

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00343 vom 9. August 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-08-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00343

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00343 du 9 août 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00343 del 9 agosto 2020

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1978 und gelernte Büro- und Industriekauffrau sowie Mutter von zwei Kindern Jg. 1998 und 2001, war zuletzt ab dem 1. Juni 2008 in einem 100%-Pensum als Sachbearbeiterin Investitionsplanung und Projektcontrolling beim Y.____ tätig (Urk. 10/4 und Urk. 10/35). Nach längerer Arbeitsunfähigkeit und einer Anmeldung zur Früherfassung durch die Arbeitgeberin (Urk. 10/4) meldete sie sich ein erstes Mal am 22. Mai 2010 bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Hinweis auf die Verdachtsdiagnose Multiple Sklerose zum Leistungsbezug an (Urk. 10/9). Nach erwerblichen und medizinischen Abklärungen verfügte die IV-Stelle am 17. Februar 2011, dass kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung bestehe (Urk. 10/24).

Am 6. November 2011 meldete sie sich unter Hinweis auf einen verzögerten Heilungsverlauf nach einem am 16. April 2011 erlittenen Treppensturz erneut zum Leistungsbezug an (Urk. 10/31). Die IV-Stelle tätigte wiederum Abklärungen in erwerblicher und medizinischer Hinsicht, zog die Akten der Suva bei und veranlasste beim Z.____ eine polydisziplinäre Abklärung (Gutachten vom 20. Oktober 2014, Urk. 10/108/2-33). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 10/114, 10/119) verneinte sie mit Verfügung vom 6. Januar 2015 den Anspruch auf eine Invalidenrente (Urk. 10/121). Die dagegen gerichtete Beschwerde wies das hiesige Sozialversicherungsgericht mit Urteil vom 31. Oktober 2016 im Prozess IV.2015.00130 ab (Urk. 10/144).

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

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art.

E. 1.3

Wurde eine Rente

wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat.

Ergibt die Prüfung durch die Verwaltung, dass die Vorbringen der versicherten Person nicht glaubhaft sind, so erledigt sie das Gesuch ohne weitere Abklärungen durch Nichteintreten. Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

Ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG betrifft Änderungen in den persönlichen Verhältnissen der versicherten Person (BGE 133 V 454 E. 7.1). Dazu gehört namentlich der Gesundheitszustand. Dabei ist nicht die Diagnose massgebend, sondern in erster Linie der psychopathologische Befund und der Schweregrad der Symptomatik. Aus einer anderen Diagnose oder einer unter schiedlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus medizinischer Sicht allein kann somit nicht auf eine für den Invaliditätsgrad erhebliche Tatsachenänderung geschlossen werden (Urteil des Bundesgerichts 9C_602/2016 vom 14. Dezember 2016 E. 5.1 mit weiteren Hinweisen).

E. 1.4

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

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

Praxisgemäss darf das Gericht Gutachten externer Spezialärzte, welche von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholt wurden und den

Anforderungen der Rechtsprechung entsprechen, vollen Beweiswert zuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4, 135 V 465 E. 4.4, 125 V 351 E. 3b/ bb). 2.

E. 2

Hiergegen erhob die Versicherte am 15. Mai 2019 Beschwerde (Urk. 1) mit dem Rechtsbegehren (S. 2), die Verfügung vom 1. April 2019 sei aufzuheben und es seien die gesetzlichen Leistungen, insbesondere eine IV-Rente, zuzusprechen. Eventualiter seien weitere Abklärungen zu tätigen. In prozessualer Hinsicht ersuchte die Beschwerdeführerin um unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung. Die Beschwerdegegnerin beantragte in ihrer Beschwerdeantwort vom 19. Juni 2019 die Abweisung der Beschwerde (Urk. 9). Am 21. Oktober 2019 reichte die Beschwerdeführerin weitere Unterlagen ein (Urk. 12 und Urk. 13). Die Beschwerdegegnerin verzichtete am 18. November 2019 (Urk. 15) auf eine

weitere Stellungnahme, was der Beschwerdeführerin am 19. November 2019 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 16). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete ihren Entscheid (Urk. 2) damit, dass auf Grund des Verschlechterungsgesuchs und nach dem Urteil des Sozialversicherungsgerichtes vom 31. Oktober 2016 die gesundheitliche Situation abgeklärt worden sei. Dabei sei ein ärztliches Gutachten eingeholt worden und die Untersuchungen hätten ergeben, dass sich die Arbeitsfähigkeit seit dem letzten ärztlichen Gutachten nicht wesentlich verändert habe. Nach wie vor bestehe für eine körperlich leichte, überwiegend sitzende Tätigkeit unter Wechselbelastung eine zeitlich und leistungsmässig uningeschränkte Arbeitsfähigkeit und das Belastungsprofil entspreche der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Sachbearbeiterin. Auch die nach erhobenem Einwand eingeholten Akten wiesen keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes aus. Dringend empfohlen werde aber eine Reduktion des Körpergewichts und die sofortige Entwöhnung vom elektrischen Rollstuhl sowie die Reduktion des Schmerzmittelkonsums.

E. 2.2

Demgegenüber stellt sich die Beschwerdeführerin auf den Standpunkt (Urk. 1 S.

