

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00530 vom 30. Mai 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-05-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00530

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00530 du 30 mai 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00530 del 30 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

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 (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen). 1. 3

Sowohl im Rahmen einer erstmaligen Prüfung des Rentenanspruches als auch anlässlich einer Rentenrevision (Art.

E. 4

November 2015 (Urk.

E. 4.1

Obwohl die ursprüngliche, in Rechtskraft erwachsene Verfügung vom 9. Juni 2009 (Urk. 7/35) mit „Keine Kostengutsprache für Umschulung“ betitelt ist, hat die Beschwerdegegnerin darin nicht nur den Anspruch der Beschwerdeführerin auf berufliche Eingliederungsmassnahmen, sondern auch deren Rentenanspruch verneint (Urk. 7/35 S. 3). Anschliessend meldete sich die Beschwerdeführerin am 9. September 2014 erneut zum

Leistungsbezug bei der Beschwerdegegnerin an (Urk. 7/44), welche den Sachverhalt in materieller Hinsicht abklärte und einen Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin mit der angefochtenen Verfügung vom 5. April 2016 (Urk. 2) erneut verneinte.

E. 4.2

In zeitlicher Hinsicht steht daher die Entwicklung des anspruchsrelevanten Sachverhalts im Vergleichszeitraum

seit Erlass der erstmaligen leistungsverneinenden Verfügung vom 9. Juni 2009 bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 5. April 2016 (Urk. 2) im Streit. 5. 5.1

Die leistungsverneinende Verfügung vom 9. Juni 2009 (Urk. 7/35) erging im Wesentlichen gestützt auf den Bericht von Dr. B.____

vom 6. Juni 2008 (Urk. 7/14/7) und die Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes der Beschwerdegegnerin (RAD) vom 24. Januar 2009 (Urk. 7/30/4). 5.2

Dr. med. B.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostizierte mit Bericht vom 6. Juni 2008 (Urk. 7/14/7) eine Mittelfussarthrose rechts und erwähnte, dass am 30.

August 2007 eine Arthrodese zwischen Os naviculare und Os cuneiforme mediale rechts durchgeführt worden sei. Nach einem etwas verzögerten Heilungsverlauf sei die Situation gegenwärtig deutlich besser als präoperativ. Vom 13. Juni 2007 bis 14. Januar 2008 habe in Bezug auf die Tätigkeit als Tanzlehrerin beziehungsweise Tänzerin eine vollständige Arbeitsunfähigkeit und ab 15. Januar 2008 bis auf Weiteres eine solche von 75 % bestanden. In behinderungsangepassten Tätigkeiten sei indes von einer vollen Erwerbstätigkeit auszugehen. 5.3

RAD-Arzt Dr. med. C.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte in seiner Stellungnahme vom 24. Januar 2009 (Urk. 7/30/4) aus, dass gestützt auf die Beurteilung durch Dr. B.____ davon auszugehen sei, dass für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Tanzlehrerin vom 13. Juni 2007 bis 14. Januar 2008 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit und ab 15. Januar 2008 bis auf Weiteres eine solche von 75 % bestanden habe. Der Beschwerdeführer in sei indes ab Dezember 2008 die Ausübung einer behinderungsangepassten, körperlich leichten und überwiegend sitzenden Tätigkeit, ohne Heben und Tragen von Lasten, im Umfang eines Arbeitspensums von 100 % zuzumuten. 6. 6.1

Für die Invaliditätsbemessung bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 5. April 2016 (Urk. 2) gilt es die folgenden, massgebenden medizinischen Akten zu prüfen: 6.2

Die Ärzte der Universitätsklinik D.____, Kniechirurgie, stellten in ihrem Bericht vom 12. Februar

2014 (Urk. 7/95/86-87) die folgenden Diagnosen (S.

1): - chronische Schmerzen Knie links mit/bei: - Femoropatellararthrose Knie links - Trochleadyplasie sowie Patella alta - valgische Beinachsen

Sie erkannten, dass auf Grund der starken Schmerzen und des Nichtansprechens auf eine intraartikuläre Infiltration eine operative Versorgung nicht indiziert sei (S. 2). 6.3

Dr. med. E.____, Facharzt für Chirurgie, Leitender Arzt Chirurgie des Spitals F.____, führte am 29. August 2014 (Urk. 7/95/84-85) aus, dass die Beschwerdeführerin unter einer

fortschreitenden Gonarthrose im Bereich des linken Kniegelenks leide. Anlässlich einer arthroskopischen Untersuchung sei eine zunehmende Knorpeldestruierung festgestellt worden. Da die Beschwerdeführerin zunehmend bewegungseingeschränkt sei und ihrer Arbeit nicht mehr nachgehen könne, sei die Indikation für einen künstlichen Kniegelenkersatz gegeben (S. 2). 6.4

Mit Bericht vom 9. September 2014 (Urk. 7/95/77-78) stellte Dr. B.____ fest, dass die Beschwerdeführerin unter einer komplexen, unklaren Schmerzproblematik am linken Kniegelenk leide. Obwohl sie an einer objektivierbaren, leichten Femoropatellararthrose leide, entspreche das klinische Bild eher einer Algodystrophie, ohne die üblichen dystrophen Veränderungen. Von einer operativen Behandlung im Sinne einer Implantation einer Kniegelenks totalprothese sei keine Verbesserung zu erwarten (S. 1). Indiziert seien viel mehr eine rheumatologische Abklärung und eine Schmerzbehandlung (S. 2).

In seinem Bericht vom 22.

September

2014 (Urk. 7/49/6-7) erwähnte Dr. B.____, dass die Beschwerdeführerin seit dem Jahre 2007 sporadisch in seiner Behandlung gestanden habe, initial wegen einer Fussproblematik rechts und ab Frühjahr 2011 wegen Schmerzen im rechten Knie, und stellte die folgenden Diagnosen (S. 1): - Arthrose im Mittelfuss rechts mit/bei Status nach Arthrolyse zwischen Os naviculare und Os cuneiforme mediale rechts am 30. August 2007 - Status nach Metallentfernung am Mittelfuss rechts am 15. September 2008 - Femoropatellararthrose links mit unklarem Schmerzsyndrom

Er führte aus, dass die Beschwerdeführerin seit dem Jahre 2011 unter zunehmenden peripatellären Kniebeschwerden links leide, und dass eine Magnetresonanztomographie (MRI) des linken Kniegelenks vom 10. Mai 2013 eine Patella alta, eine Trochleadysplasie und eine deutliche Femoropatellararthrose mit lateral bis auf den Knochen reichenden Knorpelverdünnungen und mit einem subchondralen Knochenmarksödem ergeben habe (S. 1).

Die Beschwerdeführerin, welche ursprünglich als Tänzerin und anschliessend als Choreographin und Musiklehrerin gearbeitet habe, sei seit längerer Zeit im Umfang von 100 % arbeitsunfähig. Die Ausübung einer rein sitzenden Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin indes wahrscheinlich zuzumuten (S. 2).

