es ihr nicht gut ging (Urk. 8/184/30). Teilweise vernachlässigt sie ihre Körperhygiene (Urk. 8/184/30 , Urk. 8/184/77). Sehr geringe Aktivitäten wie kurze Spaziergänge bei schönem Wetter, Lesen, Sudokus und Kreuzworträtsel lösen sowie Fernsehen weist sie indes noch auf (Urk. 8/184/30-31 , Urk. 8/184/68 , Urk. 8/184/76). Des Weiteren ist zu berücksichtigen, dass Inkonsistenzen im Sinne von Beeinträchti gungen vorliegen , die nicht im geklagten U mfang objektiviert werden konnten

(Urk. 8/184/36, Urk. 8/184/38, Urk. 8/184/86-87, Urk. 8/184/97-98). T rotz mas siver Symptomausweitung war hingegen für die Gutachter teilweise ein Leidens druck spürbar (vgl. vorstehende E. 4.5) .

D ie regelmässige ambulante und teilweise auch stationäre Behandlung (vgl. erster Abschnitt dieser Erwägung) lässt effektiv auch auf einen behandlungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdruck schlies sen . Indes ist ein gewisser sekundärer Krankheitsgewinn durchaus möglich (Urk. 8/ 184/ 47 , Urk. 8/185/7). 5.3

In Anbe tracht der mittelmässig ausgeprägten Befunde, der histrionischen

Persön lichkeit sakzentuierung, der zahlreichen Diskrepanzen bei jedoch wesentlich re duziertem Aktivitätsniveau im privaten Lebensbereich lässt sich die gutachterlich angegebene Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 50 %

auch mit Blick auf die Standardindikatoren nachvollziehen. Plausibel ist, dass beim appellativen , demonstrativen, übertriebenen, dramatischen und theatralischen Vorbringen der Klagen nicht unbesehen auf die Angaben der Beschwerdeführerin bezüglich ihres Leistungsvermögens abgestellt werden kann. Dieses Verhalten der Beschwerde führerin ist indes zumindest teilweise im Rahmen ihrer histrionischen Persön lich keits akzentuie rung erklärbar (Urk. 8/184/87). Die Einschränkung um 50 % ergab sich aufgrund der dokumentierten funktionellen Einschränkungen (Urk. 8/184/97) und ist im Lichte der unterschiedlich ausfallenden Prüfung der einzelnen Indikatoren , welche ebenfalls auf eine

teilweise Einschränkung der Arbeitsfähigkeit hinweisen, nicht zu beanstanden. Demnach rechtfertigt es sich nicht, aus juristischer Sicht von dieser medizinischen gutachterlichen Beurteilung, welcher sich auch der RAD -Arzt anschloss, abzuweichen.

Da nach dem Gesagten sämtliche Teilgutachten des A.____ -Gutachtens vom 19. Juli 2017 beweiskräftig sind und das zusammenfassende Gesamtgutachten vor dem Hintergrund der schlüssigen Teilgutachten plausibel ist, ist von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit sowohl in der angestammten als auch in einer anderen adaptierten Tätigkeit auszugehen (Urk. 8/184/99). Dies führt zu einem Invaliditätsgrad von 50 % (Prozentvergleich) beziehungsweise zum Anspruch auf eine halbe Invalidenrente. 5.4

Nachdem sich die Beschwerdeführerin im September 2015 erneut zum Leistungsbezug angemeldet hat (Urk. 8/117), konnte der Rentenanspruch frühestens am 1. März 2016 entstehen (Art. 29 Abs. 1 und Abs. 3 IVG). Zu diesem Zeitpunkt war das Wartjahr bestanden. Gemäss der Beurteilung der

A.____ - Gutachter lag im März 2015 keine relevante Arbeitsunfähigkeit mehr vor . Vielmehr war es nach der letzten Beurteilung im Verlauf zu einer Besserung gekommen . Ab Ende Juni 2015 sodann , das heisst mit dem Antritt der ersten stationären psychiatrischen Hospitalisation , war die Beschwerdeführerin bis auf Weiteres nicht mehr arbeits fähig

(Urk. 8/184/99). Somit war im März 2016 die Voraussetzung gemäss Art. 28 Abs. 1 lit . b IVG mit einer durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeit von 58,3 % im vorangegangenen Jahr erfüllt .

Die durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit von 58,3 % bei Ablauf des Wartjahres gibt Anspruch auf eine halbe Rente, sofern ab dann auch eine äquivalente Erwerbsunfähigkeit besteht

(Urteil des Bundesgerichts 9C_996/2010 und 9C_1005/2010 vom 5. Mai 2011 E. 7.1 mit Hinweisen). Dies ist mit der ab Mai 2016 gültigen Restarbeitsfähigkeit von 50 % der Fall . Die durch den dritten stationären Klinikaufenthalt ab dem 3. März bis zum 7. April 2016 noch bestehende vollständige Arbeitsunfähigkeit dauerte weniger als drei Monate an , weswegen keine Rentenabstufung vorzunehmen ist (vgl. Art. 88a Abs. 2 IVV) . In Gutheissung der Beschwerde ist der Beschwerdeführerin somit ab dem 1. März 2016 eine halbe Rente zuzusprechen. 6. 6.1

Der Streitgegenstand des Verfahrens betrifft die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung . Das Verfahren ist daher kosten pflicht ig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig

vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ermessensweise auf Fr. 1'000.-- anzusetzen. Ausgangsgemäss sind die Gerichtskosten der Beschwer - degegnerin aufzuerlegen. 6.2

Ausserdem steht der unentgeltlichen Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin, Rechtsanwältin Natali Büchel, Winterthur, eine Prozessentschädigung zu. Diese ist nach Art. 61 lit . g ATSG in Verbindung mit § 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, nach der Schwierigkeit des Prozesses, dem Zeitauf wand und den Barauslagen zu bemessen. Mit Honorarnote vom 15. März 2018 machte Rechtsanwältin

Büchel basierend auf einem Aufwand von 16 Stunden und 45 Minuten, einer Kleinspesenpauschale von 4 % des Rechnungsbetrages so wie der Mehrwertsteuer einen Betrag von gesamthaft Fr. 4'127.50 geltend (Urk.

