

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2018 92

Entscheid vom 14. Dezember 2018

Besetzung

lic.iur. Gion Tomaschett, Vizepräsident
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter
Dr.med. Urs Gössi, Richter
MLaw Joëlle Sigrist, Gerichtsschreiberin

Parteien

A. _____,
Beschwerdeführerin,
vertreten durch Rechtsanwalt Dr.iur. B. _____,

gegen

IV-Stelle Schwyz, Rechtsdienst, Postfach 53, 6431 Schwyz,
Vorinstanz,

Gegenstand

Invalidenversicherung (Leistungen)

Sachverhalt:

A. A._____ (geb. _____1963, verheiratet, zwei erwachsene Kinder) meldete sich am 25. Januar 2005 (Posteingang) bei der IV-Stelle wegen Fibromyalgie (seit ca. 15 Jahren) zum Leistungsbezug an. Von 1987 bis 2004 arbeitete sie in einem Alters- und Pflegeheim als Hilfspflegerin (IV-act. 1). Der Arbeitsvertrag wurde infolge Arbeitsunfähigkeit in gegenseitigem Einvernehmen aufgelöst (IV-act. 7). Mit Verfügung vom 1. April 2005 wies die IV-Stelle (nach Einholung diverser Arztberichte) das Leistungsbegehren ab (IV-act. 10). Eine bei der IV-Stelle Schwyz dagegen erhobene Einsprache wurde mit Entscheid vom 24. November 2005 abgewiesen (IV-act. 22). Dieser Entscheid wurde mit VGE 1/06 vom 5. April 2006 bestätigt (IV-act. 36).

B. Am 11. März 2008 (Posteingang) meldete sich A._____ aufgrund einer Fibromyalgie, einer psychischen Erkrankung sowie Divertikulitis erneut bei der IV-Stelle Schwyz zum Leistungsbezug an (IV-act. 40). Nach weiteren medizinischen Abklärungen, insbesondere Einholung eines psychiatrischen Gutachtens vom 21. Dezember 2008 (IV-act. 54), teilte die IV-Stelle A._____ mit Vorbescheid vom 22. Januar 2009 mit, dass vorgesehen sei, das Leistungsbegehren abzuweisen (IV-act. 57). Dagegen erhob A._____ Einwände (IV-act. 58). Mit Verfügung vom 4. März 2009 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren ab (IV-act. 60).

C. Mit Bericht vom 10. Januar 2011 meldete Dr.med. C._____ (FMH Allgemeine Medizin, Sportmedizin) A._____ mit den Diagnosen: Anhaltende somatoforme Schmerzstörung seit mittlerweile über 10 Jahren (ICD-10: F45.4), Chronische mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F33.1) und Fibromyalgie-Syndrom bei der IV-Stelle Schwyz erneut zum Leistungsbezug an (IV-act. 61). Wie mit Vorbescheid vom 24. Januar 2011 vorab mitgeteilt, wurde mit Verfügung vom 9. März 2011 auf das Leistungsbegehren nicht eingetreten, weil nicht glaubhaft habe dargelegt werden können, dass sich der Gesundheitszustand seit der letzten Verfügung verschlechtert habe (IV-act. 64f.).

D. Am 19. Februar 2015 (Posteingang) meldete sich A._____ mit Verweis auf einen Arztbericht von Dr.med. C._____ vom 26. Januar 2015 (rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwer ohne psychotische Symptome [ICD-10: F33.2] und anhaltende somatoforme Schmerzstörung [ICD-10: F45.4]) erneut bei der IV-Stelle Schwyz zum Leistungsbezug an (IV-act. 68f.).

E. Nach Einholung diverser Arztberichte teilte die IV-Stelle A._____ am 2. Mai 2016 mit, dass eine bidisziplinäre Abklärung (Psychiatrie und Orthopädie)

notwendig sowie vorgesehen sei, die D._____ (nachfolgend D._____) zu beauftragen (IV-act. 90). Mit Schreiben vom 9. Mai 2016 reichte A._____ Zusatzfragen für die Gutachterstelle ein (IV-act. 92). Am 18. Mai 2016 wurde der D._____ der Auftrag für eine bidisziplinäre Abklärung erteilt (IV-act. 93). Das D._____ -Gutachten wurde am 28. April 2017 erstattet (IV-act. 97).

F. Nach einer Stellungnahme des Regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) vom 22. Mai 2017 teilte die IV-Stelle A._____ mit Vorbescheid vom 9. August 2017 mit, es sei vorgesehen das Leistungsbegehren abzuweisen (IV-act. 99). Dagegen liess A._____ am 1. September 2017 Einwände erheben (IV-act. 100). Am 13. November 2017 wurden A._____ die Akten zugestellt mit Frist zur Stellungnahme bis 31. Dezember 2017 (IV-act. 103). Mit Verfügung vom 21. Dezember 2017 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren ab (IV-act. 104). Am 28. Dezember 2017 hat die IV-Stelle die irrtümlich vor Ablauf der verlängerten Vorbescheidfrist erlassene Verfügung vom 21. Dezember 2017 zurückgenommen und die Vorbescheidfrist einmalig und letztmals bis zum 15. Januar 2018 verlängert (IV-act. 106). Am 15. Januar 2018 liess A._____ eine Stellungnahme sowie weitere Arztberichte einreichen (IV-act. 107).

G. Nach Stellungnahme des RAD vom 9. April 2018 wurde zu den Einwänden von A._____ eine gutachterliche Stellungnahme der D._____ in Auftrag gegeben, welche am 28. Mai 2018 erstattet wurde (IV-act. 113). Am 23. August 2018 erfolgte eine weitere Stellungnahme des RAD (IV-act. 114). Mit Verfügung vom 7. September 2018 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren ab (IV-act. 116).

H. Dagegen liess A._____ am 4. Oktober 2018 beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz fristgerecht Beschwerde erheben mit folgenden Anträgen:

1. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 7. September 2018 sei aufzuheben.
2. Es sei der Beschwerdeführerin eine ganze Invalidenrente zuzusprechen.
3. Eventualiter sei die Angelegenheit zur Ergänzung der Beweise und des Sachverhaltes sowie zur Neuurteilung des IV-Anspruches an die Vorinstanz zurückzuweisen.
4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zzgl. MWST zulasten der Beschwerdegegnerin.

Mit Vernehmlassung vom 25. Oktober 2018 beantragte die IV-Stelle, die Verwaltungsgerichtsbeschwerde sei abzuweisen, unter Kostenfolge zu Lasten der Beschwerdeführerin.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.1 Nach Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) vom 19. Juni 1959 in Verbindung mit Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) vom 6. Oktober 2000 gilt als Invalidität die durch einen körperlichen oder geistigen Gesundheitsschaden verursachte, voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG sind für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen; eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist.

1.2 Die versicherte Person hat nach Art. 28 Abs. 2 IVG

- Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70 Prozent,
- Anspruch auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 Prozent,
- Anspruch auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 Prozent,
- und Anspruch auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 Prozent invalid ist.

1.3 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG massgebend (Art. 28a Abs. 1 Satz 1 IVG). Zur Ermittlung des Invaliditätsgrades 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 ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (= sog. hypothetisches Invalideneinkommen), zum Erwerbseinkommen in Beziehung gesetzt, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (= sog. hypothetisches Valideneinkommen). Die Invalidität ist auf der Grundlage desjenigen Erwerbseinkommens zu bemessen, das die versicherte Person durch eine ihr zumutbare Tätigkeit erzielen könnte. Nicht entscheidend ist für die Invaliditätsbemessung, ob die versicherte Person ihre (Rest-)Arbeitsfähigkeit erwerblich verwertet, d.h. von der ihr verbliebenen Erwerbsfähigkeit (ganz oder teilweise) Gebrauch macht. Vielmehr ist die Invalidität stets auf der Grundlage desjenigen Erwerbseinkommens zu bemessen, das die versicherte Person durch eine ihr zumutbare Tätigkeit erzielen könnte (vgl. Ulrich Meyer/ Marco Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Aufl. 2014, N 27 zu Art. 28a IVG).

1.4 Die Verwaltung und im Beschwerdefall der Richter sind bei der Bemessung des IV-Grades auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe dieser Fach-

leute 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 Erw. 4). Diese ärztlichen Angaben dienen als wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (vgl. BGE 141 V 281 Erw. 5.2.1; 140 V 193 Erw. 3.2; 132 V 93 Erw. 4, je mit weiteren Hinweisen).

1.5.1 In der Würdigung der Beweise ist der Sozialversicherungsrichter frei (Art. 61 lit. c ATSG). Er hat die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Er hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Für den Beweiswert 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 abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist somit grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 Erw. 5.1).

1.5.2 In Bezug auf Berichte behandelnder Ärzte darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass allgemein praktizierende Hausärzte wie behandelnde Spezialärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, weshalb den (unabhängigen) Fachärzten grundsätzlich mehr Gewicht zukommt (vgl. BGE 125 V 351 Erw. 3b/cc; BGE 135 V 465 Erw. 4.5; Urteil des Bundesgerichts 9C_395/2016 vom 25.8.2016 Erw. 4.1; 9C_11/2016 vom 22.2.2016 Erw. 4.3.2). Mit Blick auf die Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag kann daher im Streitfall regelmässig nicht auf die Sicht des behandelnden (Fach-)Arztes abgestellt werden (vgl. statt vieler: Urteile des Bundesgerichts 9C_419/2008 vom 12.3.2008 Erw. 3.3; I 701/05 vom 5.1.2007 Erw. 2 mit Hinweisen).

1.6 Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis

nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. Ueli Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, 1999, Rz. 450; BGE 122 II 469 Erw. 4a; Urteil des Bundesgerichts 8C_424/2010 vom 19.7.2010 Erw. 3.2.3 mit Verweis auf BGE 134 I 148 Erw. 5.3).

1.7.1 Eine Neuanmeldung wird - wie auch das Gesuch um Leistungsrevision - nur materiell geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich die tatsächlichen Verhältnisse seit der letzten rechtskräftigen Entscheidung in einem für den Rentenanspruch erheblichen Mass verändert haben (Art. 87 Abs. 3 in Verbindung mit Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung [SR 831.201; IVV] vom 17.1.1961; BGE 130 V 71 Erw. 2.2 S. 72 mit Hinweisen). Gelingt ihr dies nicht, so wird auf das Gesuch nicht eingetreten. Ist die anspruchserhebliche Änderung glaubhaft gemacht, ist die Verwaltung verpflichtet, auf das neue Leistungsbegehren einzutreten und es in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht umfassend zu prüfen (SVR 2014 IV Nr. 33 S. 121, 8C_746/2013 Erw. 2). Sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 ATSG vorzugehen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_868/2017 vom 6.6.2018 Erw. 3.1 mit Verweis auf BGE 130 V 71).

1.7.2 Bei einer Neuanmeldung (wie auch bei einer Rentenrevision) ist zeitlicher Ausgangspunkt für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des IV-Grades die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (vgl. BGE 133 V 108 Regeste).