6.5

Die Ärzte der G.____, stellten mit Bericht vom 20. Dezember 2014 (Urk. 7/65) die folgenden Diagnosen (S. 1): - symptomatische femoropatelläre Arthrose links mit/bei: - deutlicher Oberschenkelatropie links, ausgeprägte Valgusdeformation links und rechts mit deutlicher Lateralisierung der Patella - subchondraler Knochenmarksreaktion, Patella alta, Trochleadysplasie - lumbospondylogenes Syndrom linksbetont mit/bei: - Wirbelsäulenfehlform mit Hyperlordose lumbal und Abflachung der Kyphose der Brustwirbelsäule (BWS) - Wirbelsäulenfehlhaltung mit muskulärer Dysbalance - Tendenz zur Hyperlaxität - anamnestisch Asthma bronchiale - kurze depressive Anpassungsstörung (gegenwärtig nicht voll erfüllt)

Eine am 6. Februar 2014 durchgeführte MRI des linken Kniegelenks habe unter anderem einen Lateralversatz der Patella, eine Trochleadysplasie und tiefe, grossflächige Knorpeldefekte der Trochlea

femoris

lateralis sowie fortgeschrittene, tiefe, grossflächige Knorpeldefekte der Patella lateral und eine regrediente

subchondrale Knochenmarksreaktion ergeben (S. 1).

Es sei eine nochmalige orthopädische Beurteilung des linken Kniegelenks in einer entsprechend spezialisierten Klinik mit der Frage nach allfälliger Korrektureosteotomie und/oder Knorpelersatztherapie angezeigt. In psychischer Hinsicht habe die Berufsuntauglichkeit als Tanzlehrerin bei der Beschwerde führerin zu einer Niedergeschlagenheit geführt (S. 2). 6.6

Die Ärzte der H.____ Klinik, Orthopädie Untere Extremitäten, diagnostizierten mit Bericht vom 4. März 2015 (Ur. 7/66) eine symptomatische femoropatelläre Arthrose links mit beginnender Pangenarthrose (S. 1) und erwähnten, dass eine konventionell radiologische Untersuchung des linken Kniegelenks der Beschwerdeführerin eine massive Patellafemoralarthrose sowie beginnende Pangenarthrose links ergeben habe. Eine MRI vom 26. Februar 2015 habe zusätzlich femoropatelläre Dysplasien, eine Subluxation der Patella sowie eine kleine, basisnahe Unterflächenläsion des medialen Meniskus dorsal gezeigt. Eine prothetische Versorgung sei auf Grund des jungen Alters der Beschwerdeführerin nicht indiziert und ein Patellarückflächenersatz sei bei beginnender Pangenarthrose nicht indiziert. Angezeigt seien vielmehr regelmässige therapeutische Kniegelenksinfiltrationen links und Physiotherapie (S. 2). 6.7

Dr. med. I.____, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, erwähnte in ihrem Bericht vom 1. April 2015 (Urk. 7/68), dass die Beschwerdeführerin seit 8. Januar 2015 im Rahmen einer delegierten Psychotherapie in ihrer Behandlung stehe, und führte aus, dass bei der Beschwerdeführerin neben ihrem Kniegelenksleiden eine depressive Störung mit Antriebsarmut, Erschöpfung, Schlafschwierigkeiten, reduzierter Leistungs- und

Belastungsfähigkeit, Ängsten, emotionalen Schwankungen und Selbstzweifeln aufgetreten sei. Gegenwärtig bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % und es sei auf Grund des chronischen Krankheitsverlaufs eine berufliche Integration nicht zu erwarten. Auf Grund der depressiven Symptome sei die Beschwerdeführerin sodann auch in der Bewältigung des Alltags erheblich beeinträchtigt. 6.8

Die Ärzte des A.____ erwähnten in ihrem Gutachten vom 4. November 2015 (Urk. 7/95/1-46), dass die Beschwerdeführerin in der Zeit vom 24. bis 27.

August 2015 ambulant allgemeinmedizinisch beziehungsweise internistisch, orthopädisch und psychiatrisch untersucht worden sei (S.

1

f.) und stellten die folgenden Diagnosen (S. 37 f.):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Pangenarthrose links, femoropatellar betont mit chronifizierter

Schmerzsymptomatik bei: - grossflächigen Knorpeldefekten der Trochlea

femoris

lateralis und an der Patella lateral,

Patella alta

- Gelenkspaltverschmälerung leichten Grades media und lateral mit leichter

Osteophytenbildung - Verschmächtigung der Oberschenkelmuskulatur links - Patellaspitzensyndrom bei initialer Femoropatellararthrose rechts - chronisch rezidivierendes lumbosakrales Schmerzsyndrom mit aktivierter Facettarthrose und perisakraler

Ligamentopathie bei : - lumbosakraler

Hyperlordosierung und geringer Skoliose - muskulärer Dysbalance und Insuffizienz - Adipositas - Morphin-Medikation - depressive Episode, gegenwärtig leicht gradig ausgeprägt - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit : - Asthma bronchiale - arterielle Hypertonie - Übergewicht - Allergien auf Penicillin und Paracetamol - Hypokaliämie - Eisenmangel - Fussinsuffizienz leichten Grades bei Status nach Arthrodese des Mittelfusses rechts am 4. März 2015 - Status nach Beinvenenthrombose links 2014 - konstitutionelle Laxität

Die Gutachter führten aus, dass anlässlich der klinischen orthopädischen Untersuchung keine objektivierbaren Reizerscheinungen, keine Schwellungen, kein Erguss und keine Rötung des linken Kniegelenkes festzustellen gewesen seien. Eine Röntgenuntersuchung des linken Kniegelenkes habe eine leichte Pangenarthrose sowie eine laterale Subluxation der Patella mit Zeichen einer Femoropatellararthrose und eine MRI des linken Kniegelenkes Knorpeldefekte der

Trochlea

femoris und der Patella lateralseitig ergeben. Aus orthopädischer Sicht leide die Beschwerdeführerin im Bereich ihres linken Kniegelenkes daher unter einer leichten

Pangenarthrose mit dominierenden Knorpelschäden im femoropatellaren Gelenk. Obwohl die Umfangsminderung des linken Oberschenkels auf eine relevante Funktionsstörung des linken Kniegelenkes schliessen lasse, bestehe eine erhebliche Diskrepanz zwischen den angegebenen massiven Bewegungsschmerzen und dem klinisch blühenden Befund des linken Kniegelenkes (S. 38). Die disponierenden Faktoren für die Arthroseentstehung

seien die hochgradige Valgusstellung an beiden Kniegelenken und eine konstitutionelle ligamentäre

Laxität.

Die Röntgenaufnahmen der Lendenwirbelsäule (LWS)

hätten eine lumbosakrale

Facettenarthrose bei verstärkter Lordosierung und geringer links konvexer Skoliose gezeigt. Im Bereich der Lendenwirbelsäule leide die Beschwerdeführerin unter einer lumbosakralen, hyperlordotischen Dekompensation leichteren Grades mit Irritationen an den Fazetten und perisakralen Ligamenten. Demgegenüber sei der operativ versorgte rechte Mittelfuss

gegenwärtig asymptomatisch. Die festgestellten internistischen Befunde seien ohne relevante Einflüsse auf die Arbeitsfähigkeit .

