

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01123 vom 14. Juli 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-07-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.01123

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01123 du 14 juillet 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01123 del 14 luglio 2017

Erwägungen

E. 1

ATSG dar. Zeitliche Vergleichs basis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechts kräftige Verfügung oder der letzte rechts kräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechts konformer Sachverhaltsabklärung, Beweismwürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E.

3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 1 mit Hinweisen).

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG]). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

und I 212/03 vom 28. August

2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs.

E. 1.3

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

Anlass zur Rentenrevision im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesent-

lichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich veränderten haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen).

Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C_261/2009 vom 11. Mai 2009 E).

E. 2.1

In der angefochtenen Verfügung führte die IV-Stelle zur Begründung der Ablehnung des Rentenbegehrens der Beschwerdeführerin aus, gemäss den Untersuchungsberichten des RAD habe sich der Gesundheitszustand seit der Begutachtung in der Y.____ im Juni 2011 nicht verändert. Die Beschwerdeführerin sei seit damals zwar in ihrer angestammten Tätigkeit als Reinigungsmitarbeiterin nicht mehr arbeitsfähig; in einer körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit ohne regelmässige Hebe- und Tragebelastungen über 10 kg, ohne Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, ohne häufige Zwangshaltungen, ohne häufige wirbelsäulenbelastende Arbeiten sei sie dagegen zu 100 % arbeitsfähig. In Frage kämen etwa Kontroll-, Überwachungs- oder Sortierarbeiten. Der Lohn, den sie als gesunde Reinigungsmitarbeiterin im Jahr 2012 erzielen könnte, betrage gemäss den Tabellenlöhnen des Bundesamtes für Statistik Fr. 51'504.--. Ebenfalls gestützt auf die Tabellenlöhne ergebe sich für das Jahr 2012 ein Invalideneinkommen von Fr. 51'441.--, welches in einer Hilfsarbeit erzielt werden könne. Da die behinderungsbedingten Einschränkungen bereits im Belastungsprofil berücksichtigt würden, sei kein leidensbedingter Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen. Da der Einkommensvergleich zu einem Invaliditätsgrad von 0 % führe, bestehe kein Rentenanspruch (Urk. 2).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin stellt sich dagegen auf den Standpunkt, sie habe rückwirkend ab dem 1. Februar 2012 Anspruch auf eine ganze Rente, da sich ihre gesundheitliche Situation derart verschlechtert habe (Urk. 1 S. 6). Die orthopädische RAD-Beurteilung, wonach sie zu 100 % arbeitsfähig sei, sei falsch. Dr. med. B.____, Facharzt für Innere Medizin, sei im Jahr 2010 noch davon ausgegangen, dass sie in einem angepassten Beruf zu 50-60 % arbeitsfähig sei. Gemäss seinem Bericht vom 3. Dezember 2014 sei zwischenzeitlich eine derartige Verschlechterung der psychischen und physischen Gesundheit eingetreten, dass sie gegenwärtig vollumfänglich arbeitsunfähig sei. Es sei nicht nachvollziehbar, weshalb sich die RAD-Ärzte nicht ansatzweise an den differenzierten Schlussfolgerungen von Dr. B.____ orientiert hätten. Auch ihre Hausärztin Dr. med. C.____, Fachärztin für Innere Medizin, habe im Bericht vom 9. Oktober 2015 die gesundheitliche Verschlechterung dokumentiert. Es seien starke Zweifel an der Objektivität der RAD-Orthopädin med. pract. Z.____ angebracht, da sie ihre Angaben im Untersuchungsbericht teilweise falsch wiedergegeben habe. Hinzu komme, dass die Untersuchung in einer für sie sehr traumatisierenden und schmerzhaften Weise durchgeführt worden sei, was auch dem Bericht von Dr. C.____ vom 9. Oktober 2015 entnommen werden könne. Ferner seien die von ihr eingereichten Berichte im orthopädischen Untersuchungsbericht gänzlich unberücksichtigt geblieben. Der Bericht sei also auch unvollständig (Urk. 1 S. 7-11). Auch beim psychiatrischen Untersuchungsbericht von med. pract. A.____ vom RAD müsse davon ausgegangen werden, dass der Arzt seinen Bericht zu ihren Ungunsten verfasst habe. Im

Unter suchungsbericht seien einige wichtige Details des Gesprächs sowie angebliche Beobachtungen falsch festgehalten worden. Die Untersuchung selber sei in einer unangenehmen Weise durchgeführt worden und sie habe das Gefühl gehabt, dass ihr niemand Gehör schenke. Weiter werde im Bericht festgehalten, dass sie bei kleinen Scherzen mitlachen würde. Daraus, dass sie als ehemalige Service angestellte stets freundlich, zuvorkommend und sehr gepflegt sei, dürfe aber nicht zu ihren Ungunsten auf eine fehlende Depression geschlossen werden. Zudem habe med. pract. A.____ in seinem Bericht die Diskussion der medizinischen Vorberichte und Gutachten sehr kurz gehalten und insbesondere dem Bericht von Dr. med. D.____ und Dr. med. E.____, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie vom F.____ vom 29. Juli 2015 (richtig: 29. Juli 2014; Urk. 7/86/7) kaum Beachtung geschenkt. In diesem Bericht werde klar aufgezeigt, dass sich bei ihr, beginnend ab dem 1. Februar 2012, eine klare depressive Symptomatik abgezeichnet habe. Da ihre Schmerzen das Ausmass eines dauernden, schweren und quälenden Schmerzes erreicht hätten, liege eine somatoforme Schmerzstörung vor. Die damit zusammenhängende Leistungseinschränkung stelle keine Aggravation dar, da entgegen der Ansicht des RAD keine Diskrepanzen zwischen den geschilderten Schmerzen und ihrem tatsächlichen Verhalten bestünden. Die vom RAD durchgeführten Untersuchungen liessen eine fachärztlich einwandfreie Diagnose überhaupt nicht zu. Mittels einer neutralen und vollständigen Begutachtung könne festgestellt werden, dass eine somatoforme Schmerzstörung tatsächlich vorliege. Eventualiter sei eine solche Untersuchung zu veranlassen. Aufgrund der Berichte der Dres. B.____ und C.____ vom 3. Dezember 2014 sowie des F.____ vom 29. Juli 2014 stehe fest, dass sich ihr Gesundheitszustand aufgrund der erheblichen Schmerzsymptomatik und der eigenständigen psychiatrischen Erkrankung stark verschlechtert habe (Urk. 1 S. 11 ff.).

