

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00001 vom 2. Mai 2017**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-05-02, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2016.00001](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00001)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00001 du 2 mai 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00001 del 2 maggio 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 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 aus schliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 1.2**

und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unter schiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E.

3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9 C\_438/2009 vom 26. März 2010 E. 2. 1 mit Hinweisen).

### **E. 1.3**

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 Beschwerdeverfahren 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. 1.4**

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen.

Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch

dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E.

3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C\_261/2009 vom 11. Mai 2009 E.

### **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 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

### **E. 2**

Die Versicherte erhob am 30. Dezember 2015 Beschwerde gegen die Verfügung vom 16. November (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es seien ihr die gesetzlichen Leistungen gemäss Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG) auszurichten (S. 2). Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 11. Februar 2016 (Urk. 5) die Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführerin am 17. Februar 2016 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 7). Das Gericht zieht in Erwägung:

- 1.

#### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) gestützt auf die medizinischen Abklärungen davon aus, dass die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Reinigungsmitarbeiterin als angestammte Tätigkeit zu betrachten sei, da die Beschwerdeführerin keinen Beruf erlernt habe und das Stellenprofil wechselhaft sei. Die Tätigkeit als Reinigungsmitarbeiterin sei ihr aufgrund des schmerzbedingten vermehrten Pausenbedarfs in einem Pensum von 70 % zumutbar. Die Einschränkung des ergonomischen Profils sei als lohnmindernder Faktor in der Höhe von 5 % zu berücksichtigen. Ein Einkommensvergleich ergebe einen Invaliditätsgrad von 33 % (S. 2).

Mit Beschwerdeantwort vom 11. Februar 2016 führte die Beschwerdegegnerin aus, die Einschränkungen aus rheumatologischer und dermatologischer Sicht könnten nicht addiert werden, da sie nicht in einer negativen, gegenseitigen Wechselwirkung stehen würden. Es werde daran festgehalten, dass bei einer adaptierten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 30 % bestehe (S. 1). Ein höherer Leidensabzug als 5 % sei nicht gerechtfertigt (S. 2).

#### **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin vertrat den Standpunkt (Urk. 1), dass die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit aufgrund ihrer Mehrfacherkrankung und der sich daraus ergebenden Einschränkungen derart erschwert sei, dass eine zusätzliche funktionelle Leistungseinbusse zu gewichten und zu berücksichtigen sei (S. 3 Ziff. 3 lit. a). Vorliegend sei zwingend der maximale Leidensabzug von 25 % zu gewähren (S. 8 Ziff. 11).

Schliesslich bestünden klare Anhaltspunkte für eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes zwischen Begutachtungszeitpunkt und Verfügungsersass (S. 3 Ziff. 3 lit. c).

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist ein Rentenanspruch der Beschwerdeführerin.

### **E. 3.1**

Der durch Urteil des hiesigen Gerichts (Prozess Nr. IV.2010.00718, Urk. 6/79) bestätigten rentenablehnenden Verfügung vom 15. Juni 2010 (Urk. 6/76) la gen im Wesentlichen die folgenden medizinischen Berichte zugrunde:

### **E. 3.2**

Am 29. Oktober 2009 (Urk.

### **E. 3.3**

Am 13. Januar 2010 berichteten die Ärzte der Rheumatologie des A.\_\_\_\_ über ihre Abklärung (Urk.

### **E. 3.4**

Urologisch behandlungsbedürftige Erkrankungen fanden sich - nach am 7. und 21. Januar 2010 erfolgten Untersuchungen - bei einem Status nach Mikrohä maturie gemäss Bericht vom 29. Januar 2010 keine (Urk.

### **E. 3.5**

Am 17. Februar 2010 berichteten die Ärzte der Rheumatologie des A.\_\_\_\_ über ihre am 12. Februar

2010 erfolgte Untersuchung (Urk. 6/64/6-9). Dabei nannten sie folgende Diagnosen (Ziff. 1.1) : - mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Fibromyalgie - chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom - ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Status nach Meniskusoperation Knie rechts nach Autounfall im Dezember 2008 ( B.\_\_\_\_ Spital), Status nach Meniskusoperation Knie links November 2005 und April 2006 - Status nach Insertionstendinose der Plantarfaszie 2006, Status nach 2-maliger Infiltration - Asthma bronchiale - Inhalation mit Ventolin - Adipositas (BMI 34.9 kg/m<sup>2</sup>)

Bei der Fibromyalgie handle es sich um eine chronische Erkrankung, eine prognostische Aussage sei hier nicht möglich. Die chronischen lumbospondylogenen Schmerzen seien ebenfalls schwierig zu prognostizieren. Bezüglich der anderen somatischen Problemen bestünden gute Prognosen (S. 2 unten).

Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Fabrikarbeiterin sei seit dem 4. Dezember 2009 keine Arbeitsunfähigkeit attestiert worden (Ziff. 1.6).

