

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00558 vom 8. Mai 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-05-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00558

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00558 du 8 mai 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00558 del 8 maggio 2021

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetz es über den Allge meinen 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 kom menden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der ge sundheitlichen 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

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanmeldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV]), so ist im Beschwerde ver fahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 ATSG eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist (BGE 117 V 198 E. 3a mit Hinweis).

E. 1.3

Ändert sich der Invaliditätsgrad 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 seit Zuspre chung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Renten anspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Än de rung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Fern er kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachver halts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

E. 2

Dagegen erhob die Versicherte am 26. August 2020 (Urk. 1) Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und ihr eine angemessene IV-Rente zuzusprechen, eventuell seien die Akten an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese nach den notwendigen Massnahmen neu entscheide, ihr sei die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen und Dr. iur., Dr. h. c. rer. publ. Marco Mona, Zürich, als unentgeltlichen Rechtsbeistand beizugeben; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin (S. 2). Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege zog die Beschwerdeführerin mit Schreiben vom 26. August 2020 (Urk. 6) wieder zurück.

Die IV-Stelle schloss am 9. Oktober 2020 (Urk. 7) auf Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 12. Oktober 2020 (Urk. 9) zur Kenntnis gebracht wurde. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

)

eine anhaltende Depression in verschiedenem Ausmass sowie chronische invalidisierende Schmerzen in Verbindung mit sowohl psychischen Faktoren wie auch medizinischen Krankheitsfaktoren. Zum einen fehlt jedoch jegliche Befunderhebung, Herleitung dieser Diagnosen sowie Bezugnahme auf die daraus abzuleitenden (neuen) Funktionseinschränkungen. Zum anderen setzt sich Dr. B. ___ nicht mit der massgeblichen Frage der Entwicklung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin auseinander. Die postulierte anhaltende Depression sowie die chronischen, invalidisierenden Schmerzen lassen viel mehr eine Chronifizierung annehmen und zeigen somit, dass es sich um ein Andauern eines bereits bestehenden Beschwerdebildes handelt. Dies ist nicht als Verschlechterung des Gesundheitszustands zu werten (Urteil des Bundesgerichts 8C_217/2017 vom 30. Mai

2017 E.

5.2), umso mehr, als Dr. B. ___ bereits 2009 bei vergleichbaren Diagnosen eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestierte (vgl. Urk. 8/62/3).

E. 2.2

Dagegen wendet die Beschwerdeführerin (Urk. 1) im Wesentlichen ein, die Beurteilung durch den Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) im Feststellungsblatt habe den Mangel, dass sie nicht nach einer Veränderung im Vergleich zur Beurteilung vom Jahre 2016 suche sondern sich damit begnüge, festzustellen, dass die 2018 beschriebenen Bandscheibenveränderungen mehrjährig vorbestehend seien. Dass sie gemäss richterlicher Feststellung damals keine Reiz- oder Ausfallsymptomatik gezeigt hätten, heute aber sehr wohl in äusserst schmerzhafter Weise, übergehe der Vertrauensarzt der IV, ebenso die heute für alle Beteiligten, auch für medizinische Laien, sichtbare schwere depressive Episode (S. 6, S. 4).

E. 2.3

Vergleichszeitpunkt bildet die mit Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 21. November 2018 geschützte rentenaufhebende Verfügung vom 18. Oktober 2016, welcher umfassende erwerbliche und medizinische Abklärungen zugrunde lagen.

E. 2.4

). Diese basiert ausschliesslich auf der Würdigung der bekannten medizinischen Aktenlage und stellt praxismässig grundsätzlich eine hinreichende Beurteilungsgrundlage dar. Indes 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).

E. 3.1.1

Die rentenaufhebende Verfügung vom 18. Oktober 2016 basierte zur Hauptsache auf dem Gutachten der Dres. Z.____ und A.____. Diese stellten in ihrer Expertise vom 11. September 2015 (Urk. 8/117/28-52) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 13): - Lumbovertebrales und spondylogenes Schmerzsyndrom mit/bei - 26. März 2009 Mikrodiskektomie L4/5 links sowie mikrochirurgische Squesterentfernung L4/5 rechts 3. Dezember 2010 - myostatische