2. Der Anspruch auf eine Invalidenrente wurde ursprünglich mit einem (damals möglichen) Einspracheentscheid vom 24. November 2005 (welcher vom Gericht mit VGE 1/06 vom 5.4.2006 bestätigt wurde) sowie später mit einer Verfügung vom 4. März 2009 verneint (vgl. vorstehend Ingress lit. A und B). Am 9. März 2011 wurde auf ein weiteres Leistungsbegehren nicht eingetreten.

2.1 Unter Berücksichtigung sämtlicher sich damals in den Akten befindlichen Arztberichte sowie weiterer Abklärungen wurde im Verwaltungsgerichtsentscheid 1/06 vom 5. April 2006 (Erw. 3.3 und 4.2) insbesondere festgehalten, dass hinsichtlich der Schmerzen und Schweregefühle in beiden Armen und Beinen der Versicherten die Abklärungen durch die verschiedenen Fachärzte keine Hinweise für eine neurologische Affektion oder für eine entzündliche Affektion aus dem rheumatischen Formenkreis ergaben (auch keine Anhaltspunkte für eine Schilddrüsenstoffwechselstörung). Für die generalisierten Muskelschmerzen konnte

kein organisches Korrelat objektiviert werden. Obwohl die Versicherte bei verschiedenen Ärzten in Behandlung und Abklärung war, hatten diese Ärzte bis zum Erlass des Einspracheentscheides vom 24. November 2005 weder eine Depression diagnostiziert, noch auf depressive Phasen hingewiesen, noch diesbezüglich Abklärungen durch einen Psychiater angeregt. Vielmehr wurden gemäss Arztbericht von Dr.med. C. _____ die verordneten Antidepressiva lediglich als Zusatzmedikation zur Verstärkung der analgetischen Medikation eingesetzt. Schliesslich wurde die vom Neurologen Dr.med. E. _____ am 10. August 2004 differenzialdiagnostisch ermittelte Fibromyalgie, welche gemäss Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung gleichgesetzt werden kann, durch Dr.med. F. _____ (Rheumatologie FMH) und Dr.med. G. _____ (H. _____ (Psychiatrie)) bestätigt. Das von Dr.med. G. _____ zusätzlich diagnostizierte Vorliegen einer mittelgradigen bis schweren depressiven Episode bezog sich auf den Zeitpunkt der Erstabklärung vom 3. Februar 2006. Dass bereits früher mittelgradige bis schwere depressive Episoden aufgetreten sind, wurde von keinem der konsultierten Ärzte vorgebracht, geschweige denn substantiiert dargelegt. Das Verwaltungsgericht hat im konkreten Fall die Erfüllung der damals von der Rechtsprechung verlangten Kriterien (Foerster-Kriterien), welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern und den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen können, verneint bzw. als nur in sehr geringer Ausprägung vorhanden beurteilt. Deshalb wurde zusammenfassend der auf der diagnostizierten anhaltenden somatoformen Schmerzstörung basierende Ausstieg aus den bisherigen Arbeits- und Erwerbstätigkeiten als nicht invalidisierend beurteilt.

2.2 Die Verfügung vom 4. März 2009 berücksichtigte u.a. den Arztbericht vom 11. April 2008 von Dr.med. G. _____, welcher (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) eine chronische mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F33.1) und (ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) diagnostizierte und die Versicherte seit Juli 2006 als zu 100% arbeitsunfähig beurteilte (IV-act. 44). Die Diagnose und Beurteilung der Arbeitsfähigkeit wurde bestätigt durch Dr.med. C. _____ mit Arztbericht vom 21. April 2008 (IV-act. 47).

Die Verfügung stützte sich im Ergebnis jedoch massgebend auf das psychiatrische Gutachten von Dr.med. I. _____ (Spezialarzt FMH Psychiatrie und Psychotherapie) vom 21. Dezember 2008 ab, welcher insbesondere folgende Diagnosen und Beurteilung festhielt (IV-act. 54-12f./18, Hervorhebungen gemäss Original):

4.1 Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, bestehend seit wann?

Anhaltende somatoforme Schmerzstörung gemäss ICD-10 F45.4, bestehend mit ersten Anfängen seit 1994 und mit einer Verstärkung seit dem Jahr 2004.

Sonstige anhaltende affektive Störung gemäss ICD-10 F34.8, entsprechend einer leichten bis mittelgradigen depressiven Ausprägung.

4.2 Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, bestehend seit wann?

Keine.

5. Beurteilung und Prognose

Wie erkennen bei der Versicherten Hinweise für eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, welche auch als Fibromyalgie taxiert wurde, ohne dass ich gemäss den Beurteilungskriterien von Herrn Dr. med. F. _____ aber eine Fibromyalgie als eindeutig erfüllt betrachten kann. Viel eher liegt eine diffuse Schmerzausbreitung vor, zusätzlich akzentuiert mit Schwindel. Die Schmerzsymptomatik ist generalisiert und lässt sich in keiner Art und Weise objektivieren. Diese somatoforme Schmerzstörung wird nun gemäss den Unterlagen seit dem Jahr 2006 überlagert von einer depressiven Symptomatik, welche ich als sonstige anhaltende affektive Störung definiere. Die Kriterien belegen eine leichte bis mittelgradige depressive Symptomatik, wobei vor allem im Hamilton-Depressions-Score ein mittelgradiger depressiver Befund hervortritt, wobei im Hamilton-Depressions-Score allerdings die Beurteilung der Arbeitsleistung einen recht hohen Stellenwert einnimmt. In klinischer Hinsicht kann ich ausschliesslich eine leichte depressive Symptomatik feststellen. Die depressive Symptomatik ist reaktiv auf die somatoforme Schmerzstörung zu betrachten. Sie ist insbesondere aber auch reaktiv auf die derzeitig von der Versicherten als vordergründig geschilderte soziale Problematik. Die soziale Problematik umfasst finanzielle Probleme des Ehepaares (...), nachdem die Versicherte nicht mehr arbeitstätig ist. Die Einschränkung des Lebensstandards, wie von der Versicherten geschildert, stellt ein wesentliches Kriterium in sozialer Hinsicht dar, welches wohl auch dazu führt, dass die depressive Symptomatik weiter besteht, dass auch die anhaltende somatoforme Störung persistiert. Auch die Loslösung des Sohnes, welcher vor einem Jahr geheiratet hat, welcher die Familie ebenfalls finanziell unterstützt habe, fällt heute ins Gewicht. Der Ehemann verdiene zu wenig, um die Familie durchbringen zu können, respektive um den gewohnten Standard erhalten zu können. Es sei in der Zwischenzeit zu familiären Konflikten gekommen, indem der Ehemann nur ein Minimum rede, indem die Tochter sich offensichtlich etwas widersprüchlich zurückziehen versuche, aber sich auch an ihre Mutter anlehne. Vor allem vom Sohn höre ich deutlich, wie gross die Kritik an der Versicherten von Seiten der Familienangehörigen ist. Die soziale Problematik ist derzeitig vordergründig und überlagert das Schmerzbild, aber auch das depressive Symptomenbild. Die Versicherte neigt zur Regression. Allerdings führe sie im Haushalt Tätigkeiten aus, teilt mir ihr Sohn mit, wohingegen sie das Gegenteil behauptet, dass sie gar nichts tue. Was trifft nun zu? Es bestehen Zweifel, zu welchen Leistungen die Versicherte derzeitig im Haushalt bereit ist. Die Prognose bezüglich der eingetretenen Regression mit einer gemäss meiner Einschätzung fehlenden Motivation, wieder in ein Berufsleben zurückzukehren, schätze ich als ungünstig ein. Allerdings sind vordergründig soziale Faktoren und die fehlende Motivation im Rahmen einer Regressionsneigung. Die Krankheitsbilder einer somatoformen Schmerzstörung, respektive einer begleitenden depressiven Symptomatik erreichen nicht einen dermassen hohen Krankheitswert, dass auf Grund dieser Krankheitsbilder von einer dauerhaften 100%-igen oder auch nur 50%-igen Arbeitsunfähigkeit

ausgegangen werden könnte. Viel eher ist davon zu reden, dass die Arbeitsunfähigkeit, welche auf Grund dieser Erkrankungen resultiert, als gering einzuschätzen ist und kaum höher ist als 25%. Eine rentenberechtigende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ist auf Grund der erwähnten Krankheitsbilder nicht zu erkennen, wobei insbesondere die sozialen Faktoren keinen Anspruch auf eine Rentenleistung ergeben können.

Des Weiteren hat Dr.med. I. _____ festgehalten, dass die Versicherte aus psychiatrischer Sicht ihre vergangene Arbeitstätigkeit im Alters- und Pflegeheim wieder ausführen könnte, wenn sie dazu auch die Motivation aufbringen würde. Zuletzt habe sie ohnehin nur zu 60% oder 70% gearbeitet (IV-act. 54-14/18). Die medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit bestehe offensichtlich seit dem 15. November 2004. Retrospektiv gehe er davon aus, dass die Versicherte bereits beim Eintritt ihrer Arbeitsunfähigkeit weitgehend in der Lage gewesen wäre, ihre berufliche Tätigkeit weiter auszuüben. Derzeitig könne von einer maximalen Arbeitsunfähigkeit von 25% ausgegangen werden, wobei eine höhere Arbeitsunfähigkeit sich medizinisch-theoretisch nicht rechtfertigen lasse. Rehabilitationsmassnahmen seien möglich, würden aber an der fehlenden Motivation der Versicherten, welche zu einem solchen Schritt gemäss ihren Auskünften nicht bereit sei, scheitern. Ohne Motivation, bei einem Aufrechterhalten der Regression und der passiven Erwartungshaltung würden Rehabilitationsmassnahmen nicht durchführbar sein (IV-act. 54-15f./18).

Mit Verfügung vom 4. März 2009 hielt die IV-Stelle insbesondere fest, dass die Versicherte bereits beim Eintritt der Arbeitsunfähigkeit weitgehend in der Lage gewesen wäre, ihre berufliche Tätigkeit weiter auszuüben, und dass von einer maximalen Arbeitsunfähigkeit von 25% ausgegangen werden könne. Der Invaliditätsgrad (IV-Grad) hätte gemäss IV-Stelle nach der gemischten Methode berechnet werden müssen. Da jedoch von einer Arbeitsunfähigkeit von maximal 25% ausgegangen wurde, wurde auf eine Abklärung an Ort und Stelle verzichtet und das Leistungsbegehren abgewiesen (IV-act. 60).

2.3 Am 2. Januar 2011 diagnostizierte Dr.med. K. _____ (AA Medizin) eine Fibromyalgie mit Schmerzexazerbation (IV-act. 107-22/35).

Mit Arztbericht vom 10. Januar 2011 diagnostizierte Dr.med. C. _____ eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung seit mittlerweile über 10 Jahren (ICD-10: F45.4), eine chronische mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F33.1) sowie ein Fibromyalgie-Syndrom (IV-act. 61-1/6). Zudem führte er aus, dass sich die depressive Episode seit der letzten Überprüfung der Leistungen der Invalidenversicherung im Jahr 2008 deutlich verstärkt habe. Die Versicherte nehme regelmässig psychotherapeutische Behandlungen wahr und Psychopharmaka ein. Der operative Versuch einer Quadranten-Resektion (am 17.11.2009 durch

Prof. Dr. Dr.med. L. _____ [Chirurgie] in R. _____, vgl. IV-act. 61-2f./6) zur Linderung der somatoformen Schmerzstörung habe keinen Erfolg gebracht. Aktuell finde eine intensive psychotherapeutische Behandlung in der Klinik S. _____ statt.