Die Beschwerdeführerin könne aufgrund der Schmerzexazerbationen in Schuler, dem Rücken und den Knien keine schweren Lasten heben, sie sei somit in einer Fabrikhalle nicht voll belastbar. Die bisherige Tätigkeit sei ihr zu 100 % zumutbar. Beim Heben von schweren Lasten bestehe dabei eine verminderte Leistungsfähigkeit, da es unter Belastung mit Gewicht zu zunehmenden Gelenkschmerzen komme. Unter wechselbelastender Tätigkeit und ohne schwere Gewichtsbelastung sei die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsfähig (Ziff. 1.7).

### **E. 3.6**

Am 4. März 2010 führte Dr. med. C.\_\_\_\_, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD) der Beschwerdegegnerin, aus, aus versicherungsmedizinischer Sicht könne ab 4. Dezember 2009 von einer vollen Arbeitsfähigkeit in körperlich leichter angepasster Tätigkeit (wechselbelastend, ohne Heben und Tragen von Lasten über 9 kg, unter Vermeidung von Zwangshaltungen) ausgegangen werden. Die bisherige Tätigkeit als Packerin dürfte gemäss den Angaben der Arbeitgeberin (vgl. Urk.

### **E. 6**

/68/4). 4. 4.1

Die am 16.

November 2015 verfügte und vorliegend angefochtene Rentenverweigerung (Urk. 2) beruht im Wesentlichen auf den folgenden medizinischen Berichten: 4.2

Mit Bericht vom 15. Februar 2014 (Urk. 6/98/1-4) führte Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, aus, er behandle die Beschwerdeführerin seit 20 Jahren (S. 1 Ziff. 1.2) und nannte die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 Ziff. 1.1): - Mastozytose - Psoriasis - mehrsegmentale Spondylose - Iliosakralgelenk (ISG)-Arthritis - Fibromyalgie - Gonarthrose beidseits

Die Beschwerdeführerin sei in den zuletzt ausgeübten Tätigkeiten als Schneiderin/Pflegerin/Hausfrau seit zirka 2010 bis immer zu 100 % arbeitsunfähig (S. 2 Ziff. 1.6). Eine behinderungsangepasste Tätigkeit sei momentan ebenfalls nicht möglich (S. 3 Ziff. 1.7). 4.3

Dr. med. D.\_\_\_\_, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation und für Rheumatologie, nannte mit konsiliarischem Bericht vom 4. April 2014 (Urk. 6/106/2-6) die folgenden Diagnosen (S. 2 Ziff. 2): - ausgedehnte generalisierte Psoriasis guttata - axiale Spondylarthritis im Sinne einer Psoriasis-Spondylarthropathie möglich, allerdings ohne aktuelle klinische Entzündungszeichen/ Synovitiden - zusätzliches generalisiertes weichteilrheumatisches Schmerzsyndrom/ Fibromyalgiesyndrom

Aktuell sei die Beschwerdeführerin vor allem wegen der Hautproblematik arbeitsunfähig, von Seiten des Bewegungsapparates bestehe für die zuletzt durchgeführte Tätigkeit als Reinigungsangestellte im Umfang von 8.4 Stunden pro Woche keine ausgewiesene Arbeitsunfähigkeit. Diese müsste dermatologisch dokumentiert und bestätigt werden, in erster Linie sollte jedoch die dermatologische Therapie voll ausgeschöpft werden. Von Seiten des zusätzlichen Fibromyalgiesyndroms bestehe rententechnisch kein Anspruch auf Invalidität/Arbeitsunfähigkeit auf Dauer (S. 5 Ziff. 7). 4.4

Die Ärzte des E.\_\_\_\_, Dermatologische Klinik, führten mit Bericht vom 7. Mai 2014 (Urk. 6/131/3-8) aus, die Beschwerdeführerin sei vom 7. bis 30. Mai 2014 in ihrer Klinik hospitalisiert gewesen (S. 1) und nannten die folgenden, hier gekürzt angeführten Diagnosen (S. 1 f.): - Psoriasis guttata - Psoriasisarthritis mit axialem Befall, Erstdiagnose April 2013 - Transaminasen-Erhöhung unklarer Genese 7. Mai 2014 - Anpassungsstörung in Bezug auf die somatischen Erkrankungen - obstruktive Ventilationsstörung - substituierter Vitamin D-Mangel - anamnestisch Histaminintoleranz - Ausschluss Nahrungsmittelallergie - Medikamentenunverträglichkeiten/-allergien - Unverträglichkeiten von verschiedenen Topika

Nach 3-wöchiger intensiver Therapie habe die Beschwerdeführerin mit deutlich gebesserten Hautverhältnissen wieder nach Hause entlassen werden können (S. 3 unten). Da sie sich durch ihre chronische Erkrankung und die damit verbundenen Einschränkungen im Alltag sowie die Arbeitslosigkeit psychisch stark belastet fühle, sei eine Beurteilung durch die Kollegen der Psychiatrie vorgenommen worden. Dabei habe sich eine Anpassungsstörung im Rahmen der somatischen Erkrankungen gezeigt. Differentialdiagnostisch komme auch eine leichte bis mittelschwere Episode in Frage. In Rücksprache mit der Beschwerdeführerin sei eine antidepressive Therapie mit CipraleX 10mg/Tag begonnen worden. Zudem werde sie nach dem Spitalaufenthalt mit einer ambulanten Psychotherapie beginnen (S. 4 oben). 4.5