11). Angesichts dessen, dass die Bedeutung der Streitsache und die Schwierigkeit des Prozesses im bei Streitigkeiten über Invalidenrenten üblichen Rahmen liegen und dass der Sozialversicherungsprozess von der Offizialmaxime beherrscht wird (vgl. Wilhelm, in: Gesetz über das Sozialversicherungsgesetz des Kantons Zürich, 2. Aufl. 2009, N 10 zu § 34

GSVGer mit Hinweis auf § 23 GSVGer), erweist sich der geltend gemachte Betrag als überhöht. Ein Aufwand von 20 Minuten für ein Akteneinsichtsgesuch ist übersetzt. Gleich verhält es sich mit den am 15. März 2018 getätigten Aufwendungen (total 50 Minuten für Studium der Gerichtsverfügung betreffend die unentgeltliche Rechtspflege sowie Mail an die Beschwerdeführerin). Die drei Positionen sind insgesamt um 20 Minuten zu kürzen. Ebenfalls zu hoch ist der Aufwand für das Verfassen der Beschwerde (inklusive BGE-Recherche) von 12 Stunden und 5 Minuten. Dieser Aufwand ist auf angemessene 10 Stunden zu reduzieren.

Ferner wurden die Kleinspesen mit einer relativ hohen Pauschale von 4 % abgerechnet. Da kein Grund ersichtlich ist, der einen erhöhten Auslagenaufwand rechtfertigt, ist - wie üblich - eine Kleinspesenpauschale von 3 %

einzusetzen.

Es resultiert ein um 2 Stunden und 25 Minuten gekürzter Aufwand von

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin wandte dagegen primär ein, gemäss dem von der Beschwerdegegnerin eingeholten Gutachten des A.____ habe sich ihre psychische Verfassung verschlechtert und sei sie seit Mai 2016 zu 50 % arbeitsunfähig. Auch aus den Berichten der behandelnden Ärzte inklusive der integrierten Psychiatrie C.____, wo sie mehrmals stationär hospitalisiert gewesen sei, ergebe sich eine deutliche Verschlechterung ihres psychischen Gesundheitszustands. Die behandelnden Ärzte seien sich darin einig, dass sie zu 100 % arbeitsunfähig sei (Urk. 1 S. 5 ff.).

Der RAD habe sich der Beurteilung im polydisziplinären Gutachten angeschlossen. Es gebe keine unterschiedlichen Regeln gehorchende, getrennte Prüfung einer medizinischen und einer rechtlichen Arbeitsfähigkeit (Urk. 1 S. 9 f.). Die Beschwerdegegnerin habe den von den Gutachterpersonen und vom RAD festgelegten Arbeitsunfähigkeitssgrad von 50 % missachtet. Entgegen den Medizinern habe sie das Vorliegen einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren - im Übrigen in nicht nachvollziehbarer Weise - verneint, womit sie in die Kompetenzen der medizinischen Fachleute eingegriffen habe. Demgegenüber habe der psychiatrische Gutachter seine Diagnose der chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) schlüssig begründet (Urk. 1 S. 11). Auch habe er die von der Beschwerdegegnerin angeführten Diskrepanzen in seiner Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bereits gewürdigt, sodass eine davon losgelöste Beurteilung durch den Rechtsanwender nicht angebracht sei (Urk. 1 S. 12). Mangels der Zumutbarkeit von Eingliederungsmassnahmen sei ihr mindestens eine halbe Invalidenrente auszurichten (Urk. 1 S. 12-13). 3.

3.1 3.1.1

Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bildet die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E).

3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9 C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 2.1 mit Hinweisen). Diese Voraussetzung erfüllt die Verfügung vom 7. Februar 2012 (Urk. 8/101), welche mit Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich IV.2012.00308 vom 28. März 2013 bestätigt wurde (Urk. 8/110).

Der seinerzeitige Entscheid basierte auf dem polydisziplinären Gutachten des Z.____ vom 22. Februar 2011 (Urk. 8/72). Der daran beteiligte

Dr. D.____, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, hielt fest, die Beschwerdeführerin habe über im ganzen Körper vorhandene Schmerzen berichtet. Es seien aber keine klaren Symptome eruierbar

gewesen (Urk. 8/72/9-10). Die Beschwerdeführerin habe als Grund für ihre Arbeitsunfähigkeit ein Weichteilrheuma, Müdigkeit und Schmerzen angegeben (Urk.

E. 7

Abs. 2 ATSG).