Dysbalance und Haltungsinsuffizienz (Motor Control/
Core Stability) - Widespread

Pain-Syndrom/Fibromyalgie - Schmerzlokalisationen 11/19 Punkten (18/18
Fibromyalgie-Tender points) - Symptomschwere 9/9 Punkten (betone Schlafstörungen,
Erschöpfungszustand und verminderte Leistungsfähigkeit) - Teil 2 b Symptomscore 3/3
Punkten (betone Darmunregelmässigkeiten, Abdominalkrämpfe, Muskelschwäche,
Schwindel, Kopfschmerzsyndromatik, Taubheits- und Kribbelparästhesien, unruhige
Beine, Depression, kalte Extremitäten, Muskelschmerzen, Lufthunger, Appetitverlust)

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie (S. 13, 19): -
CTS-Operation links Mai 2005 - Hemistrumektomie links Februar 2000 - Sectio caesarea
2002 - Hysterektomie - Adipositas per magna (BMI 41) - Dyslipidämie unter Statinen -
Status nach Periarthropathia

humeroscapularis linksbetont - Anamnestisch rezidivierend depressive Episoden, zurzeit
remittiert (ICD-10 F33.4) - Anamnestisch anhaltend somatoforme Schmerzstörung (ICD-10
F45.4)

E. 3.1.2

Aus rheumatologischer Sicht könnten ein lumbovertebrales und lumbo spondylogenes
Schmerzsyndrom objektiviert werden sowie ein Status nach radikulärer Reiz- und
Ausfallsymptomatik der Nervenwurzel L4 links und L5 rechts bei Diskushernie L4/5,
welche 2009 sowie 2010 operativ saniert worden seien. Die in den Vorgutachten
aufgeführten ischialgiformen Beschwerden seien mit grosser Wahrscheinlichkeit bereits
damals schon auf die intermittierenden und unter Belastung auftretenden
Nervenkompressionen zurückzuführen. Aktuell könne keine radikuläre Reizsymptomatik
objektiviert werden. Neben der lumbovertebralen Schmerzsymptomatik, welche
begünstigt werde durch die muskuläre Haltungsinsuffizienz bei Dekonditionierung der
autochthonen Rückenmuskulatur sowie der Rumpfmuskulatur, komme ein deutliches
Widespread

Pain Syndrom/

Fibromyalgie hinzu, welches im Gutachten von 2007 noch nicht als solches erkannt worden sei. Es bestehe insbesondere eine deutliche Symptomschwere und Symptomscore mit funktionellen und auch vegetativen Symptomen, wobei die Kriterien gemäss ACR 2010 allesamt erfüllt würden. Bei dominant ersichtlicher Symptomschwere mit Leistungsarmut, Erschöpfung und Schlafstörungen, sei eine Einflussnahme auf die körperliche Leistungsfähigkeit vorhanden. Aus rein somatischer Sicht wäre eine 80%ige Arbeitsfähigkeit in einer leichten, wechselbelastenden Tätigkeit ab Juni 2011 durchführbar gewesen. Die medizinischen Massnahmen aus rheumatologischer Sicht zielten auf rekonditionierende Massnahmen im Selbstmanagement (S. 24).

E. 3.1.3

Aus psychiatrischer Sicht fänden sich heute keine Befunde, die eine psychiatrische Diagnose gemäss ICD-10-Kriterien begründeten. Weder bestehe bei der Beschwerdeführer in eine depressive Episode, noch eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Berücksichtige man die zumutbare Willensanstrengung, die funktionellen Einschränkungen, die Ressourcen und die Indikatoren sowie die Konsistenz, so müsse festgestellt werden, dass bei der Beschwerdeführerin keine Beeinträchtigung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit begründet werden könne. Die Beschwerdeführerin sei vollschichtig arbeitsfähig. Die Prognose sei gut, die Behandlung sei nach wie vor indiziert, vor allem in Anbetracht gewisser psychosozialer Probleme. Diese seien invaliditätsfremd. Der Verlauf der Verbesserung der Symptomatik sei nicht dokumentiert. Die Aktenlage sei diesbezüglich nicht aussagekräftig. Es könne allerhöchstens als wahrscheinlich angenommen werden, dass der vorliegende Befund schon seit Anfang 2015 bestanden habe. Ob die Beschwerdeführerin die Medikamente einnehme oder nicht, also die Compliance schlecht wäre, habe auf die Bemessung der Beeinträchtigung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit keinen Einfluss (S. 24 f.).

