

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00198 vom 5. Juli 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-07-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00198

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00198 du 5 juillet 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00198 del 5 luglio 2020

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht 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

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (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 145 V 215 E. 5.1, 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 ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektiven Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG). 1. 3

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanmeldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 ATSG eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist (BGE 117 V 198 E. 3a mit Hinweis). 1. 4

Anlass zur Rentenrevision im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zuspriechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf

den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen). 1.

E. 1.3

Die Versicherte meldete sich am 23. Februar 2005 zum zweiten Mal zum Leistungsbezug an und machte neu auch Rückenbeschwerden geltend (Urk. 7/81). Die IV-Stelle verneinte mit Verfügung vom 21. September 2007 einen Rentenanspruch, da die Versicherte gemäss dem polydisziplinären Gutachten der MEDAS Z. ___ vom 4.

August 2006 (Urk. 7/104) zu 100 % arbeitsfähig sei (Urk. 7/119). Dagegen liess die Versicherte Beschwerde erheben (Urk. 7/120/3-8), welche mit Urteil IV.2007.01301 des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich vom 30. Juni 2009 abgewiesen wurde (Urk. 7/129). Dieses Urteil erwuchs unangetroffen in Rechtskraft.

E. 4

Eine dritte Anmeldung wurde unter Hinweis auf Depressionen und starke Angstzustände am 18. März 2010 eingereicht (Urk. 7/134; vgl. das Aktenverzeichnis). Die IV-Stelle trat mit Verfügung vom 12. November 2010 auf das neue Leistungsbegehren nicht ein, da keine Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse glaubhaft gemacht worden sei (Urk. 7/156). Dagegen liess die Versicherte Beschwerde erheben (Urk. 7/159/3-11). Das Sozialversicherungsgericht hiess die Beschwerde, soweit es darauf eintrat, mit Urteil IV.2010.01194 vom 30. März 2012 in dem Sinne gut, dass es die angefochtene Verfügung aufhob und die Sache an die IV-Stelle zurückwies, damit diese auf die Neuanschuldung vom 18. März 2010 eingetrete und nach erfolgten Abklärungen im Sinne der Erwägungen, namentlich einer psychiatrischen Abklärung und der Prüfung eines allfälligen Statuswechsels (Urk.

7/172/8), über den Leistungsanspruch der Versicherten verfüge (Urk. 7/172).

Die IV-Stelle gab in der Folge unter anderem ein polydisziplinäres Gutachten in Auftrag (Urk. 7/180, 7/181, 7/207 und 7/208), das am 13. Mai 2013 vom A. ___ erstattet wurde (Urk. 7/225). Am 17. Juli 2013 wurde die Arbeitsfähigkeit in Beruf und Haushalt bei der Versicherten zuhause abgeklärt (Urk. 7/259). Nachdem weitere Arztberichte bei der IV-Stelle eingegangen waren (Urk. 7/240, 7/249 und 7/251), wandte sie sich mit einer Ergänzungsfrage ans A. ___ (Urk. 7/252), die am 24. Februar 2014 beantwortet wurde (Urk. 7/253). Mit Verfügung vom 18. März 2015 verneinte die IV-Stelle einen Rentenanspruch (Urk. 7/283). Dabei qualifizierte sie die Versicherte als zu 42 % erwerbstätig und zu 58 % im Haushalt tätig. Sie stellte sich ferner auf den Standpunkt, für körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten ohne Stressexposition bestehe bei der Versicherten eine Arbeitsfähigkeit von 80 % im Ganztagespensum. Bei einem 42 %-Pensum bestehe keine reduzierte Leistungsfähigkeit. Unter Berücksichtigung eines

Leidensabzuges auf dem Invaliden einkommen ergebe sich ein Invaliditätsgrad von 32 % (Urk. 7/283/2). Die dagegen am 1. Mai 2015 erhobene Beschwerde wies das Sozialversicherungsgericht mit Urteil IV.2015.00471 vom 23. Mai 2017 ab, wobei es die Statusfrage offen liess (Urk. 7/312/31). Dieses Urteil wurde nicht angefochten. 1.

E. 4.1

Im Zusammenhang mit der Neuanschuldung der Beschwerdeführerin vom 29. Juni 2016 sind folgende Berichte aktenkundig:

E. 4.2

Aus dem Bericht vom 7. April 2015 der pneumologischen Sprechstunde des F.____ (Urk. 7/299/5-6) geht hervor, dass die Beschwerdeführerin dort am 16. März 2015 untersucht wurde. Dabei stellten die behandelnden Ärzte folgende Diagnosen (Urk. 7/299/5): - Habituelles Schnarchen (6 O 2 -Entsättigungen pro Stunde, grenzwertig normal) - Adipositas per

magna, BMI 36 kg/m², chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom - Gonarthrose beidseits - Rezidivierende depressive Störung mit Panikattacken und Klaustrophobie - Status nach Leberteilresektion 1999 wegen Hämangiomen - Gastroösophageale Reflux-Krankheit, Dauer-Therapie mit PPI - Chronisch venöse Insuffizienz beider Beine, Status nach TVT rechts 2008

Die Beschwerdeführerin sei zur Abklärung einer möglichen Schlafapnoe zugezogen worden. Diese könne ausgeschlossen werden. Selbstverständlich sei eine Reduktion des Übergewichts ratsam, da das Risiko der Entwicklung einer Schlafapnoe mit zunehmendem Übergewicht steige (Urk. 7/299/6).

E. 4.3

Dem Bericht der B.____ an den damaligen Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin vom 15. Mai 2015 (Urk. 7/295/4-5) lässt sich entnehmen, dass die Beschwerdeführerin nach der abweisenden Verfügung vom 18. März 2015 erneut stationär behandelt wurde (Aufenthalt vom 19. März bis 4. Mai 2015). Der Klinikaufenthalt sei vorzeitig erfolgt, dies aufgrund eines Todesfalles in der Familie. Bei jedem Klinikaufenthalt sei eine Verschlechterung des allgemeinen psychischen Zustandsbilds im Vergleich zum Zeitpunkt des vorherigen Austritts bemerkt worden. Während den Hospitalisationen habe sich die Beschwerdeführerin etwas stabilisieren können. Sie leide an einer inzwischen chronifizierten PTBS. Bei Klinik eintritt am 19. März 2015 sei zusätzlich eine komorbide mittelgradige depressive Episode diagnostiziert worden. Obwohl eine rezidivierende depressive Störung bekannt sei, sei bei früheren Hospitalisationen von einer (Teil-) Remission ausgegangen worden, während dieses Mal die Kriterien (ICD-10 F33.1) erfüllt gewesen seien. Im Verlauf der Behandlung hätten weitere Symptome festgestellt werden können (frei flottierende Ängste, ständige Sorgen um Angehörige mit bildhaften Vorstellungen von Katastrophen, begleitet von vegetativer Übererregbarkeit und Anspannung), welche die Kriterien einer generalisierten Angststörung (ICD-10 F41.1) erfüllen würden

(Urk. 7/295/4). Während früheren Aufenthalten auf den Akutstationen der B.____ (2009, 2010, 2012) seien die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) sowie einer Agoraphobie gestellt worden. Während der ersten Hospitalisation auf der Spezialstation für Traumafolgestörungen vom 22. August

bis 5. Oktober 2012 sei die Diagnose einer PTBS zum ersten Mal gestellt worden. Seit dem 18. April 2014 seien neu eine depressive Episode sowie eine generalisierte Angststörung zusätzlich diagnostiziert worden. Die aktuellen Diagnosen seien daher: PTBS (ICD-10 F43.1), rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), eine Agoraphobie ohne Angabe einer Panikstörung (ICD-10 F40.00) sowie eine generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1, Urk. 7/295/5).