E. 8

/72/28). 3.1.2

Das hiesige Gericht erwog im Urteil vom 28. März 2013, gestützt auf das Z.____-Gutachten sei davon auszugehen, dass die bei der Beschwerdeführerin vorliegende somatoforme Schmerzstörung nur leicht ausgeprägt sei. Diesem Leiden wie auch der leicht- bis mittelgradig ausgeprägten Depression und dem nicht durch objektive Befunde erklärbaren generalisierten Schmerzsyndrom schrieb das Gericht letztlich keine invalidisierende Wirkung zu. Es schloss, die Beschwerdeführerin sei in einer den somatischen Leiden angepassten leichten bis mittelschweren Tätigkeit mit einer Leistungseinschränkung von 30%, also mit einer Leistungsfähigkeit von 70%, arbeitsfähig (Urk. 8/110 E. 5.5). 3.2

3.2.1

Die Aktenlage seit der Neuanmeldung präsentiert sich im Wesentlichen wie folgt: Dr. I.____, Oberarzt der C.____, berichtete am 16. Oktober 2015, die Beschwerdeführerin sei der C.____ aufgrund einer psychischen Verschlechterung im Frühsommer 2014 durch Dr. J.____ zugewiesen worden. Nach einer weiteren Verschlechterung des Zustandsbilds sei sie vom 30. Juni bis am 31. August 2015 in der Klinik K.____, C.____, auf der Station für Angst und Depression hospitalisiert gewesen (Urk. 8/125/5). Dem entsprechenden Austrittsbericht vom 17. September 2015 ist zu entnehmen, die deutlichen Schwierigkeiten der Beschwerdeführerin in Steuerung und Regulation im Umgang mit sich sowie der Umgebung seien im Rahmen einer Persönlichkeitsstörung zu sehen. Dadurch werde auch nachvollziehbar, weshalb es ihr bisher unmöglich gewesen sei, ihre depressive und Schmerzsymptomatik zu überwinden, was zu einer starken Chronifizierung geführt habe (Urk. 8/127/13). Die Beschwerdeführerin sei nicht arbeitsfähig, aber berufliche Massnahmen respektive die

Etablierung einer Tagesstruktur mittels einer IV-Massnahme im geschützten Rahmen seien sinnvoll (Urk. 8/127/12-14). 3.2.2

Die Hausärztin Dr. J.____, Spezialärztin FMH für Innere Medizin, führte in ihrem Bericht vom 19. September 2015 aus, der psychische Zustand der Beschwerdeführerin habe sich während der letzten Jahre deutlich verschlechtert. Gemäss den Angaben der Beschwerdeführerin sowie deren Sohn übernehme letzterer den grössten Teil der Haushaltsführung inklusive einen grossen Teil der Einkäufe sowie der Wäsche. Auch die im MRI festgestellte Veränderung, welche einer beginnenden frontotemporalen Demenz entspreche, spreche dafür, dass die Beschwerdeführerin bei der Alltagsbewältigung in vielen Belangen erhebliche Unterstützung durch ihren Sohn benötige (Urk. 8/125/2). In ihrem Bericht vom 1. August 2016 wies sie erneut auf eine Verschlechterung des psychischen Zustands der Beschwerdeführerin hin und hielt eine Eingliederung in den Arbeitsprozess deswegen für unmöglich (Urk. 8/144/2). 3.2.3

Am 1. Oktober 2015, als die Beschwerdeführerin aus dem Kantonsspital L.____ hätte austreten sollen, wurde sie durch Dr. M.____, Oberarzt

Departement Medizin Rheumatologie, L.____, nach psychiatrischem Konsil wegen akuter Suizidalität fürsorgerisch untergebracht (Urk. 8/125/3 f.). Der Austritt aus der zur C.____ gehörenden Klinik N.____

erfolgte am 5. Oktober 2015 (Urk. 8/127/2, Urk. 8/127/4, Urk. 8/127/9 f.). 3.2.4

Im Bericht der C.____

vom 8. März 2016 nannte Dr. I.____ folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/127/1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige bis schwere Episode (ICD-10: F33.1/F33.2) - einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10: F90.0) - kombinierte Persönlichkeitsstörung mit abhängigen und histrionischen Zügen (ICD-10: F61.0) - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) - beginnende frontotemporale Demenz Er gab an, die Beschwerdeführerin befinde sich seit dem 3. März 2016 erneut stationär in der Klinik K.____ (Urk. 8/127/2). Sie klagt über eine seit circa zwei Monaten weiter zunehmende Verschlechterung der depressiven Symptomatik mit Morgentief, vermehrter Tagesmüdigkeit, rascher Erschöpfung auch nach kleinen Aktivitäten, mit Freud- und Lustlosigkeit, Insuffizienzgefühlen und mit deutlich vermindertem Antrieb. Zudem seien mittelgradige Konzentrations- und Kurzzeitgedächtnisstörungen sowie eine Verlangsamung im Denken aufgetreten. Die Beschwerdeführerin berichte

über zunehmendes Grübeln und Gedankenkreisen im Zusammenhang mit Zukunfts- und Existenzängsten. Sie fühle sich von anderen nicht verstanden und sei rat- und hoffnungslos (Urk. 8/127/3). In seinem Befund nannte Dr. I.____ eine leichte bis mittelgradige Verminderung von Konzentration und Merkfähigkeit bei unauffälligem Langzeitgedächtnis. Im Affekt sei sie deutlich deprimiert, niedergeschlagen sowie rat- und hoffnungslos wirkend, jedoch schwingungsfähig. Es bestehe eine verminderte Frustrationstoleranz (Urk. 8/127/3). Nachdem in den Konsultationen vermehrt Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen sowie eine niedrige Frustrationstoleranz und impulsives Handeln aufgefallen seien, sei nach entsprechenden Abklärungen ein Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) diagnostiziert worden (Urk. 8/

127/4). Eine Arbeitstätigkeit sei der Beschwerdeführerin nicht mehr zu mutbar . Aktuell bestünden Einschränkungen wegen eines stark verminderten Antriebs mit andauernder Tagesmüdigkeit und rascher Erschöpfung nach kleinen Anstrengungen, gedrückter Stimmungslage mit Freud- und Interessenlosigkeit sowie Initiativmangel und Insuffizienzgefühlen. Daneben bestünden leichte bis mittelgradige kognitive Defizite, Ein- und Durchschlafstörungen sowie ein deutlich vermindertes Durchhaltevermögen . Die Symptome der rezidivierenden depressiven Störung würden die Belastbarkeit im alltäglichen sowie im beruflichen Leben einschränken. Die bei der

ADHS bestehenden leichten bis mittelgradigen Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen hätten Einfluss auf das Durchhaltevermögen und die Impulsivität führe zu unüberlegten Handlungen und dadurch zu Konflikten mit anderen Menschen. Auch wegen der kombinierten Persönlichkeitsstörung bestünden Defizite in der Affektwahrnehmung und Regulation, was zu Konflikten mit Vorgesetzten und Mitarbeitern führen könne (Urk. 8/127/4-5).

