

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00245 vom 9. August 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-08-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2022.00245

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00245 du 9 août 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00245 del 9 agosto 2012

Erwägungen

E. 1

3. September 2016 (Urk. 7 / 108) einen Anspruch der Versicherten auf Leistungen der Invalidenversicherung.

E. 1.1

Am 1. Januar 2022 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV), des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) in Kraft getreten.

In zeitlicher Hinsicht sind vorbehaltlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1, 144 V 210 E. 4.3.1, je mit Hinweisen). Die angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022. Da jedoch eine anspruchrelevante Veränderung und ein allfälliger Rentenanspruch vor dem 1. Januar 2022 zu prüfen sind, sind vorliegend die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die nachfolgend auch in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 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. 1.3

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

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

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 1.4

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 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 (Urteil des Bundesgerichts 9C_351/2020 vom 21. September 2020 E. 3.1, insbesondere mit Hinweis auf

BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanschuldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 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 Zusprechung 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). Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt so mit per se, um auf einen verbesserten oder verschlechterten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist in diesem Zusammenhang vielmehr eine veränderte Befundlage (Urteil des Bundesgerichts 9C_135/2021 vom 27. April 2021 E. 2.1 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; Urteil des Bundesgerichts 8C_144/2021 vom 27. Mai 2021 E. 2.3, je mit Hinweisen).

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 Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und zur prozessualen Revision (BGE 133 V 108 E. 5.4). Dabei braucht es sich nicht um eine formelle Verfügung (Art. 49 ATSG) zu handeln. Ändert sich nach durchgeführter Rentenrevision als Ergebnis einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs nichts und eröffnet die IV-Stelle deswegen das Revisionsergebnis gestützt auf Art. 74 ter

lit. f IVV auf dem Weg der blossen Mitteilung (Art. 51 ATSG), ist im darauf folgenden Revisionsverfahren zeitlich zu vergleichender Ausgangssachverhalt derjenige, welcher der Mitteilung zugrunde lag (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).

E. 1.5

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten 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 einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen 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 rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender 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).

Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen).

E. 1.6

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).

E. 1.7

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. 3.3.2).

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).

Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxisgemässen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1) genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (BGE 137 V 210 E. 1.2.1). Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 E. 8.5, 142 V 58 E. 5.1 mit Hinweisen).

E. 1.8

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer).

Bei ungenügenden Abklärungen durch den Versicherungsträger holt die Beschwerdeinstanz im Regelfall ein Gerichtsgutachten ein, wenn sie einen (im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen) medizinischen Sachverhalt überhaupt für gutachterlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist. Die betreffende Beweis erhebung erfolgt alsdann vor der – anschliessend reformatorisch entscheidenden – Beschwerdeinstanz selber statt über eine Rückweisung an die Verwaltung. Eine Rückweisung an den Versicherungsträger bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig

ungeklärten Frage begründet ist. Ausserdem bleibt es dem kantonalen Gericht (unter dem Aspekt der Verfahrensgarantien) unbenommen, eine Sache zurückzuweisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachterlichen Ausführungen erforderlich ist (BGE 139 V 99 E. 1.1, 137 V 210 E. 4.4.1.4 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 9C_354/2020 vom 8. September 2020 E. 2.1) . 2.

E. 2

Die Versicherte erhob am 3. Mai 2022 Beschwerde (Urk. 1) gegen die Verfügung vom 18. März 2022 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben (S. 2 Ziff. 1), und es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ihr die gesetzlichen Leistungen auszurichten. Insbesondere sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ihr eine ganze IV-Rente auszurichten (S. 2 Ziff. 2), eventuell sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, weitere Abklärungsmassnahmen zu treffen und den Rentenanspruch erneut zu prüfen. Demgemäss sei die vorliegende Angelegenheit zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (S. 2 Ziff. 3).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 8. Juni 2022 (Urk.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin hielt in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) fest, ein neuer medizinischer Sachverhalt sei nicht vorgebracht worden, womit eine gesundheitliche Einschränkung nicht erkennbar sei. Es sei der Beschwerdeführerin weiterhin eine Tätigkeit in einem Pensum von 100 % zumutbar. Es entstehe kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung (S. 1). Aus somatisch-orthopädischer Sicht habe sich unter Berücksichtigung der eingereichten medizinischen Unterlagen am Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin nichts Wesentliches geändert. Die psychische Verschlechterung sei aufgrund der eingereichten Berichte nicht plausibel nachvollziehbar (S. 2).

E. 2.2

Demgegenüber stellte sich die Beschwerdeführerin im Wesentlichen auf den Standpunkt (Urk. 1), die Beschwerdegegnerin habe den Untersuchungsgrundsatz verletzt, indem sie den Sachverhalt nicht weiter abgeklärt habe (S. 6).

Dr. Z.____ beschreibe im eingereichten Bericht ausführlich, wie sich ihr Gesundheitszustand im Vergleich zur letzten Beurteilung sowohl in somatischer wie auch psychischer Hinsicht verschlechtert habe (S. 8). Im Vergleich zum A.____-Gutachten von Oktober 2013 lägen neue Befunde und neue Diagnosen vor, zudem hätten sich bereits bestehende Diagnosen verschlechtert (S. 9).