E. 4.4

Vom 6. April bis 6. Juni 2016 befand sich die Beschwerdeführerin abermals in stationärer psychiatrischer Behandlung auf der Spezialstation für Traumafolgestörungen der

B.____. Im Austrittsbericht vom 23. Juni 2016 (Urk. 7/318) stellten die Behandler folgende psychiatrischen Diagnosen (Urk. 7/318/1 f.): - PTBS (ICD-10 F43.1) - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) - Agoraphobie: Ohne Angabe einer Panikstörung (ICD-10 F40.00) - Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen), gemischt (ICD-10 F44.7, «Anfälle» mit Stürzen, wahrscheinlich im Rahmen von Flashbacks, MRI-Schädel vom 13. September 2012, C.____ : maximal 12mm grosses Meningeom entlang der vorderen Lippe des inneren Gehörganges links und des angrenzenden Os petrosum links als Zufallsbefund, ohne Kompression von umgebenden Strukturen. Kein pathologischer Fokus im Hirnparenchym, EEG vom 27. September 2012, Praxis Dr. D.____ in E.____ : Befund unauffällig, trotz eines Anfalls während der Aufzeichnung) - Generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1)

Daneben wurden zahlreiche weitere somatische Diagnosen vermerkt und darauf hingewiesen, dass multiple, teils schwerwiegende somatische Erkrankungen eine invalidisierende Wechselwirkung mit den psychischen Störungen darstellen würden (Urk. 7/318/1 f.). Ferner ergänzten die Behandler, die Beschwerdeführerin leide seit Jahren unter rezidivierenden Depressionen, einer Agoraphobie, generalisierten Ängsten sowie einer PTBS mit dissoziativen Symptomen. Als Zeugin von Gewalt im Krieg in Exjugoslawien und vor allem vom gewaltsamen Tod der eigenen Tochter hätten sich Symptome aus allen Clustern der PTBS entwickelt, jedoch mit subsyndromalem Verlauf, bis zu einem Gefängnisaufenthalt im Jahr 2009, welchen die Beschwerdeführerin als retraumatisierend erlebt habe. Die Symptomatik habe sich durch eine erneute Inhaftierung im Dezember 2015 verstärkt (Urk. 7/318/1). Des Weiteren habe sie sich im Vergleich zum letzten Aufenthalt deutlich weniger stabil mit bedrückter Grundstimmung, erhöhter Ängstlichkeit, Lustlosigkeit, teilweise

Hoffnungslosigkeit und Resignation gezeigt (Urk. 7/318/3). Während der Hospitalisation habe sich das Zustandsbild langsam, aber kontinuierlich verbessert. Am Jahrestag des Todes ihrer Tochter sowie einem Arbeitsunfall des Sohnes (beides im Mai) sei es zu depressiven Einbrüchen mit vorübergehender Dekompensation gekommen. Die Beschwerdeführerin fühle sich seit Jahren psychisch belastet (Urk. 7/318/4). Nach dem Tod der Tochter sei das Überleben der übrigen Kinder im Vordergrund gestanden, weshalb sie sich mit Arbeit, Haushalt und Erziehungsaufgaben beschäftigte und zum Teil erhebliche Kraft und Ressourcen gezeigt habe. Zu diesem Zeitpunkt sei von einem subsyndromalen Verlauf der PTBS ausgegangen worden. Während des Gefängnisaufenthaltes in den Jahren 2008-2009 sei es zu einer Exazerbation der Symptomatik und einer Erweiterung der Auslösereize sowie des Vermeidungsverhaltens gekommen. Inzwischen sei die Beschwerdeführerin kaum in der Lage, ohne Begleitung die Wohnung zu verlassen. Sie fahre seit Jahren nicht

mehr mit öffentlichen Verkehrsmitteln. Dieses Verhalten scheine eine agoraphobische Komponente zu haben, indem fehlende Flucht- und Rückzugsmöglichkeiten eine Rolle spielen würden, andererseits stünde es in direkter Verbindung mit der PTBS, indem sie Angst habe, im Rahmen von Flashbacks respektive dissoziativen Zuständen zu stürzen und sich ernsthaft zu verletzen, was auch vorkomme. Die depressive Symptomatik erscheine inzwischen chronifiziert, die Ausprägung je nach aktueller Situation schwankend von leicht - bis mittelgradig. Zusätzliche Symptome wie frei

flottierende Ängste, ständige Sorgen um die Familie und künftiges Unglück mit bildhaften Vorstellungen sowie vegetativer Übererregbarkeit liessen sich am besten durch die Diagnose einer generalisierten Angststörung klassifizieren. Obwohl Ressourcen durchaus vorhanden seien (handwerkliche Interessen, soziale Kompetenzen, Beziehung zu Kindern und Enkelkindern), gelinge es ihr nicht mehr, Selbständigkeit zu entwickeln. Im geschützten Rahmen könne sie sich stabilisieren, genieße den Kontakt zu Mitpatienten sowie die Tagesstruktur, welche die Therapie biete. Zu einer verpflichtenden Tagesstruktur ausserhalb des Kliniksettings sei sie aufgrund ihrer Ängste kaum zu motivieren (Urk. 7/318/5).

E. 4.5

Die Beschwerdeführerin wurde sodann im Rahmen einer Freiheitsstrafe

aufgrund einer Dekompensation mit schweren Erregungszuständen am 20. Juni 2017 durch den G. ___ des Amtes für Justizvollzug des Kantons Zürich

ins

H. ___ eingewiesen. Nach einem zehnwöchigen Aufenthalt auf der Spezialstation für Traumafolgestörungen (11. April bis 20. Juni 2017, Urk. 7/329/13-15) sei ein Übertritt ins Gefängnis I. ___ geplant gewesen. Aufgrund einer psychischen Dekompensation sei die Beschwerdeführerin als nicht hafterstellungsfähig beurteilt und am 20. Juni 2017 ins H. ___ verlegt worden (Urk. 7/329/16 f.).

Vom 7. bis 17. Juli 2017 befand sie sich sodann aufgrund einer gynäkologischen Operation in der Frauenklinik des F. ___ (Urk. 7/329/9). Hernach trat sie wieder ins H. ___ ein, wo sie bis zur bedingten Entlassung am 9. August 2017 verblieben sei

(Urk. 7/329/10).