Mit Erstbericht vom 3. Januar 2011 diagnostizierte Dr.med. M. _____ ein agitiert depressives Zustandsbild im Sinne einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10: F33.1), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) und eine psychosoziale Belastungssituation mit Paarkonflikt und finanziellen Schwierigkeiten (IV-act. 61-5/6). In der Beurteilung wurde ausgeführt, dass sich das bereits zuvor bestehende chronische depressive Syndrom begleitend zur somatoformen Schmerzstörung im Vergleich zum April 2008 akzentuiert und mit stärker agitiertem Komponente zeige. Als wichtiger Faktor erscheine der zunehmende familiäre Konflikt (IV-act. 61-6/6).

Der RAD-Arzt Dr.med. N. _____ (Allgemeinmedizin FMH) hielt mit Stellungnahme vom 19. Januar 2011 fest, dass ab Januar 2011 neu die Diagnose einer mittelschweren Depression festgehalten werde. Eine über drei Monate anhaltende Verschlechterung sei somit nicht ausgewiesen. Der Bericht von Prof. Dr. Dr.med. L. _____ betreffend operative Behandlung von Fibromyalgie entspreche nicht der schulmedizinischen Lehrmeinung und auch keiner traditionell chinesischen Lehrmeinung. Wie zu erwarten habe dieser Eingriff auch keinen Erfolg gebracht (IV-act. 62-3/3).

Die IV-Stelle ist sodann mit Verfügung vom 9. März 2011 auf das Leistungsbegehren nicht eingetreten, weil nicht glaubhaft dargelegt werden konnte, dass sich der Gesundheitszustand seit der letzten Verfügung verschlechtert hat (IV-act. 65).

2.4 Seit dieser letzten rechtskräftigen Verfügung der IV-Stelle lässt sich den Akten zum Gesundheitszustand der Versicherten was folgt entnehmen:

2.4.1 Die Versicherte war vom 13. Januar 2012 bis 16. Februar 2012 auf Zuweisung ihres Hausarztes Dr.med. C. _____ im Rahmen einer psychosozialen Dekompensation im häuslichen Umfeld zur Krisenintervention in der Psychiatrischen Klinik S. _____. Die Diagnose lautete u.a.: Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F33.2). Anschliessend wurde die Versicherte nach Hause entlassen mit ambulanter Behandlung beim T. _____, wo eine Konsultation stattfand (vgl. nachfolgende Erw. 2.4.3; IV-act. 75-9f./18).

2.4.2 Mit Arztbericht vom 26. Januar 2015 diagnostizierte Dr.med. C._____ eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwer ohne psychotische Symptome (ICD-10: F33.2) sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4). Des Weiteren führte er aus, dass es seit dem Jahr 2008 gehäuft zur Schmerzexazerbation gekommen sei und die Dauerschmerzmedikation massiv habe gesteigert werden müssen. Ein neuer Behandlungsversuch mit Cannabis habe wegen den Nebenwirkungen nach drei Wochen abgebrochen werden müssen. Psychisch klagte die Versicherte nur noch über sehr starkes Schwitzen im Rahmen eines postmenopausalen Syndroms. Die Versicherte sei bei ihren Aufenthalten in ihrer Heimat und aktuell auch hier häufig in physiotherapeutischer Behandlung. Sie werde von einem Dauerschmerz im muskulären Bereich vor allem im Nacken- und Kopfbereich geplagt. Bei den starken Schmerzattacken liege die Versicherte meistens zu Hause kauend am Boden. Erwähnenswert seien die starke Gewichtszunahme von ca. 15 kg und eine darauffolgende Steigung des Blutdrucks. Cardio-Pulmonal sei sie gut kompensiert. Es bestünden starke Schmerzen beim Untersuchen der typischen Triggerpunkte. Zudem bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit aufgrund der invalidisierenden Schmerzen, die sich trotz hoher Schmerzmedikation nicht gebessert hätten (IV-act. 69).

2.4.3 Gemäss Arztbericht von Dr.med. M._____ vom 10. März 2015 sei die Versicherte in den letzten sieben Jahren zu drei Gesprächen (4.6.2008, 13.12.2010, 2.3.2012; vgl. IV-act. 75-13ff./18) beim T._____ gewesen. Nach März 2012 habe kein Kontakt mit der Versicherten mehr stattgefunden. Bei den drei Konsultationen habe sich die Situation seit dem IV-Bericht vom April 2008 weitgehend unverändert gezeigt. Auch die Diagnosen seien unverändert geblieben. Die Ausprägung der depressiven Symptomatik sei im März 2012 leicht bis mittelschwer gewesen. Aus der Sicht des T._____ wäre eine weitere Aktivierung der Versicherten (z.B. über Gruppentherapie oder eine Entspannungsgruppe) sinnvoll gewesen, was die Versicherte abgelehnt habe (IV-act. 72).

2.4.4 Mit Arztbericht vom 28. April 2015 (Posteingang) bestätigte Dr.med. O._____ (Allgemeine Innere Medizin FMH; Nachfolger des inzwischen verstorbenen Dr.med. C._____) gegenüber der IV-Stelle den Bericht von Dr.med. C._____ vom 26. Januar 2015. Er ergänzte zudem, dass die Versicherte bei U._____ (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH) in psychiatrischer Behandlung sei und eine regelmässige Physiotherapie wegen zu hoher Kosten und fehlender Unterstützung durch das Sozialamt nicht möglich sei (IV-act. 75-1ff./18).

2.4.5 Die Versicherte befindet sich seit dem 1. April 2015 in psychiatrischer Behandlung bei U._____. Dieser diagnostizierte mit Arztbericht vom 23. Juli 2015 (letzte Konsultation am 18.5.2015) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode (ICD-10: F33.2) und eine chronische Schmerzstörung, mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41), seit ca. 2000. Die Versicherte berichte über eine seit 15 Jahren bestehende Schmerzsymptomatik mit depressiver Begleitkomponente. Sie könne kaum noch etwas machen, nichts habe geholfen, die Schmerzen seien allgegenwärtig. Ambulante und stationäre psychotherapeutische und psychopharmakologische Behandlungsversuche seien laut der Versicherten ohne signifikante Wirksamkeit. Sie versuche aktiv zu bleiben, eine altersentsprechende Bewältigung der alltäglichen Aktivitäten sei jedoch kaum möglich. Gemäss Beurteilung des Arztes würden eine starke Passivität, wenig Zugang zu einer Psychotherapie und eine chronifizierte Symptomatik rasch deutlich. Die Versicherte sei zu 100% erwerbsunfähig. Nach drei Therapiesitzung und Medikamenteneinstellung wurde die Behandlung sistiert, weil sich die Versicherte die weitere Behandlung im Rahmen des hohen finanziellen Drucks nicht mehr leisten könne. Es sei vereinbart worden, dass sich die Versicherte bei einer weiteren Zustandsverschlechterung jederzeit wieder anmelden könne. Im Rahmen der Therapieresistenz sei fragwürdig, welche Massnahmen noch vertretbar seien, im Zusammenhang mit den Therapiekriterien Zweckmässigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit (IV-act. 81).

Mit Verlaufsbericht vom 18. November 2015 führte U._____ aus, dass seit seinem letzten Bericht vom 23. Juli 2015 ein weiterhin stationärer/ chronifizierter Gesundheitszustand mit hohem Leidensdruck, eine reichlich depressive Psychopathologie und ausgeprägte Schmerzsymptomatik bestehe. Trotz Verneinung einer Änderung der Diagnose führte er bei der rezidivierenden depressiven Störung gegenwärtig eine mittelschwere Episode auf. Es liege weiterhin ein mittlerweile vermutlich chronifiziertes psychisches und somatisches Krankheitsbild vor. Bereits mit der Verrichtung der alltäglichen, altersentsprechenden Aktivitäten sei die Versicherte überfordert, so dass ihre Tochter und der Ehemann sie intensiv unterstützten (Einkaufen, Kochen, Reinigung, Wäsche). Auf die Frage nach einem Arbeitsversuch von 20% verfalle die Versicherte rasch in einen agitierten Zustand mit Weinen und Zittern. Sie vertrete weiterhin die aktuell unumstössliche Auffassung, dass frühere Arbeitgeber, das Schweizer System, sie ausgebeutet hätten und für ihren schlechten Gesundheitszustand zuständig seien. Dies zu relativieren gelinge nicht: Ihr sei aus psychiatrischer Sicht empfohlen worden, einen Arbeitsversuch anzugehen. Die Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht betrage weiterhin 100%. Die Versicherte fahre kaum noch Auto aus Angst Fehler zu begehen. Zurzeit finde eine bewältigungsorientiert-supportive Behandlung mit

niedrigfrequenten Sitzungen (ca. eine pro Monat) statt. Zu einer störungsspezifischen Behandlung (ambulantes oder stationäres Schmerzprogramm) bestehe kein Zugang (IV-act. 83).

2.4.6 RAD-Arzt Dr.med. univ. Dr.phil. V._____ (FMH Psychiatrie/Psychotherapie, Dipl. Neuropsychologie, ÖÄK Diplom Facharzt Psychiatrie und Neurologie, ÖÄK Diplom Arbeitsmedizin, ÖÄK Diplom Psychotherapeutische Medizin, Diplom Psychotherapie) liess dem behandelnden Psychiater U._____ am 22. Januar 2016 insbesondere die Fragen unterbreiten, ob bei der Versicherten eine therapieresistente Depression vorliege und, wenn ja, welche Möglichkeiten einer guidelinegerechten, evidenzbasierten Diagnostik und Behandlung bei vorliegender Therapieresistenz real ausgeschöpft worden seien (Guideline z.B. DGPPN-S3-Leitlinie/NVL Unipolare Depression [...]; vgl. IV-act. 84-5/7).

Die Antwort von U._____ vom 25. Februar 2016 lautete zusammengefasst wie folgt (IV-act. 87):

Aus meiner Sicht besteht eine ausgeprägte, chronifizierte und therapieresistente psychiatrische Problematik bei depressiver Störung und somatoforme Schmerzstörung.

Die Anwendungsmöglichkeit der Behandlungsausweise aktuell muss relativiert werden. Diese sind nicht für chronische Zustände entwickelt worden und wie im Guideline aufgeführt (Seite 12) im aktuellen Fall kaum anwendbar:

"Die Entscheidung darüber, ob einer bestimmten Empfehlung gefolgt werden soll, muss unter Berücksichtigung der beim individuellen Patienten vorliegenden Gegebenheiten und der verfügbaren Ressourcen getroffen werden [5, 6]."