Die Ärzte des E.\_\_\_\_, Dermatologische Klinik, nannten mit Bericht vom 20. Januar 2015 (Urk. 6/131/1-2) die folgenden, hier gekürzt angeführten Diagnosen: - Psoriasisarthritis mit axialem und peripheren Befall, Erstdiagnose April 2013 - Psoriasis guttata - Faszitis plantaris beidseits rechtsbetont (Sono 12. März 2014) - substituierter Vitamin D-Mangel - Asthma bronchiale - multiple Unverträglichkeiten/Allergien

Angaben zur Arbeitsfähigkeit wurden nicht gemacht. 4.6

Die Ärzte des E.\_\_\_\_, Klinik für Rheumatologie, nannten mit Bericht vom 22. Januar 2015 (Urk. 6/130 = Urk. 6/131/9-11) die folgenden, hier gekürzt angeführten Diagnosen (S. 1 f.): - Psoriasisarthritis mit axialem und peripheren Befall, Erstdiagnose April 2013 - generalisierte Schmerzausweitung Erstdiagnose 20. Januar 2015 - Epicondylopathia humeri radialis und ulnaris beidseits - substituierter Vitamin D-Mangel - Asthma bronchiale - multiple Unverträglichkeiten/Allergien - Adipositas, BMI 32.5 kg/m<sup>2</sup>

Aus rheumatologischer-somatischer Sicht bestehe eine ganztägige Arbeitsfähigkeit für eine leichte wechselbelastende, überwiegend sitzende Tätigkeit unter Vermeidung von Arbeiten über Schulterhöhe und Heben/Transfer von Gewichten über 10 kg. Bedingt durch die Kumulation der Beschwerden (Rücken /Schulter/Ferse/Haut) im Tagesverlauf, die morgendliche Steifigkeit von bis zu zwei Stunden und den Zeitbedarf für die Behandlung der Hauterkrankung (Hautpflege, Lichttherapie - im Mittel zirka eine Stunde pro Tag) sollte ein maximal 50%iges Pensum möglich sein. Unter Fortführung der antientzündlichen Therapie mit Stelara und Ibuprofen sollte eine Regredienz / Kontrolle der entzündlichen Aktivität zu erwarten sein (S. 3 Mitte). 4.7

Am 6. Februar 2015 erstatteten die Ärzte des Y.\_\_\_\_ ein polydisziplinäres Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 6/127/1-78). Sie stützten sich auf die ihnen überlassenen Akten (S. 6 ff.), die Angaben der Beschwerdeführerin (S. 34 ff.) sowie auf spezialärztliche Untersuchungen in den Fachbereichen Rheumatologie (S. 37 ff.), Psychiatrie (S. 59 ff.) und Dermatologie (S. 67 ff.).

Die Gutachter nannten zusammenfassend die folgenden, hier leicht gekürzt aufgeführten Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 72): - Schmerzen im Bereich des Achsenskelettes und sämtlicher peripherer Gelenke, betont lumbales Achsenskelett sowie Knie- und Schultergelenke - Differentialdiagnose Fibromyalgie in Kombination mit degenerativen Veränderungen, Spondylarthritis bei Psoriasis mit peripherem und axialem Befall - HLA-B27, ANA, Rheumafaktoren und Anti-CCP Antikörper negativ - beginnende mediale Gonarthrose recht und wahrscheinlich auch links - mässige degenerative Veränderungen des Achsenskelettes und aetiologisch unklare Signalalterationen in Lendenwirbelkörper (LWK) 3 - mässige Sakroiliakgelenk (SIG)-Arthrose beidseits -

gemäss Akten jeweils sonographisch Omarthritis rechts Mai 2014, Fasciitis plantaris rechtsbetont (März 2014), Synovitis Grad I MTP I links und rechtes Handgelenk (März 2014) - mögliche Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2) - Differentialdiagnose: reaktive depressive Episode (ICD-10 F32.0) - Psoriasis vulgaris

Dem rheumatologischen Teilgutachten von Dr. med. F.\_\_\_\_, Fachärztin für Rheumatologie und für Allgemeine Innere Medizin (Urk. 6/127/82-104), kann entnommen werden, dass ihres Erachtens die mechanisch/degenerativen, muskulotendinösen und fibromyalgischen Beschwerden im Vordergrund stünden. Selbst bei Vorliegen einer Spondylarthritis sei jedoch aus rheumatologischer Sicht eine Belastung des Bewegungsapparates weiterhin möglich, jedoch mit einigen Einschränkungen, wie sie auch wegen der degenerativen Veränderungen nötig seien.

In beiden Fällen könne der Versicherten aus rheumatologischer Sicht eine leichte, wechselbelastende, rückenadaptierte Tätigkeit unter Ausschluss von sämtlichen Arbeiten mit Zwangshaltungen des Oberkörpers, wiederholten Rotationsbewegungen des Oberkörpers (Einschränkungen wegen der Veränderungen des Achsenskeletts), Arbeiten in der Höhe, dauerndes Arbeiten mit den Armen über der Horizontalen (Einschränkungen wegen Schulterpathologie), repetitives Steigen auf Treppen oder Leitern, Arbeiten in kniender Position sowie Gehen auf unebenem Grund (Einschränkungen wegen der Kniepathologie), weiterhin zugemutet werden. Aufgrund der langjährigen Schmerzsymptomatik und Notwendigkeit, häufige Pausen für Entlastungsstellungen einnehmen zu können, besteht zudem eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit

von

30

%.

