

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01159 vom 15. Dezember 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-12-15, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.01159

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01159 du 15 décembre 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01159 del 15 dicembre 2016

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1955, ist seit Oktober 1991 bei der Boutique Y.____ zunächst als Verkäuferin, dann als Geschäftsführerin tätig (Urk. 8/9) .

Unter Hinweis auf eine Schuppenflechte an den Händen und Füßen sowie ein Morton Neurom an beiden Füßen meldete sich die Versicherte am 26. April 2011 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 8/6). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische und erwerbliche Situation ab, zog Akten der Kranken taggeldversicherung (Urk. 8/13, Urk. 8/15) und der Unfallversicherung (Urk. 8/39, Urk. 8/77, Urk. 8/91) bei und holte beim Z.____ ein polydisziplinäres Gutachten ein, das am 3. März 2015 erstattet wurde (Urk. 8/107).

Nach ergangenem Vorbescheid (Urk. 8/111) sprach die IV-Stelle mit Verfügung vom 2. Oktober 2015 (Urk. 8/119 = Urk. 2) der Versicherten bei einem Invaliditätsgrad von 100 % eine befristete ganze Rente von Oktober 2011 bis März 2012 zu.

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

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (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 Erwerbsein kommen 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. 1.3

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. 1.4

Die rückwirkend ergangene Verfügung über eine befristete oder im Sinne einer Reduktion abgestufte Invalidenrente umfasst einerseits die Zusprechung der Leistung und andererseits deren Aufhebung oder Herabsetzung. Letztere setzt voraus, dass Revisionsgründe (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen) vorliegen, wobei der Zeitpunkt der Aufhebung oder Herabsetzung nach Massgabe des analog anwendbaren (AHI 1998 S. 121 E. 1b mit Hinweisen) Art. 88a der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) festzusetzen ist (vgl. BGE 121 V 264 E. 6b/dd mit Hinweis). Ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten und damit der für die Befristung oder Abstufung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt der Rentenzusprechung oder des Rentenbeginns mit demjenigen zur Zeit der Aufhebung beziehungsweise Herabsetzung der Rente (BGE 125 V 413 E. 2d am Ende, 369 E. 2, 113 V 273 E.

1a, 109 V 262 E. 4a, je mit Hinweisen; vgl. BGE 130 V 343 E. 3.5). Spricht die Verwaltung der versicherten Person eine befristete Rente zu und wird beschwerdeweise einzig die Befristung der Leistungen angefochten, hat dies nicht eine Einschränkung des Gegenstandes des Rechtsmittelverfahrens in dem Sinne zur Folge, dass die unbestritten gebliebenen Bezugszeiten von der Beurteilung ausgeklammert bleiben (BGE 125 V 413 E. 2d mit Hinweisen). Die gerichtliche Prüfung hat viel mehr den Rentenanspruch für den gesamten verfügbaren geregelter Zeitraum und damit sowohl die Zusprechung als auch die Aufhebung der Rente zu erfassen (Urteil des Bundesgerichts I 526/06 vom 31. Oktober 2006 E. 2.3 mit Hinweisen).

E. 1.5

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

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 Vorak ten (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

Die Versicherte erhob am 9. November 2015 Beschwerde (Urk. 1) gegen die Verfügung vom 2. Oktober 2015 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben (S. 2 Ziff. 1) und es sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zur erneuten Begutachtung und Neubeurteilung der Leistungsansprüche zurückzuweisen (S. 2 Ziff. 2), eventuell sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ihr ab Februar 2011 mindestens eine halbe und ab Juli 2011 eine ganze Invalidenrente auszurichten (S. 2 Ziff. 3). Der Verrechnungsantrag von Sympany im Betrag von Fr. 7'102.90 sei abzuweisen (S. 2 Ziff. 4).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 14. Dezember 2015 (Urk. 6) die teilweise Gutheissung der Beschwerde. Dies wurde der Beschwerdeführerin am 4. Januar 2016 zur Kenntnis gebracht (Urk. 9).

Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) gestützt auf die medizinischen Abklärungen davon aus, dass die Beschwerdeführerin seit Februar 2010 in ihrer Arbeitsfähigkeit erheblich eingeschränkt sei. Am 8. Juli 2011 habe sich ihr Gesundheitszustand verschlechtert, weshalb der Invaliditätsgrad per Oktober 2011 neu berechnet werde. Ab Januar 2012 habe es wieder eine Verbesserung gegeben, weshalb der Invaliditätsgrad wiederum per April 2012 zu berechnen sei. Ab dem 1. Januar 2012 sei der Beschwerdeführerin eine angepasste Tätigkeit zu 80 % zumutbar.

Das Wartejahr sei per 31. Januar 2011 abgelaufen. Die Anmeldung sei am 28. April 2011 eingegangen. Die Leistungen würden somit ab 1. Oktober 2011 ausgerichtet.

In der Beschwerdeantwort (Urk. 6) machte die Beschwerdegegnerin geltend, betreffend Einkommensvergleich sei anzumerken, dass die Arbeitgeberin das Jahreseinkommen mit Fr. 39'600.-- beziffert habe. Da jedoch auch mit diesem höheren Valideneinkommen keine Erwerbseinbusse resultiere, ergebe sich keine Änderung am Rentenanspruch (S. 1). Bezüglich der Verrechnung mit der Sympany Versicherungs AG werde auf die Stellungnahme der Ausgleichskasse (Urk. 7) verwiesen und beantragt, die Beschwerde in diesem Punkt gutzuheissen (S. 2).

E. 2.2

Demgegenüber stellte sich die Beschwerdeführerin auf den Standpunkt (Urk. 1), dass sie seit dem 8. Juli 2011 von sämtlichen behandelnden Ärzten aufgrund der multiplen Beschwerden sowohl für die bisherige als auch für eine angepasste Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben worden sei (S. 3). Das Gutachten des Z.____ sei aus näher ausgeführten Gründen mangelhaft (S. 4 ff.). Ausserdem sei die fehlerhafte Invaliditätsbemessung der Beschwerdegegnerin zu korrigieren (S. 10). Sie sei ab dem 4. Februar 2010 zunächst zu 50 %, zeitweise zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Aufgrund des verschlechterten Gesundheitszustandes habe sie am 8. Juli 2011 eine entsprechende

Versteifungsoperation an der Wirbelsäule durchführen lassen. Vor diesem Hintergrund rechtfertigt es sich, ihr ab Februar 2011 (Ablauf der Wartezeit) bis zur weiteren Verschlechterung infolge der Lumbalproblematik mindestens eine halbe Rente zuzusprechen. Ab Juli 2011 sei die Beschwerdeführerin zur Ausrichtung einer ganzen Rente zu verpflichten (S. 11). Angesichts der komplexen medizinischen Ausgangslage, der ungeklärten psychischen Situation und dem fortgeschrittenen Alter bestehe eine Situation mit vielen Unwägbarkeiten. Das Invalideneinkommen müsste sodann aufgrund der leidensbedingten Einschränkungen nach unten korrigiert werden (mindestens 25 %). Beim Valideneinkommen sei zu beachten, dass die Beschwerdeführerin das Netto- anstatt das Bruttoeinkommen verwendet habe (S. 12).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist somit, ob die Beschwerdeführerin bereits vor dem 1. Oktober 2011 und über den 31. März 2012 hinaus Anspruch auf eine Invalidenrente hat, wobei insbesondere zu prüfen ist, wie es sich mit der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin verhält und welche Einkommen für die Invaliditätsbemessung massgebend sind. 3. 3.1

Dr. med. A.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, berichtete am 24. Mai 2011 (Urk. 8/16/7-8) und nannte folgende Diagnosen: - Status nach beidseitigen Hüft Totalprothesen (TP) - Psoriasis - invalidisierende tieflumbale Rückenbeschwerden bei Diskushernie bei Anulus Fibrosissriss L4/5 - deutliche Chondrose bei wahrscheinlich zusätzlicher lumbosakraler Übergangsstörung L4/S1

Er führte aus, dass die Beschwerdeführerin an einem invalidisierenden Lumbal syndrom leide und deswegen mittels CT und MRI auswärtig abgeklärt worden sei. Es bestehe ein relativ frappanter Unterschied zwischen dem MRI und dem CT-Befund, speziell was das unterste Segment betreffe. Die Beschwerdeführerin weise im CT eine massive Sinterung, eine erosive Osteochondrose mit Spondylophyten auf Höhe L5/S1 sowie eine Bandscheibenabflachung vor allem in den Frontalaufnahmen auf. Von all diesen Dingen sei im MRI praktisch nichts ersichtlich. Aufgrund der Voroperation und der Gesamtsituation, mit der die Beschwerdeführerin massiv gestresst sei mit Aggravation der Psoriasis während dieser Phase, bleibe hier keine andere Möglichkeit als eine Fusionsoperation. Aufgrund dieser lumbosakralen Übergangsstörung sollte nicht nur die Diskushernie L4/5 behandelt werden, sondern gleichzeitig das Segment L5/S1 (S. 1). 3.2

