

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00175 vom 23. November 2018**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-11-23, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2017.00175](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00175)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00175 du 23 novembre 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00175 del 23 novembre 2018

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). 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 aus geglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 1.2**

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert besteht, welcher die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (vgl. BGE 139 V 547 E. 5, 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie aus gewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 und 7, Änderung der

Rechtsprechung; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere Depressionen).

### **E. 1.3**

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 aus geglichener 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. 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 herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig ( Art.

### **E. 1.5**

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades

verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (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 Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

### **E. 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 E. 1c). 2.

## **E. 2**

Dagegen erhob die Versicherte am 8. Februar 2017 Beschwerde und beantragte, es sei die Beschwerdegegnerin in Aufhebung der angefochtenen Verfügung zu verpflichten, ihr rückwirkend eine angemessene Rente zuzusprechen und auszu zahlen ( Urk. 1 S. 2). Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 15. März 2017 auf Abweisung der Beschwerde ( Urk. 5), was der Beschwerdeführerin am 21. März 2017 angezeigt wurde ( Urk. 7).

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene Verfügung im Wesentlichen damit, dass es auf das Gutachten des I.\_\_\_\_ vom 9. Juni 2016 abgestellt werden könne. Demnach sei der Beschwerdeführerin die Tätigkeit als Produktionsmitarbeiterin in der Fleischverpackung nicht mehr möglich. Eine leidensangepasste Tätigkeit sei ihr allerdings zu 100 % zumutbar. Ohne Behinderung könnte die Beschwerdeführerin ein Einkommen von Fr. 68'519.-- erzielen, mit Behinderung ein solches von Fr. 54'332.--. Es sei daher eine Erwerbseinbusse von Fr. 14'187.-- und ein Invaliditätsgrad von 21 % gegeben. Da der Invaliditätsgrad unter 40 % liege, bestehe kein Rentenanspruch ( Urk. 2).

### **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin machte demgegenüber geltend, dass auf das Gutachten des I.\_\_\_\_ vom 9. Juni 2016 wegen diverser Mängel nicht abgestellt werden könne. Der orthopädische Gutachter des I.\_\_\_\_ sei

zu wenig auf die erheblichen degenerativen Veränderungen an der Halswirbelsäule (HWS) eingegangen. Ebenfalls nicht nachvollziehbar sei, weshalb er trotz der im

Arthro-MRI vom 15.

April 2016 festgestellten Befunde an der linken Schulter der Meinung sei, die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin sei

nach der Operation vom 31. März 2014 bloss vorübergehend für sechs Monate beeinträchtigt gewesen. Mit der Einschätzung, wonach der operative Eingriff

vom 10. September 2014 am rechten Knie zu einer Arbeitsunfähigkeit von drei bis vier Wochen geführt habe, setze sich der orthopädische Gutachter des I.\_\_\_\_ in Widerspruch zur zeitlichen Beurteilung von Dr. G.\_\_\_\_, welcher im Bericht vom 9. Januar 2015 eine volle Arbeitsunfähigkeit vom 10. September 2014 bis Ende Januar 2015 und eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit ab Februar 2015 attestiert habe. Zu dem habe der orthopädische Gutachter des I.\_\_\_\_ den typischen Vorhalt einer bewusstseinsnahen Schmerzverdeutlichung und Selbstlimitierung in keiner Art und Weise dokumentiert. Die behandelnde Psychiaterin Dr. H.\_\_\_\_ habe

im Bericht vom 27. Juni 2016 im Gegensatz zum psychiatrischen Gutachter des I.\_\_\_\_ sodann eine seit zwei bis drei Jahren bestehende rezidivierende, mittelschwere bis schwere

Depression festgestellt . Schliesslich sei der neurologische Gutachter des I.\_\_\_\_ weder auf den Analgetika-Abusus noch auf die Folgen der Migräne der Beschwerdeführerin eingegangen . Nachdem die Beschwerdegegnerin diese Mängel nicht von sich aus behoben habe, werde beantragt , dass das Gericht ein polydisziplinäres Gutachten in Auftrag gebe, um einen weiteren zeitlichen Verzug zu vermeiden ( Urk. 1 S. 4 ff. ). 3.

### **E. 3**

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 3.1**

mit Hinweisen).

Da der Beschwerdeführerin lediglich noch körperlich leichte Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Lasten bis zu maximal 10 kg, überwiegend im Stehen, Gehen und Sitzen , unter Vermeidung von Tätigkeiten in Zwangshaltungen (Überkopf), ständiger Vorneige, monotonen HWS-Positionen und unter extremen Temperaturschwankungen bei Hitze, Kälte, Nässe und Zug zumutbar sind (Urk. 6/127/20 ), sind Anhaltspunkte dafür gegeben, dass sie ihre Restarbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur noch mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann. Weitere Kriterien, die einen leidensbedingten Abzug rechtfertigen würden , sind nicht erfüllt. Unter den gegebenen Umständen ist vorliegend daher ein Abzug vom Invalideneinkommen in der Höhe von 10 % angemessen. Das Invalideneinkommen beläuft sich demnach auf Fr. 47'688.-- (Fr. 52'986.-- x 0,9).