E. 3.1

Die IV-Stelle beurteilte den medizinischen Sachverhalt und die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin bei Erlass der in Rechtskraft erwachsenen, einen Rentenanspruch verneinenden Verfügung vom 16. Januar 2012 aufgrund des von ihr eingeholten Gutachtens der Y.____ vom 15. Juni 2011. Dieses Vorgehen wurde mit den Urteilen des Sozialversicherungsgerichts IV.2012.00210 vom 31. Mai 2013 (Urk. 7/64) sowie des Bundesgerichts 9C_579/2013 vom 3. Dezember 2013 (Urk. 7/66) geschützt.

Das Gutachten der Y.____ vom 15. Juni 2011 gliedert sich in einen orthopädischen/rheumatologischen sowie einen neurologischen Teil. Bei ihren Schlussfolgerungen berücksichtigten die Gutachter auch das Ergebnis der jeweils anderen Teilbegutachtung (Urk. 7/39 S. 1 und 11). Dem Teilgutachten von Dr. med. G.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, ist zu entnehmen, dass die Feinmotorik der Beschwerdeführerin beim Ausziehen unauffällig war. Die Untersuchung der Wirbelsäule ergab einzig über den Dornfortsätzen der Lendenwirbelsäule Berührungs- und Druckdolenzen. Zusätzlich bestanden paravertebral im Bereich der Rückenstrecker Druckdolenzen. Bei der Seitneigung war die Wirbelsäule mit Gegenspannen bis 30/0/30° beweglich. Laut Dr. G.____ bestanden im Bereich der Schulter-Nacken-Partie vermehrte Druckdolenzen wegen eines Hartspanns der Trapeziidmuskulatur beidseits. Die Beweglichkeit der Halswirbelsäule sei in allen Ebenen allenfalls endgradig eingeschränkt gewesen. Im Bereich der Schultergelenke hätten vor allem am rechten Tuberculum majus am Ansatz der Supraspinatussehne Druckdolenzen bestanden, bei voller Beweglichkeit des Gelenks. Die Beschwerdeführerin habe während der Untersuchung sensible Missempfindungen in der Loge des Nervus ulnaris

rechts und an den Zehen I und V der linken und rechten unteren Extremität angegeben. Dr. G. ___ diagnostizierte einen Zustand nach operativer Dekompression der Segmente L3-L5 bei Spinalkanalstenose am 16. Dezember 2009, er erhob einen Verdacht auf eine beginnende Spondylarthrose in der Halswirbelsäule und diagnostizierte eine muskuläre Dysbalance/Insuffizienz im Schulter-Nacken-Bereich sowie in der Lendenwirbelsäule, ohne wesentlichen behindernden Effekt. In seiner abschliessenden Beurteilung hielt er fest, die erhobenen

Befunde entsprächen einer leichtgradigen Störung und erlaubten durchaus weiterhin eine vollzeitliche, angepasste körperliche Arbeit in Tätigkeiten mit leichter körperlicher Wechselbelastung sowie ohne ständige Zwangshaltung der Wirbelsäule oder schweres Heben und Tragen (Urk. 7/39 S. 1 ff.).

Der andere Teilgutachter Dr. med. H. ___, Facharzt für Neurologie,

erhob im Rahmen der klinischen Untersuchung eine freie Beweglichkeit der Kopf- und Halswirbelsäule in sämtlichen Richtungen. Es habe ein leichtgradiges Vertebralesyndrom erhoben werden können, wobei die Beschwerdeführerin bei den formalen Bewegungsproben in sämtlichen Richtungen aktiv gegengespannt, ausserhalb der formalen Prüfung aber eine deutlich bessere Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule gezeigt habe. Bei den Kraftproben habe sie mangelhaft mitgearbeitet. Da bei hätten keine umschriebenen myotom-bezogenen Paresen und Arthropathien nachgewiesen werden können. Im Lasègue-Manöver habe sie einen lumbalen Schmerz mit Ausbreitung zur linken Grosszehe angegeben. Im rechten Schultergelenk hätten Bewegungsschmerzen erhoben werden können. Das Hoffman-Tinel-Zeichen sei über dem Sulcus ulnaris rechts positiv gewesen. Der Tibialis-posterior-Reflex sei links nicht erhalten und rechts nicht auslösbar gewesen, die übrigen Muskeldehnungsreflexe an Armen und Beinen seien seitengleich mit tellebhaft auslösbar gewesen. Hinsichtlich der psychischen und neuropsychologischen Funktionen hätten keine auffälligen Befunde erhoben werden können. Dr. H. ___ diagnostizierte einen leichtgradigen Defekt nach Wurzelkompression L5 links ohne behindernden Effekt, den Verdacht auf ein Sulcus-ulnaris-Syndrom rechts sowie ein leichtgradiges lumbales Vertebralesyndrom. Er gelangte zum Schluss, dass die abgelaufene leichtgradige Wurzelkompression L5 links nicht zu einer relevanten Parese des Grosszehenhebers führe und demzufolge nicht behindernd wirke. Anamnese und Lokalbefund im Bereich der rechten Schulter sprächen zwar für eine leichtgradige Periarthropathia humeroscapularis rechts, auch daraus resultiere aber keine wesentliche Behinderung. Hinsichtlich des leichtgradigen Sulcus-ulnaris-Syndroms rechts bestünden sodann ebenfalls keine Hinweise für eine behindernde Parese oder sensible Defizite. Da die erhobenen Störungen insgesamt leichtgradig ausgeprägt seien, vermöchten sie einzig eine qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu begründen. Schwere körperliche Arbeiten seien der Beschwerdeführerin nicht mehr zumutbar. Hinsichtlich einer körperlich leichten und wechselbelastenden Tätigkeit, beispielsweise als Verkäuferin oder Lageristin, an einer Kasse oder einem Auskunftsschalter, könne ihr nach der erfolgreichen lumbalen Operation vom Dezember 2009 keine gesundheitlich bedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert werden. Abschliessend sei darauf hinzuweisen, dass im Rahmen der klinischen Untersuchung sichere Zeichen für eine bewusstseinsnahe demonstrative Darstellung von Einschränkungen und Beschwerden hätten beobachtet werden können (Urk. 10/39 S. 11 ff.).

