

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00350 vom 16. November 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-11-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00350

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00350 du 16 novembre 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00350 del 16 novembre 2016

Erwägungen

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 Bundesgesetz 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 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

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

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

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

E. 1.3

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 IVV eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung auf die Neuansmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b). 1. 4

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision 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 wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert 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 1. Mai 2009 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. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung 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. 2.1 mit Hinweisen).
1. 5

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 Vorkarten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darstellung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene Verfügung wie folgt (Urk.

2 S. 1 f.): Es seien nach erneuter Prüfung des Gesuchs keine neuen Tatsachen oder Befunde ersichtlich, welche eine Arbeitsunfähigkeit in einer optimal leidensangepassten Tätigkeit mit entsprechendem Belastungsprofil begründen würden. In den medizinischen Akten fänden sich im Vergleich zu früheren Abklärungen keine Veränderungen, und der Medikamentenspiegel zeige, dass die Beschwerdeführerin ihre Medikamente nicht regelmässig einnehme. In ihrer Beschwerdeantwort (Urk. 4) führte die Beschwerdegegnerin aus, dass im Nachgang zum Urteil des hiesigen Gerichts weitere ärztliche Berichte eingeholt worden seien. Es sei nicht zu einer rentenbegründenden Änderung des Sachverhalts gekommen. So beschrieben sämtliche neuen ärztlichen Berichte im Wesentlichen dieselben Beschwerden wie früher. Bereits damals sei eine mittelgradige depressive Episode, ein chronisches generalisiertes Schmerzsyndrom sowie eine beginnende Finger-Polyarthrose diagnostiziert worden. In neueren Berichten fänden sich dieselben Diagnosen und es werde bereits seit 1. April 2004 eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert. Die zusätzlich aufgeführten Rücken- und Kniebeschwerden bestünden seit 2004 und 2005. Die vorübergehend genannte Diagnose einer schweren depressiven Episode sei

im jüngsten Bericht des B.____ nicht bestätigt worden. Zudem sei von einer ungenügenden Behandlung der Depression auszugehen, weshalb keine invalidisierende Wirkung der Erkrankung und keine Verschlechterung anzunehmen sei (S. 2). 2.2

Die Beschwerdeführerin machte geltend, sie sei nach ärztlicher Beurteilung in jeder Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig und die Beschwerden hätten seit zwölf Monaten zugenommen. Laut dem aktuellsten Bericht des B.____ sei eine deutliche Chronifizierung bei Therapieresistenz eingetreten. Die Beschwerdegegnerin habe trotz ihrer Zweifel an den vorhandenen Arztberichten kein Gutachten in Auftrag gegeben und keine verlässlichen Berichte eingeholt und sei deshalb ihrer Untersuchungspflicht nicht nachgekommen. Es lägen nur ungenügende Arztberichte vor. Dennoch sei klar ersichtlich, dass eine Verschlechterung eingetreten sei (Urk. 1 S. 3 ff.). In ihrer Replik (Urk. 8) führte die Beschwerdeführerin aus, es müsse entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin von Behandlungsresistenz ausgegangen werden (S. 3). 2.3

Streitig und zu prüfen ist, ob seit Erlass der renten verneinenden Verfügung vom 16. Oktober 2011 (Urk. 5/78) , welche auf einer rechtskonformen materiellen Prüfung beruhte (vgl. vorstehend E. 1.3), anspruchrelevante Veränderungen eingetreten sind. 3.