Dr. med. B.____, Facharzt für Dermatologie und Venerologie, berichtete am 14. Juni 2011 (Urk. 8/11/5) und nannte folgende Diagnose: - ausgeprägte Psoriasis vulgaris, zudem auch Psoriasis arthropathica und Nagelpsoriasis

Er führte aus, dass eine frühere UVB-Behandlung angeblich keinen Effekt gebracht habe. Klinisch bestehe eine ausgeprägte plaqueförmige Psoriasis vor allem der unteren Extremitäten. Am 11. März 2011 beginne die Beschwerdeführerin eine Therapie mit Neotigason. Die erste Kontrolle finde am 26. April 2011 statt. Während dieses Zeitraums bestehe aus dermatologischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit. 3.3

Dr. med. C.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, berichtete am 8. Juli 2011 (Urk. 8/16/1-5) und nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 Ziff. 1.1): - Psoriasis vulgaris, bestehend seit 2004 - Verdacht auf Psoriasisarthritis, bestehend seit 2010 - chronische Lumbalgie bei Diskushernie L4/5, bestehend seit 2006 - Chondrose L4/S1, bestehend seit 2005

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine arterielle Hypertonie, bestehend seit 2003, und einen Status nach Hüft-Teilprothese beidseits 2002. Er führte aus, dass er die Beschwerdeführerin seit 1999 behandle (S. 1 Ziff. 1.2). Sie leide seit 2004 an einer Psoriasis vulgaris an den Beinen, am Gesäss und an den Armen, ausgeprägt an den Händen und Finger- und Zehennägeln. Sie sei deswegen bei verschiedenen Dermatologen in Behandlung. Die Behandlung sei nicht einfach, da die Beschwerdeführerin immer wieder unter Nebenwirkungen der Therapie leide und diese dann unterbreche. Aktuell sei die Beschwerdeführerin in ihrer Tätigkeit als Verkäuferin durch die ausgeprägten Befunde an den Händen gestört und könne deshalb nur zu 50 % arbeiten. Bei der immer wieder unterbrochenen Behandlung sei die Prognose ungünstig. Es sei nicht mit einer Besserung der Befunde zu rechnen (S. 2 Ziff. 1.4). In Bezug auf die Psoriasis erfolge gegenwärtig keine Behandlung. Es wäre eine systemische und/oder Lokaltherapie angezeigt (S. 2 Ziff. 1.5). Für die Tätigkeit als Verkäuferin habe vom 4. Februar bis 17. Juni 2010 eine 50%ige, vom 18. Juni bis 12. September 2010 eine 100%ige, vom 13. September 2010 bis 12. Juni 2011 eine 50%ige, vom 13. bis 20. Juni 2011 eine 100%ige und vom 21. bis 30. Juni 2011 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Seit dem 8. Juli 2011 bestehe bis auf unbestimmt eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 2 Ziff. 1.6). Es bestünden körperliche Einschränkungen durch allfällige Gelenkbeschwerden. Geistig und psychisch bestünden keine Einschränkungen. Die Beschwerdeführerin sei behindert in der Arbeit als Verkäuferin durch die Gelenkbeschwerden und die Hautveränderungen vor allem an den Händen. Die aktuelle Tätigkeit sei ihr aktuell noch zu 50 % zumutbar (S. 2 Ziff. 1.7). 3.4

Dr. med. D.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, berichtete am 21. September 2011 (Urk. 8/18) und nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - lumbosakrale Übergangsstörung, Lumbalisation des Sacrumwirbels - Diskushernie L4/5 mit deutlicher Osteochondrose und Spondylose L5/S1 mit chronischem Schmerz und Reizsyndrom - Status nach beidseitigen Hüft-Totalprothesen Implantation wegen Coxarthrosen - relativ ausgeprägte Psoriasis vulgaris - Status nach Fusion auf den zwei untersten Etagen unter Dekompression L5/S1 sowie Dekompression von links und Diskektomie von links L4/5, transpedunkuläre Schraube Osteosynthese mit Dipolax 9 mm GSS-Cages auf Höhe L4/5 am 8. Juni 2011 - Status nach Morton Neurom Entfernung intermetatarsal III/VI rechts am 18. Juni 2010 mit etwas progredienter Verlaufsfolge (Wunddehiszenz und sekundärem Infekt)

Er führte aus, dass sich bei Status nach Entfernung eines Morton Neuroms nach anfänglich problemlosem Verlauf eine Wunddehiszenz mit sekundärem Infekt ergeben habe, was die Abheilung etwas verzögert habe. Letztendlich sei es jedoch mit entsprechender antibiotischer Therapie zur folgenlosen Abheilung gekommen. Anlässlich einer Verlaufskontrolle Anfang dieses Jahres habe die Beschwerdeführerin wieder vermehrt Rückenschmerzen angegeben (S. 1). Bezüglich der Arbeitsfähigkeit als Verkäuferin könne er momentan keine Stellung nehmen, es sei der behandelnde Wirbelspezialist zu befragen (S. 2). 3.5

Dr. C.____ berichtete am 28. Oktober 2011 (Urk. 8/20/1-5), nannte die bekannten Diagnosen und zusätzlich einen Status nach Rückenoperation 2011 und eine Humerusfraktur (August 2011) und führte aus, dass die Prognose günstig sei. Von Seiten des Rückens sei auf eine weitgehende Besserung zu hoffen und die Psoriasis könnte bei adäquater Therapie gebessert werden (S. 2 Ziff. 1.4). In der Tätigkeit als Verkäuferin sei die

Beschwerdeführerin seit dem 8. Juli 2011 zu 100 % arbeitsunfähig (S. 2 Ziff. 1.6). Körperlich sei die Beschwerdeführerin noch eingeschränkt durch die Oberarmfraktur, ihre Gelenksbeschwerden verur sacht durch die Psoriasis und die Rückenbeschwerden. Aktuell sei keine Arbeit möglich. Mit der Zeit dürfte bei adäquater Therapie wieder eine volle Arbeitsfähigkeit erreicht werden (S. 2 f. Ziff. 1.7). Es könne mit einer Wiederaufnahme der Arbeit zu 50 % gerechnet werden, der Zeitpunkt sei noch unbestimmt (S. 3 Ziff. 1.9). 3.6

Die Ärzte des Spitals E.____ berichteten am 11. April 2012 (Urk. 8/30/5-6) und nannten folgende Diagnosen: - leicht dislozierte Spiralfaktur Humerusschaft links mit Non-Union unter konservativer Therapie - chronische Lumbago bei - Status nach Fusion L4/5 und L5/S1, Dekompression L4/5 links und L5 rechts um Juli 2011 bei Diskushernie L4/5 und Osteochondrose und Spondylose L5/S1

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie eine arterielle Hypertonie sowie eine Psoriasis. Sie führten aus, dass die Beschwerdeführerin bei ihnen seit August 2011 ambulant behandelt werde (S. 1). Die Arbeitsunfähigkeit betrage aktuell 100 %, da die Beschwerdeführerin im Detail handel tätig sei (S. 2). 3.7

Dr. C.____ berichtete am 23. April 2012 (Urk. 8/31/1-5), nannte die bekannten Diagnosen sowie zusätzlich eine anämisierende obere gastrointestinale Blutung (Erstdiagnose Januar 2012) und führte aus, dass im März 2012 eine Kontrolle wegen der Oberarmfraktur erfolgt sei, wobei sich gezeigt habe, dass die Fraktur nicht konsolidiert sei. Es sei eine Operation Ende April/Anfang Mai 2012 zur osteosynthetischen Versorgung vorgesehen gewesen, welche nun aber verschoben werden müssen, da die Beschwerdeführerin immer noch unter Blut armut leide. In Bezug auf die Rücken- und Beinbeschwerden rechts sei die Beschwerdeführerin bei Dr. A.____ in Kontrolle gewesen, wo eine Cage-Dislokation gesehen worden sei, die wahrscheinlich für die Beschwerden verantwortlich sei. Die Prognose in Bezug auf die Oberarmfraktur und die Rückenbeschwerden erscheine günstig, sobald die vorgesehenen Eingriffe durchgeführt werden könnten (S. 2 Ziff. 1.4). In ihrer Tätigkeit als Verkäuferin sei die Beschwerdeführerin weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig (S. 2 Ziff. 1.6). Die Arbeitsfähigkeit dürfte sich nach der Osteosynthese der Oberarmfraktur sowie der Cage-Entfernung bei der Lendenwirbelsäule (LWS) wieder verbessern. Ab wann könne zurzeit nicht beantwortet werden (S. 3 Ziff. 1.8-1.9).

