

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00351 vom 6. Oktober 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-10-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00351

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00351 du 6 octobre 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00351 del 6 ottobre 2020

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetz es über den Allge meinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kom menden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der 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

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem struk turierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 und 7, Änderung der Rechtsprechung; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere Depressionen).

Das strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einer seits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsv ermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C_590/2017 vom 15.

Februar 2018 E. 5.1). Die Anerkennung eines renten - begründenden Inva liditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizi nisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchs - grundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwie gender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

E. 1.3

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetz es über die Invalidenversicherung (IVG) Versicherte, die: a.

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

können; b.

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

E. 1.4

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgleichender Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2, 128 V 29 E. 1).

E. 1.5

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).

Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprennung 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). 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). 2.

E. 2

Dagegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Mark A. Glavas, mit Eingabe vom 17. Mai 2019 Beschwerde und beantragte, die Sache sei zu weiteren Abklärungen, insbesondere einer polydisziplinären Begutachtung, an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 13. Juni 2019 beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), was der Beschwerdeführerin am 18. Juni 2019 mitgeteilt wurde (Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die IV-Stelle begründete die Abweisung des Rentenbegehrens in der angefochtenen Verfügung damit, die gesundheitliche Situation habe sich seit Erlass der vom Sozialversicherungsgericht bestätigten Verfügung vom 17. Februar 2015 nicht erheblich verändert. Dies ergebe sich aus den nach der Neuanmeldung im März 2018 eingeholten Berichten der behandelnden Ärzte. Das als neue Beeinträchtigung geltend gemachte

Rückzugsverhalten der Beschwerdeführerin ändere daran nichts. Demnach bestehe in der bisherigen Tätigkeit als Mitarbeiterin im Altersheim weiterhin eine volle Arbeitsfähigkeit (Urk. 2 S. 1 f.; vgl. auch Urk. 6).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin stellt sich auf den Standpunkt, die IV-Stelle habe den Sachverhalt ungenügend abgeklärt. Aus dem Bericht von Dr. med. E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom D.____ vom 15. März 2019 ergebe sich, dass sie keine Kontakte mehr ausserhalb der Familie und des Arbeitsplatzes habe und ihre Ressourcen durch das halbe Arbeitspensum vollständig aufgebraucht würden (Urk. 1 S. 3 f.). Zwar hätten die Behandler bereits früher eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert, Dr. E.____ habe aber erklären können, dass sich der psychische Gesundheitszustand hinsichtlich der Ressourcen und der sozialen Kontakte verschlechtert habe. Es reiche nicht, die Beurteilung dieser Symptomatik bloss dem RAD zu überlassen (Urk. 1 S. 5).

Im Bericht des F.____ vom 28. März 2017 sei ein Vitamin B12-Mangel diagnostiziert worden. Ferner habe sie sich am 19. Februar 2019 wegen Inguinalhernien beidseits operieren lassen müssen, sei danach für drei Wochen vollumfänglich arbeitsunfähig gewesen und habe sich am 29. März 2019 nochmals untersuchen lassen müssen.

Zusätzlich habe Dr. G.____, Facharzt für Chirurgie und Handchirurgie, gemäss Bericht vom 18. Januar 2019 eine Tendovaginitis stenans Stadium II im linken Ringfinger diagnostiziert. Nachdem eine Steroidinfiltration keine Beschwerdebesserung gebracht habe, seien eine erneute Infiltration und hernach allenfalls ein operatives Einschreiten empfohlen worden (Urk. 1 S. 4). Insbesondere aufgrund der erlittenen Hernien, welche sich auf alle beruflichen Tätigkeiten auswirken könnten, sei auch von einer wesentlichen Verschlechterung des somatischen Gesundheitszustandes auszugehen. Hinsichtlich der somatischen Beschwerden habe es die IV-Stelle unterlassen, bei den behandelnden Ärzten Verlaufsberichte einzuholen. Gerade wegen der erst kürzlich durchgeführten Operation sei unklar, ob bereits ein stabiler Gesundheitszustand vorliege (Urk. 1 S. 5).

