

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00839 vom 24. Januar 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-01-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00839

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00839 du 24 janvier 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00839 del 24 gennaio 2018

Erwägungen

E. 1.1

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 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, 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 11. 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 9 C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 2. 1 mit Hinweisen).

E. 1.2

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so 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 Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG (vorstehend E. 1.1) vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2).

E. 1.3

Nach der Rechtsprechung gelten für Sachverständige grundsätzlich die gleichen Ausstands- und Ablehnungsgründe, wie sie für Richter vorgesehen sind. Danach ist Befangenheit

anzunehmen, wenn Umstände vorliegen, die geeignet sind, Misstrauen in die Unparteilichkeit zu erwecken. Bei der Befangenheit handelt es sich allerdings um einen inneren Zustand, der nur schwer bewiesen werden kann. Es braucht daher für die Ablehnung nicht nachgewiesen zu werden, dass die sachverständige Person tatsächlich befangen ist. Es genügt vielmehr, wenn Umstände vorliegen, die den Anschein der Befangenheit und die Gefahr der Voreingenommenheit zu begründen vermögen. Bei der Beurteilung des Anscheins der Befangenheit und der Gewichtung solcher Umstände kann jedoch nicht auf das subjektive Empfinden einer Partei abgestellt werden. Das Misstrauen muss vielmehr in objektiver Weise als begründet erscheinen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztgutachten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters ein strenger Massstab anzu setzen (BGE 132 V 93 E. 7.1, 120 V 357 E. 3).

E. 1.4

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).

E. 2

Am 10. August 2016 erhob die Versicherte Beschwerde gegen die Verfügung vom 17. Juni 2016 (Urk. 2) und beantragte unter anderem (Urk. 1 S. 2), diese sei aufzuheben (Ziff. 1), die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, auf das Leistungsbegehren einzutreten (Ziff. 2), das Gutachten der Y.____ sei aus dem Recht zu weisen (Ziff. 3) und es sei ein Gerichtsgutachten einzuholen (Ziff. 4).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 7. September 2016 (Urk. 6) die Abweisung der Beschwerde.

Es folgten ergänzende Eingaben der Beschwerdeführerin vom 14. Oktober 2016 (Urk. 9) und vom 24. November 2016 (Urk. 11) mit weiteren Arztberichten (Urk. 10/1-9, Urk. 12/1-2).

Am 24. Oktober 2017 fand - antragsgemäss (Urk. 1 S. 3 Ziff. 9) - eine öffentliche Hauptverhandlung statt (Prot. S. 3 ff.). Das betreffende Protokoll wurde am 14. November 2017 den Parteien zur Kenntnis gebracht (Urk. 19).

Aufforderungsgemäss reichte die Beschwerdegegnerin am 25. Oktober 2017 die seit dem 18. August 2016 neu angelegten Akten (Urk. 18/1-23) ein. Das Gericht zieht in Erwägung:
1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, gemäss dem eingeholten Gutachten sei aus versicherungsmedizinischer Sicht keine wesentliche Änderung des Gesundheitszustandes und damit der Arbeitsfähigkeit ausgewiesen (S. 2), weshalb auf das Leistungsbegehren nicht eingetreten werde (S. 2 unten) beziehungsweise kein Anspruch auf Leistungen bestehe (S. 1 Betreff).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), auf das Y.____-Gutachten könne aus näher dargelegten Gründen (S. 7 f. Ziff. 2.5.1-3, S. 18 Ziff. 2.13) nicht abgestellt werden. Gegenüber dem Leiter der Y.____ wurden Vorbehalte angebracht (S. 9 ff. Ziff. 2.5.4-6). Aus den am 7. bis 14. Januar 2016 verfassten Anmerkungen der Beschwerdeführerin zum Gutachten (vgl. Urk. 7/268 = Urk. 3/8) ergebe sich, dass gegenüber allen beteiligten Gutachterinnen und Gutachtern Ausstands- und Ablehnungsgründe bestünden (S. 11 Ziff. 2.5.7-8).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob sich im Vergleich zum Sachverhalt, welcher der gerichtlich bestätigten Verfügung vom Juni 2012 zugrunde lag, eine revisions relevante Verschlechterung ergeben hat.

