

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01282 vom 23. Februar 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-02-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.01282

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01282 du 23 février 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01282 del 23 febbraio 2017

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 Allg. 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

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (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. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 1.3

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. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit

der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zu mutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen). 1 .4

Gemäss der mit BGE 130 V 352 begründeten und seither stetig weiter entwickelten Rechtsprechung vermochten eine fachärztlich (psychiatrisch) diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung und vergleichbare psychosomatische Leiden (BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) in der Regel keine lang dauernde, zu einer Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG führende Arbeitsunfähigkeit zu bewirken. Vielmehr bestand die Vermutung, dass solche Beschwerdebilder oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar seien und nur bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machten, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt (zur Entstehungsgeschichte dieser Praxis: BGE 135 V 201 E.

7.1.2; Urteil des Bundesgerichtes 9C_739/2014 vom 30. November 2015 E. 2.1). Ob ein solcher Ausnahmefall vorlag, entschied sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien (so genannte „Foerster-Kriterien“, vgl. BGE 130 V 352, BGE 131 V 39 E. 1.2, BGE 139 V 547 E. 3.2.3).

Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht die Überwindbarkeitsvermutung aufgegeben und das bisherige Regel-/Ausnahme-Modell durch einen strukturierten normativen Prüfungsraster ersetzt. In dessen Rahmen wird im Regelfall anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen ergebnisoffen und symmetrisch beurteilt, indem gleichermassen den äusseren Belastungsfaktoren wie den vorhandenen Ressourcen Rechnung getragen wird (BGE 141 V 574 E. 4.2 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichtes 9C_534/2015 vom 1. März 2016 E. 2.2 mit Hinweisen). Die Anerkennung eines rentenbegründenden 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; Urteil des Bundesgerichtes 8C_28/2016 vom 15. April 2016 E. 3.2).

Die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens nach dem 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 Bundesgerichtes 9C_549/2015 vom 29. Januar 2016 E. 4.1 und 9C_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4).

Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung oder eines damit vergleichbaren psychosomatischen Leidens (BGE 141 V 281 E. 4.2) sind Indikatoren beachtlich, die das Bundesgericht wie folgt systematisiert hat (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie „funktioneller Schweregrad“ - Komplex „Gesundheitsschädigung“ - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder – resistenz

- Komorbiditäten

- Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) - Komplex „Sozialer Kontext“ - Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederung sanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck

Diese Standardindikatoren erlauben - unter Berücksichtigung leistungs hin dernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits - das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und E. 4.1; Urteil des Bundesgerichts 9C_534/2015 vom 1. März 2016 E. 2.2.1).

Beweisrechtlich entscheidend ist der Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4): Der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (z.B. Freizeitgestaltung) andererseits gleich ausgeprägt ist. Dabei ist das bisherige Kriterium des sozialen Rückzugs (wiederum) so zu fassen, dass neben Hinweisen auf Einschränkungen auch Ressourcen erschlossen werden; umgekehrt kann ein krankheitsbedingter Rückzug aber auch Ressourcen zusätzlich vermindern. Soweit erhebbar, empfiehlt sich auch ein Vergleich mit dem Niveau sozialer Aktivität vor Eintritt der Gesundheitsschädigung. Das Aktivitätsniveau der versicherten Person ist stets im Verhältnis zur geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit zu sehen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.1).

Die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen, das heisst das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz unter dem Komplex "Gesundheitsschädigung") auf den tatsächlichen Leidensdruck hin. Dies gilt allerdings nur, solange das betreffende Verhalten nicht durch das laufende Versicherungsverfahren beeinflusst ist. Nicht auf fehlenden Leidensdruck zu schliessen ist, wenn die Nichtinanspruchnahme einer empfohlenen und zugänglichen Therapie oder die schlechte Compliance klarerweise auf eine (unabwendbare) Unfähigkeit zur Krankheitsinsicht zurückzuführen ist. In ähnlicher Weise zu berücksichtigen ist das Verhalten der versicherten Person im Rahmen der beruflichen (Selbst-)Eingliederung. Inkonsistentes Verhalten ist auch hier ein Indiz dafür, die geltend gemachte Einschränkung sei anders begründet als durch eine versicherte Gesundheitsbeeinträchtigung (BGE 141 V 281 E. 4.4.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_296/2016).

E. 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 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 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in ihrer Verfügung vom 24. Oktober 2016 (Urk. 2) gestützt auf ihre Abklärungen, insbesondere das A.____-Gutachten sowie die Abklärung vor Ort, davon aus, dass die Beschwerdeführerin als zu 73 % erwerbstätig und zu 27 % im Haushalt tätig zu qualifizieren sei. Im Haushalt sei sie aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu 6.3 % eingeschränkt. Gemäss der medizinischen Beurteilung bestehe seit mindestens Ende 2012 wieder eine 80%ige Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Hilfsköchin/Reinigerin bei vollschichtigem Pensum. Demnach liege der Invaliditätsgrad unter 40 %, weshalb kein Rentenanspruch bestehe (S. 2). 2.2

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), dass sie seit Januar 2012 nicht mehr berufstätig sei. Zunächst sei sie wegen somatischen Leiden, dann ab Januar 2013 aus psychischen Gründen zu 100 % arbeitsunfähig erklärt worden (S. 2). Die im Auftrag einer privaten Versicherung durchgeführte Begutachtung durch Dr. B.____ bestätige die Befunde der behandelnden Psychiaterin (S. 3). Sowohl das Z.____-Gutachten wie auch das Gutachten der A.____ kämen hingegen zu einem diametral entgegengesetzten Schluss (S. 5 f.).