Am 13. November 2012 berichtete Dr. C.____ (Urk. 8/35/1-5) und führte aus, dass sich die Anämie der Beschwerdeführerin unter Eisensubstitution wieder gebessert habe. Aus diesem Grund könnte nun die Osteosynthese der Fraktur am linken Oberarm erfolgen. Die Beschwerdeführerin habe sich jedoch bisher noch nicht zu einer Operation entschliessen können (S. 2 Ziff. 1.4). Es sei zu erwarten, dass die Beschwerdeführerin wieder zu 100 % arbeitsfähig werden könne. Nach den operativen Eingriffen sei mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit zu 50-100 % zu rechnen (S. 3 Ziff. 1.9). 3.8

Die Ärzte des Stadtsitals F.____ berichteten am 31. Mai 2013 (Urk. 8/48/5-8) über die Hospitalisation der Beschwerdeführerin vom 19. April bis 31. Mai 2013 und nannten folgende Diagnosen: - gemischt-ätiologische Leberzirrhose CHILD B - Thrombopathie - Lungenatelektasen und Pleuraerguss beidseits - arterielle Hypertonie

Sie führten aus, dass eine Zuweisung auf die Intensivstation erfolgt sei, nach dem es nach der Durchführung einer transabdominalen Leberbiopsie bei unklarer Leberzirrhose zu einer anämisierenden und kreislaufrelevanten Blutung gekommen sei. Initial habe eine hämodynamische Stabilität erreicht werden können. Im Verlauf sei es jedoch erneut zu

einer kreislaufrelevanten Blutung gekommen, welche sonografisch verifiziert worden sei. Ein CT des Abdomens habe eine aktive Blutung im Bereich der Leberbiopsie dargestellt. Am 21. April 2013 sei deshalb eine selektive Angiographie der A. hepatica dextra sowie Embolisation der Lebersegmentarterie zum Lebersegment VIII erfolgt. Nach Transfusion von insgesamt 12 Erythrozyten-, 7 Plasma- und 3 Thrombozytenkonzentraten habe sich die Beschwerdeführerin im Verlauf hämodynamisch stabil gezeigt (S. 2). Bei im Verlauf zunehmend schwieriger Beatmung mit radiologisch nachgewiesenen beidseitigen Atelektasen sowie Pleuraergüssen sowie stets hohen intraabdominalen Drücken sei am 29. April 2013 eine Laparoskopie erfolgt, wobei zirka 4 Liter Hämoperitoneum hätten evakuiert werden können. Fremdanamnestic bestche der Verdacht eines Alkoholabusus, so dass von einem Alkoholentzugsdelir auszugehen sei. Nach einer einmaligen Episode einer kurzen Asystolie im Rahmen von Lagerungsmanövern sei eine Echokardiographie zur Beurteilung der Herzfunktion durchgeführt worden. Dabei hätten sich eine erhaltene Pumpfunktion sowohl links wie rechts und keine relevanten Klappenvitien gezeigt. Der pulmonale Druck sei grenzwertig erhöht gewesen. Aufgrund einer anhaltenden nasopharyngealen Sickerblutung sei ein HNO-Konsilium erfolgt, wodurch eine diffuse Schleimhautblutung diagnostiziert worden sei.

Im weiteren Verlauf sei eine erfreuliche Verbesserung der klinischen Situation erfolgt, so dass die Beschwerdeführerin gut durch die Physiotherapie habe mobilisiert werden können und die internistische Therapie drastisch habe reduziert werden können. Am letzten Tag vor dem Austritt sei auf Wunsch der Tochter der Beschwerdeführerin eine psychiatrische Begutachtung mit der Frage nach der Urteilsfähigkeit erfolgt. Diese habe durch die Konsiliarpsychiaterin bestätigt werden können (S. 3).

Vom 13. bis 21. Juni 2013 war die Beschwerdeführerin erneut im Stadtspital F.____ hospitalisiert (Urk. 8/54/15-18). Die Ärzte diagnostizierten eine erneute transfusionsbedürftige Blutung, eine Thrombopathie mit rezidivierenden, anämisierenden Blutungen sowie einen Status nach multifaktoriellem respiratorischem Versagen. Sie führten aus, dass erneut zwei Gastroskopien erfolgt seien, in denen jeweils keine Blutungsquelle hätten dargestellt werden können. Im Verlauf sei die Blutung spontan sistiert. Es werde eine Vorstellung beim Hals-Nasen-Ohren Arzt mit der Frage nach einer Blutungsquelle und allenfalls möglichen Sanierung im oro-naso-pharyngealen Bereich empfohlen. 3.9

Dr. med. G.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete am 31. Mai 2013 über das psychiatrische Konsilium (Urk. 8/54/29-30) und führte aus, dass die Beschwerdeführerin im Bewusstsein qualitativ und quantitativ unauffällig und in allen vier Ebenen orientiert sei. Die Konzentration sei ebenfalls unauffällig, das Gedächtnis hingegen besonders bezüglich Daten reduziert. Die Auffassungsfähigkeit sei ungestört. Die Stimmung sei leicht reduziert, die Schwingungsfähigkeit und der Antrieb erhalten. Sie diagnostizierte einen Verdacht auf eine Anpassungsstörung (ICD

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 6.1

Es bleibt die Prüfung der erwerblichen Auswirkungen der angenommenen Einschränkungen vorzunehmen, wobei die Beschwerdeführerin unbestrittener massen als zu 100 % Erwerbstätige zu qualifizieren ist. Somit ist ein Einkommen ver gleich nach Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG vor zunehmen.

E. 6.2

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

Der bei der Bemessung des Invalideneinkommens zu berücksichtigenden ausgegli chenen Arbeitsmarktlage (Art. 16 ATSG) ist grundsätzlich auch bei der Fest setzung des Validenlohnes Rechnung zu tragen, wobei auf die Ergebnisse der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstruktur erhebung (LSE) abgestellt werden kann (Urteil des Bundesgerichts 9C_192/2014 vom 23. September 2014 E. 3.2 mit Hinweisen).

E. 6.3

Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei der Ermittlung des hypothetischen Validen Einkommens auf die Angaben der Boutique Y.____ vom 18. Mai 2011 (Urk. 8/9), wonach die Beschwerdeführerin im Jahr 2010 Fr. 37'800.-- erzielte und errechnete für das Jahr 2011 unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung einen Betrag von rund Fr. 38'178.-- (vgl. Urk. 8/108).

Das Vorgehen der Beschwerdegegnerin zur Ermittlung des Valideneinkommens wurde von der Beschwerdeführerin insofern gerügt, als die Beschwerdegegnerin das Netto- anstatt das Bruttoeinkommen gemäss Arbeitgeberfragebogen verwendet habe und sie gemäss Auszug aus dem individuellen Konto (IK Auszug) bereits im Jahre 2009 ein Bruttoeinkommen von Fr. 44'173.-- (vgl. Urk. 8/8 S. 4) erzielt habe. Aufgrund der erheblichen Lohnsteigerungen in den Jahren 2008 und 2009, die deutlich über den damaligen Nominallohnentwicklungen gewesen seien, sei davon auszugehen, dass auch in den Folgejahren eine über pro portionale Lohnsteigerung stattgefunden hätte (Urk. 1 S. 12 f.).

Aus dem IK-Auszug (Urk. 8/8) ergibt sich, dass das von der Beschwerdeführerin in den Jahren 2008 und 2009 erzielte Einkommen das von der B eschwerdegeg nerin für die Jahre 2010 und 2011 festgelegte Validen Einkommen

(vgl. Urk. 8/108) deutlich über schritten hat.

Der von der Beschwerdeführerin vertretene Standpunkt, wonach die dargelegte Einkommenssteigerung auch in den nächsten Jahren überproportional weiter gegangen wäre, findet hingegen in den Akten keine hinreichende Stütze. So ist dem IK-Auszug lediglich eine grössere Lohnsteigerung von 2007 (Fr. 35'400.--) zu 2008 (Fr. 43'888.--) zu entnehmen, wohingegen es sich bei der Differenz von 2008 zu 2009 (Fr. 44'173.--) nicht einmal um die Nominallohnentwicklung (2.1 %) handelt.

Damit kann aber entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin nicht mit der notwendigen überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass sie ab dem Jahr 2009 weiterhin überproportionale Lohnsteigerungen erhalten hätte. Vielmehr ist davon auszugehen, dass – wenn überhaupt – maximal die Nominallohnentwicklung berücksichtigt worden wäre.

Somit kann vorliegend zu Gunsten der Beschwerdeführerin von einem Validen ein kommen für das Jahr 2012 von Fr. 45'331.-- (Fr. 44'173.-- x 1.008 x 1.01 x 1.008) ausgegangen werden.

E. 6.4

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzielt es Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 126 V 75 E. 3b/aa und bb, vgl. auch BGE 129 V 472 E. 4.2.1). Für die Invaliditätsbemessung wird praxisgemäss auf die standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) abgestellt (BGE 129 V 472

E. 4.2.1 mit Hinweis), wobei jeweils vom sogenannten Zentralwert (Median) aus zugehen ist. Bei der Anwendung der Tabellengruppe A gilt es ausserdem zu berücksichtigen, dass ihr generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zugrunde liegt, weshalb der massgebliche Tabellenlohn auf die entsprechende betriebliche Wochenarbeitszeit aufzurechnen ist (BGE 129 V 472 E. 4.3.2, 126 V 75 E. 3b/bb, 124 V 321 E. 3b/aa; AHJ 2000 S. 81 E. 2a).

E. 6.5

Bei einer verbleibenden Restarbeitsfähigkeit von 80 % steht der Beschwerdeführerin eine breite Palette von Tätigkeiten offen. Es ist deshalb für die Bemessung des Invalideneinkommens auf den standardisierten Durchschnittslohn für einfache und repetitive Tätigkeiten in sämtlichen Wirtschaftszweigen des privaten Sektors abzustellen (LSE 2012, Tabelle TA1, Kompetenzniveau 1, Rubrik „Frauen“ S. 35).