E. 3.1

Am 29. März 2011 erstatteten die Ärzte des Z.____ ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 7/94/2-43). Darin nannten sie folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 29 Ziff. 5.1): - chronische medial betonte Rückfusschmerzen links, phänomenologisch als „neuropathisch“ zu bezeichnen - Status nach Ausschälen eines Os tibiale externum und transossärer Reinsertion der Tibialis posterior-Sehne am 3. Oktober 2008 - Status nach Distorsion des Rückfusses am 1. August 2006 mit Traumatisierung eines Os tibiale externum - zumindest teilweise organisch nicht erklärbare Schmerzausweitung.

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie eine Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54) und eine Adipositas mit Body Mass Index 40.5 kg/m² (S. 29 Ziff. 5.2).

Anamnestisch hielten die Gutachter unter anderem eine Gewichtszunahme um etwa 45 kg (mithin von 74 auf aktuell 119 kg) innerhalb der letzten 4 ½ Jahre (mithin seit August 2006) fest (S. 12 Ziff. 3.2.3).

Weiter führten die Gutachter aus, aus orthopädisch-neurologischer Sicht bestehe für Tätigkeiten, die vor allem im Sitzen durchgeführt werden könnten, mit der Möglichkeit für zwischenzeitliche Positionswechsel, eine vollzeitige Arbeitsfähigkeit mit um 20 % vermindertem Rendement, somit eine zumutbare effektiv verwertbare Arbeitsleistung von 80 %. Aus psychiatrischer und interner Sicht bestünden keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit (S. 31 Ziff. 6.4).

Die Explorandin erachte sich selbst aus rein somatischen Gründen als nicht mehr arbeitsfähig in jeglicher Tätigkeit. Die deutliche Diskrepanz zur gutachterlichen Beurteilung ergebe sich vor allem dadurch, dass die Explorandin wohl davon ausgehe, sich körperlich vollständig gesund fühlen zu müssen und zu keiner Zeit Schmerzen verspüren zu dürfen, um einer Arbeitstätigkeit nachgehen zu können. Bei Schmerzverarbeitungsstörungen bestünden immer deutlich höhere Selbstlimitierungen als es sich aus medizinischer Sicht begründen lasse (S. 31 Ziff. 6.6). Zu berücksichtigen sei ferner, dass die Explorandin nach der Operation vom Oktober 2008 ab Februar 2009 wieder zu 50 % in die - nicht optimal angepasste - angestammte Tätigkeit zurückgekehrt sei; es wäre aus heutiger Sicht nicht zu erklären, weshalb sie mittlerweile für jegliche Tätigkeit vollständig arbeitsunfähig sein sollte (S. 31 unten).

Mit einiger Wahrscheinlichkeit spielten bei der Selbsteinschätzung der Explo ran din auch der Umstand einer mittlerweile doch schon länger dauernden Ab senz vom Erwerbsleben bei gleichzeitiger Ausrichtung von Versicherungs leis tungen und derjenige einer langjährigen Tätigkeit in einem Bereich, wo eine Weiterbeschäftigung nun kaum mehr möglich sein dürfte, eine nicht unwes ent liche Rolle (S. 32 oben).

E. 3.2

Im Urteil des hiesigen Gerichts vom 3. September 2013 (Urk. 7/165) wurde zusammenfassend ausgeführt, dass das Z.____-Gutachten alle massgebenden Krite rien (vgl. vorstehend E. 1.4) erfülle und beweiskräftig sei. Dementsprechend sei die Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit so zu umschreiben wie im Z.____-Gutachten, nämlich dass für Tätigkeiten, die vor allem im Sitzen durchgeführt werden können, mit der Möglichkeit für zwischenzeitliche Positionswechsel, ein e vollzeitige Arbeitsfähigkeit mit um 20 % vermindertem Rendement, somit eine zumutbare effektiv verwertbare Arbeitsleistung von 80 % bestehe (S. 20 E. 5.6).

