

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00742 vom 5. Januar 2018**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-01-05, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2017.00742](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00742)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00742 du 5 janvier 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00742 del 5 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**

Gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) haben Versicherte Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70

Prozent, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 Prozent, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 Prozent, oder auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 Prozent invalid sind.

### **E. 1.3**

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C\_261/2009 vom 1. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des

Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Ein spracheentscheid , 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 Hin weisen).

Wurde eine Rente

wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades

verweigert und steht - wie vorliegend - fest, dass die Verwaltung die neue Anmeldung zu prüfen hat, 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, v gl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2).

#### **E. 1.4**

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. 1.5**

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 Vorak ten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuch tet 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**

Gegen die Verfügung vom 29. Mai 2017 (Urk. 2) erhob die Versicherte am 29. Juni 2017 Beschwerde und beantragte die Ausrichtung mindestens einer Viertelsrente , eventuell die Rückweisung der Sache zur erneuten Abklärung (Urk. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 4. Oktober 2017, welche der Beschwerde führerin am 13. Oktober 2017 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 9), schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin ging in ihrer Verfügung (Urk. 2) davon aus, dass bei der Beschwerdeführerin in psychiatrischer Hinsicht keine Diagnosen mit Aus wirkung auf die Arbeitsfähigkeit hätten gestellt werden können (S. 1 unten). Aus orthopädischer Sicht bestehe weiterhin eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit im Service und eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit (S. 2 oben). Bei einer Gewichtung von 70 % Erwerbsarbeit und 30 % Haushaltsarbeit resultiere ein Invaliditätsgrad von 11 %, welcher

keinen Rentenanspruch begründe (S. 2 Mitte).

### **E. 2.2**

Dagegen wandte die Beschwerdeführerin im Wesentlichen ein, an den ärztlichen Abklärungen durch RAD-Ärztin Z.\_\_\_\_ bestünden aus näher dargelegten Gründen erhebliche Zweifel (S. 4 Ziff. 2), weshalb auf ihren Bericht nicht abge stellt werden könne (S. 5 Ziff. 4).

### **E. 2.3**

Streitig und zu prüfen ist, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin verschlechtert hat. Die materielle Prüfung eines Rentenanspruchs fand mit Verfügung vom 14. April 2011 (Urk. 7/66) ihren Abschluss. Zeitliche Vergleichsbasis bildet somit der Gesundheitszustand im April 2011 und derjenige im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 29. Mai 2017 (Urk. 2) .

### **E. 03**

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie (S. 9 ): - Fingergelenkspolyarthrose - Lipom rechte Leiste - Adipositas

Die Beschwerdeschilderung und das Verhalten bei der Untersuchung habe appellativ , zum Teil fordernd und erheblich verdeutlichend gewirkt. Die Einschätzung des behandelnden Orthopäden vom 18. Januar 2014 (vgl. E. 3.

### **E. 3**

.1) , in welchem er von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % in angestammter Tätigkeit ausgegangen sei, nicht wesentlich verändert, so dass es sich bei der Beurteilung vom Januar 2014 lediglich um eine andere Beurteilung des gleichen Sachverhalts handle. Im aktuellen MRI-Befund der LWS (vgl. Urk. 7/125)

sei eine leichte Zunahme der Degenerationen gegenüber 2014 ausgewiesen. Weiterhin besteht ehe sowohl klinisch als auch radiologisch kein Hinweis auf Nervenwurzelkompressionen (S. 9 unten).

Die Beschwerdeführerin habe angegeben, regelmässig verschiedene Medikamente gegen Schmerzen zu nehmen und auch am Tag der Untersuchung eingenommen zu haben. Aufgrund der Serums- und Urinanalyse sei es unwahrscheinlich, dass die Beschwerdeführerin die Medikamente regelmässig einnehme. Aus medizinischer Sicht habe im Rahmen der Untersuchung objektiviert werden können, dass eine Fingergelenkspolyarthrose mit erhaltener Funktion der Hände bestehe. Wesentliche Funktionseinschränkungen der Wirbelsäule hätten nicht objektiviert werden können. Die Befunderhebung sei eingeschränkt gewesen, da eine differenzierte Untersuchung bei mangelnder Kooperation nicht möglich gewesen sei. Daher habe die Verhaltensbeobachtung zur Beurteilung der Bewegungsausmasse hinzugezogen werden müssen (S. 10 oben) .