Das im Jahr 2012 von Frauen im Durchschnitt aller einfachen Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art erzielte Einkommen betrug pro Monat Fr. 4'112.--, mithin Fr. 49'344.-- im Jahr (Fr. 4'112.-- x 12). Der durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden im Jahr 2012 (BFS - Statistik der betrieblichen Arbeitszeit, Total) angepasst, ergibt dies den Betrag von rund Fr. 51'441.-- (Fr. 49'344.-- : 40 x 41.7). Auf das der Beschwerdeführerin angenommene zumutbare Pensum von 80 % umgerechnet, resultiert ein hypothetisches Invalideneinkommen von Fr. 41'153.--.

E. 6.6

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Mit dem sogenannten Leidensabzug wurde ursprünglich berücksichtigt, dass versicherte Personen, welche in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten und nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nurmehr beschränkt einsatzfähig sind, in der Regel das entsprechende durchschnittliche Lohnniveau gesunder Hilfsarbeiter nicht

erreichen. Der ursprünglich nur bei Schwerarbeitern zugelassene Abzug entwickelte sich in der Folge zu einem allgemeinen behinderungsbedingten Abzug, wobei die Rechtsprechung dem Umstand Rechnung trug, dass auch weitere persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben können. Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale

ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verdienen kann. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75).

E. 6.7

Die Beschwerdegegnerin gewährte der Beschwerdeführerin keinen behinderungsbedingten Abzug (vgl. Urk. 8/108). Dies vermag nicht zu überzeugen.

Die Beschwerdeführerin ist aufgrund ihrer gesundheitlichen Einschränkungen lediglich noch in adäquaten, leichteren Tätigkeiten mit Schonung des Rückens, der Knie sowie des linken Arms einsatzfähig. Des Weiteren ist die Beschwerdeführerin bereits 60 Jahre alt und hat in Italien eine Ausbildung zur Schneiderin absolviert, wobei ihr diese Tätigkeit nicht mehr zumutbar ist. Wenn auch dieser Umstand nach der Rechtsprechung nicht automatisch zu einem Abzug führt (vgl. die Übersicht in Philipp Geertsen, Der Tabellenlohnabzug, in: Kieser/Lendfers [Hrsg.], Jahrbuch zum Sozialversicherungsrecht 2012, S. 139 ff., S. 143 f.), muss das - bezogen auf die durchschnittliche Lebensarbeitszeit - fortgeschrittene Alter als ein abzugsrelevanter Aspekt doch immer unter Berücksichtigung aller konkreten Umstände des Einzelfalles geprüft werden. Diese zeichnen sich hier unter anderem wesentlich dadurch aus, dass die Beschwerdeführerin, während mehr als 20 Jahren als Verkäuferin in der Boutique Y. tätig gewesen, sich nur über ein sehr schmales berufliches Rüstzeug auszuweisen vermag, was ihr als im Verfügungszeitpunkt 60-Jährige die Integration in den Arbeitsmarkt doch erheblich erschwert. Die Gewährung eines Abzuges von 10 % erscheint vorliegend in Würdigung sämtlicher Umstände geboten und im Lichte der Rechtsprechung als angemessen.

Es ist demnach von einem Invalideneinkommen per 2012 in der Höhe von rund Fr. 37'038.-- (Fr. 41'153.-- x 0.9) auszugehen. Bei der Gegenüberstellung mit dem Valideneinkommen in der Höhe von rund Fr. 45'331.-- resultiert ein Invaliditätsgrad von 18 %.

Bei diesem Ergebnis steht der Beschwerdeführerin somit ab Oktober 2012 keine Rente der Invalidenversicherung mehr zu (Verbesserung ab Mitte 2012 plus 3 Monate gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV).

E. 6.8

Was die Rüge der Beschwerdeführerin betreffend den Rentenbeginn betrifft, bleibt festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin diesen infolge der von der Beschwerdeführerin im April 2011 eingereichten Anmeldung zum Leistungsbezug auf den 1. Oktober 2011

festlegte (Urk. 8/6, Urk. 8/109 S. 10). Da der Versicherungsfall bereits im Februar 2011 eingetreten ist und ein Rentenanspruch gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruches entsteht, liegt somit eine verspätete Anmeldung vor (vgl. hierzu auch das Kreisschreiben über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung, KSIH, gültig ab 1. Januar 2015, Rz 2027). Ein Rentenanspruch besteht demzufolge grundsätzlich erst ab dem 1. Oktober 2011.

Ausnahmsweise kann auch eine rückwirkende Rentenzusprache erfolgen, wenn die versicherte Person den anspruchsbegründenden Sachverhalt nicht kennen konnte oder aus wichtigen Gründen objektiv verhindert war, sich rechtzeitig anzumelden, sofern sie die Anmeldung innert sechs Monaten seit Kenntniserlangung des Sachverhalts oder seit Wegfall des Hindernisses einreicht (Rz 2028 KSIH). Die Rechtsprechung nimmt eine solche Situation nur sehr zurückhaltend an, so namentlich bei Schizophrenie, bei einer schweren narzisstischen, depressiven Persönlichkeitsstörung im Sinne eines Borderlinezustandes an der Grenze zur schizophrenen Psychose, bei einer schweren Persönlichkeitsstörung, bei Urteilsunfähigkeit zufolge einer schweren psychischen Erkrankung; allenfalls auch in Fällen von schwerer Depression oder Persönlichkeitsstörungen mit sekundärem chronischem Alkoholismus (BGE 139 V 289 E. 4.2 mit weiteren Hinweisen).

Bei der Beschwerdeführerin wurde unbestrittenermassen keine der genannten psychischen Erkrankungen festgestellt. Eine rückwirkende Leistungszusprache erscheint vorliegend nicht als gerechtfertigt, so dass der Beschwerdeführerin die befristete ganze Invalidenrente aufgrund der verspäteten Anmeldung folglich erst ab dem 1. Oktober 2011 zusteht.

E. 6.9

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine befristete ganze Invalidenrente vom 1. Oktober 2011 bis Ende September 2012 hat. Die Beschwerde ist in diesem Punkt teilweise gutzuheissen.

Wie aus den übereinstimmenden Parteianträgen (Urk. 1 S. 2 Ziff. 4, Urk. 6 S. 2) hervorgeht, war die Drittauszahlung an die Sympany Versicherungs AG nicht rechtens (vgl. auch Urk. 7). Die Beschwerde ist in diesem Punkt gutzuheissen.

Im Übrigen ist die Beschwerde abzuweisen. 7. 7.1

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 1'000.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie zu Fr. 800.-- der Beschwerdeführerin und zu Fr. 200.-- der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 7.2

Nach § 34 Abs. 1 GSVGer hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer). Damit ist gesagt, dass praxisgemäss auch bei teilweisem Obsiegen ein Anspruch auf eine Prozessentschädigung zu bejahen ist, wobei bei einem Teilerfolg, gemessen am Ergebnis der Anfechtung des vorinstanzlichen Entscheides, grundsätzlich ein Anspruch auf eine reduzierte Prozessentschädigung besteht (BGE 117 V 401).

Entsprechend ist die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, der Beschwerdeführerin eine reduzierte Prozessentschädigung zu bezahlen, die gemäss Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) – ohne Rücksicht auf den Streitwert – nach der Bedeutung der Streit Sache, nach der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens zu bemessen ist.

Unter Berücksichtigung der vorgenannten Bemessungskriterien und des gerichts üblichen Stundenansatzes von Fr. 220.-- zuzüglich Mehrwertsteuer ist die Prozess entschädigung vorliegend auf Fr. 500.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) fest zusetzen.

Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 2. Oktober 2015 dahingehend abge ändert, dass die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine befristete ganze Rente der Invalidenversicherung von 1. Oktober 2011 bis 30. September 2012 hat, und es wird festgestellt, dass keine Verrechnung auf Nachzahlungen erfolgt.

Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000 .-- werden zu 800.-- der Beschwerdeführerin und zu Fr. 200.-- der Beschwerdegegnerin auferlegt.