Aus psychiatrischer Sicht leide die Beschwerdeführerin unter einer gegenwärtig leichtgradig ausgeprägten depressiven Episode

und unter einer Schmerzstörung . Die Symptomatik und der Krankheitsverlauf rechtfertigten die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (S. 39) . Durch die somatische Erkrankung sei es zu einem Verlust der beruflichen Identität der Beschwerdeführerin gekommen

(S. 44). Aus psychiatrischer Sicht sei die Beschwerdeführerin im Umfang von ungefähr 30 % in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt (S. 35).

Der Beschwerdeführerin sei ihre bisherige Tätigkeit als Tanzlehrerin nicht mehr zuzumuten. Es sei ihr indes die Ausübung behinderungsangepasster, körperlich leichter, vorwiegend sitzender und wechselbelastender Tätigkeiten, bei einem vermehrten Pausenbedarf, ohne Treppensteigen, ohne regelmässiges Gehen auf unebenem Boden und ohne Arbeiten in kniender oder kauender Stellung im Umfang eines Arbeitspensums von insgesamt 50 % zuzumuten (S. 41) .

Mit Mail vom 17. September 2015 (Urk. 7/93) teilte der den orthopädischen Teil des Gutachtens

der Ärzte des A.____ mitverfassende Dr. med. J.____ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates , der Beschwerdegegnerin mit, dass die Beschwerdeführerin anlässlich einer nach den gutachterlichen Untersuchungen durchgeführten Abschlussgespräche eine CD mit Röntgenbildern einer anderen Explorandin mitgenommen habe, wobei nicht klar sei , ob die Beschwerdeführerin von den Mitarbeitenden des A.____

eine falsche CD erhalten habe, oder ob sie diese selbst von einem Tisch in dem Raum , in welchem das Abschlussgespräch mit der Beschwerdeführerin stattgefunden habe, zu sich genommen habe. Beim Verfassen des Gutachtens seien indes ausschliesslich Röntgenbilder der Beschwerdeführerin berücksichtigt worden . 6.9

Dr. C.____ vom RAD empfahl mit Einschätzungen vom 3. Dezember 2015 und vom 8. Januar 2016, auf das A.____ -Gutachten abzustellen und von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in leidensangepasster Tätigkeit auszugehen. Als weitere medizinische Massnahmen empfahl Dr. C.____ eine psychiatrisch- pharmakologische und psychiatrisch-psychologische Behandlung. Diese Behandlung sei medizinisch indiziert und geeignet, die Arbeitsfähigkeit auf 100 % in leidensangepasster Tätigkeit zu verbessern (Urk. 7/100 S. 3 ff.). 6.10

Mit Schreiben vom 18. Dezember 2015 (Urk. 3 = Urk. 7/103/17-18) nahmen die Ärzte der H.____ Klinik zum Gutachten der Ärzte des A.____ vom 4.

November 2015 Stellung und erwähnten, dass sie im Gegensatz zu den Gutachtern des A.____ keinen blauen Befund im Bereich des linken Kniegelenks erhoben hätten. Vielmehr hätten die Beschwerden im Bereich des linken Knies klar dem patellofemorale und laterale Kompartiment zugeordnet werden können und eine zweimalige Infiltration habe wenigstens vorübergehend je zu einer Besserung der Beschwerden geführt. Sie erwähnten sodann , dass die Beschwerdeführerin am 7. Dezember 2015 an der H.____

Klinik an ihrem linken Knie operiert worden sei. Dabei sei eine Geradstellung des linken Beines durchgeführt worden, um die laterale Patella und das laterale Kompartiment des linken Kniegelenks zu entlasten. Von dieser Operation habe sich die Beschwerdeführerin relativ gut erholt. 6.11

Dr. I. ___ führte in ihrem Bericht vom 24. Juni 2016 (Urk. 13/2) aus, dass die Beschwerdeführerin auf Grund der chronischen Schmerzen im Bereich ihres linken Kniegelenks an einer depressiven Störung leide. Gegenwärtig bestehe weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (S.

1). Durch die bisherige psychotherapeutische Behandlung habe eine gewisse psychische Stabilisierung erreicht werden können. Die schmerzinduzierten depressiven Symptome hätten wegen der persistierenden arthrotischen Erkrankung indes nicht wesentlich verbessert werden können (S. 2). 6.1 2

Dr. med. K. ___ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates , stellte in seinem Bericht vom 30. Juni 2016 (Urk. 13/4) die folgenden Diagnosen (S. 1): - Knieschmerzen links mit/bei: - bikompartimentär betonte r Gonarthrose links - Status nach varisierender

suprakondylärer

Femurostomie vom 7. Dezember 2015 mit Plattenosteosynthese der lateralen Femur corticalis

Er erwähnte, dass die von der Beschwerdeführerin angegebenen Beschwerden teilweise sowohl durch die Platten (-osteosynthese) als auch durch die persistierenden arthrotischen Beschwerden intraartikulär bedingt seien. Durch die Operation (vom 7. Dezember 2015) seien die Beschwerden nicht gänzlich verschwunden. Nach einer Infiltration sei das linke Kniegelenk indes deutlich beschwerdeärmer gewesen. Eine Entfernung des Osteosynthesematerials

sei nicht vor einem Jahr postoperativ angezeigt (S. 1).

7.

E. 7

/102

= Urk. 2) einen Rentenanspruch der Versicherten . 2.

Gegen die Verfügung vom 5. April 2016 (Urk. 2) erhob die Versicherte am 4.

Mai 2016 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei die IV-Stelle zu verpflichten, ihr die gesetzlichen Leistungen und insbesondere eine Invalidenrente auszurichten (S. 2).

Mit Beschwerdeantwort vom 13. Juni 2016 (Urk. 6) beantragte die Beschwerdeführerin die Abweisung der Beschwerde. Mit Replik vom 11. November 2016 (Urk.

E. 7.1

Vorweg festzuhalten ist, dass die sozialversicherungsrechtliche Qualifikation, welche von der IV-Stelle gestützt auf den Haushaltabklärungsbericht vom 3. November 2008 (Urk. 7/27) und damit im Vergleich zur rentenabweisenden Verfügung vom 9. Juni 2009 (Urk. 7/35) unverändert mit als zu 50 % Erwerbstätige und zu 50 % im Haushalt Tätige beziffert

wurde, vorliegend offen gelassen werden kann. Denn selbst wenn die Beschwerdeführerin als zu 100 % Erwerbstätige qualifiziert würde, was angesichts der Erwerbsbiographie eher unwahrscheinlich sein dürfte (Urk. 7/15, Urk. 7/27, Urk. 7/42, Urk.

7/51), ergäbe sich - wie nachfolgend zu zeigen ist - kein rentenbegünstigender Invaliditätsgrad. Damit erübrigen sich auch weitere Abklärungen betreffend Einschränkungen im Haushaltsbereich.

Weiter ist festzuhalten, dass im Vergleich zum Zeitpunkt der Verfügung vom 9.

Juni

2009 (Urk. 7/35) mit den Kniebeschwerden eine Veränderung des Gesundheitszustandes eingetreten ist. Zu prüfen ist daher, ob nunmehr eine rentenrelevante Einschränkung vorliegt. 7. 2

Den erwähnten medizinischen Akten ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin im Vergleich zur Situation bei Erlass der ursprünglichen Verfügung vom 9. Juni 2009 unter neu aufgetretenen chronischen Schmerzen im Bereich ihres linken Kniegelenks litt.