Dr. Z.____ stütze seine Beurteilung und seine Diagnosen auf anerkannte Beurteilungsinstrumente ab. Dass der RAD behaupte, es läge kein psychopathologischer Befund vor, sei demnach nicht nachvollziehbar und aktenwidrig. Der RAD-Arzt habe die eingereichten Unterlagen bei seiner Beurteilung mit keinem Wort erwähnt und führe nicht aus, weshalb die von Dr. Z.____ erhobenen Befunde nicht plausibel sein sollen (S. 13).

E. 2.3

Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung der Beschwerdeführerin vom 8. März 2021 (Urk. 7 / 112) eingetreten, weshalb es zu prüfen gilt, ob und in welchem Ausmass sich die tatsächlichen Verhältnisse seit der rentenabweisenden Verfügung vom 13. September 2016 (Urk. 7 / 108) verändert haben (vorstehend E. 1.4). Dabei ist insbesondere

umstritten, ob der Beschwerdeführerin infolge eines ver schlechterten Gesundheitszustandes eine Invaliden rente

zusteht. 3. 3.1

Die rentenabweisende Verfügung vom 1 3. September 2016

(Urk. 7/108) basierte in me dizinischer Hinsicht auf folgenden, wesentlichen Berichten: 3.2

Die Ärzte der Rehaklinik B.____ berichteten mit Austrittsbericht vom 9. Sep tember 2011 (Urk. 7/10) über den ambulanten Verlauf vom 4. Juli 2011 bis 1. September 2011 und nannten folgende Diagnosen: - Unfall vom 7. Juni 2010: Sturz in der Badewanne auf das Gesäss mit Kontusion der Lendenwirbelsäule (LWS) - zervikospondylogenes Syndrom - Spannungskopfschmerz und migräneartiger Kopfschmerz gemischt - lumbospondylogenes Syndrom - persistierende Restbeschwerden oberes Sprunggelenk (OSG) rechts bei Status nach OSG-Distorsion am 4. März 2011

Sie führten aus, von einer weiteren Behandlung könne eine weitere Steigerung der Belastbarkeit erwartet werden, weshalb die Zumutbarkeitsbeurteilung nicht als abschliessend zu werten sei. Es liege keine psychische Störung vor, welche eine arbeitsrelevante Leistungsminderung begründen könnte. In der bisherigen Tätigkeit bestehe eine 50%ige Arbeitsfähigkeit ab dem 1. September 201 1. Leichte Arbeiten seien der Beschwerdeführerin ganztags möglich (S. 2) . Das Ausmass der geäusserten Beschwerden sowohl im Bereich der Halswirbelsäule (HWS) als auch der LWS stehe etwas im Kontrast zu den wenig ergiebigen Befunden sowohl klinisch als auch in der bisher erfolgten, umfassenden Bildge bung. Es sei unter diesen Umständen davon auszugehen, dass eine Mitbeteiligung psychosozialer Belastungsfaktoren und eine gewisse personenbezogene Konstel lation auf der Hand liege (S. 3) .

3.3

Die Ärzte der Rehaklinik B.____ berichteten mit Austrittsbericht vom 1 5. November 2011 (Urk. 7/21/34-42) über den Aufenthalt der Beschwerdeführe rin vom 1 8. Oktober 2011 bis 1 1. November 2011 und nannten als neu hinzuge kommene Diagnose eine somatoforme Schmerzstörung (S. 1) . Sie führten aus, es sei eine erhebliche Symptomausweitung beobachtet worden. Diese sei teilweise auf eine psychische Störung zurückzuführen. Die Resultate der physischen Leistungstests seien deshalb für die Beurteilung der zumutbaren körperlichen Belastbarkeit nur teilweise verwertbar. Die festgestellte psychische Störung begründe aktuell eine leichte arbeitsrelevante Leistungsminderung. Die angestammte Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin aktuell nicht zumutbar. Es bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis Ende November 201 1. Eine andere leichte Arbeit ohne hohe psychische Anforderungen sei ihr ganztags zumutbar (S. 2). 3.4

Prof. Dr. med. C.____ , Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Suva Kreisarzt, berichtete am 1 6. April 2012 (Urk. 7/42) über die kreisärztliche Unter suchung der Beschwerdeführerin und führte aus, es bestehe ein somatisch nicht objektivierbares Schmerzsyndrom der gesamten Wirbelsäule. Bei der heutigen Untersuchung zeige sich eine mässige bis deutliche Bewegungseinschränkung der HWS sowie der LWS in allen Bewegungsrichtungen. Neurologische Ausfälle könnten bei auch subjektiv angegebenen Sensibilitätsstörungen des linken Unterschenkel s , die keinem Dermatome gesichert zuzuordnen seien, nicht festgestellt werden. Die von der Beschwerdeführerin demonstrierten Bewegungs ein schränkungen sowie die subjektiv beklagte