Die rentenverneinende Verfügung vom 16. Oktober 2011 (Urk. 5/78) erging gestützt auf das Gutachten von Dr. med. C.____ , Fachärztin für Neurologie sowie für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 12. August 2011 (Urk. 5/76). Dr. C.____ stellte nach Prüfung der Akten, Erhebung der Anamnese und Durchführung einer neurologischen und einer psychiatrischen Untersuchung keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 21). Ein Karpaltunnelsyndrom sei nicht feststellbar (S. 20 unten). Der psychopathologische Befund weise keine Zeichen einer depressiven Erkrankung aus, und es ergäben sich auch keine Hinweise auf eine sonstige psychiatrische Erkrankung. Die geklagte Reduktion des Erinnerungsvermögens könne nicht objektiviert werden. Wie auch in früheren Untersuchungen hätten sich Hinweise auf Aggravation ergeben, so wenn zum Beispiel der Arm während des Gesprächs zunächst betont in Schonhaltung gehalten, dann aber unauffällig bewegt worden oder der Finger-Nasen-Versuch in ungewöhnlicher Weise immer fehlgegangen sei. Dies könne auch auf eine Verdeutlichungstendenz hinweisen. Nicht geteilt werden könne die Einschätzung des B.____ , in dessen Bericht vom 14. Juli 2009 eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert worden sei. Es falle bei diesem Bericht auf, dass im Wesentlichen subjektive Angaben der Explorandin, die von deren Ehemann als Übersetzer vorgetragen worden seien, referiert worden seien. Ohne qualifizierte Übersetzung sei dies mindestens problematisch. Insgesamt sei diesem Bericht keine nachvollziehbare Beschreibung der tatsächlichen psychischen Situation zum damaligen Zeitpunkt zu entnehmen. Eine tagesklinische Behandlung habe die Beschwerdeführerin damals nicht aufnehmen wollen (S.

21). Auch die in der Vergangenheit für möglich gehaltene Diagnose einer anhalten den somatoformen Schmerzstörung werde der Situation der Beschwerdeführerin nicht gerecht. Es werde zwar ein etwas diffuser, andauernder, schwerer Schmerz geschildert, der nicht auf eine körperliche Störung in ausreichendem Masse zurückgeführt werden könne. Während der Untersuchung habe die Beschwerdeführerin nicht schmerzgequält gewirkt. Eine hypochondrische Störung liege nicht vor. Auch wenn den bisherigen Akten anderes zu entnehmen sei, lasse sich anhand der Aktenlage, der Eigenanamnese und der aktuellen Untersuchung keine somatoforme Schmerzstörung diagnostizieren (S. 21 unten). Aus psychiatrischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der früheren

Tätigkeit. Es sei allerdings festzuhalten, dass die diesbezügliche Fähigkeit der Explorandin nur auf Grundlage der somatischen Situation geklärt werden könne. Immerhin sei ihre berufliche Tätigkeit körperlich sehr anstrengend und stelle bei voller Arbeitstätigkeit auch eine deutliche Beanspruchung des Bewegungsapparates dar. In einer angepassten Tätigkeit bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Auch wenn keine psychiatrische Erkrankung zu diagnostizieren sei, sei aufgrund der Vorgeschichte eine stützende psychotherapeutische Behandlung doch indiziert, um der Explorandin bei der Bewältigung ihrer Alltagsprobleme hilfreich zu sein (S. 22). 4.

4.1

Die Fachpersonen des B.____ stellten mit Bericht vom 9. Februar 2013 über die tagsklinische Behandlung vom 10. Dezember 2012 bis 6. Februar 2013 (Urk.