Während die Ärzte der Universitätsklinik D.____ am 12. Februar 2014 (vorstehend E. 6.2) und Dr. B.____ in seinen Berichten vom 9. und vom 22. September 2014 (vorstehend E. 6.4) übereinstimmend eine Femoropatellararthrose im Bereich des linken Knie

feststellten und davon ausgingen, dass die chronischen Schmerzen im Bereich des linken Kniegelenks mindestens teilweise dadurch verursacht worden seien, stellte Dr. E.____

am 29. August 2014 (vorstehend E. 6.3) zusätzlich eine fortschreitende Gonarthrose im Bereich des linken Kniegelenks fest. Damit übereinstimmend stellten auch die Ärzte der H.____ Klinik am 4. März 2015 (vorstehend E. 6.6) eine symptomatische femoropatelläre Arthrose links mit beginnender Pangonarthrose,

femoropatelläre Dysplasien, eine Subluxation der Patella sowie eine kleine

Unterflächenläsion des medialen Meniskus dorsal fest. Demgegenüber gingen die Ärzte des A.____ in ihrem Gutachten vom 4.

November

2015 (vorstehend E. 6.8) davon aus, dass die Beschwerdeführerin in somatischer Hinsicht neben einem

chronischen rezidivierenden lumbosakralen Schmerzsyndrom unter einer Pangonarthrose, femoropatellar betont, mit chronifizierter

Schmerzsymptomatik

im Bereich des linken Kniegelenks leide. In der Folge wurde die Beschwerdeführerin am 7. Dezember 2015 an ihrem linken Knie indes operativ mittels einer variierenden

suprakondylären

Femurosteotomie mit Plattenosteosynthese der lateralen Femur corticalis behandelt, worauf Dr. K.____

in seinem Bericht vom 30. Juni 2016 (vorstehend E. 6.11) feststellte, dass die Beschwerden durch die Operation vom 7. Dezember 2015 zwar reduziert worden, jedoch nicht vollständig verschwunden seien. Er ging sodann davon aus, dass die

Beschwerdeführerin gegenwärtig sowohl unter intraarticulären Beschwerden als auch unter durch die Plattenosteosynthese verursachten Beschwerden leide.

E. 7.3

In psychischer Hinsicht stellten die Ärzte der G.____ am 20. Dezember 2014 (vorstehend E. 6.5) eine durch die Berufsuntauglichkeit als Tanzlehrerin verursachte kurze depressive Anpassungsstörung fest. Demgegenüber vertrat Dr. I.____ in ihren Berichten vom 1. April 2015 (vorstehend E. 6.7) und vom 24. Juni 2016 (vorstehend E. 6.11) die Ansicht, dass die Beschwerdeführerin unter einer durch das Kniegelenksleiden ausgelösten depressiven Störung leide. Die Ärzte des A.____ gingen in ihrem Gutachten vom 4. November 2015 (vorstehend E. 6.8) schliesslich davon aus, dass die Beschwerdeführerin in psychischer Hinsicht unter einer gegenwärtig leichtgradig ausgeprägten depressiven Episode und unter einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren leide, und dass sie aus psychischen Gründen im Umfang von ungefähr 30 % und aus psychischen und somatischen Gründen insgesamt im Umfang von 50 % in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei .

E. 7.4

Der Beschwerdeführerin kann nicht gefolgt werden, insoweit sie die Meinung vertritt, dass auf das Gutachten der Ärzte des A.____ vom 4. November 2015 (vorstehend E. 6.8) nicht abgestellt werden könne, weil die Gutachter darin die Röntgenbilder einer anderen Person beurteilt hätten (Urk. 1 S. 5 f.). Denn der am Verfassen des Gutachtens der Ärzte des A.____ vom 4. November 2015 mit beteiligte Dr. J.____ führte in seiner Stellungnahme vom 17. September 2015 (vgl. vorstehend E. 6.8) plausibel aus, dass die Gutachter des A.____ beim Verfassen des Gutachtens ausschliesslich die Röntgenbilder der Beschwerdeführerin berücksichtigt hätten, und dass der Umstand, dass die Beschwerdeführerin nach den Untersuchungen eine CD mit Röntgenbildern einer anderen Person mit nach Hause genommen habe, keinen Einfluss auf den Inhalt des Gutachtens gehabt habe. Diese Beurteilung vermag zu überzeugen. Auf einen eingeschränkten Beweiswert des Gutachtens der Ärzte des A.____

vom 4.

November 2015 lässt sich daraus jedenfalls nicht schliessen.

E. 7.5

In Bezug auf das Gutachten der Ärzte des A.____ vom 4. November 2015 (vorstehend E. 6.8) gilt es sodann zu beachten , dass ein Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates (Dr. J.____) daran mitwirkte . Insofern entspricht das Gutachten der Rechtsprechung , wonach bei der Begutachtung von Kniegelenksbeschwerden

in der Regel dann ein orthopädischer Facharzt beteiligt sein muss , wenn ein wesentlicher Teil der die Heilbehandlung betreffenden medizinischen Akten von orthopädischen Fachärzten stammt , und wenn bereits verschiedene operative Eingriffe zu Behandlungs- und/oder Diagnosezwecken erfolgt sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_419/2014 vom 23. September 2014 E. 7.2).

8. 8.1

In psychiatrischer Hinsicht wurden im A.____ -Gutachten vom 4. November 2015, wie bereits erwähnt, eine depressive Episode, gegenwärtig leichtgradig ausgeprägt, und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren diagnostiziert sowie eine 30%ige Einschränkung aus psychiatrischer Sicht attestiert.

Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (Urk. 12 S. 4 f.) überzeugen die von den A.____ -Gutachtern gestellten Diagnosen. Dabei blieb die Diagnose der chronischen Schmerzstörung grundsätzlich unbestritten (vgl. Urk.

1, Urk.

12). Es ist somit von einer solchen auszugehen, zumal sie sich im Wesentlichen übereinstimmend aus den Akten ergibt (Urk. 7/68, Urk. 7/95, Urk.

13/2), wobei in den Berichten von Dr. I.____ zwar keine entsprechende Diagnose genannt wurde, die Schmerzen jedoch als zentrale Beschwerden und auch als Auslöser der depressiven Erkrankung beschrieben wurden.