Beschwerdesymptomatik der HWS, BWS und LWS mit Ausstrahlung in die oberen Extremitäten und auch in die unteren Extremitäten könnten aus somatischer Sicht nicht objektiviert werden. Die beklagten Schmerzen und Funktionseinschränkungen seien nicht mehr auf den Unfall vom 7. Juni 2020, sondern auf die unfallfremden degenerativen Veränderungen des Achsenorgans zurückzuführen (S. 4). Die bildgebenden Befunde des Achsenorgans dokumentierten ausschliesslich degenerative beziehungsweise bandscheibenbedingte Erkrankungen im Sinne einer Spondylo listhesis L5 über S1 mit Spondylolyse beider Wirbelbögen L5 sowie einer linkskonvexen skoliotischen Fehlhaltung der HWS mit Streckhaltung und angedeuteter Kyphose im unteren Bereich bei sonst unauffälligen Zwischenwirbelräumen. Die Beschwerdeführerin sei in der Lage, leichte bis mittelschwere körperliche Tätigkeiten ganztags zu verrichten (S. 5) . 3.5

Die Ärzte der medizinischen A. ___ GmbH erstatteten ihr polydisziplinäres Gutachten am 2. Oktober 2013 (Urk. 7/65/1-72) gestützt auf die Akten sowie die Untersuchungen der Beschwerdeführerin und nannten folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 69 f.): - posttraumatisches Panvertebralsyndrom - anhaltende somatoforme Schmerzstörung, bestehend seit etwa 2011 (ICD-10 F45.4) - leichte chronische depressive Stimmungsschwankungen (Dysthymie), bestehend seit etwa Januar 2011 (ICD-10 F34.1) - Diarrhoe/prädominantes Reizcolon - Status nach zweimaliger Bandligatur von Hämorrhoiden 2. Grades 2013 - Marisken und Analprolaps Grad I - Allergie auf Hausstaub und Milben

- chronisches muskuloskelettales Schmerzsyndrom posttraumatisch nach Sturz in der Badewanne am 7. Juni 2010 mit Latenz von wenigen Stunden initial rasch im weiteren Verlauf sukzessive und bis dato anhaltenden beziehungsweise zerviko-cephalen und lumbalen Schmerzen in hoher bis höchster Schmerzstärke ohne nennenswerte Dynamik mit Wirbelsäulenblockierungsphänomen unter Bewegungen, diffuser Schmerzausstrahlung in alle Extremitäten, inzwischen seit zirka 2012 aufgetretene signifikante Schmerzausweitung im Sinne eines Ganzkörperschmerzsyndroms mit progredienter subjektiver Minderbelastbarkeit und Spondylolyse L5 beidseits mit Olisthesis

Sie führten aus, nachdem die Nackenschmerzen mit Ausstrahlung in die LWS nicht hätten objektiviert werden können, und nachdem weder aus neurologischer noch aus internistischer Sicht Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorlägen, und der Psychiater keine relevante Beeinträchtigung der emotionalen Belastbarkeit, der geistigen Flexibilität, des Antriebs, der Motivation, der Interessen und der Dauerbelastbarkeit bei Dysthymie festgestellt habe, könne ab Januar 2011 gesamthaft von einer vollen Arbeitsfähigkeit (Arbeitsunfähigkeit 0 %) bei voller Stundenpräsenz als Flight Attendant ausgegangen werden. Im Rahmen der posttraumatischen Rehabilitation könne vom Unfallereignis bis Dezember 2010 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % zugesetzt werden. Nachdem sämtliche Behandlungsmassnahmen erfolglos gewesen seien, und die Wirbelsäulenschmerzen nicht plausibilisiert werden könnten, könne kein weiterer somatischer Therapieversuch unterbreitet werden. Die Prognose sei dementsprechend aufgrund des bisherigen Verlaufs und der Fixierung auf die Beschwerden ungünstig. Obwohl aus psychiatrischer Sicht nur leichte depressive Stimmungsschwankungen entsprechend einer Dysthymie vorlägen, erscheine die Prognose aufgrund der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung eher ungünstig, und bei jeder Änderung der sozialen Situation sei mit vermehrter Fixierung auf die Beschwerden mit Selbstlimitierung zu rechnen. Deshalb sollte eine psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung vor

allem mit verhaltenstherapeutischen Massnahmen durchgeführt werden (S. 70 f.).

3.6

Dr. med. D.____ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD) der Beschwerdegegnerin, nahm am 30. Oktober 2013 Stellung (Urk. 7/66/10-11) und führte aus, das sehr umfangreiche Gutachten sei unter vollständiger Würdigung der vorhandenen medizinischen Akten nach ausführlicher Anamneseerhebung, genauem Eingehen auf die geschilderten Beschwerden und umfassender Untersuchung erstellt worden. Es sei darauf abzustellen. 3.7

Prof. Dr. med. E.____ , Facharzt für Chirurgie, Schwerpunkte Viszeralchirurgie / Thoraxchirurgie , nahm am 23. Januar 2014 (Urk. 7/71/14-15) zuhanden der Beschwerdeführerin Stellung zum Gutachten und führte aus, es bestehe ein Inkontinenzscore nach Wexner von 19/20, was als sehr schwer zu beurteilen sei (S. 1). Eine Stuhlinkontinenz Wexner Score 19/20 sei ein absolutes Kicker-Kriterium für eine Tätigkeit als maître de cabin , da in diesem Beruf nicht innert Sekunden die Toilette aufgesucht werden könne , und es absolut undenkbar sei, beim Tragen von Windeln allenfalls unkontrollierte Abgänge mit den entsprechenden Geruchsemissionen riskieren zu müssen. Eine Berufstätigkeit in einem anderen Beruf sei nur dann denkbar, wenn die Möglichkeit bestehe, jederzeit und diskret eine Toilette aufsuchen zu können (S. 2) . 3.8

