

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00143 vom 2. Juli 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-07-02, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2021.00143

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00143 du 2 juillet 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00143 del 2 luglio 2021

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (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. 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).

E. 1.3

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

E. 1.4

Anlass zur Rentenrevision im Sinne von Art. 17 ATSG gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den

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

V 9 E. 2.3 mit Hinweisen). Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt somit per se, um auf einen verbesserten oder verschlechterten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist in diesem Zusammenhang vielmehr eine veränderte Befundlage (Urteil des Bundesgerichts 9C_135/2021 vom 27. April 2021 E. 2.1 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

E. 1.5

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob er 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a).

E. 2

Dagegen erhob die Versicherte am 3. März 2021 Beschwerde und beantragte, die Verfügung vom 5. Februar 2021 sei aufzuheben und es sei ihr ab dem 1. April 2017 eine ganze Rente der Invalidenversicherung zuzusprechen (Urk. 1 S. 2). Ihrer Beschwerde legte sie Berichte der C. AG, der Klinik D., des Universitätsspitals E. sowie ihrer Hausärztin, Dr. med. F., Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, bei (Urk. 3/4-7). Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 6. Mai 2020 (richtig: 2021) auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7). Dies wurde der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 11. Mai 2021 zur Kenntnis gebracht (Urk. 9). Mit Eingabe vom 24. Juni 2021 reichte die Beschwerdeführerin einen weiteren Bericht ihrer Hausärztin Dr. F. vom 22. Juni 2021 ein (Urk. 10, Urk. 11). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin erwog in der angefochtenen Verfügung, die Beschwerdeführerin sei gemäss dem MEDAS-Gutachten seit dem 7. April 2016 in ihrer bisherigen Tätigkeit als Mitarbeiterin im Personalrestaurant zu 100 % eingeschränkt (Urk. 2 S. 1 f.). Nach Ablauf des Wartjahres bestehe eine 80%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit. Nach durchgeführtem Einkommensvergleich ergebe sich ein rentenausschliessender

Invaliditätsgrad von 28 % (Urk. 2 S. 2).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt, sie leide an zahlreichen somatisch nachvollziehbaren Beschwerden (Urk. 1 S. 8). Das vom Orthopäden erstellte Arbeitsprofil gehe viel zu weit (Urk. 1 S. 11). Insgesamt sei klar, dass sie weder mit der rechten noch mit der linken Hand eine Tätigkeit ausüben könne. Die beiden Schultern und die beachtlichen Beschwerden der Halswirbelsäule (HWS) beeinträchtigten ihre Arbeitsfähigkeit noch zusätzlich (Urk. 1 S. 12 f.). Das neurologische Restarbeitsfähigkeitsprofil sei ebenfalls nur schwer zu erfüllen. Insgesamt überzeuge, dass so keine Arbeitstätigkeit mehr möglich sei, nicht einmal in einem Nischenbereich (Urk. 1 S. 13). Sodann sei ihr der maximale leidensbedingte Abzug auf dem Invalideneinkommen zu gewähren (Urk. 1 S. 14).

E. 2.3

Vorliegend ist noch immer die Neuanschätzung der Beschwerdeführerin vom 20. August 2016 zu beurteilen (Urk. 8/49). Es ist daher zu prüfen, ob seit der Verfügung vom 17. Oktober 2011, mit welcher ein Anspruch auf eine Invalidenrente verneint worden war (Urk. 8/42), bis zur angefochtenen Verfügung vom 5. Februar 2021 (Urk. 2) eine invalidenversicherungsrechtlich massgebliche Veränderung des Gesundheitszustandes eingetreten ist, so dass nunmehr ein Anspruch auf eine Invalidenrente besteht.

E. 3

Der rentenverneinenden Verfügung vom 17. Oktober 2011 (Urk. 8/42) lag im Wesentlichen das Gutachten von Dr. Z.____ vom 6. Mai 2011 zugrunde.

Dieses beruhte auf der allgemein-internistischen und rheumatologischen Untersuchung vom 2. Mai 2011 (Urk.

E. 8

/32/16), die Beschwerdeführerin sei in ihrer angestammten Tätigkeit ab dem 6. Mai 2009 zu 100 % und ab 12. August 2009 zu 50 % arbeitsunfähig gewesen. Seit dem 9. September 2009 bestehe in der angestammten Tätigkeit keine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit mehr (Urk. 8/32/16) . 4. 4.1

Das hiesige Gericht erwog im Urteil vom 10. Juli

2019 im Verfahren IV.2017.01149, dass auf das A.____-Gutachten, auf welches sich die Beschwerdegegnerin in der rentenabweisenden Verfügung vom 19. September 2017 abgestützt hatte (Urk. 8/101), nicht abgestellt werden könne. Insbesondere seien bei der A.____-Begutachtung die medizinischen Vorakten bloss teilweise berücksichtigt worden, weshalb deutliche Lücken bezüglich der Kenntnis der medizinischen Vorakten vorlägen (Urk. 8/117/7). Das A.____-Gutachten spreche sich zu dem nicht darüber aus, inwiefern im Vergleich zur früheren Beurteilung eine Veränderung des Gesundheitszustandes eingetreten sei, weshalb ihm grundsätzlich kein genügender Beweiswert zukomme (Urk. 8/117/7 f.). Zudem könne dem A.____-Gutachten in somatischer Hinsicht keine einleuchtende und umfassende Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge entnommen werden, was sich auch darin zeige, dass es bezüglich der Befunderhebung, der Beurteilung und der Auseinandersetzung mit anderen medizinischen Berichten zu knapp sei und daher nicht zu überzeugen vermöge. Aufgrund dieser Mängel erfülle das A.____-Gutachten die

rechtsprechungsgemässen Anforderungen an ein beweiskräftiges Gutachten

nicht. Damit liessen sich aufgrund der gegenwärtigen Aktenlage die Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigung der Beschwerdeführerin auf die Arbeitsfähigkeit nicht hinreichend beurteilen. Die Sache sei daher an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie die von der Beschwerdeführerin geltend gemachte Verschlechterung und Zunahme der Beschwerden und namentlich deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit im massgebenden Zeitraum umfassend abkläre (Urk. 8/117/8). 4.2