E. 3.1.4

Gesamtmedizinisch sei die rheumatologische Beurteilung bezüglich der Arbeitsfähigkeit massgebend und somit ab Juni 2011 eine adaptierte Verweistätigkeit (näher ausgeführt auf S. 15: leichte, wechselbelastende Tätigkeit, sitzend, stehend und gehend zu 100 % bei 20%iger Reduktion der Leistungsfähigkeit infolge der Schmerzsymptomatik, erhöhtem Pausenbedarf und verlangsamtem Arbeitstempo; vermieden werden sollten bückende, kniende Tätigkeiten sowie Tätigkeiten über der Schulterhorizontalen und in Rumpfreklination oder mit Rumpfdrehung) in einem Pensum von 80 % zumutbar. Da aus psychiatrischer Sicht keine gesicherte Aktenlage vorliege, könne die psychiatrische Beurteilung zur Arbeitsfähigkeit ab Anfang 2015 als gesichert beurteilt werden. Somit werde gesamtmedizinisch ab Januar 2015 eine 80 % Arbeitsfähigkeit attestiert (S. 25).

E. 3.2

Dem Gericht liegen zur Beurteilung dessen, wie sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin bis zum 29. Juni 2020 (Verfügungserlass) entwickelte, unter anderem folgende medizinischen Unterlagen vor:

E. 3.2.1

Die behandelnde Psychiaterin Dr. med. B.____ attestierte in ihrem Bericht vom 23. April 2019 (Urk. 8/86) eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit und stellte fest, es handle sich um eine anhaltende Depression in verschiedenem Ausmass, sowie chronische invalidisierende Schmerzen in Verbindung mit sowohl psychischen Faktoren wie auch

medizinischen Krankheitsfaktoren.

E. 3.2.2

Gemäss den Ausführungen im Bericht des Spitals C.____ vom 13. Juni 2019 (Urk. 8/ 95 /20 f.) war die Beschwerdeführerin vom 7. bis 13. Juni 2019 im Rahmen einer notfallmässigen Selbstvorstellung bei akuten immobilisierenden lumbalen Rückenschmerzen hospitalisiert. Ein MRI habe links paramedian eine betonte Diskusextrusion Lendenwirbelkörper (LWK) 3/4 mit Kompression der Wurzel L4 links rezessal gezeigt; zusätzlich LWK 4/5 mit Osteochondrosis

intervertebralis und leichter foraminaler Einengung links betont. Die Beschwerdeführerin sei mit Analgesie und Physiotherapie behandelt worden und es sei im Segment L4 links eine CT-gesteuerte Infiltration am 13. Juni 2019 durchgeführt worden, welche problemlos verlaufen sei. Daraufhin habe die Beschwerdeführerin in deutlich weniger Schmerzen gehabt. Die Beschwerdeführerin habe schmerz kompensiert nach Hause entlassen werden können (S. 2).

E. 3.2.3

Dr. med. D.____, Innere Medizin / Rheumatologie FMH, diagnostizierte mit Bericht vom 11. August 2019 (Urk. 8/85) zur Hauptsache eine mittelgradig bis schwere depressive Episode, eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, einen psychophysischen Erschöpfungszustand, eine rezidivierende Exazerbation eines chronischen lumbospondylogenen Syndroms beidseits, eine Periarthropathia

humeroscapularis links (ca. 2012), eine Gonarthrose beidseits (Beschwerden ca. 10 Jahre), eine Fibromyalgie (Erstdiagnose 2018), eine Adipositas präoperativ Grad III (BMI 45,49 kg/m²), einen Status nach Teilthyreoidektomie (2000) sowie einen Status nach Schussverletzung in der Kindheit (S. 4 f.).

Er hielt fest, der chronologische Verlauf bei der Beschwerdeführerin, basierend auf sämtlichen Konsultationen in der rheumatologischen Praxis seit Januar 2016, zeige eindeutig, dass die Periode von Januar 2016 bis Dezember 2018 in Bezug auf den Bewegungsapparat (Rücken, Knie- und Schulter-Gelenke) sowie von der Seite der psychischen Erkrankung gemäss den Informationen der Beschwerdeführerin ausgesprochen instabil gewesen sei. Trotz adäquater medikamentöser Therapie, sowie zusätzlichen Therapien, sei diese Periode von häufigen Schmerzrückfällen geprägt gewesen, welche die Versorgung des Haushaltes nur mit grösster

Mühe erlaubt und wiederholt zu Notfallkonsultationen/ Hospitalisationen geführt hätten. Auch die bariatrische Operation vom Mai 2018, welche eine signifikante Gewichtsreduktion ermöglicht habe, habe in Bezug auf die rheumatologischen Beschwerden keine signifikante Besserung erzielt. Die Beschwerdeführerin sei in dieser Periode nicht in der Lage gewesen, eine berufliche Tätigkeit aufzunehmen (S. 5).

