

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01266 vom 30. Januar 2018**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-01-30, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2016.01266](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.01266)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01266 du 30 janvier 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01266 del 30 gennaio 2018

## **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). 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. 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).

### **E. 1.3**

Wurde eine Rente, wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades, verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (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).

#### **E. 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.

#### **E. 1.5**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

#### **E. 1.6**

Die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Art. 59 Abs. 2 bis IVG). Nach Art. 49 IVV beurteilen die RAD die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs. Die geeigneten Prüfmethode können sie im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz und der allgemeinen fachlichen Weisungen des Bundesamtes frei wählen (Abs. 1). Die RAD können Versicherte bei Bedarf selber ärztlich untersuchen. Sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest (Abs. 2; Urteil des Bundesgerichts 9C\_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweis auf BGE 135 V 254 E. 3.5).

Die Funktion interner RAD-Berichte besteht darin, aus medizinischer Sicht – gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob

auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen sei. Sie würdigen die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht (Urteil des Bundesgerichts 9C\_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweisen).

RAD-Berichte sind versicherungsinterne Dokumente, die von Art. 44 ATSG betreffend Gutachten nicht erfasst werden; die in dieser Norm vorgesehenen Verfahrensregeln entfalten daher bei Einholung von RAD-Berichten keine Wirkung (Urteil des Bundesgerichts 8C\_385/2014 vom 16. September 2014 E. 4.2.1 mit Hinweis auf BGE 135 V 254 E. 3.4).

Praxisgemäss kommt einer reinen Aktenbeurteilung des RAD im Vergleich zu einer auf allseitigen Untersuchungen beruhenden Expertise, welche auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und die Schlussfolgerungen widerspruchsfrei begründet, nicht der gleiche Beweiswert zu (Urteil des Bundesgerichts 8C\_971/2012 vom 11. Juni 2013 E. 3.4).

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). 2.

## **E. 2**

Die Versicherte erhob am 14. November 2016 Beschwerde gegen die Verfügung vom 12. Oktober 2016 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es seien ergänzende medizinische Abklärungen einzuholen und hernach über das Leistungsbegehren zu entscheiden (Urk. 1 S. 1).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 5. Januar 2017 (Urk. 7) die Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführerin am 16. Januar 2017 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 9). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin hielt in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) fest, die vom Hausarzt der Beschwerdeführerin genannte Diagnose sowie die dargelegte Anamnese entsprächen im Wesentlichen dem bereits aus den vorliegenden Gutachten, den Angaben der Behandlungsklinik sowie dem RAD-Untersuchungsbericht erstellten medizinischen Sachverhalt. Es handle sich somit lediglich um eine andere Einschätzung. Auch seit der letzten Hospitalisation habe sich die Situation nicht verändert, womit weiterhin keine invalidisierende Beeinträchtigung ausgewiesen sei (S. 2).

### **E. 2.2**

Demgegenüber stellte sich die Beschwerdeführerin auf den Standpunkt (Urk. 1), ihr Gesundheitszustand habe sich massiv verschlechtert. Im Sommer 2016 habe sie sich wegen einer schweren Depression gar hospitalisieren lassen. Der negative Entscheid der Beschwerdegegnerin basiere auf veralteten Abklärungen. Ausserdem leite die

Beschwerdegegnerin aus der Tatsache, dass sie gemäss Austrittsbericht der Klinik Y.\_\_\_\_ fordernd aufgetreten sei und keine Motivation zur Teilnahme an irgendwelchen Therapien gezeigt habe, ab, dass kein hoher Leidensdruck bestehe, was falsch sei (S. 2).

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist, ob eine revisionsrelevante Veränderung des Gesundheitszustandes seit der letzten rentenabweisenden Verfügung eingetreten ist. Dabei umstritten ist insbesondere die Beweistauglichkeit der vorhandenen medizinischen Aktenlage. 3.

#### 3.1

Die Beschwerdeführerin litt im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzusprache im April 2008 an einer rezidivierenden depressiven Störung mit mittelgradigen Episoden, welche zu wiederholten vollständigen Arbeitsunfähigkeiten und zu drei stationären Klinikaufenthalten führten (vgl. Urk. 8/7/5-7; Urk. 8/10/1; Urk. 8/9/ 5; Urk. 8/12; Urk. 8/18). 3.2