In Bezug auf den Schweregrad der depressiven Erkrankung („gegenwärtig leichtgradig ausgeprägt“) bestehen sodann keine Gründe von der Einschätzung der A.____ -Gutachter abzuweichen. Insbesondere geht aus dem Bericht der Ärzte der G.____ vom 20. Dezember 2014 (Urk. 7/65) bloss eine kurze depressive Anpassungsstörung (derzeit nicht voll erfüllt) beziehungsweise eine deutliche Niedergeschlagenheit hervor. Ebenfalls ergibt sich aus den Berichten von Dr. I.____ (Urk. 7/68, Urk. 13/2) keine schwerwiegendere depressive Erkrankung. So ist den Berichten zum einen keine entsprechende Diagnose zu entnehmen. Zum anderen kann aus der attestierten erheblichen Beeinträchtigung der Befindlichkeit und der Bewältigung des Alltags sowie der 100%igen Arbeitsunfähigkeit nicht ohne Weiteres auf eine invaliden versicherungsrechtlich relevante depressive Erkrankung geschlossen werden, zumal den geklagten Schmerzen in den Berichten eine überwiegende Bedeutung zukommt und somit nicht ausgeschlossen werden kann, dass die Einschränkungen im Wesentlichen auf die Schmerzstörung zurückzuführen sind. Dies gilt umso mehr, als explizit erwähnt wurde, dass sich die depressive Erkrankung aufgrund der Schmerzen begleitend entwickelt habe, womit die depressive Erkrankung als Begleiterscheinung eines psychogenen Schmerzgeschehens einzustufen ist. 8.2

Die depressive Episode, gegenwärtig leichtgradig ausgeprägt, vermag die Arbeitsfähigkeit aus invaliden versicherungsrechtlicher Sicht nicht einzuschränken (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_506/2014 vom 10. November 2014 E.

4.2). Sie hat des Weiteren als blosse Begleiterscheinung zum unklaren Beschwerdebild invaliditätsrechtlich keine weiter gehende Bedeutung (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_667/2013 vom 29. April 2014 E. 4.3.1). Die von den A.____ -Gutachtern attestierte 30%ige Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht vermag dementsprechend in Bezug auf die depressive Erkrankung nicht zu überzeugen. Diesbezüglich ist auch auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung hinzuweisen, wonach es nicht alleine Sache der mit dem konkreten Einzelfall gutachtlich befassten Arztpersonen ist, selber abschliessend und für die rechtsanwendende Stelle verbindlich zu entscheiden, ob das medizinisch festgestellte Leiden zu einer andauernden oder

vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit in bestimmter Höhe und Ausprägung führt.

Vielmehr hat die rechtsanwendende Instanz die ärztliche Stellungnahme zur Arbeitsfähigkeit auf ihre beweisrechtlich erforderliche Schlüssigkeit hin zu überprüfen (v

gl. BGE

140

V

193 E. 3.2-3.3).

Dass die attestierte 30%ige Arbeitsunfähigkeit nicht zu überzeugen vermag, gilt umso mehr, als die Beschwerdeführerin - soweit sich dies aus den Akten erheben lässt - bislang auf eine antidepressive medikamentöse Therapie verzichtet hat, welche grundsätzlich zumutbar ist (vgl. Urk. 7/95/36 Ziff. 4.3.7, Urk. 7/100 S. 4). 8.3

Zu prüfen ist demnach, ob die diagnostizierte chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren eine 30%ige Arbeitsunfähigkeit zu begründen vermag. 8.3.1

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

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

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

Beweisrechtlich entscheidend ist der Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4):

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

Die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen, das heisst das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz unter dem Komplex "Gesundheitsschädigung") auf den tatsächlichen Leidensdruck hin. Dies gilt allerdings nur, solange das betreffende Verhalten nicht durch das laufende Versicherungsverfahren

beeinflusst ist. Nicht auf fehlenden Leidensdruck zu schliessen ist, wenn die Nichtinanspruchnahme einer empfohlenen und zugänglichen Therapie oder die schlechte Compliance klarerweise auf eine (unabwendbare) Unfähigkeit zur Krankheitseinsicht zurückzuführen ist. In ähnlicher Weise zu berücksichtigen ist das Verhalten der versicherten Person im Rahmen der beruflichen (Selbst-) Eingliederung. Inkonsistentes Verhalten ist auch hier ein Indiz dafür, die geltend gemachte Einschränkung sei anders begründet als durch eine versicherte Gesundheitsbeeinträchtigung (BGE 141 V 281 E. 4.4.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.2). 8.3.2

Wie in BGE 141 V 281 festgehalten (E. 5.2.1), hat sich das Bundesgericht verschiedentlich, so auch jüngst, über das Zusammenwirken von Recht und Medizin bei der konkreten Rechtsanwendung geäussert. Danach ist es sowohl den begutachtenden Ärzten als auch den Organen der Rechtsanwendung aufgegeben, die Arbeitsfähigkeit im Einzelfall mit Blick auf die normativ vorgegebenen Kriterien zu beurteilen. Die medizinischen Fachpersonen und die Organe der Rechtsanwendung prüfen die Arbeitsfähigkeit je aus ihrer Sicht (BGE 137 V 64 E. 5.1). Bei der Abschätzung der Folgen aus den diagnostizierten gesundheitlichen Beeinträchtigungen nimmt zuerst der Arzt Stellung zur Arbeitsfähigkeit. Seine Einschätzung ist eine wichtige Grundlage für die anschliessende juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistung der versicherten Person noch zugemutet werden kann (BGE 140 V 193 E. 3.2; Ulrich Meyer, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, Schaffhauser/

Schlauri [Hrsg.], 2003, S. 49).

In diesem Sinne lautet die normativ bestimmte Gutachterfrage, wie die sachverständige Person das Leistungsvermögen einschätzt, wenn sie dabei den einschlägigen Indikatoren folgt. Die Rechtsanwender überprüfen die betreffenden Angaben frei, insbesondere dahin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben, das heisst, ob sie ausschliesslich funktionelle Ausfälle berücksichtigt haben, welche Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung sind (Art. 7 Abs. 2 erster Satz ATSG), so wie, ob die versorgungsmedizinische Zumutbarkeitsbeurteilung auf objektiver Grundlage erfolgt ist (Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG; vgl. BGE 137 V 64 E. 1.2 in fine). Dies sichert die einheitliche und rechtsgleiche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit (BGE 140 V 290 E. 3.3.1, 135 V 201 E. 7.1; E. 5.2.2).

Jedenfalls in der Invalidenversicherung tragen Recht und Medizin, je nach ihren fachlichen und funktionellen Zuständigkeiten, zur Feststellung ein und derselben Arbeitsunfähigkeit bei. Das heisst, dass die medizinischen Gutachter nicht, wie häufig anzutreffen, eine quasi freihändige Beurteilung abgeben und daneben noch Grundlagen liefern sollen, anhand derer die Rechtsanwender eine von der subjektiven ärztlichen Einschätzung losgelöste Parallelüberprüfung vornehmen. Es gibt keine unterschiedlichen Regeln gehorchende, getrennte Prüfung einer medizinischen und einer rechtlichen Arbeitsfähigkeit (E. 5.2.3). 8.3.3

Die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens nach dem dargelegten Prüfungsraster erübrigt sich rechtsprechungsgemäss, wenn Ausschlussgründe vorliegen, etwa wenn die Leistungseinschränkung überwiegend auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht, welche die Annahme einer gesundheitlichen Beeinträchtigung von

vornherein ausschliessen (BGE 141 V 281 E. 2.2; vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_549/2015 vom 29. Januar 2016 E. 4.1 und 9C_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4). 8.3.4

Der einschlägige BGE 141 V 281 datiert vom 3. Juni 2015 und wurde im September 2015 amtlich publiziert. Die Untersuchungen im A.____ erfolgten vom 24. bis 28. August 2015, womit nicht abwegig erscheint, dass die Indikatoren im A.____-Gutachten, auch wenn es vom 4. November 2015 datiert, nicht explizit erwähnt werden.