4.2.1

Nach der Neuanschuldung der Beschwerdeführerin vom 20. August 2016 (Urk. 8/49) holte die Beschwerdegegnerin neben dem zu Händen des Krankentaggeldversicherers verfassten A.____-Gutachten vom 13. April 2017 (Urk. 8/85/5-42) insbesondere die folgenden Berichte ein: 4.2.2

Dem Bericht der C.____ AG vom 29. Juli 2016 ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin sich am 7. April 2016 aufgrund einer zentralen Läsion des triangulären fibrocartilaginären Komplexes (TFCC) links einer diagnostischen Arthroskopie am linken Handgelenk, einer ausgedehnten Synovektomie

ulno carpal sowie einem Débridement des TFCC

mit

Kortisoninfiltration

unterzog. Zudem wurde aufgrund einer symptomatischen Rhizarthrose eine Resektions-Suspensions - Arthroplastik des linken Daumensattelgelenks vorgenommen (Urk. 8/43/1, vgl. auch Urk. 8/140/15,).

Die behandelnde Dr. med. G.____, Fachärztin für Chirurgie und Handchirurgie, von der C.____ AG nannte im Bericht vom 15. September 2016 als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit neben der erwähnten TFCC-Läsion sowie der Rhizarthrose links auch eine Pisotriquetralarthrose links, einen Bandscheibenvorfall der HWS, eine beidseitige Coxarthrose sowie den Zustand nach einer Schulteroperation rechts. Die Beschwerdeführerin leide seit fünf Jahren an Schmerzen am linken Daumen bei Belastung und Bewegung. Seit einem Sturz vor einem Jahr habe sie auch ellenseitige Schmerzen am Handgelenk bei Belastung und Bewegung. Der Verlauf nach der Operation am 7. April 2016 habe sich unauffällig und mit regelrechter Rekonvaleszenz präsentiert. Aktuell leide die Beschwerdeführerin an Schmerzen an beiden Händen bei Belastung sowie an einer ausgeprägten Kraftminderung beidseits (Urk. 8/61/6). Sie sei seit dem 7. April 2016 zu 100% arbeitsunfähig in ihrer bisherigen Tätigkeit als Küchenangestellte. Auch eine behinderungsangepasste Tätigkeit sei aktuell nicht möglich (Urk. 8/61/7).

In ihrem späteren Bericht vom 6. Juli 2017 wies Dr. G.____ zudem auf eine fortgeschrittene Arthrose des rechten Zeigefinger-Endgelenks hin

(Urk. 8/93/1). Bei zunehmender Schmerzsymptomatik sei entweder eine Kortison-Infiltration oder eine Operation im Sinne einer Gelenksversteifung möglich (Urk. 8/93/2). 4.2.3

Der ehemalige Hausarzt der Beschwerdeführerin, Dr. med. H.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, befand am 13. Oktober 2016, die Beschwerdeführerin sei

durch die fehlende Funktion der linken Hand eingeschränkt. Es bestehe eine Kraftlosigkeit. Gegenstände wie Geschirr würden oft fallen gelassen und die Einsatzfähigkeit sei auch bei sitzenden Tätigkeiten durch das Zervikalsyndrom sowie die rechtsseitigen Schulterschmerzen beschränkt. Hinzu kämen noch die Depression sowie Gleichgewichtsstörungen mit Falltendenz, die wahrscheinlich mit dem Zervikalsyndrom zusammenhängen. Dadurch könne die Beschwerdeführerin ihre Arbeit nicht ausführen. Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar (Urk. 8/69/7). Auch eine adaptierte Tätigkeit sei nicht möglich (Urk. 8/69/8). 4.2.4

Die Fachleute des Zentrums I.____, in dem sich die Beschwerdeführerin seit dem 27. März 2018 zur ambulanten psychiatrischen Behandlung befand, nannten in ihrem Bericht vom 28. Oktober 2019 als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht unter anderem eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.1), sowie eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS, ICD-10 F41.1, Urk. 8/126/8). Dazu führten sie aus, die Beschwerdeführerin sei aus psychiatrischer Sicht durch den eingeschränkten Antrieb, Ängste, sorgenvolles Grübeln sowie eine verminderte Konzentrations- und Merkfähigkeit in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Es sei ihr unmöglich, sich länger auf eine Aufgabe zu konzentrieren, und sie verfüge nur über eine kurze Aufmerksamkeitsspanne (Urk. 8/126/9). Die Beschwerdeführerin sei seit dem 17. April 2016 zu 100% arbeitsunfähig in allen Tätigkeiten auf dem ersten Arbeitsmarkt (Urk. 8/126/7). 4.2.5

Die behandelnden Ärzte der Klinik D.____, Muskulo-Skelettal Zentrum, Orthopädie obere Extremitäten, diagnostizierten in ihrem Bericht vom 6. April 2018 unter anderem eine Re-Ruptur der Supraspinatussehne rechts sowie eine beginnende Omarthrose (Urk. 3/5 S. 1). Es werde ein konservatives Vorgehen empfohlen. In ihrem angestammten Beruf als Küchenhilfe sei die Beschwerdeführerin sicherlich nicht mehr arbeitsfähig. Auch die begonnenen stufenweisen Anpassungen in ihrer Arbeit seien nicht mehr möglich (Urk. 3/5 S. 2). 4.2.6

Die seit 1. Juni 2019 behandelnde Hausärztin, Dr. F.____, hielt am 23. Oktober 2019 fest, die Beschwerdeführerin sei in keiner Tätigkeit arbeitsfähig. Es könne diesbezüglich auch keine Verbesserung erzielt werden (Urk. 3/7 S. 4). Im Rahmen des chronifizierten generalisierten Schmerzsyndroms zeige die Beschwerdeführerin schmerzbedingte Funktionseinschränkungen sowohl der oberen als auch der unteren Extremität, welche repetitive Arbeiten, das Heben und Tragen von Gewichten, Überkopfarbeiten, wechselbelastende Tätigkeiten, Treppensteigen und das