Im Rahmen der Austrittsberichte vom 20. Juni 2017 (Urk. 7/329/13-15), 9. August 2017 (Urk. 7/329/8-11) sowie 5. September 2017 (Urk. 7/329/16-19) hielten die Behandler an den im Bericht vom 23. Juni 2016 gestellten Diagnosen fest (Urk. 7/318/1 f., Urk. 7/329/13 f., Urk. 7/329/16 f., Urk. 7/329/21 f.). Das H. ___

sowie die Spezialstation für Traumafolgestörungen

bescheinigten für die gesamte Dauer der

Hospitalisationen eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Urk. 7/329/17, Urk. 7/329/14).

E. 4.6

Mit Bericht vom 28. Oktober 2017 (Urk. 7/317) erklärte die behandelnde Psychiaterin, Dr. med.

J.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, die Beschwerdeführerin befinde sich seit dem Jahr 2012 bei ihr in Behandlung. Ihr psychischer Zustand sei, seit sie die Beschwerdeführerin kenne, instabil. Sie leide unter einer PTBS, rezidivierenden depressiven Störungen, einer Agora phobie ohne Angaben einer Panikstörung sowie einer generalisierten Angst störung. Im Rahmen der psychischen Erkrankungen sei es der Beschwerdeführerin unmöglich, ohne Begleitung ihre Wohnung zu verlassen oder einkaufen zu gehen. Ihre Angst beziehe sich vor allem auf rezidivierende Stürze (Flashbacks mit Dis soziation). Seit 2015 habe sich die gesamte Symptomatik infolge einer Retrauma tisierung verstärkt. Dies vor allem mit a usgeprägter innerlicher Unruhe und Zunahme der Frequenz der Flashbacks mit kör perlichen Verletzungen durch plötzliches Umfallen mit Bewusstlosigkeit (Urk. 7/317/1 f.). Trotz intensiver Betreu ung durch die Spitex habe die Beschwerdeführerin wieder hospitalisiert werden müssen. Seitdem sei der psychische Zustand leider nicht besser. Es bestehe eine ausgeprägte psychische Instabilität mit einer invalidisierenden, therapie resistenten posttraumatischen- und Angstsymptomatik. Die Versicherte sei nicht in der Lage, ihren Alltag alleine zu bewältigen. Zudem leide sie an verschiedenen somatischen Erkrankungen (Urk. 7/317/2). 4.

E. 5

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommens vergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswir kungen des Gesundheitszustands) beruht (Urteil des Bundesgerichts 9C_599/2016 vom 29. März 2017 E. 3.1.2 unter Hinweis auf 8C_441/2012 vom 25. Juli 2013 E. 3.1.2). 1.

E. 5.2

Was den somatischen Gesundheitszustand anbelangt, so lässt sich den Akten ent nehmen, dass sich die Beschwerdeführerin am 30. November 2017 einer Nagelex traktion am rechten grossen Zeh unterzog, welche regelrecht verlief. Zuvor hatte eine Beinvenenthrombose (TVT) angiologisch ausgeschlossen werden können (Urk. 7/327/4). Am 29. Juni 2017 wurde bei der Beschwerdeführerin sodann auf grund anhaltender Blutungen eine Hysterektomie vorgenommen. Dem Bericht der behandelnden Ärztin ist diesbezüglich zu entnehmen, dass die Beschwerde führerin nach Abschluss der Heilung zu ihrer ursprünglichen Tätigkeit zurück kehren könne (Urk. 7/328/3) . Für anhaltende Beschwerden nach der erfolgten Hysterektomie finden sich in den Akten keine Anhaltspunkte. Insbesondere macht die Beschwerdeführerin auch nicht geltend, aktuell aufgrund gynäkologischer Beschwerden in ärztlicher Behandlung zu sein respektive dadurch in ihrer Arbeits fähigkeit eingeschränkt zu sein. Des Weiteren unterzog sie sich am 6. Dezember 2017 einer Carpaltunneloperation, wobei ein unkomplizierter Opera tionsverlauf und ein regelrechter postoperativer Verlauf statuiert wurden (Urk. 7/331/3 f., Urk. 7/338/5). Anlässlich der Nachkontrolle vom 20. Februar 2018 beklagte die Beschwerdeführerin Schmerzen im Bereich der Handwurzel reihe infolge eines Sturzes. Frische

ossäre traumatische Läsionen fanden sich jedoch nicht (Urk. 7/331/5). Entgegen der Behauptung der Beschwerdeführerin konnte sodann ein allfälliges Schlafapnoesyndrom fachärztlich ausgeschlossen werden , worauf schon im Urteil des Gerichts vom 23. Mai

2017 hingewiesen worden war (Urk. 1 S. 7, Urk. 7/299/6). Betreffend die übrigen somatischen Beschwerden finden sich in den Akten keine Hinweise auf eine relevante Verschlechterung. Die Beschwerdeführerin war denn auch offenbar lediglich zweimal zur Behandlung im K.____ (Urk. 7/333) und ihr Hausarzt verwies am 1. Dezember 2017 auf seine früheren Berichte (Urk. 7/322). Aus somatischer Sicht kann daher nicht von einer relevanten Verschlechterung des Gesundheitszustandes ausgegangen werden.

E. 5.3.1

In psychischer Hinsicht statuierte Dr. M.____ ebenfalls einen unveränderten Gesundheitszustand (Urk. 7/349/5). Dagegen brachte die Beschwerdeführerin vor, es seien bei ihr neue psychiatrische Diagnosen gestellt worden, so namentlich eine generalisierte Angststörung sowie dissoziative Störungen (Urk. 1 S. 7). Dr. M.____

hielt diesbezüglich

jedoch schlüssig fest, bereits im Bericht de r

B.____ vom 18. Juni 2012 sei beschrieben worden, dass die Beschwerdeführerin darüber berichte, den ganzen Tag von Ängsten gequält zu werden, jemandem aus ihrem Umfeld sei etwas passiert. Ferner seien im besagten Bericht diverse Ängste und filmartige Erinnerungen an belastende Momente erwähnt worden (Urk. 7/349/3, Urk. 7/192/2). Im Bericht der B.____ vom 27. November 2012 seien zudem sich auf drängende Bilder beschrieben worden. Unter anderem habe die Beschwerdeführerin belastende Erinnerungen angegeben. Des Weiteren hätten damals generalisierte Ängste bestanden (Urk. 7/349/4, Urk. 7/205/3).

Die behandelnde Psychiaterin Dr. J.____ berichtete überdies schon am 14. September 2012 von frei flottierenden und phobischen Ängsten (Urk. 7/192/6).