E. 4.1

Dr. med. A.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte in seinem an die Beschwerdeführerin adressierten Bericht vom 25. April 2014 (Urk. 7/264 S. 1-3) wie auch vom 23. Juni 2016 (Urk. 3/9 S. 1-3) aus, er betreue die Patientin wegen chronischer Schmerzen im Bereich des linken Unterschen-kels und des linken Oberen Sprunggelenkes (OSG) seit dem 25. November 2010 (S. 2 oben). Er nannte die folgenden, hier gekürzt angeführten Diagnosen (S. 1 f.): - chronisches Schmerzsyndrom Unterschenkel und OSG links - chronische Cervikobrachialgie rechtsbetont - chronische Lumbago - chronische Handgelenksschmerzen infolge Überlastung durch Gehstöcke - chronische Knieschmerzen, seit Untersuchung 2011, Z.____ - Entwicklung einer Angst- und depressiven Störung - Adipositas, BMI 41 kg/m² - Migräne - Refluxbeschwerden - Februar 2014 HSC (wohl: Hysteroskopie) mit fraktionierter Curettage, Gastroskopie bei Metrorrhagien bei Cervix- und Corpus-Polyp, histo lo-gisch einfache Hyperplasie, Refluxbeschwerden

Seit die Beschwerdeführerin bei ihm in Behandlung stehe, sei sie wegen starker Schmerzen und fehlender Mobilität stets zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Für eine kurze Zeit im Oktober 2011 sei die Arbeitsunfähigkeit auf ihren Wunsch hin auf 50 % reduziert worden, der anschliessende Arbeitsversuch sei jedoch sofort wegen vermehrt auftretenden Schmerzen infolge vermehrten Gehens miss lungen (S. 3 oben).

E. 4.2

In einem Kostengutsprache gesuch vom 11. August 2015 für einen stationären multimodalen Rehabilitationsaufenthalt (Urk. 7/263) nannte Dr. med. B.____, Oberarzt, Rheumatologie, C.____, nebst den bereits von Dr. A.____ gestellten Diagnosen (S. 1 f.) einen Status nach Gastroskopie bei Refluxbeschwerden (S. 2).

Er schilderte die zu den einzelnen Diagnosen gehörigen Befunde (S. 3) und Beurteilung (S. 3 f.) und äusserte sich zum Prozedere (S. 4 unten). Zur Arbeits fähigkeit machte er keine Angaben.

E. 4.3

Am 15. Oktober 2015 wurde das Y.____-Gutachten erstattet (Urk. 7/253), unterzeichnet von Dr. med. D.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Dr. med. E.____, Facharzt für Neurologie, Prof. Dr. med. F.____, Fachärztin für Otorhinolaryngologie (ORL), Dr. med.

G.____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Dr. med. H.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Prof.

Dr. med. I.____, Facharzt für Neurologie (S. 107 f.). Die Gutachterinnen und Gutachter stützten sich auf die ihnen überlassenen Akten (S. 2 ff.) und die anlässlich der am 23., 25. und 30. Juni 2015 erfolgten Untersuchungen (S. 1 unten) erhobenen Befunde (S. 65 ff.).

Die Gutachterinnen und Gutachter nannten folgende Diagnosen mit qualitativer Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 102 Ziff. 3): - Adipositas permagna (Grad III, BMI 44.5 kg/m²) - mässige retropatellare Chondropathie beidseits

Als Diagnosen ohne Auswirkungen nannten sie eine Migräne mit Aura, Differentialdiagnose (DD) Analgetika-induzierter Kopfschmerz bei Analgetika-Fehlgebrauch (S. 102 Ziff. 3).