Im Bereich des rechten Sprunggelenks fänden sich bei der Untersuchung keine Schwellungen und keine wesentliche Bewegungseinschränkung. Es fänden sich keine Umfangsdifferenzen der Beine, die auf eine dauerhafte Schonung des rechten Beines hinweisen könnten. Beide Füße hätten eine symmetrische Beschwellung gezeigt (S. 10 Mitte) .

Anhand der vorliegenden medizinischen Berichterstattung und der körperlichen Untersuchung sei bei der Beschwerdeführerin ein somatischer Gesundheitszustand ausgewiesen, der die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt. In der bisherigen Tätigkeit als Servicekraft bestehe weiterhin eine 50%ige Arbeitsfähigkeit. In angepasster Tätigkeit mit körperlich leichter wechselbelastender Tätigkeit, ohne regelmässige Hebe- und Tragebelastungen über 10 kg, ohne Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, ohne häufiges Treppensteigen, ohne häufige wirbelsäulenbelastende sowie hüftgelenks- und kniegelenksbelastende Arbeiten sei weiterhin eine 100%ige Arbeitsfähigkeit gegeben (S. 10 Mitte).

### **E. 3.1**

Die Anspruchsprüfung im April 2011 basierte auf dem Gutachten, das die Ärzte des Y.\_\_\_\_ am 28. Dezember 2010 erstattet hatten (Urk. 7/55/1-54).

Die Gutachter stellten folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 43 Ziff. 6.1): - Status nach Fussdistorsion am 20. Juli 2002 mit/ bei: - Tendovaginitis und Peritendinitis der Peronealsehnen - Längsriss im Verlauf der Sehne von Muskulus

peroneus

longus - Tendovaginitis Muskulus

flector

hallucis - knöcherner Stressreaktion - Status nach operativer Revision und Sehnennaht des Muskulus

peroneus am 21. August 2003 - Pseudoarthrose am Processus

anterior

calcanei rechts - Arthrose des oberen Sprunggelenks (OSG) beidseits - Spondylose und Spondylarthrose der Brust (BWS) - und Lendenwirbelsäule (LWS) bei Status nach Morbus Scheuermann

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie eine morbid Adipositas, anamnestisch eine Harninkontinenz vom Stresstyp, eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittierend, sowie Probleme im Zusammenhang mit dem niedrigen Einkommen (S. 43 Ziff. 6.2).

Aus orthopädisch-traumatologischer Sicht wurde ausgeführt, die Beschwerdeführerin habe sich bei einer Fussdistorsion einen Längsriss der Sehne des Muskulus

peroneus

longus zugezogen. Aufgrund der Fehlbelastung und offensichtlich auch der Gewichtszunahme sei es zu Schmerzen im Bereich der Lendenwirbelsäule gekommen, wo eine bestehende Spondylarthrose und Spondylose der Wirbelsäule als zusätzlicher Faktor anzusehen seien. Im Rahmen der gutachterlichen Untersuchung bestehe eine grosse Diskrepanz zwischen den subjektiv geklagten Beschwerden und dem allgemeinen Zustand der Beschwerdeführerin. Es seien keine Atrophien und keine Gelenksentzündungen zu objektivieren. Die manual-medizinische Untersuchung der Brust- und Lendenwirbelsäule ergebe eine normale segmentale Beweglichkeit der Wirbelsäule. Die Beweglichkeit im rechten Sprunggelenk sei gegenüber links etwas eingeschränkt, wobei auch im linken oberen Sprunggelenk eindeutige radiologische Zeichen arthrotischer Veränderungen

vorhanden seien. Es sei eine posttraumatische Pseudoarthrose am Processus anterior

calcanei rechts festgestellt worden. Der in unbeobachteten Momenten ersichtliche, hinkfreie und schnelle Gang der Beschwerdeführerin stehe in grosser Diskrepanz zu den geklagten Beschwerden.

Aufgrund der objektiv eingeschränkten Belastbarkeit ihrer unteren Extremität sei die Beschwerdeführerin in ihrem Beruf als Serviceangestellte zu 50 % - also 4 Stunden täglich - arbeitsfähig. In einer angepassten Tätigkeit sei sie hingegen zu 100 % arbeitsfähig. Zu vermeiden seien dabei Tätigkeiten, die mit Heben und Tragen von Lasten über 25 kg oder mit Gehen in unebenem Gelände oder mit einer starken Belastung des linken Fusses (beispielsweise als Chauffeuse) verbunden oder überwiegend im Stehen und Gehen zu verrichten seien, sowie Arbeiten auf Gerüsten und Leitern oder in kniender Position. Für körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere Tätigkeiten vorwiegend im Sitzen und in Wechselbelastung bestehe hingegen keine Einschränkung von Seiten des Bewegungsapparates (S. 49).