Deshalb sei die Sache zur weiteren Abklärung

an die IV-Stelle zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2). Diese habe zunächst bei den genannten Medizinern Verlaufsberichte einzuholen. Sobald ein stabiler Gesundheitszustand vorliege, habe sie ein polydisziplinäres Gutachten einzuholen und danach die Auswirkungen der psychischen Beschwerden im Rahmen eines strukturierten Beweisverfahrens gemäss BGE 141 V 281 zu prüfen

(Urk. 1 S. 2 ff.). 3. 3.1

Im vorliegenden Neuanmeldungsverfahren ist zu beurteilen, ob seit der materiellen Prüfung und Verneinung eines Rentenanspruchs mit Verfügung vom 17. Februar 2015 (Urk. 7/144), bestätigt durch das Urteil des Sozialversicherungsgerichts IV.2015.00334 vom 18. August 2016 (Urk. 7/147), eine anspruchserhebliche Sachverhaltsänderung eingetreten ist.

Der Verfügung vom 17. Februar 2015 lag in medizinischer Hinsicht zur Hauptsache das Gutachten der MEDAS C.____ vom 15. September 2014 (Urk. 7/129) mitsamt der Stellungnahme der Gutachter zu Ergänzungsfragen vom 5. November 2014

(Urk. 7/133) zugrunde (Urk. 7/143/10-14). 3.2 3.2. 1

In der Expertise vom 15. September 2014 hielten die Gutachter zunächst fest, die Beschwerdeführerin arbeite seit Jahren als Mitarbeiterin in einem Altenzentrum im Schichtdienst und sei in den Bereichen Service, Reinigung und auch in der Wäscherei tätig. Seit 2003 arbeite sie nur noch in einem 50%igen Arbeitspensum, was sie mit einer reduzierten Kraft und Energie infolge einer Morbus Basedow-Erkrankung und der deswegen nötigen Radiojodtherapie erkläre. Damals seien die Schilddrüsenwerte im Gegensatz zu heute (vgl. Urk. 7/139/31) nicht stabil gewesen. In der Folge seien noch Nackenschmerzen, Schulterschmerzen und Rückenschmerzen aufgetreten, letztere vor allem in den letzten drei Jahren. Zusätzlich klagte die Beschwerdeführerin über Müdigkeit, Kraftlosigkeit und Schmerzen, welche sich im Verlauf nicht wesentlich gebessert hätten (Urk. 7/129/3, Urk. 7/129/30). Auch Kopfschmerzen habe sie mittlerweile täglich in mehr oder minder schwerer Form; stärkere Kopfschmerzen mit Übelkeit und Brechreiz habe sie drei- bis viermal pro Woche (Urk. 7/129/38).

Hinsichtlich der von der Beschwerdeführerin geltend gemachten chronischen Rückenbeschwerden lumbal und zervikal mit Ausstrahlungen in beide Arme und zum rechten Bein sowie der Schulterbeschwerden mit einer Stärke von 7-8 auf der 10-teiligen visuellen Analogskala hielten die Gutachter fest, objektivierbar seien aus orthopädischer Sicht zwar gewisse Segmentdegenerationen lumbal und zervikal sowie im Zervikalbereich auch Diskuspathologien (Urk. 7/129/31, Urk. 7/129/55). In neurologischer Hinsicht verursachten diese Befunde jedoch keine klinisch-zervikoradikuläre oder lumboradikuläre Reizsymptomatik respektive sensomotorische Defizite. Zusätzlich bestehe eine beginnende Coxarthrose rechts und eine beginnende mediale Gonarthrose rechts. Aus neurologischer Sicht sei überdies ein Karpaltunnelsyndrom zu diagnostizieren, welches rechtsseitig nachgewiesen und linksseitig zu vermuten sei. Da es sich hierbei um ein in aller Regel gut behandelbares Krankheitsbild handle, resultiere daraus keine längerfristige Arbeitsunfähigkeit. Inkonsistent sei, dass die Beschwerdeführerin wegen der angegebenen starken Schmerzen angeblich täglich 3000-4000 mg Dafalgan einnehme, die aktuelle Serumspiegelkontrolle aber keinen Wirkspiegel innerhalb der Schmerzgrenze des Labortests nachzuweisen vermocht habe. Deshalb sei die angegebene Schmerzintensität zu relativieren. Es hätten aber auch zahlreiche andere Befundinkonsistenzen festgestellt werden können, insbesondere im Rahmen der neurologischen Begutachtung. Insgesamt hätten sowohl eine bewusste negative Antwortverzerrung in anamnestischer Hinsicht als auch mehrfache Hinweise auf eine Aggravation und eine teilweise nicht authentische Symptompräsentation festgestellt werden können (Urk. 7/129/31). 3.2.2