Zur Arbeitsfähigkeit führten sie aus, eine Arbeitsunfähigkeit sei zumindest in einer körperlich leichten, wechselbelastenden oder überwiegend sitzend ausgeübten Tätigkeit nicht als hinreichend wahrscheinlich einzuschätzen, diesbezüglich betrügen die Arbeitsfähigkeit und das Rendement 100 % (S. 104 Ziff. 3a). Das massive Übergewicht und die orthopädischen Befunde rechtfertigten allenfalls den Ausschluss körperlich schwerer und überwiegend stehend oder gehend ausgeübter Tätigkeiten, wobei auch diese Limitation durch eine Gewichtsreduktion besserbar sei. Durch alle erhobenen Befunde und auch in den Akten daten deutlich aufscheinend zögen sich wesentliche Hinweise auf eine mangelhafte Compliance, einen fehlenden nachhaltigen Leidensdruck und auf eine bewusstseinsnahe demonstrative Darbietung von Einschränkungen und Beschwerden, was die reklamierten Beschwerden in ihrer Glaubwürdigkeit und Ausprägung derart relativiere, dass eine Gesundheitsstörung mit genereller (über qualitative Einschränkungen hinausgehender) Limitierung der Arbeitsfähigkeit nicht mit der gebotenen Wahrscheinlichkeit attestiert werden könne (S. 104 Mitte).

Eine Veränderung des Gesundheitszustandes seit Juni 2012 bezeichneten die Gutachterinnen und Gutachter als nicht wahrscheinlich (S. 103 Ziff. 2).

E. 4.4

Am 25. November 2015 überwies Dr. A.____ die Beschwerdeführerin wegen einer neu diagnostizierten Hyperprolaktinämie an das C.____ (Urk. 7/262).

Dr. med. J.____, Oberärztin Endokrinologie / Diabetologie, C.____, nannte in ihrem Zwischenbericht vom 18. Dezember 2015 (Urk. 7/259) unter Hinweis auf ein MRI der Hypophyse vom 16. Dezember 2015 (vgl. Urk. 7/260) als neue Diagnose ein Mikroprolaktinom (S. 1 Ziff. 1).

In ihrem Bericht vom 11. April 2016 (Urk. 7/271) führte Dr. J.____ aus, das Mikroprolaktinom habe an sich keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1).

Am 8. Juli 2016 berichtete Dr. J.____, aus näher dargelegten Gründen bestehe im Hinblick auf das Mikroprolaktinom kein Handlungsbedarf (Urk. 3/11 S. 2 Mitte).

E. 4.5

Dr. A.____ führte in seinem Bericht vom 25. April 2016 (Urk. 7/272) das Mikroprolaktinom ebenfalls unter den Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf (Ziff. 1.1). Er attestierte wiederum eine vollständige Arbeitsunfähigkeit seit dem Behandlungsbeginn bei ihm (2010), davor sei sie vom vorangehenden Hausarzt festgelegt worden (Ziff. 1.6). Eine

stationäre Rehabilitation sowie intensive Physiotherapie könnten zu einer Verbesserung der Symptomatik führen, so dass möglicherweise die Patientin wieder Teilzeit arbeiten könnte. Aufgrund des aktuellen Verlaufs stehe er einer Eingliederung jedoch pessimistisch gegenüber (Ziff. 1.8).

E. 4.6

Am 6. Mai 2016 wurde die Beschwerdeführerin wegen eines viralen Infektes der Atemwege in der K.____ untersucht, wo als Diagnosen ein chronisches Schmerzsyndrom (Kopf bis Fuss), bei Status nach Morbus Sudeck des linken Sprunggelenks nach mehreren Operationen, sowie eine Adipositas diagnostiziert wurden (Urk. 7/273 S. 1 Mitte).

E. 4.7

Eine Doppler-Sonographie vom 1. Juni 2016 ergab eine ausgedehnte Thrombophlebitis der V. saphena magna (Urk. 7/276/1).