Es sei auf die Berichte der behandelnden Fachärztin und das Gutachten von Dr. B.____ abzustellen (S. 6). Ausser dem sei die Anwendung der gemischten Methode bei der Beurteilung des Leistungsanspruches diskriminierend. Für die Bestimmung des IV-Grades sei von ihrer Arbeitsunfähigkeit als Erwerbstätige auszugehen (S. 6).

2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob und in welchem Ausmass die Beschwerdeführerin in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist beziehungsweise ob ein Anspruch auf eine Invalidenrente besteht. 3.

Im Rückweisungs Urteil des hiesigen Gerichts vom 13. Mai 2015 (Urk. 5/53) wurden die bislang ergangenen medizinischen Berichte und Gutachten als nicht genügend beweiswertig beurteilt, weshalb auf eine erneute Wiedergabe verzichtet werden kann.

Es wurde unter anderem ausgeführt, dass das Gutachten von Dr. med. B.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie (Urk.

5/30), und das Z.____-Gutachten (Urk. 5/34) erheblich voneinander divergieren würden und bezüglich der Diagnosen und der Arbeitsfähigkeit zu wesentlich anderen Beurteilungen kämen, obwohl die Begutachtungen der Beschwerdeführerin lediglich wenige Wochen auseinander lagen. Aus dem Gutachten von Dr. B.____ gehe nicht klar hervor, gestützt auf welche Befunde sie die Diagnose einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung ableite, zumal sie keine weiteren Ausführungen zu den Kriterien gemäss ICD-10 F43.1 gemacht habe. Ebenso wenig habe Dr. B.____ die typischen und zur Klassifizierung notwendigen Merkmale genannt. Auch aus den übrigen Akten gehe nicht klar hervor, wie die Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung zustande gekommen sei, zumal die Schilderungen bezüglich der Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung insgesamt eher unbestimmt geblieben seien. Die Z.____-Gutachter hätten sodann, trotz ihrer abweichenden Meinung zum Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in keiner Weise Bezug zu den Ausführungen und Beurteilungen der behandelnden Psychiaterin Dr. C.____ und dem Gutachten von Dr. B.____ genommen, was angesichts des Umstandes, dass ihnen deren Berichte bekannt gewesen seien, zu erwarten gewesen wäre. Nachvollziehbare und begründete Ausfüh

rungen zur abweichenden Einschätzung habe der psychiatrische Gutachter nicht gemacht, was den Beweiswert des Z.____-Gutachtens entscheidend herabgesetzt habe.

Die

genannte, nicht schlüssige und sich widersprechende medizinische Aktenlage habe nach dem Gesagten keine verlässliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin sowohl in einer leidensangepassten Tätigkeit als auch in der angestammten Tätigkeit erlaubt, weshalb eine Gesamtbeurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin insbesondere aus psychiatrischer Sicht, welche die aktuellen Einschränkungen der Beschwerdeführerin berücksichtige, erforderlich sei. Dabei werde auch die Qualifikation der Beschwerdeführerin als Voll- oder Teilerwerbstätige zu prüfen und festzulegen sein (vgl. E. 4 des Urteils). 4. 4.1

Die Ärzte der A.____ AG erstatteten ihr polydisziplinäres Gutachten am 18. April 2016 (Urk. 5/72) gestützt auf die Akten sowie die Untersuchungen in den Fachrichtungen Rheumatologie, Psychiatrie, Allgemeine Innere Medizin und Neurologie. Sie nannten folgende Diagnosen mit Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit (S. 82 Ziff. 8.1.1):

- chronifiziertes Ganzkörperschmerzsyndrom - Cervicobrachialgie links - Segmentdegeneration C5/6 mit Osteochondrose, Unkovertebralspondylose und Diskusprotrusion C5/6 ohne Neurokompression

- cervicogener Schwindel und teils cervicogene Kopfschmerzen - pseudolumboradikuläres Syndrom rechts - Diskushernie L5/S1 mit Kompression S1 rechts rezessal und Deviation S2 rechts im Duralsack (MRI LWS 27. Januar 2012) - Sakralblock mit Kenacort 80 mg 1. Februar 2012 - epidurale Infiltration L4/5 mit Kenacort 80 mg 06. März 2012 - Mikrodiskektomie L5/S1 von rechts,

Sequesterentfernung

/

Neurolyse

S1 links 4. Mai 2012 bei lumboradikulärem Reiz- und sensorischem Ausfallssyndrom S1 rechts - Narbige Veränderungen epidural und Diskushernie L4/5 ohne Neurokompression (MRI 24. September 2012) - Osteochondrose und Spondylarthrose L5/S1 ohne Neurokompression (MRI 23. September 2015) - Parästhesie L5/S1 rechts - muskuläre Dekonditionierung