Daraufhin hielt Dr.med. univ. Dr.phil. V._____ mit Stellungnahme vom 19. April 2016 fest, dass den Angaben zufolge eine Fibromyalgie, Knieschmerzen, Depressionen unklaren Schweregrades und kognitive Störungen (Konzentration, Merkfähigkeit) im Spiel seien. Daneben scheine es Probleme mit der Motivation zu geben, was ein Hinweis auf potenzielle Antwortverzerrungen bei suboptimaler Testleistungsmotivation sein könnte. Der medizinische Sachverhalt für eine Stellungnahme zur Arbeitsfähigkeit der versicherten Person sei nicht umfassend abgeklärt. Es sei eine bidisziplinäre Abklärung - nämlich ein psychiatrisches Gutachten und ein orthopädisches Gutachten - notwendig. Beide Gutachter seien gehalten, eine Konsensbeurteilung zur beruflichen Leistungsfähigkeit zu erstellen (IV-act. 89-5/5).

2.4.7 Am 28. April 2017 wurde das bidisziplinäre D._____ -Gutachten von Dr.med. P._____ (Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, Manuelle Medizin), Med.pract. W._____ (Psychiatrie und Psychotherapie FMH, zertif. med. Gutachter SIM) und Prof. Dr.med.

Q. _____ (Medizinische Leitung) erstattet. Im Gutachten wurden folgende Diagnosen aufgeführt (IV-act. 97-5/59; Hervorhebungen gemäss Original):

1. Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Keine.

2. Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Opioid-Fehlgebrauch

Adipositas Grad II

(...)

Im psychiatrischen Teilgutachten wurde insbesondere ausgeführt (IV-act. 97-51/59):

Insbesondere sind die Achsenkriterien einer namhaften depressiven Störung (tiefe Traurigkeit, Antriebsminderung, Freud- und Lustlosigkeit) nicht schlüssig zu erkennen, eine depressive Episode ist somit nicht (zumindest nicht mehr) zu diagnostizieren.

Auch ergeben sich keine hinreichenden Anhaltspunkte für eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung oder eine chronische Schmerzstörung: ein nicht lösbarer psychischer Konflikt ist nicht herauszuarbeiten und eine namhafte Schmerzbeeinträchtigung ist nicht zu erkennen. Die ICD-10 Kriterien sind also nicht erfüllt.

In der gutachterlichen Konsensbeurteilung wurde insbesondere was folgt festgehalten (IV-act. 97-1ff./59; Hervorhebungen gemäss Original):

Eine die Arbeitsfähigkeit mindernde orthopädische oder psychiatrische Gesundheitsstörung ist anhand der hiesigen objektiven Befunde sowie der Aktendaten und der veranlassten Zusatzbefunde nicht mit der gebotenen Wahrscheinlichkeit zu attestieren. (...)

Insbesondere wurde in der jetzigen psychiatrischen Beurteilung auf die bislang nicht erkennbar ausreichend berücksichtigte Suchtmittel-Medikation hingewiesen, was die Beurteilung aus Sicht der Gutachter jedoch wesentlich beeinflusst.

Gutachtenfragen

I. Gesundheitsschaden

(...)

4. Berücksichtigung von Ausschlussgründen wie Aggravation und ähnliche Erscheinungen sowie deren Ausmass

Für die subjektiv reklamierten diffusen Schmerzen des ganzen Körpers liess sich aktenkundig und anhand der hiesigen objektiven Befunde kein ausreichendes biologisch plausibles Korrelat finden. Die spontane Mobilität war nicht konsistent gestört und die Versicherte wirkte nicht konsistent schmerzgeplagt. Auch ergab sich aus der psychiatrischen Exploration keine konsistente namhafte Depressivität und die diagnostischen Kriterien einer somatoformen Schmerzstörung sind nicht erfüllt (siehe psychiatrische Beurteilung).

5. Bei Suchtleiden soll diskutiert werden, ob eine vorangehende Gesundheitsstörung mit gravierendem Krankheitswert zum Abhängigkeitssyndrom geführt hat

Es besteht ein iatrogener Suchtmittelkonsum mit einem Opioid. Die reklamierte Obstipation ist als Folge der Medikation anzusehen, auch die berichteten vegetati-

ven Beschwerden lassen sich zumindest ebenso gut als opioid-assoziiert einordnen. Sichere manifeste Suchtmerkmale liessen sich nicht herausarbeiten.

6. Hat das Abhängigkeitssyndrom zu einer irreversiblen Gesundheitsstörung geführt?

Für irreversible Folgen der Opioid-Medikation besteht (noch) kein Anhalt. Die Medikation sollte jedoch dringlich revidiert werden. Die Mitarbeit der Versicherten ist dabei medizinisch gut zumutbar, steht in ihrem Gesundheitsinteresse und darf auch als Mass des subjektiven Leidensdrucks verstanden werden.

7. Ausführliche Diskussion des aktuellen Persönlichkeitsbildes und der biografischen Persönlichkeitsentwicklung

Die Biographie sowie die weitere psychiatrische Exploration ergeben keinen Anhalt für eine in Kindheit und Jugend beginnende, psychische und das Verhalten mit erheblichen negativen sozialen Folgen störende Auffälligkeit. Anhaltspunkte für eine Persönlichkeitsstörung bestehen somit nicht.

8. Detaillierte Angaben betreffend Beeinträchtigung und vorhandener persönlicher Ressourcen

Die hier erhobenen objektiven Befunde sind mit einer Alltagsselbständigkeit, Selbstversorgung, sozialen Interaktionsfähigkeit und Aktivität gut vereinbar und widersprechen der anamnestisch reklamierten Einschränkung. Die Ressourcen für eine Arbeitstätigkeit sind also gegeben.

(...)

IV. Behandlung und Eingliederung

(...)

2. Ausführliche Aussagen zur Kooperation der versicherten Person bei bisher erfolgten Therapien

Aus den im Dossier vorhandenen ärztlichen Berichten ergibt sich, dass sich die Versicherte während der therapeutischen Massnahmen eher inaktiv verhalten habe. (...)

VI. Arbeitsfähigkeit

1. Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit (inklusive zeitlicher Verlauf)

100% (100% Pensum, 100% Rendement). Retrospektiv wurde vorangehend eine höhergradige Depressivität attestiert, was sich aus dem jetzigen Befund jedoch nicht mehr ableiten und retrospektiv auch nicht näher zeitlich eingrenzen und quantifizieren lässt, die Bewertung der Gutachter gilt also spätestens ex nunc.

2. Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit

Die Notwendigkeit einer angepassten Tätigkeit lässt sich aus den hiesigen objektiven Befunden nicht ableiten.

2.4.8 Der RAD-Psychiater X. _____ (Facharzt für Psychiatrie / Psychotherapie, Praktischer Arzt, zertif. medizinischer Gutachter SIM) erachtete das D. _____-Gutachten mit Stellungnahme vom 14. Juli 2017 als für die strittigen Belange umfassend, auf allseitigen Untersuchungen beruhend, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) erstellt sowie als in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtend und die Schlussfolgerungen begründet, weshalb auf das Gutachten abgestützt werden könne (IV-act. 98-9/10).

2.4.9 Am 10. Januar 2018 erstatte Dr.med. O. _____ auf Anfrage der damaligen Rechtsvertreterin der Versicherten eine Stellungnahme zum D. _____ - Gutachten. Die Beurteilung lautete insbesondere wie folgt (wobei die Fragen zur besseren Lesbarkeit eingefügt wurden; IV-act. 107-6ff./35):

1. Wie lauten Ihre Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bezüglich der psychischen Beschwerden von A. _____ Bitte begründen Sie diese Diagnose(n) anhand der ICD-10-Kriterien.

Ad1 Rezidivierende depressive Episoden seit aktenkundlich 2004 mit somatoformer Schmerzstörung F33.1 aktuell mindestens mittelgradige Episode

Definition: (...)

F45.0

Definition: (...)

Auch eine Fibromyalgie M79.70 wurde von einem Facharzt für Rheumatologie diagnostiziert in den Anfängen der Abklärung, siehe Gutachten Dr. F. _____, was sich schwer von einer Somatisierungsstörung unterscheiden lässt aber als gemeinsamer Nenner häufig mit depressiven Störungen einhergeht.

2. Hat sich der Gesundheitszustand von A. _____ seit März 2009 wesentlich verschlechtert? Wenn ja, weshalb? Liegen seit diesem Zeitpunkt neue Befunde oder Diagnosen vor?

Ad2 Verlauf seit März 2009. Die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung beinhaltet bessere und schlechtere Phasen, welche auch in diesem Zeitraum stattgefunden haben und in der Krankengeschichte gut dokumentiert sind. Die körperlichen Schmerzen werden von der Patientin/Versicherten als mehr oder weniger über die Jahre hinweg gleich beschrieben, wobei es aber zu deutlichen Tagesschwankungen kommen soll.

Neue Befunde seit 03/2009 siehe Beilagen, die relevanten sind auch der IV und den Gutachtern vorliegend

3. Der psychiatrische Gutachter spricht unserer Versicherungsnehmerin die Diagnose "somatoforme Schmerzstörung" ab, da das Achsenkriterium eines ungelösten seelischen Konflikts nicht vorliege und auch keine namhafte Schmerzbeeinträchtigung zu erkennen sei. Ist es korrekt, dass diese Diagnose zwingend einen "ungelösten seelischen Konflikt" voraussetzt? Falls ja, hat sich der Gutachter überhaupt mit der Frage auseinandergesetzt, ob A. _____ einen solchen Konflikt aufweist? Falls nein, bestehen andere Kriterien, deren Vorhandensein für diese Diagnose sprechen?

Ad3 Laut ICD-10, siehe oben, braucht es laut Definition keinen 'ungelösten seelischen Konflikt'. Die Kriterien der Diagnosedefinition sind in meinen Augen erfüllt. - Siehe oben.

4. Hat sich der psychiatrische Gutachter korrekt und vollständig mit den Diagnosekriterien einer depressiven Episode auseinandergesetzt?

Ad4 Das kann ich als nicht Psychiatrie-Spezialist nicht beurteilen. Wie ich die Patientin in der Vergangenheit und in einer aktuellen Konsultation gesehen habe teile ich die Meinung der Fachärzte für Psychiatrie (ambulant und stationär), die bis auf Dr. W. _____ ausnahmslos eine rezidivierende, teils chronische Depression beschrieben haben.

(...)

5. Ist es schlüssig, dass der psychiatrische Gutachter das Vorliegen der Diagnosekriterien der Freudlosigkeit, der Verminderung des Antriebs mit erhöhter Ermüdbarkeit und der depressiven, gedrückten Stimmung verneint, obwohl A. _____ ihm gegenüber klar geäußert hat, dass sie müde, erschöpft, traurig, freudlos sei?

Ad5 Der psychiatrische Gutachter scheint die typischen Diagnosekriterien der Freudlosigkeit, Antriebsverminderung, erhöhter Ermüdbarkeit und gedrückten Stimmung nicht zu werten wenn er nicht die Diagnose einer depressiven Störung stellt, obwohl die Patientin dies seit Jahren und aktuell, zumindest mir und den vorbehandelnden Psychiatern, glaubhaft äusserte und erfahrene Diagnostiker und Therapeuten dies als solches bewerteten.