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine reduzierte Prozessentschädigung von Fr. 5 00 .-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Daniel Wenger - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

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 Beweis mittel 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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin MosimannSchüpbach

E. 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. 10

F43.2), welche in Verbindung mit den letzten somatischen Ereignissen sowie im Besonderen der konfliktbehafteten Beziehung zu ihrer Tochter zu sehen sei. Die Beschwerde führerin sei sowohl erkenntnisfähig als auch wer tungs fähig. Im aktuellen Zeit punkt sei eine vollständige Urteilsfähigkeit gegeben. 3.10

Dr. med. univ. H.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinik I.____, berichtete am 2. Juli 2013 (Urk. 8/54/19-20) über das psychiatrische Konsilium vom 28. Juni 2013 und nannte folgende Diagnosen: - posttraumatische Belastungsstörung nach Gastrointestinalblutung und intensivmedizinischem Aufenthalt (ICD-10 F43.1) - Abhängigkeitssyndrom vom Alkohol, gegenwärtig abstinent, aber in beschützender Umgebung (ICD-10 F10.2)

Er führte aus, dass sich die Beschwerdeführerin nach einer Blutung des oberen Gastrointestinaltraktes bei fortgeschrittenem Alkoholabhängigkeitssyndrom in Rehabilitation befinde. Neben Dekonditionierungserscheinungen beklage die Beschwerdeführerin panikartige Angstzustände, welche seit dem intensivmedi zinischen Aufenthalt in der Häufigkeit von zirka 1-3x/Tag bestünden (S. 1). Die Beschwerdeführerin zeige ein komplexes psychisches Störungsbild bestehend aus einer rezenten posttraumatischen Komponente, einer fortgeschrittenen Alkoholabhängigkeit und wohl auch einer erheblichen Persönlichkeits proble matik. Aus eigener Kraft werde die Beschwerdeführerin kaum in der Lage sein, die aktuelle Abstinenz in häuslicher Umgebung aufrecht zu erhalten. Zudem würden sich im Gespräch diverse sozioökonomische Schwierigkeiten andeuten, welche ebenfalls einer professionellen poststationären Begleitung bedürften. Es werde daher dingend empfohlen, die Beschwerdeführerin beim regionalen Psy chiatriezentrum in E.____ anzumelden (S. 2). 3.11

Die Ärzte der Klinik I.____ berichteten am 12. Juli 2013 (Urk. 8/54/9-14) über die Hospitalisation der Beschwerdeführerin vom 21. Juni bis 11. Juli 2013 zur Rehabilitation und nannten folgende Diagnosen: - Dekonditionierungssyndrom im Rahmen der nachfolgenden Diagnosen - Thrombopathie mit rezidivierenden anämisierenden Blutungen - gemischt-ätiologische Leberzirrhose CHILDB - leicht dislozierte Spiralfaktur Humerusschaft links August 2011 - posttraumatische Belastungsstörung nach Gastrointestinalblutung und intensivmedizinischem Aufenthalt Sie führten aus, dass bei der Beschwerdeführerin insgesamt von einem guten Rehabilitationsverlauf gesprochen werden könne. Im Mittelpunkt seien die all gemeine Kräftigung und Verbesserung der Ausdauer sowie die Atemtherapie gestanden. Die initial angegebene Belastungsdyspnoe und allgemeine Schwäche hätten so im Verlauf deutlich gebessert werden können. Die Beschwerdeführerin sollte sich nun um das weitere Procedere bezüglich der Humerusfraktur bemü hen. Zur Verhinderung einer frozen shoulder sollte zudem eine ambulante Physiotherapie weitergeführt werden. Der psychiatrische Konsilius empfehle eine poststationäre ambulante Anbindung an eine psychiatrische Institution zur Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung mit Entzugsproblematik (S. 2). 3.12

Dr. C.____ berichtete am 16. August 2013 (Urk. 8/54/1-5), nannte die bekannten Diagnosen und führte aus, dass die Prognose günstig erscheine. Die Beschwer de führerin habe ihren Alkoholkonsum aktuell vollkommen eingestellt. In Bezug auf die Oberarmfraktur links sei eine konservative Behandlung mit Ultraschall geplant und allenfalls sei ein operativer

Eingriff nötig (S. 2 Ziff. 1.4). Körperlich sei die Beschwerdeführerin durch ihre Arm- und Rückenbeschwerden eingeschränkt. Allgemein bestehe noch eine Dekonditionierung. Eine Arbeit sei zur Zeit nicht möglich (S. 3 Ziff. 1.7). Es sei zu erwarten, dass die Beschwerdeführerin wieder 100 % arbeitsfähig werden könne. Es könne mit einer Wiederaufnahme der Tätigkeit zu 50-100 % nach allfälligen operativen Eingriffen gerechnet werden. Der Zeitpunkt sei noch unbekannt (S. 3 Ziff. 1.8 1.9). 3.13

Dr. A. ___ berichtete am 4. Dezember 2013 (Urk. 8/66) und führte aus, dass die letzte Kontrolle am 29. Januar 2013 stattgefunden habe (S. 1). Die Beschwerdeführerin hätte prinzipiell aufgrund diverser Probleme im Jahre 2013 erneut operiert werden sollen. Aufgrund einer Oberarmfraktur mit Verzögerung der Heilung sei eine solche jedoch verschoben worden. Zusätzlich würden die ISG Arthrosen mittelfristig saniert werden müssen, so dass eine Erwerbsfähigkeit nicht mehr in Frage komme. Dies gelte auch auf längere Sicht (S. 5). 3.14

Die Ärzte des Z. ___ erstatteten ihr polydisziplinäres Gutachten am 3. März 2015 (Urk. 8/107/2-36) gestützt auf die Akten, ihre allgemeininternistische, psychiatrische, rheumatologische, orthopädische, dermatologische und gastroenterologische Untersuchungen sowie die Schlussfolgerungen des interdisziplinären Konsensus. Sie nannten folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 31 Ziff. 5.1): - Nonunion bei zunehmend dislozierter Humerusschaft-Fraktur links im Übergang vom proximalen zum mittleren Drittel nach Sturz am 11. August 2011 - chronisch rezidivierende lumbale Rückenschmerzen ohne eindeutige periphere Ausstrahlungen - Status nach Dekompression L4/5 und L5/S1 mit transpedikulärer Spondylodese L4-S1 und Einlage von Cages L5/S1 am 8. Juli 2011 - bereits initial deutlich dorsal platzierter intervertebraler Cage rechts mit im Verlauf eher zunehmender dorsaler Dislokation - vollständige Lumbalisation von S1 - progrediente medial betonte Gonarthrose beidseits, rechts mehr als links - anamnestisch Status nach beidseitiger medialer Menisektomie vor etwa 25 Jahren - Hüfttotalprothesen beidseits seit etwa 2002 - relative Beinverkürzung rechts von klinisch knapp 2 cm - im Alltag weitgehende Beschwerdefreiheit - statisch-mechanische Vorfusschmerzen rechts mehr als links bei Spreizfuss mit Hallux valgus beidseits - Status nach Operation eines Morton-Neuroms III/IV rechts 2010 bei damals MRI-mässigem Nachweis eines Morton-Neuroms III/IV auch links - Arthralgien von Fingergelenken unklarer Spezifität - keine sicheren Anhaltspunkte für eine Psoriasis-Arthritis bei bekannter Psoriasis vulgaris - Leberzirrhose CHILD B - äthyltoxische Ätiologie - Verdacht auf zusätzliche Autoimmunhepatitis - Oesophagusvarizen Grad 1 - Status nach zweizeitiger Blutung nach Leberbiopsie im April 2013

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie die Folgenden (S. 31 f. Ziff. 5.2): - Psoriasis vulgaris von chronisch-stationärem Typ, partim inversa - Refluxösophagitis mit Ulcus 2012 - benigne Hypertonie - Adipositas - Thrombopenie unklarer Ätiologie - Status nach psychischer und Verhaltensstörung durch Alkohol, gegenwärtig abstinent (ICD-10 F10.20) bei äthyltoxischer Leberzirrhose mit Oesophagus-Varizen

Der internistische Gutachter führte aus, dass aus allgemeininternistischer Sicht eine Adipositas und einer arterielle Hypertonie bestünden. Die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin sei aus allgemeininternistischer Sicht nicht eingeschränkt. Es bestünden keine Diskrepanzen zu den Akten. Die Behandlung der arteriellen Hypertonie sollte weitergeführt werden (S. 11).

Der psychiatrische Gutachter führte aus, dass die Beschwerdeführerin gegenwärtig keine psychischen Beschwerden geltend mache. Sie stehe auch nicht in psychiatrischer Behandlung und nehme keine Psychopharmaka ein (S. 11). Die kognitiven Funktionen wie Wahrnehmung, Auffassung und Gedächtnis imponierten in der grob klinischen Prüfung nicht beeinträchtigt. Die Konzentration und Aufmerksamkeit könne die Beschwerdeführerin während der gesamten Untersuchungsdauer ohne nachzulassen aufrechterhalten. Psychomotorisch präsentiere sich die Beschwerdeführerin weder agitiert noch gehemmt. Im Affekt zeige sie sich ausgeglichen und gefasst, Hinweise für eine affektive Störung mit depressivem Inhalt, Angststörung oder Zwangssymptomatik könnten nicht festgestellt werden. Das Gespräch entwickle sich flüssig-locker, eine Antriebsstörung liege nicht vor. Es bestünden keine Hinweise für eine Persönlichkeitsstörung oder eine Abflachung der Persönlichkeit durch langjährigen Suchtmittelkonsum. Anhaltspunkte für eine unmittelbare Suchtmittelwirkung würden fehlen (S. 13). Im Rahmen der damaligen Hospitalisation in der Klinik I.____ sei auch ein psychiatrisches Konsilium durchgeführt worden. Die empfohlene psychiatrische Nachbetreuung sei dann aber offensichtlich nicht aufgenommen worden. Im aktuellen Psychostatus könnten keine klinisch relevanten psychopathologischen Befunde erhoben werden. Es lägen keine auffälligen Störungshinweise im Affektbereich vor. Eine kognitive Störung sei gemäss grob klinischer Untersuchung zu verneinen. Die Beschwerdeführerin imponiere als unbeschwerte, lebensbejahende Frau und scheine in ihrer Gemeinde ein soziales Original mit einer Vielzahl von Bekannten zu sein. Seit der Leberpunktion bestehe eine glaubhafte Alkoholabstinenz. Aus psychiatrischer Sicht liege keine Störung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vor (S. 14). Zurzeit könnten die damals in der Klinik I.____ aufgetretenen Derealisationen und Depersonalisationen im Rahmen frei flottierender Angstanfälle (Flash-Backs) nicht mehr reproduziert werden. Die Beschwerdeführerin beklage auch keine Angstzustände mehr (S. 15).