Die rentenaufhebende Verfügung vom 24. Juli 2012 (Urk. 8/57) stützte sich im Wesentlichen auf das Gutachten von Dr. med. Z.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 19. Juli 2010 (Urk. 8/40). Darin hielt der Gutachter fest, im Rahmen der Exploration habe sich eine klagende und leidende Beschwerdeführerin ohne Einschränkung der affektiven Schwingungs fähigkeit gezeigt. Die Beschwerdeschilderungen hätten insgesamt einen spür baren appellativen Charakter und es ergäben sich Hinweise auf Aggrava tions tendenzen. Ein gravierender Leidensdruck sei nicht spürbar und die Beschwer de führerin wirke nicht durchgehend authentisch. Ihre zwar klagende, ansonsten aber weitestgehend ausgeglichene Grundstimmung stehe insgesamt nicht im Einklang mit den dramatisierenden Beschwerdeschilderungen. Es fänden sich aktuell nicht genügend objektive Befunde, die auf eine noch bestehende gra vierende depressive Störung hinweisen würden. Ihre Freizeitaktivitäten (Besuche von Kollegen, Urlaubsreisen) wären mit einer mittelgradigen depressiven Stö rung nicht möglich. Eine Psychotherapie werde von der Beschwer deführerin ent sprechend auch nicht mehr in Anspruch genommen, weshalb von einer weitestgehenden Remission der depressiven Störung unter psychopharma kolo gischer Behand l ung ausgegangen werden könne (S. 9 Ziff. 6.2). Er gelangte zur Einschätzung, dass sich aus psychiatrischer Sicht ab Begutachtungsdatum keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr begründen liesse und erachtete die Beschwerdeführerin für ihre zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Verpackungsmitar beiterin sowie auch ihrem allgemeinen Leistungsspektrum entsprechend für alle Verweistätigkeiten als zu 100 % arbeitsfähig (S. 10 Ziff. 6.4-6.5).

Gestützt auf diese Aktenlage bestätigte auch das hiesige Gericht mit Urteil vom 8. April 2014 (Prozess-Nr. IV.2012.00970, Urk. 8/80) die Rentenaufhebung (vgl. E. 5). 4. 4.1

Dem fachpsychiatrischen Attest von Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt für Psy chiatrie und Psychotherapie, vom 25. Februar 2013 (Urk. 8/77/3) lässt sich ent nehmen, dass sich die Beschwerdeführerin imperativ nicht in der Lage fühle, einer Berufstätigkeit nachzugehen. Eine regelmässige Einnahme von Antide pressiva sei laborchemisch nicht verifizierbar. 4.2

Die Beschwerdeführerin wurde wegen einer chronifizierten depressiven Sympto matik vom 6. bis 23. Januar 2014 durch die Ärzte der Y.\_\_\_\_ stationär behandelt. Im Austrittsbericht vom 24. Januar 2014 (Urk. 8/83/3-6 = Urk. 8/85/1-4) nannten die Ärzte als Diagnosen eine chroni fizierte depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Symptomatik (ICD-10

F33.1), Kontaktanlässe mit Bezug auf die soziale Umgebung, eine nicht näher bezeichnete Hypothyreose sowie sonstige – näher bezeichnete – Tremorformen (S. 1). 4.3

Der behandelnde Hausarzt der Beschwerdeführerin, Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, kritisierte in seiner Stellungnahme vom 17. November 2014 (Urk. 8/83/1-2 = Urk. 8/86) das Handeln der Beschwerdegegnerin, auf das fachpsychiatrische Attest von Dr. A.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E. 4.1) abzustellen. Er wies darauf hin, dass die Beschwerdeführerin einen Monat zuvor in der psychiatrischen Klinik Y.\_\_\_\_ hospitalisiert gewesen und dort eine chronifizierte depressive Störung mittelgradiger Symptomatik beständig worden sei. Die Beschwerdeführerin könne kaum noch das Haus verlassen, sie sei nicht fähig, den Haushalt zu führen, weine viel, sei antriebslos und habe auch keine sozialen Kontakte mehr. Ebenso habe sie immer wieder Suizidgedanken. Es liege eindeutig ein depressiver Zustand vor, welcher zwischendurch auch eine schwerwiegende Symptomatik aufweise (S. 1). 4.4

Der behandelnde Facharzt Dr. A.\_\_\_\_ erstattete der Beschwerdegegnerin am 9. Februar 2015 Bericht (Urk. 8/90). Er führte aus, die sehr einfach strukturierte Beschwerdeführerin sei psychotherapeutisch (im eigentlichen Sinne) nur sehr bedingt modellier- bzw. erreichbar (Behandlungsfähigkeit). Im Rahmen unregelmässiger und niederfrequentierter Sitzungen hätten klinisch vor allem eine histrionische Fehlverarbeitung mit Affektabspaltung, regelmässigen verzweifelten Exazerbationen und Hyperventilation imponiert. Gemäss dem langjährigen Hausarzt Dr. B.\_\_\_\_, welcher durch den intensiven Betreuungsstatus in der Lage sei, den psychosozialen Gesamtkontext den Tatsachen entsprechend einzuschätzen, bestehe eindeutig ein depressiver Zustand, welcher zwischendurch auch schwerwiegende Symptomatik aufweise (S. 1). 4.5

Am 13. Februar 2015 untersuchte RAD-Arzt med. pract. C.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, die Beschwerdeführerin. Mit Bericht vom selbigen Tag (Urk. 8/91) konnte er keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen. Als ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit erachtete er einen Zustand nach rezidivierenden depressiven Episoden, akzentuierte Persönlichkeitszüge (histrionisch) sowie einen Benzodiazepinmissbrauch (ICD-10 F13.1) und in somatischer Hinsicht anamnestisch eine laparoskopische Cholezystektomie vom Juni 2011 (S. 4 Ziff. 9).