E. 3.2.1

Dem Bericht vom 4. Februar 2014 von Dr. med. I.____, Facharzt für Neurologie und Oberarzt im neurophysiologischen Labor der Klinik für Plastische Chirurgie und Handchirurgie des J.____, ist zu entnehmen, dass dieser Arzt die Beschwerdeführerin wegen einer Schmerzexazerbation im Januar 2014 zur Objektivierung der Symptomatik neurologisch und elektrodiagnostisch untersuchte. Laut seinem Bericht ergab die klinische Untersuchung eine Minderinnervation der linken unteren Extremität, wobei im Seitenvergleich eine leichte Parese des Extensor hallucis longus aufgefallen sei. Die Reflexe seien seitengleich mittellebhaft gewesen, der Babinski-Test sei beidseits negativ ausgefallen. Im rechten Arm habe eine Hypästhesie vorgelegen, betroffen seien die Finger I, IV und V gewesen. Im linken Bein habe am lateralen Ober- und Unterschenkel, am ganzen Fuss medial, dorsal und plantar ein Minderempfinden bezüglich sämtlicher sensibler Modalitäten bestanden, im Sinne einer sich über mehrere Segmente von L2 bis und mit S1 erstreckenden Hypästhesie. Ferner hätten ein schmerzbedingtes Schonhinken des linken Beins sowie ein bereits ab 20° auf beiden Seiten positiver Lasègue erhoben werden können. Elektrodiagnostisch zeigten sich die Befunde einer leichten bis mässigen, chronisch neurogenen Schädigung sämtlicher untersuchter Kennmuskeln L5 links. Die übrigen Segmente L3/4 und L5/S1 zeigten keine neurogenen Veränderungen, so dass unter Berücksichtigung der Klinik nicht von einer relevanten Affektion von S1 auszugehen sei. In seiner abschliessenden Beurteilung hielt Dr. I.____ fest, ein Teil der Befunde sei sicherlich auf eine schmerzbedingte Minderinnervation zurückzuführen. Die Untersuchung der schmerzgeplagten Beschwerdeführerin sei erschwert gewesen, weil sie praktisch nur mit angewinkelten Knien liegen könne. Nebst dem bereits 2012 dokumentierten chronischen panvertebralen Schmerzsyndrom und der funktionellen Hypästhesie der rechten oberen Extremität leide sie an einem seit dem 2. Januar 2014 ohne eigentliches Trauma exazerbierten chronischen radikulären Reiz-Syndrom L5 links mit senso-motorischen Ausfällen. Zusätzlich vorhanden sei eine nicht unerhebliche Überlagerung mit sensiblen Ausfällen, die nicht durch diese Befunde erklärt werden könnten (Urk. 7/86/17-18).

Die Psychiater Dr. med. E.____ und Dr. med. D.____ vom F.____ behandelten die Beschwerdeführerin seit dem 27. Februar 2012. Gestützt auf die bis zur letzten Kontrolle am 20. Mai 2014 erhobenen Befunde diagnostizierten sie in ihrem Bericht vom 29. Juli 2014 eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom, bestehend seit 2009, sowie ein chronisches therapieresistentes Schmerzsyndrom mit Schmerzen in der Lenden- und Halswirbelsäule sowie einer Schulterproblematik rechts bei Supraspinatussehnenruptur mit Instabilität der Bizepssehne und AC-Arthrose. Wegen der Schmerzen habe sie ein rezidivierendes depressives Zustandsbild entwickelt, welches mit massiven Schlafproblemen, Antriebslosigkeit, mangelndem Selbstwertgefühl und einer depressiven Verstimmung einhergehe. Aktuell sei der affektive Rapport herstellbar, jedoch wenig schwingungsfähig, die Stimmung sei ängstlich-depressiv gewesen, teilweise hoffnungslos. Die Beschwerdeführerin habe immer wieder das Gesicht verzogen. Es bestünden massive Ein- und Durchschlafstörungen sowie frühes Erwachen. Der Appetit sei vermindert. Die Beschwerdeführerin sei psychomotorisch unruhig gewesen, habe versucht, im Sitzen Entlastung zu finden und habe zwischendurch immer wieder aufstehen und herumgehen müssen. Seit längerer Zeit seien wegen der starken Schmerzen Suizidideen aufgetreten, allerdings habe sie eine akute Selbstgefährdung glaubhaft verneint. Aufgrund der erheblichen Schmerzsymptomatik sei die

Beschwerdeführerin nicht wegfähig und zu 100 % arbeitsunfähig. An psychischen Einschränkungen bestünden nämlich zusätzlich eine gedrückte Stimmung, Energielosigkeit und eine mangelnde Fähigkeit zur Erholung. Die Konzentration, das Auffassungsvermögen sowie die Anpassungsfähigkeit seien stark vermindert (Urk. 7/86/1-5).

Im Schreiben an die Rechtsanwältin der Beschwerdeführerin vom 18. September 2014 ergänzte Dr. D. ___ vom F. ___ den Bericht vom 29. Juli 2014 und hielt fest, die Beschwerdeführerin habe als Folge der Schmerzsymptomatik, welche sich innerhalb der letzten zweieinhalb Jahre verschlechtert habe, ein zunehmend depressives Zustandsbild entwickelt. Seit dem 31. Mai 2013 sei die Depression leicht progredient wegen der Hoffnungslosigkeit, dass sich ihre Schmerzsituation verbessern werde. Während der letzten 3-6 Monate habe sie wiederholt passive Suizidgedanken geäußert, so dass jetzt von einer schweren depressiven Episode ausgegangen werden müsse (Urk. 7/86/8).