Arbeiten am Computer oder in der Produktion aufgrund von wiederholten Schmerzexazerbationen verhinderten. Erschwerend kämen eine Bewegungseinschränkung und resultierende Schmerzen im Bereich der HWS und des Schulter-/Nackengürtels mit Ausstrahlung in die obere Extremität und den Rücken hinzu. Ferner leide die Beschwerdeführerin an einem lumbospondylogenen Schmerzsyndrom. Die Funktionalität im Alltag sei schmerzbedingt auf ein Minimum reduziert, so dass die Beschwerdeführerin auch einfache Haushaltstätigkeiten nur unter Mithilfe verrichten könne. Die Restless-Legs-Problemik störe die Nachtruhe und sei ebenfalls limitierend. Des Weiteren bestehe die rezidivierende depressive Störung (Urk. 3/7 S. 5). 4.2.7

Am 12. August 2020 erstatteten die Experten der MEDAS ihr polydisziplinäres Gutachten in den Fachdisziplinen Orthopädie, Psychiatrie, Allgemeinmedizin und Neurologie

(Urk. 8/140). Im interdisziplinären Konsens nannten sie dabei folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/140/6): - Verminderte Schulterbelastbarkeit und schmerzhafte Funktionseinschränkung beidseits bei/mit: - Status nach Schulterarthroskopie mit Akromioplastik, AC-Gelenkresektion, Tenotomie der Bizepssehne und Supraspinatussehnenrekonstruktion rechts am 6. Mai 2009 - beginnende

Omarthrose und subtotale Re-Ruptur der Supraspinatussehne bei Degeneration der Subscapularissehne und des Infrapinatus ohne Ruptur, ohne Indikation einer Operation - Supraspinatusläsion und Verdacht auf Pulley-Läsion links (neudagnostiziert) - Eingeschränkte Belastbarkeit der linken Hand bei/mit: - Status nach diagnostischer Arthroskopie am linken Handgelenk, ausgedehnter Synovektomie

ulnocarpal und Débridement des TFCC am 7. April 2016 mit Resektions-Suspensions-Arthroplastik bei radialer, zentraler TFCC-Läsion links sowie einer Lockerung der ulnaren Aufhängung - symptomatischer Rhizarthrose links, Stadium III nach Eaton/ Littler - degenerative Handgelenksveränderungen

Demgegenüber seien die folgenden Diagnosen ohne leistungsmindernde Wirkung (Urk. 8/140/7): - zervikospondylogenes Schmerzsyndrom mit degenerativen Veränderungen mit radiologischer Beeinträchtigung der Wurzel C4 links, C5 und C6 rechts, ohne radikuläre Zeichen - lumbospondylogenes Schmerzsyndrom bei wenig degenerativen Veränderungen L4/5 und L5/S1 und ohne radikuläre Zeichen - beginnende Coxarthrose beidseits - Spreizfüsse beidseits, Hallux

valgus links und Morton II/III und III/IV rechts - Prä-Adipositas (Body-Mass-Index [BMI] von 27.2) - arterielle Hypertonie, behandelt, anamnestisch schwierig - Status nach Pneumonie rechter Oberlappen im Juni 2012 - Status nach Entfernung eines kleinen Polypen - Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (ICD-10 Z73), leichte Akzentuierung von Persönlichkeitszügen, stellenweise Burn-Out, körperliche und psychische Belastungen, teilweise Mangel an Entspannung oder Freizeit sowie sozialer Rollenkonflikt und Stress - Multilokuläres chronisches Schmerzsyndrom teilweise mit somatischen Schwerpunkten und mit zusätzlich auch bestehender leichter zentraler Hyperalgesie - Leichte Metatarsalgie rechts für Ramus

digitorum II und III des R. plantaris med. des Nervus

tibialis, ohne sensible und vaskuläre Defizitsymptomatik/ Komplikation - primäre episodische Migräne, bislang nicht diagnostiziert, teilweise mit leicht ophthalmischer Aura mit wahrscheinlich gelegentlich vestibulären Migräneäquivalenten - Restless-Legs-Syndrom mit assoziierter Schlafstörung, unter Pregabalin aktuell gebessert

Dazu führten die Gutachter aus, aus orthopädischer Sicht bestehe aufgrund der muskuloskelettalen

Diagnosen das folgende Zumutbarkeitsprofil: Das Heben und Tragen von schweren Lasten von mehr als 5 kg beidseits sei nicht mehr zumutbar wie auch Arbeiten in Zwangspositionen des Kopfes und des Rumpfes und in gebückter Position. Arbeiten mit grobmotorischer Funktion der linken Hand seien nicht mehr zumutbar wie auch repetitive Überkopfarbeiten links. Arbeiten mit langen Hebelarmen und repetitiven Umwendbewegungen links seien nicht mehr zumutbar wie auch Arbeiten verbunden mit Gehen auf unebenem Grund. Aus neurologischer Sicht seien alle Diagnosen behandelbar.

Das neurologische Zumutbarkeitsprofil gehe nicht über das orthopädische hinaus. Aus allgemein-interdisziplinärer Sicht bestünden keine Funktionsstörungen. Die Ressourcen seien nicht beeinträchtigt (Urk. 8/140/7). Im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung hätten sich bei der Beschwerdeführerin allenfalls Hinweise auf eine zeitweise Überforderung im privaten, möglicherweise auch im beruflichen Bereich ergeben, die allenfalls mit Anpassungsproblemen im Sinne eines sogenannten Burn-Outs oder zeitweise bestehenden Erschöpfungsgefühlen vereinbar seien. Bei der Beschwerdeführerin sei jedoch weder aktuell noch retrospektiv von einer relevanten affektiven Störung oder einer PTBS auszugehen.