6. Ist es schlüssig, dass der psychiatrische Gutachter das Vorliegen von Suizidgedanken/Suizidalität als Zusatzkriterium verneint, obschon A. _____ über ihre Lebensmüdigkeit berichtet? Müssen Gedanken, nicht mehr leben zu wollen, von „wesentlich affektiver Beteiligung“ begleitet sein, um als Kriterium einer depressiven Episode zu gelten?

Ad6 Auch die Konsistenz von Äusserungen über Suizidalität sind durch Erfahrung zu bewerten - auch hier bin ich der Meinung, dass man das ernst nehmen muss. Bisher kenne ich laut Aktenlage keine dokumentierten Zweifel von vorbehandelnden Hausärzten oder Psychiatern an derartigen Aussagen bis auf das vorliegende Gutachten von Dr. W. _____. Auch aktuell gibt die Versicherte an zu hoffen, dass sie an einem bösartigen Tumor leide, damit ihr Leben bald vorbei sei.

Die Frage nach 'affektiver Beteiligung' traue ich mich nicht zu beantworten.

7. Ist es korrekt, dass unsere Versicherungsnehmerin ihre Beschwerden nicht regelmässig therapieren liess? Falls ja, sind diese Therapieunterbrüche unter anderem auf ihre psychischen Beschwerden zurückzuführen? Falls ja, bitte kurz begründen.

Ad7 Die Versicherungsnehmerin war nicht durchgehend in Behandlung, was durchaus mit Resignation hinsichtlich der bescheidenen Therapieerfolge erklärt werden kann. Wenn sich ein schwerer Grad einer depressiven Episode einstellte oder die Schmerzen exazerbierten hatte sie sich jeweils vorgestellt. Als weiteren Grund nennt sie finanzielle Schwierigkeiten, gewisse Therapien und Selbstbehalte zu bezahlen. In einigemmassen regelmässigen Abständen soll sie laut ihren Angaben bei Reisen in ihr Herkunftsland physikalische Therapien in Anspruch genommen haben - auch, weil sie ihr gutgetan haben sollen. Als uneingeschränkte 'Therapietreue' ist die Medikamenteneinnahme der Schmerzmittel zu werten, obgleich es sich mit einem Opioid um eine Substanz mit Abhängigkeitspotential handelt. Aber auch antidepressive Medikation wurde konsequent in den letzten Jahren bezogen (keine Abhängigkeit). Damit kann man lediglich die Äusserung tätigen, dass sie nicht regelmässig in psychiatrischer Gesprächstherapie war, was man dadurch erklären kann, dass es dazwischen erträgliche Stimmungsphasen gab und die mindestens gleichschwer zu betrachtende Schmerzproblematik durch solche Sitzungen nicht zu beeinflussen war.

8. Seit wann wird A. _____ mit Opioiden therapiert? Wurde sie vor diesem Zeitpunkt mit anderen oder gar keinen Medikamenten behandelt? Falls ja, waren ihre Beschwerden vor dem Opioidkonsum deutlich geringer?

Ad8 A. _____ wurde seit Beginn der Diagnosestellung des Schmerzsyndroms mit Opioiden behandelt und sollen ihr anamnestisch nach wie vor helfen an einem durchschnittlichen Tag die Schmerzen ‚einigemmassen zu ertragen‘

Laut Krankengeschichte wurde von Dr. J. _____ am Beginn der psychischen Probleme initial das Präparat Citalopram abgegeben, welches anscheinend wegen Unverträglichkeit (?) nach kurzer Zeit auf Cipralex, beides oft verschriebene, typische Antidepressiva, gewechselt. - Vor der Verschreibung eines Opioids, welches erstmalig in leichtester Form (Codein) von Dr. C. _____ ein halbes Jahr später verschrieben wurde (09/2004). Über das Ausmass der Beschwerden vor und nach der Installation einer Opioidtherapie kann ich keine Auskünfte geben.

9. Wie beurteilen Sie den von den Gutachtern „diagnostizierte“ Opioid-Fehlgebrauch? Besteht in der Wissenschaft eine einheitliche Meinung, was die Wirksamkeit von Opioiden bei somatoformen Schmerzen betrifft?

Ad9 Den diagnostizierten Opioid-Fehlgebrauch kann man durchaus diskutieren und ist meiner Meinung nach in der Tat nicht befriedigend. Laut einem Übersichtsartikel von Kissel/Jäger (MEDAS Luzern(!)) im Swiss medical Forum 2012 wird von einer derartigen Therapie wenn möglich abgeraten, wobei nicht ausgeschlossen und die empfohlene Handhabung erläutert - diese Punkte wurden im Fall von A. _____ ausnahmslos eingehalten. Die Autoren geben auch an, als Gutachter es einfacher zu haben als die Haupttherapeuten über längere Zeitperioden. Die literarische Datenlage sei relativ dünn. - siehe Beilage
Zudem muss erwähnt werden, dass A. _____ eine Besserung durch diese Therapie angibt und eine Reduktion anamnestisch erhebliche Mehrschmerzen auslöste.

10. Wie beurteilen Sie die Arbeitsfähigkeit unserer Versicherungsnehmerin in ihrer angestammten Tätigkeit als Pflegehelferin in einem Alters- und Pflegeheim? Wieviel Prozent beträgt eine allfällige Arbeitsunfähigkeit und seit welchem Zeitpunkt sowie für welche Dauer?

Ad10 Seit ich die Patientin betreue sehe ich keine Arbeitsfähigkeit. Alleine schon wegen der andauernden Schmerzsituation und umso mehr durch die depressiven Episoden. Diese Beurteilung möchte ich aber den Fachärzten für Psychiatrie überlassen.

11. Wie beurteilen Sie die Arbeitsfähigkeit unserer Versicherungsnehmerin in ihrer leidensadaptierten Tätigkeit? Wieviel Prozent beträgt eine allfällige Arbeitsunfähigkeit und seit welchem Zeitpunkt sowie für welche Dauer? Wie müsste diese aussehen (Bitte Belastungsprofil definieren)?

Ad11 Auch das möchte ich den spezialisierten Kollegen überlassen, da es sich um einen schwierigen psychiatrischen Fall handelt.

12. Haben Sie sonstige Anmerkungen zum beiliegenden Gutachten der D. _____ vom 28. April 2017?

(...) Die Untersuchungen fanden im Sommer 2016 statt und mir ist nicht bekannt, was die zeitliche Latenz bedingte.

Zusammenfassend beurteile ich den ersten Teil, die orthopädische Beurteilung, als sehr wenig relevant, weil in der Vergangenheit nie von einer orthopädischen Erkrankung die Rede war - dementsprechend wurden Normbefunde erhoben. Ich sehe diesen Teil als nicht relevant für die Beurteilung eines Rentenanspruchs.

Die Quintessenz des zweiten, psychiatrischen Teils und damit der Gesamtanalyse ist, dass A. _____ an keiner psychiatrischen Erkrankung leiden soll und Symptome vorgetäuscht haben soll. Dagegen lässt sich feststellen, dass A. _____ beschreibt, dass es tagesabhängig besser Phasen gäbe und auch teilweise die antidepressive Medikation angeschlagen hat und die auch unter dem aktuellen Wechsel auf eine andere Pille Fortschritte merke.

Jahrelange ambulante und stationäre Behandlungen von mehreren, etablierten Psychiatern werden als unvollständig und verkürzend eingeschätzt! Darüber soll sich jeder sein eigenes Urteil bilden.

Eine behinderungsrelevante Gesundheitsstörung liesse sich nicht hinweisend belegen.

Einerseits liegt es an der Natur der oben genannten Diagnosen, dass sie, vor allem hinsichtlich der Somatisierungsstörung, schwierig bis nicht zu quantifizieren sind. Die Argumentation des psychiatrischen Gutachters scheint mit der Beantwortung der oben angeführten Fragen widerlegt.

Bei einer Durchsicht eines medizinischen Gutachtens erlebt man in der Regel durch ein Aneinanderreihen an objektiven Befunden ein umfassendes Bild zum körperlichen oder seelischen Zustand einer Person.

Bei der Durchsicht des vorliegenden Gutachtens der D._____ kann ich derartiges nicht ausreichend erkennen.

Das Verhältnis Subjektivität und Objektivität passt für mich nicht. Beispiele: Zur Beurteilung der Gesamtsituation wird quasi einzig der Eindruck dieser erstmaligen Konsultation gewertet, während von der ganzen, mehrjährigen Vorgeschichte einzig ein einziges Gutachten - das, dass höchstens eine 25%- Rente empfiehlt - zitiert wird, was ich als einseitig betrachte.

Zu gewissen Formulierungen:

Das Argument eines fehlenden biologischen plausiblen Korrelats ist keines wenn es um eine somatoforme Störung geht - siehe Diagnosekriterien oben.

Dass unter II: Sozialer Kontext angegeben wird, dass soziale Belastungen nicht berichtet wurden muss ich mich fast fragen, ob danach gefragt wurde, weil erst aktuell die Versicherte von einer enormen Belastung spricht, dass sie und ihr Mann einerseits an einem jahrelangen schweren finanziellen Engpass leiden und andererseits Spannung im familiären Umfeld vorhanden sind, weil A._____ sich ständig aufgrund der Schmerzen in einer depressiven Stimmungslage befindet, teilweise den Haushalt nicht bewältigen kann und die grossjährige Tochter mithelfen muss.

Dem Opiatfehlgebrauch kann eingeschränkt zugestimmt werden - siehe oben.

Das inaktive Verhalten der Patientin als Argument anzugeben sehe ich einerseits nicht umfassend relevant und, wie oben beschrieben, widerlegt. Ähnliches gilt für die fehlenden Eingliederungsbemühungen. Kann man das von einer Person erwarten, die depressiv ist, schwach und an starken Schmerzen leidet? Auch der Punkt mit erhaltener Willensbildung und Einsichtsfähigkeit ist bei diesen Diagnosen nicht relevant.

Zusammenfassend beurteile ich das Gutachten der D._____ als deutlich unzureichend und hoffe, mit diesem Schreiben einige Unzulänglichkeiten ausreichend belegen zu können.