Dem Austrittsbericht der C.____ vom 2. Mai 2016 ist zu entnehmen , die Beschwerdeführerin sei nicht arbeitsfähig (Urk. 8/148/1). Aufgrund von Schwierigkeiten in der Alltagsbewältigung sei eine Anmeldung bei der Spitex der Gemeinde erfolgt. Im Rahmen des Settings auf der Station habe sich eine leichte Verbesserung der Stimmungslage gezeigt. Es sei der Beschwerdeführerin gelungen, mit Unterstützung die Tagesstruktur aufrechtzuerhalten und an den Therapien teilzunehmen. Im klinischen Setting habe sich im Vergleich zum vorherigen stationären Aufenthalt im Jahr 2015 eine Verschlechterung der kognitiven Fähigkeiten mit einer verstärkten Störung der Aufmerksamkeit und des Gedächtnisses gezeigt. Zudem habe die Einschränkung der Affekttoleranz und -regulationsfähigkeit zugenommen. Die depressive Symptomatik und die somatoforme Schmerzstörung seien vor dem Hintergrund einer Persönlichkeitsstörung mit histrionischen und abhängigen Anteilen sowie zugrundeliegenden Schwierigkeiten in der Selbstregulation und der Nähe-Distanz-Regulation

zu verstehen , was zur einer Chronifizierung beigetragen habe. Erschwerend kämen Defizite in der Aufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität hinzu. Die Verschlechterung der depressiven Symptomatik vor Eintritt sei einer Dekompensation aufgrund einer aktuellen psychosozialen Belastung (geplanter Auszug des jüngeren Sohnes) und einer zunehmenden Beeinträchtigung durch die frontotemporale Demenz zuzuschreiben. Wegen letzterer sei eine Unterstützung durch die Spitex sinnvoll (Urk. 8/ 148/2). Am 3. November 2016 beschrieb

Dr. I.____

eine mittelgradige Reduktion von Aufmerksamkeit, Konzentration und Kurzzeitgedächtnis. Die Stimmung erscheine gedückt und die Beschwerdeführerin habe über Verzweiflung, Freudlosigkeit, viele Einschränkungen und Insuffizienzgefühle berichtet . Ausser zu den Söhnen pflege sie kaum soziale Kontakte. Sie könne wegen der Schmerzen und wegen der fehlenden finanziellen Mittel wenig unternehmen und sei des Lebens überdrüssig. Trotz Umtriebigkeit sei der Antrieb insgesamt mittelgradig vermindert. Sie klage immer wieder über diverse somatische Beschwerden und äussere seit Monaten Todeswünsche . Gespräche in der C.____ fänden alle zwei Wochen statt

(Urk. 8/151/2). Nach der Entlassung aus der Klinik K.____ im April 2016 habe man die Beschwerdeführerin zur weiteren Stabilisierung in Bezug auf die demenzielle Entwicklung

beziehungsweise zur spezifischen Behandlung mit zusätzlicher Tagesstrukturierung bei der gerontopsychiatrischen Tagesklinik der C.____ ange meldet. Die Beschwerdeführerin sei allerdings nur dreimal erschienen und habe sich ansonsten aufgrund der somatischen Beschwerden abgemeldet. Der geplante Auszug des Sohnes habe nicht stattgefunden. Aufgrund der erneuten psychischen Verschlechterung sei Cymbalta vor drei Wochen aufdosiert worden. Zuzufolge der kognitiven Defizite, der depressiven Symptomatik und der kombinierten Persön lichkeitsstörung komme es zu rascher Überforderung, vielen Flüchtigkeitsfehlern, deutlich vermindertem Durchhaltevermögen und fehlender Belastbarkeit im all täglichen und beruflichen Leben. Dies könne zu Konflikten mit nahestehenden Mitmenschen führen (Urk. 8/ 151/3).

Dr. I.____ schloss, der Beschwerdeführerin sei

keine Erwerbstätigkeit zumutbar (Urk. 8/ 151/4). 3.2.5

Vom 1 4. bis am 1 7. Februar 2017 war die Beschwerdeführerin im L.____ hospita lisiert. Die berichtende Ärztin gab an, die Hausärztin habe die Beschwerdeführerin bei progredienten Rückenschmerzen und einer Kraftminderung in der linken un teren Extremität zugewiesen. Ursächlich s e he sie eine unklare rechtsbetonte Ischialgie mit Diskrepanzen und mit psychophysischer Überlagerung . Klinisch habe sich die Beschwerdeführerin mit einer Parese des Grosszehenhebers links, einer Hyposensibilität im Dermatome S1, mit einem abgeschwächten Achillesseh nenreflex (ASR) links und einem positiven Lasègue rechts präsentiert. Laborana lytisch hätten keine Auffälligkeiten bestanden. Das MRI der Lendenwirbelsäule habe einen unveränderten Befund gezeigt. So lägen weiterhin eine kleine Dis kushernie L2/L3 rechts mit Anhebung und geringer Reizung der Wurzel L2 rechts, eine kleine Diskushernie rechts L3/L4 ohne Nervenwurzelkontakt, eine Diskusher nie median bis recessal links L4/L5 mit Kontakt und Kompression der Wurzel L5 recessal links sowie eine Diskushernie median/paramedian beidseits L5/S1 ohne Nervenwurzelkompression vor (Urk. 8/ 170/1-2). 3.2.6