Dr. med. F.____ , Facharzt für Neurologie, nahm am 24. Januar 2014 (Urk. 7/71/3-12) zuhanden der Beschwerdeführerin Stellung zum Gutachten und führte aus, zusammenfassend begründe das Gutachten nicht die Arbeitsfähigkeit , und von einem interdisziplinären Konsens sei nicht viel zu spüren. Die Beschwerdeführerin zeige keine psychisch begründete Symptomausweitung oder Schmerzausweitung, sondern im Rahmen von zentralen Mechanismen aufgrund der chronischen Schmerzen und auch mit Veränderungen im Zentralnervensystem. Aus dem gleichen Grund sei eine Selbstlimitierung nicht gewollt oder als Täuschungsmanöver zu betrachten, sondern als Schutzmechanismus (S. 9). Wohl führten die festgestellten Befunde mit Einschränkung der Beweglichkeit, Auslösung von Schmerzen, myofaszialer Symptomatik, Kettentendomyosen , ausgeprägter muskulärer Dysbalance , Chronifizierung mit den Mechanismen der zentralen Hypersensibilisierung und beim Fehlen von Psychopathologien zur Arbeitsunfähigkeit als Flight Attendant (S. 9 f.).

3.9

Dr. med. G.____ , Facharzt für Orthopädie, A.____ , nahm auf Anfrage der Beschwerdegegnerin am 2. Mai 2014 Stellung (Urk. 7/81) und führte aus, die Akten des Neurologen Dr. F.____ seien im orthopädischen Gutachten nicht erwähnt worden, da die neurologischen Aspekte vom neurologischen Gutachter beurteilt würden und nicht vom Orthopäden. Es obliege immer noch dem Gutachter, welche Unterlagen für ein Gutachten verlangt und verarbeitet würden , und Gutachter seien nicht Handlanger des Juristen, die nach seinen Anweisungen arbeiten würden, sondern unabhängig. Medizinisch völlig unhaltbar sei unter anderem das Zitat von Dr. F.____ , schmerzbedingt muskuläre Dysbalancen seien messbar. Es werde empfohlen, dass sich Dr. F.____ an die Grundsätze der Schulmedizin halte. 3.10

Dr. med. H.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, A.____ , nahm am 12. Mai 2014 auf Anfrage der Beschwerdegegnerin Stellung (Urk. 7/80) und führte aus, es seien

sämtliche in den Akten vorliegenden Arztberichte angeführt worden. Die von der Beschwerdeführerin berichteten Beschwerden und präsentierten Symptome seien in sich weitgehend konsistent, und es liessen sich keine Diskrepanzen oder Widersprüche erheben. Es seien nur leichte depressive Stimmungsschwankungen entsprechend einer Dysthymie berichtet worden. Aufgrund der vorliegenden Befunde könne aufgrund der multiplen Schmerzsymptomatik aus psychiatrischer Sicht eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung angenommen werden, nachdem die Schmerzen – soweit aus psychiatrischer Sicht beurteilbar – nach den vorliegenden Befunden organisch nicht ausreichend erklärbar seien und damit im Zusammenhang mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Problemen stünden. Bei der Beschwerdeführerin liessen sich an psychosozialen Problemen vor allem Arbeitslosigkeit und finanzielle Schwierigkeiten erheben. Es bestehe keine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer, und die Beschwerdeführerin verfüge ausreichend über die notwendigen Ressourcen für den Umgang mit den Schmerzen. Auch liessen sich keine weiteren massgebenden Faktoren wie chronische körperliche Begleiterkrankungen, ausser den orthopädisch zu erhebenden Befunden, und kein ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens erheben. Auch liege kein hoher, primärer Krankheitsgewinn vor (S. 2). Die therapeutischen Optionen seien nicht ausgenützt. Es seien teilstationäre oder stationäre psychiatrische, psychotherapeutische und vor allem psychosomatische Behandlungen möglich. Es müsse an der bisherigen gutachterlichen Beurteilung festgehalten werden. Die Beschwerdeführerin sei an den bestehenden Beschwerden und nicht an der mangelnden Motivation oder am mangelnden Bemühen der willentlichen Schmerzüberwindung gescheitert, wieder ins Berufsleben einzusteigen (S. 3). 3.11

Dr. med. F. ___ nahm am 2. Juni 2014 Stellung (Urk. 7/83) zu den eingeholten Berichten der A. ___ -Gutachter und führte aus, die Stellungnahme des Orthopäden Dr. G. ___ sei nicht nachvollziehbar. Das Gutachten müsse in Kenntnis der gesamten Akten verfasst werden, wobei fachspezifisch Anamnese und Befunde erhoben würden. Die segmentale Untersuchung der HWS mit Feststellung der Differenzen in der Beweglichkeit sei wissenschaftlich. Nicht wissenschaftlich sei die Beurteilung durch reine, manchmal willkürliche Beobachtung. Im Übrigen sei keine neurologische Stellungnahme zu seinem Bericht abgegeben worden. 3.12