Bei der Untersuchung hätten sich weitgehend ähnliche Befunde und Beobachtungen gezeigt wie bei der gutachterlichen Untersuchung durch Dr. Z.\_\_\_\_ im Jahr 2010. Darüber hinaus zeige sich nun ein Benzodiazepinmissbrauch, der wesentlich über den Anordnungen des Hausarztes liege. Viele der von der Beschwerdeführerin beklagten Symptome (alles flach, keine Lebenslust, wie betrunken...) seien Folge aus diesem Medikamentenmissbrauch. Leider begrüsse die Beschwerdeführerin die Wirkungen des Temesta, ruhiger zu werden und nicht mehr viel zu denken. Die psychopathologischen Befunde erlaubten nicht die Diagnose einer Depression. Die von Dr. A.\_\_\_\_ angegebenen histrionischen Verhaltensweisen hätten auch bei der RAD-Untersuchung beobachtet werden können. Leider beziehe die Beschwerdeführerin auch einen beträchtlichen sekundären Krankheitsgewinn, wie auch die Ärzte der Y.\_\_\_\_ beschrieben hätten. Die Beschwerdeführerin werde weitgehend von den Haushaltsarbeiten entlastet und versorgt von der gesamten Familie (S. 5 Ziff. 10). In Bezug auf die bisherige Tätigkeit als Verpackerin sowie auch in allen Verweistätigkeiten bestünden keine Einschränkungen. Ihre Leistungsfähigkeit sei seit dem Gutachten von Dr. Z.\_\_\_\_ im Jahr 2010 gleichbleibend (S. 6 Ziff. 11). 4.6

Dr. B.\_\_\_\_ begründete seinen Einwand gegen den Vorbescheid mit Schreiben vom 11. März 2015 (Urk. 8/99/1-3). Er kritisierte die RAD-Untersuchung, die im Wesentlichen auf das Gutachten von Dr. Z.\_\_\_\_ abstütze, und führte zum Benzodiazepinmissbrauch aus, dass er davon ausgehe, dass die Beschwerdeführerin die Medikamente ausschliesslich bei ihm beziehe. Entsprechend habe er ihr zuletzt am 7. Februar 2015 im Hinblick auf die RAD-Untersuchung Temesta abgegeben. Ansonsten habe er in den letzten fünf Jahren nie Temesta abgegeben (S. 1 Mitte).

Der Hausarzt bestätigte die histrionische Fehlverarbeitung und hielt dazu fest, dass dies auch der Grund sei, warum die Beschwerdeführerin vermehrt Temesta während der Konsultation eingenommen habe. Wahrscheinlich denke sie, dass sie dadurch demonstrieren könne, wie schlecht es ihr gehe. Das histrionische Verhalten widerspreche allerdings keineswegs der Annahme, dass sie trotzdem eine mittelgradige depressive Episode haben könne (S. 1 am Schluss). Die Beschwerdeführerin weise alle Symptome für eine depressive Störung auf. Auch die von Dr. Z.\_\_\_\_ genannten Aktivitäten sprächen nicht gegen eine chronifizierte depressive Störung. Die Beziehung zur Nachbarschaft sei sehr gut, weil diese der Beschwerdeführerin in allen möglichen Bereichen helfen wollten (S. 2). Die früher bestätigte vollständige Arbeitsunfähigkeit, die im Bericht der Klinik Y.\_\_\_\_ aus dem Jahr 2007 bestätigt worden sei, sei aus seiner Sicht immer noch gegeben (S. 3 oben). 4.7

Dr. med. D.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, welche die Beschwerdeführerin am 7. Oktober 2015 zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung übernahm, nannte in ihrem Bericht vom 9. Oktober 2015 (Urk. 8/112/14) als Diagnose eine chronifizierte Depression, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11). 4.8

Im Rahmen eines von der Beschwerdegegnerin als sinngemässe Neuanmeldung verstandenen Gesuchs vom 3. März 2016 (Urk. 8/117/1-2) machte Dr. B.\_\_\_\_ Ausführungen zu Stellung und Auftrag sowie Qualität eines Hausarztberichtes. Ferner verneinte er (erneut) das Vorliegen eines Benzodiazepinmissbrauchs (S. 1) und wies darauf hin, dass neu Dr. D.\_\_\_\_ von einer mittelgradigen depressiven Episode ausgehe und somit kein Status nach depressiver Störung vorliege (S. 1 am Schluss). 4.9