Aus realistischen medizinischen Gründen sei eine Rückkehr in den freien Arbeitsmarkt für die Beschwerdeführerin illusorisch (S. 6).

E. 3.2.4

In Beurteilung der medizinischen Aktenlage gelangte RAD -Arzt Dr. med. E.____, Orthopädische Chirurgie (FMH), am 20. März 2020 (Urk. 8/120) zum Schluss, rheumatologisch würden im Wesentlichen Diagnosen genannt, welche bereits seit

mindestens 2016 bekannt gewesen seien. Im CT der Lendenwirbelsäule von 2018 seien degenerative Bandscheibenveränderungen genannt. Auch jene seien mehrjährig vorbestehend gewesen. Der jetzige klinische Verlauf weise auf keine dauerhaften neurologischen Ausfälle hin. Im akuten psychiatrischen Arztbericht werde von einer mittelschweren bis schweren Depression ausgegangen. Eine diese stützende Psychopathologie sei nirgends erwähnt, mehrheitlich sei fachüberschreitend neben psychischen Faktoren von medizinischen Krankheitsfaktoren die Rede. Gesamthaft könne rein objektiv keine namhafte Veränderung im Gesundheitszustand seit 2016 festgestellt werden (S. 4).

E. 4.1

Die Beschwerdegegnerin stütze ihre leistungsabweisende Verfügung vom 29. Juni 2020 (Urk. 2) unter anderem auf die Einschätzung ihres RAD-Arzt(e)s (E. 3).

E. 4.2

Dr. E.____ gelangte nachvollziehbar zum Schluss, dass rein objektiv keine namhafte Veränderung des Gesundheitszustands seit 2016 festgestellt werden kann. Gegenzug lässt sich aus der medizinischen Aktenlage auch nicht folgern. Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin lässt die medizinische Aktenlage nicht auf eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes schließen. Zwar nennt Dr. B.____ in ihrem Bericht (E. 3).

E. 4.3

Selbiges gilt für die Stellungnahme Dr. D.____s (E. 3.2.3). In Bezug auf die psychische Situation kann auf das vorher Gesagte verwiesen werden.

In rheumatologischer Hinsicht listet Dr. D.____ unter Verweis auf ein CT der Lendenwirbelsäule vom Februar 2018 als neu eine rezessale

Diskusprotrusion L3/4 links mit Kontakt zur Wurzel L4, eine bilaterale links-betonte degenerative Neuroforamenstenose L4/5 (L4) sowie eine bilaterale rechts-betonte Spondylarthrose L5/S1 auf, daraus folgende funktionelle Einschränkungen bringt er indes nicht vor.

Abgesehen davon, dass Dr. A.____ seine Einschätzung im Gutachten vom 11. September 2015 in Kenntnis der degenerativen Veränderung, unter anderem der Spondylarthrose auf Höhe L5/S1 und eines breitbasigen Diskus-Bulging bis nach intraforaminal reichend L4/5 beidseits mit Kontakt zur Nervenwurzel L4/5,

formulierte (vgl. Urk. 8/117 S. 40), ergibt sich eine gesundheitliche Veränderung nicht allein aus neuen Ergebnissen bildgebender Untersuchungen; für die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit im Zusammenhang mit Degeneration der Wirbelsäule sind in erster Linie die klinischen Befunde massgeblich (Urteile 9C_126/2019 vom 19. Juni 2019 E. 4.4.1; 9C_491/2017 vom 26. September 2017 E. 4.1; 8C_45/2017 vom 26. Juli 2017 E. 5.3). Konkrete Hinweise darauf, dass sich der somatische Gesundheitszustand seit dem Erlass der rentenaufhebenden Verfügung vom 18.