Diese Arbeitsfähigkeit gelte ihres Erachtens theoretisch bereits seit 2004, wobei jedoch im Anschluss an die Unfälle, verbunden mit Zuzug der Kniebinnenläsionen, jeweils eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit jeweils bis drei Monate nach dem arthroskopischen Eingriff bestanden habe (S. 19).

Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, schilderte in seinem psychiatrischen Fachgutachten (Urk. 6/127/105-113), dass zusammenfassend aufgrund der zur Verfügung stehenden Angaben und der Untersuchung angenommen werden könne, dass die Explorandin im Rahmen der verschiedenen körperlichen Beschwerden eine Anpassungsstörung mit erhöhter hinterer (richtig wohl: innerer) Anspannung und Ängstlichkeit entwickelt habe, wobei differentialdiagnostisch mittlerweile an eine reaktive depressive Entwicklung gedacht werden müsse. Es müsse bedacht werden, dass der Ehemann in den letzten Jahren an einem Tumor und Herzproblemen erkrankt

sei und mittlerweile eine Invalidenrente beziehen, was diese Entwicklung unterstützen könnte. Aufgrund der Beschreibungen sei anzunehmen, dass eine mögliche Agoraphobie vorliege, indem sich die Explorandin nicht mehr getraue, das Haus alleine zu verlassen und begleitet werden müsse, was aber offenbar

nicht immer der Fall zu sein scheint. Mit grosser Wahrscheinlichkeit spiele die Hauterkrankung eine grosse Rolle, weil sich die Versicherte dadurch schäme. Zur Körperschmerz-Symptomatik liessen sich aus rein psychiatrischer Sicht keine aussagekräftigen Angaben machen. Es besteht offensichtlich eine langjährige

Körperschmerzproblematik, die nur teilweise nachvollzogen werden könnte. Ein ursächlicher Zusammenhang zu einer psychosozial belastenden Situation lässt sich bei dieser Schmerzentwicklung nicht finden, weswegen keine somatoforme Schmerzfehlentwicklung angenommen werden könnte. Es müsste eine eher unspezifische Schmerzstörung angenommen werden, wobei aufgrund des aktuellen psychischen Zustandes eine somatoforme Begleitsymptomatik durchaus eine Rolle spielen könnte. Die Explorandin sei aufgrund der Anpassungsstörung sicher vermindert belastbar, doch lasse sich eine völlige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht begründen. Sie sei weniger stressresistent, die Arbeit sollte daher klar strukturiert sein (S. 7 f.).

Aufgrund der Anpassungsstörung sei anzunehmen, dass die Explorandin vermindert belastbar sei, was sich vorwiegend bei Tätigkeiten bemerkbar machen würde, wo sie unter erhöhtem Zeitdruck arbeiten müsste und die komplex wären. Eine klar strukturierte Tätigkeit ohne Zeitdruck sollte allerdings im vollen Ausmass möglich sein. Es sei anzunehmen, dass die verminderte psychische Belastbarkeit seit etwa Aufnahme der psychologischen Therapie im Juli 2014 bestehe (S. 8).

Die Explorandin stehe in einer ambulanten psychologischen Therapie und es werde eine eher niedrig dosierte antidepressive Behandlung durchgeführt. Aufgrund der Ängste und der Schlafstörungen empfehle sich eine Behandlung mit einem allfällig sedierenden Antidepressivum abends in genügend hoher Dosierung. Es werde auch empfohlen, verhaltenstherapeutische Massnahmen durchzuführen, indem die Explorandin angehalten werden sollte, vermehrt das Haus ohne Begleitung zu verlassen (S. 8 f.).

Dr. med. H. \_\_\_\_, Facharzt für Dermatologie und Venerologie und für Allergologie und klinische Immunologie, führte in seinem dermatologischen Teilgutachten (Urk. 6/127/79-81) aus, die Versicherte leide an einer Psoriasis vulgaris. Der körperliche Befall werde durch den PASI (Psoriasis Severity Index) und den BSA (body surface area) quantifiziert. Von einem PASI und/oder BSA über 10 werde von einer mittelschweren bis schwereren Psoriasis gesprochen. Zum Zeitpunkt der Untersuchung lägen diese Indices an der Grenze von milder zu einer mittelschweren Psoriasis. Ein wichtiger Punkt in der Beurteilung des Leidensdruckes seien die psychischen Beschwerden, die nicht immer mit dem aktuellen Hautbefall korrelierten. Punkt o psychischer Belastung wolle

er auf das psychiatrische Teilgutachten hinweisen. Auffallend sei gewesen, dass die Versicherte im Gespräch vor allem ihre Gelenksbeschwerden, und erst beim Nachfragen dann auch den starken Leidensdruck von Seiten des Hautbefalles angesprochen habe. Ein spezielles Problem scheine der Juckreiz zu sein. Eine Psoriasis sei eine entzündliche Erkrankung und könne somit auch jucken. Die Versicherte habe sich während der ganzen Konsultation

permanent am ganzen Körper gekratzt, was für ihn einen etwas demonstrativen Eindruck hinterlassen habe. Bei einem derart prominenten Juckreiz sei in den verschiedenen medizinischen Berichten diesbezüglich mehr Beachtung zu erwarten gewesen (S. 2 f.).