Im Verlaufsbericht vom 2. April 2016 (Urk. 8/119/1-6) nannte Dr. D.\_\_\_\_ folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - länger dauernde depressive Störung, zurzeit mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11) - Schilddrüsenunterfunktion - starke Wechseljahresbeschwerden Die Beschwerdeführerin stehe seit dem 7. Oktober 2015 bei ihr in ambulanter psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung; anfangs mit zwei wöchentlichen und dann monatlichen Sitzungen. Bis heute hätten sechs Sitzungen stattgefunden. Die Beschwerdeführerin sei bei pessimistischer Prognose seit September 2015 bis heute und auf längere Sicht in der freien Wirtschaft vollständig arbeitsunfähig. Im geschützten Rahmen, wie zum Beispiel im eigenen Haushalt, bestehe eine zirka 20%ige Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.7 f.). 4.10

RAD-Ärztin Dr. med. E.\_\_\_\_, Fachärztin für orthopädische Chirurgie und Traumatologie, hielt in ihrer Stellungnahme vom 13. Mai

2016 (Urk. 8/122/2-3) fest, dass die von Dr. D.\_\_\_\_ dargelegte Anamnese im Wesentlichen den Angaben im Gutachten von Dr. Z.\_\_\_\_, den Angaben der Y.\_\_\_\_ und dem

RAD-Untersuchungsbericht entspreche. Dr. D.\_\_\_\_ gehe auf den Benzo diazepin-Konsum nicht weiter ein, postuliere aber, der psychische Gesundheitszustand sei durch Wechseljahresbeschwerden und eine Schilddrüsenunterfunktion kompliziert – beides Beschwerden, die einer Behandlung zugänglich seien und für die auch eine Medikation etabliert sei. Zusammenfassend handle es sich bei der Darstellung durch Dr. D.\_\_\_\_ um eine andere Einschätzung des gleichen Sachverhaltes. An dem Ergebnis der RAD-Untersuchung vom 13. Februar 2015 könne festgehalten werden. 4.11

Vom 23. Mai bis 20. Juli 2016 wurde die Beschwerdeführerin in der Y.\_\_\_\_-Klinik erneut stationär behandelt. Die Ärzte nannten im Austrittsbericht vom 10. August 2016 (Urk. 8/132/1-3) folgende Diagnosen (S. 1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) - Nichtbefolgung ärztlicher Anordnungen (non-compliance) in der Eigenanamnese - Hypothyreose - Adipositas Sie führten aus, die Beschwerdeführerin sei auf Zuweisung ihres ambulanten Behandlers notfallmässig und unklar zur insgesamt fünften hiesigen stationären psychiatrischen Aufnahme gekommen. Laut Einweiser sei die Beschwerdeführerin am 20. Mai 2016 in seiner Praxis dekompenziert, nachdem ihr Antrag auf IV abgelehnt worden sei. Sie habe sich nach Eintritt schwer depressiv und klagsam gezeigt. Gleichzeitig sei sie fordernd aufgetreten und habe keine Motivation zur Teilnahme an irgendwelchen Therapien gezeigt. Zur Verbesserung des Nachtschlafs hätten sie versucht, die Beschwerdeführerin zur Teilnahme an Aktivitäten und Therapien zu motivieren. Dies sei unter täglichen Aufforderungen

gelingen, habe jedoch nicht zu eigenverantwortlichen Verhaltensänderungen geführt. Wenn es um Wochenendbeurlaubungen oder religiöse Familienfeste gegangen sei, habe die Beschwerdeführerin Motivation und Antrieb gezeigt. Aufgrund dieser plötzlichen Antriebs- und Motivationsveränderung hätten sie davon abgesehen, eine Behandlung mit EKT vorzuschlagen oder die Beschwerdeführerin an der F.\_\_\_\_ vorzustellen oder anzumelden (S. 2). Neben der initialen Kränkung durch den Arbeitsplatzverlust, welcher weiterhin durch die Beschwerdeführerin nicht verarbeitet sei, würden sie von einem ausgeprägten sekundären Krankheitsgewinn ausgehen. Die damit verbundene ausgedehnte familiäre Unterstützung/Entlastung von Alltagsaufgaben wirke sich weiterhin krankheitsaufrechterhaltend aus. Die Familie habe keine Zeit gefunden für ein gemeinsames Gespräch. In Telefonaten mit dem Sohn und einem Gespräch mit dem Ehemann sei versucht worden, ein bio-psycho-soziales Krankheitsmodell und damit ein Therapiemodell über die Medikation hinaus zu vermitteln. Dabei habe sich eine ausgedehnte Resignation in der Familie und eine Akzeptanz des Zustandes der Ehefrau und Mutter gezeigt (S. 3 oben). Die Beschwerdeführerin sei bezüglich der Tagesmüdigkeit und der wahrscheinlich unerwünschten Arzneimittelwirkung (UAW) in einem gebesserten, jedoch insgesamt in unremittiertem Zustand in die bisherigen Verhältnisse entlassen worden. Einen Besuch der Tagesklinik habe die Beschwerdeführerin abgelehnt. Es werde empfohlen, die Medikation bis auf Weiteres in unveränderter Dosis weiterzuführen sowie dringend eine Therapie in einer Tagesklinik durchzuführen, um die Familie zu entlasten und die Eigenverantwortlichkeit etwas zu stärken (S. 3 am Schluss). 5. 5.1