5/107/18-24) folgende Diagnosen (S. 1): - mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) - gemäss Bericht D.____ vom 20. August 2008: chronisches generalisiertes Schmerzsyndrom mit und bei - anhaltender somatoformer Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) - degenerativer Veränderung mit kleiner Diskushernie L5/S1 rechts ohne Kompression der Neuroforamina - chronische Kopfschmerzen bei Medikamentenübergebrauch, phänotypisch migräneartig - beginnende Finger-Polyarthrose - Übergewicht (BMI 29) Aus verhaltenstherapeutisch-psychodynamischer Sicht lasse sich die Problematik wie folgt beschreiben: Die Arbeitsunfähigkeit wegen Kopf- und Nackenschmerzen und die anschliessende Kündigung wegen Konkurs hätten die Lebenssituation der Beschwerdeführerin stark verändert und eine massive Selbstwertkrise ausgelöst. Mit dem Verlust der Arbeit habe sie eine wichtige Quelle ihres Selbstwertgefühls und ihrer Autonomie verloren. Selbstvorwürfe, Scham- und Schuldgefühle sowie körperliche Schmerzen führten zu Rückzug, Verbitterung und Depression. Existenzängste sowie die zunehmende Hoffnungs- und Perspektivlosigkeit hielten die Beschwerden aufrecht (S. 3 Mitte). Die Beschwerdeführerin sei mittelgradig gebessert, aber weiterhin vollständig arbeitsunfähig aus der Behandlung entlassen worden. Die Depression habe reduziert werden können. Prognostisch günstig sei die hohe Motivation, ungünstig die Chronifizierung. Aufgrund der Schwere der Problematik sei eine Weiterbehandlung dringend indiziert (S. 5 oben). 4.2

Die Fachpersonen des E.____ stellten im Bericht vom 4. März 2014 (Urk. 5/84) folgende Diagnosen (S. 1): - chronisches generalisiertes Schmerzsyndrom (D.____ interdisziplinäre Schmerzsprechstunde vom 20. August 2008) - anhaltende somatoforme Schmerzstörung - chronische Kopfschmerzen bei Medikamentenübergebrauch - cervicozephalales Syndrom - degenerative Veränderungen (CT HWS 21. März 2005) - lumbovertebrales Syndrom - initiale Dehydration des Diskus L5/S1, diskrete Signalstörung der Eckplatten L4/5 (CT 21. März 2005) - degenerative Veränderungen mit kleiner Diskushernie L5/S1 rechts ohne Kompression der Neuroforamina - thorakovertebrales Syndrom - leichte Spondylosis deformans und kleinvolumige

Retroosteophyten, Th10 Wirbelkörperhämangiom (CT 21. März 2005) - Schmerzen Knie rechts - mediale Meniskusläsion Grad 3 sowie

erstgradige

Chondromalazie

ret ropatellär (MRI 9. Oktober 2004) - beginnende Finger-Polyarthrose - kleinste Kapsel-Verkalkungen linke Hand (Rx 1 5. Juni 2005) - Übergewicht - Verdacht auf Herzkrankheit - arterielle Hypertonie - Verdacht auf obstruktives Schlafapnoesyndrom - Dyslipidämie - Refluxösophagitis (GERD) - mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) Es sei eine Verschlechterung eingetreten. Aus psychiatrischer Sicht sei die Beschwerdeführerin aufgrund der Diagnosen, des positiven und negativen Leistungsbildes, der neuropsychologisch bestätigten Depression sowie der Fremdanamnese auch für angepasste Tätigkeiten vollständig arbeitsunfähig. In somatischer Hinsicht bestehe wegen des chronifizierten Schmerzleidens für die bisherige Tätigkeit volle Arbeitsunfähigkeit. In einer angepassten leichten Tätigkeit und bei Vermeidung von monotonen Belastungsmustern ohne schweres Heben sei die Beschwerdeführerin etwa zu 30 % arbeitsfähig (S. 6). Aus wirbelsäulenchirurgischer und psychiatrischer Sicht bestehe volle Arbeitsunfähigkeit auch für angepasste Tätigkeiten (S. 7). Die Arbeitsunfähigkeit bestehe seit Oktober 2004 (S. 3 unten). 4.3