Beim Status sei eine generell gerötete Haut aufgefallen. Dies würde aber durchaus das Resultat der Lichttherapie sein können. Bei Lichttherapien könnten oft leichte Sonnenbrände nicht verhindert werden. Sollte dies der Grund für den Juckreiz sein, würde dieser aber nach Abklingen des Sonnenbrandes wieder verschwinden müssen.

Aufgrund des Hautstatus und der Beschwerden

könne eine Arbeitseinschränkung

von 30

% attestiert werden. Die Versicherte sei somit zu 70

% arbeitsfähig. Die mechanische Belastung der Hände sollte aber dem Befund der Hände angepasst werden. Das heisst, dass schwere Belastungen und Arbeiten in feuchter Umgebung, bei der die Hände nicht durch Handschuhe geschützt werden könnten, vermieden werden sollten. Zu empfehlen sei die vorgängige Abklärung einer eventuellen Kontaktallergie auf Handschuhe (S. 3 unten).

Zur Frage der Arbeitsfähigkeit führten die involvierten Spezialärzte zusammenfassend aus, die Beschwerdeführerin könne keine mittelschweren und schweren Tätigkeiten ausüben. Leichte, adaptierte Tätigkeiten seien mit einer Einschränkung von 30 % vollschichtig möglich. Adaptierte Tätigkeiten hätten folgende Einschränkungen zu berücksichtigen: Keine Zwangshaltungen des Oberkörpers, wiederholte Rotationsbewegungen des Oberkörpers (Einschränkungen wegen der Veränderungen des Achsenskeletts), Arbeiten in der Höhe, dauerndes Arbeiten mit den Armen über der Horizontalen (Einschränkungen wegen Schulterpathologie), repetitives Steigen auf Treppen oder Leitern, Arbeiten in kniender Position sowie Gehen auf unebenem Grund (Einschränkungen wegen der Kniepathologie). Zudem sollten keine Arbeiten in feuchter Umgebung stattfinden, bei der die Hände nicht durch Handschuhe geschützt werden können (Urk. 6/127 S. 76). Die Versicherte sei ausgebildete Näherin. Diese Arbeit könne ihr, soweit sie das beurteilen könnten, aus gesamtmedizinischer Sicht zu 50 % zugemutet werden (S. 77). 4.8

I. \_\_\_\_, Psychotherapeutin, J. \_\_\_\_, führte mit Bericht vom 16. Februar 2015 (Urk. 6/148/3-4) aus, sie behandle die Beschwerdeführerin seit Juli 2014 ein bis zwei Mal monatlich (S. 1 Ziff. 4), und nannte als Diagnosen eine Anpassungsstörung (ICD-10 F43) sowie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41; S. 1 Ziff. 3). Die Beschwerdeführerin sei aufgrund der somatischen Beschwerden teilweise krankgeschrieben, dies zu 40 % wegen den Gelenkschmerzen (siehe Bericht des Universitätsspitals vom 11. Juli 2014) und aufgrund der Therapien zur Eindämmung der Psoriasis de facto mindestens um weitere 30 %. Unter Berücksichtigung der psychischen Störung im Rahmen der angegebenen Diagnose sei die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsunfähig. 4.9

Dr. med. K. \_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, führte mit Bericht vom 1. April 2015 (Urk. 6/148/1) aus, gemäss Bildgebung liege eine Periarthropathia humero scapularis tendo pascuosa vom Supraspinatustyp rechts vor. Klinisch bestehe nach wie vor eine schmerzhaft bewegungseinschränkende der rechten Schulter für die Elevation und Abduktion bei positivem Jobe-Test. Aktuell würde aufgrund der Schulterproblematik eine Arbeitsunfähigkeit attestiert werden müssen. 4.10

Mit Schreiben vom 7. April 2015 (Urk. 6/148/2) führte Dr. C. \_\_\_\_, gegenüber der Beschwerdeführerin aus, sie müsse Einsprache gegen die Verfügung der Beschwerdegegnerin erheben. Momentan sei die Haut an den Armen und Händen unter intensiver Dauertherapie nur noch leicht entzündet und rissfrei, das heisse kosmetisch akzeptabel. Beine und Gesäss seien immer noch mit offenen Wunden übersät. Wenn die aktuelle intensive Therapie an den Armen abgebrochen oder wenn diese Haut bei einer Arbeit mit irgendwelchen Chemikalien, flüssigen oder gasförmigen, in Kontakt komme,

werde mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit wieder eine spitalbedürftige Verschlechterung eintreten. Sie sei vom medizinischen Standpunkt her und nach seiner Krankheitsbeobachtung seit 2004 für dauernd als 100 % arbeitsunfähig einzustufen. 4.11