#### **E. 3.1.1**

Der rentenverneinenden Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 23. Juni 2011 ( Urk. 6/57) , die vom Bundesgericht mit Urteil 9C\_211/2013 vom 4. Juli 2013

letztinstanzlich bestätigt wurde ( Urk. 6/72 ), lag in medizinischer Hinsicht das orthopädische Gutachten von Dr. B.\_\_\_\_ vom 26. März 2010 ( Urk. 6/23) und die psychiatrische Expertise von Dr. C.\_\_\_\_ vom 30. Oktober 2010 (Urk. 6/34) zugrunde.

#### **E. 3.1.2**

Dr. B.\_\_\_\_ stellt im

Gutachten vom 26. März 2010 folgende Diagnosen ( Urk. 6/23/14 ): (1) Zervikalsyndrom rechts mit/bei: - deutlicher paramedianer linksseitiger Diskushernie C5/C6 mit Kontakt und Abflachung des Myelons links und Vorwölbung in das linke intervertebrale Foramen ohne Myelopathie (ICD-10: M50.9) - ohne rechtsseitige Kompression (2) Verdacht auf Schmerzverarbeitungsstörung (Differentialdiagnose: Erschöpfungs - depression ) (3) Karpaltunnelsyndrom (CTS) rechts, operationswürdig (ICD-10: G56.0)

Dr. B.\_\_\_\_ führte aus, dass aus orthopädischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit bestehe . Aus medizinischer Sicht sei die Operation des CTS rechts anzustreben. Postoperativ sei eine Arbeitsunfähigkeit für vier bis fünf Wochen anzunehmen . Aufgrund der Gesamtsituation empfehle er eine psychiatrische Abklärung bzw. Begutachtung der Beschwerdeführerin ( Urk. 6/23/14).

#### **E. 3.1.3**

Dr. C.\_\_\_\_ nannte im Gutachten vom 30. Oktober 2010 folgende Diagnosen ( Urk. 6/34/25):

(1) Spannungskopfschmerzen (ICD-10 G44. 2)/ anfallsweise Migräne mit Aura (2) degenerative HWS-Beschwerden (3) leichtes Karpaltunnelsyndrom rechts (4) Schmerzverarbeitungsstörung beziehungsweise Symptomausweitung

sensu

Matheson

Dr. C.\_\_\_\_ erklärte, dass aus psychiatrischer Sicht von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer leichten bis mittelschweren Tätigkeit in einem ähnlichen Aufgabenbereich wie dem bisherigen (Stelle gekündigt) auszugehen sei (Urk. 6/34/ 25). 3.2.3.2.1

Im Rahmen der Neuanmeldung vom 7. Mai 2013

(Eingangsdatum , Urk. 6/67 ) sind im Wesentlichen folgende Beurteilungen aktenkundig: 3.2.2

D.\_\_\_\_ und Dr. E.\_\_\_\_ führten im psychiatrisch-rheumatologischen Gutachten vom 3. Dezember 2013 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit an ( Urk. 6/79/ 33): - c hronifiziertes

cervikovertebrales diffus lokalisiertes Schmerzsyndrom - mit zeitweise fortgeleiteten Missempfindungen in beide oberen Extremitäten, deutlich rechtsbetont - zusätzlich nicht näher spezifizierbare Weichteil-Missempfindung betont Schultergürtelregion und Musculus pectoralis -Region rechts mit Einschluss des rechten Oberarmes, weniger Unterarm rechts ohne somatisches reproduzierbares Korrelat mit - multiplen inkonstant reproduzierbaren Tenderpoints an oberen und weniger unteren Extremitäten, deutlich rechtsbetont bei - mehrsegmentalen beginnenden degenerativen Veränderungen cervical , diskret lumbal ohne Hinweise für eine funktionell fortgeleitete resp.

radikuläre Reiz- oder Ausfallsymptomatik

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie (Urk. 6/79/33): (1) leichte depressive Störung (ICD-10: F32.0) (2) undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.1) (3) nicht näher spezifizierbare lumbovertbrale Missempfindungen - ohne radiologisches oder klinisches Korrelat subjektive Fremdkörper-Wahrnehmung im Bereich der gesamten rechten Körperhälfte , betont rechte obere und weniger rechte untere Extremität mit - Angabe einer netzartigen Missempfindung ohne neurologisches Korrelat - Differentialdiagnose: somatoforme Schmerzstörung (4) Diskrepanzen betreffend spontanes und beobachtetes Bewegungsverhalten hinsichtlich der geschilderten Limitationen mit Hinweisen für eine gewisse bewusstseinsnahe Schmerzverdeutlichung und Selbstlimitierung (5) elektrophysiologisch dokumentiertes rechtsseitig leichtes und linksseitig sehr leichtes Karpaltunnelsyndrom - aktuell subjektiv beschwerdefrei

D.\_\_\_\_ und Dr. E.\_\_\_\_ gaben an, dass unter Einhaltung der rheumatologischerseits genannten Schonkriterien (keine repetitiven Gewichtsbelastungen über 15 kg [muskulärer Zug am cervicalen Achsenskelett], keine monotonen HWS-Arbeitspositionen in maximal flektierter, extendierter oder lang andauernder links/rechts rotierter Stellung; keine kaltfeuchte Exposition, keine lang anhaltende Durchzug- oder Windexposition) eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestehe ( Urk. 6/79/31 und Urk. 6/79/34). 3.2.3

Die Ärzte des I.\_\_\_\_

fürten im polydisziplinären Gutachten vom 9. Juni 2016 als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelgradige Funktionseinschränkung der linken Schulter nach Schulter-Arthroskopie (ASK) und Rotatorenmanschettenrekonstruktion vom 31. März 2014 bei erneuter Re-Ruptur der Supraspinatussehne an (Urk. 6/127/17).