Dr. phil. F.____, der auch den Bericht vom 4. März 2014 mitunterzeichnet hatte (vgl. Urk. 5/84 S. 7), und Dr. med. G.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, B.____, wiederholten mit Bericht vom 30. September 2014 (Urk. 5/98/19-22) die bereits gestellten Diagnosen, nannten aber nun als erste Diagnose eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode (ICD-10 F33.2; S. 3). Seit der letzten Beurteilung durch Dr. C.____ im August 2011 hätten die Symptome deutlich zugenommen. In den bisher realisierten 42 therapeutischen Einzelsitzungen habe sich die Beschwerdeführerin aufgrund direkter Befragung ohne Beteiligung des Ehemannes über zunehmende Schmerzen, Lust- und Interesselosigkeit, Traurigkeit, Rückzug, Müdigkeit und Antriebslosigkeit beklagt. Sie habe auch über Gedankenkreisen, Sinnlosigkeitsgedanken, Konzentrationsstörungen und Vergesslichkeit berichtet. Damit seien die ICD-Kriterien für eine schwere depressive Störung vollständig erfüllt. Suizidideen seien heute ständig vorhanden. Es handle sich nicht um den gleichen Sachverhalt wie von Dr. C.____ beschrieben; die Beschwerdeführerin habe heute ein schweres Leiden mit Krankheitswert und die Partizipationsfähigkeit sei nicht mehr erhalten (S. 1-2). Die Befunderhebung habe eine deutlich depressive-resignierte Stimmung, eine deutliche Störung des Vitalgefühls, deutliche kognitive Einschränkungen und Vergesslichkeit ergeben. Auch für angepasste Tätigkeiten sei die Beschwerdeführerin vollständig arbeitsunfähig (S. 3). 4.4

H.____, Praktischer Arzt, verwies in seinem Bericht vom 20. April 2015 (Urk. 5/107/1-4) hinsichtlich der Diagnosen auf den Bericht des B.____ vom 4.

März 2014 (Ziff. 1.1) und hielt fest, dass die Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit seit 1. Oktober 2004 zu 100 % arbeitsunfähig sei (Ziff.

1.6). Die aktuelle Medikation bestehe aus Dafalgan und Voltaren (Ziff.

1.5). Der Beschwerdeführerin sei keine Arbeit zumutbar (Ziff. 1.7). 4.5

Dr. G.____ und Dr. phil. F.____, B.____, hielten in ihrem Bericht vom 11. Mai 2015 (Urk. 5/122/1-3) fest, die Beschwerdeführerin sei seit 1. Oktober 2004 zu 100 % arbeitsunfähig. Sie leide an Kopf- und Nackenschmerzen, Magenschmerzen, zunehmenden Schmerzen in Fingern, Beinen, Rücken, an Lust- und Interesselosigkeit, Traurigkeit, Rückzug, Müdigkeit, Antriebslosigkeit, Interesselosigkeit, Gedankenkreisen, Sinnlosigkeitsgedanken, Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit, Schlafstörungen und

Appetitzunahme und sei daher auch für angepasste Tätigkeiten vollständig arbeitsunfähig. Es bestehe eine deutliche Chronifizierung der Störung bei Therapieresistenz trotz Medikation, die Prognose sei schlecht (S. 1 f.). Als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde genannt (S. 1): - mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) - chronisches generalisiertes Schmerzsyndrom (D.____ interdisziplinäre Schmerzprechstunde vom 20. August 2008) - chronische Kopfschmerzen bei Medikamentenübergebrauch - cervicozephalales Syndrom mit und bei - degenerativen Veränderungen (CT 21. März 2005) - lumbosakralsyndrom - initiale Dehydratation des Diskus L5/S1, diskrete Signalstörung der Eckplatten L4/5 (CT 21. März 2005) - degenerative Veränderungen mit kleiner Diskushernie L5/S1 rechts ohne Kompression der Neuroforamina - thorakosakralsyndrom - leichte Spondylosis

deformans und kleinvolumige

Retroosteophyten, Th10 Wirbelkörperhämangiom (CT 21. März 2005) - Schmerzen Knie rechts - mediale Meniskusläsion Grad 3 sowie