Dabei ist jedoch zu beachten, dass nach altem Verfahrensstand eingeholte Gutachten nicht per se ihren Beweiswert verlieren (BGE 141 V 281 E. 8). Das im November 2015 erstattete psychiatrische Gutachten wurde zwar ohne Bezugnahme auf die heute massgebende Terminologie verfasst. Inhaltlich aber genügt es den mit BGE 141 V 281 formulierten Anforderungen, denn alle die zu beachtenden Standardindikatoren – nämlich (im Hinblick auf die Gesundheitsschädigung) die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde, der Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder – misserfolg und allfällige Komorbiditäten, sodann die Persönlichkeit, der soziale Kontext und (im Hinblick auf die Konsistenz) die gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen sowie der behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesene Leidensdruck (BGE 141 V 281 E. 4.1.3) – sind in der gutachterlichen Beurteilung in ausreichender Weise thematisiert. 8.3.5

Die A.____-Gutachter kamen zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin die Beschwerden nicht willentlich überwinden könne. Sie leide unter einer depressiven Störung, die die bestehende Schmerzstörung negativ beeinflusse. Sofern die Depression remittiert sei, sei es möglich, mit der Versicherten am Umgang mit dem Schmerz zu arbeiten. Es müssten Möglichkeiten entwickelt werden, innerpsychische Konflikte zu lösen und einen neuen Lebensentwurf zu gestalten. Die effektiven orthopädischen Diagnosen wirkten sich hierbei eher negativ aus (Urk. 7/95/45). Die Versicherte lebe die sozialen Kontakte nicht mehr wie früher aus und sei im Alltag eingeschränkt. Durch die Erkrankung sei es zum Verlust ihrer beruflichen Identität und zum Wegfall eines sehr wichtigen Lebensbereichs gekommen. Sie habe keine Kompensationsmöglichkeit entwickeln können. Versuche, sich beruflich wieder zu etablieren scheiterten einerseits an ihren Schmerzen und andererseits an den gesetzlichen Vorgaben, da beispielsweise ihre Ausbildung nicht anerkannt werde (Urk. 7/95/44). 8.3.6

Vorauszuschicken ist, dass die A.____-Gutachter wiederholt festhielten, dass erhebliche Diskrepanzen zwischen den angegebenen massiven Ruhe- und Bewegungsschmerzen beziehungsweise der empfundenen Funktionsbeeinträchtigung und den objektivierbaren Veränderungen vorlägen (Urk. 7/95/19, Urk. 7/95/24, Urk. 7/95/26, Urk. 7/95/38). Sie wiesen indes trotzdem darauf hin, dass eine Belastbarkeitsminderung durchaus nachvollziehbar sei (Urk.

7/95/24). Es stellt sich somit die Frage, ob damit eine Aggravation oder bloss verdeutlichendes Verhalten (vgl. BGE 141 V 281, Urteil des Bundesgerichts 9C_899/2014 vom 29.

Juni

2015 E.

4) gegeben ist. Angesichts der nach folgenden Ausführungen zu den Indikatoren kann diese Frage letztlich offen bleiben.

Die Beschwerdeführerin leidet an Knie- und Rückenbeschwerden sowie an den genannten psychiatrischen Diagnosen. Diese weisen einzeln wie auch insgesamt keine schwerwiegende Ausprägung auf (vgl. für die somatischen Diagnosen: Urk. 7/95/38, und für die psychiatrischen Diagnosen unter anderem oben). Zwar wurde im A.____-Gutachten festgehalten, die Beschwerdeführerin könne die Schmerzen nicht einfach überwinden (Urk. 7/95/45). Dennoch wiesen die A.____-Gutachter wiederholt darauf hin, dass der Beschwerdekomplex therapeutisch behandelbar sei unter anderem im Rahmen einer interdisziplinären Behandlung, wobei eine psychopharmakologische Behandlung erforderlich sei (Urk. 7/95/41-42, Urk. 7/95/44-45). Auch erachteten die Gutachter die Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht in einer angepassten Tätigkeit als arbeitsfähig und empfahlen den beruflichen Wiedereinstieg (Urk.

7/95/26). Auch Dr. B.____ kam zum Schluss, dass die Ausübung einer rein sitzenden Tätigkeit wahrscheinlich zumutbar sei (Urk. 7/95/77-78). Angesichts der empfohlenen Therapie- und Behandlungsmöglichkeiten, der bisherigen Behandlungen sowie der schwach ausgeprägten Komorbiditäten spricht die Kategorie „funktioneller Schweregrad“ nicht gegen eine Arbeitsfähigkeit.

In Bezug auf den Komplex „Persönlichkeit“, den Komplex „Sozialer Kontext“ und die Kategorie „Konsistenz“ ist einerseits auf die bereits erwähnten, anlässlich der A.____-Begutachtung festgestellten Inkonsistenzen hinzuweisen. Des Weiteren bejahten die A.____-Gutachter durchaus Ressourcen (Urk. 7/95/42) und hielten fest, die sozialen Kontakte seien sehr gut und würden gepflegt (Urk. 7/95/29). Auch zu den Söhnen bestehe ein guter Kontakt (Urk. 7/95/28). Sie lebe mit ihrem Lebenspartner zusammen und beschäftige sich mit Lesen, PC-Spielen, Chatten, Malen, Fernsehschauen etc. (Urk. 7/95/28-29). Die Beurteilung dieser Indikatoren steht einer Arbeitsfähigkeit somit ebenfalls nicht entgegen.

Im Übrigen ist zu erwähnen, dass die A.____-Gutachter unter anderem im Zusammenhang mit der Beurteilung der somatoformen Schmerzstörung auch auf invaliditätsfremde Faktoren (vgl. auch Urk. 7/95/25: schmerzunterhaltende Faktoren wie die Morphinmedikation, die Dekonditionierung, der Arbeitsplatz- und Selbstwertgefühlsverlust) hinwiesen, namentlich darauf, dass die Berufsbildung der Beschwerdeführerin nicht anerkannt werde (Urk. 7/95/42, Urk. 7/95/44). Diese Faktoren können invalidenversicherungsrechtlich bei der Beurteilung der verbleibenden Restarbeitsfähigkeit nicht berücksichtigt werden. 8.3.7

Insgesamt kann somit die von den A.____-Gutachtern attestierte 30%ige Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht invalidenversicherungsrechtlich keine Berücksichtigung finden. Die diagnostizierte Schmerzstörung begründet für sich alleine aber auch im Zusammenhang mit der depressiven Erkrankung keine Invalidität, da die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage anhand der Standardindikatoren

nicht schlüssig und widerspruchsfrei mit zumindest überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem anspruchserheblichen Ausmass nachgewiesen sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_899/2014 vom 29. Juni 2015). 8.4

In somatischer Hinsicht ergibt sich mit dem Wegfall der psychiatrischerseits attestierten Arbeitsunfähigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 80 - 100 %, zumal die A.____-Gutachter einerseits aus somatischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit in leidensangepasster Tätigkeit festhielten, sie wiederholt auf die bereits oben erwähnten Inkonsistenzen hinwiesen und der

RAD explizit von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in leidensangepasster Tätigkeit ausging nach der Durchführung einer psychiatrischen Behandlung. Auch Dr. B. ___ erachtete eine rein sitzende Tätigkeit als „wahrscheinlich zumutbar“ (vorstehend E. 6.4).