Die Beschwerdeführerin leidet seit 2005 an rezidivierenden depressiven Episoden. Mit Verfügung vom 7. April 2008 (Urk. 8/24) wurde ihr ab 1. April 2006 eine ganze Invalidenrente zugesprochen, welche mit Verfügung vom 24. Juli 2012 (Urk. 8/57) per Ende August 2012 eingestellt wurde.

Nach den Neuanmeldungen vom November 2014 (Urk. 8/86) und März 2016 (Urk. 8/112) werden wiederum überwiegend psychische Gründe für die Arbeitsunfähigkeit geltend gemacht. 5.2

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein seelisches Leiden mit Krankheitswert besteht, welches die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG; BGE 139 V 547 E. 5; 131 V 49 E. 1.2; 130 V 352 E. 2.2.1).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt grundsätzlich eine lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (BGE 130 V 396; 141 V 281 E. 2.1). Eine fachärztlich festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleich bedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierte(n) Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zu mutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (vgl. BGE 127 V 294 E. 4c; 139 V 547 E. 5.2; zur Publikation in der amtlichen Sammlung vorgesehene(n) Urteil des Bundesgerichts 8C\_841/2016 vom 30. November 2017 E. 4.2.1).

Gemäss der für somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden entwickelten Rechtsprechung des Bundesgerichts ist die tatsächliche Arbeits- und Leistungsfähigkeit der versicherten Person grundsätzlich in einem strukturierten, ergebnisoffenen Beweisverfahren anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren zu ermitteln (BGE 141 V 281). Mit zur Publikation in der amtlichen Sammlung vorgesehenem Urteil 8C\_130/2017 vom 30. November 2017 hat das Bundesgericht erkannt, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Leiden einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen seien, wobei es je nach Krankheitsbild allenfalls gewisser Anpassungen hinsichtlich der Wertung einzelner Indikatoren bedürfe. Diese Abklärungen enden laut Bundesgericht stets mit der Rechtsfrage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (E. 7).

Im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens sind als Standardindikatoren die folgenden Aspekte massgebend (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Funktioneller Schweregrad - Gesundheitsschädigung - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz - Komorbiditäten - Persönlichkeit: Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen - sozialer Kontext Konsistenz (Gesichtspunkte des Verhaltens) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsamnestisch ausgewiesener Leidensdruck

Diese Standardindikatoren erlauben - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits - das

tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzu schätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und E. 4.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_260/2017 vom 1. Dezember 2017 E. 4.2.3). Die Anerkennung eines renten begründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit (nach wie vor) die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; BGE 141 V 547 E. 2). 5.3

Die Beschwerdegegnerin ging gestützt auf den RAD-Untersuchungsbericht vom 13. Februar 2015 (vgl. vorstehend E. 4.5) sowie die Einschätzung der RAD-Ärztin E.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E. 4.10) von einem seit der renteneinstellung (vgl. Urk. 8/57) bzw. seit der letzten rentenanspruchsverneinenden Verfügung vom 3. August 2015 (Urk. 8/107) unveränderten Gesundheitszustand aus. 5.4