Am 3. Dezember 2014 berichteten die Hausärzte Dr. med. B. ___ und Dr. med. C. ___ über den gesundheitlichen Verlauf seit Januar 2012. Als in der Zwischenzeit neu hinzugetretene Diagnosen erwähnten sie ein lumboradikuläres Schmerzsyndrom mit breitbasiger Diskushernie auf Höhe LWK1/2 mit Impression des Duralsackes gemäss MRI vom 17. April 2014, eine Zunahme des myofaszialen Schmerzsyndroms, rezidivierende Stürze infolge Kraftverlust im linken Bein bei einer Parese des Extensor hallucis longus links und einem sensomotorischen Ausfall L5 links, eine schwere Depression, Schlafstörungen im Rahmen der Schmerzproblematik, eine eingeschränkte Therapiemöglichkeit bei Status nach schwerer anaphylaktischer Reaktion, möglicherweise durch die eingenommenen Medikamente Lyrica, NSAR und PPI ausgelöst, sowie eine zunehmende Dekonditionierung. Die Gesamtsituation habe sich massiv verschlimmert. Die Verschlimmerung des Schmerzsyndroms sei bildgebend dokumentiert und werde durch die Klinik bestätigt. Trotz sämtlicher therapeutischer Interventionen klagt die Beschwerdeführerin über persistierende Schmerzen. Die starken Schmerzen führten auch zu vegetativen Symptomen wie starkes Schwitzen, was die Beschwerdeführerin als lästig empfinde und weshalb sie soziale Anlässe zunehmend meide. Da sie auch nachts keine schmerzfreie Lage finde, sei es nun auch zu der schweren Depression und Schlafstörungen gekommen. Erschwerend wirke sich aus, dass sie auf sämtliche Schmerzmittel und auch antidepressive Therapien schwer allergisch reagiere. Da zusätzlich noch eine nachgewiesene Läsion der Schulter (Supraspinatussehnenruptur mit Instabilität der Bizepssehne und AC-Arthrose) vorliege, bestehe eine derart komplexe Ausgangslage, dass eine Therapie in der Praxis praktisch nicht mehr möglich sei. Dementsprechend sei sie in jedem Beruf zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 7/86/9-11; vgl. auch Urk. 7/86/12-18).

E. 3.2.2

Laut Bericht von med. pract Z. ___ vom RAD vom 6. Mai 2015 über die orthopädische Untersuchung der Beschwerdeführerin vom 9. April 2015 gab die Beschwerdeführerin an, dass sie in allen Lebensbereichen durch die Schmerzen im Bereich der Wirbelsäule stark eingeschränkt sei. Von der RAD-Ärztin zu einer allfälligen Veränderung seit 2012 befragt, antwortete die Beschwerdeführerin, seit rund eineinhalb Jahren an zunehmenden Schmerzen beider Leisten zu leiden. Ferner trage das linke Bein sie nicht mehr zuverlässig, sie sei 2-3 Mal am Bahnhof fast gestürzt, zuletzt vor 6-7 Monaten. Vor 2012 sei sie ebenfalls mehrmals wegen des linken Beins gestürzt. Seit mehr als einem Jahr seien zudem die Schmerzen unerträglich. Weder das Stehen noch das Sitzen sei ohne Abstützen möglich,

da sie sonst unter wahnsinnigen Schmerzen leide. Beim Gehen benutze sie meistens Walking Stöcke oder Unterarmgehstützen. Laut der RAD-Ärztin erschien sie ohne Hilfsmittel zur Untersuchung. Weiter gab die Beschwerdeführerin an, mit dem Tram oder Bus könne sie sich fortbewegen, da sie dort die Position wechseln könne. Das Autofahren gelinge für maximal 10 Minuten. In die Ferien fahre sie mit dem Ehemann mit dem Auto, wobei sie meist liege und stündlich eine Pause machen müsse. Seit mehr als zwei Jahren könne sie nicht mehr durchschlafen. Sie schlafe jede Nacht maximal zwei Stunden insgesamt. Zu ihrem Alltag befragt, gab die Beschwerdeführerin an, wegen der Schmerzen etwa um fünf Uhr morgens aufzuwachen. Wenn sie aus dem Bett aufstehe, könne sie zunächst nur auf den Knien rutschen und kriechen. Sie mache dann 5-8 Minuten lang ihre Übungen, worauf sie langsam gerade gehen könne. Die gesamte Haushaltarbeit werde von ihrem Mann und ihren Kindern erledigt. Sie verbringe ihren Tag mit Lesen im Liegen und einem gelegentlichen Spaziergang am Nachmittag, wobei sie zur Sicherheit meist Walkingstöcke oder Gehstützen mitnehme. Zwischendurch mache sie Übungen. Hobbys habe sie nicht. Sie sehe sich nicht mehr in der Lage, eine Arbeit auszuüben, zumal sie über keine Ressourcen mehr verfüge (Urk. 7/99/1-4).