Dr. med. I. ___ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Kardiologie, berichtete am 11. Juli 2014 (Urk. 7/89) zuhanden der Beschwerdeführerin und führte aus, die Beschwerdeführerin leide an einer Mitralinsuffizienz (echokardiographisch belegt). Die Folge seien Rhythmusstörungen, insbesondere ein intermittierender totaler AV-Block mit Herzfrequenz von 29/min. Diese würden diffuse Symptome wie Schwindel, mangelnde Konzentration, Unsicherheit, Angst etc. bewirken. Die Angst vor der Ungewissheit des Auftretens dieser erwähnten Symptome, die eigene Hilflosigkeit einer Einflussnahme führten zu Muskelverspannungen, vornehmlich sich im Bereich der sturzbedingten, lädierten Muskelgruppen wie HWS- und BWS-Muskulatur verstärkend auswirkend. Diese angstbedingten Verspannungen führten zu einer chronischen Verschlechterung der im Gutachten beschriebenen Beschwerden. Die Beschwerdeführerin sei seit dem Sturz zu 100% arbeitsunfähig als Flight Attendant (S. 1). Nachdem die nachvollziehbare Angst nun schon Jahre dauere und sich somit chronifiziert habe, brauche die Beschwerdeführerin eine kompetente psychiatrisch-psychotherapeutische Stützung zur Verarbeitung aller Zusammenhänge. 3.13

RAD-Arzt Dr. D.____ nahm am 29. Juli 2014 Stellung (Urk. 7/107/5-6) und führte aus, neu werde eine Mitralinsuffizienz genannt. Das Schreiben von Dr. I.____ sei aber als tendenziös zu bezeichnen und gehe schon insofern von falschen Voraussetzungen aus, als darin behauptet werde, der internistische Gutachter habe keine Auskultation durchgeführt. Im Übrigen sei es doch sehr verwunderlich, dass im Mai 2014 und damit zirka 7 Monate nach der im Oktober 2013 im Rahmen der Begutachtung erfolgten internistischen Untersuchung, bei der die Beschwerdeführerin «keine respiratorischen oder kreislaurelevanten Beschwerden» angegeben und die Untersuchung des Herzens einen «palpatorisch und auskultatorisch» unauffälligen Befund ergeben habe, nun eine Mitralinsuffizienz mit Herzrhythmusstörungen und intermittierendem totalem AV-Block beschrieben werde. 3.14

Ein weiterer Bericht von Dr. I.____ konnte in der Folge nicht erhältlich gemacht werden (vgl. Urk. 7/93-106). RAD-Arzt Dr. D.____ hielt am 17. Juni 2016 fest, es habe sich nichts an der Befundlage geändert. Er empfehle daher, an der RAD-Stellungnahme vom 30. Oktober 2013 festzuhalten (Urk. 7/107/6). 4. 4.1

Seither sind die folgenden, wesentlichen, medizinischen Berichte zu den Akten genommen worden: 4.2

Dr. med. Z.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete am 2. März 2021 (Urk. 7/115) und nannte folgende Diagnosen (S. 1): - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) - leichte chronische depressive Stimmungsschwankungen (Dysthymie ; ICD-10 F34.1) - chronisches

Panvertebralsyndrom - leichtgradige Mitralinsuffizienz ohne hämodynamische Wirksamkeit - Stuhlinkontinenz Grad II - Hämorrhoiden Grad II - Analprolaps Grad I - Gastritis - Reflux bei kleiner axialer Hiatushernie - Astvarikosis Oberschenkel, Besenreisser links - rezidivierende Soor-Infektionen Vagina und Vulvodynie seit 2017 - rezidivierende Mastalgie, leichte mastopathische Veränderungen - leichte TSH basal Erhöhung - Vitamin D-Mangel

Er führte aus, bei Behandlungsbeginn Ende November 2020 sei die Beschwerdeführerin affektiv zugänglich bei reduzierter affektiver Schwingungsfähigkeit und psychomotorisch unauffällig gewesen. Es bestünden keine Hinweise auf grobe Störungen von Auffassung, Aufmerksamkeit, Konzentrationsfähigkeit, Merkfähigkeit und biographischem Gedächtnis. Subjektiv bestünden Konzentrationsstörungen. Es bestehe eine Einengung auf die körperlichen Beschwerden. Die Stimmung wirke leichtgradig gedrückt. Der Antrieb sei subjektiv schmerzbedingt reduziert. Die Beschwerdeführerin beharre darauf, dass sie körperliche Probleme habe (S. 2). Die Beschwerdeführerin gebe an, sie sei ständig von Schmerzen am ganzen Körper geplagt. Es sei über all die Jahre und Therapieversuche nur noch schlimmer geworden. Sie sei heute abhängig von der Hilfe ihrer Familie. Er gehe davon aus, dass die IV-Stelle zum heutigen Zeitpunkt aufgrund der geänderten Rechtsprechung anders entscheiden könnte (Wegfall des Überwindbarkeitskriteriums, das im A.____-Gutachten letztlich noch Anwendung gefunden habe). Aus psychiatrischer Sicht bestehe seit zirka Mitte 2010 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 3 f.). 4.3

RAD-Ärzt e

Dr. D.____ und Dr. med. J.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, nahmen am 20. beziehungsweise 27. April 2021 Stellung (Urk. 7/116/3-4) und führten aus, im psychiatrischen Bericht von Dr. Z.____ werde eine Vielzahl von überwiegend somatischen