Die bisherige Tätigkeit als Küchenangestellte sei aus orthopädischer und neurologischer Sicht nicht mehr zumutbar. In einer angepassten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80 % (ganztags mit leichter Leistungsminderung, Urk. 8/140/8).

Es sei schwierig, den Verlauf der Arbeitsfähigkeit seit September 2009 zu beurteilen. Erfahrungsgemäss fänden die Entwicklungen der Handproblematik links und der Schulterproblematik rechts über einige Jahre statt. Der Gesundheitszustand habe sich seit 2008 sukzessive verschlechtert und sicherlich verstärkt seit 2016. Die volle Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit habe spätestens seit April 2017 bestanden. Prinzipiell könne die Arbeitsunfähigkeit aber auch schon ab dem Datum der Operation der linken Hand vom 6. April 2016 postuliert werden. Sicherlich habe nach jeder Operation auch in einer Verweiltätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit für die Dauer von jeweils drei bis vier Monaten bestanden. Ansonsten gelte betreffend eine behinderungsangepasste Tätigkeit die Arbeitsfähigkeit von 80 % gemäss Zumutbarkeitsprofil. Aus psychiatrischer Sicht liessen sich retrospektiv keine validen Hinweise für eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit objektivieren (Urk. 8/140/9). 4.2.8

Die Ärzte des E.____, Interdisziplinäres Zentrum für Schwindel und neurologische Sehstörungen, stellten mit Bericht vom 16. Februar 2021 unter anderem die Verdachtsdiagnose eines rezidivierenden benignen paroxysmalen Lagerungsschwindels seit 2017 sowie einer Migräne ohne Aura seit dem Jugendalter (Urk. 3/6 S. 1). Der Lagerungsschwindel sei aktuell in Remission. Betreffend die Migräne wurden sowohl eine medikamentöse als auch eine nicht-medikamentöse Prophylaxe empfohlen (Urk. 3/6 S. 3). 5. 5.1

Aufgrund der Akten ist ausgewiesen und zwischen den Parteien unbestritten, dass ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 ATSG vorliegt. Die MEDAS-Gutachter hielten dazu insbesondere fest, der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich seit dem Jahr 2008 sukzessive und sicherlich verstärkt seit dem Jahr 2016 verschlechtert (Urk. 8/140/9). Damit liegt eine seit der erstmaligen Leistungsabweisung mit Verfügung vom 17. Oktober 2011 (Urk. 8/42), als das Vorliegen von die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigenden Diagnosen (Urk. 8/32/16) und demzufolge eines Gesundheitsschadens verneint wurden, wesentliche Änderung vor, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad zu beeinflussen. Der Rentenanspruch ist daher

nachfolgend

in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3).

Dabei ist ebenfalls

ausgewiesen und unbestritten, dass die Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit als Restaurant-Mitarbeiterin jedenfalls seit April 2017 beziehungsweise bereits seit der Handoperation vom 7. April 2016 nicht mehr arbeitsfähig ist (Urk. 2 S. 1 f., Urk. 1 S. 5 , Urk. 8/140/

E. 9

). Die Beschwerdegegnerin vertrat hingegen in ihrer rentenabweisenden Verfügung vom 5. Februar 2021 gestützt auf das MEDAS-Gutachten die Auffassung, die Beschwerdeführerin sei trotz ihrer gesundheitlichen Einschränkungen in einer adaptierten Tätigkeit zu 80 % arbeitsfähig (Urk. 2 S. 1). Die Beschwerdeführerin vertritt diesbezüglich die Auffassung, es bestehe keine Arbeitsfähigkeit mehr (Urk. 1 S. 13). Nachfolgend ist daher auf den Beweiswert des Gutachtens einzugehen. 5.2

Die Gutachter legten im interdisziplinären Konsens dar, dass die Beschwerdeführerin einzig aus orthopädischer Sicht in einer adaptierten Tätigkeit zu 20 % eingeschränkt ist, während sie in den anderen Fachgebieten keine Leistungsmindernde n Einschränkungen in einer behinderungsgerechten Tätigkeit sahen (Urk. 8/140/7 f., Urk. 8/140/71).

Die Beschwerdeführerin kritisiert das orthopädische Belastungsprofil und findet, dieses gehe viel zu weit (Urk. 1 S. 11). Die orthopädische Gutachterin führte aus, dass bei der Beschwerdeführerin multiple Probleme des Bewegungsapparates mit einer Rotatorenmanschettenruptur links, einer Re-Ruptur der

Rotatorenmanschette rechts sowie einer Minderbelastung der linken Hand in Kombination mit einer radioulnaren Handgelenksproblematik, einer TFCC-Problematik und einer Rhizarthrose bestehend (Urk. 8/140/69).

Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 12) bezog die Gutachterin auch die Re-Ruptur der Supraspinatussehne der Rotatorenmanschette

an der rechten Schulter in ihre Beurteilung mit ein, indem sie eine beidseitig verminderte Schulterbelastbarkeit mit schmerzhaften Funktionseinschränkungen als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festhielt (Urk. 8/140/67). Auch im definierten Belastungsprofil findet die verminderte Schulterbelastbarkeit Niederschlag, denn die orthopädische Gutachterin stellte insbesondere fest, das Tragen von schweren Lasten von mehr als 5 kg beidseits sei der Beschwerdeführerin nicht mehr zumutbar (Urk. 8/140/71). Demgegenüber erscheint die Beurteilung der Klinik D.____ vom 6. April 2018, wonach die Beschwerdeführerin aufgrund der Re-Ruptur der Supraspinatussehne keine Anpassungen mehr in ihrer Arbeit vornehmen könne (Urk. 3/5 S. 2), vor diesem Hintergrund zu pauschal, zumal die Ärzte auch nicht weiter begründeten, welche Anpassungen die Beschwerdeführerin vorgenommen habe und weshalb diese nicht mehr möglich seien. Ferner trifft es zwar zu, dass die orthopädische Gutachterin die von Dr. G.____ im Bericht vom 6. Juli 2017 erwähnte fortgeschrittene Arthrose des rechten Zeigefinger-Endgelenks nicht erwähnte (Urk. 8/93/1). Allerdings empfahl auch Dr. G.____ deswegen keine direkten medizinischen Sofortmassnahmen, sondern erwog eine Kortison-Infiltration oder eine Operation im Sinne einer Gelenksversteifung lediglich für den Fall einer zunehmenden Schmerzsymptomatik (Urk. 8/93/2).