Der rheumatologische Gutachter führte aus, dass multiple und teilweise sehr ausgedehnte Psoriasisherde an der Haut sowie Nagelbefall vorwiegend an den Füßen bestünden (S. 16). Die Beschwerdeführerin trage eine Manschette um den linken Oberarm und die aktiven Beweglichkeiten der linken Schulter seien aspektmässig deutlich eingeschränkt. Das linke Schultergelenk werde jedoch nicht gezielt untersucht und es werde auf das orthopädische Teilgutachten verwiesen. Sämtliche Sehnenreflexe seien symmetrisch normal auslösbar. Es bestehe eine normale Berührungssensibilität, abgesehen vom rechten Vorfuss (S. 17). Bei der aktuellen klinischen Untersuchung fänden sich insgesamt keine Zeichen einer Psoriasis-Arthropathie, keine Artikulo- oder Tenosynovitiden, keine Daktylitis und keine klaren Enthesiopathien. An den Händen liege eine leichte Kapselverdickung PIP V rechts vor, daneben keine entzündlichen Veränderungen. Es bestehe eine gute Funktion sämtlicher Finger beidseits. Am plantaren Vorfuss rechts bestehe eine deutliche Schwielenbildung über MTP III bei Spreizfuss und Hallux valgus beidseits. Im Bereich der Kniegelenke seien rechts betonte klinische Veränderungen einer degenerativen Arthropathie vorhanden. Die LWS-Beweglichkeiten seien allseitig hochgradig eingeschränkt, klinische Hinweise für ein lumboradikuläres Syndrom seien nicht fassbar. Aktuelle Röntgenbilder beider Hände und beider Vorfüsse zeigten keine sichere osteoarthikuläre Pathologie, insbesondere keine typischen Veränderungen einer Psoriasis-Arthropathie (S. 18).

Zusammenfassend seien aus rheumatologischer Sicht die Vorfussschmerzen im Rahmen einer mechanisch-statischen Symptomatik zu sehen. Die Arthralgien von Fingergelenken könnten diagnostisch schwierig eingeordnet werden, differentialdiagnostisch stünden beginnende Arthrosen im Vordergrund, Hinweise für eine entzündliche Arthropathie, eine Psoriasis-Arthritis, fehlten gänzlich. Im Bereich der Kniegelenke fänden sich eindeutige Gonarthrosen rechts mehr als links. Die lumbale Symptomatik entspreche einem spondylogenen Syndrom bei lokaler Pathologie mit Status nach aufgeführter Operation L4-S1 und bereits frühzeitig feststellbarer Cage-Dislokation L4/5. Aus rheumatologischer Sicht finde sich funktionell eine mässiggradig eingeschränkte Belastbarkeit der Kniegelenke sowie eine mässiggradig bis deutlich eingeschränkte Belastbarkeit der Wirbelsäule, daneben eine leicht eingeschränkte Belastbarkeit der Füsse und eine diskret eingeschränkte Belastbarkeit beider Hände. Aufgrund dieser genannten Befunde und Diagnosen seien körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten nicht mehr zumutbar. Für eine körperlich leichte Tätigkeit mit auch nur leichter Rückenbelastung, Möglichkeit zu Wechselpositionen, ohne langes Stehen oder Gehen, ohne monoton-repetitive Haltungen oder Bewegungen und ohne gehäufte Überkopfarbeiten sei die Arbeitsfähigkeit aus rheumatologischer Sicht nicht relevant eingeschränkt. Aufgrund der Momentaufnahme einer einmaligen Untersuchung könne der Verlauf der Arbeitsunfähigkeit in den letzten Jahren retrospektiv nicht zuverlässig beurteilt werden. Aufgrund der Akten sei davon auszugehen, dass vor der Operation an der LWS im Juli 2011 wahr scheinlich während mehreren Monaten eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden habe, ebenso im Anschluss an die Operation und insbesondere nach dem Unfall im August 2011, wobei die Arbeitsunfähigkeit ab diesem Ereignis vorwiegend durch die orthopädisch-traumatologische Problematik bestimmt worden sei (S. 19).

Der orthopädische Gutachter führte aus, dass sich die Beschwerdeführerin vor über 25 Jahren nacheinander an beiden Knien aufgrund von Meniskuspathologien habe operieren lassen müssen. Nach langjährig günstigem Verlauf sei es zuletzt zunehmend zu rechtsbetonten Schmerzen gekommen, welche die Gehfähigkeit eingeschränkt hätten. Im Rahmen diesbezüglicher Abklärungen sei die Indikation zur Implantation von Totalprothesen schon definitiv gestellt, wegen deutlich pathologischer Blutwerte sei vorderhand aber kein aktives Vorgehen geplant (S. 24 f.). An beiden Kniegelenken ergäben sich bereits klinisch Hinweise auf medial betonte degenerative Veränderungen. Rechts sei auch ein ange deuteter Erguss palpabel, wohingegen links keine Zeichen für ein akutes intraartikuläres Geschehen vorlägen. An der rechten Schulter zeigten sich keine Einschränkungen, wohingegen die linke mit Rücksicht auf die nach wie vor nicht konsolidierte Humerusschaft-Fraktur nicht untersucht werde. Am hängenden Arm ergäben sich am linken Ellbogen nur leichtgradige Einschränkungen der Flexion, wohingegen rechts eine unauffällige Funktionalität erkannt werden könne. Eine kursorische neurologische Untersuchung ergebe keinen Hinweis auf das Vorliegen einer Pathologie des peripheren Nervensystems. Insbesondere liessen sich eine spinale Kompressionsproblematik oder die Läsion eines grösseren peripheren Nervs klinisch weitgehend ausschliessen (S. 25 f.).

Zusammenfassend ergäben sich anlässlich der heutigen Untersuchung verschiedene pathologische Befunde am Bewegungsapparat, von denen die nicht konsolidierte Humerusschaft-Fraktur links klar im Vordergrund stehe. Dies führe dazu, dass der linke Arm im Alltag nur marginal eingesetzt werden könne, namentlich für leichte Hilfsfunktionen, die bei hängendem Arm vorwiegend mit der Hand ausgeführt werden

könnten, Im Weiteren bestehe eine verminderte Belastungsfähigkeit des unteren Rumpfteils sowie der Kniegelenke, was die Beschwerdeführerin am Gehen limitiere (S. 26 f.).

Aufgrund der persistierenden Pathologie am linken Humerus müsse für die Tätigkeit als Verkäuferin vorläufig von einer vollen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden. Allgemein seien Aktivitäten, bei denen ein regelmässiger bimanueller Einsatz verlangt werde, aufgrund der nicht konsolidierten Humerusschaft-Fraktur vorderhand nicht möglich. Eine diesbezügliche Veränderung sei erst dann zu erwarten, wenn die Fraktur definitiv stabilisiert werden könne, was wahrscheinlich nur auf operativem Wege möglich sei. Körperlich leichte Aktivitäten, die vorwiegend im Sitzen und mit nur kürzeren stehenden und gehen den Anteilen durchgeführt würden und wo fast ausschliesslich die rechte, dominante Hand zum Einsatz komme und die linke nur für Hilfsfunktionen benötigt werde, seien hingegen vollzeitlich möglich. Dabei bestehe ein etwas erhöhter Pausenbedarf, so dass auf beruflicher Ebene für eine adaptierte Tätigkeit von einer theoretisch verwertbaren Arbeitsleistung von mindestens 80 % auszugehen sei. Gemäss den vorliegenden Unterlagen sei die Beschwerdeführerin bis im Februar 2010 zu 100 % arbeitstätig gewesen, bevor aufgrund der Psoriasis eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden sei. Mit der Operation an der lumbosakralen Wirbelsäule am 8. Juli 2011 sei eine vollständige Arbeitsunfähigkeit eingetreten, die für die Tätigkeit als Verkäuferin bis heute Gültigkeit habe. Körperlich adaptierte Tätigkeiten gemäss dem formulierten Zumutbarkeitsprofil wären aus heutiger Sicht allerdings bereits seit längerem wieder möglich, wahrscheinlich bereits ab Sommer 2012. Anhand eigener Befunde könne diese Einschätzung zumindest ab dem Zeitpunkt der aktuellen Untersuchung bestätigt werden (S. 27).