Die Gutachter nahmen mit Schreiben vom 2. September 2015 (Urk. 6/158) Stellung zu der von der Beschwerdeführerin geäußerten Kritik am Gutachten. Sie führten insbesondere aus, dass sich die Einschränkungen aus dermatologischer und rheumatologischer nicht addieren würden, was leider so nicht spezifisch in der Schlussbeurteilung aufgeführt worden sei. Von beiden Spezialitäten seien umfangreiche Einschränkungen betreffend Ausgestaltung des Arbeitsplatzes gemacht worden, zusätzlich sei jeweils eine 30%ige Einschränkung gewährt worden. Nach gemeinschaftlicher Diskussion sei jedoch festgehalten worden, dass sich diese nicht addieren oder wechselseitig gegenseitig negativ beeinflussen würden, sodass in einer adaptierten Tätigkeit insgesamt nur eine 30%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe (S. 2). 5. 5.1

Aus den der angefochtenen Verfügung zugrunde liegenden medizinischen Akten geht insofern eine gesundheitliche Verschlechterung seit der letzten Rentenverweigerung hervor, als 2010 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einzig rheumatologische Diagnosen (eine Fibromyalgie und ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom) genannt wurden und nunmehr eine psychiatrische (eine mögliche Anpassungsstörung) sowie eine dermatologische Diagnose (eine Psoriasis vulgaris) hinzugekommen ist. In rheumatologischer Hinsicht wurden Schmerzen im Bereich des Achsen skelettes und sämtlicher peripherer Gelenke, betont lumbales Achsen skelett sowie Knie- und Schultergelenke, festgestellt. 5.2

Vorab ist festzustellen, dass das Y.\_\_\_\_-Gutachten vom 6. Februar 2015 (vorstehend E. 4.7) die praxisgemässen Kriterien für beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen (vorstehend E. 1. 5 ) vollumfänglich erfüllt, so dass für die Entscheidungsfindung darauf abgestellt werden kann. So berücksichtigte es die von der Beschwerdeführer in geklagten Beschwerden in angemessener Weise, wurde in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den Vorakten erstattet und trägt der konkreten medizinischen Situation Rechnung. Die Beurteilung leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ein und die Schlussfolgerungen zu Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit werden ausführlich begründet. Die Beurteilung durch die Gutachter des Y.\_\_\_\_

ist nach dem Gesagten für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend. 5.3

Was die Beschwerdeführerin gegen die Schlüssigkeit des Gutachtens vorbringt (Urk. 1 S. 5 ff. Ziff. 5 ff.), vermag nicht zu überzeugen. So legten die Gutachter in ergänzender Stellungnahme (vgl. E. 4.11) überzeugend dar, dass sie nach gemeinschaftlicher Diskussion zur Einschätzung gelangten, dass sich die Einschränkungen aus dermatologischer und rheumatologischer Sicht nicht addieren oder wechselseitig gegenseitig negativ beeinflussen würden, mithin gesamthaft von einer 30%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen sei. Zudem berücksichtigten die Gutachter die Einschränkungen der Beschwerdeführerin durch die individuelle Festlegung des Leistungsprofils. So kamen sie zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin aufgrund der Veränderungen des Achsen skeletts keine Arbeitstätigkeit ausüben sollte, welche Zwangshaltungen des Oberkörpers oder wiederholte Rotationsbewegungen des Oberkörpers mit sich bringt. Aufgrund der Einschränkungen wegen der Schulterpathologie schlossen die Gutachter Arbeiten in der Höhe und dauern des Arbeiten mit den Armen über der Horizontalen aus.

Des Weiteren sollte die Beschwerdeführerin aufgrund ihrer Einschränkungen wegen der Kniepathologie keine Arbeit nachgehen, welche repetitives Steigen auf Treppen oder Leitern, Arbeiten in kniender Position sowie Gehen auf unebenem Grund beinhaltet. Schliesslich erachten die Gutachter aufgrund der dermatologischen Erkrankung der Beschwerdeführerin Arbeiten in feuchter Umgebung, bei der die Hände nicht durch Handschuhe geschützt werden können, als nicht sinnvoll. Weshalb eine zusätzliche Gewichtung der funktionellen Einbusse vorgenommen werden sollte (vgl. Urk. 1 S. 7 f. Ziff. 10), ist nicht ersichtlich. Auf die Frage, ob ein leitensbedingter Abzug zu gewähren ist, ist gesondert einzugehen (nachstehend E. 6.4 f.). 5.4

Die Beschwerdeführerin macht geltend, die Beschwerdegegnerin habe ihre Abklärungspflicht verletzt, indem sie in psychiatrischer Hinsicht die Möglichkeit einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes nicht näher geprüft habe (Urk. 1 S. 9 Ziff. 13 f.). Der psychiatrische Gutachter des Y.\_\_\_\_ zog die durch die behandelnde Therapeutin gestellten Diagnosen und die von ihr genannte vollständige Arbeitsunfähigkeit (vgl. vorstehend E. 4.8) in Zweifel und erachtete den Bericht im Gesamten aus nachvollziehbaren Gründen als ungenügend. Den Ausführungen des psychiatrischen Gutachters ist hinzu zu fügen, dass die psychiatrische Begutachtung durch den Gutachter des Y.\_\_\_\_ am 15. Januar 2015 erfolgte, mithin nur rund einen Monat früher als der Bericht der behandelnden Therapeutin datiert. Inwiefern es innert dieser kurzen Zeit zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes gekommen sein sollte, wurde nicht überzeugend dargelegt. Der Einwand der Beschwerdeführerin erweist sich damit als nicht stichhaltig. 5.5