Am 7. Juni 2016 berichtete der Leitende Arzt des Gefässzentrums des C.____ über die am Vortag erfolgte Untersuchung (Urk. 3/12) und führte unter anderem aus, in drei Monaten sei eine Verlaufskontrolle vorgesehen (S. 2 Mitte).

Gemäss Bericht vom 19. Juni 2016 (Urk. 7/279 = Urk. 3/13) wurde die Beschwerdeführerin gleichentags im C.____ nach erfolgter Selbstzuweisung behandelt. Diagnostiziert wurde ein OSG-Distorsionstrauma rechts nach Supination am 19. Juni 2016 mit Bandläsion des medialen Bandapparates (S. 1 Mitte).

Am 20. September 2016 wurde über eine am Vortag erfolgte angiologische Kontrolluntersuchung im Gefässzentrum des C.____ berichtet (Urk. 18/3/1-2 = Urk. 10/1) und es wurden die folgenden, hier verkürzt angeführten Diagnosen genannt (S. 1): - chronisch rezidivierende Beinschmerzen links - komplette Stamm- und Nebenastvarikose der V. saphena magna Hach III links - chronisches Schmerzsyndrom Unterschenkel und OSG links - BMI 41 kg/m² - Migräne

In der Beurteilung wurde ausgeführt, die ausgedehnte Thrombophlebitis der V. saphena magna und deren Nebenäste sei vollständig abgeheilt. Empfohlen werde eine Varizenanierung (S. 2 Mitte).

Nach Vorstellung in der Gefässchirurgie-Sprechstunde des C.____ (Urk. 18/3/5-6 = Urk. 10/4) führte der Leitende Arzt am 23. September 2016 aus, er befürchte, dass sich das chronische Schmerzsyndrom mit einer Varizenoperation noch weiter verschlechtere. Auch bestehe ein erhöhtes Infektrisiko bei ausgeprägter Adipositas, weshalb er derzeit von einem operativen Eingriff abgeraten habe. Er gehe auch nicht davon aus, dass die Beschwerden im Bereich des linken Beines hauptsächlich durch das Varizenleiden hervorgerufen würden (S. 2).

Am 27. September 2016 erfolgte eine weitere angiologische Kontrolluntersuchung (Urk. 10/6).

E. 4.8

Am 5. Dezember 2016 wurde die Beschwerdeführerin wegen Inguinalschmerzen rechts mehr als links in einer Sprechstunde der Klinik für Viszeral- und Thoraxchirurgie des C.____ untersucht (Urk. 18/10/9-11).

Nach am 13. Dezember 2016 erfolgter ambulanter Notfallbehandlung im C.____ wurden im Bericht vom 15. Dezember 2016 (Urk. 18/10/16-18) als neue Diagnosen eine mediastenale Lymphadenopathie (Zufallsbefund 13. Dezember 2016) sowie Thoraxschmerzen, differentialdiagnostisch muskuloskelettal im Rahmen der Lymphadenopathie, genannt (S. 1 Mitte Ziff. 1-2).

Am 30. Dezember 2016 erfolgte nach Selbstzuweisung eine weitere Notfallbehandlung im C.____ (Urk. 18/10/34-36), wobei als neue Diagnose nunmehr eine Hyperventilation (DD im Rahmen von Ösophagusspasmen) und eine Sarkoidose genannt wurden (S. 1 Ziff. 1-2).

Im Bericht vom 4. Januar 2017 über die am Vortag erfolgte Untersuchung (Urk. 18/10/32-33) lautete die Diagnose auf Inguinalschmerzen beidseits, rechts führend, DD beginnende posterior betonte Coxarthrose, symptomatische Inguinalhernie (S. 1 unten).