Der dermatologische Gutachter führte aus, dass die Beschwerdeführerin aktuell eine ausgeprägte Psoriasis vulgaris mit grossflächiger Beteiligung des Integuments, der Nägel und der Inversa-Areale sowie mit möglicher Gelenkbeteiligung zeige. Aktuell erfolge bezüglich der kutanen Komponente keine spezifische Therapie, es kämen lediglich pflegende Externa zum Einsatz. Die Beschwerdeführerin befinde sich ebenfalls nicht in einer kontinuierlichen dermatologischen Betreuung. Aus rein dermatologischer Sicht, ohne Berücksichtigung der Gelenkkomponente, bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bei leichten Tätigkeiten ohne mechanische Belastung der Haut. Mittelschwere und schwere Tätigkeiten mit starkem Schwitzen beziehungsweise auch Feuchtarbeiten sollten vermieden werden (S. 29).

Der gastroenterologische Gutachter führte aus, dass die Beschwerdeführerin im Jahre 2012 eine obere Gastrointestinalblutung aus einem Ulcus am gastroösophagealen Übergang im Zusammenhang mit einer Refluxoesophagitis erlitten habe. Seither sei sie unter medikamentöser Therapie diesbezüglich stabil geblieben. Es liege zudem eine mittelschwere Leberzirrhose vor, deren Folgen medikamentös behandelt worden seien. In der Folge einer Leberbiopsie sei es zu einer zweistufigen bedrohlichen Blutung aus der Biopsiestelle gekommen. Dies bezüglich sei der klinische Befund seit Mitte 2013 stabil geblieben. Es bestehe das Risiko einer Progression der Leberzirrhose mit Komplikationen. Die Beschwerdeführerin sollte keine schweren Lasten heben. Aufgrund der Leberzirrhose bestehe eine leichte Einschränkung der Leistungs- und Konzentrationsfähigkeit, was bei ganztägiger Arbeitsfähigkeit zu einer Leistungseinbusse von 10 % führen könne. Diese Einschätzung gelte unverändert seit Mitte 2013 (S. 30).

In ihrer Gesamtbeurteilung führten die Gutachter aus, aufgrund der anamnestischen Angaben, der Untersuchungsbefunde, der vorliegenden Dokumente sowie der früher attestierten Arbeitsunfähigkeiten sei davon auszugehen, dass die Arbeitsfähigkeit für die angestammte Tätigkeit als Verkäuferin ab Februar 2010 zu 50 % eingeschränkt gewesen sei. Dies sei mit den Befunden am Bewegungsapparat nachvollziehbar. Eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für die angestammte Tätigkeit könne ab der Wirbelsäulenoperation vom 8. Juli 2011 bestätigt werden. Für eine angepasste Tätigkeit könne keine sichere lang andauernde Arbeitsunfähigkeit bestätigt werden. Nach der Rückenoperation und der Humerus-Fraktur im Jahr 2011 sollte der Beschwerdeführerin die angepasste Tätigkeit spätestens ab Mitte 2012 in dem von ihnen festgelegten Ausmass zumutbar gewesen sein. Sicher bestehe ihre Einschätzung ab der Untersuchung im Januar 2015 (S. 33).

Zusammenfassend sei die Beschwerdeführerin für eine körperlich leichte, vorwiegend im Sitzen auszuübende Tätigkeit ohne Belastung des linken Armes zu 80 % arbeits- und leistungsfähig, in einem ganztägigen Pensum verwertbar. In der angestammten Tätigkeit bestehe eine bleibende 100%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 34). 3.15

Dr. D.____ führte am 6. November 2015 (Urk. 3/4) aus, dass die Beschwerdeführerin als Verkäuferin zu 100 % arbeitsunfähig sei. Die im Gutachten erwähnte 80%ige Arbeitsfähigkeit sei aufgrund seiner subjektiven Beurteilung zu hoch. Es sei von einer maximal 50%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Dies vor allem weil multiple Teilaspekte Einfluss auf die letztendlich resultierende Arbeitsfähigkeit hätten, die sogar miteinander verkoppelt seien. So bestehe sicher eine Einschränkung aufgrund der psychischen Situation, eine Einschränkung aufgrund des Wirbelsäulenleidens, eine Einschränkung aufgrund der Psoriasis, eine Einschränkung aufgrund der rheumatischen Leiden und auch eine Einschränkung der orthopädischen Probleme. Damit würden fünf Teilaspekte die zumutbare Arbeitsfähigkeit beeinflussen. Eine medizinische exakte Einschätzung sei damit schwierig bis unmöglich.

Das Z.____-Gutachten sei sehr detailliert und exakt durchgeführt worden, auch bezüglich aller Teilaspekte. Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus orthopädischer Sicht könne er nur bestätigen. Allerdings halte er aufgrund der Gesamtsituation nur eine maximale Arbeitsfähigkeit von 50 % für realisierbar.

Die Beschwerdeführerin habe ihn kürzlich wegen ihres rechten Kniegelenks aufgesucht, da sie aktuell zunehmend gehunfähig geworden sei. Die frischen Röntgenbilder hätten hier gezeigt, dass die mediale Varusgonarthrose an ihrem linken Knie massivst zugenommen habe. Aus orthopädischer Sicht sei hier bald möglichst die Indikation zur Versorgung mit einer Knieprothese zu stellen. 3.16

Dr. A.____ berichtete am 8. November 2015 (Urk. 3/5) und führte aus, dass er sich grundsätzlich mit der dermatologischen, rheumatologischen, traumatologisch-orthopädischen Beurteilungen einverstanden erklären könne. Alle pathologischen Erscheinungen seien vollumfänglich bis auf den lumbalen Scheuermann erwähnt worden. Aufgrund der multiplen Probleme, die am gesamten skelettalen Apparat nachweislich und objektiv vorhanden seien, könne er sich mit der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von 80 % für angepasste Tätigkeiten nicht einverstanden erklären. Diese Beurteilung sei nicht angemessen. Fakt sei, und das werde auch von keinem der Untersucher bestritten, dass die Beschwerdeführerin gravierende beidseitige Vorfussbeschwerden, beidseitige Kniebeschwerden, vor allem medial beidseitig betonte Gonarthrosen bei Status nach

Menishektomie vor mehr als 20 Jahren, einen Status nach beidseitigen Hüftgelenken aufweise nebst nach wie vor keiner absolut zufriedenstellenden Rücken situation. Zusätzlich als Hauptproblem sei die im Bereich der oberen Extremitäten nach wie vor nicht eingehheilte Spiralfaktur am Oberarm sowie der zusätzlich auch noch im Bereich der HWS bereits seit 2 Jahren nachgewiesene Bandscheibenvorfall zu erwähnen, so dass alles in allem eine 50%ige Arbeitsfähigkeit als realistisch eingeschätzt werden müsse (S. 2). 4. 4.1

Die Würdigung der medizinischen Akten ergibt, dass das Z.____-Gutachten vom 3. März 2015 (Urk. 8/107/2-36) für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist. Es beruht auf den für die strittigen Belange umfassenden und allseitigen Untersuchungen in den Fachgebieten Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie, Rheumatologie, Orthopädie, Dermatologie und Gastroenterologie sowie einer ausführlichen Anamnese und berücksichtigt die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden sowie sämtliche Befunde in angemessener Weise. Sodann wurde das Gutachten in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den Vorakten erstellt und trägt der konkreten medizinischen Situation Rechnung. So machten die Ärzte des Z.____ darauf aufmerksam, dass die bei der allgemein internistischen Untersuchung festgestellten klinischen Befunde kompensiert gewesen und bei der psychiatrischen Untersuchung unauffällige Befunde erhoben worden seien. Insbesondere seien weder eine depressive Symptomatik noch ein anderes psychisches Leiden festgestellt worden (S. 11 ff., S. 33). Weiter bezogen sie ausdrücklich Stellung zur eingeschränkten Belastbarkeit aus orthopädischer und rheumatologischer Sicht und beschrieben ein detailliertes Zumutbarkeitsprofil (S. 19, S. 27, S. 32 f.). Die Z.____-Gutachter zeigten zudem in nachvollziehbarer Weise auf, dass sich bei der aktuellen Untersuchung keine sichere osteoartikuläre Pathologie gezeigt habe, insbesondere keine typischen Veränderungen einer Psoriasis-Arthropathie (S. 18). Ausserdem setzten sie sich auch differenziert mit den dermatologischen und gastroenterologischen Beschwerden auseinander, wobei sie festhielten, dass bezüglich der kutanen Komponente keine spezifische Therapie erfolge und sich die Beschwerdeführerin auch nicht in einer kontinuierlichen dermatologischen Betreuung befinde (S. 29 f.).