Med. pract. Z. ___ wies bei der Darstellung des medizinischen Befunds einleitend darauf hin, dass die Beschwerdeführerin sehr gepflegt und im Wartebereich anscheinend sehr entspannt gewesen sei. Als sie aufgerufen worden sei, habe sie sich mühsam erhoben und sei den Untersuchern mit schleppendem Gangbild entgegengetreten. Während der Anamneseerhebung sei sie etwa alle 15 bis 20 Minuten für etwa fünf Minuten aufgestanden und habe sich hinter den Stuhl gestellt. Sie habe keine Anzeichen von Erschöpfung oder Müdigkeit gezeigt und keine dunklen Augenringe gehabt. Trotz ihrer teils heftigen Schmerzaussagen habe sie während der gesamten Anamnese keine vegetativen Reaktionen wie Schweißausbrüche oder Veränderungen der Atmung gezeigt. Das Auskleiden sei im Stehen erfolgt, teilweise mit Festhalten am Mobiliar, ohne Trickbewegungen, aber mit zahlreichen Schmerzaussagen. Das Ankleiden sei flüssig im Sitzen erfolgt. Zum Anziehen der Hose habe sie die Hose zunächst auf den Boden vor den Stuhl gesetzt, den rechten Fuss in das Hosenbein gestellt und die Hose über das rechte Bein gezogen. Dabei sei sie in der Lage gewesen, das Bein im Sitzen bis fast zur Horizontalen gestreckt zu heben. Auch auf der anderen Seite sei dies möglich gewesen. Bei leichtem Druck auf die Scheitelhöhe habe sie über starke Schmerzen in der Lendenwirbelsäule geklagt. Der angegebene Druckschmerz über den Dornfortsätzen ab C3 bis Th1 sei bei Ablenkung nicht reproduzierbar gewesen. Beim Betasten des Musculus Trapezius rechts habe sie massive Schmerzen und eine Schmerzausstrahlung in den 4. und 5. Finger rechts angegeben. Unter Ablenkung habe sie trotz kräftigem Druck auf den rechten Trapezius keinerlei Abwehrreaktion gezeigt. Bei der Beweglichkeitsprüfung der Halswirbelsäule habe sie über rechtsseitige Schmerzen geklagt. Die Untersuchung der Brust- und Lendenwirbelsäule habe keinen paravertebralen Hartspann ergeben. Sie habe über einen starken Druckschmerz im Bereich Th6 bis S3 und einen nicht reproduzierbaren Druckschmerz im lumbosakralen Übergang geklagt. Weiter hätten ein Druckschmerz der ISG beidseits und fraglich positive Valleix-Druckpunkte erhoben werden können. Die Beweglichkeit der Brust- und Lendenwirbelsäule sei nicht konsistent prüfbar gewesen, da die Beschwerdeführerin schon beim Scheinmanöver einer globalen Drehung des gesamten Rumpfes einschliesslich des Beckens im Stand über massivste Schmerzen geklagt habe. Selbst eine angedeutete Vorneigung des Rumpfes, welche in anderen Momenten möglich gewesen sei, werde nicht ausgeführt. Im Spontanverhalten hätten sich keine Hinweise für

eine schwerwiegende Funktionsminderung der Schultern ergeben. Druckschmerzen seien rechts über dem Acromioclaviculargelenk, Sulcus Musculus bicipitis und links über dem Sulcus Musculus bicipitis und allenfalls leicht über dem Coracoid angeben worden. Beim Betasten des rechten Ellenbogens habe die Beschwerdeführerin über Schmerzen im rechten Oberarm geklagt. Sodann habe sie eine Taubheit des 5. Fingers rechts geschildert. Auffällig sei, dass trotz ihrer Angabe, sie könne eigentlich nur stehen und sitzen, indem sie sich mit den Armen ständig abstütze, keine Schwielen an den Unterarmen, Handballen oder über den Fingerknöcheln bestanden hätten. Bei der Untersuchung der unteren Extremitäten sei die Beschwerdeführerin spontan niedergekniet, um die Hose vom Boden aufzuheben.

Der Gang ohne Hilfsmittel sei langsam mit schwankendem Gangbild gewesen. Bei der Untersuchung der Hüftgelenke habe sie über einen Leisten-Druckschmerz mit Schmerzen in der Lendenwirbelsäule geklagt. Die Prüfung der Hüftgelenksbeweglichkeit sei schwierig und mit einem kräftigen aktiven Gegenspannen verbunden gewesen. Die Untersuchung der Knie-, Sprunggelenke und Füße habe keine besonderen Befunde ergeben. Die Bewegungsprüfung der Zehen sei schwierig gewesen, auf der linken Seite hätten angedeutet tastbare Osteophyten des Grosszehengrundgelenks erhoben werden können. Die Tests nach Babinski, Bragard und Lasègue seien nicht auslösbar gewesen, die Achilles-, Patellar-, Biceps- und Tricepssehnenreflexe sowie der Radiusperiost-Reflex seien auslösbar gewesen. Bei der segmentalen Untersuchung der groben Kraft sei keine Reduktion der Kraft aufgefallen, allerdings bei eingeschränkter Beurteilbarkeit aufgrund mangelnder Compliance. So habe die Beschwerdeführerin beidseits eine Unfähigkeit, das gestreckte Bein von der Liege zu heben demonstriert, im Rahmen anderer Untersuchungen sei diese Bewegung jedoch möglich gewesen. Für die Fussheber und -senker sowie die Grosszehenstrecker und -beuger habe sie links eine vollständige Parese demonstriert, zugleich sei der Abrollvorgang des Fusses ungestört gewesen. Insgesamt seien fünf von fünf Waddel-Zeichen positiv gewesen. Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte med. pract. Z. ___ eine schmerzhafte Bewegungs- und Belastungseinschränkung der Lendenwirbelsäule bei Status nach Dekompression L3-L5 im Dezember 2009 sowie eine fragliche Bewegungseinschränkung der rechten Schulter. In ihrer abschliessenden Würdigung wies sie darauf hin, dass die Untersuchung von zahlreichen Inkonsistenzen gekennzeichnet gewesen sei. Es habe ein deutlicher Kontrast zwischen den geklagten Beschwerden und den objektivierbaren Befunden bestanden, ohne dass sich Hinweise auf Nervenwurzelreizungen oder Ausfälle ergeben hätten. Im Vergleich zum Gutachten der Y. ___ vom 15. Juni 2011 zeige sich eine erhebliche Symptomausweitung, allerdings ohne objektive Hinweise für eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes. Das vom damals begutachtenden Neurologen vermutete Sulcus-ulnaris-Syndrom rechts sei nicht mehr nachweisbar, zumal die Beschwerdeführerin nicht mehr über entsprechende Beschwerden geklagt habe. Insgesamt sei aber ein somatischer Gesundheitsschaden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ausgewiesen. In einer körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit ohne regelmässige Hebe- und Tragebelastungen über 10 kg, ohne Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, ohne häufige Zwangshalbungen, ohne häufige wirbelsäulenbelastende Arbeiten sei sie dagegen zu 100 % arbeitsfähig (Urk. 7/99/4-10).