Dass aber die rechte Hand gebrauchsunfähig wäre, wie die Beschwerdeführerin behauptet (Urk. 1 S. 9), erwähnt Dr. G.____ nicht (Urk. 8/93/2). Ferner ergibt sich aus den Akten auch kein Hinweis darauf, dass die Beschwerden hinsichtlich des rechten Zeigefingers

in der Zwischenzeit zugenommen hätten. So erwähnte die Beschwerdeführerin weder anlässlich der neurologischen noch der orthopädischen Begutachtung Schmerzen am rechten Zeigefinger (Urk. 8/140/59 f., Urk. 8/140/120). Auch in die Diagnose liste der Fachleute des J.____ vom 28. Oktober 2019 ,

die neben psychiatrischen auch somatische Leiden umfasst (Urk. 8/126/8-9) , fand die Problematik am Zeige finger keinen Eingang.

Auch der Bericht des damaligen Hausarztes Dr. H.____ vom 13. Oktober 2016 (Urk. 8/69/6-11) vermag die Einschätzung der orthopädischen Gutachterin nicht in Zweifel zu ziehen , da er die von ihm postulierte Arbeitsunfähigkeit in einer Verweistätigkeit nicht näher begründete . Zudem berücksichtigte die Gut achterin sowohl die Schulterschmerzen als auch das z ervikospondylogene Schmerzsyndrom (Urk. 8/140/6 f.). Die Ansicht von Dr. H.____ , wonach die Einsatzfähigkeit der Beschwerdeführerin dadurch auch bei sitzenden Tätigkeiten eingeschränkt sei (Urk. 8/140/7), ist nicht einleuchtend und sie

widerspricht dem definierten Belastungsprofil im Übrigen auch nicht. Denn

die Gutachterin empfahl ihrerseits Arbeiten ohne Zwangspositionen des Kopfes sowie des Rumpfes (Urk. 8/140/7).

Was die Halswirbelsäulenbeschwerden anbelangt, so stellte die orthopädische Gutachterin aufgrund der MRI-Untersuchungen zwar degenerative Veränderungen mit einer Beeinträchtigung der Nervenwurzel n C4 links, C5 und C6 rechts fest (Urk. 8/140/66). Sofern die Beschwerdeführerin daraus allerdings ableitet, eine Arbeitstätigkeit sei ihr gänzlich unmöglich (Urk. 1 S. 11), geht sie fehl. D enn die Gutachter legten im interdisziplinären Konsens schlüssig dar, dass die Nackenschmerzen nicht durch die degenerativen HWS-Veränderungen verursacht werden, sondern im Rahmen der bisher noch nicht diagnostizierten Migräne zu verstehen sind. Dabei wiesen sie insbesondere darauf hin, dass die von der Beschwerde führerin beschriebenen starken Nackenschmerzen einem proximal den Nacken betreffenden Hinterkopfschmerz entsprechen und deshalb als Migräneäquivalen t zu werten sind (Urk. 8/140/5). Ihre Folgerung, wonach der subjektiv stark beein trächtigende Anteil der Nackenschmerzen der bislang nicht erkannten Migräne zuzuschreiben ist , überzeugt daher. Die Gutachter wiesen in diesem Zusam men hang ausdrü cklich auf die Möglichkeit einer Therapie der Migräne hin, welche bislang mangels entsprechender Diagnose noch nicht spezifisch erfolgen konnte (Urk. 8/140/5).

Aufgrund dessen erweist es sich auch als einleuchtend, dass die Gutachter der Migräne keine leistungsmindernde Wirkung beimassen (Urk. 8/140/7).

Di e Hausärztin wies zwar in ihrem Bericht vom 22. Juni 2021 darauf hin, dass mittlerweile eine Therapie mit Triptanen in Erwägung gezogen worden sei, welche jedoch aufgrund des kardialen Risikoprofiles nicht habe durchgeführt werden können (Urk. 11). Damit vermag sie jedoch die gutach ter liche Einschätzung nicht in Zweifel zu ziehen, zumal sie auch nicht aufzeigte, dass sämtliche wirksamen Therapien – wie beispielsweise die von den Gutachtern empfohlenen Betablocker oder die laut Bericht ausgebauten analgetischen Optio nen – für die Beschwerdeführerin unzumutbar wären . Im Übrigen gab die Be schwerdeführerin selbst an, sie habe noch zirka zwei bis dreimal pro Monat starke Migräneepisodes, meist zirka drei Tage lang. Sie habe aber selbst früher, als die Migräneepisodes noch häufiger gewesen seien, gearbeitet (Urk. 8/140/122).

Die leichteren , kaudalen Nackenschmerzen betrachteten die Gutachter

mit ausführlicher und plausibler Begründung und mangels radikaler Reiz- oder Defizit symptomatik zu den Schultern als nicht ursächlich für eine Arbeitsunfähigkeit (Urk. 8/140/5 f.). Dies bestätigte auch die Beschwerdeführerin in der neurologischen Begutachtung mit ihrer Erklärung, der dumpfe Nackenschmerz sei leichter und es sei vor allem der Hinterkopfschmerz schlimm (Urk. 8/140/122).

Der neurologische Gutachter

beurteilte sodann die Schwindelproblematik als ein migräneassoziiertes Begleitsymptom (Migräneschwindel, Urk. 8/140/12). Dem widerspricht auch der Bericht des Interdisziplinären Zentrums für Schwindel und neurologische Sehstörungen des E.____ vom 16. Februar 2021 nicht. Die dortigen Ärzte zogen im Rahmen der von ihnen geäußerten Verdachtsdiagnose eines rezidivierenden benignen paroxysmalen Lagerungsschwindels

–

wobei eine Verdachtsdiagnose

zur Anerkennung eines invalidisierenden Gesundheitsschadens von vornherein nicht ausreicht

(Urteil des Bundesgerichts 9C_445/2020 vom 19.