Auch im A.____ -Gutachten gab die Beschwerdeführerin an, dass sie andauernd Angst habe (Urk. 7/225/

E. 5.3.2

Die Beschwerdeführerin bringt weiter vor, die rezidivierende depressive Störung habe sich im Vergleich zum A.____ -Gutachten verschlechtert, indem jetzt nicht mehr nur eine leichte, sondern eine mittelgradige Episode vorliege (Urk. 1 S. 7). Es trifft zu, dass die Behandler der B.____ seit ihrem Bericht vom 15. Mai 2015 und anlässlich der stationären Aufenthalte der Beschwerdeführerin grösstenteils von einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, berichteten (Urk. 7/296/1, Urk. 7/329/13, Urk. 7/302/1, Urk. 7/329/16). Konträr dazu sprachen sie im Jahr 2014 noch von einer remittierten Depression (Urk. 7/251/1). Weshalb die Ärzte der B.____ seit Mai 2015 von einer mittelgradigen Episode ausgingen, erscheint jedoch nicht nachvollziehbar. So unterscheidet sich der anlässlich des Klinikeintritts am 28. Oktober 2013 erhobene psychiatrische Befund nicht wesentlich von jenem gemäss dem Bericht vom 23. Juni 2016. Sowohl im Jahr 2013 als auch im Jahr 2016 sei die Beschwerdeführerin im Kontaktverhalten freundlich und zugewandt sowie bewusstseinsklar und allseits orientiert gewesen, wobei die Konzentrations- und Merkfähigkeitsleistungen schwankend gewesen seien. Zudem wurden gewisse Gedächtnisstörungen geschildert und das formale Denken als kohärent mit Tendenz zum Grübeln beschrieben. Ferner hätten sich keine Anhaltspunkte für Ich-Störungen, Sinnestäuschungen oder Wahn ergeben, wobei im Bericht vom Juni 2016 zusätzlich erwähnt wurde, dass die Beschwerdeführerin über gelegentliches

Stimmenhören berichte. In der Affektivität wurde sie anlässlich der Untersuchung im Oktober 2013 als labil mit Schwankungen zum depressiven Pol und im Juni 2016 als mittelgradig deprimiert bezeichnet (Urk. 7/318/3, Urk. 7/251/3). Trotzdem gingen die Behandler der B. ___ im Jahr 2013 von einer remittierten und im Jahr 2016 von einer mittelgradigen Depression aus, was nicht schlüssig erscheint. Ausserdem gingen die Fachleute der B. ___ nach dem Austritt aus der letzten stationären Behandlung am 9. August 2017 so gar

wieder von einer leichten depressiven Episode aus (Urk. 7/329/8).

Im Rahmen der stationären Aufenthalte attestierten sie ihr jeweils eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 7/329/14, Urk. 7/329/17). Es erscheint nachvollziehbar, dass sich der psychische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin im Rahmen der Klinikaufenthalte von April bis August 2017 kurzzeitig verschlechterte und sie für diese Zeitspanne eine tiefere Arbeitsfähigkeit aufwies. Diese Verschlechterung ist jedoch als vorübergehend und vor dem Hintergrund der Inhaftierung beziehungsweise Freiheitsstrafe zu sehen. Dafür spricht, dass ihre behandelnde Psychiaterin sie am 17. Juli 2017 in das H. ___ der B. ___

mit der Begründung überwies, es handle sich um eine Krisenintervention bei starker psychosozialer Belastung und auf den drohenden Gefängnisarrest verwies (Urk. 7/329/7).

Dr. J. ___ ging in ihrem Bericht vom 13. Januar 2018 von einer mittelgradigen depressiven Episode mit 100%iger Arbeitsfähigkeit seit dem Jahr 2009 aus (Urk. 7/329/2). Allerdings erscheint es nicht schlüssig, wenn sie zum einen angibt, die mittelgradige depressive Episode bestehe seit dem Jahr 2007 und zum anderen erklärt, der psychische Zustand der Beschwerdeführerin sei seit der Inhaftierung im Dezember 2015 labiler geworden (Urk. 7/329/2 f.). Insbesondere die seit dem Jahr 2015 erhöhte Ängstlichkeit, die Zunahme der sich aufdrängenden belastenden Erinnerungen und die erhöhte Frequenz der Dissoziationsepisoden mit Alpträumen und akustischen Halluzinationen spiegeln sich nicht im Bericht der B. ___ vom 9. August 2017 über den aktuellsten Klinikaufenthalt vom Juli bis August 2017 wieder, wo ein eher moderater psychopathologischer Befund bei einer leichten depressiven Episode erhoben wurde (im Affekt leichtgradig niedergestimmt, schwingungsfähig, psychomotorisch unauffällig, Schlaf und Appetit normal, Urk. 7/329/9). Die von Dr. J. ___ beschriebene erhöhte Labilität seit dem Jahr 2015 lässt sich denn auch aus den soeben genannten Berichten der B. ___ über die stationären Aufenthalte der Beschwerdeführerin nicht herauslesen (Urk. 7/318/3, Urk. 7/251/3, Urk. 7/329/8). Der Einwand der Beschwerdeführerin, es sei neu von einer Verschlechterung der Depression im Sinne einer mittelgradigen depressiven Episode auszugehen, überzeugt nach dem Gesagten nicht.

E. 5.3.3

Schliesslich wirft die Beschwerdeführerin ein, es sei bei ihr im Zusammenhang mit einer Inhaftierung von Dezember 2015 bis Januar 2016 zu neuen Retraumatisierungen gekommen, weshalb die Diagnose einer PTBS nun als gesichert gelte und mittlerweile nicht nur chronifiziert, sondern auch schwer ausgeprägt sei (Urk. 1 S. 5-7).

Wie die RAD-Psychiaterin ausführte, wurde bereits im A. ___ -Gutachten ausführlich diskutiert, weshalb keine PTBS vorlag, und das Gericht wich von dieser Ansicht in seinem Urteil nicht ab

(Urk. 7/349/4). So hielt der psychiatrische Gutachter in Auseinandersetzung mit den Vorakten und divergierenden

fachärztlichen Meinungen fest, dass die Diagnose einer PTBS nach ICD-10 nur gestellt werden sollte, wenn sie innerhalb von sechs Monaten nach einem traumatischen Ereignis von aussergewöhnlicher Schwere auftrat und die Symptomatik typisch sei.

Die Beschwerdeführerin habe jedoch anlässlich der psychiatrischen Untersuchung keine starke posttraumatische Symptomatik angegeben und ihre Stürze könnten auch durch eine Konversionssymptomatik bei auffälligen histrionischen Persönlichkeitszügen bedingt sein (Urk. 7/225/18 f.). In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 24. Februar 2014 erklärte er sodann, auch wenn eine gewisse posttraumatische Symptomatik vorliege, könne eine Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht nicht begründet werden, da es sich bei der PTBS um eine syndromale Diagnose handle und eine schwere komorbide psychische Störung fehle (Urk. 7/253/2). Die Beschwerdeführerin verbüsste bereits im Jahr 2009 – also vor der A.____-Begutachtung – eine zweijährige Gefängnisstrafe (Urk. 7/225/14). Trotzdem konnte anlässlich der Begutachtung keine starke posttraumatische Symptomatik festgestellt werden. In der Zwischenzeit fand eine einmonatige Inhaftierung von Dezember 2015 bis Januar 2016 statt (Urk. 7/318/1). Eine weitere Freiheitsstrafe verbrachte sie vom 20. Juni bis 9. August 2017 (bedingte Entlassung) auf der Akutstation der B.____, da sie für nicht hafterstellungsfähig befunden worden war (Urk. 7/329/9). Angesichts dieser Tatsache erscheint es nicht nachvollziehbar, weshalb sich die Symptomatik einer PTBS seit Dezember 2015 verstärkt respektive herausgebildet haben sollte. Vielmehr wäre zu erwarten gewesen, dass eine entsprechende Befunderhebung bereits im Jahr 2013 möglich gewesen wäre, zumal die Beschwerdeführerin dazumal bereits eine zweijährige Freiheitsstrafe verbüsst hatte. Wie bereits erwähnt, konnte der psychiatrische Gutachter jedoch eine PTBS ausschliessen. Daran ändern auch die gegen teiligen Berichte der B.____ nichts, denn diese wiesen schon im Zusammenhang mit dem Gefängnisaufenthalt aus dem Jahr 2009 auf eine Retraumatisierung im Rahmen einer PTBS hin (Urk. 7/318/1, Urk. 7/192/6), welche der Gutachter – wie bereits erwähnt – auch bei der damaligen Sachlage ausschloss (Urk. 7/225/17 ff.). Damit erweist sich die Schlussfolgerung der RAD-Psychiaterin, wonach nicht von einer Retraumatisierung ausgegangen werden könne, als folgerichtig (Urk. 7/349/4).