Am 1 9. Juli 2017

wurde das poly disziplinäre Gutachten des A.____ erstattet . Be fragt nach dem aktuellen Leiden habe die Beschwerdeführerin über Hämorrhoi den, Schmerzen und Probleme mit Rücken und Beinen, Schmerzen an Knien, Füßen und Zehen, Schultern, Ellbogen, Handgelenken und Fingern sowie Nacken und Kopf geklagt (Urk. 8/184/32-33). Sie wisse nicht, ob sie psychische Probleme habe oder ob es ihr wegen der starken Schmerzen nicht gut gehe. Sie fühle sich nutzlos und als Belastung für ihre Kinder (Urk. 8/184/34).

Im rheumatologischen Teilgutachten wurden keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit genannt (Urk. 8/184/46). Der rheumatologische Gutach ter führte aus, es liege ein rein somatisch nicht ausreichendes erklärbarer Ganzkör perschmerz bei sehr auffälligem Verhalten in der Untersuchungssituation vor. Letzteres deute auf eine massive Symptomausweitung hin. Der Katalog der ge klagten Schmerzen könne weder klinisch funktionell noch bildgebend erklärt werden und habe aufgrund der angegebenen, äusserst wenigen Ressourcen ein deutig auch einen Invaliditätscharakter. Möglicherweise sei auch von einem sekundären Krankheitsgewinn auszugehen. Da die Beschwerden und deren ange gebene Einschränkungen auf den Alltag somatisch nicht annähernd erklärt wer den könnten, könne keine rheumatologisch bedingte Arbeitsunfähigkeit attestiert werden. Ungünstig seien lediglich ergonomisch falsche und den Rücken belas tende Arbeitspositionen sowie das Heben und Tragen schwerer Gewichte von mehr als zehn

Kilogramm (Urk. 8/184/47). Viele Angaben der Beschwerdeführerin seien unklar und schwammig. Die während der Anamneseerhebung eingenommene Sitzposition sei nur bei abwesendem Schmerz möglich (Urk. 8/184/48).

Die neurologische Gutachterin gab an, bei der Untersuchung sei eine sehr demonstrative und appellative Vorbringung der Beschwerden aufgefallen. Die Beschwerdeführerin sei sehr auf ihre Beschwerden eingeengt und habe sich hoffnungs- und perspektivlos gezeigt (Urk. 8/184/59). In den zerebralen MRI-Untersuchungen sei ihrer Beurteilung nach unspezifische Marklagerläsionen ohne Krankheitsrelevanz ersichtlich und es fehle ein Hinweis auf einen frontotemporalen Abbauprozess. Gedächtnisstörungen würden dabei erst relativ spät im Verlauf auftreten. Die aktuelle neuropsychologische Untersuchung habe leichte neuropsychologische Funktionseinschränkungen zu Tage gefördert, welche auf die bereits bekannte ADHS hinweisen würden. Die subjektiv geschilderte Vergesslichkeit sei während der Untersuchung nicht objektivierbar gewesen (Urk. 8/184/60 und Urk. 8/184/72). Bezüglich der angegebenen Schmerzen lasse sich keine spezifische neurologische Erklärung finden. Der neurologische Befund zeige keine objektivierbaren Auffälligkeiten. Die erst auf Nachfrage angegebenen Kopfschmerzen seien wahrscheinlich im Rahmen der somatoformen Schmerzstörung zu interpretieren. Teilweise sei der Leidensdruck trotz der insgesamt sehr demonstrativ vorgebrachten Beschwerden nicht erkennbar gewesen (Urk. 8/184/60). Beim Fehlen einer hinreichend erklärbaren neurologischen Ursache der im Vordergrund stehenden Schmerzproblematik liege aus neurologischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit vor (Urk. 8/184/59 und Urk. 8/184/61). Ferner wies die Gutachterin auf Inkonsistenzen hin, welche sie als Aggravation interpretierte (Urk. 8/184/62).

Der psychiatrische Gutachter nannte als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ICD-10: F90.0), psychische Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, Störung durch Opioide, Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtiger ständiger Substanzgebrauch (ICD-10: F11.25), sowie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41). Keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit mass er der rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichtgradig (ICD-10: F33.4), sowie der histrionischen Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10: Z73.0) zu (Urk. 8/184/83). Sodann führte er aus, das appellative, demonstrative, übertriebene, dramatische oder theatralische Vorbringen der Klagen und die undifferenzierte Symptombeschreibung seien zumindest teilweise im Rahmen einer histrionischen Persönlichkeitsakzentuierung zu werten. Die Funktionsbeeinträchtigungen seien nicht im geklagten Umfang vorhanden. Es bestünden verschiedene Diskrepanzen. Die psychiatrische Erkrankung führe zu einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit

auf dem freien Arbeitsmarkt (Urk. 8/184/86-87). Weiter führte er in Würdigung der vorhandenen Arztberichte aus, das Mild Cognitive

Impairment sei nachgewiesen und im Rahmen der ADHS-Diagnose nachvollziehbar (Urk. 8/184/88). Für die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung fehle es an entsprechenden Daten aus der Adoleszenz. Ausserdem finde sich bei der aktuellen Untersuchung keine ausgeprägt abhängige Eigenschaft, weshalb lediglich eine histrionische Persönlichkeitsakzentuierung als Folge der iatrogenen Opiatsucht angenommen werden könne. Es fehle an der Klinik für eine frontotemporale Demenz. Angesichts dessen, dass die Beschwerdeführerin kaum in Stand sei, ihren eigenen Haushalt zu führen, erscheine eine Arbeitsfähigkeit von 70 % zu hoch (Urk. 8/184/89).