Oktober 2020 E. 4.2.2) - ebenfalls eine zusätzliche

migräniforme

und zervikogene Komponente in Betracht (Urk. 3/6 S. 1). Inwiefern diese Schwindelbeschwerden Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin haben sollten, ergibt sich jedoch auch aus dem Bericht des E.____ nicht. Die Ärzte des E.____ erhoben in ihrer vestibulären Untersuchung normale Befunde und erkannten in der Untersuchung denn auch keine Hinweise auf einen Drehschwindel (Urk. 3/6 S. 3). Die ORL-Abklärung im E.____

ist daher nicht geeignet, Zweifel am Gutachten zu erwecken. 5.3

Des Weiteren hielt die Beschwerdeführerin das psychiatrische Teilgutachten als nicht nachvollziehbar (Urk. 1 S. 13). Der psychiatrische Gutachter nannte nach ausführlicher Untersuchung der Beschwerdeführerin die Diagnose « Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung »

(ICD-10 Z73, Urk. 8/140/96). Hingegen erkannte er keine relevante affektive Störung oder eine PTBS (Urk. 8/140/95) und schätzte die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht aktuell und retrospektiv auf 100 % (Urk. 8/140/98 f.).

Dies steht im Einklang mit der Rechtsprechung, wonach eine Diagnose mit Z-Kodierung nicht unter den Begriff der invalidenversicherungsrechtlich erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigung fällt (Urteil des Bundesgerichts 8C_699/2018 vom 28. August 2019 E. 4.2.2).

Bei der Diagnostik gilt es ferner zu berücksichtigen, dass die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann. Dem begutachtenden Psychiater bleibt praktisch immer ein gewisser Spielraum, inner halb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_720/2020 vom 8. Januar 2021 E. 4.2 und 5.2.1).

Die genannte Diagnose erweist sich aufgrund des anlässlich der psychiatrischen Exploration erhobenen Befundes als einleuchtend. Denn der psychiatrische Gutachter konnte weder eine depressive oder maniforme Grundstimmung noch eine affektive Labilität feststellen (Urk. 8/140/94). Gegen eine beeinträchtigende affektive Störung spricht zudem die niedrige Therapiefrequenz. Die Beschwerdeführerin nimmt einmal im Monat eine psychotherapeutische Behandlung im Zentrum I.____

bei der Psychologin lic. phil. K.____

wahr (Urk.

8/126/7). Dr. med. L.____, Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie,

sucht sie gemäss ihren Angaben vor allem auf, um sich von ihm Medikamente verordnen zu lassen (Urk. 8/140/87, Urk. 8/140/89).

Des Weiteren verneinte der Gutachter die Diagnose einer PTBS überzeugend unter Hinweis auf die fehlenden

Symptome wie beispielsweise Flashbacks, unberechenbare Gefühlsreaktionen oder Schreckhaftigkeit. Auch die Beschwerdeführerin selbst erklärte, ihre Ein- und Durchschlafstörungen seien erst später durch die Sorgen aufgetreten (Urk. 8/140/88). Im Bericht des Zentrums I.____, worin von einer PTBS die Rede war (Urk. 7/126/8), fehlt es an einer Herleitung und Begründung der Diagnose und insbesondere an der Schilderung eines auslösenden Traumas. Eine PTBS ist daher nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt.

Es trifft sodann nicht zu, dass der psychiatrische Teilgutachter die somatischen Beschwerden ausblendete, wie die Beschwerdeführerin vorbringt (Urk. 1 S. 13). Im Gegenteil setzte er sich damit auseinander und befand, diese seien nicht auf eine psychische Ursache zurückzuführen (Urk. 8/140/96). Dies korreliert mit dem orthopädischen Gutachten, wonach die radiologischen Befunde die Beschwerden der Beschwerdeführerin erklären, und auch der neurologische Teilgutachter erhob somatische Korrelate zu den Befunden (Urk. 8/140/69, Urk. 8/140/128 ff.).

Dem psychiatrischen Gutachten kann der Beweiswert auch nicht deshalb abgesprochen werden, weil der Sachverständige

die Angaben der Beschwerdeführerin nicht für konsistent und plausibel erachtete (Urk. 8/140/97), denn es ist gerade seine

Aufgabe,

sich im Rahmen der Indikatorenprüfung

zur Konsistenz zu äussern. Auch wenn die Hausärztin in ihrem Bericht vom 22. Juni 2021 angab, es habe klinisch zu keiner Zeit Hinweise gegeben, dass die Beschwerdeführerin ihre Medikamente nicht einnehme (Urk. 11), vermag dies die gutachterliche Einschätzung nicht umzustossen. Zum einen stellte der psychiatrische Gutachter die Konsistenz der Ausführungen der Beschwerdeführerin nicht durchwegs in Frage, sondern hielt vielmehr fest, dass die Beschwerdeführerin einen Teil der verordneten Medikamente regelmässig einnehme und ihre Therapie regelmässig wahrnehme (Urk. 8/140/97).

Zum anderen begründete der psychiatrische Gutachter seine Schlussfolgerung, die geklagten Symptome und Funktionseinbußen seien nicht konsistent und plausibel, im Übrigen auch mit Verweis auf die orthopädische Begutachtung. Dort erwähnte die Beschwerdeführerin, sie könne lediglich 15

Minuten sitzen, bevor sie die Position wechseln müsse (Urk. 8/140/60). Im Widerspruch dazu

konnte sie ihre Position dann aber während der 1.15 Stunden dauernden Befragung halten und musste sie kein einziges Mal wechseln (Urk. 8/140/63)

Vor diesem Hintergrund erweist sich auch das psychiatrische Teilgutachten als schlüssig.