Gegen diese Einschätzung spricht auch die erst nach dem Erstellen des Gutachtens aber vor Erlass der angefochtenen Verfügung durchgeführte Operation des Knies (vgl. Urk.

13/4) nicht. Denn selbst der neueste Bericht von Dr.

K. ___ vom 30.

Juni

2016 vermag die Einschätzung im A. ___ -Gutachten nicht in Zweifel zu ziehen. So hielt Dr. K. ___ fest, die Beweglichkeit habe sich gegenüber dem präoperativen Zustand deutlich gebessert. Die Beschwerden hätten zwar nicht komplett reduziert werden können, mittels Infiltration sei die Versicherte jedoch deutlich beschwerdeärmer (Urk. 13/4).

Insgesamt bestehen damit auch keine Verhältnisse, welche weitere Abklärungen rechtfertigen würden, weshalb darauf verzichtet werden kann (antizipierte Beweiswürdigung, BGE 122 V 157). 8.5

In Bezug auf Folgen der im A. ___ -Gutachten festgestellten Gesundheitsbeeinträchtigungen ist somit invalidenversicherungsrechtlich davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin in leidensangepasster Tätigkeit zu 80-100 % arbeitsfähig ist.

Dabei vermögen die geltend gemachten Ungenauigkeiten oder gar blosser Tippfehler im Gutachten (vgl. Urk. 13/1) dieses im Resultat nicht in Zweifel zu ziehen. So führt beispielsweise ein falsch notiertes Geburtsdatum eines Sohns der Beschwerdeführerin nicht zu einer mangelhaften Beurteilung des Gesundheitszustands und der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, insbesondere wenn diese im Wesentlichen im Einklang mit der übrigen medizinischen Aktenlage stehen. 9.

Zur Beurteilung des Invaliditätsgrades kann vorliegend ein Prozentvergleich durchgeführt werden, zumal die A. ___ -Gutachter als angepasste Tätigkeiten unter anderem die Tätigkeiten als Zeichenlehrerin, Keyboardspielerin oder Gesangslehrerin nannten (Urk. 7/95/41), welche zum Teil bereits bis 2014 ausübt wurden (Urk. 7/42 S. 1-2). Eine genaue Bezifferung insbesondere des Valideneinkommens erübrigt sich auch angesichts der stark schwankenden und unregelmässigen Einkommen der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 7/15, Urk. 7/51). Somit resultiert - vorausgesetzt, die Beschwerdeführerin wäre als zu 100 % Erwerbstätige zu qualifizieren - ein Invaliditätsgrad von maximal 20 %, welcher nicht zu einer Rente berechtigt.

Die Beschwerde ist daher abzuweisen. 10.

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert unter Berücksichtigung des gesetzlichen Rahmens (Fr. 20 0.-- bis Fr. 1'000.--) auf Fr. 7 00.-- fest zu setzen 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 Kaspar Gehring - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diese Entscheidung 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 i.V. Der Gerichtsschreiber BachofnerVolz

E. 12

S.

2) hielt die Beschwerdeführerin an ihrem beschwerdeweise gestellten Rechtsbegehren fest, worauf die Beschwerdegegnerin mit Eingabe vom 29. Dezember 2016 (Urk. 15) auf eine Duplik verzichtete. Davon wurde der Beschwerdeführerin am 6. April 2017 Kenntnis gegeben (Urk. 16). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 17

Abs. 1 ATSG) stellt sich unter dem Gesichtspunkt des Art. 28a Abs. 3 IVG in Verbindung mit Art. 16 und 7 Abs. 2 ATSG die Frage nach der anwendbaren Invaliditätsbemessungsmethode.

Ob eine versicherte Person als ganztägig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist, führt je zur Anwendung einer anderen Methode der Invaliditätsbemessung (Einkommensvergleich, Betätigungsvergleich, gemischte Methode) und ergibt sich aus der Prüfung, was die Person bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. Entscheidend ist nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch, das heisst ohne Gesundheitsschaden, aber bei sonst gleichen Verhältnissen, erwerbstätig wäre (Art. 27 bis der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV). Die gemischte Methode bezweckt damit eine möglichst wirklichkeitsgerechte Bemessung des Invaliditätsgrades (BGE 133 V 504 E. 3.3 mit Hinweisen).

Die Statusfrage beurteilt sich praxisgemäss nach den Verhältnissen, wie sie sich bis zum Erlass der Verwaltungsverfügung entwickelt haben. Dabei sind die konkrete Situation und die Vorbringen der versicherten Person nach Massgabe der allgemeinen Lebenserfahrung

zu würdigen. Für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-)Erwerbstätigkeit ist der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich (BGE 137 V 334 E. 3.2, 130 V 393 E. 3.3, 125 V 146 E. 2c, je mit Hinweisen).

Bei im Haushalt tätigen Versicherten im Besonderen (vgl. Art. 27 IVV) sind die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen (Urteil des Bundesgerichts 9C_915/2012 vom 15. Mai 2013 mit Hinweisen auf BGE 133 V 504 E.

3.3). Bei der Bestimmung der im konkreten Fall anwendbaren Invaliditätsbemessungsmethode und damit der Beantwortung der entscheidenden Statusfrage handelt es sich um eine hypothetische Beurteilung, die auch hypothetische Willensentscheidungen der versicherten Person berücksichtigen muss. Dies gilt auch für die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person ohne gesundheitliche Beeinträchtigung erwerbstätig wäre. Diese inneren Tatsachen sind indessen einer direkten Beweisführung nicht zugänglich und müssen in aller Regel aus äusseren Indizien erschlossen werden. Die Beurteilung hypothetischer Geschehensabläufe ist eine Tatfrage, soweit sie auf Beweiswürdigung beruht, selbst wenn darin auch Schlussfolgerungen aus der allgemeinen Lebenserfahrung mitberücksichtigt werden. Rechtsfragen sind hingegen folgerungen, die ausschliesslich – losgelöst vom konkreten Sachverhalt – auf die allgemeine Lebenserfahrung gestützt werden oder die Frage, ob aus fest gestellten Indizien mit Recht auf bestimmte Rechtsfolgen geschlossen worden ist (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_287/2013 vom 8. November 2013 E. 3.5

und 8C_511/2013 vom 30. Dezember 2013, je mit Hinweisen). 1. 4

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder her stellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). 1. 5

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 IVV eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG

vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Be schwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b). 1. 6

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) .

2. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung vom 5. April 2016 (Urk. 2) davon aus, dass die Beschwerdeführerin im Vergleich zur Situation bei Erlass der ursprünglichen Verfügung vom 9.