In der interdisziplinären gemeinsamen Beurteilung gaben die A.____-Gutachterpersonen als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit die im psychiatrischen Teilgutachten genannten

an (Urk. 8/184/89). Zusammenfassend hielten sie fest, die chirurgisch-internistische Untersuchung sei unauffällig ausgefallen. Bei der rheumatologischen Untersuchung habe sich der klinische Befund insofern verändert, als dieser in Bezug auf weichteilrheumatische Veränderungen bei der aktuellen Untersuchung spärlich ausgefallen sei. Es handle sich um einen rein somatisch nicht ausreichenden erklärbaren Ganzkörperschmerz bei sehr auffälligem Verhalten in der Untersuchungssituation. Der Katalog der geklagten Schmerzen könne weder klinisch funktionell noch bildgebend erklärt werden und habe aufgrund der äusseren wenigen Ressourcen eindeutig auch einen Invaliditätscharakter (Urk. 8/184/95). Rein somatisch könne indes aus rheumatologischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit

begründet werden. Die neurologische Untersuchung inklusive MRI-Befund habe keine ausreichenden Hinweise auf eine frontotemporale Demenz ergeben, was im neuropsychologischen Teilgutachten bestätigt worden sei. Bezüglich der angegebenen Schmerzen zeige der neurologische Befund keine objektivierbaren Auffälligkeiten, sodass die Beschwerdeführerin aus neurologischer Sicht voll arbeitsfähig sei (Urk. 8/184/96). Die leichten neuropsychologischen Funktionseinschränkungen wiesen auf die ADHS hin. Gemäss Mini-ICF-APP sei die Beschwerdeführerin in der Partizipation und Aktivität eingeschränkt. Im Tagesablauf zeige sich ein vermindertes Aktivitätsniveau. Bei den gestellten Diagnosen sei die Beschwerdeführerin aufgrund der dokumentierten funktionellen Einschränkungen aus psychiatrischer Sicht zu 50 % eingeschränkt in ihrer Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/184/97). Ferner wiesen die Gutachterpersonen auf diverse Auffälligkeiten und Diskrepanzen hin (Urk. 8/184/97-98). Insgesamt sei die Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht für sämtliche Tätigkeiten mit Ausnahme von ergonomisch falschen, den Rücken belastenden Tätigkeiten sowie das Heben und Tragen von Gewichten über 10 kg zu 100 % arbeitsfähig. Aus psychiatrischer Sicht sei die Beschwerdeführerin für sämtliche infrage kommenden Tätigkeiten zu 50 % arbeitsfähig (Urk. 8/184/98-99). Das aktuell ermittelte Belastbarkeitsprofil gelte seit Mai 2016. Aus rheumatologischer Sicht sei es im Verlauf zu einer Besserung der Symptomatik gekommen, sodass eine 30%ige Arbeitsunfähigkeit nicht mehr gerechtfertigt werden könne. Aus psychiatrischer Sicht scheine sich eher eine Verschlechterung eingestellt zu haben. Diese sei seit dem 30. Juni 2015 mit der ersten stationären Behandlung in der Klinik K.____ dokumentiert. Während der stationären Hospitalisationen sei eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit anzunehmen. Seit Mai 2016 bestehe überwiegend wahrscheinlich die angegebene 50%ige Arbeitsfähigkeit. Zwar sei die Depressivität aktuell nur noch leichtgradig, jedoch habe sich die Schmerzstörung soweit verschlechtert, dass daraus eine stärkere Einschränkung der Arbeitsfähigkeit resultiere als beim Vorgutachten im Jahr 2011. Dies lasse sich zum Beispiel anhand des Tagesablaufs erkennen, wo die Beschwerdeführerin viel grössere Einschränkungen angebe als 2011. Auch im Mini-ICF-APP hätten sich deutliche Einschränkungen abgebildet. Nach dem Gesagten sei die Beschwerdeführerin sowohl in der angebotenen als auch in einer optimal angepassten Tätigkeit zu 50 % arbeitsfähig (Urk. 8/184/99). Zur Therapie hielten sie fest, die bisherige psychiatrische Therapie sei nicht leitliniengerecht. Erfolgversprechend und medizinisch zumutbar wäre eine höherfrequente psychiatrische Behandlung inklusive einer mütterlichsprachlichen Psychotherapie und einer serumspiegelgesteuerten psychopharmakologischen Therapie. Ein Jahr nach Beginn einer

solchen leitliniengerechten Therapie werde eine psychiatrische Verlaufsbegutachtung empfohlen. Ferner sei das Opiat abzusetzen (Urk. 8/184/100).