- Schmerzausweitung - rezidivierende depressive Störungen, gegenwärtig leichte depressive Episode (ICD-10 F33.0) - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)

Als Diagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nannten sie die folgenden (S. 82 Ziff. 8.1.2): - linksbetontes costoclaviculäres Irritationssyndrom Plexus brachialis - chronischer Spannungskopfschmerz und Verdacht auf Medikamentenübergebrauchskopfschmerz - gastrooesophageale

Refluxkrankheit (Erstdiagnose

Februar 2012) - axiale Hiatushernie

- erosive

Antrumgastritis

- leichte Reflux- Oesophagitis Grad I - unklare Leukozytose , kontrollbedürftig - Übergewicht (BMI 27.2 kg/m²) - Nikotinkonsum - aktenanamnestisch dreimonatliche parenterale Eisensubstitutionen bei Hypermenorrhoe

Die Gutachter führten aus, dass sich im all gemeinen internistischen Status ein Übergewicht der

49jährigen Beschwerdeführerin (BMI 27.2 kg/m²) ge zeigt habe . Vorgängig sei eine gastroösophageale

Refluxkrankheit bekannt gewese n. Im Labor sei eine ätiologisch unklare Leukozytose bei normaler Blutsenkungsreaktion und normalem CRP aufgefallen . Bei aktenanamnestisch dreimonatlich durchgeführten parenteralen

Eisensubstitutionsbehandlungen bei Hypermenorrhoe

seien aktuell ein normales Hämoglobin und eine normale Erythrozytenzahl nachgewiesen worden (S. 86 oben) .

Im rheumatologischen Status habe die Beschwerdeführerin paravertebrale Druckdolenz , weiter aber auch diffuse Druckdolenz im Bereich der ganzen linken Kopf- und Gesichtshälfte, in der dorsalen Schultergürtelregion links, diffus im ganzen linken Arm sowie am medialen Beckenkamm links

beklagt . Die multilokulären

Druckdolenz hätten nicht auf myotendinosische Strukturen eingegrenzt werden können . Die von der Beschwerdeführerin geschilderten diffusen Sensibilitätsstörungen im rechten Bein hätten nicht einem Nervensegment oder dem Ausbreitungsgebiet eines peripheren Nervs zugeordnet werden können . Es hätten sich keine Hinweise für eine radiokuläre Reiz- oder motorische

Ausfallsymptomatik gezeigt. Es habe eine Diskrepanz zwischen den von der Versicherten geschilderten, subjektiv invalidisierenden muskuloskelettalen Beschwerden mit multilokulären

Druckdolenz und den objektivierbaren pathologischen klinischen Befunden bestanden . Es hätten sich auch Hinweise für ein nicht organisches Krankheitsverhalten gezeigt . Die vorgängig und aktuell nachgewiesenen degenerativen Veränderungen (Segmentdegenerationen C5/6 und L5/S1) hätten die geschilderten Beschwerden der Beschwerdeführerin höchstens teilweise zu erklären vermocht . Die Selbsteinschätzung der körperlichen Leistungsfähigkeit sei nicht mit der Ausübung einer Berufstätigkeit vereinbar gewesen , habe aber aus rheumatologischer Sicht nicht mit den objektivierbaren pathologischen klinischen und radiologischen Befunden erklärt werden können (S. 86 Mitte) .

Aus neurologischer Sicht seien die linksseitigen Cervicobrachialgien und lumboschialgiformen Beschwerden als pseudoradikulär interpretiert worden . Es hätten sich aus neurologischer Sicht keine radikulären Reiz- oder sensomotorischen Ausfallsymptome gezeigt . Die von der Beschwerdeführerin geschilderten Schwindelzustände seien als überwiegend wahrscheinlich cervicogen interpretiert worden . Weiter hätten sich Hinweise für das Vorliegen eines linksbetonten costoclavikulären Irritationssyndroms des Plexus

brachialis gezeigt. Als weitere Diagnose sei ein chronischer Spannungskopfschmerz mit Verdacht auf Überlagerung durch einen Medikamentenübergebrauch-Kopfschmerz aufgeführt worden (S. 86 unten).

Aus somatischer Sicht seien die früher attestierten 100%igen Arbeitsunfähigkeiten vom 4. November 2011 bis 22. November 2011 sowie vom 3. Mai 2012

bis 12. August 2012 und die 50%ige

Arbeitsunfähigkeit vom 13. August 2012 bis 23. Dezember 2012 nachvollziehbar. Die durch den behandelnden Hausarzt attestierte dauerhafte 100%ige Arbeitsunfähigkeit lasse sich aus somatischer Sicht nicht begründen. Bei vollschichtigem Arbeitspensum könne eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit aus somatischer Sicht von höchstens 20% begründet werden, bedingt durch vermehrte und über das betriebsübliche Maß hinausgehende Pausen. Langdauernde Tätigkeiten über Kopfhöhe sollten aufgrund des costoclavikulären Irritationssyndroms vermieden werden.