erstgradige

Chondromalazie

retropatellär (MRI 9. Oktober 2004) - beginnende Finger-Polyarthrose - kleinste Kapsel-Verkalkungen linke Hand (Rx 15. Juni 2005) Es seien wegen den Hand- und Fingerschmerzen keine Haushaltstätigkeiten möglich. Bei einer externen Tätigkeit seien die gleichen Probleme vorhanden, die Beschwerdeführerin könne nicht lange sitzen und gehen, dazu habe sie bei Gebrauch beider Hände Schmerzen. Zusätzlich bestünden Einschränkungen der Konzentration durch die Depression. Sie sei wegen der invalidisierenden Schmerzen in den Händen, wegen der Depression und der Partizipationsunfähigkeit im Alltag auch für angepasste Tätigkeiten vollständig arbeitsunfähig (S.

3). 4.6

Dr. med. I.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), hielt am 8. Februar 2016 (Urk. 5/124/2-3) fest, dass sich im Bericht des E.____ vom 4. März 2014 im psychopathologischen Befund keine Veränderung im Vergleich zu den Berichten des B.____ vom 9. Februar 2013 und 14. Juli 2009 fänden. Im Bericht vom 11. Mai 2015 finde sich gar kein psychopathologischer Befund. Im Gutachten von 2011 sei festgehalten, dass der psychopathologische Befund keine Zeichen einer depressiven Erkrankung ausgewiesen habe, auch sonst hätten sich keine Hinweise auf eine psychiatrische Erkrankung gezeigt. Der im Arztbericht des E.____ vom 4. März 2014 erwähnte Medikamentenspiegel zeige, dass die Beschwerdeführerin die Medikation nicht regelmässig einnehme. Auch die Schmerzmedikation sei weit unter dem therapeutischen Wert. Insgesamt würden keine neuen Tatsachen oder Befunde vorgebracht, welche eine Arbeitsunfähigkeit in einer optimal leidens angepassten Tätigkeit mit entsprechendem Belastungsprofil begründen liesse n. 5.

E. 1.4

In der Folge holte die IV-Stelle verschiedene Arztberichte (Urk. 5/107/1-27; Urk. 5/109) ein und stellte mit Vorbescheid vom 29. September 2015 (Urk. 5/111) die Verneinung eines Leistungsanspruchs in Aussicht. Dagegen erhob die Versicherte am 7. Dezember 2015 Einwand (Urk. 5/116). Die IV-Stelle verneinte mit Verfügung vom 16. Februar 2016

erneut einen Leistungsanspruch der Versicherten (Urk. 5/125 = Urk. 2). 2.

Gegen die Verfügung vom 1 6. Februar 2016 erhob die Versicherte am 1 7. März 2016 Beschwerde und beantragte die Aufhebung des angefochtenen Entscheides und die Ausrichtung einer Rente basierend auf einem Invaliditätsgrad von 70

%, eventuell die Rückweisung zur Einholung eines polydisziplinären Gut achtens (Urk. 1 S. 2). Die Beschwerdegegnerin beantragte mit Beschwerdeant wort vom 2 2. April 2016 die Abweisung der Beschwerde (Urk. 4). Während die Beschwerdeführerin mit Replik vom 1 8. August 2016 an ihren Anträgen fest hielt (Urk. 8), verzichtete die Beschwerdegegnerin auf die Einreichung einer Duplik (vgl. Urk. 10). Dies wurde der Beschwerdeführerin am 2 2. September 2016 zur Kenntnis gebracht (Urk. 11). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 5

/94). Mit Verfügung vom 1. September 2014 lehnte die IV-Stelle ein Ein treten auf die Neu anmeldung ab (Urk. 5/96). Die dagegen am 2. Oktober 2014 erhobene Beschwerde (Urk. 5/98/3-15) hiess das hiesige Gericht mit Urteil vom 1 2. Januar 2015 in dem Sinne gut, als es die IV-Stelle anwies, auf die Neuuan meldung vom 2 8. April 2014 einzutreten (Prozess Nr. IV.2014.01027; Urk. 5/100).