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin im Zeitraum zwischen dem Erlass der mit Urteil des hiesigen Gerichts bestätigten (Urk. 10/144) Verfügung vom 6. Januar 2015 bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 1. April 2019 in einer für den Rentenanspruch relevanten Weise verschlechtert hat. 3. 3.1

3.1.1

Im polydisziplinären Gutachten des Z.____ vom 20. Oktober 2014 (Urk. 10/108/2-33), welches in den Fachgebieten Allgemeine Innere Medizin, Orthopädie, Neurologie und Psychiatrie erstellt wurde, nannten die Experten die folgenden Diagnosen

mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 27 f.):

1. Chronische, vorwiegend belastungsabhängige Rückfusschmerzen rechts - diskret vermehrter Talusvorsprung und fraglich leicht vermehrte Aufklappbarkeit des unteren Sprunggelenkes bei allgemeiner Bandlaxität - Status nach diagnostischer OSG - Arthroskopie mit Meniskoidresektion

und Ganglionexstirpation am 16. Juni 2011 und nach Rearthroskopie sowie offener lateraler Bandplastik am 1. November 2012 - Status nach Rückfuss-Distorsionsstrauma bei Treppensturz vom 16. April 2011 - anamnestisch postoperatives CRPS Typ I, aktuell diesbezüglich unauffälliger Befund 2. Chronische, belastungsabhängige Kniebeschmerzen links - klinischer Verdacht auf beginnende degenerative Veränderungen - Status nach Arthroskopie mit wahrscheinlich Gelenktoilette etwa 1994 ohne näher diesbezügliche Unterlagen - aktuell kein Hinweis auf ein akutes Geschehen mit Ergussbildung, Rötung oder Überwärmung Zudem gaben sie folgende Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit an: 1. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - zervikozephalales Syndrom ohne Anhalt für radikuläre oder medulläre Beteiligung (MRI 03/2013) - Verdacht auf funktionelle Hemihypästhesie bei früherem aber nicht weiter bestätigtem Verdacht auf Multiple Sklerose - anamnestisch Migräne - anamnestisch Verdacht auf Small-Fiber-Neuropathie - anamnestisch multilokuläres Schmerzsyndrom mit Bevorzugung der linken Seite, auf orthopädischer Ebene nicht näher zuzuordnen 2. Arterielle Hypertonie - unter medikamentöser Behandlung kompensiert 3. Adipositas (BMI 36 kg/m²) 4. Anamnestisch allergisches Asthma bronchiale - aktuell unter Inhalationsbehandlung klinisch und subjektiv beschwerdefrei

3.1.2

Die Gutachter gaben an, aus allgemeininternistischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit der 36-jährigen Beschwerdeführerin in unauffälligem Allgemein- und adäquatem Ernährungszustand in der bisherigen Tätigkeit wie auch anderen körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeiten nicht eingeschränkt. Die Hypertonie und das Asthma seien bei klinisch unauffälligen Befunden medikamentös gut eingestellt. Ungünstig seien Arbeiten in Kälte und Nässe oder mit Staubbeltung (S. 11 f. und S. 28).

3.1.3

Der orthopädische Untersucher berichtete, insgesamt wirkten die anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin wenig strukturiert und es entstehe der Eindruck einer Ganzkörperproblematik, ohne dass dabei einzelne Lokalisationen eine übermäßige Rolle spielen würden. Die Beschwerdeführerin habe dazu erwähnt, dass man auch eine psychische Ursache ihrer Problematik in Betracht gezogen habe. Die aktuell behandelnden Ärzte seien allerdings der Überzeugung, dass es sich ausschliesslich um organisch bedingte Beschwerden handle (S. 17).

Zusammenfassend hätten sich auf orthopädisch-traumatologischer Ebene anlässlich seiner Untersuchung nur relativ geringe pathologische Befunde ergeben. So seien die Restbeschwerden am rechten Fuss als Folge der erlittenen Distorsionstraumata und der beiden durchgeführten Operationen zwar plausibel, ohne dass sie jedoch die von der Beschwerdeführerin angegebene hochgradige Einschränkung zu begründen vermöchten. Auch am linken Knie sei bereits eine arthroskopische Operation durchgeführt worden, so dass gewisse degenerative Veränderungen daselbst denkbar seien. An beiden genannten Lokalisationen würden sich aber keine Hinweise auf ein akutes Geschehen ergeben, das grössere Einschränkungen begründen würde. Als wesentlicher negativer Einfluss auf die Situation an den Beinen sei sicherlich das stark erhöhte Körpergewicht der Beschwerdeführerin zu benennen, das zu einer konstanten intrinsischen Überlastung vor

allem der unteren Körperhälfte führe, die nicht selten von chronischen Beschwerden begleitet werde (S. 21 f.).

Zumindest für körperlich leichte Tätigkeiten mit gelegentlichen Positionswechseln, die vornehmlich im Sitzen durchgeführt werden können und bei denen keine längeren Gehstrecken notwendig seien, bestehe eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Dabei werde von Seiten des Untersuchers primär an administrative Arbeiten gedacht, die an den meisten Arbeitsorten zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkt ausgeführt werden könnten. Auch wenn sich das Ausmass der von der Beschwerdeführerin angegebenen Beschwerden auf orthopädischer Ebene nicht ausreichend erklären lasse, sei zu postulieren, dass gewisse Einschränkungen im Stehen und Gehen bestünden. Entsprechend könne für Arbeiten, in denen die genannten Körperpositionen regelmässig vorkommen, vorläufig eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert werden (S. 22).