Der psychiatrische RAD-Untersuchungsbericht vom 13. Februar 2015 (Urk. 8/91 ) vermag die an eine beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlage gestellten Anforderungen (vgl. vorstehend E. 1.6 ) vollumfänglich zu erfüllen. So basiert er auf einer eingehenden psychiatrischen Untersuchung des Beschwerdeführers und erging in Kenntnis sowie in Auseinandersetzung mit den Vorakten (vgl. S. 1, S. 5 f.). Weiter erfolgte eine detaillierte Anamneseerhebung (S. 1 ff.) sowie eine ausführliche psychopathologische Befundaufnahme (S. 3 ). Entgegen der Auffassungen der Ärzte der Y.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E. 4.2) und des Hausarztes Dr. B.\_\_\_\_ konnte der RAD-Arzt med. pract. C.\_\_\_\_ keine psychiatrische Diagnose stellen, sondern lediglich einen Zustand nach rezidivierenden depressiven Episoden, was sich auch mit der Einschätzung des behandelnden Arztes Dr. A.\_\_\_\_ vom Februar 2015 deckte (vgl. vorstehend E. 4.4). Ferner erkannte er eine akzentuierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10 Z73.1) sowie einen Benzodiazepinmissbrauch. Schliesslich wies er darauf hin, dass sich weitgehend ähnliche Befunde gezeigt hätten, wie bei der gutachterlichen Untersuchung durch Dr. Z.\_\_\_\_ vom Juli 2010 (vgl. vorstehend E. 3.2) und beschrieb einen beträchtlichen sekundären Krankheitsgewinn (vgl. vorstehend E. 4.5). Der RAD-Untersuchungsbericht trägt der konkreten medizinischen Situation bis zum Untersuchungszeitpunkt Rechnung, leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ein und die vorgenommene Schlussfolgerung zu Gesundheitszustand sowie Arbeitsfähigkeit werden ausführlich begründet. Demnach bestand bis zum Februar 2015 keine psychiatrische Diagnose mit begründeter Arbeitsunfähigkeit. 5.5

Nach der RAD-Untersuchung im Februar 2015 sind vor allem die Behandlungsberichte von Dr. D.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E. 4.7 und E. 4.9) sowie der Austrittsbericht der Y.\_\_\_\_ vom 10. August 2016 (vgl. vorstehend E. 4.11) aktenkundig und weisen übereinstimmend eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.11), aus. Dabei attestierte nur Dr. D.\_\_\_\_ der Beschwerdeführerin eine Arbeitsunfähigkeit, die Ärzte der Y.\_\_\_\_ hingegen nahmen keine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit vor.

Ob ein invalidisierender Gesundheitsschaden ausgewiesen ist respektive wie es sich mit der tatsächlichen Arbeits- und Leistungsfähigkeit verhält, ist mittels der für somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden entwickelten Rechtsprechung des Bundesgerichts in einem strukturierten, ergebnisoffenen Beweisverfahren anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren zu ermitteln (vgl. vorstehend E. 5.2). Namentlich stellt sich die Frage,

ob ausgehend von den in den Berichten von Dr. D.\_\_\_\_ und der Y.\_\_\_\_ dargelegten Befunden und den dort gestellten Diagnosen funktionelle Auswirkungen – nämlich die nur von der behandelnden Ärztin und vom Hausarzt mit 100 % bezifferte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit – mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. 5.6

Die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens nach dem in E. 5.2 dargelegten Prüfungsraster erübrigt sich rechtsprechungsgemäss, wenn Ausschlussgründe vorliegen, etwa wenn die Leistungseinschränkung überwiegend auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht, welche die Annahme einer gesundheitlichen Beeinträchtigung von vornherein ausschliessen (BGE 141 V 281 E. 2.2; vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_549/2015 vom 29. Januar 2016 E. 4.1). Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns (dazu BGE 140 V 193 E. 3.3) ergeben sich namentlich, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird; demonstrativ vorgebrachte Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken; schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit weiterem Hinweis).

Die Berichte von Dr. D.\_\_\_\_ und der Y.\_\_\_\_ weisen die psychiatrische Störung als mittelgradige Episoden mit somatischem Syndrom aus. Hingegen ist daraus zu entnehmen, dass das Beschwerdebild offensichtlich geprägt ist von einem sekundären Krankheitsgewinn, einer fehlenden Motivation und Kooperation für Therapien, von demonstrativ vorgetragene Klagen sowie von einem Medikamentenmissbrauch. Diese Befunde decken sich mit der Beurteilung durch Gutachter Z.\_\_\_\_ vom Juli 2010, in welcher dieser schon damals einen spürbaren appellativen Charakter, Hinweise auf Aggravationstendenzen und einen fehlenden Leidensdruck feststellte (vgl. vorstehend E. 3.2) sowie auch mit der RAD-Untersuchung vom Februar 2015, in welcher Dr. C.\_\_\_\_ ebenfalls auf histrionische Verhaltensweisen und auf einen beträchtlichen sekundären Krankheitsgewinn hinwies (vgl. vorstehend E. 4.5). Damit liegen Gründe vor, welche die Annahme einer gesundheitlichen Beeinträchtigung aus versicherungsrechtlicher Sicht ausschliessen. 5.7

Selbst wenn nicht vom Bestehen von Ausschlussgründen im Sinne der Rechtsprechung (vgl. vorstehend E. 5.6) ausgegangen wird und der Beweis einer anspruchsbegründenden Arbeitsunfähigkeit mittels Indikatoren zu führen ist (vgl. vorstehend E. 5.2), ergibt sich kein anderes Ergebnis.