E. 5.1

Dr. C.____ stellte in ihrem Gutachten vom 1 2. August 2011 (vorstehend E. 3) keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin und hielt fest, dass auch kein Karpaltunnelsyndrom erkennbar sei. Der von ihr erhobene Befund zeigte keine Zeichen einer depressiven oder sonstigen psychi atrischen Erkrankung. Sie erachtete die Kriterien für die Diagnose einer soma toformen Schmerzstörung als nicht erfüllt. Dr. C.____ erkannte Hinweise auf Aggravation und wies hinsichtlich der vor 2011 erstatteten Berichte des B.____ darauf hin, dass darin im Wesentlichen subjektive Angaben der Beschwerde führerin, erst noch übersetzt durch ihren Ehemann, referiert worden seien. Damals habe die Beschwerdeführerin keine tagesklinische Behandlung in Anspruch nehmen wollen. In Würdigung dieser Feststellungen erachtete Dr. C.____ die Beschwerdeführerin in der bisherigen wie auch in einer angepass ten Tätigkeit als voll arbeitsfähig, wobei die frühere Tätigkeit körperlich anspruchsvoll sei und der Einfluss der somatischen Beschwerden nicht beurteilt werden könne . Diesbezüglich ist jedoch festzuhalten, dass die Beschwerde führerin die angestammte Arbeit nicht aus Krankheitsgründen verlor (vgl. Urk. 5/6 /6; vgl. auch Urk. 5/8/2 Mitte) .

E. 5.2

Seit der Beurteilung durch Dr. C.____ erging ein Bericht der Klinik für Neurologie am D.____ vom 2 4. April 2013 (Urk. 5/107/6 -7), welcher jedoch keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin

enthält und deshalb nicht berücksichtigt werden kann.

E. 5.3

Sämtliche seither ergangenen Berichte stammen von den Fach personen

des B.____ und des E.____ . Diese enthalten zwar Angaben zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin - sie wird als angestammt und angepasst vollstä ndig arbeitsunfähig beurteilt - , welche aber nicht nachvollziehbar begründet sind : So gehen die Fach personen immer noch von einer vollen Arbeitsunfähigkeit seit 2004 aus, ohne diese von der durch Dr.

C.____ vorgenommenen Beurteilung abweichende Einschätzung zu begründen. Weiter stützten sie ihre Einschätzung auf somatische Befunde, welche seit 2004, 2005 und 2008 bekannt sind und bereits 2011 als nicht invalidisierend beurteilt wurden, weshalb nicht von einer Verschlechterung ausgegangen werden kann. Vielmehr liegt diesbezüglich eine revisionsrechtlich unbeachtliche abweichende Beurteilung eines unveränderten Sachverhaltes vor. Weiter wurde die Einschätzung in nicht unwesentlichem Umfang auf psychosoziale Gründe zurückgeführt (vgl. vorstehend E. 4.1), was invalidenversicherungsrechtlich ebenfalls unbeachtlich bleiben muss. Die im Bericht vom 30. September 2014 (vorstehend E. 4.3) erwähnte schwere depressive Episode ist als vorübergehend zu beurteilen, wurde sie doch im Bericht vom 11. Mai 2015 (vorstehend E. 4.5) nicht mehr bestätigt.