Aus versicherungspsychiatrischer Sicht sei die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsfähig (S. 50 Mitte).

### **E. 3.2**

), dass eine Tätigkeit im Service nicht mehr zumutbar sei, werde durch die radiologischen Befunde einer subtalaren Arthrose und die Degenerationen der LWS gestützt. Der klinische und radiologische Befund habe sich jedoch gegenüber seinem Bericht vom 24. Juli 2011 (vgl. E. 3.

### **E. 3.3**

) feststellte, im zeitlichen Verlauf zunehmen. Neben den Abschriften der bildgebenden Diagnostik sind seinem Bericht keine weiteren Untersuchungsbefunde

zu entnehmen, und es fand auch keine Auseinandersetzung damit statt, inwiefern die bildgebend dokumentierten Veränderungen erhöhte Belastungsminderungen hervorrufen. Angesichts der Tatsache, dass Dr. B.\_\_\_\_

bereits im Bericht vom 24. Juli 2011 (E. 3.3.1) daran zweifelte, dass die von den Y.\_\_\_\_ - Gutachtern attestierte 50%ige Arbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit ohne Leistungsminderung realisierbar sei (S. 2), ist fraglich, ob Dr. B.\_\_\_\_ überhaupt von einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes ausging. Insofern er

die Ansicht vertrat, das Schmerzverhalten dürfe nicht darüber hinwegtäuschen, dass doch deutliche strukturell-pathologische Veränderungen mit entsprechenden Auswirkungen auf der Funktionsebene vorhanden seien (S. 2), wurde dies von med. pract. Z.\_\_\_\_ nicht in Abrede gestellt. Allerdings deutet diese Aussage doch darauf hin, dass auch er von einer Diskrepanz zwischen den objektivierbaren Befunden und den geklagten Beschwerden ausging.

#### **E. 3.3.1**

Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie, diagnostizierte in seinem Bericht vom 24. Juli 2011 (Urk. 7/11/15-16) Folgendes (S. 1): - generalisiertes Schmerzsyndrom - chronisches Panvertebralsyndrom - diffuse Periarthropathien; Arthralgien - chronische

Rückfusschmerzen - posttraumatische OSG-Arthrose rechts und Pseudoarthrose des Processus

anterior bei Status nach OSG-Distorsion mit Ruptur der Fibularis - longus -Sehne am 20. Juli 2002 und Status nach operati ver Revision und Sehnennaht am 21. August 2003

Die Symptomatik umfasse heute nicht nur die Rückfusschmerzen, sondern auch verschiedene andere Stellen am Bewegungsapparat. Von somatischer Seite seien sicherlich eine Haltungsinsuffizienz, unter anderem bei zwischenzeitlicher Dekonditionierung , und auch die bekannten posttraumatischen Arthrosen respektive die Pseudoarthrosen aufzuführen, ohne dass diese Befunde das hier vorliegende Beschwerdebild und das Ausmass der damit zusammenhängenden Einschränkungen auf der Funktions- beziehungsweise Partizipationsebene aus reichend erklärten. Hinweise für eine entzündlich-rheumatische Erkrankung könnten nicht erkannt werden. Auch in Bezug auf Schwellungen könnten keine Gelenksergüsse festgestellt werden (S. 1 Mitte).

### **E. 3.3.2**

Im Bericht vom 18. Januar 2014 (Urk. 7/88/10-11) wiederholte Dr. B. \_\_\_ im Wesentlichen die im Bericht vom 24. Juli 2011 genannten Diagnosen, erwähnte allerdings als Differenzialdiagnose eine inter mittierend radikuläre Reizsymptomatik (S. 1). Er führte unter anderem aus, es bestünden doch wesentliche strukturell-pathologische Befunde im Bereich der LWS und des Rückfusses, mit Einschränkungen der Belastbarkeit und auf der beruflichen Ebene. In - näher umschriebenen - behinderungsangepassten Tätigkeiten sei wahrscheinlich eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50 % ausgewiesen (S.

2 oben).