Dafür spricht auch die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin sich erst im April 2016 – also rund drei Monate nach der Entlassung aus der Inhaftierung im Januar 2016 – in stationäre psychiatrische Behandlung begab (Urk. 7/318/1). Dass die übrigen Behandler des B.____ und die behandelnde Psychiaterin an dieser Diagnose festhalten, vermag keine relevante Gesundheitsverschlechterung zu bestätigen.

Damit ist auch in psychischer Hinsicht keine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes ausgewiesen. 5. 4

Zusammengefasst

bestehen keine Zweifel an den RAD-Stellungnahmen. Nach dem Ausgeführten ist eine anspruchrelevante gesundheitliche Verschlechterung im hier massgebenden Beurteilungszeitraum nicht erstellt und von weiteren Abklärungen ist in antizipierter Beweiswürdigung

(vgl.

BGE 124 V 90 E. 4b, 122 V 157 E. 1d und 136 I 229 E. 5.3) kein anderes Ergebnis zu erwarten. Eine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes ist vor diesem Hintergrund nicht auszumachen. Eine Abänderung der damals gerichtlich bestätigten rentenverneinenden Verfügung aus Gründen einer gesundheitlichen Verschlechterung drängt sich daher nicht auf.

E. 5.5

Gegen die ebenfalls in der angefochtenen Verfügung vorgenommene Überprüfung des Invaliditätsgrades aufgrund der ab 1. Januar 2018 in Kraft stehenden Bestimmungen zur gemischten Methode (Art. 27 bis

Abs. 2 IVV in Verbindung mit den Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 1. Dezember 2017), die erneut keine rentenbegründende Invalidität ergab (Urk. 2 S. 2), liess sich die Beschwerdeführerin nicht vernehmen und es besteht keine Veranlassung, dass das Gericht darauf von Amtes wegen zurückkommen müsste.

Damit erweist sich die angefochtene Verfügung der Beschwerdegegnerin als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 6.

E. 6

Die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Art. 59 Abs. 2 bis IVG). Nach Art. 49 IVV beurteilen die RAD die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs. Die geeigneten Prüfmethode können sie im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz und der allgemeinen fachlichen Weisungen des Bundesamtes frei wählen (Abs. 1). Die RAD können Versicherte bei Bedarf selber ärztlich untersuchen. Sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest (Abs. 2; Urteil des Bundesgerichts 9C_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweis auf BGE 135 V 254 E. 3.5).

Die Funktion interner RAD-Berichte besteht darin, aus medizinischer Sicht – gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen sei. Sie würdigen die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht (Urteil des Bundesgerichts 9C_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweisen).

RAD-Berichte sind versicherungsinterne Dokumente, die von Art. 44 ATSG betreffend Gutachten nicht erfasst werden; die in dieser Norm vorgesehenen Verfahrensregeln entfalten daher bei Einholung von RAD-Berichten keine Wirkung (Urteil des Bundesgerichts 8C_385/2014 vom 16. September 2014 E. 4.2.1 mit Hinweis auf BGE 135 V 254 E. 3.4).

Praxismässig kommt einer reinen Aktenbeurteilung des RAD im Vergleich zu einer auf allseitigen Untersuchungen beruhenden Expertise, welche auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der

Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und die Schlussfolgerungen widerspruchsfrei begründet, nicht der gleiche Beweiswert zu (Urteil des Bundesgerichts 8C_971/2012 vom 11. Juni 2013 E. 3.4).

2.

2.1

In der angefochtenen Verfügung vom 12. Februar 2019 (Urk. 2) hielt die Beschwerdegegnerin fest,

die Beschwerdeführerin sei weiterhin zu 80 % arbeitsfähig in einer angepassten Tätigkeit.

Im Vergleich zu den Berichten aus der Zeit von vor dem A.____-Gutachten seien keine neuen Diagnosen genannt worden. Im Gutachten sei ausführlich diskutiert worden, weshalb keine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) vorliege. Es könne nicht von einer Retraumatisierung ausgegangen werden. Verschiedene somatische Diagnosen seien bereits beim letzten Entscheid der IV-Stelle bekannt gewesen. Eine Verschlechterung könne nicht nachvollzogen werden, ergänzende Abklärungen seien nicht notwendig.

Nach der neuen Berechnungsmethode des Invaliditätsgrades bei teilweiser Erwerbstätigkeit, die

ab 1. Januar 2018 gelte, ergebe sich ein Invaliditätsgrad von 36 % (Urk. 2 S. 2).

Auch wenn von einer vollen Erwerbstätigkeit ausgegangen würde, ergebe sich bei einer 80%igen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit kein Anspruch auf eine Invalidenrente. Aus den genannten Gründen sei von keiner Verschlechterung auszugehen und es bestehe kein Anspruch auf eine Invalidenrente (Urk. 2 S. 3). 2.2

Demgegenüber machte die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerde vom 12. März 2019 (Urk. 1) zusammengefasst geltend, aufgrund der nach Erlass der Verfügung vom 18. März 2015 ergangenen Berichte sowie Klinikaufenthalte sei erstellt, dass sich ihr Gesundheitszustand und ihre Arbeitsfähigkeit seit der letzten Verfügung und der A.____-Begutachtung im Januar 2013 klar verschlechtert hätten (Urk. 1 S. 5-7). Einerseits seien neue medizinische Sachverhalte eingetreten, zum anderen hätten sich die bestehenden somatischen Gesundheitsschädigungen verschlimmert. Demzufolge sei nun eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden. Die RAD-Beurteilungen vom 29. März sowie 28. Dezember 2018, wonach keine neuen medizinischen Fakten beziehungsweise Tatsachen vorlägen, seien nicht nachvollziehbar, unverständlich und aktenwidrig. Ohne ausreichende medizinische Abklärung dürfe nicht einfach von den neueren Berichten der behandelnden Psychiaterin abgewichen werden. Vielmehr hätte die Beschwerdegegnerin aufgrund ihrer Untersuchungspflicht aktuelle Berichte einholen müssen. Es sei überdies zunächst erneut ein polydisziplinäres oder wenigstens ein psychiatrisches Gutachten einzuholen, zumal an den RAD-Stellungnahmen Zweifel bestünden