Die Einschränkung der

Arbeitsfähigkeit von 20% bei vollschichtigem

Arbeitspensum bestehe aus somatischer Sicht sowohl in den zuletzt ausgeführten Tätigkeiten als auch in anderen körperlichen leichten bis gelegentlich mittel schweren, wechselbelastenden beruflichen Tätigkeiten ohne langdauernde Arbeiten mit den Armen über Kopfhöhe. Es könnten aus somatischer Sicht auch keine Therapien empfohlen werden, von welchen eine wesentliche Verbesserung der

Arbeitsfähigkeit zu erwarten wären. Bezüglich des costoclavikulären Irritationssyndroms des Plexus brachialis seien physiotherapeutische Massnahmen zu empfehlen. Costoclavikuläre

Engpasssyndrome weisen eine gute Therapierbarkeit durch Physiotherapie auf. Aus neurologischer Sicht werde eine Neuordnung der Schmerztherapie insbesondere auch im Hinblick auf die chronischen Kopfschmerzen empfohlen. Aus internistischer Sicht sei die festgestellte Leukozytose kontrollbedürftig. Zu dem werde aus allgemein-internistischer Sicht eine Nikotinabstinenz empfohlen. Aufgrund der bereits deutlich feststellbaren Chronifizierungszeichen

sei aus somatischer Sicht mit einer ungünstigen Prognose zu rechnen (S. 86 f.).

Aus psychiatrischer Sicht werde aufgrund der rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte depressive Episode, und der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung eine Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin von 20% attestiert. Retrospektiv könne aus psychiatrischer Sicht von einer

Arbeitsunfähigkeit zwischen 0 und 20% ab mindestens Juni 2012 ausgegangen werden (ausgenommen stationäre beziehungsweise teilstationäre Behandlungsphasen).

Aus psychiatrischer Sicht werde eine Motivation der Versicherten für eine berufliche Wiedereingliederung empfohlen (S. 87).

Hinsichtlich der Diskussion bezüglich der früher

gestellten psychiatrischen Diagnosen und der früheren Einschätzungen der

Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht führte der psychiatrische Gutachter Folgendes aus : Die Aussage im Bericht der behandelnden Therapeutin

Dr. C.____ vom April 2013 , wonach sich sämtliche Diagnosen schleichend nach dem erlittenen Trauma durch die Ermordung des Bruders akzentuiert hätten, könne einerseits nach vollzogen werden, da ein solches Ereignis (Mord) sicherlich einen gravierenden Einschnitt in einem Leben darstelle könne. Andererseits seien die für die posttraumatische Belastungsstörung relevanten Zeitkriterien nach ICD-10 nicht erfüllt. Weiter werde eine postpartale Depression nach der Geburt der Tochter 2007 und eine folgende Therapie beschrieben. Die Ermordung der Therapeutin werde als kurz nach der Therapie angegeben. Diese zeitliche Angabe stehe im Widerspruch zu anderen Angaben. Die Beschwerdeführerin gebe an, rund 8 Monate in Behandlung bei der Therapeutin gewesen zu sein. Danach sei in Abschluss der Behandlung erfolgt. Die Therapeutin sei gemäss verschiedenen Angaben zirka Ende 2010 ermordet worden. Dazwischen habe gemäss der Beschwerdeführerin kein Kontakt mehr bestanden. Im Zuge der Ermittlungen der Polizei sei die Beschwerdeführerin dann befragt worden, was sie als damals belastende Situation beschrieben habe. Eine depressive Symptomatik werde als mittelgradig angegeben. Warum die Tätigkeit als Küchenhilfe nicht mehr zumutbar sei, werde nicht näher ausgeführt und sei aus gutachterlicher Sicht nicht nachvollziehbar (S. 45 unten).

Zum Bericht von Dr. C.____ vom Juni 2013 führte der Gutachter aus, dass die mathematischen Angaben hinsichtlich einer Arbeitsunfähigkeit über 100 %

nicht nachvollzogen werden könnten. Die als mit überwiegender Wahrscheinlichkeit für die psychische Symptomatik als ursächlich angegebenen somatischen Symptome seien von der ambulanten Psychiaterin nicht begründet worden. Ebenso könnte angenommen werden, dass die Nicht-Arbeitstätigkeit der Beschwerdeführerin ursächlich für die psychische Symptomatik sei, zum Beispiel mitbedingt durch eine reduzierte Tagesstruktur und reduzierte n

Selbstwert , da keine Tätigkeit und kein eigenes Einkommen vorhanden sei (S. 47). Zum Bericht von Dr. C.____ vom November 2013 wird von Seiten des Gutachters angemerkt, dass diagnostisch neue Diagnosen angeführt würden, unter anderem eine Hypochondrie nach ärztlichem Kunstfehler. Um welche Art eines ärztlichen Kunstfehlers es sich handle, bleibe vage (ärztliche Fehl diagnose). Unter der Anamnese werde auf traumatisierende Verlusterlebnisse in der Kindheit und eine schwere Gewaltmisshandlung in der Kindheit durch eine Lehrperson hingewiesen und dass diese Teil der Therapie seien. Zudem würden weitere Traumatisierungen im Erwachsenenalter angegeben. Es werde eine Verbesserung der depressiven Symptomatik und der Ängste beschrieben, jedoch werde hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit darauf nicht weiter eingegangen. Als Bemerkung werde abschliessend angeführt, dass die IV mit einer Berentung entlastend wirken könnte, insbesondere um einen zermürbenden Rechtskampf zu vermeiden. Diese Bemerkung lasse aus gutachterlicher Sicht nicht auf eine ausgeprägte Wiedereingliederungsmotivation von Seiten der Behandlerin schliessen, trotz angegebener Verbesserung der depressiven und Angst-Symptomatik (S. 49).