Die psychiatrische Begutachtung ergab gute psychische Funktionen. Zwar zeigten sich im Rahmen des Untersuchungsgesprächs leichte Störungen der Vitalgefühle, eine diskrete Antriebsminderung und streckenweise eine leichte Unsicherheit. Der Gutachter wies aber darauf hin, die Beschwerdeführerin habe zu keinem Zeitpunkt weinerlich oder depressiv herabgestimmt gewirkt und sei stets selbstbewusst gewesen. Sie sei kommunikationsfähig und flexibel, was durch die langjährige Arbeit im Schichtdienst belegt werde. Sie könne auch vielfältige Aufgaben zugleich verrichten. Ferner habe sie den Eindruck vermittelt, bei guter Motivation durchsetzungsfähig und zielstrebig zu sein. Die beobachtete Müdigkeit sei allenfalls medikamentös bedingt und wahrscheinlich auch motivational beeinflusst. Während der psychiatrischen Begutachtung hätten Hinweise für ein demonstratives Verhalten beobachtet werden können, beispielsweise hinsichtlich des gezeigten Aufmerksamkeitsniveaus, welches je nach Gesprächsthema und Intention variiert

habe. Deshalb müssten die rein subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin mit Vorsicht gewertet werden (Urk. 7/129/25-30).

Auch die neuropsychologische Untersuchung habe nur eine leichte kognitive Beeinträchtigung der Aufmerksamkeit, Gedächtnis- und Exekutivfunktionen ergeben, welche aus Sicht des neuropsychologischen Gutachters eine geringe Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Sinne einer Minderung der Leistungsfähigkeit um 10 % sowie einer Reduktion der Präsenzzeit bei der Arbeit um 10 % zur Folge habe. Die im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung durchgeführte psychodiagnostische Testung mit dem BDI habe einen Wert von 51 Punkten ergeben. Bei einem Cut-off Wert von 29 von total 63 Punkten für eine schwere Depression spreche dies für subjektiv als schwerwiegend erlebte depressive Symptome (Urk. 7/129/65-67).

Insgesamt sprächen diese Befunde nicht für das Vorliegen einer mittelgradigen oder gar schweren depressiven Störung. Retrospektiv ergäben sich angesichts der Schwierigkeit, die anamnestischen Angaben verlässlich zu werten, Zweifel am Vorliegen einer rezidivierenden depressiven Störung.

Aufgrund der langen Dauer und eher geringen Schwankungsbreite der versicherungsmedizinisch objektiv feststellbaren leichtgradigen Symptomatik könne eine Dysthymie in Erwägung gezogen werden. Offensichtlich bestünden sodann leichte Störungen der Schmerzverarbeitung beziehungsweise der Beschwerdeverarbeitung mit verändertem Verhalten. Dabei handle es sich um vorwiegend psychosoziale Faktoren, welche bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt werden müssten. In diagnostischer Hinsicht sei bei gesamthafter Betrachtung am ehesten von der Diagnose einer Verhaltensstörung bei körperlichen Störungen (ICD-10 F59) auszugehen. Da sowohl in der Vergangenheit als auch gegenwärtig aus versicherungsmedizinischer Sicht nur leichte Beeinträchtigungen hätten objektiviert werden können, erscheine auch die zuletzt erfolgte interdisziplinäre Beurteilung des D.____, wonach die Beschwerdeführerin nur zu 50 % arbeitsfähig sei, als wenig substantiell und zu stark auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin abstellend. Dies gelte insbesondere für die psychiatrische Beurteilung (Urk. 7/129/31-33 ; vgl. auch Urk. 7/129/19-20). 3.2.3