(Urk. 1 S. 8). Die neuen Berichte respektive die Begutachtung würden dann zweifellos zu einem Rentenanspruch führen (Urk. 1 S. 9). 2.3

Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanschuldung der Beschwerdeführerin vom 29. Juni 2016 (Urk. 7/304) eingetreten. Demnach gilt es zu prüfen, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der letzten rechtskräftigen Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht,

verändert hat (vgl. E. 1.5 hiervor). Wie die Beschwerde führerin zu Recht festhält (Urk. 1 S. 4) bildet entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin (Urk. 2 S. 1) vorliegend die anspruchsverneinende Verfügung vom 18. März 2015 (Urk. 7/283) die Vergleichsbasis. Das Urteil des Sozial versicherungsgerichts vom 23. Mai 2017 bestätigte demgegenüber lediglich die vorgenannte Verfügung und kann nicht als zeitlich relevante Vergleichsbasis dienen.

Allerdings wurde darin der Sachverhalt, wie er sich bis zur damals angefochtenen Verfügung verwirklicht hatte, abschliessend gewürdigt .

Relevant für die vorliegende Frage einer relevanten Veränderung ist somit der Sachverhalt, wie er sich in d er Zeitspanne zwischen der leistungsabweisenden Verfügung vom 18. März 2015 und dem Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 12. Februar 2019 verwirklicht hat . 3. 3.1

Hinsichtlich der Aktenlage, die der

Verfügung vom 18. März 2015 (Urk. 7/283) zugrunde lag, kann auf die Darstellung im Urteil des hiesigen Gerichts vom 23. Mai 2017 (Urk. 7/312) verwiesen werden. Darin wurde dem A.____ -Gutachten vom 13. Mai 2013 (Urk. 7/225) samt dessen ergänzender Stellungnahme vom 24. Februar 2014 (Urk. 7/253) voller Beweiswert beigemessen. 3.2

Im polydisziplinären Gutachten des A.____ vom 13. Mai 2013 (Urk. 7 /225) wurden die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (Urk. 7/ 225/32):

- Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode mit Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F33.0/F43.1) - Agoraphobie (ICD-10 F40.0)
- Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5) - deutliche Wirbelsäulenfehlhaltung/- fehlform (deutliche thorakale Hyper kyphose sowie lumbale Hyperlordose) - aktuell radiomorphologisch beginnende Spondylarthrose im lumbosakralen Übergang bei ansonsten gut erhaltenen Bandscheiben höhen lumbal und leicht beginnenden Spondylosen ventral LWK 3 und LWK 4 - deutliche muskuläre Dysbalance mit Abschwächung der abdominalen und rückenstabilisierenden Muskelgruppen im Rahmen einer Adipositas mit einem BMI von 37 kg/m² - Klinisch sowie radiomorphologisch beginnende Femoropatellararthrose beidseits (ICD-10 M17.9) - muskuläre Dysbalance mit Abschwächung der kniestabilisierenden Muskel gruppen - Leichte Sehminderung beidseits
- Cataracta

incipiens beidseits (ICD-10 H28.1) - anlagebedingte Fehlsichtigkeit beidseits (ICD-10 H52.2) - Alterssichtigkeit beidseits (ICD-10 H50.5) - Engwinkelsituation (Grad I-II nach Schaffer) beidseits - Zustand nach YAG- Iridotomie rechts - Konjunktivitis sicca beidseits (ICD-10 H19.3) Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien die folgenden Diagnosen (Urk. 7 /225/33): - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) - Akzentuierte histrionische Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) - Ausgeprägtes chronisches multilokuläres Schmerzsyndrom (ICD-10 R52.9) - Abdominale Beschwerden unklarer Ätiologie - Status nach Leberteilresektion und Cholecystektomie wegen Hämangiom 1999 - axiale Hiatushernie , keine Refluxoesophagitis unter Therapie , Status nach Helicobacter -Infekt des Magens - Adipositas, BMI 37 kg/m² (ICD-10 E66.0) - Varikosis cruris (ICD-10 I83.9) - beginnende chronisch-venöse Insuffizienz Grad I - Fortgesetzter Nikotinkonsum, schädlicher Gebrauch (circa 60 packy ears) (ICD-10 F17.1)

Zur Arbeitsfähigkeit wurde festgehalten, aus polydisziplinärer Sicht sei die Versicherte für eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit zu 80 % arbeits- und leistungsfähig, in einem ganztägigen Pensum mit vermehrten Pausen verwertbar (Urk. 7/225/34 und 7/225/36).

Aufgrund der anamnestischen Angaben, der Untersuchungsbefunde, der vorliegenden Dokumente und der früher attestierten Arbeitsunfähigkeiten sei davon auszugehen, dass die Arbeitsfähigkeit vor allem durch das psychische Leiden seit 2009 eingeschränkt sei. Im Oktober 2009 sei die Versicherte erstmals psychiatrisch hospitalisiert gewesen. Damals sei eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert worden. Daraus könne auf eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit während der Hospitalisation geschlossen werden. Im Verlauf der letzten Hospitalisation hätten sich die depressiven Symptome zurückgebildet. Die gutachterlich festgestellte Arbeitsfähigkeit gelte sicher ab dem Untersuchungsdatum im Januar 2013, sie sei über die Zeit gemittelt wahrscheinlich seit Oktober 2009 anzunehmen (Urk. 7/225/34). Die aufgrund des somatischen Leidens bestehenden qualitativen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit mit nur noch leichter Tätigkeit bestünden sicher seit der MEDAS-Begutachtung 2006 (Urk. 7/225/35).

Bei der Haushaltstätigkeit bestünden wie bei einer Erwerbstätigkeit Einschränkungen bezüglich körperlich schwerer und mittelschwerer Arbeiten. In einem kleinen Haushalt kämen diese aber nicht so oft vor. Zudem sei es möglich, die Arbeiten mit individuellen Pausen zu verrichten. Im Haushalt sei daher eine Arbeitsunfähigkeit von 15 % anzunehmen (Urk. 7/225/35 und 7/225/36). 3.3

Ein stationärer Aufenthalt auf der Spezialstation für Traumafolgestörungen der B. ___ fand vom 28. Oktober bis zum 10. Dezember 2013 statt. Im Zwischenbericht vom 10. Dezember 2013 (Urk.

E. 6.1

Die Kosten des Verfahrens (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) sind auf Fr. 700.-- festzusetzen. Ausgangsgemäss sind sie der Beschwerdeführerin aufzuerlegen, zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung (Urk. 8) jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

E. 6.2

Mit Honorarnote vom 3. Mai 2019 machte der unentgeltliche Rechtsvertreter, Peter Stadler, einen Aufwand von 8.75 Stunden und Barauslagen von Fr. 57.75 geltend (Urk. 10). Dieser Aufwand

ist unter Berücksichtigung

der Bedeutung der Streitsache und

der Schwierigkeit des Prozesses angemessen. Dementsprechend ist die Entschädigung für die unentgeltliche Rechtsvertretung beim gerichtlichen Stundenansatz von Fr. 220.-- auf Fr. 2'135.50 (inklusive

Barauslagen und Mehrwertsteuer)

festzusetzen.