Oktober

2016 wesentlich verändert hätte, finden sich jedoch nicht. So besteht auch zwischen ärztlich gestellter Diagnose und Arbeitsunfähigkeit keine unmittelbare Korrelation. Massgebend sind vielmehr die konkreten Auswirkungen auf das Leistungsvermögen der betroffenen Person (Urteil des Bundesgerichts 9C_851/2018 vom 23. Mai 2019 E. 4.1.4 mit

Hinweisen). Ent sprechend stellt denn auch das Hinzutreten einer neuen Diagnose nicht per se einen Revisionsgrund dar, weil damit das quantitative Element der (erheblichen) Gesundheitsverschlechterung nicht zwingend ausgewiesen ist (BGE

141 V 9 E. 5.2 mit Hinweisen). In diesem Sinne belässt es Dr. D. ___ bei der pauschalen Feststellung einer von Januar 2016 bis Dezember 2018 von häufigen Schmerz rückfällen geprägten Periode und stützt sich hierbei vornehmlich auf Angaben der Beschwerdeführerin , setzt e

sich im Weiteren dagegen

weder mit dem im Vergleichszeitpunkt gutachterlich festgelegten Tätigkeitsprofil der Beschwerdeführerin auseinander, noch leitete er nachvollziehbar und schlüssig aus den Befunden resultierende und darüber hinaus gehende , neue Einschränkungen her. Auch aus dem gescheiterten Versuch der Aufnahme einer Tätigkeit in der Reinigungsbranche vermag die Beschwerdeführerin nichts zu ihren Gunsten abzuleiten, ent spricht dies doch gemeinhin nicht einer adaptierten, leichten, wechselbelastenden Tätigkeit an einem ergonomisch eingerichteten Tisch mit Vermeidung von Arbeiten über der Schulterhorizontalen und in Rumpfreklination oder mit Rumpfdrehung (vgl. Urk. 8/117/42). Zudem ergibt sich aus dem Bericht

des Spitals C. ___ vom 13. Juni 2019

(E. 3 .2.2) , dass die Beschwerdeführerin nach Durchführung einer CT-gesteuerten Infiltration im Segment L4 gleichentags schmerz kompensiert nach Hause entlassen werden konnte. Demnach bedurfte die Beschwerdeführerin

zwar kurzzeitig einer Behandlung, indes ist nicht erkennbar, dass es sich dabei um langandauernde Verschlechterungen im Sinne einer neuen Ausfallsymptomatik handeln sollte, welche eine weitere Einschränkung der Leistungsfähigkeit nach sich zieht.

E. 4.4

Gegen eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes spricht schliesslich der Umstand, dass die Beschwerdeführerin bereits im Vergleichszeitpunkt gegenüber den Gutachtern Dres . Z. ___ und A. ___ über durchgehend starke Schmerzen (VAS 8 und 9) am ganzen Körper sowie viele Kopfschmerzen klagte, eine starke Hilfsbedürftigkeit zur Bewältigung des Alltages angab und sich selber als vollständig arbeitsunfähig einschätzte (Urk. 8/117/28-52 S. 9, S. 11, S. 16). Dennoch erachteten sie die Gutachter als in einer angepassten Tätigkeit zu 80 % arbeitsfähig (E. 3 .1.4) . Nichts anderes ist Dr. D. ___ s Bericht zu entnehmen, wenn er gestützt auf Informationen der Beschwerdeführerin festhält, dass die Beschwerdeführerin von häufigen Schmerzrückfällen geplagt ist, welche eine Versorgung des Haushalts nur mit grosser Mühe erlauben (vgl. Urk. 8/85 S. 5

f.). Eine Zunahme der Schmerzintensität seit dem Vergleichszeitpunkt, welche sich auf die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit auswirken könnte, ist nicht erkennbar.

E. 4.5

Nach dem Gesagten ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin sich auf die aktenbasierte Einschätzung ihres RADs stützte und eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes verneinte. Insgesamt ergeben sich in Berücksichtigung des gutachterlichen Tätigkeitsprofils im Vergleichszeitpunkt keine Hinweise auf zusätzliche Einschränkungen der Leistungsfähigkeit. Da sich somit keine Zweifel an der Einschätzung

des RAD -Arzte s ergeben , kann in antizipierter Beweiswürdigung

auf weitere Abklärungen – wie eventualiter von der Beschwerdeführerin beantragt (Urk. 1 S. 2) – hierzu verzichtet werden (vgl. BGE 122 V 157 E. 1d mit Hinweisen).

Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.

E. 5

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 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG]) und auf Fr.

600.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der Beschwerdeführer in aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600 .-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. 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 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, 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 GräubFrischknecht

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