Im Rahmen der Prüfung des funktionellen Schweregrades unter dem Gesichtspunkt der Gesundheitsschädigung ergibt sich aus den Akten, dass die diagnose relevanten Befunde auf eine mittelgradige ausgeprägte Depressivität schliessen lassen; dies stellten sowohl Dr. D.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E. 4.7, E. 4.9) als auch die Ärzte der Y.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E. 4.11) fest. Ferner ist auf den im Austrittsbericht der Y.\_\_\_\_ vom August 2016 erwähnten unremittierten Zustand sowie auf den fehlenden Behandlungserfolg hinzuweisen. Dieser lässt sich einerseits mit dem festgestellten und versicherungsrechtlich nicht erfassten ausgeprägten sekundären Krankheitsgewinn und psychosozialen Faktoren (finanzieller Engpass, vgl. Urk. 8/119 Ziff. 1.5 am Schluss) und andererseits mit der fehlenden Motivation der Beschwerdeführerin, sich einer tagesklinischen Therapie zu unterziehen, erklären. Als körperliche Begleiterkrankungen wurden von Dr. D.\_\_\_\_ starke

Wechseljahrbeschwerden und eine Schilddrüsenunterfunktion genannt (Urk. 8/119 Ziff. 1.1, Ziff. 1.8). Diese somatischen Beschwerden sind aber gemäss RAD-Ärztin E. \_\_\_ einer Behandlung zugänglich und medikamentös behandelbar (vgl. vorstehend E. 4.10). Die von der Beschwerdeführerin geschilderte Tagesmüdigkeit, welche von den Ärzten auf den Medikamentenmissbrauch und die Nebenwirkungen zurückgeführt wurde, konnte anlässlich der stationären Behandlung in der Y. \_\_\_ vom 23. Mai bis 20. Juli 2016 gebessert werden.

Zum persönlichen Kontext ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin im Jahre 1984 in die Schweiz gekommen ist und bis 2005 als Verpackerin in einer Schokoladenfabrik gearbeitet hat (Urk. 8/91 S. 2). Seither ist sie keiner Arbeitstätigkeit mehr nachgegangen.

Was den sozialen Kontext angeht, so verfügt die Beschwerdeführerin über ein funktionierendes Familienleben. Sie pflegt Kontakte mit ihren Söhnen und der Schwiegertochter (Urk. 8/119 Ziff. 1.4) und einer Freundin (Urk. 8/91 S. 1). Angesichts dieser Umstände ist insgesamt von intakten sozialen Beziehungen auszugehen. Somit sind bei der Beschwerdeführerin persönliche und soziale Ressourcen erkennbar, welche durch ihre psychischen Probleme nicht in Frage gestellt werden.

Im Rahmen der Konsistenzprüfung ist hinsichtlich des Gesichtspunktes der gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebenslagen zu bemerken, dass die Beschwerdeführerin kaum eigene Interessen hat (Urk. 8/91 S. 1 f.). Die Ärzte der Y. \_\_\_ berichteten hingegen, dass Motivation und Antrieb durchaus gegeben seien, sofern es um religiöse Familienfeste und den Wochenendurlaub gehe (vgl. vorstehend E. 4.11), mithin ein Aktivitätsniveau vorhanden ist, welches indes im Widerspruch zum übrigen Verhalten der Beschwerdeführerin steht, ihre vorhandenen Ressourcen zu nutzen. Ebenso ist die Beschwerdeführerin nicht bemüht, die von der behandelnden Psychiaterin attestierte Fähigkeit, im Umfang von 20 % den Haushalt zu betreiben (vgl. vorstehend E. 4.9), umzusetzen. Mangels weiterer Angaben bezüglich des Aktivitätsniveaus beziehungsweise dessen Einschränkung aufgrund der Beschwerden und angesichts der zur Familie gepflegten Kontakte ist nicht von einem sozialen Rückzug in allen Belangen des Lebens auszugehen.

Was – ebenfalls hinsichtlich der Konsistenz – den behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdruck betrifft, ist festzustellen, dass sich die Beschwerdeführerin bei Dr. D. \_\_\_ in psychiatrischer Behandlung befindet, Sitzungen jedoch nur monatlich stattfinden (vgl. vorstehend E. 4.9). Während des Zeitraums vom 7. Oktober 2015 bis 2. April 2016 haben lediglich sechs Sitzungen stattgefunden. Eine solche Behandlungskadenz deutet auf einen zwar vorhandenen, aber nicht allzu grossen Leidensdruck hin, womit das Schmerzleiden auch unter dem Aspekt der von der Beschwerdeführerin verweigerten Therapie als nicht sehr ausgeprägt

erscheint. Ausserdem wurde von den Ärzten der Y. \_\_\_ nachvollziehbar eine tagesklinische Behandlung dringend empfohlen (vgl. vorstehend E. 4.11), womit die zumutbaren Behandlungsmöglichkeiten nicht optimal und nachhaltig ausgeschöpft sind. 5.8