Am 18. Januar 2017 wurde über die am Vortag erfolgte Besprechung einer allfälligen Adipositas-Therapie berichtet (Urk. 18/11/2-3 = Urk. 18/13/5-6), wobei als Diagnose eine morbid Adipositas (Grad III, BMI 42.5 kg/m²), Adipositas-assoziierte Komorbiditäten: multiple Gelenkbeschwerden, Reflux, genannt wurde (S. 1 Mitte). Weitere früher aufgeführte Diagnosen wurden als Nebendiagnosen aufgelistet (S. 1 f.).

Am 7. April 2017 berichtete Dr. J.____ (vorstehend E. 4.4) über eine am 29. März 2017 erfolgte Konsultation (Urk. 18/13/7-9). Die Patientin werde eine Ernährungs umstellung weiter verfolgen und ihr Gewicht zu reduzieren versuchen, in Bezug auf das Mikroprolaktinom könne weiter zugewartet werden (S. 3 oben).

E. 4.9

Im Bericht vom 8. Mai 2017 (Urk. 18/13/23-24) über eine stationäre respiratorische Polygraphie am 2./3. Mai 2017 im C.____ wurden folgende Diagnosen genannt (S. 1): - schweres obstruktives Schlafapnoe-/Hypopnoesyndrom - Lymphknotensarkoidose, Erstdiagnose Dezember 2016 - Angststörung mit depressiver Komponente - chronisches Schmerzsyndrom - Beschwerden Unterschenkel / OSG links, chronische Cervikobrachialgie und Lumbago - Mikroprolaktinom

In einem Verlaufsbericht vom 4. September 2017 (Urk. 18/17/27-28) wurde ausgeführt, im Juli 2017 sei versucht worden, eine Therapie (CPAP, continuous positive airway pressure) zu etablieren, leider habe die Patientin aber keinerlei Masken toleriert (S. 2 oben). Leider zeige sich die gesamte Situation bei dieser Patientin als sehr schwierig, da sie für ein indiziertes körperliches Training insbesondere auch bei der ausgeprägten Schmerzsymptomatik nicht bereit sei. Sie berichte, „nach der von uns durchgeführten Spiroergometrie und dem CPAP-Versuch aufgrund dieser Strapazen für 4 Wochen bettlägerig gewesen zu sein!“ (S. 2 Mitte).

E. 5.1

Die Beschwerdegegnerin stütze sich bei ihrer Entscheidung auf das Y.____-Gutachten. Dagegen erhob die Beschwerdeführerin drei Einwände.

E. 5.2

Beschwerdeweise (Urk. 1) wurde erstens geltend gemacht, Prof. I.____ habe das Gutachten mitunterzeichnet, obwohl er in der Gutachtensanordnung nicht namentlich erwähnt gewesen sei. Es sei „in keinsten Art und Weise ersichtlich, inwiefern dieser Arzt bei dieser

Begutachtung auf die ganze Begutachtung Einfluss genommen haben soll“ beziehungsweise es sei „davon auszugehen, dass der genannte Arzt einen massgeblichen Einfluss auf diese ganze Begutachtung gehabt hat“ (S. 9 Ziff. 2.5.4).

Der gemeinsame Sinn der beiden Vorbringen zugleich erschliesst sich nicht ohne weiteres. Dem Verständnis dient, dass die Beschwerdeführerin an anderer Stelle ausdrücklich betont hat, sie sei von Prof. I.____ nicht untersucht worden (Urk. 15/1 S. 2 Ziff. 2), er habe sie gar nicht gesehen (Prot. S. 6 Mitte). Damit steht fest, dass die Beschwerdeführerin im Rahmen der Begutachtung aus schliesslich von den Ärztinnen und Ärzten untersucht wurde, die in der Gutachtenanordnung angekündigt worden waren. Dass Prof. I.____ das Gutachten mitunterzeichnet hat, erklärt sich zwanglos mit seiner Funktion als Leiter der Y.____, die bereits aus deren Homepage ohne weiteres hervorgeht. Vorwürfen (S. 10 f. Ziff. 2.5.5-6) für das vorliegende Verfahren ist weder ersichtlich noch näher dargetan worden, weshalb sich diesbezüglich Weiterungen erübrigen.