Nach dem Ereignis im April 2011 sei initial eine volle Arbeitsunfähigkeit eingetreten und es sei im Verlauf zu einer Verzögerung der Heilung gekommen. Den noch wäre es aus heutiger Sicht zu erwarten gewesen, dass spätestens ein Jahr nach dem Unfall zumindest für Tätigkeiten gemäss dem formulierten Belastungsprofil wieder eine volle Arbeitsfähigkeit bestanden habe. Im Zusammenhang mit dem Eingriff im November 2012 sei wiederum eine volle Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten eingetreten, die beim dokumentierten Verlauf für Tätigkeiten gemäss dem geschilderten Belastungsprofil jedoch für höchstens sechs Monate begründbar sei. Danach dürfe von einer vollen Arbeitsfähigkeit für adaptierte Tätigkeiten ausgegangen werden. Anhand eigener Befunde könne diese Einschätzung jedenfalls zumindest seit dem Untersuchungszeitpunkt bestätigt werden (S. 22).

Der orthopädische Gutachter bemerkte weiter, aus seiner Sicht entstehe der Eindruck, als ob die Gesamtproblematik stark durch nichtorganische Faktoren überlagert werde, wie dies bereits in der Vergangenheit wiederholt postuliert worden sei, wofür aber im Wesentlichen die Angaben des psychiatrischen Kollegen massgebend seien (S. 23). 3.1.4

Bei der neurologischen Untersuchung wurde ein zervikozephaler Schmerzsyndrom ohne Hinweise für eine radikuläre Symptomatik diagnostiziert. Für die übrigen Beschwerden mit Hemihypästhesie sowie für den früheren Verdacht auf eine Multiple Sklerose und eine Small Fiber-Neuropathie hätten sich klinisch keine konkreten Hinweise gefunden. Aus neurologischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 26). 3.1.5

Der psychiatrische Teilgutachter gab an, bei der Beschwerdeführerin bestünden Klagen über somatische Probleme mit vor allem auch ausgedehnten diffusen Schmerzen im Bewegungsapparat. Sie führe die Symptomatik auf eine somatische Ursache zurück, wobei sie noch nicht sicher sei, um was für eine Diagnose es sich handle, wie sie angab, aber ein Morbus Fabry vermutet werde. Zu den somatischen Problemen müsse auch aus somatischer Sicht Stellung genommen werden. Das Ausmass der somatischen Beschwerden und die Überzeugung, nicht mehr arbeiten zu können, liessen sich aber durch die somatischen Befunde nicht hinreichend objektivieren, so dass eine psychische Überlagerung angenommen werden müsse. Diagnostisch handle es sich um eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. In der Lebensgeschichte falle der frühe Unfalltod des ersten Ehemannes auf. Die Beschwerdeführerin sei ursprünglich wegen der Arbeit von ihrer Heimat Deutschland in die Schweiz gekommen. Sie sei in guter Ehe zusammen mit ihrem jetzigen zweiten Ehemann, einem Schweizer

verheiratet. Aus der ersten Ehe habe sie zwei Kinder, die in der Schule seien und mit denen sie zusammen mit ihrem jetzigen Ehemann wohne. Sie habe gute Kontakte in ihrem Umfeld. Viele Haushaltsarbeiten würden auch von der Spitex erledigt. Es könne ein sekundärer Krankheitsgewinn entstehen. Eine schwere psychische Störung wie eine psychotische Störung oder eine schwere Persönlichkeitsstörung bestünden nicht. Gegen die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung spreche vor allem auch der Verlauf mit vor der Erkrankung normaler Sozialisation und voller Leistungsfähigkeit. Die Beschwerdeführerin sei sehr auf ihre somatischen Beschwerden fixiert. Sie sei auch verunsichert, da sich trotz Behandlungen, auch mit einer Analgetikamedikation vom Opioidtyp, keine hinreichende Besserung zeige. Sie sei vor allem auch verunsichert, da sie noch immer keine sichere somatische Diagnose wisse. In der D.____ werde nun laut ihren Angaben weiterhin somatisch abgeklärt. Sie erhoffe sich dadurch umso mehr eine somatische Diagnose. Der Gutachter gab an, eine psychiatrische Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit könne nicht gestellt werden. Aufgrund des chronischen Verlaufs und der deutlich ausgeprägten Krankheits- und Behinderungsüberzeugung sei die Prognose aber ungünstig (S. 15). 3.1.6

Zusammenfassend sei die Beschwerdeführerin aus polydisziplinärer Sicht für eine körperlich leichte Tätigkeit ohne längeres Stehen oder längere Gehstrecken zu 100 % arbeits- und leistungsfähig. Administrative Arbeiten seien insgesamt ohne Einschränkungen möglich (S. 29 und S. 30). 3.2

Im Bericht vom 26. Oktober 2016 (Urk. 10/158/6-10) hielt Dr. med. E.____, Facharzt für Neurologie FMH, fest (S. 2), seit der Erstbeurteilung im Frühjahr 2014 bestehe ein problematischer Verlauf mit weiterer Progredienz eines multilokulären Schmerzsyndroms und einer therapieresistenten chronischen somatoformen Schmerzstörung. Eine ausgedehnte Untersuchung im F.____ inklusive MLPA-Analyse hätten einen unauffälligen Befund und insofern keine Konfirmation eines Morbus Fabry ergeben und auch im übrigen Laborscreening letztmals am 17. August 2016 hätten sich keine weiterführenden Auffälligkeiten gezeigt. Daneben seien leichte bis mässige degenerative Veränderungen der HWS und LWS mit möglichen radikulären Irritationen C7 und S1 beidseits aber ohne sichere Kompromittierungen / Kompressionen und klinische Zeichen einer Epicondylitis humeri

medialis mit Verdacht auf Sulcus ulnaris-Reizsyndrom beidseits bestätigt worden, neben einem schon letztmals festgehaltenem Verdacht auf ein Karpaltunnelsyndrom. Als wesentlich ungünstiger Faktor bestehe neben der Immobilisation die weitere Gewichtszunahme mit Peradipositas, was zusammen mit der arteriellen Hypertonie auch die Frage eines zusätzlichen Schlafapnoesyndroms neben der RLS/PLMS aufwerfe. Ferner sei schon früher die Diskussion einer eventuellen Small-Fiber-Polyneuropathie unklarer Genese geführt worden, welche allerdings vorderhand für das weitere therapeutische Vorgehen ohne Relevanz sei. 3.3