3.2.7

Der RAD-Psychiater B.____ hielt das A.____ -Gutachten für beweiswert, nachvollziehbar und in seinen medizinischen Schlussfolgerungen plausibel (Urk. 8/185/5). Er hielt am 28. Juli 2017 fest, der Gesundheitsschaden habe sich verschlechtert. Es sei von einem mittelschweren psychischen Gesundheitsschaden auszugehen. Die psychischen Ressourcen seien gering, es bestehe eine ausgeprägte subjektive Invaliditätsüberzeugung. Zusätzlich sei von einem sekundären Krankheitsgewinn und einem teilweisen sozialen Rückzug auszugehen. Die Motivation zur Wiederaufnahme einer Berufstätigkeit sei gering. Die persönlichen Aktivitäten seien eingeschränkt und der Gesundheitszustand sei chronifiziert. Stationäre Behandlungen hätten erfolglos stattgefunden (Urk. 8/185/7). 4. 4.1

Sämtliche Ärzte, welche sich zu dieser Frage äusserten, gingen von einer wesentlichen Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin aus. So namentlich die Gutachterpersonen des A.____ (Urk. 8/184/99), aber auch der behandelnde Dr. I.____

sowie weitere medizinische Fachpersonen der C.____ (Urk. 8/125/5, Urk. 8/148/2, Urk. 8/151/3), die Hausärztin (Urk. 8/125/2, Urk. 8/144/2) und ebenso auch RAD- Arzt B.____

(Urk. 8/185/7). Dies legt es nahe, im Vergleich zur rentenaufhebenden Verfügung vom 7. Februar 2012 von einer

wesentlichen Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen auszugehen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad zu beeinflussen. Dies gestattet eine umfassende Prüfung des Rentenanspruchs der Beschwerdeführerin ohne Bindung an frühere Beurteilungen (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen). 4.2

Hinsichtlich der massgeblichen somatischen Diagnosen und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit mass die Beschwerdeführerin dem polydisziplinären Gutachten des A.____ volle Beweiskraft zu, was nicht zu beanstanden ist, erweist es sich doch im Lichte der höchstichterlichen Rechtsprechung zum Beweiswert eines medizinischen Gutachtens als umfassende, auf allseitigen Untersuchungen beruhende und in Kenntnis der Vorakten erstellte nachvollziehbare medizinische Beurteilung (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

Bildgebend waren aus somatischer Sicht Osteochondrosen sowie kleine Diskushernien auf verschiedenen Höhen der Wirbelsäule auszumachen. Eine intermittierend leichte radikuläre Reizung L5 und S1 sowie eine Kompression der Wurzel L5 links wurden für möglich gehalten (Urk. 8/184/45). Klinische Ausfälle der Nervenwurzel L5 fanden sich indes nicht (Urk. 8/184/60). In Übereinstimmung damit hielten auch die Wirbelsäulenchirurgen der Universitätsklinik O.____ in ihrem Bericht vom 18. Januar 2017 fest, für die Lumbago mit pseudoradikulärer Ausstrahlung in beide Beine fehle ein klares morphologisches Korrelat (Urk. 8/166/2). Auch im Bericht des L.____ vom 16. Februar 2017 wurden im Wesentlichen Diskushernien angegeben und die rechtsbetonte Ischialgie wurde als unklar mit Diskrepanzen sowie psychophysischer Überlagerung bezeichnet (Urk. 8/170/1). Vor dem Hintergrund der erhobenen bildgebenden Befunde, angesichts der beim An- und Ausziehen unauffälligen Wirbelsäulenbeweglichkeit (Urk. 8/184/54) sowie aufgrund dessen, dass der

Katalog der geklagten Schmerzen weder klinisch funktionell noch bildgebend erklärt werden kann (Urk. 8/184/47), ist es nachvollziehbar, dass die Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht als uneingeschränkt arbeitsfähig beurteilt wurde für Tätigkeiten, welche weder ergonomisch falsch noch rückenbelastend sind oder das Heben und Tragen von Gewichten über 10 kg beinhalten (Urk. 8/184/98-99). 4.3

Was den psychischen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin anbelangt, ist anzumerken, dass sämtliche Psychiater eine chronische Schmerzstörung diagnostizierten. Währenddem

Dr. I. ___ wie bereits der Vorgutachter (Urk. 8/72/35) die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) nannte (Urk. 8/127/1), qualifizierte der psychiatrische A. ___ -Gutachter die Störung als chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41; Urk. 8/184/83). Letztere Diagnose ist nachvollziehbar, da die Beschwerdeführerin gewisse objektive Befunde aufweist, welche den Ausgangspunkt der Schmerzen bilden, aber auch psychische Faktoren eine entscheidende Rolle spielen (vgl. Urk. 8/184/85-86). Der Auffassung der Beschwerdegegnerin, dass eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren nicht diagnostiziert werden könne, weil die Kriterien für eine somatoforme Schmerzstörung nicht erfüllt seien (Urk. 2 S. 1), kann nicht gefolgt werden, weil es sich um unterschiedliche Diagnosen mit verschiedenen ICD-Codierungen handelt. Auch die Diagnosen einer ADHS sowie einer psychischen Verhaltensstörung durch Opioidmissbrauch ist angesichts der verminderten Aufmerksamkeit und der Verhaltensauffälligkeiten plausibel (vgl. Urk. 8/184/84 und Urk. 8/184/86).

Vor dem Hintergrund der diesbezüglichen Übereinstimmung sämtlicher fachärztlicher Beurteilungen ist erstellt, dass bei der Beschwerdeführerin ein psychisches Beschwerdebild mit Krankheitswert vorliegt. Unerheblich ist dabei, dass die diagnostischen Einschätzungen nicht vollständig übereinstimmen, ist doch letztlich nicht die genaue Diagnose, sondern allein entscheidend, ob die Beschwerden zu einer ausgewiesenen Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit führen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_501/2008 vom 15. Juli 2008 E. 2.2.1 und 9C_166/2

E. 013

vom 12. Juni 2013 E. 4.2.2), respektive kommt es auf die konkreten Auswirkungen einer Erkrankung

auf die Arbeitsfähigkeit an (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_273/2017 vom 9. April 2018 E. 3.2.2 mit Hinweis auf BGE 136 V 279 E. 3.2.1). 4.4

Ein Einfluss der ADHS sowie der übrigen psychischen Leiden auf die Arbeitsfähigkeit kann nicht - wie die Beschwerdegegnerin dies tut (Urk. 2 S. 1-2) - mangels Ausschöpfung sämtlicher Therapieoptionen von vornherein verneint werden. Vielmehr handelt es sich bei der (fehlenden) Therapieresistenz um ein bei der Prüfung der Standardindikatoren zu berücksichtigendes Kriterium, respektive ist die Therapierbarkeit als Indiz in die gesamthaft vorzunehmende allseitige Beweiswürdigung miteinzubeziehen. Die Behandelbarkeit eines Leidens steht dem Eintritt einer rentenbegründenden Invalidität nicht absolut entgegen (BGE 143 V 409 E).