E. 5.3

Beschwerdeweise wurde weiter geltend gemacht, es bestünden Ablehnungs- und Ausstandsgründe bezüglich aller einzelnen Gutachterinnen und Gutachter, wobei zur Begründung auf die von der Beschwerdeführerin im Januar 2016 verfasste Stellungnahme zum Gutachten verwiesen wurde (S. 12 Ziff. 2.5.8). Die genannte rund 40-seitige Stellungnahme (Urk. 7/268) besteht weitestgehend aus Anmerkungen zu einzelnen Passagen des Gutachtens (dessen Aufbau ab Seite 65 sie denn auch folgt). Einleitend verwarft sich die Beschwerdeführerin gegen die als Unterstellung empfundene Feststellung, sie hätte Aussagen verweigert und mangelhaft kooperiert und ihre Beschwerdedarbietung wirke demonstrativ und aufgesetzt (S. 1).

Im Rahmen der Hauptverhandlung (Prot. S. 3 ff.) war zu eruieren, dass die Beschwerdeführerin der Meinung gewesen war, dass alle nicht sie persönlich betreffenden Aspekte die Gutachter nichts angingen, weshalb sie entsprechende Fragen nicht beantwortet habe, da sie keine Auskünfte über ihre Familie geben mochte (S. 7 f.). Ferner hatte sie das Gefühl, nicht richtig - zu oberflächlich (Prot. S. 6 unten) oder zu wenig schonend (S. 8 Mitte) - untersucht worden zu sein. Ein weiterer Kritikpunkt war, dass ihr immer wieder die gleichen Fragen gestellt worden seien (S. 8 unten, S. 12 oben).

Dass die Beschwerdeführerin mit zahlreichen Formulierungen im Gutachten nicht einverstanden ist und dass ihres Erachtens die von ihr genannten Aspekte der Begutachtung zu kritisieren sind, ist zur Kenntnis zu nehmen. Ähnliches machte sie bereits gegenüber dem 2012 erstatteten Gutachten geltend (vgl. Urk. 7/165 S. 4 E. 2.2 und S. 19 E. 5.3). Dass sich daraus jedoch, wie beschwerdeweise ohne nähere Begründung behauptet, eine Voreingenommenheit der Gutachterinnen und Gutachter würde ableiten lassen, ist beim besten Willen nicht ersichtlich, dies umso mehr, als beim Gewichten der massgebenden Umstände gerade nicht auf das subjektive Empfinden einer Partei abgestellt werden kann (vorstehend E. 1.3).

Der Standpunkt, es bestünden Ablehnungs- und Ausstandsgründe gegenüber allen beteiligten Gutachterinnen und Gutachtern, erweist sich damit als un begründet.

E. 5.4

Schliesslich und drittens wurde beschwerdeweise geltend gemacht, aus ärztlichen Berichten, die aktueller seien als das im Oktober 2015 erstattete Gutachten, gehe eine - im

Gutachten verneinte - Verschlechterung des Gesundheitszustand des hervor (S. 14 Ziff. 2.8).

Die Beschwerdeführerin nahm auf die Ausführungen von Dr. A.____ am 25. April 2016 (vorstehend E. 4.5) und am 23. Juni 2016 (Urk. 3/9 S. 4) Bezug (Urk. 3/9 S. (Urk. 1 S. 15 Ziff. 2.8.1). Dr. A.____ erachtete die Beschwerdeführerin als (mindestens) seit dem Beginn der Behandlung bei ihm im November 2011 als zu 100 % arbeitsunfähig (vorstehend E. 4.1), zu einer Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit machte er keine Angaben (vorstehend E. 4.5). Eine solche Beurteilung mag aus seiner hausärztlichen Vertrauensposition heraus in einem gewissen Sinne verständlich sein, sie kontrastiert jedoch deutlich mit der gerichtlich bestätigten Feststellung im Gutachten von 2012 einer näher umschriebenen erheblichen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit (vorstehend E. 3.2). Aus diesem Grund erweist sich die Einschätzung durch Dr. A.____ als deutlich zu patientennah und scheidet als Beurteilungsgrundlage aus.