Dr. med. G.____, Facharzt FMH Innere Medizin führt im Schreiben vom 29. August 2017 (Urk. 10/167) an Z.____ aus, er möchte darauf hinweisen, dass die Diagnose einer Small-Fiber-Neuropathie bereits 2010 im C.____ gestellt und sogar bioptisch gesichert worden sei. Ebenso lägen bei der Beschwerdeführerin ein Fibromyalgiesyndrom, ein Verdacht auf Morbus Fabry, ein Restless-Legs-Syndrom, eine rezidivierende chronische Migräne und eine arterielle Hypertonie vor, wie aus den früheren Berichten entnommen werden könne. Es sei für ihn deshalb unerklärbar, weshalb die Beschwerdeführerin keine

Rente erhalten sollte. 3.4 3.4 .1

Im Verlaufsgutachten des Z.____ vom 19. September 2017 (Urk. 10/169 /2-38), welches wiederum auf allgemeininternistischen, orthopädischen, neurologischen und psychiatrischen Untersuchungen beruhte, nannten die Experten die folgenden Diagnosen:

Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 33) 1. Chronische Rückfusschmerzen rechts - Status nach Rückfuss-Distorsionstrauma bei Treppensturz vom 16. April 2011 - Status nach diagnostischer OSG -Arthroskopie mit Meniskoidresektion und Ganglionexstirpation am 16. Juni 2011 - Status nach Re-Arthroskopie sowie offener lateraler Bandplastik am 1. November 2012 - anamnestisch postoperatives CRPS Typ I, aktuell diesbezüglich unauffälliger Befund 2. Chronische, belastungsabhängige Knieschmerzen links - Status nach Arthroskopie mit wahrscheinlich Gelenktoilette etwa 1994 Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 34) 1. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - somatoforme multiple Beschwerden mit Schmerzen im Sinne eines unspezifischen multilokulären Schmerzsyndroms (ICD-10 R52.9), motorischen und sensiblen Symptomen 2. Dissoziative Störung, gemischt (ICD-10 F44.7) 3. Leichtes degeneratives Wirbelsäulensyndrom mit anamnestischen Diskusprolapsen ohne Anhalt für radikuläre oder medulläre Beteiligung 4. Konstitutionelle vermehrte Bandlaxizität 5. Arterielle Hypertonie - unter aktueller Medikation gut eingestellt 6. Adipositas WHO Grad 2 - BMI 38 kg/m² 7. Anamnestisch allergisches Asthma bronchiale

E. 4

Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) in Verbindung mit Art.

E. 4.1

Das ausführliche Gutachten des

Z.____ erfüllt die praxisgemässen Kriterien (vorstehend E.

1.4), setzt sich mit den Aspekten der gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin auseinander, berücksichtigt auch die medizinischen Vorakten und begründet Abweichungen, soweit die Beurteilung mit diesen nicht im Einklang steht. Insgesamt erweist sich das Gutachten als nachvollziehbar und vermag zu überzeugen. Dabei legen die Experten insbesondere auch dar, dass die geklagten Beschwerden und Einschränkungen aufgrund der Klinik und Diagnostik, wie bereits anlässlich der Erstbegutachtung nur teilweise und nur auf orthopädischem Fachgebiet erklärbar sind.

E. 4.2

Zum Vorbringen der Beschwerdeführerin, das Gutachten setzt sich nicht mit der Diagnose einer Small-Fiber-Neuropathie (Nervenschädigung) auseinander, ist einerseits festzustellen, dass nämliche Diagnose bereits anlässlich der Erstbegutachtung im Oktober 2014 diskutiert und von neurologischer Seite her ausgeschlossen worden war (vgl. Urk. 10/108, S. 26). Andererseits setzte sich der Neurologe auch anlässlich der Verlaufsbeurteilung erneut und ausführlich mit der Diagnose einer Small-Fiber-Neuropathie auseinander, nachdem sich die Beschwerdeführerin in der Untersuchung davon überzeugt gezeigt hatte, dass ihre Einschränkungen hauptsächlich auf die Diagnosen eines Morbus Fabry und einer Small-Fiber-Neuropathie zurückzuführen seien (Urk. 10/169, S. 32). Dabei legte der Neurologe

nachvollziehbar dar, dass aufgrund der klinischen Untersuchung ohne neue Befunde wie auch gestützt auf den Bericht des behandelnden Neurologen

Dr. E.____

im Oktober 2016 (vgl. E. 3. 2 hiervor) nämliche Diagnosen nach wie vor nicht gestützt werden können respektive sich das gezeigte Beschwerdebild und die geltend gemachten Einschränkungen damit nicht erklären lassen .

Entsprechende Diagnosen konnten denn auch im Bericht der Neuro pathologie des I.____ im März 2018 nicht gestellt beziehungsweise nicht gesichert werden (vgl. E. 3. 6 hiervor). Insofern

Dr. G.____

als Internist im August 2017 und erneut im Mai 2018 unter anderem auch mit Bezugnahme auf einen Bericht des C.____ aus dem Jahr 2010, welcher bereits anlässlich der Erstbegutachtung vorgelegen hatte (E. 3. 3 und E.