5.4

Zusammenfassend erfüllt das MEDAS-Gutachten die Anforderungen an eine beweiskräftige ärztliche Expertise (vgl. E. 1.5 hiervor), so dass darauf abzustellen ist. Es ist daher mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die Beschwerdeführerin zu 80 % arbeitsfähig ist in einer adaptierten Tätigkeit ohne Heben und Tragen von schweren Lasten beidseits von mehr als 5 kg, ohne Arbeiten in Zwangspositionen des Kopfes und des Rumpfes und in gebückter Position, ohne Arbeiten mit grobmotorischer Funktion der linken Hand, ohne repetitive Überkopfarbeiten links, ohne Hantieren mit langen Hebelarmen und repetitiven Überkopfbewegungen links sowie ohne Arbeiten verbunden mit Stehen und Gehen auf unebenem Grund. 6. 6.1

Zu prüfen bleibt, ob die Beschwerdegegnerin den Invaliditätsgrad korrekt ermittelt hat. Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2, 128 V 29 E. 1).

Der frühest mögliche Rentenbeginn liegt vorliegend im Jahr 2017, nachdem sich die Beschwerdeführerin am 20. August 2016 erneut bei der Beschwerdegegnerin angemeldet hat (Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG, vgl. zur Karenzfrist bei einer

Neuanmeldung

BGE 142 V 547 E. 3). Es darf angenommen werden, dass das Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG am 7. April 2017 bestanden

war, da die Gutachter prinzipiell davon ausgingen, die Beschwerdeführerin sei seit dem 7. April 2016 zu 100 % arbeitsunfähig in ihrer angestammten Tätigkeit (vgl. E. 5.1 hiervor). 6.2

Die Beschwerdegegnerin stellte für das Valideneinkommen auf den mit einem Pensum von 50 % erzielten Durchschnittsverdienst

der Jahre 2013-2015 bei der Y.____

GmbH ab (vgl. auch den IK-Auszug Urk. 8/ 55/3) . Angepasst an

die Nominallohnentwicklung bis ins Jahr 2017 (vgl. Bundesamt für Statistik, Entwicklung der Nominallöhne, Tabelle T 39, Frauen) errechnete sie ein Einkommen von Fr. 60'670.-- in einem im Gesundheitsfall ausgeübten 100 %-Pensum (Urk. 8/86). Dies blieb seitens der Beschwerdeführerin unbestritten und ist nicht zu beanstanden.

6.3

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2, 129 V 472 E. 4.2.1). Dabei sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (BGE 143 V 295 E. 4.1.3; zur Verwendung der aktuellsten statistischen Daten bei Rentenrevisionen vgl. BGE 143 V 295 E. 4.2.2, 142 V 178 E. 2.5.8.1, 133 V 545 E. 7.1). Die Verwendung der Tabellenlöhne ist subsidiär, das heisst deren Bezug erfolgt nur, wenn eine Ermittlung des Invalideneinkommens aufgrund und nach Massgabe der konkreten Gegebenheiten des Einzelfalles nicht möglich ist (vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.7, 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2; vgl. auch Meyer/

Reichmuth , Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, Rn 55 und 89 zu Art. 28a, mit weiteren Hinweisen auf die Rechtsprechung).

Die Beschwerdeführerin ging nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit keiner Arbeit mehr nach, weshalb auf die Tabellenlöhne gemäss LSE abzustellen ist. In Anbetracht des frühest möglichen Rentenbeginns im Jahr 2017 ist rechtsprechungsgemäss der Lohn

von

Frauen

von Fr. 4' 3 63.-- (LSE 201 6 , TA1_tirage_skill_level , Total)

in einfachen Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art

(Kompetenzniveau

1)

heranzuziehen, sodass – angepasst an die betriebsübliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden im Jahr 2017 (vgl. Tabelle T 03.02.03.01.04.01,

betriebsübliche

Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen) sowie an die Nominallohnentwicklung von 0.4 % (vgl. Tabelle T 39)

– in angepasster Tätigkeit ein Invalideneinkommen von Fr. 54' 799 .-- resultiert (Fr. 4'3 63 .-- x 12 / 40 x 41.7 x 1.004) respektive Fr. 43' 840 .-- im zumutbaren 80 %-Pensum .

6.4

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allen falls 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. 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 (vgl. BGE 135 V 297 E. 5.2, 134 V 322 E. 5.2 und 126 V 75 E. 5b/aa-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 (BGE 146 V 16 E. 4.1 mit Hinweisen).

Nach ständiger Rechtsprechung darf das (kantonale) Sozialversicherungsgericht sein Ermessen, wenn es um die Beurteilung des Tabellenlohnabzuges gemäss BGE 126 V 75 geht, nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen; es muss sich auf Gegebenheiten abstützen können, welche seine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (BGE 137

V 71 E. 5.2 und 126 V 75 E. 6). Wurde bei der Festsetzung der Höhe des Abzugs vom Tabellenlohn ein Merkmal oder ein bestimmter Aspekt eines Merkmals zu Unrecht nicht berücksichtigt oder zu Unrecht berücksichtigt, hat die Beschwerdeinstanz den Abzug gesamthaft neu zu schätzen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_808/2015 vom 29. Februar 2016 E. 3.4.3 und 8C_113/2015 vom 26. Mai 2015 E. 3.2).