E. 5.4

Hinsichtlich der diagnostizierten mittelgradigen depressiven Episode gilt das Folgende: Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtes fallen leichte bis mittelgradige depressive Störungen, seien sie im Auftreten rezidivierend oder episodisch, einzig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent sind (statt vieler: BGE 140 V 193 E. 3.3 mit Hinweis). Nur in einer solchen - seltenen, da nach gesicherter psychiatrischer Erfahrung Depressionen im Allgemeinen therapeutisch gut angebar sind - gesetzlich verlangten Konstellation ist den normativen Anforderungen des Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG für eine objektivierende Betrachtungs- und Prüfungsweise Genüge getan (BGE 141 V 281 E. 3.7.1 bis 3.7.3). Es kommt dazu, dass die Therapie in dem Sinne konsequent gewesen sein muss, dass die aus fachärztlicher Sicht indizierten zumutbaren (ambulanten und stationären) Behandlungsmöglichkeiten in kooperativer Weise optimal und nachhaltig aus geschöpft wurden (BGE 140 V 193 E. 3.3; BGE 137 V 64 E. 5.2 mit Hinweis; vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_13/2016 vom 14. April 2016 E. 4.2 und 9C_89/2016 vom 12. Mai 2016 E. 4.1). Vor dem Hintergrund des Grundsatzes der Selbsteingliederungs- und Schadenminderungspflicht ist ebenfalls zu berücksichtigen, dass ein Rentenanspruch grundsätzlich nicht entstehen kann, solange zumutbare therapeutische und andere schadenmindernde Vorkehren nicht ausgeschöpft werden. Solange durch eine tatsächlich realisierbare Veränderung der für die gesundheitliche Situation bedeutsamen Rahmenbedingungen eine wesentliche Verbesserung des (psychischen) Gesundheitszustandes und damit der dadurch eingeschränkten Arbeitsfähigkeit bewirkt werden kann, liegt kein invalidisierender Gesundheitsschaden im Sinne des Gesetzes vor (Urteil des Bundesgerichts 9C_947/2012 vom 19. Juni 2013 E. 3.2.2 mit Hinweis).

E. 5.5

Vorliegend erscheinen die Behandlungsmöglichkeiten bei einmalig stattgehabter tagesklinischer Behandlung (vgl. vorstehend E. 4.1) und Aufnahme von therapeutischen Einzelsitzungen (vgl. vorstehende E. 4.3), deren Frequenz allerdings unklar ist, nicht als ausgeschöpft. So ist bei der seit Jahren anhaltenden psychischen Beeinträchtigung eine stationäre Therapie zumutbar, ebenso wie ein Wechsel der Therapeuten, hat doch die seit 2009 stattfindende Behandlung am B.____ und E.____ keine wesentliche Verbesserung erbracht. Im Gegenteil lässt sich der Eindruck nicht erwehren, dass die Beschwerdeführerin an diesen Institutionen in ihrer Krankheitsüberzeugung (vgl. dazu bereits das Gutachten vom 7. Juni 2007; Urk. 5/25 S. 21 Mitte) bestärkt und ihr damit eine Behandlung und Heilung wesentlich erschwert wird. Auch erscheint die medikamentöse Behandlung als

optimierbar, denn gegenüber Dr. H.____ erwähnte die Beschwerdeführerin lediglich die Einnahme von Schmerzmitteln (vgl. vorstehend E. 4.4). Auch RAD-Ärztin Dr. I.____ ging von einer unzureichenden medikamentösen Behandlung aus (vorstehend E. 4.6). Darüber hinaus sind keine Bemühungen der Beschwerdeführerin dokumentiert, die im Jahr 2011 festgestellte Arbeitsfähigkeit von 100 % zu verwerten, womit sie auch unter diesem Gesichtspunkt ihrer Schadenminderungspflicht (vgl. vorstehend E. 5.4) nicht genügend nachgekommen ist.

E. 5.6

Zusammenfassend fehlt es aus rechtlicher Sicht an einem invalidisierenden Gesundheitsschaden. Die Beschwerdegegnerin war nicht gehalten, weitere Abklärungen vorzunehmen. Der angefochtene Entscheid erweist sich als rechtmässig. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 6.

Die Kosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis I VG sind ermessensweise auf Fr. 600.-- anzu setzen und ausgangsgemäss der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzu erlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zuge stellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Linda Keller - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

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, zuzu stellen.

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

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 8

ATSG) sind.

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

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