E. 6.3

Die Beschwerdeführerin ist auf § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hinzuweisen, wonach sie zur Nachzahlung der Gerichtskosten sowie der Entschädigung an Rechtsanwalt Peter Stadler verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Dr. Peter Stadler, Zürich, wird mit Fr. 2'135.- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

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

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

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, 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 Fehr Reiber

E. 7

Der Oberarzt der chirurgischen Klinik des F.____ hielt in seinem Bericht vom 30. November 2017 (Urk. 7/327/3-4) die Diagnosen einer ausgeprägten schmerzhaften Onychomykose des grossen Zehs rechts, eines Diabetes mellitus Typ II unter OAD sowie muskuloskelettale Beinschmerzen rechts (Sonographie untere Extremität rechts vom 6. Juni 2017: kein Hinweis auf eine tiefe Beinvenenthrombose [TVT], anamnestisch Status nach TVT vor Jahren) fest (Urk. 7/327/1). Nach unauffälliger angiologischer Voruntersuchung sei die geplante Nagelexzision erfolgt (Urk. 7/327/4). 4.

E. 8

Dem Operationsbericht der Klinik für Plastische Chirurgie und Handchirurgie des K.____ vom 14. Dezember 2017 (Urk. 7/331/2-3) ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin sich am 6. Dezember 2017 einer Carpal tunneloperation unterzog (Urk. 7/331/2). Dabei wurde über einen regelrechten Operationsverlauf berichtet und eine moderate Schonung der Hand über sechs Wochen postoperativ empfohlen (Urk. 7/331/3). Am 20. Februar 2018 habe die Beschwerdeführerin über Schmerzen des rechten Handgelenks nach einem Sturz

geklagt (Urk. 7/331/4). Die darauf folgende radiologische Untersuchung habe keine Hinweise auf frische ossäre traumatische Läsionen gezeigt (Urk. 7/331/5). 4.

E. 9

In ihrem Bericht vom 27. Dezember 2017 (Datum Eingang Beschwerdegegnerin, Urk. 7/328) hielt die Oberärztin der Frauenklinik des F.____ als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit rezidivierende PMP-Blutungen seit 2012 sowie AGC-NOS im PAP fest (Urk. 7/328/1). Die Beschwerdeführerin habe sich vom 7. bis 11. Juli 2017 zwecks einer Hysterektomie bei ihnen in stationärer Behandlung befunden

(Urk. 7/328/2). Nach Abschluss der Heilung könne sie wieder zu ihrer ursprünglichen Tätigkeit zurückkehren und es bestehe keine verminderte Leistungsfähigkeit (Urk. 7/328/3). 4.

E. 10

Die behandelnde Psychiaterin Dr. J.____

hielt in ihrem Bericht vom 13. Januar 2018 (Urk. 7/329/2-6)

einen sich verschlechternden Gesundheitszustand (Urk. 7/329/4) fest und nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/329/2): - PTBS (ICD-10 F43.1), 1991 - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), 2007 - Agoraphobie (ICD-10 F40.00), 2009 - Spezifische (isolierte) Phobien (Klaustrophobie, ICD-10 F40.2), 2009 - Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen, ICD-10 F44.7, 2012, Anfälle mit Stürzen, wahrscheinlich im Rahmen von Flashbacks, MRI-Schädel vom 13. September 2012, C.____ : maximal 12mm grosses Meningeom entlang der vorderen Lippe des inneren Gehörganges links und des angrenzenden Os petrosum links als Zufallsbefund, ohne Kompression von umgebenden Strukturen. Kein pathologischer Fokus im Hirnparenchym, EEG vom 27. September 2012, Praxis Dr. D.____ in E.____ : Befund unauffällig, trotz eines Anfalls während der Aufzeichnung)

Ferner notierte sie weitere somatische Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/329/2). Die Beschwerdeführerin sei seit Februar 2012 und bis auf Weiteres zu 100 % arbeitsunfähig, sowohl in angestammter als auch angepasster Tätigkeit (Urk. 7/329/6). An anderer Stelle hielt Dr. J.____ eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit seit dem Jahr 2009 fest (Urk. 7/329/2). Betreffend den Verlauf seit ihrem letzten Bericht im Jahr 2012 fügte sie an, trotz sieben stationären Behandlungen und regelmässiger ambulanter psychiatrischer Betreuung sei es der Beschwerdeführerin nicht wesentlich besser ergangen. Durch eine erneute Inhaftierung vom 19. Dezember 2015 bis 14. Januar 2016 habe eine Retraumatisierung stattgefunden und ihr psychischer Zustand habe sich verschlechtert. Im geschützten Rahmen habe eine gewisse Stabilisierung erreicht werden können, diese sei jedoch nicht nachhaltig gewesen. Die psychische Stabilisierung werde durch zahlreiche somatische Erkrankungen sowie durch die belastende Ehebeziehung erschwert. Seit der Inhaftierung im Dezember 2015 sei ihr psychischer Zustand labiler geworden, mit erhöhter Ängstlichkeit, Zunahme der aufdrängenden belastenden Erinnerungen durch Bilder, Gedanken, mit erhöhter Frequenz der Dissoziationsepisoden, Alpträumen, akustischen Halluzinationen (Urk. 7/329/3). Die Beschwerdeführerin sei im Bewusstsein klar und allseits orientiert. Subjektiv seien Konzentrationsstörungen vorhanden, welche im Rahmen der Konsultationen in verschiedenem Ausmass auch bemerkbar

gewesen seien. Das Denken sei formal unauffällig. Die Versicherte äussere Klagen über die verschiedenen psychischen und somatischen Beschwerden, vor allem Schmerzen und Atemschwierigkeiten. Die psychischen Beschwerden stünden im Vordergrund und würden überwiegen. Dies seien Alpträume, akustische Halluzinationen, Unruhe, Kraftlosigkeit, frei flottierende Ängste, Ungeduld sowie Reizbarkeit. Ihr Antrieb sei reduziert. Gedächtnisstörungen seien in der Form von sich aufdrängenden Bildern von mehreren traumatischen und belastenden Ereignissen vorhanden. Zudem komme es zu Dissoziationen mit Stürzen, einmal sei dies in ihrer Praxis geschehen. Psychomotorisch sei sie unruhig, die Stimmung sei depressiv, ängstlich, klagsam. Es bestünden frei flottierende sowie agoraphobische Ängste. Es gäbe keine Anhaltspunkte für Wahnideen und Ich-Störungen und Zwänge würden verneint (Urk. 7/329/3 f.) 4.

E. 11

In seiner Stellungnahme vom 29. März 2018 (Urk. 7/338/4-5) erklärte RAD-Arzt Dr. med. Dr. rer. pol.