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie (Urk. 6/127/18): (1) chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) (2)

leichte depressive Episode (ICD-10 : F32.0) (3)

chronisches Cervicalsyndrom bei bekannten degenerativen Veränderungen ohne radikale Ausfälle (4)

chronisches Lumbalsyndrom mit leichtgradiger Funktionseinschränkung ohne wesentliche Degeneration ohne radikale Ausfälle (5)

Karpaltunnelsyndrom beidseits (6)

hyperkinetisches Herzsyndrom bei Verdacht auf vegetative Labilität (7)

Gonalgie rechts, klinisch ohne Reizzustand und guter Funktion bei Zustand nach

ASK mit Innenmeniskenektomie- und Plicaresektion September 2014

Die Gutachter des I.\_\_\_\_ erklärten, dass die Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als aufgehoben eingeschätzt werde. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit bestehe keine Einschränkung (Urk. 6/127/20). Im Hinblick auf die festgestellte Re-Ruptur der Supraspinatussehne links werde eine erneute rekonstruierende Massnahme prognostisch eher ungünstig gesehen. Dagegen seien physiotherapeutische Massnahmen auch zur Kräftigung der Arm- und Schultergürtelmuskulatur empfehlenswert (Urk. 6/127/24). 3.2.4

Dr. H.\_\_\_\_ führte im Bericht vom 27. Juni 2016 zuhanden des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin aus, dass die Beschwerdeführerin an einer seit langem vorhandenen rezidivierenden depressiven Störung leide, welche sich in den vergangenen zwei bis drei Jahren in verschiedenen Intensitätsgraden gezeigt habe. Aufgrund des Krankheitsverlaufs (mittelgradig bis schwer) habe sie der Beschwerdeführerin sowohl eine stationäre als auch eine teilstationäre Behandlung (Tagesklinik) zwecks Aufbau einer geregelten Tagesstruktur und medikamentöser Behandlung vorgeschlagen. Die ambulante Therapie habe kaum etwas gebracht. Die Beschwerdeführerin habe

diesbezüglich ein ablehnendes Verhalten gezeigt, weil sie sich Sorgen um die Kinder gemacht

habe und verschiedene somatische Abklärungen und Operationen stattgefunden hätten. Die Anamnese der depressiven Symptomatik sei im Gutachten des I.\_\_\_\_ nicht vollständig erhoben worden. Nach der Einnahme von Antidepressiva (zuletzt Cymbalta) sei es zu Nebenwirkungen gekommen: Schwindel, allgemeine Schwäche, gastrointestinale Beschwerden und Kopfschmerzen, was die Beschwerdeführerin verunsichert habe (Urk. 6/132/3). 3.2.5

Dr.

J.\_\_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie, erklärte in der an die Beschwerdeführerin gerichteten Bescheinigung vom 14. Juli 2016, dass im Gutachten des I.\_\_\_\_ auf die erheblichen degenerativen Veränderungen an der HWS zu wenig eingegangen worden sei. Da die Beschwerdeführerin nach wie vor stark unter den Beschwerden leide, habe er am 13. Juni 2016 eine MRI-Untersuchung veranlasst. Hier zeige sich eine Progredienz der subligamentären Diskusextrusion bei C3/4. Die Diskushernien bzw. Osteochondrosen bei C4/5, C5/6 und C6/7 seien in der Bildgebung unverändert. Es bestünden jedoch erhebliche degenerative Veränderungen, insbesondere im Segment C5/6. Zusammengefasst halte er

die Beschwerdeführerin für 100% arbeitsunfähig, auch für die im Gutachten des I.\_\_\_\_ geschilderte, körperlich leichte Tätigkeit mit Heben und Tragen von Lasten bis zu maximal 10

kg, überwiegend im Stehen, Gehen und Sitzen (Urk. 6/132/1). 3.2.6

Dr. K.\_\_\_\_, FMH Neurologie, legte im Bericht vom 14. Juli 2016 zuhanden des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin dar, dass sie die Prognose einer Besserung der chronischen Schmerzen