E. 3.2.3

Dem Bericht von med. pract. A. ___ vom RAD vom 6. Mai 2015 über die psychiatrische Untersuchung der Beschwerdeführerin vom 9. April 2015 ist zu entnehmen, dass die

Beschwerdeführerin dem RAD-Psychiater angab, es gehe ihr seit rund drei Jahren seelisch schlecht, da sie die anhaltenden Schmerzen zermürbten. Sie könne immer weniger machen, erhalte aber glücklicherweise viel Hilfe vom Ehemann und ihren Kindern. Sie habe nur noch wenig Freude am Leben. Freude bereiteten ihr die Kinder und die sechs Enkel. Sie habe immer wieder wahnsinnige Schmerzen. Laut dem Bericht von med. pract A. ___ zeigte sich die Beschwerdeführerin anlässlich der Befunderhebung freundlich und bereitwillig im Kontakt. Es hätten sich bei flüssigem und zusammenhängendem Gedankengang keine Anhaltspunkte für Sinnestäuschungen, Ich-Störungen und inhaltliche Denkstörungen ergeben. Sie habe prompt geantwortet und aus eigener Initiative Ausführungen gemacht. Sie sei wach gewesen; Anzeichen von Müdigkeit seien nicht erkennbar gewesen. Affektiv habe eine leicht reduzierte Schwingungsfähigkeit bestanden, wobei sie bei kleinen Scherzen mitgelacht habe und nur wenig Leidensdruck spürbar gewesen sei. Selbst bei Angabe von Schmerzen habe sie nur selten eine eindeutige Schmerzmimik gezeigt. Mehrmals habe sie gepresst geatmet. Sie sei über die ganze zweieinhalbstündige Untersuchung aufmerksam und konzentriert gewesen und habe keine klinisch auffälligen Gedächtnisstörungen gezeigt. Ferner sei sie glaubhaft nicht suizidal. Sie habe auf entsprechende Anfrage angegeben, einmal im Tag eine ausgiebige Mahlzeit einzunehmen und sich selbst als im Kern starke und gründliche Persönlichkeit wahrzunehmen. Im Anschluss an die Untersuchung sei sie gebeten worden, sich in ein Labor zu begeben. Dabei habe beobachtet werden können, dass sie die 450 Meter lange Strecke durch die Langstrasse flüssig schlendernd, ohne Stöße, mit kurzem Verweilen vor einer Schuhauslage bis zur Tramhaltestelle zurückgelegt habe, wo sie problemlos in das Tram eingestiegen sei. Aufgefallen sei med. pract. A. ___ der Widerspruch zwischen ihren angeblich starken Schlafstörungen und den fehlenden Anzeichen von Müdigkeit anlässlich der Untersuchung. Ferner seien trotz der angegebenen anhaltenden Schmerzen während der Untersuchung kaum vegetative Schmerzsymptome beobachtbar gewesen. Im neurologischen Gutachten von Dr. H. ___ aus dem Jahr 2011 seien auch psychische Befunde erwähnt. Diese seien unauffällig und entsprächen im Wesentlichen dem heutigen Befund. Auch dort sei vermerkt worden, dass die Beschwerdeführerin trotz der angegebenen Schlafstörungen nicht müde gewirkt habe und auch keinen schmerzgequälten Eindruck gemacht habe. Im Bericht der K. ___ vom 5. Januar 2012 sei über ein Behandlungsprogramm für Patienten mit chronischen Schmerzen berichtet worden (vgl. Urk. 7/58/1). Das F. ___ habe eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom diagnostiziert, wobei eine Schmerzsymptomatik mit Auswirkung auf die Psyche erörtert worden sei. Somit gingen die behandelnden Psychiater nicht von einer primären Depression, sondern von depressiven Folge-/Begleitsymptomen bei einer Schmerzsymptomatik aus.

In seiner abschliessenden Beurteilung hielt med. pract. A. ___ fest, er habe trotz der subjektiven Klagen keine gravierenden psychischen Befunde, die eine Depression belegen könnten, wahrnehmen können. Eine psychiatrische Diagnose könne nicht gestellt werden. Insbesondere liege keine somatoforme Schmerzstörung vor, da kein andauernder, schwerer und quälender Schmerz zu erkennen sei. Möglicherweise sei die Beschwerdeführerin subjektiv von ihrer Leistungsunfähigkeit überzeugt. Jedenfalls beziehe sie wegen der umfangreichen Hilfe des Ehemannes und der Kinder einen grossen sekundären Krankheitsgewinn. Insgesamt sei davon auszugehen, dass sich die Leistungsfähigkeit im Vergleich zu 2011 nicht wesentlich verändert habe (Urk. 7/100).

E. 3.2.4

Laut Bericht der Hausärztin Dr. C.____ vom 9. Oktober 2015 habe die Beschwerdeführerin nach der Untersuchung bei der Invalidenversicherung bei ihr einen Termin gehabt. Dabei habe sie über die für sie traumatischen Erlebnisse während dieser Untersuchung berichtet. Angeblich sei anlässlich der Untersuchung eine sehr schmerzhaft Hyperextension durchgeführt worden. Die Ärztin habe mit dem Knie im Rücken ihren Kopf festgehalten und diesen nach hinten gezogen. Sie habe wegen der unerträglichen Schmerzen geschrien, geweint und um eine Pause gebeten, welche ihr offenbar nicht gewährt worden sei. Offenbar habe die Beschwerdeführerin zu einer Blut- und Urinprobe gehen müssen. Die Urinprobe sei in einer für sie entwürdigenden Weise entnommen worden, unter Aufsicht einer unbekannt Person, welche ihr ohne Handschuhe den vollen Urinbecher vom Intimbereich entfernt habe. Die Beschwerdeführerin habe dann über die Hände dieser Person uriniert, weil sie den Harnstrahl nicht habe stoppen können, was für sie absolut demütigend gewesen sei (Urk. 3).