2.4.10 Am 28. Mai 2018 nahmen die D._____ -Gutachter zu den Ausführungen von Dr.med. O._____ Stellung (IV-act. 113). Dieser verweise hinsichtlich der Einschätzung psychischer Störungen auf eine notwendige psychiatrische Beurteilung, referiere jedoch seine langjährige Kenntnis der Versicherten mit entsprechenden Störungsangaben psychischer Störungen und Schmerzangaben. Ein eigener Befund werde nicht berichtet. Mit der differenzierten Beurteilung des psychiatrischen Gutachtens, insbesondere auch der Diskussion der Aktdaten,

einschliesslich einer der Einschätzung des Gutachters nahekommenden Vorbewertung, setze sich Dr.med. O. _____ nicht erkennbar auseinander. Letztlich räume er auch einen Opiat-Fehlgebrauch ein, gehe dabei jedoch nicht auf die diesbezügliche Diskussion der psychiatrischen Beurteilung ein. Entgegen der Einlassung seitens Dr.med. O. _____ habe der psychiatrische Gutachter anhand seines objektiven Befunds nach AMDP klar begründet, dass eine erhebliche depressive Störung nicht mehr angenommen werden könne, bereits im Kapitel Aktendokumente seien zudem die Vorbewertungen breit dargestellt worden. Die Achsenkriterien einer somatoformen Schmerzstörung seien - nach der allgemein gültigen und praktizierten Definition in der Psychiatrie - ein zugrundeliegender ungelöster seelischer Konflikt sowie ein quälender Schmerz. Im Übrigen beurteilten die Gutachter die von Dr.med. O. _____ (erneut) eingereichten Arztberichte, wobei sich aus den meisten keine Arbeitsunfähigkeit entnehmen lasse. Zudem teilten die Gutachter das von U. _____ vorgetragene Argument, dass für die Durchführung von Medikamentenspiegelbestimmungen keine Indikation bestanden habe, nicht, weil bei einer vermeintlich therapierefraktären Behandlungssituation stets die Compliance zu prüfen sei, eben weil eine Medikamenten-Incompliance als wesentlicher Grund für einen ausbleibenden Therapie-Effekt gelte.

2.4.11 Mit Stellungnahme vom 23. August 2018 hielt der RAD-Arzt Dr.med. N. _____ fest, dass aus psychiatrischer Sicht auf die Stellungnahme von D. _____ abzustellen sei. Es sei nicht Sache des RAD-Fallarztes, hier weitere psychiatrischen Detailerörterungen zu machen. Aus somatischer Sicht sei zu sagen, dass das von der Versicherten reklamierte Ganzkörperschmerzsyndrom das führende gesundheitliche Problem sei. Führend für die Beurteilung von solchen chronischen Schmerzen sei so oder so der Psychiater (inkl. Indikatorenprüfung). Sekundär sei in der Regel ein Somatiker beizuziehen, primär um keine organischen Schäden zu verpassen, welche sich hinter diesen Schmerzen verbergen könnten. Welche Spezialdisziplin für den Bewegungsapparat (Orthopädie, Rheumatologie, Physikalische Medizin und Rehab) genau gewählt werde, sei nicht von grosser Bedeutung. Alle seien möglich, wobei Rheumatologie wohl am passendsten wäre. Im vorliegenden Fall genüge aber sicherlich auch der Orthopäde. Eigentlich sei die vorliegende Konstellation gar nicht so komplex in der Beurteilung wie teils von Therapeuten festgehalten werde. Es gehe um chronische Schmerzen und folglich sei die Indikatorenprüfung von zentraler Bedeutung (IV-act. 114-6/6).

2.5 Zusammenfassend ist somit die Verfügung vom 4. März 2009 die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer (von der in der Verfügung vom

9.3.2011 einzig geprüften Eintretensfrage zu unterscheidenden, vgl. BGE 133 V 108 Erw. 5.1 und 5.3.2) materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht und damit zeitlicher Ausgangspunkt für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des IV-Grades ist.

3. Soweit die Versicherte rügt, dass eine orthopädische Begutachtung nicht notwendig, dafür ein rheumatologisches Gutachten erforderlich gewesen wäre, ist der Einwand vorliegend verspätet. Die IV-Stelle hat der Versicherten bereits mit Schreiben vom 2. Mai 2016 mitgeteilt, dass eine bidisziplinäre Begutachtung in den Teilbereichen Orthopädie und Psychiatrie in Auftrag gegeben wird, und welche Gutachter sowie Fragen vorgesehen sind. Die IV-Stelle hat gleichzeitig darauf hingewiesen, dass Einwendungen gegen die vorgesehene Fachdisziplin innert 10 Tagen schriftlich eingereicht werden können. Bereits damals hätte die Versicherte somit ihre Einwände vorbringen müssen. Sie hat jedoch gegen die Anordnung der Begutachtung, die gewählte Fachdisziplin und Begutachter nicht opponiert, sondern mit Schreiben vom 9. Mai 2016 lediglich Ergänzungsfragen gestellt (IV-act. 91f.). Zudem ist davon auszugehen, dass die Gutachterstelle darauf hingewiesen hätte, wenn eine rheumatologische Begutachtung erforderlich gewesen wäre (BGE 139 V 349 Erw. 3.3).

Des Weiteren hat der RAD-Arzt nachvollziehbar dargelegt, dass für die Beurteilung von chronischen Schmerzen der Psychiater führend ist, wobei eine somatische Abklärung erforderlich ist, um organische Schäden auszuschliessen, welche die Schmerzen verursachen könnten. Dabei sei die Wahl der (somatischen) Spezialdisziplin nicht von grosser Bedeutung. Dazu kann auch auf die höchstrichterliche Rechtsprechung verwiesen werden, wonach die bezüglich der somatoformen Schmerzstörung (welche unter die Kategorie der psychischen Leiden fällt) entwickelten Grundsätze analog anzuwenden sind, wenn es darum geht, den invalidisierenden Charakter einer Fibromyalgie zu beurteilen. Demnach ist ein psychiatrisches Gutachten wichtig, wenn es um die Beurteilung geht, ob eine somatoforme Schmerzstörung (und analog eine Fibromyalgie) geeignet ist, eine Arbeitsunfähigkeit nach sich zu ziehen (BGE 132 V 65 Erw. 3.1, 4.1 und 4.3, übersetzt in: Die Praxis 3/2007 Nr. 38 S. 232ff.). Hinzu kommt, dass die Versicherte die Diagnose eines Fibromyalgie-Syndroms als erstellt erachtet und organisch nachweisbare Schäden, welche die von der Versicherten geltend gemachten Schmerzen verursachen, weder in der Beschwerdeschrift behauptet, noch aus den Akten ersichtlich sind. Somit ist im konkreten Fall die somatische Beurteilung lediglich zweitrangig (vgl. dazu auch nachfolgende Ausführungen in Erw. 4.1ff.). Insoweit ist das vorliegende orthopädische Gutachten, welches auf

allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt sowie in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, auch im Ergebnis nachvollziehbar und somit nicht zu beanstanden.

4.1 In Würdigung der vorstehend aufgeführten medizinischen Akten ergibt sich, dass im Verwaltungsgerichtsentscheid 1/06 vom 5. April 2006, welcher u.a. die ärztliche Beurteilung eines Neurologen, Rheumatologen und Psychiaters berücksichtigte, grundsätzlich vom Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung ausgegangen wurde, wobei auch die differentialdiagnostisch ermittelte Fibromyalgie erwähnt wurde. Seither wurde in sämtlichen Arztberichten, bis auf das vorliegende D. _____-Gutachten, die Diagnose der somatoformen Schmerzstörung - oder der Fibromyalgie - jeweils beibehalten, wenn auch Dr.med. I. _____ in seinem psychiatrischen Gutachten eine Fibromyalgie gemäss den Beurteilungskriterien von Dr.med. F. _____ nicht als eindeutig erfüllt betrachten konnte, aber ebenfalls von einer somatoformen Schmerzstörung ausging. Bis zur Verfügung vom 9. März 2011 ist zudem auch keine relevante Veränderung des Gesundheitszustandes der Versicherten aktenkundig. Nach der erwähnten Verfügung ist neu eine Depressionsproblematik aktenkundig (auf welche nachfolgend in Erw. 4.2.1ff. näher eingegangen wird), hinsichtlich der Schmerzen ist aus den Akten jedoch nach wie vor grundsätzlich keine Veränderung ersichtlich. Im D. _____-Gutachten wird sodann das Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nicht aufgrund einer Verbesserung des Gesundheitszustandes der Versicherten verneint. Vielmehr wird das Vorliegen eines ungelösten seelischen Konflikts als Achsenkriterium für die genannte Diagnose verneint. Damit wird sinngemäss geltend gemacht, dass eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung nie vorgelegen hat. Dementsprechend handelt es sich bei dieser Beurteilung jedoch lediglich um eine andere (wenn allenfalls auch begründete) Beurteilung desselben (bereits mit VGE 1/06 vom 5.4.2006 als erstellt erachteten) Sachverhaltes. Zwar wird im D. _____-Gutachten die Opioid-Abhängigkeit als mögliche Ursache der Schmerzen erwähnt. Aktenkundig ist jedoch, dass die Schmerzen der Versicherten bereits vor der Opioid-Aufnahme (im September 2004), nämlich als die Versicherten noch arbeitstätig war, aufgetreten sind. Nachvollziehbar ist jedoch, dass die Opioid-Abhängigkeit zu einer Aufrechterhaltung der Schmerzen führen kann. Nach dem Gesagten ist in Anbetracht der langjährig bestehenden Schmerzen sowie Diagnosen bei der Versicherten zumindest von einer somatisch nicht nachweisbaren Schmerzstörung auszugehen, wobei vorliegend offen bleiben kann, ob eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung oder eine Fibromyalgie vorliegt.

Allein aufgrund der unterschiedlichen fachlichen Auffassung des Gesundheitszustandes der Versicherten ist vorliegend jedoch nicht davon auszugehen, dass die gesamte gutachterliche Beurteilung ihren Beweiswert verliert (zumal sich auch die weiteren aktenkundigen medizinischen Fachpersonen nicht alle einig sind). Vielmehr sind die weiteren Ausführungen im psychiatrischen Gutachten unter Berücksichtigung der Aktenlage zu würdigen.

Fehlt es wie vorliegend bei der gestellten Diagnose bereits an einem Bezug zum Schweregrad, so hat eine Beurteilung der Standardindikatoren gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung (BGE 142 V 106 Erw. 4.4 und 141 V 281) zu erfolgen, um die schmerzbedingte Beeinträchtigung im Alltag zu beurteilen, was auch der Stellungnahme des RAD-Arztes vom 23. August 2018 zu entnehmen ist (vgl. dazu nachfolgend Erw. 4.3.1ff.).

4.2.1 Zu prüfen ist jedoch zunächst das Vorliegen eines depressiven Leidens, welches die Versicherte geltend macht, während das Vorliegen eines solchen im psychiatrischen D. _____-Gutachten verneint wird.

4.2.2 Mit Bericht vom 8. Februar 2006 hielt Dr.med. G. _____ erstmals eine mittelgradige bis schwere depressive Episode fest, wobei er mit Stellungnahme vom 27. März 2006 gegenüber dem Verwaltungsgericht festhielt, dass mittels einer psychiatrischen Behandlung möglicherweise eine gewisse Besserung herbeigeführt werden könnte, und dass die depressive Symptomatik hier eher als Begleitproblematik bzw. als "reaktiv" anzusehen sei (IV-act. 31 und 35). Im April 2008 diagnostizierte derselbe eine chronische mittelgradige depressive Episode, wobei er festhielt, dass die Erkrankung inzwischen eigenständig sei. Für ein psychotherapeutisches Verfahren verfüge die Versicherte über zu wenig Introspektionsfähigkeit. Medikamentös habe eine Stabilisierung auf tiefem Niveau erreicht werden können (IV-act. 44). Dr.med. I. _____ beurteilte die leichte depressive Symptomatik in seinem Gutachten vom 21. Dezember 2008 als sonstige anhaltende affektive Störung, wobei die depressive Symptomatik reaktiv auf die somatoforme Schmerzstörung sowie auf die von der Versicherten als vordergründig geschilderte soziale Problematik (finanzielle Probleme) sei. Es hätten zudem (aufgrund von divergierenden Äusserungen der Versicherten und ihres Sohnes) Zweifel bestanden, zu welchen Leistungen die Versicherte im Haushalt bereit sei. Die Arbeitsunfähigkeit betrage maximal 25% (IV-act. 54-12f./18).