3. 7) ,

die Diagnosen einer Small-Fiber- Neuropathie aufgeführt ,

kann ihm damit nicht gefolgt werden. Die Diagnose eines

Morbus Fabry führte er sodann lediglich als Verdachtsdiagnose und im späteren Bericht gar nicht mehr auf

(E.

3. 3 und E.

3. 7) . Im Übrigen wurde dies im Verlaufsgutachten des Z.____ ebenfalls geprüft und das Vorliegen dieser Diagnose verneint (Urk. 10/169 S. 32) . Im Weiteren stellt auch seine Auffassung, es sei unerklärbar , weshalb die Beschwerdeführerin bei diesen Diagnosen keine Rente erhalte, keine medizinisch begründete Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Sinne von Art. 6 ATSG (vgl. E. 1.2 hiervor) dar. In diesem Zusammenhang ist auch der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass Haus ärzte wie auch andere behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc). Auch sonst ergeben sich keine An haltspunkte, dass der die Abklärung des somatischen

Gesundheitszustand s nach erneuter polydisziplinäre r Untersuchung im August 2017 im Verfügungszeit punkt überholt war .

In psychiatrischer Hinsicht erweisen sich die von den Experten gezogenen, der Konsensbeurteilung zugrunde gelegten Schlussfolgerungen

als überzeugend und begründet , wonach das psychosomatische Leiden unter zusätzlicher Berücksichtigung der unter ICD-10 F45.41 geführten chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren und auch die im Zusammenhang mit der somatisch nicht erklärbaren Abhängigkeit vom Rollstuhl diskutierte n

gemischten dissoziativen Störung gemäss ICD-10 F44.7 weiterhin keine Arbeitsunfähigkeit zu begründen vermag und mithin im massgeblichen Zeitraum keine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes eingetreten ist (vgl. Urk. 10/169 S.

36) . Die Beschwerdeführerin befindet sich denn auch nicht in einer psychiatrischen Behandlung. Neue Erkenntnisse in Bezug auf eine allfällige Verschlechterung des Gesundheitszustandes sind auch dem nachgereichten psychiatrischen Gutachten von Dr. J. ___

nicht zu entnehmen, nachdem er unter Bezugnahme auf die bereits seit dem Jahr 2014 bestehende und seither nicht veränderte Befundlage lediglich eine andere

Bewertung

des bisherigen Sachverhaltes vornahm

und von einer seither unveränderten Arbeitsfähigkeit ausging

(E. 3.8), was in revisionsrechtlicher

Hinsicht unberücksichtigt zu bleiben hat (vgl. E. 1.3 hiervor).

Vor diesem Hintergrund kann auch auf eine Prüfung der Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 angesichts der Beweiswertigkeit der Beurteilung, des Fehlens einer revisionsrechtlich relevanten Sachverhaltsänderung und einer anderslautenden, ebenfalls beweiswertigen psychiatrischen Einschätzung verzichtet werden (BGE 143 V 409 E. 4.5.3; 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C_309/2018 vom 2. August 2018 E. 3.2 mit weiteren Hinweisen).

Zusammenfassend ist eine leistungsrelevante Sachverhaltsänderung seit letztemaligem Entscheid vom 6. Januar 2015 nicht ausgewiesen und der angefochtene Entscheid erweist sich damit als zutreffend. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 5. 5.1

Die Voraussetzungen für die Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege gemäss § 16 Abs. 1 und 2 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) sind vorliegend erfüllt (vgl. Urk. 1 Ziff. 40, Urk. 3 und Urk. 8). Demzufolge ist der Beschwerdeführer in antragsgemäss (Urk. 1 S. 2) die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen und Rechtsanwältin

Nadja Hirzel, Zürich, als unentgeltliche Rechtsvertreterin für das vorliegende Verfahren zu bestellen.

5.2

Die Kosten des Verfahrens gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind auf Fr. 800.-- festzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdeführerin aufzuerlegen, zuzüglich der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. 5.3

Bei diesem Verfahrensausgang steht der unentgeltlichen Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin, Rechtsanwältin

Nadja Hirzel, Zürich, eine Entschädigung aus der Gerichtskasse zu (§ 34 Abs. 3 GSVGer in Verbindung mit § 7 Abs. 1 und § 8 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht, GebV SVGer), welche auf Fr. 1'700.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen ist.

Die Beschwerdeführerin ist auf § 16 Abs. 4 GSVGer hinzuweisen, wonach sie zur Nachzahlung der Prozesskosten verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist. Das Gericht beschliesst:

In B ewilligung des Gesuchs vom 15 . Mai 2019 wird der Beschwerdeführer in die unentgeltliche Prozessführung gewährt und Rechtsanwältin Nadja Hirzel , Zürich, als unentgeltliche Rechtsvertreter in für das vorliegende Verfahren bestellt, und erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

3.