E. 3.2.5

Am 24. Januar 2017 führte Dr. med. L.____, Facharzt für Radiologie, mit der Frage nach dem Vorliegen einer Kompression S1 links oder einer anderen Nervenwurzelkompression eine MRI-Untersuchung der Lendenwirbelsäule durch. Dabei zeigten sich laut seinem Untersuchungsbericht in allen lumbalen Segmenten degenerative Veränderungen, hauptsächlich Chondrosen/ Osteochondrosen und Diskus-Osteophyten-Komplexe. Weiter gelangten ein Anulusriss und eine mediale Diskusprotrusion im Segment L5/S1 mit Zeichen einer chronischen Reizung der Wurzel S1 links zur Darstellung, welche laut Dr. L.____ die Symptomatik der Beschwerdeführerin befriedigend erklärten. Als weitere Befunde erwähnte Dr. L.____ eine foraminale Stenose L4/5 links, bedingt durch den Diskus-Osteophyten-Komplex und eine subligamentäre Diskushernie L1/2 rechts mediolateral (Urk. 10/2; vgl. auch Urk. 10/1, Urk. 10/3-6).

E. 4.1

Zu prüfen ist, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der erstmaligen Verneinung eines Rentenanspruchs mit der Verfügung vom 16. Januar 2012 (Urk. 7/49), bestätigt durch die Urteile des Sozialversicherungsgerichts IV.2012.00210 vom 31. Mai 2013 (Urk. 7/64) sowie des Bundesgerichts 9C_579/2013 vom 3. Dezember 2013 (Urk. 7/66), wesentlich verändert hat. Dabei ist zunächst strittig, ob den orthopädischen und den psychiatrischen RAD-Berichten vom 6. Mai 2015 (Urk. 7/99-100) Beweiskraft zukommt.

E. 4.2

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht 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 in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

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). Allerdings kann auf das Ergebnis versicherungsinterner ärztlicher Abklärungen –

zu denen die RAD-Berichte gehören – nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (Urteil des Bundesgerichts 8C_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4.2 mit Hinweisen auf BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7).

E. 4.3.1

Der Bericht von med. pract. Z.____ basiert zwar auf einer Erhebung der Anamnese und der geklagten Beschwerden und einer – soweit sich dies aus dem Bericht erschliessen lässt – umfassenden klinischen Untersuchung der Beschwerdeführerin. Der Beschwerdeführerin ist indes beizupflichten, dass sich med. pract. Z.____ nur ungenügend mit den Berichten der behandelnden Ärzte auseinandergesetzt hat. Zwar äusserte sie im Untersuchungsbericht vom 6. Mai 2015, anhand der Aktenlage bestehe keine Klarheit über den Gesundheitszustand (Urk. 7/99/1, Urk. 7/99/9-10, Urk. 7/103/2). Sodann legte sie im Untersuchungsbericht vom 6. Mai 2015 dar, sie habe keine Hinweise auf Nervenwurzelreizungen, insbesondere einzelner Nervenwurzeln der Lendenwirbelsäule, gefunden (Urk. 7/99/10). In ihrer ergänzenden Stellungnahme vom 28. September 2015 hielt sie nochmals fest, sie habe die Berichte der behandelnden Ärzte bei der Beurteilung der körperlichen Belastbarkeit berücksichtigt, die in diesen Berichten erwähnten Diagnosen würden aber aufgrund der von ihr klinisch festgestellten ordentlichen Funktion des Bewegungsapparats keine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit begründen (Urk. 7/108/3).

Indessen setzte sich med. pract. Z.____ in ihrem Bericht nicht mit dem vom Neurologen Dr. I.____ gemäss Bericht vom 4. Februar 2014 elektrophysiologisch erhobenen – und damit objektivierbaren – Befund einer leichten bis mässigen, chronisch neurogenen Schädigung sämtlicher untersuchter Kennmuskeln L5 links und der Beurteilung dieses Arztes, dass die Beschwerdeführerin seit dem 2. Januar 2014 an einem exazerbierten chronischen radikulären – also die Nervenwurzel betreffenden – Reiz-Syndrom L5 links mit senso-motorischen Ausfällen leide, auseinander. Dieser Befund divergiert mit ihrer orthopädischen und lediglich auf klinischer Untersuchung basierenden Beurteilung, dass keine Hinweise für Nervenwurzelreizungen vorlägen. Da Nervenwurzelreizungen zum Spezialgebiet der Neurologen gehören, führt das Fehlen einer eingehenden und überzeugenden Auseinandersetzung mit dem abweichenden Befund zu mindestens geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit der Beurteilung von med. pract. Z.____.

E. 4.3.2

Auch fehlt im Bericht von med. pract. Z.____ eine Auseinandersetzung mit dem sich im zeitlichen Verlauf verändernden Befund der MRI-Untersuchungen. Insbesondere der im Bericht der Hausärzte Dr. B.____ und C.____ vom 3. Dezember erwähnte und als Beilage eingereichte MRI-Untersuchungsbericht vom 17. April 2014, wo als neuer Befund eine breitbasige Diskushernie auf Höhe L1/2 mit Impression des Duralsackes erwähnt wird (Urk. 7/86/16), sowie die von Dr. L.____ am 24. Januar 2017 bildgebend erhobenen Zeichen einer chronischen Reizung der Wurzel S1 (Urk. 10/2) könnten – müssen aber nicht zwingend – im Zusammenhang mit korrelierenden klinischen Befunden eine Verschlimmerung der Beschwerden erklären.

Schliesslich liegt mit der von den Hausärzten erwähnten Supraspinatussehnenruptur mit Instabilität der Bizepssehne und AC-Arthrose ein Hinweis auf eine weitere gesundheitliche Verschlechterung vor, zumal die Gutachter der Y.____ noch eine leichtgradige

Periarthropathia humeroscapularis rechts erhoben hatten. Auch auf diese Problematik geht med. pract. Z.____ nicht näher ein.