In der abschliessenden interdisziplinären Beurteilung hielten die Gutachter fest, von den körperlichen Beschwerden

hätten lediglich die degenerativen Wirbelsäulenveränderungen mit lumbal- sowie zervikospondylothem Syndrom jeweils ohne radikuläre Zeichen eine mässig reduzierte Rückenbelastbarkeit zur Folge. Weiter resultiere aus der beginnenden Coxarthrose rechtsbetont und der beginnenden medialen Gonarthrose rechts eine leicht verminderte Belastbarkeit des rechten Beines. Schliesslich sei eine leichte Minderung der anhaltenden grobmotorischen Belastbarkeit der Hände, insbesondere rechts, aufgrund des diagnostizierten Karpaltunnelsyndroms begründet. Deshalb sei das Heben und Tragen von schweren Lasten über 15 kg nicht zumutbar, ebenso wenig ständiges Arbeiten über Kopfhöhe und das Hantieren mit schlagenden, stossenden und vibrierenden Maschinen. Ferner seien Arbeiten in kniender, gebückter und in monotoner Zwangshaltung des Rückens nicht zumutbar wie auch Arbeiten mit ständigem Treppensteigen oder mit einer Zwangshaltung der Beine. Anhaltende grobmotorisch belastende manuelle Tätigkeiten seien derzeit und bis zur Behandlung des rechtsbetonten Karpaltunnel-Syndroms ungünstig. Bezüglich der angestammten Tätigkeit als Mitarbeiterin im Hausdienst eines Seniorenheims

seien die Tätigkeiten, welche schwerer seien als die gemäss dem Zumutbarkeitsprofil geeigneten Arbeiten, nicht mehr zumutbar. Lediglich aufgrund der psychiatrischen Diagnose mit der leichten neuropsychologisch ausgewiesenen kognitiven Störung sei die Arbeitsfähigkeit um 20 % eingeschränkt. Für eine dem Gesundheitsschaden adaptierte Tätigkeit bestehe aus psychiatrischer Sicht ebenfalls eine 80%ige Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/129/33-35). 3.3

In seiner Stellungnahme vom 5. November 2014 zu den Ergänzungsfragen der IV-Stelle (vgl. Urk. 7/132) führte der psychiatrische Gutachter der MEDAS C.____ aus, die Untersuchungsergebnisse seien konsistent gewesen. Die erhobenen neuropsychologischen Funktionsstörungen könnten vor dem Hintergrund der von ihm diagnostizierten psychischen Störung erklärt werden. Es sei davon auszugehen, dass die im Rahmen der Begutachtung durch neuropsychologische Tests erhobenen leichten kognitiven Defizite eine leichte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zur Folge hätten (Urk. 7/133). 3.4

Das Gericht erwog im Urteil vom 18. August 2016 (Urk. 7/147), dass für die Zeit ab November 2008 vollumfänglich auf die im Gutachten der MEDAS C.____ attestierte zumutbare Restarbeitsfähigkeit von 80 % abzustellen sei. 3.5

Aufgrund der im hier strittigen Neuanmeldeverfahren aufgelegten medizinischen Unterlagen ergibt sich die folgende Sachlage.

Laut dem von der Beschwerdeführerin im Beschwerdeverfahren eingereichten Bericht des F.____, Klinik für Endokrinologie, Diabetologie und Klinische Ernährung, vom 28. März 2017 ergab die am gleichen Tag durchgeführte ambulante Untersuchung, dass bei der Beschwerdeführerin ein Vitamin B12-Mangel bestand. Zur Behebung dieses Mangels empfahlen die Spezialisten des F.____ den behandelnden Ärzten den Beginn einer Vitamin-B12-Substitution (Urk. 3/5). 3.6

Dem Verlaufsbericht über die interdisziplinäre Schmerzbehandlung im D.____ vom 22. November 2017 ist zu entnehmen, dass die behandelnden Ärzte in somatischer Hinsicht als Befund neu eine aktivierte Arthritis im rechten Kleinfinger erhoben (Urk. 7/152/6). Aus psychosomatischer und psychiatrischer Sicht hielten Dr. med. H.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, sowie der klinische Psychologe Dr. phil. I.____ fest, die diagnostisch als mittelgradige depressive Episode eingeordnete depressive Symptomatik sei seit 2014 weitgehend unverändert, mit der Einschränkung, dass die Beschwerdeführerin den sie behandelnden Therapeuten im Gegensatz zu früher

vermindert konflikt- und selbstbehaftungsfähig im Kontakt mit anderen Menschen erschien (Urk. 7/152/6, Urk. 7/152/11-12). Aus interdisziplinärer Perspektive schlossen die Ärzte, die körperlichen und psychischen Beschwerden hätten sich durch die bisherigen Behandlungen nicht gebessert (Urk. 7/152/14). Die Beschwerdeführerin sei hauptsächlich wegen der belastungsabhängigen, chronischen Beschwerden in der Hals- und Lendenwirbelsäule seit 2007 zu 50 % arbeitsunfähig in der angestammten Tätigkeit im Altersheim wie auch in einer angepassten Tätigkeit (Urk. 7/152/7, Urk. 7/152/12-14). 3.7