Diagnosen aufgezählt, welche den zur Verfügung gestellten Akten entnommen worden seien. Der Bericht enthalte keine eigene Diagnose und bezüglich Beurteilung der Arbeitsbeziehungsweise Leistungsfähigkeit weise Dr. Z.____ lediglich darauf hin, dass er davon ausgehe, die IV-Stelle würde zum heutigen Zeitpunkt anders entscheiden können. Aus rein versicherungsmedizinischer Sicht entspreche die Beurteilung von Dr. Z.____ angesichts unveränderter Befunde/Diagnosen einer anderen Beurteilung des selben medizinischen Sachverhalts. 4.4

Dr. Z.____ berichtete am 17. August 2021 (Urk. 7/129) und führte aus, aufgrund der Eigenanamnese wie auch der Fremdanamnese und der Exploration gehe er im Vergleich zum Zeitpunkt des A.____ -Gutachtens vom Oktober 2013 von einer deutlichen Verschlechterung sowohl der somatoformen Schmerzstörung wie auch der depressiven Störung aus. Die somatoforme Schmerzstörung erscheine verfestigt und kaum noch angebar, das Denken erscheine weniger flexibel als noch im A.____ -Gutachten festgehalten. Es imponiere aktuell eine ausgeprägte gedankliche Einengung auf das Schmerzerleben. Die sozialen Kontakte hätten sich deutlich reduziert auf den innersten Familienkreis, und die Aktivitäten im Alltag hätten sich erheblich eingeschränkt im Vergleich zu den Feststellungen im A.____ -Gutachten. Die depressive Störung erreiche aktuell mindestens den Grad einer mittelschweren depressiven Störung mit somatischem Syndrom (S. 1).

Die Diagnose einer Stuhlinkontinenz Grad II sei nach dem A.____ -Gutachten erstellt worden. Diese sowie die anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), die mittelgradige depressive Störung mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) und das chronische Panvertebralsyndrom hätten aus psychiatrischer und somatischer Sicht Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Es liege eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % sowohl in der früheren Tätigkeit als auch in jeglicher Verweistätigkeit vor. Psychosoziale Faktoren mit Einfluss auf das psychische Zustandsbild, wie sie im A.____ -Gutachten erwähnt worden seien, bestünden aus heutiger Sicht nicht. Die Familie habe vor zirka sechs Jahren ein Eigenheim bezogen, das speziell auf die Beschwerden und Einschränkungen der Beschwerdeführerin angepasst worden sei. Finanzielle Probleme bestünden nicht, und es seien auch keine auffälligen innerfamiliären Konflikte vorhanden. Anlässlich der Explorationen vom 12. und 16. August 2021 sei die Beschwerdeführerin stark auf ihr Schmerzerleben fixiert, so dass sich die Exploration erschwert gestalte. Die Stimmung sei gedrückt und der Antrieb reduziert, dies sei abhängig von den Schmerzen (S. 2). Die Fähigkeit, sich zu freuen, sei reduziert. Ein Spaziergang im Wald beruhige sie etwas, sie erlebe aber nicht wirklich Freude. Sie sei in ein schwarzes Loch gefallen, studiere über den Verlust ihres Traumberufs nach wie auch über ihre ständigen Schmerzen und körperlichen Leiden. Heute habe sie keine Interessen mehr. Die Konzentrationsfähigkeit und Aufmerksamkeit seien subjektiv vermindert. Oft nehme sie nicht richtig auf, was der Ehemann oder die Kinder zu ihr sagen würden. In der Exploration heute zeige die Beschwerdeführerin auch öfters wenig aufmerksames Zuhören und darum Danebenantworten. Es müssten viele Fragen wiederholt werden. Subjektiv sei sie auch vergesslicher geworden. Sie ermüde sehr schnell nach kleinsten Tätigkeiten und lege sich deswegen oft hin. In den Aktivitäten sei sie ausgeprägt eingeschränkt, die Einschränkungen würden subjektiv zunehmen. Das Selbstwertgefühl sei deutlich vermindert. Früher habe sie so viel leisten können, und heute sei sie auf Hilfe der Familie angewiesen bei praktisch allen Tätigkeiten. Es bestehe ein deutlicher sozialer Rückzug, der sich in den letzten Jahren

verstärkt habe. Die Schwankungen in der Stimmung seien subjektiv abhängig von der Stärke der Schmerzen. Die Kriterien für die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Störung mit somatischem Syndrom

seien erfüllt. Dies hätten auch die durchgeführten psychologischen Testverfahren (Hamilton Depression Scale und Beck Depressions Inventar) gezeigt (S. 3). Die Prognose sei bereits im A.____-Gutachten als ungünstig beurteilt worden, und sie habe sich im Rahmen der jahrelangen Verfestigung der Symptomatik nicht verbessert. Grundsätzlich bestehe die Möglichkeit, mit einer antidepressiven Behandlung auch das Schmerzerleben positiv zu beeinflussen. Ob dies bei der Beschwerdeführerin und wegen des langjährigen Krankheitsverlaufs tatsächlich noch gelingen könne, sei aber fraglich. Die Beschwerdeführerin müsste bei einer antidepressiven Medikation auch deren möglichen Nebenwirkungen in Kauf nehmen. Aufgrund subjektiv schlechter Vorerfahrungen mit medikamentösen Behandlungen sei die Beschwerdeführerin einer solchen ängstlich-ablehnend eingestellt (S. 4).