In ihrem Bericht erwähnte die Ärztin einzig in allgemeiner Weise, für die medizinisch-technischen Untersuchungen verweise sie auf das Dossier, ohne jedoch auf diese im Einzelnen Bezug zu nehmen, ohne diese zu diskutieren oder die dortigen Befunde zum Beispiel mit eigenen veranlassten Bildern zu widerlegen (Urk. 7/99/9). Dies genügt jedoch in keiner Weise, wenn die bildgebenden Abklärungen Widersprüchliches zum selber Dargelegten und Erhobenen hervor gebracht hatten, wie das vorliegend – wie gezeigt wurde – teilweise der Fall war. Dies gilt umso mehr, da verschiedene Ärzte und auch med. pract. Z.____ teilweise inkonsistentes Verhalten der Beschwerdeführerin aufzeigten, für welche sie keine hinreichende Erklärung finden konnten: Zu nennen sind etwa das mit dem vorherigen Verhalten nicht in Einklang zu bringende Fehlen einer Schmerzangabe der abgelenkten Beschwerdeführerin bei kräftigem Druck auf den rechten Trapezius (Urk. 7/99/5) und die von den Ärzten beobachtete Verhaltensänderung der Beschwerdeführerin am Anfang und am Ende der Untersuchung, je nach dem, ob sie sich von den Ärzten beobachtet fühlte oder nicht (Urk. 7/99/4, Urk. 7/100/3). Ferner waren gemäss der Orthopädin fünf von fünf Waddell-Zeichen positiv (Urk. 7/99/9). In solchen Fällen ist es umso wichtiger, die abweichenden ärztlichen Berichte, die selber somatische Erklärungen in den bildgebenden Verfahren für ein bestimmtes Verhalten festgestellt hatten, einzeln und detailliert zu würdigen. Da sich med. pract. Z.____ in ihrem Bericht nicht eingehend mit den genannten Befunden der behandelnden Ärzte auseinandergesetzt hat, bestehen Zweifel an der Zuverlässigkeit ihrer Beurteilung. Deshalb kann auf ihren Bericht vom 6. Mai 2015 nicht abschliessend abgestellt werden. Bei diesem Ergebnis kann offen bleiben, ob die RAD-Ärzte bei der Erstellung ihrer Untersuchungsberichte entsprechend der Rüge der Beschwerdeführerin nicht objektiv waren.

E. 4.4

Hinsichtlich des Berichts der Hausärzte Dr. B.____ und Dr. C.____ vom 3. Dezember 2014 ist zu beachten, dass sich diese Ärzte gemäss www.doctorfmh.ch auf Innere Medizin spezialisiert haben und sich ihr Bericht dementsprechend im Wesentlichen darin erschöpft, die Diagnosen und Befunde der behandelnden Spezialärzte und die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin wiederzugeben. Dr. B.____ und Dr. C.____ haben in ihrem Bericht keine detaillierten Untersuchungsbefunde aufgeführt, aufgrund welcher ihre Diagnosestellung und die Beurteilung, dass die Beschwerdeführerin nicht mehr arbeitsfähig sei, nachvollzogen werden könnte. Schliesslich ist auch von Belang, dass sie auf das bereits von den Gutachtern der Y.____ beobachtete inkonsistente Verhalten der Beschwerdeführerin in ihrer Beurteilung nicht eingegangen sind. Deshalb kann darauf nicht abgestellt werden.

Auf die Diagnosestellung und Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht durch die Dres. E.____ und D.____ vom F.____ kann ebenfalls nicht abgestellt werden, weil auch diese Ärzte sich mit dem bereits durch das Gutachten der Y.____ aktenmässig dokumentierten inkonsistenten Verhalten der Beschwerdeführerin nicht auseinandergesetzt haben. In ihrem Bericht wird sogar vermerkt, die Beschwerdeführerin sei nicht wegfähig, was nach der Beobachtung der RAD-Ärzte nicht zutrifft. Ferner haben diese Ärzte im Bericht vom 29. Juli 2014 festgehalten, die von ihnen diagnostizierte mittelgradige depressive Störung bestehe seit 2009 (Urk. 7/86/3). Dies steht im Kontrast zum in psychischer Hinsicht unauffälligen Untersuchungsbefund des Gutachters Dr. H.____ vom 20. April 2011 (Urk. 7/39/19-20) und spräche im Übrigen gegen eine wesentliche

gesundheitliche Verschlechterung seit Erlass der ursprünglichen rentenablehnenden Verfügung.

E. 4.5

Nach dem Gesagten besteht zur Klärung der Frage, ob und inwiefern sich der Gesundheitszustand und die zumutbare Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin seit der erstmaligen Verneinung eines Rentenanspruchs mit Verfügung vom 16. Januar 2012 wesentlich verändert haben, weiterer Abklärungsbedarf. Wegen der Komplexität des Beschwerdebildes ist eine interdisziplinäre Begutachtung anzuordnen, welche wegen der abzuklärenden Symptomatik nicht nur unter Beteiligung der Fachdisziplinen Orthopädie/Rheumatologie sowie Psychiatrie, sondern auch Neurologie zu erfolgen haben wird. Da die IV-Stelle die Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin nach ihrer Neuanmeldung zum Renten bezug bisher nicht gutachtlich abgeklärt hat, ist die Sache an sie zurückzuweisen, damit sie die ergänzenden Abklärungen vornehme und hernach erneut über den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin entscheide. Damit obsiegt die Beschwerdeführerin in ihrem Subeventualstandpunkt (Urk. 1 S. 2). Die angefochtene Verfügung ist aufzuheben.

E. 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
Der Gerichtsschreiber Grünig Klemmt

E. 5.1

Ausgangsgemäss gehen die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- zulasten der unterliegenden IV-Stelle (Art. 69 Abs. 1 bis IVG).

E. 5.2

Nach § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer).

Unter Berücksichtigung dieser Kriterien ist die Prozessentschädigung der Beschwerdeführerin ermessensweise auf Fr. 2'300.-- festzusetzen (inklusive Barauslagen und MWSt).

Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 29. September 2015 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu über den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- 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. 2'300.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Dr. Caterina Nägeli - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

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