Zum Gutachten von Dr. B.____ vom April 2014 führte der psychiatrische Gutachter aus, dass eine detaillierte und ausführliche Herleitung der Diagnosen nicht erfolgt sei. Es fehle auch eine genaue Auseinandersetzung mit Diagnosekriterien und widersprüchlichen Fakten. Auch die (spätere) gerichtlich festgestellte diagnostische Zeitkriterienproblematik für

die posttraumatische Belastungsstörung nach ICD-10 finde keine Erwähnung und Beachtung, wäre aber von fachärztlicher Seite klar im Zuge der Diagnosefindung zu diskutieren (S. 52). Hinsichtlich der Diagnose von Zwangsgedanken und Handlungen gemischt beschreibe die Gutachterin zwar Abweichungen zur Beschreibung von der ambulanten Behandlerin und den Angaben der Beschwerdeführerin während der Begutachtung, gehe jedoch auf diese Diskrepanzen im weiteren Verlauf des Gutachtens nicht mehr ein, so dass aus aktueller gutachterlicher Sicht die Diagnose beziehungsweise Diagnosestellung hinterfragt werden müsse. Hinsichtlich der 100%igen Arbeitsfähigkeit von unter anderem hausärztlicher Seite verweise die Gutachterin auf die neuen Diagnose(n) durch die neu hinzugezogene Psychiaterin. Jedoch beschreibe Dr. D. ___ in seinem Bericht vom Dezember 2012 bereits einige psychiatrische Diagnosen und habe trotzdem eine 100%ige Arbeitsfähigkeit festgestellt. Gleichzeitig äussere die Gutachterin, dass unter Ausschöpfung aller möglichen Integrationsmassnahmen möglich erweise in den nächsten 6 bis 12 Monaten zumindest eine teilweise Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit erreicht werden könne und dass in jedem Fall eine Kombination von medizinischen und beruflichen Massnahmen erfolgen sollte. Als erschwerend für eine Wiederaufnahme der Arbeit würden als nichtmedizinische Gründe die Fremdsprachigkeit und der tiefe Bildungsstand der Beschwerdeführerin angeführt. Prognostisch werde mittel- bis langfristig nicht von einer Arbeitsfähigkeit über 50 % ausgegangen (S. 53).

Zum Z. ___ - Gutachten vom Juni 2014 führte der psychiatrische Gutachter aus, dass sich der Gutachter ausführlich gezeigt habe, insbesondere in der psychopathologischen Exploration der Symptomatik. Für die Diagnosestellung bleibe der Gutachter in seinen Ausführungen kürzer. Die Ablehnung der Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung erfolge vom Gutachter primär aufgrund fehlender diagnostisch relevanter Symptomkriterien, die er in seiner psychopathologischen Exploration darstelle. Die weiteren gutachterlichen Beschreibungen seien aus gutachterlicher Sicht in sich stimmig, kongruent und nachvollziehbar, trotz der gegensätzlichen vorhandenen Vorberichte. Die festgestellte Arbeitsfähigkeit beziehungsweise – unfähigkeit sei aus gutachterlicher Sicht passend zu den beschriebenen Diagnosen und Symptomen dargestellt, auch wenn dabei wiederum gegensätzliche Berichte und Einschätzungen vorhanden seien. Eine Wahrheitsfindung oder Bewertung erfolge zu diesem Zeitpunkt des Gutachtens nicht (S. 60).

Auffällig sei in der Zusammenschau der Berichte, dass medikamentös konstant eine psychiatrische Medikation mit Trittico und Cymbalta erfolge. Teilweise werde eine mangelnde Compliance bei der Beschwerdeführerin beschrieben (niedriger Medikamentenspiegel). Hinsichtlich der oft als ausgeprägt beschriebenen Psychopathologie stelle sich jedoch die Frage, wieso keine Veränderung der Medikation erfolgt sei beziehungsweise wieso die Beschwerdeführerin anscheinend trotz subjektivem Leidensdruck die Medikation nicht immer oder ausreichend dosiert einnehme. Im Zuge einer Schadenminderungspflicht auch als therapeutische Zielsetzung ergäben sich somit Defizite (S. 61).