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin, Rechtsanwältin Nadja Hirzel , Zürich, wird mit Fr. 1'700 .-- (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: - Rechtsanwältin Nadja Hirzel - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - 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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

E. 8

Migräne

E. 9

Pinealiszyste (MRI-Befund) ohne klinisches Korrelat

Die Gutachter führten aus , zur Frage der aktuellen gesundheitlichen Situation im Vergleich zur letzten Begutachtung gebe die Beschwerdeführerin an (S. 15), sie leide an dauerhaften Schmerzen im Bereich der Wirbelsäule, der Beine beidseits sowie der Arme. Es würde intermittierend zu einem Taubheitsgefühl aller vier Extremitäten kommen und zudem zu Vibrationsparästhesien beider Beine. Ihre Gehfähigkeit habe sich in den letzten drei Jahren deutlich verschlechtert, sie sei nun vermehrt auf den elektrischen Rollstuhl angewiesen. Sie beklage zudem eine starke Müdigkeit, Konzentrationsstörung und Schlafstörung und dass die regelmässige Einnahme der Analgetika ihr Beschwerden mit der Verdauung verursachen würden. Sie leide an einer Small-Fiber-Neuropathie sowie einer fraglichen

Schwermetallvergiftung und es sei auch die Diagnose eines Morbus Fabry gestellt worden. Die Hauptursache für den Grossteil ihrer Beschwerden sei die Small-Fiber-Neuropathie, die unter anderem in der D.____ auch mittels Nervenbiopsie bestätigt worden sei. 3.4 .2

Aus allgemeininternistischer Sicht sei die 39-jährige Beschwerdeführerin in reduziertem Allgemein- und adipösem Ernährungszustand. Der Blutdruck betrage 131/95 mmHg, der Puls 87/Min. sei regelmässig und das Gewicht von 115 kg bei einer Grösse von 1.75m entspreche einem BMI von 37.6 kg/m². Aus den festgestellten internistischen Diagnosen resultiere keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Die arterielle Hypertonie sei unter der bestehenden medikamentösen Therapie kompensiert, das anamnestisch angegebene Asthma bronchiale zeige sich aktuell ebenfalls kompensiert und es bestehe eine im Vergleich zum Vorgutachten zunehmende Adipositas (aktuell WHO Grad 2), welche an sich je doch keine Reduktion der Arbeitsfähigkeit verursache. Aus rein allgemeininternistischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit für die bisherige Tätigkeit sowie auch alle körperlich leichten bis intermittierend mittelschweren Verweistätigkeiten nicht eingeschränkt (S. 17 f.). 3.4 .3

Aus orthopädischer Sicht führte der Experte aus (S.

28 f.), seitens des Bewegungsapparates beklage die Beschwerdeführerin chronische Beschwerden an der Wirbelsäule sowie an sämtlichen Extremitäten ohne punctum

maximum. Sie gebe an, dadurch im Alltag massiv eingeschränkt und unter anderem beim Ankleiden immer wieder auf Hilfe angewiesen zu sein. In der Wohnung gelinge die Fortbewegung zeitweise an Stöcken, sonst sei sie auf einen Rollstuhl angewiesen. Lindernde Faktoren könne sie nicht nennen und aufgrund der jahrelang durchgeführten Physiotherapie habe sie eine Beschwerdezunahme erfahren. Sie sei mit einem elektrischen Rollstuhl gekommen und demonstriere, nur kürzeste Zeit ohne Abstützen stehen zu können, während das Gehen ohne Hilfe unmöglich wäre. Bei der Untersuchung der Wirbelsäule zeige sich die Beweglichkeit unter Verspannung in sämtlichen Abschnitten mittelgradig eingeschränkt, an den Extremitäten aber frei. Eine höhergradige Instabilität am rechten Rückfuss könne ausgeschlossen werden. Die gesamte ausführliche Untersuchung könne dann im Stehen, Sitzen und Liegen bei guter Kooperation ohne grössere Probleme durchgeführt werden. Auffallend seien die sehr diffus geäusserten

Druckdolenz an Stamm sowie an den unteren Extremitäten, welche anatomisch nicht klar zuordenbar seien. Nachvollziehbar sei eine Restsymptomatik am rechten Rückfuss nach wiederholter Verletzung mit Operation sowie auch seitens des linken Kniegelenkes nach vor Jahren vorgenommenem Eingriff und desgleichen bei genannten Veränderungen der zervikalen und lumbalen Wirbelsäule. Die gesamte anamnestische und klinische Präsentation mit erheblicher, vordergründig neurologisch anmutender Symptomatik lässt allerdings an eine führende nicht organische Beschwerdekomponekte denken.

Für körperlich leichte, überwiegend sitzende Verrichtungen unter Wechselbelastung bestehe eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Das wiederholte Heben und Tragen von Lasten über 5 kg sowie das häufige Überwinden von Treppen und Gehen auf unebenem Grund sollten dabei vermieden werden. Aufgrund der Beschwerden am rechten Rückfuss und linken Knie sollten überwiegend stehende und gehende sowie körperlich mittelschwere und schwere Verrichtungen nicht zugemutet werden (S. 29).

3.4 .4

Zur neurologischen Untersuchung führte der Experte aus (S. 32), für die Beschwerdeführerin stünden multiple Schmerzen sowie eine Gang- und Gefühlsstörung im Vordergrund. Der klinische Ersteindruck sei dabei geprägt von einer im Elektrorollstuhl kommenden, übergewichtigen jungen Frau, die sich vom Vorliegen zweier schwerwiegender neurologischer Diagnosen, nämlich einem Morbus Fabry, einer sehr seltenen metabolischen Erkrankung, und einer Small-Fiber-Neuropathie, sehr überzeugt zeige. Letztere Diagnose sei bereits bei der Untersuchung 2014 zur Diskussion gestanden und es könne nochmals auf die damalige Beurteilung hierfür verwiesen werden, wie auch auf den aktuellen ausführlichen Bericht von Dr. E.____ vom 26. Oktober 2016. So sei zur Small-Fiber-Neuropathie wiederum zu sagen, dass die klinische Untersuchung diese Annahme nicht stütze und die alleinige Angabe von Schmerzen ohne Berücksichtigung des Gesamtkontextes diese Diagnose nicht rechtfertige.