Im Bericht vom 13. März 2018 hielt der D.____-Psychiater

Dr. E.____ zusammen mit dem Psychologen Dr. I.____

fest, der psychische Zustand habe sich seit 2014 verschlechtert. 2018 bestünden nach Angaben der Beschwerdeführerin folgende Symptome: medikamentös linderbare Schlafstörungen, Lust- und Interesselosigkeit, Kraftlosigkeit, Rückzug, Antriebslosigkeit,

Gedankenkreisen, Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit, Müdigkeit, Verlust von Selbstvertrauen, konstante Traurigkeit und Schuldgefühle (Urk. 7/152/2). Ihr Ehemann habe angegeben, die Haushaltarbeiten würden von ihm und dem Sohn erledigt. Die Beschwerdeführerin könne nicht alleine kochen, könne aber im Haushalt und beim Einkaufen noch mithelfen. Er, Dr. E.____, habe bei der Beschwerdeführerin eine gehemmte Kontaktaufnahme, eine deutlich depressiv-resignierte Stimmung, deutliche Störung des Vitalgefühls sowie eine gespannte Gestik und Mimik

beobachtet. Kognitiv sei sie in der Aufmerksamkeit, Konzentration, Merkfähigkeit und im Gedächtnis verlangsamt beziehungsweise deutlich eingeschränkt gewesen, mit deutlicher Vergesslichkeit (Urk. 7/3). In diagnostischer Hinsicht sei neu von einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, auszugehen (Urk. 7/152/3). In somatischer Hinsicht sei insbesondere die Diagnose einer Polyarthrose der Finger hinzugekommen. Die Beschwerdeführerin betrachte sich als zu 50 % arbeitsunfähig in der aktuellen und in jeder anderen leidensangepassten Tätigkeit, was bestätigt werden könne. Die aktuelle Tätigkeit sei knapp machbar (Urk. 7/152/4). 3.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 8

In einem weiteren Bericht zur Entwicklung der psychischen Situation vom 24. September 2018 führten Dr. med. J.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, und der Psychologe Dr. I.____ vom D.____ aus, die Beschwerdeführerin könne ihre aktuelle Tätigkeit in einem Alters- und Pflegeheim (mit verschiedenen, im Schichtsystem versehenen Tätigkeiten wie Reinigung der Wohnzimmer, Service, Waschen und Bügeln) während 4-5 Stunden täglich ausüben; den Haushalt könne sie noch verlangsamt machen, benötige aber Unterstützung des Ehemanns und teilweise der Kinder (Urk. 7/167/5, Urk. 7/167/7, Urk. 7/167/10). Sie sei mit ihrer 50%igen Arbeitstätigkeit seit 2007 an ihrer Leistungsgrenze und versuche, trotz bis heute zunehmender Schmerzen und Depression, dieses Pensum aufrecht zu erhalten (Urk. 7/167/7, Urk. 7/167/10). 3.

E. 9

Am 3. Dezember 2018 nahm med. pract. K.____, Facharzt für Neurologie vom RAD, zu den Verlaufsberichten Stellung. Er wies darauf hin, dass die von den Behandlern diagnostizierte mittelschwere bis schwere depressive Störung bereits in den von der IV-Stelle eingeholten Gutachten der Jahre 2008, 2011 und 2014 nicht bestätigt werden können.

Die Gutachter hätten Hinweise für eine Aggravation und nicht authentische Symptompräsentation erhoben, auch aus psychiatrischer Sicht. Eine Verschlechterung des psychischen Zustands ab 2014 werde ausweislich der Befunde und des Funktionsniveaus nicht erkennbar, die selben Beschwerden würden bereits seit 2005 genannt. Auch fehlten auf psychiatrischem Gebiet valide Hinweise für eine erheblich veränderte Arbeitsfähigkeit im Vergleich zu den früheren Jahren (Urk. 7/168/3-4). 3.