4.2

Hinsichtlich der Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung nahm der psychiatrische Gutachter zu den massgeblichen Indikatoren (vgl. vorstehend E. 1.4) wie folgt Stellung (S. 64 f. des Gutachtens): In Bezug auf den sozialen Kontext lebe die Versicherte tendenziell isoliert in ihrem Familienverband, wofür ihre mangelnden Deutschkenntnisse und ihr tiefes

Bildungsniveau ursächlich seien. Die krankheitsbedingten Symptome spielten für die soziale Interaktion nur eine kleine Rolle. Wenngleich die Schmerzsymptomatik ab und an Auswirkungen auf das Familienleben habe, sei die Versicherte grundsätzlich mit einer lebenspraktischen und muttersprachlich kommunikativen Kompetenz ausgestattet und könne diese auch wieder aktivieren. Hinsichtlich der Behandlung und Eingliederung erfolge die Medikation nicht lege artis und es ergebe sich der naheliegende und begründbare Verdacht, dass die bisherige psychiatrische Therapie darauf ausgelegt sei, die Versicherte als krank zu beurteilen und als nicht mehr arbeitsfähig einzuschätzen. Es bestehe zudem leider keine ressourcenorientierte Handlungsebene, in der die Versicherte motiviert werde, in einen Arbeitsprozess einzusteigen, obwohl ein solcher von verschiedenster Stelle mehrfach empfohlen worden sei. Zur Konsistenz hielt der psychiatrische Gutachter fest, dass die Angaben der Versicherten in sich selbst nur bedingt kongruent seien. So werde vielfach in der Exploration keine ausgeprägte Symptomatik beschrieben. Auch fänden sich Hinweise auf eine mangelnde Compliance und niedrige Medikamenteneinnahme. Dies unterstreiche die Diskrepanz zwischen geschildertem Leiden und den nur geringen Anstrengungen, dieses Leiden zu überwinden. Weiter fänden sich Hinweise auf Aggravation und es sei unklar, weshalb bisher, obwohl empfohlen, keine Arbeitsversuche unternommen worden seien.

4.3

Zusammenfassend besteht aus polydisziplinärer Sicht in weitestgehender

Übereinstimmung zum Vorgutachten des Z.____ eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 20 % bei vollschichtigem Arbeitspensum. Es hätten sich weder aus somatischer noch psychiatrischer Sicht Diskrepanzen hinsichtlich der Diagnosen noch relevante Divergenzen der Einschätzung der

Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus somatischer/psychiatrischer Sicht ergeben (S. 87).

In der zuletzt ausgeführten Tätigkeit als Küchenhilfe besteht aus polydisziplinärer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin von 20 %

(20%ige Leistungsminderung bei vollschichtigem Arbeitspensum).

Aus polydisziplinärer Sicht sei von einer 20%igen Arbeitsfähigkeit ab mindestens Ende 2012 auszugehen.

Die zuvor attestierten 100%igen Arbeitsunfähigkeiten vom

4. April 2011 bis 22. November 2011 und vom

3. Februar 2012

bis 12. August 2012 und die 50%ige Arbeitsunfähigkeit vom 13. August 2012 bis 23. Dezember 2012 seien aus somatischer Sicht nachvollziehbar (S. 87 f.). 4.4

Am 18. Mai 2016 (Urk. 5/74) nahmen die Gutachter der A.____ AG Stellung zu Rückfragen des RAD und führten aus, dass sich aus rheumatologischer Sicht Hinweise für ein nichtorganisches Krankheitsverhalten und eine Selbstlimitierung der körperlichen Leistungsbereitschaft gefunden hätten. Aus rheumatologischer Sicht sei eine reduzierte Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in körperlich leichten bis gelegentlich mittelschweren, wechselbelastenden beruflichen Tätigkeiten von 20 % zu begründen mit

der muskulären Dekonditionierung .

Aus neurologischer Sicht sollten aufgrund des linksbetonten costoclaviculären Irritationssyndroms des Plexus brachialis längere Arbeiten in maximal abduzierter Armstellung beidseits vermieden werden. Eine quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit könne aus neurologischer Sicht weder aufgrund des vermuteten linksbetonten costoclaviculären Irritationssyndroms des Plexus brachialis , durch die aus neurologischer Sicht als pseudoradikulär interpretierten Armschmerzen noch durch die Mischkopfschmerzen mit Spannungskopfschmerzen mit psychosomatischem Hintergrund und Kopfschmerz Chronifizierung durch Dauergebrauch herkömmlicher Analgetika begründet werden (S. 1).

Aus psychiatrischer Sicht sei eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % aufgrund der rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte depressive Episode, attestiert worden. Im Mini-ICF-App habe eine Mehrheit sich nur leichte Beeinträchtigung der Beschwerdeführerin eruieren lassen. Der psychiatrische Gutachter habe über zeitweilig angedeutete Angsteffekte berichtet, welche den psychopathologischen Befund aber nicht nachhaltig geprägt hätten. Zwänge und Phobien von Alltagsrelevanz hätten sich nicht eruieren lassen. Es seien auch keine Hinweise auf Flashbacks, Intrusionen, Traumata bezogene Alpträume oder Hyper- Arousals gefunden worden. Aufgrund der gestellten Diagnosen einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren habe der psychiatrische Gutachter keine Relevanz in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin attestiert.