Es lägen auch keine neuen Befunde vor, die die Diagnose einer Small-Fiber-Neuropathie stützen könnten. Betreffend die Diagnose eines Morbus Fabry könne ebenso auf den Bericht von Dr. E.____ verwiesen werden und letztlich sei diese Diagnose nicht bestätigt worden. Es sei von einer ausgeprägten multiplen somatoformen Störung auszugehen, welche sowohl motorische und sensible Symptome wie Schmerzen umfasse. Die Frage der Bewusstseinsnähe oder -ferne sei durch den Psychiater mit zu beurteilen. Die auffallende Fluktuation des Gehvermögens spreche eher für die Bewusstseinsnähe und für die mitbeklagten Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen ergebe sich kein Korrelat. Gesamthaft liege auf neurologischem Gebiet keine Erkrankung vor, welche die Arbeitsfähigkeit wesentlich einschränke. 3.4 .5

Der psychiatrische Teilgutachter gab an, zum Tagesablauf berichte

die Beschwerdeführerin, sie nehme um 6 Uhr morgens die Medikation und stehe auf. An schlechten Tagen bleibe sie auch länger liegen. Sie brauche zwei Stunden bis sie aus dem Bett sei, da die Gelenke steif seien. Der Sohn und die Tochter würden beim Aufstehen helfen. An besseren Tagen stehe sie auch selber auf und ziehe sich auch selber an. Bezüglich der Körperpflege sei sie selbständig, auch auf dem WC. Sie beschäftige sich mit Besuchen von Freunden und Freundinnen, sie werde auch abgeholt. So sei sie auch am heutigen Tag zur Untersuchung nach H.____ von einem Freund gefahren worden. Sie versuche, selber zu kochen, was an bestimmten Tagen auch gehe. Sie lege die Wäsche in die Waschmaschine in der Wohnung. Die Kinder würden dann die Wäsche aufhängen. Freunde würden für sie einkaufen, auch der Ehemann und sonst die Kinder. Sie gehe nicht alleine ohne Hilfe aus dem Haus wegen der Rampe bei der Eingangstüre. Ohne Begleitung bewege sie sich auch draussen im Rollstuhl nicht fort, da es bei den Fussgängerstreifen nicht behindertengerecht sei. Sonst beschäftige sie sich gerne mit Lesen. Vor allem bei wissenschaftlichen Büchern könne sie sich aber nicht mehr so lange konzentrieren. Sie höre auch gerne Musik, sie fotografiere nach wie vor gerne. Sie mache auch Handarbeiten für die Konzentration und die Beweglichkeit der Finger. Sonst müsse sie sich immer wieder hinlegen, da sie müde sei. Nach der letzten Medikation gehe sie um 24 Uhr zu Bett (S. 18).

Der Experte führte aus, es bestehe eine somatische Problematik mit seit 2009 therapieresistenten invalidisierenden zunehmend generalisierenden Schmerzen bei wechselhaften Dys-/Parästhesien und durchgehender Hemihypästhesie rechts, die bereits seitens des Neurologen Dr. E.____ 2016 im Sinne einer Symptomausweitung interpretiert

worden sei. Diagnostisch handelt es sich um eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, da die Schmerzen im Vordergrund stünden. Differentialdiagnostisch sei eine Symptomausweitung (Schmerzverarbeitungsstörung) schwierig abzugrenzen, da doch auch Inkonsistenzen und eine Selbstlimitierung bestünden, die für diese Diagnose bezeichnend wären. Bezüglich der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit spiele es aber keine Rolle, welche dieser beiden Diagnosen gestellt werde. Eine andere psychiatrische Diagnose könne sonst nicht gestellt werden. Die Beschwerdeführerin leide nicht unter depressiven Verstimmungen oder deutlichen Konzentrationsstörungen. Der Selbstwert sei erhalten, sie könne ihren Willen gut kundtun. Es bestünden auch keine Schuldgedanken oder allumfassende negative Zukunftsperspektiven, die nicht nur bezüglich der gesundheitlichen und beruflichen Situation ausgeprägt seien. Sie schlafe zwar schlecht und sei am Tage entsprechend müde, könne sich nicht so gut konzentrieren und habe auch keinen richtigen Appetit mehr und würde trotzdem an Gewicht zunehmen. Dies führe sie aber alles auf die somatische Problematik und die damit bestehende Medikation zurück. Tatsächlich könne das Opioid, das sie gegen die Schmerzen erhalte, auch zu vermehrter Müdigkeit führen. Die Anamnese sei sonst psychiatrisch bland. Es bestünden psychosoziale und emotionale Belastungsfaktoren, die eine Rolle spielen könnten,

die jedoch keine deutliche Relevanz hätten, um sich negativ auf die Gesundheitsentwicklung auszuwirken. Bei der somatisch nicht erklärbaren Abhängigkeit vom Rollstuhl könne eine dissoziative Störung diskutiert werden.