– anders als im Gutachten des I.\_\_\_\_ – als ungünstig erachte. Dafür spreche der lange Verlauf mit bisheriger Therapie resistenz, Analgetika-Missbrauch und beantragter IV-Rente. Eine stationäre Rehabilitation mit einem Schmerzmittelentzug sei sinnvoll. Auf den Analgetika-Missbrauch sei im neurologischen Teilgutachten des I.\_\_\_\_

nicht eingegangen worden. Ausserdem würden Angaben zur Migräne fehlen. Die Beschwerdeführerin berichte über zwei bis drei starke Anfälle pro Monat, die an diesen Tagen zu einer begründeten Arbeitsunfähigkeit führen würden (Urk. 6/132/4-5). 3.2.7

Dr. L.\_\_\_\_, FMH Allgemeine Medizin, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) erklärte in der Stellungnahme vom 17. Oktober 2016, dass Dr. M.\_\_\_\_ im Bericht vom 25. Juni 2010 bezüglich Kopfschmerz von rezidivierenden Anfällen

einfacher Migräne/Spannungskopfschmerz gesprochen habe. Diese Beschwerden seien erneut im Bericht vom 15. März 2011 erwähnt worden. Dabei sei aber klar deklariert worden, dass diese ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien. Im nachgereichten Bericht von Dr. K.\_\_\_\_ seien die Kopfschmerzbeschwerden erst auf gezieltes Nachfragen hin erwähnt worden. Sie würden halbseitig wechselnd mit pulsierendem Charakter auftreten. Dann gebe die Beschwerdeführerin im nächsten Satz indes an, dass sie oft Nackenschmerzen mit Ausstrahlungen in den Kopf habe, welche sie manchmal nicht von der Migräne unterscheiden könne (Spannungskopfschmerz möglich). Das Ausmass der effektiven reinen Migräne sei daher unklar. Die Migräne-Komponente schränke die Arbeitsfähigkeit grundsätzlich nicht ein. Was die durch Schmerzmittelüberkonsum verursachte Kopfschmerzproblematik betreffe, sei ein Schmerzmittelentzug angezeigt, nach welchem bezüglich dieser Problematik keine Einschränkung mehr gegeben wäre. Daher brauche es keine weiteren Abklärungen (Urk. 6/135/7-8). 4.4.1

Zu prüfen ist, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin

seit Erlass der rentenverneinenden Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 23. Juni 2011 (Urk. 6/57) bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 9. Januar 2017 (Urk. 2) erheblich verschlechtert hat. 4.2

Die Beschwerdeführerin stütze sich in der angefochtenen Verfügung in medizinischer Hinsicht in erster Linie auf das polydisziplinäre Gutachten des I.\_\_\_\_ vom 9. Juni 2016 (Urk. 6/127).

Das Gutachten des I.\_\_\_\_ basiert auf den erforderlichen fachärztlichen Untersuchungen (allgemeininternistisch, orthopädisch, neurologisch und psychiatrisch) und wurde in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben. Die Gutachter haben detaillierte Befunde erhoben, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der Beschwerdeführerin auseinandergesetzt. Zudem haben sie die medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtend dargelegt. Das Gutachten des I.\_\_\_\_ erfüllt demnach grundsätzlich die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlage (vgl. E. 1.6). 4.3

Was den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin in somatischer Hinsicht betrifft, legten die Gutachter des I.\_\_\_\_ im Wesentlichen

dar, dass im orthopädisch-traumatologischen Bereich als Diagnose mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit

eine mittelgradige Funktionseinschränkung der linken Schulter nach Schulter-ASK und Rotatorenmanschettenrekonstruktion vom 31. März 2014 bei erneut nachgewiesener Re-Ruptur der Supraspinatussehne

gegeben sei. Die im erneuten Arthro-MRI der linken Schulter vom 15. April 2016 nachgewiesenen Veränderungen würden die Kraftminderung der linken Schulter und teilweise auch die mittelgradige Bewegungseinschränkung erklären. Darüber hinaus lägen ein chronisch cervicovertebrales Schmerzsyndrom bei bekannten degenerativen Veränderungen der mittleren und unteren HWS mit Myalgien und eine Gonalgie rechts ohne Reizzustand und guter Funktion als Diagnosen ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit vor. Seitens der HWS würden sich die Funktionen leichtgradig eingeschränkt darstellen. Ursächlich hierfür seien klinisch der allenfalls leichtgradig erhöhte Muskeltonus der HWS-Muskulatur und auch die bekannten degenerativen Veränderungen der mittleren bis unteren HWS. Orthopädisch ergäben sich keine Zeichen einer radikulären Defizit- oder Reizsymptomatik (Urk. 6/127/18). Neurologisch würden keine Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit aufgeführt. Es seien ein chronisches

Cervicalsyndrom

und ein chronisches Lumbalsyndrom, je ohne radikuläre Ausfälle, sowie ein CTS beidseits

festgestellt worden. Der ausgeprägte und teilweise exzessive Beschwerdevortrag der Beschwerdeführerin entbehre einer neurologischen Grundlage. Im Bereich der oberen Extremitäten sei die Bewegung der HWS allenfalls endgradig eingeschränkt, die Hals- und Schultermuskulatur seien allenfalls leicht verspannt. Reflexstatus und Muskelumfänge seien seitengleich. Der neurologische Status sei unauffällig gewesen (Urk. 6/127/19).