Die Beschwerdeführerin macht auch im rheumatologischen/orthopädischen Bereich eine Verletzung der Abklärungspflicht der Beschwerdegegnerin geltend, indem sie auf den Bericht von Dr. K.\_\_\_\_ vom 1. April 2015 (vgl. vorstehend E. 4.9) verweist (Urk. 1 S. 9 f. Ziff. 15 f.). Indes vermag sie auch damit das Gutachten nicht in Zweifel zu ziehen. So nahm die rheumatologische Y.\_\_\_\_-Gutachterin zu diesem Bericht ausführlich Stellung und legte überzeugend dar, dass der neu festgestellten Pathologie von rheumatologischer Seite bereits bei der Bemessung des medizinisch möglichen Belastungsprofils ausreichend Rechnung getragen worden sei (Urk. 6/158 S. 1). Im Übrigen erfüllt der Bericht die beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht nicht (vgl. vorstehend E. 1.5). 5.6

Soweit die Beschwerdeführerin weiter vorbringt, auch im dermatologischen Bereich hätte weiterer Abklärungsbedarf bestanden (Urk. 1 S. 10 Ziff. 17), kann ihr ebenfalls nicht gefolgt werden. Bei Dr. C.\_\_\_\_ handelt es sich um einen die Beschwerdeführerin seit 20 Jahren behandelnden Arzt (vgl. vorstehend E. 4.2). Seine Beurteilung ist mit einer gewissen Zurückhaltung zu würdigen, denn in Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten wie überhaupt von behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten ist auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E.

4.5, 125 V 351 E. 3b/cc). Zudem ist er kein Facharzt der Dermatologie. 5.7

Schliesslich bringt die Beschwerdeführerin vor, die Beschwerdegegnerin habe ihre Abklärungspflicht verletzt, indem sie dem Hinweis der Gutachter, es sei eine allfällige Kontaktallergie auf Handschuhe abzuklären, nicht nachgekommen sei (Urk. 1 S. 10

Ziff. 18). Indes handelt es sich dabei nur um eine Empfehlung, mithin machte der dermatologische Gutachter seine Einschätzung einer 30%igen Arbeitsfähigkeit nicht direkt von einer vorgängigen Abklärung abhängig (Urk. 6/127 S. 71). Eine Verletzung der Abklärungspflicht ist somit nicht ersichtlich. 5.8

Zusammenfassend ist somit mit den Y.\_\_\_\_-Gutachtern davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin leichte, adaptierte Tätigkeiten mit einer Einschränkung von 30 % vollschichtig ausüben kann, wobei adaptierte Tätigkeiten folgende Einschränkungen zu berücksichtigen haben: Keine Zwangshaltungen des Oberkörpers, wiederholte Rotationsbewegungen des Oberkörpers, Arbeiten in der Höhe, dauerndes Arbeiten mit den Armen über der Horizontalen, repetitives Steigen auf Treppen oder Leitern, Arbeiten in knien der Position sowie Gehen auf unebenem Grund und keine Arbeiten in feuchter Umgebung, bei der die Hände nicht durch Handschuhe geschützt werden können.

### **E. 6.1**

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

### **E. 6.2**

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; BGE 135 V 58 E. 3.1; BGE 134 V 322 E. 4.1 mit Hinweis).

Ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die versicherte Person die bisherige Tätigkeit unabhängig vom Eintritt der Invalidität nicht mehr ausgeübt hätte, kann das Valideneinkommen auf Grundlage der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) berechnet werden, wobei die für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren zu berücksichtigen sind (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; BGE 128 V 29 E. 4e; Urteil des Bundesgerichts 9C\_887/2015 vom 12. April 2016 E. 4.2).

### **E. 6.3**

Die Beschwerdegegnerin ging beim Einkommensvergleich davon aus, dass die Beschwerdeführerin bei guter Gesundheit weiterhin als Reinigungsmittelarbeiterin gearbeitet hätte. Sie stützte sich dabei auf die Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik und ging für das Jahr 2014 von einem Jahreseinkommen von rund Fr. 46'202.-- aus. Das Vorgehen der Beschwerdegegnerin zur Ermittlung des Invalideneinkommens wurde von der Beschwerdeführerin nicht gerügt und gibt zu keinen Beanstandungen Anlass.

#### **E. 6.4**

Für die Festsetzung des trotz Gesundheitsschädigung zumutbarerweise noch realisierbaren Einkommens (Invalideneinkommen) ist nach der Rechtsprechung primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welche r die versicherte Person konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der – kumulativ – besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbliebene Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn (BGE 139 V 592 E. 2.3; BGE 135 V 297 E. 5.2; BGE 129 V 472 E. 4.2.1; BGE 126 V 75 E. 3b/aa).