Dr.med. M. _____ berichtete am 3. Januar 2011 (nachdem die Versicherte nach 2008 erstmals am 13.12.2010 wieder beim T. _____ vorstellig wurde), dass sich das bereits zuvor bestehende chronische depressive Syndrom

begleitend zur somatoformen Schmerzstörung im Vergleich zum April 2008 akzentuiert und mit stärker agitierter Komponente zeige. Es liege eine mittelgradige depressive Episode vor. Als wichtiger Faktor erscheine der zunehmende familiäre Konflikt (v.a. Paarkonflikt; IV-act. 61-5f./6). Vom 13. Januar 2012 bis 16. Februar 2012 war die Versicherte in der Psychiatrischen Klinik S._____ bei einer rezidivierenden depressiven Störung gegenwärtig schweren Episode ohne psychotische Symptome. Dabei wurden der Versicherten eine weiterführende Körpertherapie im Sinne einer Verbesserung der Körperwahrnehmung (für Bewegungserfahrung und Wahrnehmungsschulung) und keine passiven Therapien empfohlen, weil Schonungsphasen die Symptomatik verschlechtern würden. Zudem habe die Versicherte noch Mühe, Veränderungen innerhalb ihres häuslichen Umfeldes zu initiieren und zuzulassen. Im Verlauf des stationären Aufenthaltes sei insgesamt eine Stimmungsaufhellung sowie ein Rückgang der inneren Spannungszustände und Nervosität zu beobachten gewesen. In der Austrittsphase sei es erneut zu einem subjektiv erlebten Gefühl der Überforderung gekommen (IV-act. 75-11f./18). Eine Verbesserung des Gesundheitszustandes der Versicherten ist auch dem nachfolgenden Bericht des T._____ vom 7. März 2012 zu entnehmen. Die Versicherte habe selbst ausgeführt, dass der Klinikaufenthalt eine leichte Entspannung hinsichtlich der schwierigen häuslichen Situation gebracht habe, dass sie sich etwas ausgeglichener fühle und versuche auch Kontakte nach aussen aufzunehmen. Zudem sei die Aufnahme von Physiotherapie geplant. Die Ausprägung der depressiven Symptomatik sei leicht bis mittelschwer (IV-act. 75-13ff./18). Obwohl weitere Behandlungen empfohlen wurden, fanden anschliessend beim T._____ keine Therapien mehr statt. Erst ab April 2015 war die Versicherte bei U._____ wieder in Behandlung. Dieser hielt am 23. Juli 2015 fest, dass derzeit eine schwere Episode der depressiven Störung vorliege. Er stellte zudem eine starke Passivität sowie wenig Zugang zu einer Psychotherapie fest. Nach drei durchgeführten Therapiesitzungen und einer erneuten Etablierung der Medikation wurde die Behandlung beendet (IV-act. 81). Im Arztbericht vom 18. November 2015 hielt derselbe Arzt einen stationären Gesundheitszustand fest und diagnostizierte eine mittel-schwere Episode der depressiven Störung bei ca. monatlichen Sitzungen (IV-act. 83).

4.2.3 Im psychiatrischen D._____ -Gutachten wird in der Beurteilung festgehalten, dass die Versicherte hinsichtlich ihrer aktuellen Beschwerden eine seit Jahren zunehmende psychische Beeinträchtigung in Form einer Müdigkeit, Erschöpftheit, Traurigkeit und Ängste bezogen auf eine weitere Zunahme der Schmerzen nenne. Auf Befragen würden auch eine Lebensmüdigkeit und

Freudlosigkeit bejaht. Die Versicherte stehe in ambulanter psychiatrischer Behandlung und für zwei Monate sei sie in der Klinik S. _____ hospitalisiert gewesen, ohne Besserung ihres Zustandes. Im Tagesablauf liege sie überwiegend im Bett und bevorzuge einen dunklen Raum. Soziale Kontakte seien auf die Familie beschränkt. Gemäss Gutachter liessen sich im hiesigen AMDP-konform erhobenen psychiatrischen Untersuchungsbefund keine namhaften Beeinträchtigungen mit der gebotenen Konsistenz objektivieren. Es imponiere eine demonstrativ aggravierende Symptompräsentation. So gebe die Versicherte Gedächtnis-, Merkfähigkeits- und Konzentrationsstörungen an, diskrepant dazu könne sie jedoch etliche biografische Daten schliesslich doch folgerichtig nennen (auch die Erfolgsquote von Fibromyalgieoperationen und den Preis der Operation). Weiter präsentiere sie sich gänzlich unfähig zu rechnen. Auch demonstriere sie ein inkonstant vorhandenes Zittern einschliesslich einer intermittierend zitternden, bebenden Stimme bei dann wieder adäquater Art des sprachlichen Ausdrucksverhaltens. Auch in der Gegenübertragung sei keine namhafte psychische Beeinträchtigung spürbar. Insbesondere seien die Achsenkriterien einer namhaften depressiven Störung (tiefe Traurigkeit, Antriebsminderung, Freud- und Lustlosigkeit) nicht schlüssig zu erkennen, weil sie nicht von einer demonstrativen Präsentation abgrenzbar seien. Eine depressive Episode sei somit nicht (zumindest nicht mehr) zu diagnostizieren. Sodann sei die Opioid-Medikation nicht nachvollziehbar. Opiate/Opioide seien bekanntermassen suchtsinduzierend und mit einem erheblichen weiteren psychiatrischen Schadenspotenzial, einschliesslich depressiver Syndrome (als Nebenwirkung oder die durch einen Suchtmittelkonsum limitierte Behandelbarkeit depressiver Syndrome), behaftet. Eine invalidisierende Gesundheitsstörung könne hier unter einer laufenden Fehlmedikation mit einem Opioid-Suchtmittel nicht attestiert werden. Zunächst sei eine vollständige Entgiftung und Entwöhnung notwendig.

4.2.4 Das D. _____-Gutachten ist nachvollziehbar und schlüssig begründet. Es beruht auf einer ausführlichen Anamneseerhebung, auch wenn die Sozialanamnese dürftig ist hinsichtlich der aktenkundigen psychosozialen Aspekte. Es wurde in Kenntnis und in Auseinandersetzung sämtlicher Vorakten erstellt und berücksichtigt auch die von der Versicherten geltend gemachten Beschwerden.

Entgegen den Vorbringen der Versicherten gegenüber den Gutachtern (sowie auch gegenüber ihrem behandelnden Psychiater) ist aus den Akten ersichtlich, dass sowohl ambulante als auch stationäre Behandlungen jeweils zu einer Verbesserung der depressiven Symptomatik der Versicherten führten. Zunächst

wurde vom T._____ nach der stationären Behandlung in S._____ lediglich noch eine leichte bis mittelschwere depressive Episode diagnostiziert. Im Jahr 2015 konnte die erneut schwere depressive Symptomatik (welche gemäss Akten ohne Behandlung wieder eintrat) bereits nach wenigen Behandlungen bei U._____ in eine mittel-schwere Symptomatik verbessert werden. Somit ist nachvollziehbar, dass die weitere psychiatrische Behandlung (welche gemäss der Versicherten bis zur Begutachtung weiterhin monatlich stattfand) mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu einer deutlichen Verbesserung des Gesundheitszustandes der Versicherten geführt hat. Dementsprechend ist auch nicht zu beanstanden, dass die gleichbleibende Beurteilung des Gesundheitszustands durch die Versicherte selbst (wie dargelegt entgegen der Aktenlage) es den Gutachtern verunmöglichte die Kernkriterien einer namhaften Depression von einer demonstrativen Präsentation abzugrenzen (vgl. auch die weiteren psychiatrischen Untersuchungsbefunde nach AMDP im psychiatrischen D._____-Gutachten). Auch wenn vorliegend von einer rezidivierenden depressiven Störung auszugehen wäre, so weisen die aktuellen Untersuchungsbefunde im psychiatrischen D._____-Gutachten nicht auf eine schwere depressive Episode hin (im äusseren Erscheinen und Verhalten ist die Versicherte freundlich und erscheint psychisch nicht konsistent beeinträchtigt; keine Bewusstseins-, Gedächtnis-, Orientierungs-, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen; geordnetes Denken; keine Befürchtungen oder Ängste; starrer Affekt, keine Hinweise für Schuldgefühle und Insuffizienzerleben; Demonstration einer psychomotorischen Verlangsamung und eines Zitterns, welches bei Ablenkung und ausserhalb der formalen Untersuchung nicht mehr zu beobachten ist; keine Anhaltspunkte für eine akute Suizidalität).

Nach dem Gesagten ist vorliegend keine konsequente Depressionstherapie erfolgt, deren Scheitern das Leiden als resistent ausweist. Vielmehr lässt sich den Akten entnehmen, dass eine eingehende Behandlung jeweils zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes der Versicherten geführt hat, die Versicherte jedoch eine Behandlung vor 2015 nur selten und nach 2015 maximal einmal monatlich in Anspruch nahm. Somit kann nicht von einer Therapieresistenz ausgegangen werden. Aus den Akten ergibt sich zudem, dass vorliegend keine vorbestehende (vor der Schmerzstörung vorliegende) depressive Störung erstellt ist. Vielmehr hat sich eine solche (ursprünglich) erst aus der Schmerzstörung entwickelt. Hinzu kommt, dass in einzelnen Arztberichten auch auf die psychosozialen Belastungen der Versicherten, wie finanzielle Schwierigkeiten und (familiäre) Paarkonflikte, hingewiesen wurde. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung vermögen solche Faktoren medizinisch allenfalls die Diagnose einer mittelschweren Depression, aber

rechtlich keine Invalidität zu begründen (Bundesgerichtsurteil 9C_917/2012 vom 14.8.2013 Erw. 3.2).

Zusammenfassend ist vorliegend dem nachvollziehbaren D. _____-Gutachten folgend nicht (mehr) vom Vorliegen einer depressiven Symptomatik auszugehen. Selbst wenn vom Vorliegen einer rezidivierenden depressiven Störung auszugehen wäre, so bestünde zum einen keine schwere Episode und zum anderen wäre eine solche behandelbar, und somit nicht bleibend. Hinzu kommt, dass zunächst die Opioid-Fehlmedikation beendet werden müsste, um eine selbständige depressive Störung diagnostizieren zu können. Selbst bei Vorliegen einer depressiven Störung wäre die Arbeitsunfähigkeit jedoch aufgrund der Standardindikatoren zu beurteilen (vgl. nachfolgend Erw. 4.3.1ff.).