### **E. 3.3.3**

Am 20. Juni 2014 erklärte Dr. B. \_\_\_ (Urk. 7/88/8-9), seines Erachtens sei davon auszugehen, dass die bildgebend erhobenen Befunde (Degenerationen/Arthrose LWS und unteres Sprunggelenk; vgl. Urk. 7/88/5-7) im zeitlichen Verlauf zugenommen hätten; es sei auch in einer angepassten idealen Tätigkeit kaum mehr mit einer mehr als 50%igen Arbeitsfähigkeit zu rechnen (S. 1).

### **E. 3.4.1**

Dr. med. C. \_\_\_ , Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete am 25. September 2013 (Urk. 7/88/3-4) , die Beschwerdeführerin stehe wieder seit dem 23. August 2013 wegen einer Depression im Rahmen einer schwierigen psychosozialen Situation und Polymorbidität in ihrer Behandlung (S.

1 Mitte).

### **E. 3.4.2**

Am 17. September 2014 (Urk. 7/88/1-2) berichtete Dr. C. \_\_\_ über eine gleichentags erfolgte erneute Konsultation der Beschwerdeführerin; davor hätten Konsultationen am 23. August 2013 und am 18. März 2014 stattgefunden sowie einige telefonische Konsultationen ( S. 1 Mitte).

### **E. 3.4.3**

Im Bericht vom 3. Juni 2016 (Urk. 7/111/1-5) stellte Dr. C. \_\_\_ folgende psychiatrischen Diagnosen: - somatisches Schmerzsyndrom mit maladaptiven Bewältigungsstrategien

(F45.4) - schwierige psychosoziale Situation (F 54) \* - morbid Adipositas bei BMI 41.4 (F 54) \* \* ) F54 bezeichnet laut ICD-10 psychologische Faktoren und Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten

Im Affekt sei die Beschwerdeführerin deprimiert, sie weine, klage und jammere, sei psychomotorisch angetrieben und fremdaggressiv gegenüber ihrem Ehemann. Es bestehe kein Anhalt für eine psychotische Symptomatik. Als Servicehilfe und in jeder anderen Tätigkeit bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bei niedriger Frustrationstoleranz, emotionaler Labilität, körperlicher Schwäche und Mobilitätseinschränkung.

### **E. 3.5**

Dr. med. D.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, berichtete am 12. Oktober 2016 (Urk. 7/121), die Beschwerdeführerin stehe seit Juli 2016 in ihrer Behandlung (S. 1 Ziff. 1.2). Sie nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 Ziff. 1.1): - Depression - viele Gelenkbeschwerden bei - Status nach Unfall Fuss 2002 rechts mit Sehnennaht 2003 - degenerative Wirbelsäulenbeschwerden und Scheuermann

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie (S. 1 Ziff. 1.1): - Adipositas - Venenleiden - Schilddrüsendysfunktion

Die körperlichen und psychischen Einschränkungen seien chronifiziert. Die Beschwerdeführerin arbeite seit 2003 nicht mehr.

### **E. 3.6**

Med. pract.

Z.\_\_\_\_

(RAD) nannte im Bericht vom 8. März 2017 (Urk. 7/127) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 9): - schmerzhafte Bewegungs- und Belastungseinschränkung der LWS - Status nach OSG-Distorsion rechts mit operativer Revision und Sehnen naht Juli 2002 sowie Revision und Naht bei Ruptur der M.

Fibularis

longus - Sehne

August 20

### **E. 3.7**

Gemäss Untersuchungsbericht von Dr. A.\_\_\_\_ (RAD) vom 8. März 2017 (Urk. 7/126) liegen keine psychiatrischen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (F33.4; S. 6).

Aktuell fänden sich keine Hinweise auf eine posttraumatische Belastungsstörung, die 1999 der Grund für den Beginn der Behandlung bei Dr. C.\_\_\_\_ gewesen sein sollte. Trotz mehrmaliger Nachfrage seien keine Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung wie Erinnerungslücken, Intrusionen oder Konzentrationsschwierigkeiten angegeben worden, auch seien keine spezifischen Beobachtungen wie Hypervigilanz und erhöhte Schreckhaftigkeit festgestellt worden. Die Ein- und Durchschlafstörungen seien im Rahmen der Schmerzen angegeben worden,

ebenso die Reizbarkeit (S. 6).

Eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung habe aufgrund der fehlenden Kriterien nicht diagnostiziert werden können (S. 6).