E. 10

Am 14. Dezember 2018 äusserte sich Dr. med. L.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie vom RAD, aus seiner Fachwarte zur gesundheitlichen Entwicklung. Er hielt fest,

die in den D.____-Berichten als neu bezeichneten Diagnosen seien bereits im Gutachten der MEDAS C.____ aus dem Jahr 2014 diskutiert worden. Die Fingerpolyarthrose sei therapierbar und ziehe keine dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nach sich. Da die Ärzte des D.____ der Beschwerdeführerin seit 2007 unverändert eine 50%ige Arbeitsfähigkeit attestierten, hätten die neuen Leiden auch ihrer Ansicht nach keine weitere Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zur Folge. Aus orthopädischer Sicht habe sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit seit 2014 nicht wesentlich verändert (Urk. 7/168/4). 3.1 1

Dem Bericht von Dr. med. G.____, Facharzt für Chirurgie und Handchirurgie, vom 1 8. Januar 2019 ist zu entnehmen, dass er die Beschwerdeführerin am 1 0. Januar 2019 untersuchte. Anamnestisch habe seit etwa einem Jahr eine Schwellung und Schmerzsymptomatik am linken Ringfingerergelenk mit rezidivierendem Schnappen bestanden. Eine Steroidinfiltration habe zumindest zu einer milden Reduktion der Schmerzen geführt, aber das Schnappen persistiere, weshalb sie ihm zur Befundabklärung überwiesen worden sei. Seine Befunde sprächen für das Vorliegen einer Tendovaginitis stenosans im linken Ringfinger im Stadium II. Er habe der Beschwerdeführerin nochmals eine Steroidinfiltration an einer anderen Stelle empfohlen. Im Fall einer Beschwerdepersistenz sollte ein operatives Vorgehen diskutiert werden (Urk. 3/6). 3.1 2

Am 1 5. März 2018 (richtig: 2019) nahmen der Psychiater Dr. E.____ und der Psychologe Dr. I.____ vom D.____ im Auftrag des damaligen Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin nochmals zum gesundheitlichen Verlauf Stellung. Zunächst kritisierten sie, dass die Schmerzen der Beschwerdeführerin in der Hals- und Lendenwirbelsäule durch radiologisch nachgewiesene Diskushernien an beiden Stellen vollständig erklärt werden könnten. Den Schmerzen lägen weder eine Symptomausweitung, Simulation oder Aggravation noch psychogene Ursachen zugrunde, weshalb die Diagnose einer Verhaltensstörung bei körperlichen Symptomen (ICD-10 F59) nicht bestätigt werden könne. Bevor die Schmerzen aufgetreten seien, habe sie viele Kolleginnen ausserhalb der Familie gehabt, mit den Einschränkungen sei es dann zu einem Rückzug gekommen. Sie habe kaum noch Kontakte ausserhalb der Familie; Menschen störten sie. Die aktuelle Tätigkeit im Rahmen eines 50%-Pensums, welche als angepasst bezeichnet werden könne, sei knapp zumutbar. Zwar müsse sie im Service Gewichte heben, was eigentlich zu viel sei, gleichzeitig aber nicht vermieden werden könne. Sie tue alles, um ihre 50%ige Arbeitsfähigkeit aufrecht erhalten zu können (Urk. 7/181). 3.1 3

Am 2 9. März 2019 gelangte die RAD-Ärztin med. pract. M.____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie, zur Beurteilung, dass dem neusten D.____-Bericht vom 1 5. März 2019 keine wesentlichen neuen Aspekte zu entnehmen seien (Urk. 7/183/3). 3.1 4

Aus den Berichten der Chirurgischen Klinik des N.____ vom 1 9. Februar 2019 sowie der Klinik für Viszeral- und Transplantationschirurgie des F.____ vom 2 9. März 2019 geht hervor, dass die Beschwerdeführerin aufgrund der Diagnosen direkte Inguinalhernien (Leistenbrüche) beidseits sowie Umbilikalhernie

(Nabelbruch) am 1 3. Februar 2019 in der Chirurgischen Klinik des N.____ mittels einer TEEP

(Transkutane Endoskopische Pro mesh-Plastik) und einem Umbilikalherniendirektverschluss operativ versorgt und am nächsten Tag bei komplikationslosem Verlauf entlassen wurde (Urk. 3/4). Am 2 9. März 2019 führten die

Ärzte der Klinik für Viszeral- und Transplantations chirurgie des F.____ eine Verlaufskontrolle durch (Urk. 3/3). 4. 4.1