Vor diesem Hintergrund kamen die Gutachter des I.\_\_\_\_ zum Schluss, dass der Beschwerdeführerin die Tätigkeit als Mitarbeiterin Abpacklinie

in der Fleischproduktion nicht mehr zumutbar sei. Angepasste Tätigkeiten, das heisse körperlich leichte Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Lasten bis zu maximal 10 kg, überwiegend im Stehen, Gehen und Sitzen, unter Vermeidung von Tätigkeiten in

Zwangshaltungen ( Überkopf ) , ständiger Vorneige, monotonen HWS-Positionen und unter extremen Temperaturschwankungen bei Hitze, Kälte, Nässe und Zug seien ihr jedoch zu 100 % zumutbar

( Urk. 6/127/20). 4.4

Die se Beurteilung der Gutachter des I.\_\_\_\_

ist angesichts der genannten Befunde sowie der dazugehörigen Erläuterungen einleuchtend und plausibel.

Entgegen den Darlegungen der Beschwerdeführerin ( Urk. 1 S. 7) haben die Gutachter des I.\_\_\_\_ dabei insbesondere auch der festgestellten Re-Ruptur der Supraspinatussehne links und der in diesem Zusammenhang bestehenden Kraftminderung und mittelgradigen Bewegungseinschränkung der linken Schulter angemessen Rechnung getragen, indem sie nunmehr – anders als noch Dr. B.\_\_\_\_ im Gutachten vom 26. März 2010 ( Urk. 6/23/14) - lediglich noch leichte Tätigkeiten mit dem genannten, detailliert umschriebenen Belastungsprofil als zumutbar erachteten .

Im Weiteren ist darauf hinzuweisen, dass der orthopädische Gutachter des I.\_\_\_\_ die HWS- und Lendenwirbelsäulen- ( LWS- ) Beschwerden

radiologisch abklären liess ( Urk. 6/127/35) . Wirbelsäule , Rumpf, Kopf und Hals wurden von den Gutachtern des I.\_\_\_\_

sowohl in orthopädischer als auch in neurologischer Hinsicht eingehend klinisch untersucht ( Urk. 6/127/32-33 und Urk. 6/127/52-53 ), und es wurde lediglich eine leichtgradige Einschränkung der Funktionen der HWS und LWS festgestellt ( Urk. 6/127/18). Der klinischen Untersuchung von Rückenbeschwerden kommt dabei

grösseres Gewicht zu

als der bildgebenden Diagnostik allein. Die von Dr. J.\_\_\_\_ im Bericht vom 14. Juli 2016 genannten Ergebnisse des MRI der HWS vom 13. Juni 2016 ( Urk. 6/132/1) vermögen die diesbezügliche Beurteilung der Gutachter des I.\_\_\_\_ deshalb nicht in Zweifel zu ziehen. Eine höhergradige

Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit

ist mit diesem Bericht von Dr. J.\_\_\_\_ nicht ausgewiesen .

Der neurologische Gutachter des I.\_\_\_\_ berichtete im Rahmen seiner Untersuchung sodann von einem unter kraftlosem Stöhnen demonstrierten Herunterfallen der Arme im Halteversuch, das einer neurologischen Pathologie entbehre. Zudem beobachtete er ein qualvoll langsames Aufrichten von der Untersuchungsfläche und Hinlegen mit Hinken zur linken Seite ohne neurologisches Korrelat und sprach von einem teilweise skurril anmutenden Taumel beim Blindgang. Die Beschwerdeführerin habe sich zeitlupenhaft langsam bewegt, sich an der Wand abstützend, jedoch immer festen Stand findend ( Urk. 6/127/19). Der orthopädische Gutachter des I.\_\_\_\_ stellte seinerseits einen sehr leidenden Gesichtsausdruck und anlässlich der Untersuchung von Wirbelsäule und Rumpf inkonsistente Ergebnisse für die Inklination der LWS fest. Die mittelgradige Bewegungseinschränkung der linken Schulter erachtete er aufgrund der festgestellten strukturellen Veränderungen überdies nur als teilweise erklärbar ( Urk. 6/127/18 und Urk.

6/127/32-33). Der Vorwurf, dass der orthopädische Gutachter des I.\_\_\_\_ den haptischen Vorhalt einer bewusstseinsnahen Schmerzverarbeitung und Selbstlimitierung in keiner Art und Weise dokumentiert habe ( Urk. 1 S. 9), ist deshalb

unzutreffend .

Unzutreffend ist auch , dass die Beschwerdeführerin respektive RAD-Arzt L.\_\_\_\_ auf die detaillierte Kritik der Beschwerdeführerin an den Ausführungen der Gutachter des I.\_\_\_\_ nicht substantiiert eingegangen seien , wodurch der Anspruch auf rechtliches Gehör verletzt worden sei ( Urk. 1 S. 5) . RAD-Arzt Dr. L.\_\_\_\_ legte in der Stellungnahme vom 17. Oktober 2016

begründet dar, weshalb die Migräne der Beschwerdeführerin die Arbeitsfähigkeit grundsätzlich nicht einschränke. Dies insbesondere unter Hinweis darauf, dass die schon seit längerem bekannte Migräne bereits vom behandelnden Dr. M.\_\_\_\_ im Bericht vom 15. März 2011 als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eingestuft worden sei ( Urk. 6/135/7 und Urk. 6/52/2 ).