4.5

RAD-Arzt Dr. D.____ nahm am 1. Februar 2022 (Urk. 7/134/2-3) Stellung und führte aus, aus somatisch-orthopädischer Sicht habe sich unter Berücksichtigung des aktuellen Berichts von Dr. Z.____ am Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin nichts Wesentliches geändert gegenüber dem Zeitpunkt der letzten RAD-Stellungnahme. Dazu passe auch, dass der behandelnde Psychiater ausschliesslich eine Verschlechterung der psychischen Diagnosen postuliere. 4.6

RAD-Arzt Dr. J.____ nahm am 2. Februar 2022 Stellung (Urk. 7/134/3) und führte aus, im Bericht vom 17. August 2021 stelle Dr. Z.____ nun erstmals eine eigene Diagnose, nämlich eine mittelgradige depressive Episode, Differentialdiagnose reaktive Depression. Diese Diagnose könne aufgrund eines nicht vorhandenen psychopathologischen Befundes nicht bestätigt werden. Sie wäre auf jeden Fall nicht geeignet, die von Dr. Z.____ erneut postulierte – und wohl die Somatik mitberücksichtigende Beurteilung – einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit zu bewirken. Eine richtungsweisende psychiatrische Verschlechterung sei aufgrund seiner Berichte nicht plausibel.

5. 5.1

Die erstmalige Anmeldung der Beschwerdeführerin zum Leistungsbezug vom August 2011 (Urk. 7/3) erfolgte unter Hinweis auf die bei zwei Unfällen erlittenen Verletzungen am OSG sowie der LWS und HWS. Aufgrund der Beurteilung im A.____-Gutachten, wonach die Nackenschmerzen mit Ausstrahlung in die LWS nicht hätten objektiviert werden können, weder aus neurologischer noch interner Sicht Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorlägen und der psychiatrische Gutachter keine relevante Beeinträchtigung der emotionalen Belastbarkeit, der geistigen Flexibilität, des Antriebs, der Motivation, der Interessen und der Dauerbelastung bei Dysthymie feststellte, ging die Beschwerdegegnerin in ihrer Verfügung vom 13. September 2016 (Urk. 7/108) von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit als Flight Attendant aus und verneinte infolgedessen einen Rentenanspruch.

Die Beschwerdeführerin meldete sich am 8. März 2021 aufgrund eines chronischen Schmerzsyndroms sowie eines Reizdarmsyndroms und Stuhlinkontinenz Grad II erneut zum Leistungsbezug an (Urk. 7/112), auf welche die Beschwerdegegnerin materiell eintrat.

Bei der verfügten Leistungsablehnung (Urk. 2) stützte sich die Beschwerdegegnerin auf die RAD-Stellungnahmen (vgl. vorstehend E. 4. 3, E. 4.5-4.6). Dies vermag indessen nicht zu überzeugen. 5.2

Die RAD-Ärzte Dr. D.____ (vgl. vorstehend E. 4.3 und E. 4.5) und Dr. J.____ (vgl. vorstehend E. 4.3 und E. 4.6) haben die Beschwerdeführerin nicht persönlich untersucht, sondern eine reine Aktenbeurteilung vorgenommen. Sie kamen zum Schluss, dass die Beurteilung des behandelnden Psychiaters Dr. Z.____, welcher eine Verschlechterung postuliert, aus rein versicherungsmedizinischer Sicht angesichts unveränderter Befunde und Diagnosen einer anderen Beurteilung desselben Sachverhalts entspreche (vgl. vorstehend E. 4.3). Der Psychiater Dr. J.____ ging insbesondere davon aus, die von Dr. Z.____ erwähnte Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode, Differentialdiagnose reaktive Depression, könne aufgrund eines nicht vorhandenen psychopathologischen Befundes nicht bestätigt werden und wäre auf jeden Fall nicht geeignet, eine vollständige Arbeitsunfähigkeit zu bewirken. Gestützt darauf verneinte der RAD-Arzt eine richtungsweisende psychiatrische Verschlechterung (vgl. vorstehend E. 4.6). Aus dieser RAD-Stellungnahme geht indes weder die korrekt wiedergegebene Diagnose von Dr. Z.____, nämlich eine mittelgradige depressive Störung mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) hervor, noch setzte sich der RAD-Arzt mit den Ausführungen des Psychiaters zu den anlässlich der Exploration erhobenen Symptomen wie Interessenverlust, verminderte Aufmerksamkeits- und Konzentrationsfähigkeit, Merkfähigkeitsstörung, erhöhte Ermüdbarkeit, eingeschränkte Aktivitäten, deutlicher sozialer Rückzug, Stimmungsschwankungen, Freudlosigkeit auseinander. Den RAD-Stellungnahmen fehlt es sodann an einer Diskussion der sich möglicherweise veränderten Befunde bezüglich der somatoformen Schmerzstörung sowie einer Auseinandersetzung der Auswirkungen der funktionellen Einschränkungen. In Anbetracht der neuen Berichte von Dr. Z.____ ist nicht auszu-schliessen, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin im Vergleich zum Verfügungszeitpunkt vom September 2016 verschlechtert haben könnte und neu neben der somatoformen Schmerzstörung eine mittelgradige depressive Störung vorliegt.