Mit Blick auf die ab dem 22. November 2017 erstellten Verlaufsberichte der behandelnden Ärzte des D.____ fällt auf, dass sie aus psychiatrischer Sicht unverändert, wie bereits im von den Gutachtern der MEDAS C.____ berücksichtigten Bericht vom 21. Januar 2014 vermerkt (Urk. 7/119/1, Urk. 7/119/7 ; vgl. auch Urk. 7/129/19-20, Urk. 7/129/31-33), von einer mittelgradigen depressiven Episode und einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin ausgingen. Dies spricht nicht für eine wesentliche Veränderung des psychischen Gesundheitszustandes. Der im D.____ -Bericht vom 15. März 2019 erwähnte soziale Rückzug (Urk. 7/181) wird ebenfalls bereits im früheren Bericht vom 21. Januar 2014 festgehalten (Urk. 7/119/2). Der postulierte Rückzug wurde zudem im Urteil des Sozialversicherungsgerichts IV.2015.00334 vom 18. August 2016 in Zweifel gezogen unter Hinweis auf die entsprechenden Angaben der Beschwerdeführerin gegenüber den Gutachtern der MEDAS C.____, insbesondere die Aussage, sie habe schon immer wenige Kontakte ausserhalb der Familie gehabt (Urk. 7/147/23). Da die Beschwerdeführerin weiterhin zu 50 % in einem Alters- und Pflegeheim arbeitet und gemäss Angaben im Bericht von Dr. E.____ vom 15. März 2018 weiterhin über Kontakte in der Familie und in geringem Ausmass auch zu Nachbarn im Schrebergarten verfügt (Urk. 7/181), ist das Bestehen eines wesentlichen sozialen Rückzugs auch aktuell fraglich.

Weil die Therapeuten im Verlaufsbericht vom 15. März 2019 lediglich darlegten, der Rückzug sei mit den seit mehr als 10 Jahren bestehenden Beschwerden im Bereich der Hals- und Lendenwirbelsäule aufgetreten (Urk. 7/181/1), fehlen

zudem hinreichende Anhaltspunkte für eine Verstärkung eines allfälligen sozialen Rückzugs im relevanten Zeitraum nach Erlass der Verfügung vom 17. Februar 2015 (Urk. 7/144).

Die laut D.____ -Berichten vom 13. März 2018 und vom 24. September 2018 von der Beschwerdeführerin und ihrem Ehemann berichteten Einschränkungen bei der Haushaltsführung (Urk. 7/152/2-3, Urk. 7/167/5) sind bei der Bemessung des Invaliditätsgrades grundsätzlich nicht von Belang, da die Beschwerdeführerin als vollwerbstätig einzustufen

ist (Urk. 7/168/5) und der Invaliditätsgrad deshalb anhand der Einschränkung im Erwerbsbereich zu bemessen ist (vorstehend E. 1.4). Zudem werden diese Einschränkungen im Haushaltsbereich ebenfalls bereits im D.____ -Bericht vom 21. Januar 2014 erwähnt (7/119/3), so dass auch diesbezüglich keine Veränderung (im Sinne einer Zunahme der funktionellen Auswirkungen der Depression) nachgewiesen ist.

Dass die Beschwerdeführerin gemäss D.____ -Verlaufsbericht vom 22. November 2017 im Gegensatz zu früher vermindert konflikt- und selbstbehauptungsfähig im Kontakt mit anderen Menschen erschien (Urk. 7/152/12), braucht sich nicht zwingend auf die Tätigkeit im Altersheim als Mitarbeiterin Hauswirtschaft ohne Führungsfunktion auszuwirken.

Davon scheinen auch die D.____ -Ärzte auszugehen, da die Beschwerdeführerin ihrer Auffassung nach ihr bisheriges 50%iges Pensum weiterhin – wenn auch nur knapp – fortführen kann (Urk. 7/152/14, Urk. 7/167/10). Im Übrigen wird im Bericht vom 22.

November 2017 kein Ver gleichszeitraum angegeben, so dass nicht einmal feststeht, dass die verminderte Konflikt- und Selbstbehauptungsfähigkeit erst in der massgeblichen Zeit nach Erlass der Verfügung vom 17 . Februar 2015 eingetreten ist (Urk. 7/152/12).

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