Hierfür spricht auch der Umstand , dass die Beschwerdeführerin die Migräne-Anfälle im Rahmen der Begutachtung im I.\_\_\_\_ nicht erwähnte ( Urk. 6/127/30 , Urk. 6/127/50 und Urk. 6/127/56-57). Eine erhebliche Verschlechterung der Migräneproblematik seit Erlass der rentenverneinenden Verfügung vom 23. Juni 2011 ( Urk. 6/57)

ist

nicht ausgewiesen .

Ferner

nahm RAD-Arzt Dr. L.\_\_\_\_

insbesondere auch Stellung zum Vorwurf , wonach die Gutachter des I.\_\_\_\_

auf die erheblichen degenerativen Veränderungen an der HWS zu wenig eingegangen seien ( Urk. 1 S. 5 ff. ) und verwies diesbezüglich auf die ausführliche orthopädische

Befunderhebung im Gutachten des I.\_\_\_\_ ( Urk. 6/135/10) . 4. 5

Im Weiteren gaben die Gutachter des I.\_\_\_\_ an, dass die Arbeitsfähigkeit aus orthopädischer Sicht

durch die Schulter-Operation vom 31. März 2014 für etwa sechs Monate und nach der ASK des Kniegelenks vom 10. September 2014 für weitere drei bis vier Wochen als aufgehoben angesehen werden könne . Das formulierte Belastungsprofil im Gutachten 2013 (von D.\_\_\_\_ und Dr. E.\_\_\_\_ ) sei nachvollziehbar und die aktuell geringere Gewichtslimite durch die neue Funktionseinschränkung der Schulterproblematik bedingt. Neurologisch lasse sich retrospektiv keine Arbeitsunfähigkeit begründen ( Urk. 6/127/21 ) . 4.6

Auch diese Beurteilung ist überzeugend. Es ist zwar richtig, dass im Arthro -MRI des linken Schultergelenks vom 4. Februar 2014 ein Abriss von Supraspinatus und Infraspinatus mit bereits fortgeschrittener Atrophie der Muskulatur festgestellt wurde ( Urk. 6/83/1). Im Rahmen der Begutachtung bei Dr. E.\_\_\_\_ vom 14. November 2013 hatte die Beschwerdeführerin jedoch noch keine Schulterbeschwerden links angegeben ( Urk. 6/79/23-25). Der periphere Gelenkstatus wurde von Dr. E.\_\_\_\_ geprüft, wobei er im Bereich

der Schultergelenke keine Bewegungseinschränkung und Hinweise für eine Rotatorenmanschetten-Pathologie feststellen konnte. Ebensovienig waren gemäss den Angaben von Dr. E.\_\_\_\_

atrophe Veränderungen gegeben. Die maximale Umfangmessung der Oberarme betrug beidseits 37 cm ( Urk. 6/79/27 ). Unter diesen Umständen ist

nicht davon auszugehen, dass Dr. E.\_\_\_\_ – wie die Beschwerdeführerin behauptete ( Urk. 1 S. 4) - eine namhafte Verletzung an der linken Schulter übersehen hatte. Eine durch das linke Schultergelenk verursachte Arbeitsunfähigkeit war zum Zeitpunkt der Begutachtung bei Dr. E.\_\_\_\_

noch nicht ausgewiesen.

Wie aus dem Bericht von Dr. G.\_\_\_\_ vom 9. Januar 2015 ( Urk. 6/99)

zu schliessen ist, war der postoperative Verlauf nach dem Meniskusriss am rechten Kniegelenk

und der Knie-ASK am 10. September 2014 offenbar weitgehend komplikationslos. So hielt

Dr. G.\_\_\_\_

nach seiner Untersuchung vom 6. Januar 2014 fest, dass die Narben am Knie reizlos und die Streckung frei seien, am rechten Oberschenkel ein Muskeldefizit bestehe, die Beschwerdeführerin nicht hinke, keinen Stock benötige und auch wenig Beschwerden habe ( Urk. 6/99/3). Bei seiner Einschätzung, wonach vom 10. September 2014 bis dato eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe und ab Februar 2015 mit einer Einsatzfähigkeit von 50% gerechnet werden könne, ging Dr. G.\_\_\_\_ fälschlicherweise davon aus, dass die Beschwerdeführerin zuletzt die körperlich noch anspruchsvollere Tätigkeit als Reinigungsfrau ausgeübt habe. Ausserdem berücksichtigte Dr. G.\_\_\_\_ auch die Beschwerden im Bereich des linken Schultergelenks ( Urk. 6/99/3-4). Vor diesem Hintergrund erscheint die Einschätzung der Gutachter des I.\_\_\_\_, wonach die Arbeitsfähigkeit rein aufgrund der Beschwerden am rechten Kniegelenk nach der ASK vom 10. September 2014 für weitere drei bis vier Wochen als aufgehoben angesehen werden könne ( Urk. 6/127/21 ), ebenfalls plausibel. 4.7