Aus psychiatrischer Sicht bestehe aber in einer aus somatischer Sicht angepassten Tätigkeiten eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (S. 21 f.). 3.4.6

Aus gesamtmedizinischer Sicht hielten die Gutachter fest (S. 36), für eine körperlich leichte, überwiegend sitzende Tätigkeit unter Wechselbelastung, somit auch in der angestammten, bestehe eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Überwiegend stehende und gehende sowie körperlich mittelschwere und schwere Verrichtungen seien ungeeignet. Im Verlauf könne für körperlich leichte, überwiegend sitzende Verrichtungen spätestens seit dem

Z.____ Gutachten vom 20. Oktober 2014 von einer zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden und objektiv bestehe seit 2014 im Wesentlichen keine Veränderung. Es sei explizit darauf hinzuweisen, dass für die schweren neurologischen Diagnosen der Small-Fiber-Neuropathie und des Morbus Fabry, von dessen Vorliegen die Beschwerdeführerin überzeugt sei, anamnestisch, aktenanamnestisch sowie aktuell klinisch kein Korrelat bestehe. 3.5

Im Bericht des A.____ über die bildgebende Untersuchung der Wirbelsäule mittels Magnetresonanztomografie vom 12.

Februar 2018 (Urk. 10/188/1-2) führte der zuständige Oberarzt aus, klinisch bestünden chronische, diffuse

Rückenschmerzen ohne neurologische Ausfälle und ein hochgradiger Verdacht auf eine psychosomatische Störung. An der Halswirbelsäule zeigten sich eine vorbestehende mehrsegmentale Bandscheibendegeneration unterschiedlicher Ausprägung mit zunehmender Osteochondrose Typ Modic 2 auf Höhe HWK

5/6 und leichtgradige Foramenstenosen . An der Brustwirbelsäule seien keine relevanten pathologischen Befunde vorhanden und an der Lendenwirbelsäule zeigten sich vorbestehend mehrsegmentale Bandscheibendegenerationen unterschiedlicher Ausprägung mit Hauptbefund auf Höhe L5/S 1. Auf dieser Höhe seien eine flache mediane Residualhernie und eine bilaterale Recessusstenose mit Irritation der Wurzel S1 ersichtlich . 3.6

Im Bericht des B.____
des I.____

vom 18. März 2018 (Urk. 10/188/ 3 -4) über eine Biopsie von Nervenfasern am Ober- und Unterschenkel links nannte die zuständige Ärztin als Diagnose eine signifikant reduzierte intraepidermale Nervenfaserdichte am Unterschenkel . Sie wies

darauf hin, dass mit einem Wert von 4,9 Fasern pro mm am Unterschenkel die Nervenfaserdichte im Vergleich zum Medianwert signifikant reduziert sei und zudem deutlich unterhalb der 5er Perzentile

liege . Bei entsprechender klinischer Symptomatik wären die histologischen Befunde mit einer Small-Fiber- Neuropathie vereinbar. Am Oberschenkel finde sich mit 7,9 Fasern pro mm eine (physiologisch) höhere Zahl an Nervenfasern im Vergleich zum Unterschenkel. 3.7

Am 30. Mai 2018 (Urk. 10/192) führte Dr. G.____ aus, es bestünden langjährige Schmerzen im Bereiche des Bewegungsapparates. In der Zwischenzeit hätten sich der Allgemeinzustand und insbesondere auch die Mobilität verschlechtert. Es sei bereits im Jahre 2010 erstmals die Diagnose einer Small-Fiber-Neuropathie und erneut im Februar 2018 in der Klinik für Neurologie des I.____ gestellt worden. Ebenso bestünden im Bereiche des Bewegungsapparates degenerative Veränderungen der Wirbelsäule und Bandscheibenvorfälle . Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei eine Small-Fiber-Neuropathie nachgewiesen und es bestünden ein Panvertebralsyndrom, ein lumbospondylogenes Syndrom, Asthma bronchiale, eine arterielle Hypertonie, Adipositas, ein RestlessLegs - Syndrom, ein chronisches Fatigue-Syndrom sowie ein nachgewiesenes Fibromyalgiesyndrom . Die bisherige

Tätigkeit und eine dem Leiden angepasste Tätigkeit seien nicht zumutbar . 3.8

Dr. med. J.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte im Gutachten vom 15. September 2019 (Urk. 13), das die Beschwerdeführerin im hängigen Beschwerdeverfahren einreichen liess , die folgenden Diagnosen (S. 17): - Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) - Iatrogene Opiatabhängigkeit (ICD-10

F11.8) Der Gutachter hielt fest, auf Befundebene präsentiere sich die Beschwerdeführerin mit mittelgradigen

konzentrativen Defiziten , einer mittelgradigen gedanklichen Einengung, einer leichten psychomotorischen Steigerung und einem leicht beschleunigten Denktempo, was durch die Komorbidität aus Somatisierungsstörung und iatrogener Opiatabhängigkeit restlos erklärt werden könne und kein en

Bezug von anderen diagnostischen Entitäten erfordere. So könne die im letzten versicherungspsychiatrischen Gutachten vorgenommene diagnostische Konzipierung (chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren und dissoziative

Störung gemischt) optimiert werden (S.11). Es sei in der Vergangenheit wiederholt eine versicherungspsychiatrische Evaluation durchgeführt und die Arbeitsfähigkeit sei aus psychiatrischer Sicht als nicht beeinträchtigt beurteilt worden. Der wesentliche Unterschied zur aktuellen Beurteilung bestehe in der Einschätzung der Schwere der somatoformen Störung (S. 12). Derzeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 20 % und eine angepasste Tätigkeit, in welcher ein höheres Pensum realisiert werden könne, lasse sich nicht ausmachen. Es sei überwiegend wahrscheinlich, dass die Beschwerdeführerin seit ihrem letzten effektiven Arbeitstag im Jahre 2014 keine höhere Arbeitsfähigkeit als 20 % sowohl in der angestammten

als auch in sämtlichen anderen Tätigkeiten aufgewiesen habe (S. 17 f.). 4.

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