Aus psychiatrischer Sicht bestünden aktuell keine einschränken den psychiatrischen Krankheiten (S. 8).

#### **E. 4**

Allein aus den bildgebenden Befunden kann nicht auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes geschlossen werden, auch wenn diese, wie Dr. B.\_\_\_\_ im Bericht vom 20. Juni 2014 (E.3).

#### **E. 4.1**

Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) ist mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxisgemässen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232) genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (BGE 137 V 210 E. 1.2.1 S. 219).

Allerdings ist hinsichtlich des Beweiswerts wie folgt zu differenzieren: Bezüglich Gerichtsgutachten hat die Rechtsprechung ausgeführt, das Gericht weiche „nicht ohne zwingende Gründe“ von den Einschätzungen des medizinischen Experten ab. Hinsichtlich von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholter, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechender Gutachten externer Spezialärzte wurde festgehalten, das Gericht dürfe diesen Gutachten vollen Beweiswert zuerkennen, solange "nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit" der Expertise sprechen. Auf das Ergebnis versicherungsinthener ärztlicher Abklärungen - zu denen die RAD-Berichte gehören - kann nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229; 135 V 465 E. 4.4 S.

469 f. und E. 4.7 S. 471; Urteil des Bundesgerichts 8C\_839/2016 vom 12. April 2017 E. 3.2).

#### **E. 4.2**

Der orthopädische Gutachter des Y.\_\_\_\_

(E. 3.1) kam

zum Schluss, dass es aufgrund der Fehlbelastung und der Gewichtszunahme zu Schmerzen im Bereich der Lendenwirbelsäule, wo eine Spondylarthrose und Spondylose der Wirbelsäule bestand, kam. Die Beweglichkeit im rechten Sprunggelenk war gegenüber links etwas eingeschränkt, und es wurde eine posttraumatische Pseudoarthrose am Processus anterior

calcanei rechts festgestellt. Der Gutachter beobachtete eine grosse Diskrepanz zwischen den subjektiv geklagten Beschwerden und dem allgemeinen Zustand der Beschwerdeführerin. Es seien keine Atrophien und keine Gelenksentzündungen zu objektivieren. Die manualmedizinische Untersuchung der Brust- und Lendenwirbelsäule ergebe eine normale segmentale Beweglichkeit der Wirbelsäule. In unbeobachteten Momenten bewege sich die Beschwerdeführerin hinkfrei und schnell.

Eine Diskrepanz zwischen den geklagten Beschwerden und dem allgemeinen Zustand der Beschwerdeführerin stellte auch med. pract . Z.\_\_\_\_ fest (E. 3.6) . So gestaltete sich die Untersuchung der HWS bei einem maximalen Bewegungswiderstand als schwierig, bei spontanen Bewegungen der HWS konnte med. pract . Z.\_\_\_\_ indessen keine Auffälligkeiten erkennen und in Bauchlage war

eine maximale Reklination der HWS möglich . Die Seitneigung war

im spontanen Verhalten unauffällig. Der Fingerbodenabstand konnte med. pract . Z.\_\_\_\_ nicht messen , im Langsitz und im Rahmen der Spontanbeweglichkeit hat die Beschwerdeführerin jedoch mühelos die Knöchel erreicht. Auch das Gangbild war wechselnd gestört, zeitweilig auch unauffällig. Die in der linken Hand getragene Unterarmstütze wurde nicht gleichmässig aufgesetzt

und die Füße zeigten eine symmetrische

Beschwielung .

### **E. 4.3**

Obwohl die bildgebende Diagnostik eine zunehmende Arthrose im OSG rechts und eine leicht progrediente Veränderung der LWS ergeben hat, muss aufgrund der klinischen Untersuchung durch med. pract . Z.\_\_\_\_ dennoch davon ausgegangen werden, dass die Beschwerdeführerin dadurch nicht mehr eingeschränkt ist als im Zeitpunkt des Y.\_\_\_\_-Gutachtens , zeigten sich doch in unbeobachteten Momenten weiterhin nur wenige Einschränkungen in der Beweglichkeit . Der Umstand, dass die Beschwerdeführerin die Schmerzmittel nicht regelmässig einnimmt, lässt viel mehr darauf hindeuten, dass die Schmerzen nicht derart intensiv sind wie geltend gemacht.

### **E. 5**

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis

IVG sind ermessensweise auf Fr.

700.-- festzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Markus Bischoff -  
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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

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

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