Sofern die Beschwerdeführerin aufgrund ihrer psychischen Einschränkungen einen Leidensabzug fordert (Urk. 1 S. 15), kann ihr nicht gefolgt werden, da sie gemäss beweiskräftigem MEDAS-Gutachten aus psychiatrischer Sicht voll arbeitsfähig ist (Urk. 8/140/98). Auch der durchaus langen Betriebszugehörigkeit der von 2000-2017 bei

der Y.____
GmbH

angestellten Beschwerdeführerin (vgl. 8/11/2, Urk. 8/80/49) ist im Rahmen des vorliegend für leidensangepasste Tätigkeiten in Frage kommenden Kompetenzniveaus 1 keine relevante Bedeutung beizumessen (Urteil des Bundesgerichts 9C_874/2014 vom 2. September 2015 E. 3.3.2). Das Alter der 1963 geborenen Beschwerdeführerin vermag ebenfalls keinen Leidensabzug zu begründen, da Hilfsarbeiten auf dem massgeblichen hypothetischen Arbeitsmarkt grundsätzlich altersunabhängig nachgefragt werden (Urteil des Bundesgerichts 9C_266/2017 vom 29. Mai 2018 E. 3.4.4 mit Hinweis). Festzuhalten ist jedoch auch, dass die Beschwerdeführerin an Funktionseinschränkungen beider Schultern sowie einer eingeschränkten Belastbarkeit der linken Hand leidet (Urk. 8/140/6). Zudem muss eine Arbeit für sie wechselbelastend (ohne Arbeiten in Zwangspositionen des Kopfes und des Rumpfes) sein und es ist ihr zudem nicht möglich, auf unebenem Grund zu gehen. Dadurch ist ihr die erwerbliche Verwertung der verbliebenen Arbeitsfähigkeit an einem konkreten Arbeitsplatz verglichen mit einer gesunden Versicherten erschwert.

Die Beschwerdeführerin ist demnach selbst im Rahmen leichter körperlicher Tätigkeiten über die 20%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit hinaus in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt, was ermessensweise einen Abzug von 15 % auf dem Invaliden einkommen rechtfertigt. Insbesondere gehen die Einschränkungen der Beschwerdeführerin nicht so weit wie beispielsweise im Urteil des Bundesgerichts 8C_744/2017 vom 14. Mai 2018, in welchem das Bundesgericht von einer faktischen Einhändigkeit sowie erheblichen Einschränkungen

des Versicherten an beiden oberen Extremitäten

ausgegangen war und dementsprechend einen Leistungsabzug von 20 % gewährt hatte (E. 5.2). Zu bemerken bleibt, dass das Bundesgericht bei vergleichbarer Ausgangslage die Vornahme eines leistungsbedingten Abzugs auch schon als ungerechtfertigt erachtet hat (vgl. Urteile 8C_495/2019 vom 11. Dezember 2019 E. 4.2.2, 8C_174/2019 vom 9. Juli 2019 E. 5.2). 6.5

Unter Berücksichtigung eines leistungsbedingten Abzugs von 15 % ergibt sich somit

per 2017 ein Invalideneinkommen von Fr. 37'264.-- (Fr. 43'840.-- x 0.85) in einer der Beschwerdeführerin zumutbaren leistungsangepassten Tätigkeit in einem 80 %-Pensum. 7.1

Die Beschwerdeführerin bestreitet die Verwertbarkeit ihrer Restarbeitsfähigkeit unter Hinweis auf ihre gesundheitlichen Einschränkungen (Urk. 1 S.

E. 13

).

Dies bezüglich gilt es zu berücksichtigen,

dass der zu unterstellende ausgeglichene Arbeitsmarkt nach ständiger Rechtsprechung durch ein gewisses Gleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage nach Arbeitskräften gekennzeichnet ist und einen Fächer verschiedenster Tätigkeiten aufweist (BGE 110 V 273 E. 4b). Das gilt sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen wie auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes (Urteil des Bundesgerichts 8C_113/2016 vom 6. Juli 2016 E. 4.3

mit Hinweisen). Wohl trifft es zu, dass nicht von realitätsfremden Einsatzmöglichkeiten ausgegangen werden darf. Indessen umfasst der ausgeglichene Arbeitsmarkt

auch sogenannte Nischenarbeitsplätze, also Stellenangebote, bei welchen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers rechnen können (Urteil des Bundesgerichts

8C_434/2017 vom 3. Januar 2018, E. 7.2.1 mit Hinweisen). 7.2

Zwar ist die Beschwerdeführerin in qualitativer Hinsicht nicht unwesentlich in der Verwertung ihrer Restarbeitsfähigkeit eingeschränkt. Das Belastungsprofil ist jedoch nicht derart eng formuliert, dass es der Beschwerdeführerin nicht möglich wäre, diese auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten.

Zu denken ist insbesondere an leichte Prüf-, Überwachungs-, und Kontrollarbeiten (Urteil des Bundesgerichts 8C_599/2015 vom 22. Dezember 2015 E. 5.1). Eine Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit bejahte das Bundesgericht beispielsweise bei einer faktisch tauben Versicherten, die an mehreren Geburtsgebrechen und an einer Depression litt (Urteil des Bundesgerichts 8C_652/2014 vom 9. Januar

2015 E. 3.2.3) oder bei einer Restarbeitsfähigkeit von 20 %, mit einer Leistungsmin derung von 40 % (Urteil des Bundesgerichts 9C_446/2012 vom 16. November 2012 E. 3). Derartige Einschränkungen liegen bei der Beschwerdeführerin nicht vor. Im Lichte dieser relativ

hohen Hürden,

welche das Bundesgericht

für

die Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit stellt, ist

daher vorliegend von der Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit auszugehen. 7.3

Nach dem Gesagten ist für den Einkommensvergleich von einem Valideneinkommen von Fr. 60'670.--

und einem Invalideneinkommen von

Fr. 37'264.-- auszu gehen, womit sich

eine Erwerbseinbusse von Fr. 23'406.-- und

damit

ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von

gerundet 39 %

ergibt (Fr. 23'406.-- x 100 / Fr. 60'670.-- ;

zur Rundung

vgl.

BGE 130 V 121 E. 3.2). Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 8.

Gemäss

Art. 69 Abs. 1 bis

IVG

in Verbindung mit Art. 61 lit. f bis ATSG (in der seit 1. Januar 2021 in Kraft stehenden Fassung, vgl. Art. 83 ATSG)

ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht

kostenpflichtig.

Die Kosten

sind

nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000. -- zu

bemessen und sind vorliegend auf Fr. 800. -- festzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Stéphanie Baur - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage je eines Doppels von Urk. 10 und Urk. 11 - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

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

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

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

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