Auf die Beurteilung der Gutachter des I.\_\_\_\_ zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht kann somit abgestellt werden. 5. 5.1

Was den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin in psychiatrischer Hinsicht anbelangt, erklärten die Gutachter des I.\_\_\_\_, dass sich keine Diagnose mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit ergebe. Eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren und eine leichte depressive Episode würden als Diagnosen ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit aufgeführt. Die heutige Untersuchung der Beschwerdeführerin sei durch eine gezielte Symptomverdeutlichung überlagert gewesen. Bezüglich des geschilderten Tagesablaufes seien die Schilderungen ungenau und von den ständigen Beteuerungen der Beschwerdeführerin geprägt gewesen, zwar vieles zu versuchen, jedoch nichts zu können. Die Grundstimmung sei ernst-depressiv gewesen mit deutlich appellativem Charakter. Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und in einer Verweistätigkeit sei psychiatrisch zu 100% gegeben (Urk. 6/127/19). 5.2

Auch diese Einschätzung der Gutachter des I.\_\_\_\_ ist angesichts der genannten Befunde sowie der dazugehörigen Erläuterungen nachvollziehbar .

Der psychiatrische Gutachter des I.\_\_\_\_ ist in seinem Teilgutachten dabei auch auf die gemäss der neueren bundesgerichtlichen Rechtsprechung (vgl. E. 1.2) grundsätzlich bei sämtlichen psychischen Leiden zu prüfenden Standardindikatoren eingegangen. In diesem Zusammenhang sind insbesondere die erwähnten durchaus vorhandenen persönlichen Ressourcen der Beschwerdeführerin

( Urk. 6/127/46) und deren gute Eingebundenheit in den Familienalltag mit den noch zu Hause lebenden zwei Söhnen im Alter von 24 respektive 25 Jahren sowie mit der seit langem bestehenden, glücklichen und zufriedenstellenden Ehe ( mit unauffälliger vita sexualis) hervorzuheben ( Urk. 6/127/40, Urk. 6/127/44 und Urk. 6/127/46 ). 5.3

Der Bericht von Dr. H.\_\_\_\_ vom 27. Juni 2016 ( Urk. 6/132/3) vermag die Beurteilung der Gutachter des I.\_\_\_\_ sodann nicht in Zweifel zu ziehen. So hat ten die Gutachter des I.\_\_\_\_ bereits Kenntnis des Berichts von Dr. H.\_\_\_\_ vom 3. Dezember 2015 (Eingangsdatum; Urk. 6/115), in welchem diese – wie später im Bericht vom 27. Juni 2016 – ebenfalls eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige bis schwere depressive Episode diagnostiziert hatte. Die Gutachter des I.\_\_\_\_ wiesen dabei insbesondere darauf hin , dass eine schwere oder mittelgradige depressive Episode mit der ausgeprägten Symptom verdeutlichung in der Untersuchungssituation nicht vereinbar sei und diese Symptomverdeutlichung in der Untersuchungssituation eine erhebliche Ich-Leistung darstelle (Urk. 6/ 127 /19). Zudem bemerkte der psychiatrische Gutachter des I.\_\_\_\_ zu Recht, dass bei der gegebenen niedrigen Behandlungsfrequenz – nach eigenen Angaben nimmt die Beschwerdeführerin pro Jahr lediglich drei bis vier (Behandlungs-)Termine bei Dr. H.\_\_\_\_ wahr ( Urk. 6/127/40) – die Diagnose einer zuweilen schweren depressiven Episode aus heutiger Sicht nicht nachvollziehbar erscheine ( Urk. 6/127/45). Daran vermag auch der Umstand, dass die Beschwerdeführerin gemäss

Dr. H.\_\_\_\_ angeblich Angst vor der psychiatrischen Behandlung habe ( Urk. 6/132/3), nichts zu ändern. Die sehr geringgradige Behandlungsfrequenz spricht für einen wenig ausgeprägten Leidensdruck.

Ferner ist darauf hinzuweisen , dass eine psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann. Sie eröffnet dem begutachten den Psychiater daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist. Daher und unter Beachtung der Divergenz von medizinischem Behandlungs- und Abklärungsauftrag kann es nicht angehen, eine medizinische Administrativ- oder Gerichtsexpertise stets dann in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte nachher – wie vorliegend - zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangen oder an solchen vorgängig geäußerten abweichenden Auffassungen festhalten (Urteile des Bundesgerichts 9C\_794/2012 vom 4. März 2013 E. 4.2, 8C\_997/2010 vom 10. August 2011 E. 3.2, 8C\_694/2008 vom 5. März 2009 E. 5.1).

Entgegen den Darlegungen der Beschwerdeführerin ( Urk. 1 S. 10 ) hat der psychiatrische Gutachter des I.\_\_\_\_

überdies dargetan, worin die Symptomverdeutlichung der Beschwerdeführerin bestand. Auch er nannte in diesem Zusammenhang etwa den gequälten Gesichtsausdruck und zudem die teilweise appellative

Klagsamkeit mit Stöhnen, tiefem Atmen, Kraftlosigkeit und einem demonstrativ langsam-schwankenden Gang sowie die ständigen Beteuerungen der Beschwerdeführerin, dass sie viele Dinge und Verrichtungen (wie Lesen oder Bügeln) versuche zu machen, aber nicht dazu in der Lage sei (Urk. 6/127/40 und Urk. 6/127/43-44).