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturserhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3, BGE 135 V 297 E. 5.2; BGE 129 V 472 E. 4.2.1; BGE 126 V 75 E. 3b). Dabei sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (Urteile des Bundesgerichts 9C\_699/2015 vom 6. Juli 2016 E. 5.2, 8C\_78/2015 vom 10. Juli 2015 E. 4 und 9C\_526/2015 vom 11. September 2015 E. 3.2.2; zur Verwendung der aktuellsten statistischen Daten bei Rentenrevisionen vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.8.1 und BGE 133 V 545 E. 7.1). Der Griff zur Lohnstatistik ist subsidiär, das heisst deren Beizug erfolgt nur, wenn eine Ermittlung des Invalideneinkommens aufgrund und nach Massgabe der konkreten Gegebenheiten des Einzelfalles nicht möglich ist (vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.7; BGE 139 V 592 E. 2.3, BGE 135 V 297 E. 5.2; vgl. auch Meyer/Reichmuth, IVG, 3. Aufl., N 55 und 89 zu Art. 28a, mit weiteren Hinweisen auf die Rechtsprechung).

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Mit dem sogenannten Leidensabzug wurde ursprünglich berücksichtigt, dass versicherte Personen, welche in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten und nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nurmehr beschränkt einsatzfähig sind, in der Regel das entsprechende durchschnittliche Lohnniveau gesunder Hilfsarbeiter nicht erreichen. Der ursprünglich nur bei Schwerarbeitern zugelassene Abzug entwickelte sich in der Folge zu einem allgemeinen behinderungsbedingten Abzug, wobei die Rechtsprechung dem Umstand Rechnung trug, dass auch weitere persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie so wie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben können. Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unter durchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall ge

samt haft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75).

#### **E. 6.5**

Die Beschwerdegegnerin stütze sich auch für die Bestimmung des Invaliden einkommens auf die Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik und ging für das Jahr 2014 von einem Jahreseinkommen von rund Fr. 46'202.-- respektive Fr. 32'341.-- in dem zumutbaren Pensum von 70 % aus. Bis auf die Höhe des leidensbedingten Abzuges erhob die Beschwerdeführerin keine Einwände gegen das so bestimmte Invalideneinkommen.

Die Beschwerdegegnerin gewährte aufgrund des eingeschränkten ergonomischen Profils einen leidensbedingten Abzug von 5 %, wohingegen die Beschwerdeführerin geltend macht, es sei der maximale Leidensabzug von 25 % zu gewähren. Die Beschwerdeführerin führte zur Begründung aus, damit sei die funktionelle Einbusse zu berücksichtigen, da sie für die 70%ige Restarbeitsfähigkeit ein derart eingeschränktes Profil aufweise, dass sie zwangs läufig massive Lohneinbussen hinnehmen müsse. Zudem sei ihr fortgeschrittenes Alter zu gewichten.

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung können in der Beurteilung des medizinischen Zumutbarkeitsprofils enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzuges einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunktes führen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_75/2008 vom 14. November 2008 E. 4.3). Laut Gutachten ist der Beschwerdeführerin eine angepasste Tätigkeit zu 70 % zumutbar. Den gesundheitlichen Einschränkungen wurde im Rahmen der medizinisch zumutbaren Arbeitsfähigkeit und des umschriebenen Anforderungsprofils an den Arbeitsplatz Rechnung getragen. Auch ein Abzug aufgrund des fortgeschrittenen Alters erscheint nicht gerechtfertigt, schliesslich war die Beschwerdeführerin im Gutachtens- und Verfügungszeitpunkt erst 53 Jahre alt. Schliesslich spricht auch der Umstand, dass die Beschwerdeführerin seit langer Zeit in der Schweiz lebt (seit 1980; vgl. Urk. 6/127/61 unten) und eine Ausbildung absolviert hat, nicht für die Gewährung eines leidensbedingten Abzuges. Insgesamt sind somit keine persönlichen und beruflichen Merkmale ersichtlich, welche einen behinderungsbedingten Abzug rechtfertigen.

#### **E. 6.6**

Da sowohl das Valideneinkommen wie auch das Invalideneinkommen in angepasster Tätigkeit anhand der selben Tabellenlöhne der LSE

zu ermitteln sind, kann rechnerisch ein Prozentvergleich vorgenommen werden. Der Invaliditätsgrad entspricht somit der attestierten Arbeitsunfähigkeit von 30 %. Damit besteht kein Anspruch auf eine Rente.

Zum gleichen Ergebnis führt, wenn mit der Beschwerdegegnerin ein Abzug von 5 % gewährt würde, womit der Invaliditätsgrad rund 34 % betrüge, oder in Anlehnung an das Urteil des hiesigen Gerichts von 2011 (Urk. 6/79) ein solcher von 10 %, womit der Invaliditätsgrad 37 % betrüge.

#### **E. 6.7**

Zusammenfassend ist daher festzuhalten, dass sich zwar der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin seit der letztmaligen Rentenverneinung im Juni 2010 im Vergleich zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung im November 2015 verschlechtert hat. Ein Anspruch auf eine Invalidenrente resultiert daraus jedoch nicht,

weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

#### **E. 7**

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 900.-- anzu setzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Walter Keller - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

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

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