Das im Dezember 2015 erstmals diagnostizierte Mikroprolaktinom hat gemäss ärztlicher Feststellung keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (vorstehend E. 4.4).

Es bleiben - vor oder unmittelbar nach Erlass der Verfügung vom 17. Juni 2016 - ein im Mai 2016 einmalig behandelter viraler Infekt und ein Verstauchen des rechten Fusses am 19. Juni 2016 (vorstehend E. 4.6).

Die Behauptung, aktuellere Berichte würden - im Unterschied zum Gutachten - eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes belegen, erweist sich damit als unzutreffend.

E. 5.5

Dass sich die gegen das Gutachten beschwerdeweise erhobenen Einwände als nicht stichhaltig erwiesen haben, führt zum Schluss, dass dieses - zumal es die praxisgemässen Kriterien (vorstehend E. 1.4) vollumfänglich erfüllt - die taugliche Entscheidungsgrundlage darstellt und darauf abzustellen ist.

Somit ist auch der gutachterlichen Beurteilung, wonach im Vergleich zu 2012 keine revisionsrelevante Verschlechterung ausgewiesen ist, zu folgen und der Sachverhalt als diesbezüglich festgestellt zu erachten.

Damit entfällt eine weitere Anspruchsprüfung und der gewisse Unterschied zwischen den Gutachten von 2012 und 2015 in der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit erweist sich als nicht relevant.

E. 5.6

Für die Zeit nach Verfügungserlass wurde über - nebst einer als nicht dauerhaft einzustufenden allfälligen Inguinalhernie (vorstehend E. 4.8) - eine Varizenproblematik (vorstehend E. 4.7) und eine Schlafapnoe-Problematik und eine Lymphknotensarkoidose (vorstehend E. 4.9) berichtet.

Inwieweit diese geeignet sein könnten, das Anforderungsprofil für angepasste Tätigkeiten (vorstehend E. 3.2) zu beeinflussen, ist nicht im vorliegenden Verfahren zu beurteilen, denn der Zeitpunkt des Verfügungserlasses stellt nach konstanter Praxis die zeitliche Grenze der gerichtlichen Überprüfungsbefugnis dar (BGE 124 V 166 E. 1b). Die neueren Berichte enthalten auch keine Hinweise, die bezüglich der gesundheitlichen Situation vor Verfügungserlass zu neuen Erkenntnissen zu führen vermöchten. Namentlich die regelmässig erwähnte Adipositasproblematik bestand bereits 2012 (vorstehend E. 3.1). Sie hat sich nach dem Fehltritt im August 2006 entwickelt, mit einer Steigerung des Gewichts

von damals 74 kg auf 119 kg im Jahr 2012 (Urk. 7/94 S. 12 Ziff. 3.3), auf 130 kg im Juni 2015 (Urk. 7/253 S. 67 oben) und immer noch rund 126 kg im Januar 2017 (Urk. 18/11/2-3 S. 1 Mitte).

E. 5.7

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass im Vergleich des Sachverhalts, welcher der anspruchsverneinenden Verfügung vom Juni 2012 zugrunde lag, mit demjenigen im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung keine revisions-relevante Veränderung als überwiegend wahrscheinlich ausgewiesen ist.

Demnach hat die Beschwerdegegnerin einen Leistungsanspruch zu Recht verneint. Die angefochtene Verfügung ist, soweit sie dies zum Ausdruck gebracht hat, zu bestätigen, was zur Abweisung der dagegen erhobenen Beschwerde führt.

E. 6

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sind dem entstandenen Aufwand entsprechend auf Fr. 1'000.-- festzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Massimo Aliotta - 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, 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 Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Mosimann Tiefenbacher

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