Aus psychiatrischer Sicht seien eine rezidivierende depressive Störung und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert. Die funktionellen Einschränkungen von 20 % seien durch die Symptome dieser Diagnosen (kumulativ) mitbedingt, die sich auch teils in der leichten Beeinträchtigung im Mini-ICF wiederfinden. Hinsichtlich der quantitativen (zeitlichen) Auswirkung zeige sich ein langjähriger chronischer beziehungsweise rezidivierender Verlauf , der zeitlich prognostisch als eher ungünstig einzuschätzen sei. Versicherungsfremde Faktoren wie niedriges Bildungsniveau und Ausbildungsstand, sowie die geringen Deutschkenntnisse seien in der 20%igen Einschränkung klarerweise nicht miteinbezogen worden (S. 2).

4.5

Dr. med. E. ___ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, RAD, nahm am 6. Juni 2016 Stellung (Urk. 5/77/3-4) und führte aus, dass sich gemäss Antwortschreiben der Gutachter unter Verweis auf das Mini-ICF Rating eine geringe Einschränkung im psychischen Bereich ergebe. Aus polydisziplinärer Sicht sei von einer 20%igen Arbeitsunfähigkeit ab mindestens Ende 2012 auszugehen.

4.6

Die zuständige Abklärungsperson führte am 11. Juli 2016 bei der Beschwerdeführerin zu Hause eine Haushaltabklärung an Ort und Stelle durch, qualifizierte sie als zu 73 % im Erwerbsbereich und zu 27 % im Haushalt tätig und ermittelte eine Einschränkung von 6.3 % im Haushalt (Urk. 6/105).

Die Beschwerdeführerin habe anlässlich des Gesprächs ausgeführt, dass sich keine Veränderung ergeben habe im Gesundheitszustand seit der Begutachtung. Die Schmerzen seien täglich vorhanden, jedoch in wechselnder Intensität. Sie regle aus diesem Grund die

Schmerzmittleinnahme situativ und selbstbestimmt. Sie gehe zweimal in der Woche in die Physiotherapie und habe wöchentliche Konsultationen bei der Psychiaterin (S. 2). 5.

E. 5

/ 78-87) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 24. Oktober 2016 einen Rentenanspruch der Versicherten (Urk. 5/88 = Urk. 2). 2.

Die Versicherte erhob am 15. November 2016 Beschwerde (Urk. 1) gegen die Verfügung vom 24. Oktober 2016 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihr eine ganze Rente zuzusprechen, eventuell seien die Akten an die Beschwerdegegnerin zurück zuweisen zu einer erneuten Prüfung des Anspruchs (S. 2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 9. Januar 201

E. 5.1

Die Beschwerdegegnerin stellte zur Begründung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auf das Gutachten der A. ___ AG vom April 2016 (vgl. vorstehend E. 4.1 -4.3) ab.

Die Beschwerdeführerin machte geltend, es sei vielmehr auf das Gutachten von Dr. B. ___ sowie die Beurteilung durch die behandelnde Psychiaterin Dr. C. ___ abzustellen.

Nachdem das hiesige Gericht diese Berichte im Urteil vom 13. Mai 2015 als nicht genügend beweiswertig beurteilt hat, ist darauf nicht weiter einzugehen. 5.2

Die Würdigung der medizinischen Akten ergibt, dass das Gutachten des A. ___ AG vom 18. April 2016 (vgl. vorstehend E. 4.1 -4.3) für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist. Es beruht auf den für die strittigen Belange umfassenden und allseitigen Untersuchungen und berücksichtigt die von

der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden in angemessener Weise. Sodann wurde es in Kenntnis der und insbesondere auch in

gesamter Auseinandersetzung mit den Vorakten erstellt und trägt der konkreten medizinischen Situation Rechnung. So machte die Gutachterin

dar auf aufmerksam, dass das Ausmass der somatischen Beschwerden nicht hinreichend durch die nachgewiesenen degenerativen Veränderungen erklärt werden könne und auch keine Hinweise für eine radikuläre Reiz- oder motorische Ausfallsymptomatik vorliegen würden. Sie zeigten vielmehr auf, dass sich Hinweise für ein nichtorganisches Krankheitsverhalten sowie eine Selbstlimitierung der körperlichen Leistungsbereitschaft gefunden hätten (Urk. 5/74 S.

1). Weiter legten die Gutachter in nachvollziehbarer Weise dar, dass in psychischer Hinsicht eine mehrheitlich nur leichte Beeinträchtigung der Beschwerdeführerin habe eruiert werden können. So seien weder Zwänge noch Phobien von Alltagsrelevanz feststellbar gewesen, und auch Hinweise auf Flashbacks, Intrusionen, auf Traumata bezogene Alpträume oder Hyper-Arousals hätten keine gefunden werden können (Urk. 5/72 S. 62 f.) . Die Gutachter bezogen sodann ausdrücklich Stellung zu den abweichenden Einschätzungen durch die behandelnden Ärzte sowie insbesondere auch zum abweichenden psychiatrischen Gutachten von Dr. B. ___ . Das Gutachten leuchtet in der Darstellung der medizinischen Zusammenhänge ein und die vorgenommenen

Schlussfolgerungen zu Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit werden ausführlich begründet. So zeigte die Gutachterin auf, dass die Beschwerdeführerin längere Arbeiten über Kopfhöhe aufgrund des costoclavikulären

Irritationssyndroms vermeiden sollte, sie ansonsten jedoch in körperlichen leichten bis gelegentlich mittelschweren, wechselbelastenden beruflichen Tätigkeiten ohne langdauernde Arbeiten mit den Armen über Kopfhöhe zu 80 % ausüben könne (S. 86).