Soweit die Beschwerdeführerin bemängelte, der RAD habe nicht geprüft, ob das psychiatrische Gutachten des I.\_\_\_\_ die Qualitätsleitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) erfülle (Urk. 1 S. 10 f.), ist

darauf hinzuweisen, dass weder Gesetz noch Rechtsprechung den Psychiatern eine Begutachtung nach den diesbezüglichen Richtlinien vorschreiben. Ob das Gutachten des I.\_\_\_\_

den Leitlinien der SGPP entspricht, bedarf daher im vorliegenden Fall keiner vertieften Prüfung (Urteil des Bundesgerichts 9C\_88/2017 vom 30. März 2017 E. 3.3.1.1).

Hinsichtlich des Einwandes der Beschwerdeführerin, dass der psychiatrische Gutachter des I.\_\_\_\_ zumindest hätte begründen müssen, weshalb er keinerlei testpsychologische Zusatzuntersuchungen durchgeführt habe, obwohl die von ihm gestellte Diagnose diametral von derjenigen der behandelnden Psychiaterin Dr. H.\_\_\_\_

abweiche (Urk. 1 S. 11), ist schliesslich zu bemerken, dass die Ergebnisse solcher Tests im Rahmen der Behandlung eines Patienten zweifelsohne wertvoll sind. Bei der Begutachtung sind sie jedoch nur sehr beschränkt aussagekräftig. Dies deshalb, weil diese Ergebnisse im Wesentlichen auf den subjektiven Angaben der versicherten Personen beruhen. 5.4

Auch auf die Beurteilung der Gutachter des I.\_\_\_\_ zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht kann somit abgestellt werden. Eine erhebliche Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ist damit nicht gegeben.

Zusätzliche medizinische Abklärungen sind nicht angezeigt. 6.

## **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

### **E. 6.1**

Zu prüfen bleibt, wie sich die eingeschränkte Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin in erwerblicher Hinsicht auswirkt.

### **E. 6.2**

Aufseiten des Valideneinkommens ist vom Einkommen von brutto

Fr. 64'675.--, das die Beschwerdeführerin vor Eintritt des Gesundheitsschadens bei der A.\_\_\_\_ erzielte (Urk. 6/13/4), auszugehen. Unter Berücksichtigung der

Nominallohnentwicklung der Frauen (Bundesamt für Statistik, T39 Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne) resultiert für das Jahr 2016

demnach ein Valideneinkommen

von Fr. 68'654.-- (Fr. 64'675. -- :  
2552 x 2709 ).

### **E. 6.3.1**

Da die Beschwerdeführer in keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, sind für die Bestimmung des Invalideneinkommens die Tabellenlöhne gemäss der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik heranzuziehen (BGE 126 V 75 E. 3b) . Der Durchschnittslohn des Kompetenzniveaus 1 belief sich gemäss LS E 2012 (privater Sektor , Tabelle TA1, Total) für Frauen auf Fr. 4'112.-- . Umgerechnet auf die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41,7 Stunden (Bundesamt für Statistik, betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, T 03.02.03.01.04.01) und angepasst an die Nominallohnentwicklung

bis ins Jahr 2016 ergibt sich ein hypothetischer Jahreslohn von Fr. 52'986.-- ( Fr. 4'112. -- : 40 x 41,7 x 12 :  
2630 x 2709 ).

### **E. 6.3.2**

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/ aa ). Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten (BGE 126 V 75 E. 5b/ aa ). Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (BGE 135 V 297 E. 5. 2; 134 V 322 E. 5.2 und 126 V 75 E. 5b/ bb -cc). Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/ bb ). Zu beachten ist jedoch, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (Urteile des Bundesgerichts 9C\_846/2014 vom 22. Januar 2015 E. 4.1.1 und 8C\_805/2016 vom 22. März 2017 E.

### **E. 6.4**

Bei einem Valideneinkommen von Fr. 68'654.--

und einem Invalideneinkommen von Fr. 47'688.--

resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 20'966.-- und damit ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von aufgerundet 31 % (Fr. 20'966. -- : Fr. 68'654.-- ).

Es ist somit festzuhalten, dass zwischen dem Erlass der rentenverneinenden Verfügung vom 23. Juni 2011 ( Urk. 6/57)

und dem Erlass der angefochtenen Verfügung vom 9. Januar 2017 (Urk. 2) mit Blick auf den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin keine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustands eingetreten ist. 7.

Die angefochtene Verfügung

erweist sich damit als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

## **E. 8**

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 700.-- festzusetzen und ausgangsgemäss von der Beschwerdeführerin zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). 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 Dr. iur. André Largier - 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 1. Juli bis und mit dem 5. August sowie vom 1. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen. Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat ( Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich  
Der Vorsitzende  
Der Gerichtsschreiber  
Hurst  
Kreyenbühl

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