4.3.1 Im Urteil 8C_130/2017 vom 30. November 2017 (= BGE 143 V 418) gelangte das Bundesgericht zum Ergebnis, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind. Diese Abklärungen haben regelmässig mit der Rechtsfrage zu enden, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit (Art. 6 ATSG) schliessen lassen (zit. Urteil 8C_130/2017 Erw. 7.2 in fine = BGE 143 V 418 Erw. 7.2 in fine). Bei diesem strukturierten Beweisverfahren gilt es, das tatsächliche berufliche Leistungsvermögen des Versicherten gesamthaft und ergebnisoffen abzuklären. Das Verfahren stellt auf Indikatoren ab, mit deren Hilfe ermittelt werden soll, ob bzw. in welchem Umfang eine versicherte Person arbeiten kann. Berücksichtigt werden medizinische Befunde, allfällige Therapien und deren Wirkung, berufliche Eingliederungsbemühungen, das soziale Umfeld der versicherten Person und deren geltend gemachte Einschränkungen im Alltag (vgl. zit. BGE 141 V 281 Erw. 4.1.3ff.; siehe auch IV-Rundschreiben Nr. 334 betreffend neues Beweisverfahren zur Abklärung psychosomatischer Leiden). Hervorzuheben ist dabei, dass die juristische Anspruchsprüfung in jedem Fall Aufgabe des Rechtsanwenders und insoweit die medizinische Schätzung der Leistungsfähigkeit rechtlich nicht verbindlich ist (vgl. BGE 141 V 281 Erw. 5.2.2). Eine Indikatorenprüfung fällt somit auch dann nicht automatisch und unbesehen der konkreten Umstände ausser Betracht, wenn nach ärztlicher Beurteilung ein Leiden die Arbeitsfähigkeit nicht in relevanter Weise beeinträchtigt (Urteil des Bundesgerichts 9C_154/2016 vom 19. Oktober 2016 Erw. 4.1).

4.3.2 Mit den Gutachterfragen wurden die Standardindikatoren im D. _____-Gutachten berücksichtigt und beantwortet, wobei die D. _____-Gutachter aufgrund ihrer Beurteilung von keiner IV-relevanten Gesundheitsstörung ausgingen. Im konkreten Fall ist bei der Kategorie des Gesundheitsschadens zu

berücksichtigen, dass sich die Schwere der Schmerzstörung (vgl. vorstehend Erw. 4.1) vorliegend nicht plausibilisieren lässt. Dasselbe gilt für die depressive Störung, sofern eine solche vorliegen sollte. Zumindest lässt sich feststellen, dass keine schwere depressive Episode vorliegt (vgl. vorstehende Erw. 4.2.4). Im Übrigen lässt sich das Vorliegen einer solchen Störung insbesondere aufgrund der Opioid-Fehlmedikation, und die Schwere einer allfälligen Störung aufgrund des Verhaltens der Versicherten nicht abschliessend beurteilen. Immerhin lassen sich den Akten Diskrepanzen zwischen den von der Versicherten geltend gemachten Beschwerden, Schwere und Behandlungsresistenz und der Anamnese entnehmen. Hinzu kommt, dass die D. _____-Gutachter in Bezug auf die Schmerzstörung nachvollziehbar dargelegt haben, dass das Vorliegen des Achsenkriteriums eines ungelösten seelischen Konflikts bzw. emotionaler Konflikte oder psychosozialer Belastungen - denen die Hauptrolle für Beginn, Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen zukommt - fehlt bzw. (bezogen auf die Hauptrolle) fraglich ist, was gegen einen erheblichen Schweregrad der Störung spricht. Soweit die Versicherte geltend macht, dass eine psychosoziale Belastungsstörung 2011 durch Dr.med. M. _____ geschildert worden sei, ist zu ergänzen, dass gemäss Schilderungen der Versicherten damals die Schmerzsymptomatik unverändert weiter bestanden habe. Somit führten die schwierige Paarsituation und die finanziellen Schwierigkeiten weder zum Beginn der von der Versicherten mindestens seit dem Jahr 2000 geltend gemachten Schmerzen, noch zu deren Exazerbation, weshalb die Ausführungen im D. _____-Gutachten insoweit nachvollziehbar sind. Zudem hat die Versicherte bei der Untersuchung eine gequälte Mimik und Gestik demonstriert, welche bei Ablenkung sistierte. Der Tagesablauf der Versicherten, wonach sie täglich mehrmals laufen geht und sich auf dem Hometrainer bewegt sowie ihre Ferienreisen (bis 2015) nach Y. _____ sprechen sodann ebenfalls gegen eine schwere Ausprägung der Schmerzstörung.

Ein teilweiser Behandlungserfolg konnte unter Mitwirkung der Versicherten erreicht aber nicht vertieft werden. Während die Versicherte Therapien in Bezug auf ihre depressiven Episoden rasch wieder beendete, ging sie auf Behandlungsvorschläge in Bezug auf ihre Schmerzen (abgesehen von einer medikamentösen Behandlung, einer fraglichen Operation sowie während des Klinikaufenthaltes) gar nicht ein, obwohl ihr beim Klinikaufenthalt auch diesbezüglich ein Weg zur Verbesserung aufgezeigt werden konnte. Somit ist vorliegend nicht davon auszugehen, dass die psychische(n) Störung(en) der Versicherten therapeutisch nicht angebar ist bzw. sind. Das Vorliegen eines Leidensdrucks ist somit ebenfalls fraglich.

Obwohl im VGE 1/06 vom 5. April 2006 der Ausstieg aus den bisherigen Arbeits- und Erwerbstätigkeiten als nicht invalidisierend beurteilt und ihr mit Gutachten von Dr.med. I. _____ vom 21. Dezember 2008 mindestens eine 75%-ige Arbeitsfähigkeit attestiert wurde, hat die Versicherte keinerlei Eingliederungsversuche unternommen, was ebenfalls gegen eine invalidisierende Beeinträchtigung spricht.

In Bezug auf eine mögliche psychische Komorbidität verliert eine depressive Problematik nicht bereits wegen einer medizinischen Konnexität zum Schmerzleiden ihre Bedeutung als potentiell ressourcenhemmender Faktor (vgl. Bundesgerichtsurteil 9C_168/2015 vom 13.4.2016 Erw. 4.2). Allerdings ist die Versicherte bereits vor der depressiven Symptomatik mangels Motivation keine (über die Medikation) weitergehende Behandlung der Schmerzstörung angegangen. Die intermittierende Behandlung der depressiven Symptomatik hat demgegenüber trotz Schmerzstörung zu einer Verbesserung geführt. Somit ist vorliegend nicht von einer negativen Wechselwirkung und auch nicht von einer relevanten psychischen Komorbidität auszugehen. Auffällig ist vorliegend zudem, dass die Versicherte sich vor einer erneuten IV-Anmeldung (bzw. während des vorliegenden IV-Verfahrens) jeweils wieder in kurzzeitige psychiatrische Behandlung begeben hat, welche sie jedoch langfristig nicht weiter führte. Soweit die Versicherte geltend macht, die Behandlung aus finanziellen Gründen abgebrochen zu haben, so ergibt sich daraus erst recht, dass keine behandlungsresistente und somit IV-relevante psychische Störung vorliegt.

Aus dem D. _____-Gutachten sowie den weiteren Akten ergeben sich keine Anhaltspunkte für eine Persönlichkeitsstörung. Die Versicherte weist sodann einen geregelten Tagesablauf auf, wobei sie von ihrem Ehemann und ihrer Tochter unterstützt wird. Aus den Akten ergibt sich zudem, dass die Versicherte nach der stationären Behandlung in der Lage war, soziale Kontakte ausserhalb ihrer Familie zu pflegen und mit ihrer Freundin Ausflüge zu unternehmen. Gegenüber dem Gutachter Dr.med. I. _____ äusserte die Versicherte im Jahr 2008, dass sie bzw. die Familie in Y. _____ ein eigenes Ferienhaus besitze, welches sie zwei Mal im Jahr aufsuchen würde. Gemäss D. _____-Gutachten war die Versicherte 2015 zuletzt in den Ferien. Demnach ist die Versicherte auch in der Lage, Ferienreisen zu unternehmen, woraus (zusammen mit dem geregelten Tagesablauf) sich ebenfalls persönliche Ressourcen der Versicherten ergeben, welche sich positiv auf das Leistungsvermögen auszuwirken vermögen. Aus dem D. _____-Gutachten ergibt sich zudem, dass die erhobenen Befunde mit einer Alltagsselbständigkeit, Selbstversorgung, sozialen Interaktionsfähigkeit und Aktivität gut vereinbar sind und anamnestisch reklamierten Einschränkungen widersprechen, weshalb die Ressourcen für eine

Arbeitstätigkeit gegeben sind. Zudem ist nach einem Entzug der Opioid-Fehlmedikation ebenfalls von einer Verbesserung der Ressourcen auszugehen.

Zusammenfassend ist vorliegend weiterhin nicht von einer IV-relevanten Gesundheitsschädigung bzw. nicht von einer rentenrelevanten Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Versicherten seit dem 4. März 2009 (vgl. vorstehende Erw. 2.2) auszugehen, zumal die normativen Rahmenbedingungen eine rentenauslösende Gesundheitsschädigung bei psychischen Störungen der hier interessierenden Art namentlich erst zulassen, wenn sie schwer und therapeutisch nicht (mehr) angebar sind, was im konkreten Fall, wie bereits ausgeführt, nicht zutrifft. Eine Konsistenzprüfung ist in diesem Fall hinfällig, wobei auch vorliegend mit der Nicht-Inanspruchnahme von Therapien auf einen fehlenden Leidensdruck geschlossen werden kann (vgl. Bundesgerichtsurteil 9C_168/2015 vom 13.4.2016 Erw. 4.4).

5. Bei dieser Sachlage erweist sich die Beschwerde als unbegründet und ist abzuweisen. Diesem Ergebnis entsprechend werden die Verfahrenskosten der Beschwerdeführerin auferlegt. Eine Parteientschädigung fällt ausser Betracht.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten werden auf Fr. 500.-- festgelegt und der Beschwerdeführerin auferlegt. Sie hat einen Kostenvorschuss von Fr. 500.-- bezahlt, sodass die Rechnung ausgeglichen ist.
3. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden (Art. 42 und 82ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [BGG; SR 173.110] vom 17.6.2005).

Soweit die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten nicht zulässig ist, kann in derselben Rechtsschrift subsidiäre Verfassungsbeschwerde* erhoben und die Verletzung von verfassungsmässigen Rechten gerügt werden (Art. 113ff. BGG).
4. Zustellung an:
 - den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin (2/R)
 - die Vorinstanz (A)
 - und das Bundesamt für Sozialversicherungen, 3003 Bern (A).

Schwyz, 14. Dezember 2018

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

***Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache (Deutsch, Französisch, Italienisch, Romansch Grischun) abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. In der Begründung ist in gedrängter Form darzulegen, inwiefern der angefochtene Entscheid Recht verletzt. Die Urkunden, auf die sich die Partei als Beweismittel beruft, sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat; der angefochtene Entscheid ist beizulegen.

Versand: 8. Januar 2019

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I