Überdies begründete sie einlässlich und sorgfältig, dass die funktionellen Einschränkungen von 20 % aus somatischer Sicht durch die Symptomatik der Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung und einer anhaltenden somatoformen

Schmerzstörung kumulativ mitbedingt seien, die sich auch teils in der leichten Beeinträchtigung im Mini-ICF wiederfinden (Urk. 5/74 S.

2).

Hierzu ist aus rechtlicher Sicht jedoch festzuhalten, dass sich in Anbetracht der vom psychiatrischen Gutachter dargelegten Indikatoren (vgl. vorstehend E.

4.2) die somatoforme

Schmerzstörung nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit invalidisierend auswirkt (vgl. vorstehend E. 1.4).

Das Gutachten erfüllt damit die praxisgemässen Kriterien an den Beweiswert eines medizinischen Berichtes (vgl. vorstehend E.

1.4) vollumfänglich, so dass für die Entscheidungsfindung darauf abgestellt werden kann. 5.3

In der Beschwerde wurde sodann eingewandt, dass die Qualität eines Gutachtens auch vom (zeitlichen) Aufwand des (psychiatrischen) Gutachters abhängt (Urk. 1 S. 4).

Der Hinweis der Beschwerdeführerin auf die ihres Erachtens mit 1 ½ Stunden zu kurze Untersuchungsdauer ist entgegen ihrer Ansicht nicht stichhaltig, gilt doch gegenteils, dass nicht die Dauer der Abklärung entscheidend ist, sondern ihre Qualität. So kommt es zur Rechtsprechungsgemäss für den Aussagegehalt eines medizinischen Gutachtens grundsätzlich nicht auf die Dauer der Untersuchung an; massgebend ist in erster Linie, ob die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (Urteile des Bundesgerichts 9C_676/2009 vom 17. Dezember 2009 E. 3, 9C_55/2009 vom 1. April 2009 E.

3.3, I 1094/06 vom 14. November 2007 E. 3.1.1). Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang insbesondere, in welchem Umfang und welchem Detaillierungsgrad der psychiatrische Gutachter die Angaben der Beschwerdeführerin dargelegt hat (vorstehend E. 4.1), schon dies allein spricht deutlich gegen die Begründetheit der von ihr erhobenen Kritik.

5.4

Soweit die Beschwerdeführerin geltend machte, der medizinische Sachverhalt sei nicht umfassend abgeklärt, und es seien deshalb weitere Abklärungen zu treffen, vermag dies nicht zu überzeugen.

Sowohl der psychische als auch der physische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin wurden in den Beurteilungen gebührend berücksichtigt und es kann auf das

anhand der Befunderhebung erstellte Zumutbarkeitsprofil und die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit abgestellt werden. Die Beschwerdeführerin vermochte ausserdem nicht weiter darzutun, inwiefern die Aktenlage unzureichend beziehungsweise unvollständig ist. Die vorliegenden medizinischen Akten erweisen sich als ausreichend, weshalb auf weitere Abklärungen verzichtet werden kann.

Die Einwände der Beschwerdeführerin in Bezug auf die medizinischen Abklärungen sind nach dem Gesagten unbehelflich.

Die gegenüber dem Gutachten erhobenen Einwände erweisen sich somit als nicht geeignet, um dieses in Frage zu stellen. 5.5

Zusammenfassend ist der medizinische Sachverhalt dahingehend als erstellt zu betrachten, dass für Tätigkeiten, welche dem im Gutachten formulierten Anforderungsprofil entsprechen wie auch für die angestammte Tätigkeit als Küchenhilfe (vorstehend E.

4.1), eine Arbeitsfähigkeit von 80 % seit mindestens Ende 2012 besteht. 5.6

Betreffend die beschwerdeweisen Ausführungen zur gemischten Methode ist mit der Beschwerdegegnerin darauf hinzuweisen, dass diese vorliegend weiterhin anwendbar ist (vgl. das zur Publikation vorgesehene Urteil 9F_8/2016 vom 20. Dezember 2016 E. 4.1, E. 4.4).

Im Übrigen würde angesichts einer Arbeitsfähigkeit von 80 % in der angestammten Tätigkeit selbst bei einer Qualifikation als zu 100 % Erwerbstätige kein rentenbegründender Invaliditätsgrad erreicht.

Nach dem Gesagten hat die Beschwerdegegnerin zu Recht den Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung verneint.

Die angefochtene Verfügung vom 24. Oktober 2016 erweist sich somit als rechts und ist zu bestätigen, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 6.

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen 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 unterliegenden Beschwerdeführerin aufzu erlegen.

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 zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Marco Mona - 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 Bundes

gesetzes 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, zu zustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mit tel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu ent hal ten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Ur kunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin MosimannSchüpbach

E. 7

(Urk. 4) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde der Beschwerdeführerin am

E. 12

. Janu ar 2017 zur Kenntnis gebracht (Urk. 6). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 16

vom 29. Juni 2016 E. 4.1.2).

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