4.2.2, Urteil des Bundesgerichts 8C_449/2017 vom 7. März 2018 E. 4.2.1 mit Hinweis).

Auch trifft nicht mehr zu, dass das Abhängigkeitssyndrom nicht IV-relevant sei (vgl. Urk. 8/185/8). Vielmehr ist nun auch bei primären Suchterkrankungen

ein strukturiertes Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 durchzuführen (BGE 145 V 215 Regeste und E. 5, 6.2 und 7). 4.5

Einen Hinweis auf Aggravation erkannte

die neurologische Teilgutachterin darin, dass sich ein sogenannter psychogener Romberg-Stehversuch mit einem Schwanzen in alle Richtungen zeigte, das

bei Ablenkung aber nicht mehr vorhanden gewesen sei. Diese Beobachtung deute auf eine nichtorganische Störung hin und spreche für eine Aggravation (Urk. 8/184/62, vgl. auch Urk. 8/184/55). Unklar bleibt, ob es sich beim auffälligen Testresultat um die Auswirkung einer psychischen Störung oder um den Ausdruck eines bewusstseinsnahen

Geschehens handelt. Damit ein Ausschlussgrund vorliegen würde, müssten die Anhaltspunkte für eine klar als solche ausgewiesene Aggravation nach plausibler ärztlicher Beurteilung eindeutig überwiegen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens müssten zweifellos überschritten sein, ohne dass das aggravatorische Verhalten auf eine verselbständigte, krankheitswertige psychische Störung zurückzuführen wäre (Urteile des Bundesgerichts 8C_445/2018 vom 6. November 2018 E. 5.4, 9C_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.2.4). Den neuropsychologischen Symptomvalidierungstest absolvierte die Beschwerdeführerin mit unauffälligen Werten und die neuropsychologischen Teilgutachterinnen verneinten ein aggravierendes Verhalten (Urk. 8/184/70). Die Gutachterpersonen beobachteten zwar insgesamt zahlreiche Auffälligkeiten und Diskrepanzen (Urk. 8/184/36, Urk. 8/184/38, Urk. 8/184/86-87, Urk. 8/184/97-98) und empfanden das Auftreten der Beschwerdeführerin als demonstrativ leidend (Urk. 8/184/79, Urk. 8/184/86). Dennoch war in der Begutachtungssituation teilweise ein Leidensdruck spürbar (Urk. 8/184/60, Urk. 8/184/69) und die Gutachter erhoben effektive Einschränkungen, beispielsweise der Aufmerksamkeit (Urk. 8/184/79) sowie in sechs von sieben Parametern der funktionellen Leistungsfähigkeit in Anlehnung an den Mini-ICF-APP

(Urk. 8/184/81-82). Sie hielten fest, die Funktionsbeeinträchtigungen seien nicht im geklagten Umfang vorhanden (Urk. 8/184/86) und gelangten dementsprechend zu einer optimistischeren Beurteilung der Arbeitsfähigkeit als die behandelnden Ärzte, nämlich zu einer 50%igen Arbeitsfähigkeit sowohl in der angestammten als auch in einer anderen angepassten Tätigkeit (Urk. 8/184/89, Urk. 8/184/98-99).

Von der Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens kann daher nicht Umgang genommen werden. 5. 5.1

Über das Zusammenwirken von Recht und Medizin bei der konkreten Rechtsanwendung hat sich das Bundesgericht verschiedentlich geäußert. Danach ist es sowohl den begutachtenden Ärzten als auch den Organen der Rechtsanwendung aufgegeben, die Arbeitsfähigkeit im Einzelfall mit Blick auf die normativ vorgegebenen Kriterien zu beurteilen (BGE 141 V 281 E. 5.2.1).

Die Rechtsanwender prüfen die medizinischen Angaben frei insbesondere darauf hin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben und ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen. Es soll im Rahmen der

Beweiswürdigung überprüft werden, ob die funktionellen Auswirkungen medizinisch anhand der Indikatoren schlüssig und widerspruchsfrei festgestellt wurden und somit den normativen Vorgaben Rechnung tragen. Entscheidend bleibt letztlich immer die Frage der funktionellen Auswirkungen einer Störung (BGE 144 V 50 E. 4.3).

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). 5.2

E. 14

Stunden und 20 Minuten à

Fr. 220.-- pro Stunde (entsprechend Fr. 3'153.33) zuzüglich Barauslagen von 3 % und Mehrwertsteuer von 7,7 % , mithin ein Gesamtbetrag von Fr. 3'498.--. Dement sprechend ist Rechtsanwältin Büchel

eine Prozessentschädigung von Fr. 3'498.-- inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer zuzusprechen. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 11. Dezember 2017 aufgehoben mit der Feststellung, dass die Beschwerdeführerin ab 1. März 2016 Anspruch auf eine halbe Invalidenrente hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der unentgeltlichen Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin, Rechtsanwältin Natali Büchel, Winterthur, eine Prozessentschädigung von Fr. 3'498.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Natali Büchel - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage einer Kopie von Urk. 11 - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 1

5. 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
Die Vorsitzende
Die Gerichtsschreiberin
FehrWidmer

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