Die Prüfung der verschiedenen Indikatoren ergibt, dass diese nicht als in ausprägtem Umfang gegeben erachtet werden können, womit nicht auf eine therapeutisch nicht angehbare erhebliche Behinderung geschlossen werden kann und eine Unüberwindbarkeit der Auswirkungen der psychiatrischen Störung zu verneinen ist. Damit ist auch unter Berücksichtigung der neuen bundesgerichtlichen Rechtsprechung mit überwiegender

Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die depressive Störung aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zeitigt. 5.9

Die abweichenden (und sehr pessimistischen) Arbeitsfähigkeitseinschätzungen der behandelnden Ärzte Dr. D.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E. 4.9) und Dr. B.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E. 4.6 und 4.8) vermögen nach dem Gesagten nicht zu überzeugen. Dr. D.\_\_\_\_ ging aufgrund der nicht austherapierten (vgl. vorstehend E. 5.6 f.) psychischen Störung ohne nähere Begründung davon aus, dass die Beschwerdeführerin auf längere Sicht in der freien Wirtschaft vollständig arbeitsunfähig sei, was nach dem in den vorstehenden Erwägungen Ausgeführten nicht nachvollziehbar ist, weshalb ihrer Einschätzung kein Beweiswert beigemessen werden kann. Davon abgesehen, dass länger (mehr als sechs, selten zwölf Monate) dauernde Störungen grundsätzlich nicht unter ICD-10 F33 (oder F34) erfasst werden, ist als Indiz gegen einen anhaltenden depressiven Zustand zu berücksichtigen, dass hier die für die episodischen depressiven Störungen charakteristischen Zeiten vollständiger Remission konkret in den Akten dokumentiert sind (vgl. Urk. 8/57, Urk. 8/82, Urk. 8/107). Ebenso ging die Ärztin nicht auf die Problematik des Medikamentengebrauchs ein, welcher schon in der RAD-Untersuchung vom Februar 2015 und damit im Zeitpunkt der letztmaligen leistungsverneinenden Verfügung thematisiert wurde (vgl. vorstehend E. 4.5), was eben falls die Aussagekraft ihres Berichts erheblich schmälert.

Ferner gilt der Grundsatz, wonach Berichte der behandelnden Ärzte (auch Spezialärzte) aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen sind (BGE 135 V 465 E. 4.5), welcher hier sowohl für die Fachärztin als auch für den allgemein praktizierenden Hausarzt Anwendung findet. Besonders exemplarisch zeigt sich dies in den Eingaben und Einwänden von Dr. B.\_\_\_\_ als Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin im Abklärungsverfahren (vgl. Urk. 8/99/1-3, Urk. 8/117/1-2, Urk. 8/131).

Soweit die Beschwerdeführerin verlangt, es seien weitere Abklärungen durchzuführen (Urk. 1 S. 1), kann darauf in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 127 V 491 E. 1b mit Hinweisen) verzichtet werden. Der Gesundheitszustand und die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit sind selbst mit Blick auf die neue bundesgerichtliche Rechtsprechung (vgl. vorstehend E. 5.2) aufgrund der medizinischen Akten hinreichend abgeklärt. Ohne weitere Bereitschaft der Beschwerdeführerin, sich den vorgeschlagenen Therapien bzw. Behandlungen zu unterziehen, wären von weiteren Untersuchungen

keine neuen Erkenntnisse zu erwarten. 5.10

Aufgrund des Gesagten ist daher festzuhalten, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der letzten leistungsverneinenden Verfügung vom 3. August 2015 (Urk. 8/107) respektive seit der

renteneinstellenden Verfügung vom 24. Juli 2012 (Urk. 8/57) nicht im Sinne eines Revisionsgrundes (vgl. vorstehend E. 1.4) verändert respektive verschlechtert hat, was keine neue Anspruchsbeurteilung rechtfertigt. Es ist nach wie vor davon auszugehen, dass der Beschwerdeführerin eine behinderungsangepasste Tätigkeit im Umfang von 100 % zumutbar ist. Mangels anderweitiger Vorbringen oder Anhaltspunkte in den Akten bleibt es demnach beim in der Verfügung vom 3. August 2015 festgehaltenen fehlenden invalidisierenden Gesundheitsschaden. Die Verfügung vom 12. Oktober 2016 (Urk. 2) erweist sich demnach als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 6.

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Dr. Sonja Gabi - 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 Der Gerichtsschreiber Mosimann Brühwiler

## **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.