Juni

2009 (Urk. 7 /35) unverändert als Erwerbstätige im Umfang von 50 % und im restlichen Umfang von 50 % als im Aufgabenbereich des Haushalts Tätige zu qualifizieren sei. Obwohl ihr die Ausübung der bisherigen Tätigkeit als Tanz lehrerin nicht mehr zuzumuten sei, sei ihr die Ausübung einer behinderungs angepassten Tätigkeit weiterhin unverändert im Umfang eines Arbeitspensums von 50 % zuzumuten. Da im Haushalt keine Behinderung ausgewiesen sei, resultiere ein unveränderter rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 18 % (Urk. 2 S. 2). 2.2

Die Beschwerdeführerin bringt hiegegen vor, dass sich die Statusfrage seit Erlass der Verfügung vom 9.

Juni

2009 verändert habe, und dass die Beschwerdegegnerin zu Unrecht davon abgesehen habe, die Einschränkungen im Haushalt abzuklären. Die Beschwerdegegnerin, welche in der angefochtenen Verfügung trotzdem festgestellt habe, dass von Abklärungen im Haushalt bereich abgesehen worden sei, da keine massgebende Veränderung ersichtlich sei, habe damit ihr rechtliches Gehör im Sinne der Begründungspflicht verletzt (Urk. 1 S. 4). Die Beschwerde gegnerin habe sodann auch insofern die Begründungspflicht verletzt, als die angefochtene Verfügung keinen Ein kommenvergleich enthalte . Sodann habe sich die Beschwerdegegnerin bei Erlass der angefochtenen Verfügung zu Unrecht auf das Gutachten der Ärzte des A.____ vom 4. November 2016 gestützt . Da dieses verschiedene formelle und inhaltliche Mängel und Inkonsistenzen aufweise ,

könne darauf vielmehr nicht abgestellt werden (Urk. 1 S. 5 ; Urk. 12 S. 6). 3. 3.1

Vorweg zu prüfen ist die von der Beschwerdeführerin geltend gemachte Verletzung des rechtlichen Gehörs (Urk. 1 S. 4 f.). 3.2

Die Parteien haben nach Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung (BV) und Art. 42 Satz 1 ATSG Anspruch auf rechtliches Gehör; sie müssen nicht angehört werden vor

Verfügungen, die durch Einsprache anfechtbar sind (Art. 42 Satz 2 ATSG; BGE 134 V 97 E. 2.8.1). 3.3

Der Anspruch auf rechtliches Gehör ist von Amtes wegen zu überprüfen (Art. 29 Abs. 2 BV; Urteil des Bundesgerichts H 4/05 vom 19. April 2005 E. 2).

Das Recht, angehört zu werden, ist formeller Natur. Die Verletzung des rechtlichen Gehörs führt ungeachtet der Erfolgsaussichten der Beschwerde in der Sache selbst zur Aufhebung der angefochtenen Verfügung. Es kommt mit anderen Worten nicht darauf an, ob die Anhörung im konkreten Fall für den Ausgang der materiellen Streitentscheidung von Bedeutung ist, das heisst die Behörde zu einer Änderung ihres Entscheides veranlasst wird oder nicht (BGE 132 V 387 E. 5.1; 127 V 431 E. 3d/aa).

Vorbehalten sind rechtsprechungs gemäss diejenigen Fälle, in denen diese Verletzung nicht besonders schwer wiegt und dadurch geheilt wird, dass die betroffene Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt als auch die Rechtslage frei überprüfen kann. Die Heilung eines – allfälligen – Mangels soll aber die Ausnahme bleiben (BGE 125 V 368 E. 4c/aa, 124 V 183 E. 4a). 3.4

Wesentlicher Bestandteil des verfassungsrechtlichen Gehörsanspruchs ist die Begründungspflicht. Sie soll verhindern, dass sich die Behörde von unsachlichen Motiven leiten lässt, und es den Betroffenen ermöglichen, die Verfügung gegebenenfalls sachgerecht anzufechten. Die Begründungspflicht bedeutet nicht, dass sich die Behörde mit jedem einzelnen Vorbringen und jedem einzelnen Aktenstück ausdrücklich auseinandersetzen muss. Der Anspruch auf rechtliches Gehör verlangt insbesondere, dass die rechtserheblichen Vorbringen der Parteien angehört und berücksichtigt werden (BGE 124 I 241 E. 2). Die Begründung muss kurz die Überlegungen nennen, von denen sich die Behörde hat leiten lassen und auf die sich die Verfügung stützt. Nicht erforderlich ist hingegen, dass sich die Verfügung mit allen Parteipunkten einlässlich auseinandersetzt und jedes einzelne Vorbringen ausdrücklich widerlegt. Es genügt, wenn die Verfügung gegebenenfalls sachgerecht angefochten werden kann (BGE 130 II 530 E. 4.3, 129 I 232 E. 3.2, 124 V 180 E. 1a; Urteil des Bundesgerichts 8C_511/2007 vom 22. November 2007 E. 4.2.2). 3.5

Die Beschwerdegegnerin kam im Rahmen des Vorbescheidverfahrens den von der Beschwerdeführerin am 8. April 2015 gegen den Vorbescheid vom 24.

Februar

2015 (Urk.

7/57) erhobenen Einwendungen, wonach weitere Sachverhaltsabklärungen und insbesondere die Einholung eines polydisziplinären Gutachtens erforderlich seien (Urk. 7/69 S. 1 und S. 4), insoweit nach, als sie die Beschwerdeführerin durch die Ärzte des A.____, polydisziplinär begutachten liess (Gutachten vom 4.

November

2015; Urk. 7/95/1-46) und begründete die Verneinung eines Rentenanspruchs in der angefochtenen Verfügung vom 5.

April

2016 folgen dermassen

(Urk. 2 S. 2 f.):

„ Es wurden weitere Abklärungen im Rahmen eines Gutachtens getätigt. Das Gutachten bestätigte, dass aus orthopädischer Sicht eine volle Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit vorliegt. In einer angepassten Tätigkeit (leichte Tätigkeiten, weitgehend im Sitzen bei vermehrtem Pausenbedarf und der zwischenzeitlichen Möglichkeit aufzustehen oder die Position zu wechseln) besteht unverändert eine 50%ige Arbeitsfähigkeit.“ (...) „ Da die medizinischen Abklärungen zu keiner abweichenden Beurteilung geführt haben, entsteht kein Anspruch auf eine Invalidenrente. Dabei wird auch von einer Abklärung der Einschränkung im Haushaltbereich abgesehen, da keine massgebende, rententanzierende Veränderung ersichtlich ist.“ 3.6

In Würdigung der gesamten Umstände ist davon auszugehen, dass sich die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung mit den von der Beschwerdeführerin anlässlich des Vorbescheidverfahrens erhobenen Einwendungen insgesamt in genügender Weise auseinandersetzt. Sodann enthält die angefochtene Verfügung eine genügende Begründung der darin angeordneten Verneinung eines Rentenanspruchs der Beschwerdeführerin. Eine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör ist darin nicht zu erblicken. Die Begründungspflicht verlangt denn auch nicht, dass sich die Behörde mit jeder tatbestandlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinandersetzt (BGE 129 I 232 E. 3.2, 126 I 97 E. 2b, 124 V 180 E. 1a; Urteil des Bundesgerichts B 61/00 vom 26. September 2001 E. 3b). 4.

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