L.____, Facharzt für Innere Medizin, eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes sei auch nach einem handchirurgischen Eingriff und psychiatrisch im Rahmen einer mittelgradigen Depression nicht nachvollziehbar, zumal eine mittelgradige Depression gut einer Therapie zugänglich sei. Eine Veränderung des poststationären Zustandes sei allenfalls für die Behandlung einer mittelgradigen Depression gegeben (Urk. 7/338/5).

Auf erfolgten Einwand im Vorbescheidverfahren hin legte die Beschwerdeführerin die medizinischen Unterlagen RAD-Ärztin Dr. med. M.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vor. In ihrer Stellungnahme vom 28. Dezember 2018 (Urk. 7/349/3-5) erklärte sie, im Vergleich zu den Berichten von vor dem A.____-Gutachten und zum A.____-Gutachten selber würden keine neuen Diagnosen genannt. Die Diagnose einer generalisierten Angststörung sei in den Berichten der B.____ vom 18. Juni 2012 sowie 27. November 2012 offensichtlich nicht separat gestellt worden, obwohl die Symptomatik jeweils beschrieben worden sei. In diesem Sinne könne mit Bezug auf die generalisierte Angststörung nicht von einer neuen Diagnose ausgegangen werden (Urk. 7/349/3 f.). Bei der im Bericht der B.____ vom 23. Juni 2016 aufgeführten Diagnose der dissoziativen Störungen (Konversionsstörungen, ICD-10 F44.7) handle es sich ebenfalls nicht um eine neue Diagnose. Bereits im Bericht von Dr. J.____ vom 14. September 2012 sei die entsprechende Diagnose, bestehend seit 2012, gestellt worden. Im A.____-Gutachten sei im Übrigen diskutiert worden, dass die Stürze auch durch eine Konversionssymptomatik bei auffälligen histrionischen Persönlichkeitszügen bedingt sein könne. Des Weiteren seien bereits in früheren Berichten mittelgradige depressive Episoden bei einer rezidivierenden depressiven Störung beschrieben worden, sodass diesbezüglich nicht von einer anhaltenden Verschlechterung ausgegangen werden könne. Im A.____-Gutachten sei diskutiert worden, weshalb keine PTBS vorliege. Da auch in keinem der früheren Gutachten eine PTBS diagnostiziert worden sei, könne auch nicht von einer Retraumatisierung ausgegangen werden. Die Aussage, dass die Diagnose einer PTBS mittlerweile als gesichert und chronifiziert zu gelten habe, könne nicht nachvollzogen werden. Sowohl das metabolische Syndrom wie auch das chronische pankreatobiliaire Syndrom und die Gonarthrose beidseits seien bekannt und neu als verschlechtert angegeben worden, was aufgrund fehlender Beweise (Laborbefunde, Röntgenbilder) nicht nachvollzogen werden könne. Im Bericht des F.____ vom 7. April 2015 sei zudem eine Schlafapnoe ausgeschlossen worden

(Urk. 7/349/4). Nicht einleuchtend sei, dass die behandelnde Psychiaterin eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit wegen zusätzlicher somatischer Erkrankungen attestiert habe. Erstens seien die somatischen Erkrankungen allesamt schon länger bekannt und zweitens handle es sich um eine fachfremde Beurteilung. Zusammenfassend könnten keine neuen medizinischen Fakten/Tatsachen erkannt werden, weshalb eine weitere Abklärung als nicht notwendig erachtet werde (Urk. 7/349/4 f.). 5 . 5 . 1

Die Beschwerdegegnerin stellte in der leistungsabweisenden Verfügung auf die Ausführungen der RAD-Ärzte Dr. L.____ sowie Dr. M.____ ab , welche sowohl in somatischer als auch in psychischer Hinsicht einen unveränderten Gesundheitszustand im Vergleich zum A.____ -Gutachten aus dem Jahr 2013 festhielten (Urk. 7/338/ 3, Urk. 7/349/5) . Dabei handelt es sich um Aktenbeurteilungen (Urk. 7/338/4-5, Urk. 7/349/3-5). Eine Aktenbeurteilung ohne eigene Untersuchung kann

beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt. Dies gilt grundsätzlich auch in Bezug auf Berichte und Stellungnahmen der RAD (vgl. das Urteil des Bundesgerichts 9C_335/2015 vom 1. September 2015 E. 3.1

mit Hinweis).

E. 13

). Diesem lässt sich entnehmen, dass der psychiatrische Gutachter die Ängste erkannte und sie im Rahmen einer affektiven Störung

beurteilte . Diese schränke die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht um 20 % ein (Urk. 7/225/

E. 16

). Daher vermag es nicht zu überzeugen, wenn die Ärzte der B.____ in ihrem Bericht vom 15. Mai 2015 an den damaligen Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin erklären, im Verlauf der Behandlung hätten weitere Symptome festgestellt werden können (frei flottierende Ängste, ständige Sorgen um Angehörige mit bildhaften Vorstellungen von Katastrophen, begleitet von vegetativer Übererregbarkeit und Anspannung), welche die Kriterien einer generalisierten Angststörung erfüllen würden (Urk. 7/296/1). In ihrem Bericht vom 5. September 2017 erklärten sie denn auch, die Beschwerdeführerin leide bereits seit Jahren unter generalisierten Ängsten (Urk. 7/329/16). Vor diesem Hintergrund erweist sich die Schlussfolgerung von Dr. M.____ , wonach die Angstsymptome früher schon vorhanden, in der B.____ aber nicht separat diagnostiziert worden seien , als überzeugend (Urk. 7/349/4).

Betreffend die vorgebrachte neue Diagnose der dissoziativen Störung (Urk. 1 S. 7) ist zu bemerken, dass die Behandler der B.____ diese zwar in ihren Bericht en

ab dem

E. 20

. Juni 2016 als neue Diagnose aufgeführt und erklärt en, die dissoziative Störung bestehe bei «Anfällen» mit Stürzen, wahrscheinlich im Rahmen von Flashbacks (Urk.

7/329/13, Urk. 7/302/1 , Urk. 7/329/8, Urk. 7 / 329/16). Dr. J.____ nannte diese Diagnose ebenfalls erstmals in ihrem Bericht vom 13. Januar 2018 (Urk. 7/329/2). Auch die diesbezügliche Problematik ist jedoch ,

wie die RAD-Psychiaterin nachvollziehbar festhält (Urk. 7/349/4) ,

schon seit längerem bekannt. Bereits im Bericht der B.____ vom 14. November 2012 wurden derartige Anfälle mit Stürzen vermerkt (Urk. 7/203/1). I m Rahmen der psychiatrischen A.____ -Begutachtung fiel die Beschwerdeführerin sodann hin und stand erst wieder auf, als der Gutachter ihr die Hand reichte (Urk. 7/225/ 15). Dieser hielt dazu fest, die Stü r ze könnten auch durch eine Konversionssymptomatik bei auffälligen histrio nischen Persönlichkeitszügen bedingt sein , und würdigte dies bei seiner Beurtei lung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/225/ 16 und 18).

Somit kann mit Bezug auf die vorgebrachte generalisierte Angststörung sowie die dissoziativen Störungen entgegen der Behauptung der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 7) nicht von neuen Diagnosen respektive einer Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes ausgegangen werden.

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