Die RAD-Beurteilungen erweisen sich insgesamt als zu wenig substantiiert, um einzig gestützt darauf den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin abschliessend beurteilen zu können. Im Übrigen ist festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin vorliegend auf die Neuanschuldung der Beschwerdeführerin eingetreten ist, weshalb sie die Sache materiell zu prüfen und insbesondere die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vorzunehmen hat (Art. 43 Abs. 1 ATSG; vorstehend E. 1. 4). Dem wurde mit den bei den RAD-Ärzten eingeholten Stellungnahmen nicht Genüge getan.

Nach dem Gesagten vermag die Einschätzung durch die RAD-Ärzte, auf welche der abweisende Leistungsentscheid der Beschwerdegegnerin massgeblich beruhte, die an eine beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlage gestellten Anforderungen (vgl. vorstehend E. 1. 6) nicht zu erfüllen. Sie erlaubt somit keine rechtsverbindliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin, weshalb ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (vgl. vorstehend E. 1.7). Schliesslich haben sich weder der behandelnde Psychiater noch der RAD zu den Standardindikatoren bei diagnostizierter somatoformer Schmerzstörung und depressiver Störung geäussert. Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu

unterziehen sind (vorstehend E. 1.5).

Kognitive Defizite müssen nachvollziehbar und überzeugend durch ein medizinisch-diagnostisch fassbares Leiden mit Krankheitswert erklärbar sein, das mit Blick auf Schweregrad, Dauer und Intensität zugleich als eine die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigende Krankheit im gesetzlichen Sinne gelten kann (Urteil des Bundesgerichts 9C_231/2016 vom 1. Juni

2016 E. 2.2 .2). Um den Gesundheitszustand zuverlässig beurteilen zu können und für die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens ist in Anbetracht der Beurteilung durch

Dr. Z.____

ein aktuelles psychiatrisches Gutachten erforderlich, das sich insbesondere zur massgebenden Frage einer allfälligen Veränderung des Gesundheitszustandes seit der Leistungsverneinung vom September 2016 und deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin äussert. In somatischer Hinsicht besteht indes mangels medizinisch belegter Hinweise auf eine allfällige Verschlechterung des Gesundheitszustandes kein weiterer Abklärungsbedarf. Die bei der Neuanschuldung erwähnten

Leiden eines Reizdarmsyndroms und einer Stuhl inkontinenz Grad II waren im Zeitpunkt der leistungsverneinenden Verfügung vom 13. September 2016 dem RAD-Arzt denn auch bekannt. 5.3

Auf die Berichte des behandelnden Psychiaters Dr. Z.____ und die von ihm attestierte volle Arbeitsunfähigkeit seit 2010 kann hingegen nicht allein abgestellt werden. Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte stehen in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person und haben sich zudem in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren. Ihre Berichte verfolgen daher nicht den Zweck einer abschliessenden Entscheidung über die Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes und erfüllen deshalb kaum je die materiellen Anforderungen an ein Gutachten gemäss BGE 125 V 351 E. 3a. Aus diesen Gründen und aufgrund der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte - beziehungsweise regelmässig behandelnde Spezialärzte (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 551/06 vom 2. April 2007 E. 4.2) - mitunter auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, kommt im Streitfall ein direktes Abstellen einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte nur selten in Frage (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_1055/2010 vom 17. Februar 2011 E. 4.1). Der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch den behandelnden Psychiater kann nicht ohne Weiteres gefolgt werden. 5.4

Zusammenfassend erweist sich die vorliegende Aktenlage für eine abschliessende Beurteilung des Leistungsanspruchs in Bezug auf den medizinischen Sachverhalt als unzulänglich. Es kann nicht überprüft werden, ob und in welchem Ausmass sich die tatsächlichen Verhältnisse in psychischer Hinsicht seit der rentenabweisenden Verfügung vom 13. September 2016 (Urk. 7 / 108) verändert haben. Dementsprechend ist die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache an die Beschwerdeführerin zurückzuweisen, damit diese nach erneuter rechtskonformer Abklärung des psychischen Gesundheitszustandes eine neue Beurteilung vornehme und über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin neu verfüge. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen. 6 . 6 . 1

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 7 00.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 6 .2

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung sowohl für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten wie auch der Parteientschädigung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57; vgl. auch BGE 141 V 281 E. 11.1 mit Hinweis), weshalb die vertretene Beschwerdeführer in Anspruch auf eine Prozessentschädigung hat.

Diese ist gemäss Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 GSVGer – ohne Rücksicht auf den Streitwert – nach der Bedeutung der Streitsache, nach der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens zu bemessen.

Unter Berücksichtigung der vorgenannten Bemessungskriterien ist die Prozessentschädigung vorliegend beim praxismässigen Stundenansatz von Fr. 220.-- (zuzüglich MWSt) auf Fr. 2' 2 00.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) festzusetzen. Das Gericht erkennt:

- 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 18. März 2022 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 7 00.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2' 2 00.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Noëlle Cerletti - 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 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 Grieder-Martens Schüpbach

E. 6

) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde der Beschwerdeführerin am 9. Juni 2022 zur Kenntnis gebracht (Urk.

E. 8

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

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