Das Z.____-Gutachten leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ein und die von den Gutachtern vorgenommenen Schlussfolgerungen zu Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit wurden ausführlich begründet. So zeigten sie in nachvollziehbarer Weise auf, dass der Beschwerdeführerin eine körperlich leichte Tätigkeit mit nur leichter Rückenbelastung, Möglichkeit zu Wechselpositionen, vorwiegend im Sitzen und ohne langes Stehen oder Gehen, ohne monoton-repetitive Haltungen oder Bewegungen und ohne gehäufte Überkopfarbeiten, wobei fast ausschliesslich die rechte, dominante Hand zum Einsatz komme und die linke nur für Hilfsfunktionen benötigt werde, mindestens zu 80 % zumutbar sei, wobei dieses Profil nach der Rückenoperation im Jahr 2011 spätestens ab Mitte 2012 Geltung habe (S. 19, S. 27, S. 33). Überdies führten sie einlässlich und sorgfältig aus, dass der Beschwerdeführerin die angestammte Tätigkeit als Verkäuferin seit der Wirbelsäulenoperation vom 8. Juli 2011 aufgrund der verminderten Belastungsfähigkeit des unteren Rumpfes sowie der Kniegelenke und der persistierenden Pathologie am linken Humerus nicht mehr zumutbar sei (S. 33). Schliesslich wiesen die Z.____-Gutachter darauf hin, dass die subjektiv verminderte Einschätzung der Arbeitsfähigkeit für angepasste Tätigkeiten aufgrund der psychosozialen Situation und dem subjektiven Erleben der verschiedenen Beeinträchtigungen nachvollziehbar sei, dies rein medizinisch jedoch nicht bestätigt werden könne (S. 33).

Das Z.____-Gutachten erfüllt damit die praxisgemässen Kriterien an den Beweiswert eines medizinischen Berichts (vgl. vorstehend E. 1.6) vollumfänglich, so dass für die Entscheidungsfindung darauf abgestellt werden kann. 4.2

Entgegen den Ausführungen der Beschwerdeführerin bestehen in den zu würdigen Arztberichten keine insgesamt unüberbrückbaren Diskrepanzen und Widersprüche. So führten die Gutachter in nachvollziehbarer Weise aus, dass die im Jahre 2013 von den Ärzten der Klinik St. I.____ gestellten Diagnosen zurzeit nicht mehr gestellt werden könnten, zumal die damals aufgetretenen Derealisationen und Depersonalisationen nicht mehr reproduziert werden könnten und die Beschwerdeführerin auch keine Angstzustände mehr beklage (Urk. 8/107 S. 15). Auch die früheren orthopädischen Berichte stimmen mit den Beurteilungen der Z.____-Gutachter überein (vgl. Urk. 7/107 S. 27). So sind sich die Gutachter sowie die behandelnden Ärzte einig, dass eine Verbesserung der Situation bezüglich der Spiralfaktur am linken Oberarm nur durch ein operatives Vorgehen zu erreichen sei, diesbezüglich jedoch erhöhte Risikofaktoren bestünden (Urk. 8/107 S. 28). Auch die von der Beschwerdeführerin in der Beschwerde geltend gemachten Kniebeschwerden (Urk. 1 S. 11 f., vgl. auch Urk. 3/4) wurden bereits im Gutachten berücksichtigt. Die Z.____-Gutachter führten diesbezüglich aus, dass sich an beiden Kniegelenken klinische Hinweise auf medial betonte degenerative Veränderungen ergäben, die sich als Folge der erfolgten partiellen Menisekteomien entwickelt hätten. Gelenkerhaltende Massnahmen würden diesbezüglich kaum Aussicht auf einen längerfristigen Erfolg bieten. Die Indikation zur Implantation von Totalprothesen sei schon definitiv gestellt worden, aufgrund deutlich pathologischer Blutwerte sei momentan jedoch kein aktives Vorgehen geplant. Es bestehe auf jeden Fall eine mässiggradig eingeschränkte Belastbarkeit der Kniegelenke (S. 18, S. 24 f.). Die im Bericht von Dr. A.____ vom 6. November 2015 (vgl. vorstehend E. 3.16) erwähnte Indikation zur Versorgung mit einer Knieprothese kann dementsprechend nicht als neu betrachtet werden, zumal sie bereits im Gutachten vom März 2015 als definitiv beurteilt wurde. Wenn die Beschwerdeführerin sodann geltend macht, dass sie ab Februar 2010 zunächst zu 50 %, dann zu 100 % arbeitsunfähig gewesen sei (Urk. 1 S. 11), bleibt anzumerken, dass sich die diesbezüglichen Beurteilungen auf ihre angestammte Tätigkeit als Verkäuferin beziehen. Die Z.____-Gutachter erachteten sodann eine Arbeitsfähigkeit von 80 % lediglich in einer angepassten Tätigkeit als zumutbar, es kann somit nicht von einem Widerspruch ausgegangen werden.

Andererseits kann auf die Beurteilung und Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. A.____ (vgl. vorstehend E. 3.16) und Dr. D.____ (vgl. vorstehend E. 3.15) nicht abgestellt werden. So entsprechen die Beurteilungen der Arbeitsfähigkeit vielmehr einer anderen Beurteilung des gleichen Sachverhalts, zumal keine neuen medizinischen Tatsachen aus den Berichten hervorgehen und weder die erhobenen Befunde dargelegt werden, noch eine nachvollziehbar begründete und durch Befunde untermauerte medizinisch-theoretische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit vorgenommen wird. Die angeführten Gründe, weshalb bei einer angepassten Tätigkeit lediglich eine 50%ige Arbeitsfähigkeit bestehe, beruhen gemäss den behandelnden Ärzten in den multiplen Beschwerden, welche jedoch bereits von den Gutachtern in ausführlicher Weise gewürdigt wurden, sowie auf den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin, welche jedoch für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht massgebend sind. Abgesehen davon machten die behandelnden Ärzte weder nähere Angaben zu funktionellen Einschränkungen, noch äusserten sie sich zu möglichen

adaptierten Tätigkeiten.

Zusammenfassend wurden somit keine Erkenntnisse vorgebracht, welche die ausführlich begründete Beurteilung im Z.____-Gutachten umzu stossen vermöchten. 4.3

Soweit die Beschwerdeführerin geltend machte, der medizinische Sachverhalt sei nicht umfassend abgeklärt, und es seien deshalb weitere Abklärungen in die Wege zu leiten, vermag dies nach dem Gesagten nicht zu überzeugen.

Sowohl der physische als auch der psychische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin wurden in den Beurteilungen gebührend berücksichtigt. Die Beschwerdeführerin vermochte sodann nicht weiter darzutun, inwiefern die Aktenlage unzutreffend beziehungsweise unvollständig ist. Die vorliegenden medizinischen Akten erweisen sich nach dem Gesagten als ausreichend, weshalb auf weitere Abklärungen verzichtet werden kann.

Die Einwände der Beschwerdeführerin in Bezug auf die medizinischen Abklärungen sind nach dem Gesagten unbehelflich. Weitere substantiierte Einwände brachte sie nicht vor. 4.4

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sowohl in Bezug auf die Diagnosen wie auch in Bezug auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auf das Z.____-Gutachten vom 3. März 2015 abzustellen ist und die zumutbare Arbeitsfähigkeit in sämtlichen leichten, wechselbelastenden körperlichen Tätigkeiten gemäss beschriebenen Zumutbarkeitsprofil 0 % ab der Wirbelsäulenoperation vom 8. Juli 2011 und sodann 80 % ab Mitte 2012 beträgt. 5. 5.1

Zu prüfen bleibt die Rechtsfrage, ob die Beschwerdeführerin angesichts ihres Alters nach allgemeiner Lebenserfahrung in einem als ausgeglichen unterstellten Arbeitsmarkt noch als vermittelbar gelten kann.

Das fortgeschrittene Alter wird, obgleich an sich ein invaliditätsfremder Faktor, in der Rechtsprechung als Kriterium anerkannt, welches zusammen mit weiteren persönlichen und beruflichen Gegebenheiten dazu führen kann, dass die einer versicherten Person verbliebene Restverwertbarkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistischere Weise nicht mehr nachgefragt wird, und dass ihr deren Verwertbarkeit auch gestützt auf die Selbsteingliederungspflicht nicht mehr zumutbar ist (vgl. BGE 107 V 17 E. 2c). Der Einfluss des Lebensalters auf die Möglichkeit, das verbliebene Leistungsvermögen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, lässt sich nicht nach einer allgemeinen Regel bemessen, sondern hängt ab von den Umständen, die mit Blick auf die Anforderungen der Verweistätigkeiten massgebend sind (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_124/2010 E. 5.1 vom 21. September 2010, 9C_427/2010 E. 2.4.1 vom 14. Juli 2010, I617/02 E. 3.2.3 vom 10. März 2003). 5.2

Zur Beantwortung der Frage nach dem Zeitpunkt, in welchem die Frage nach der Verwertbarkeit der (Rest)Arbeitsfähigkeit bei vorgerücktem Alter zu beantworten ist, hat das Bundesgericht im Jahr 2012 die Rechtsprechung dahingehend präzisiert, dass auf das Feststehen der medizinischen Zumutbarkeit einer (Teil)Erwerbstätigkeit abzustellen sei (vgl. BGE 138 V 457 E. 3.3). Demnach gilt die medizinische Zumutbarkeit einer (Teil)Erwerbstätigkeit als ausgewiesen, so bald die medizinischen Unterlagen diesbezüglich eine zuverlässige Sachverhaltsfeststellung erlauben.

Vorliegend geht bereits aus dem Z.____-Gutachten vom 3. März 2015 (vgl. vorstehend E. 3.14) hervor, dass der Beschwerdeführerin Tätigkeiten gemäss beschriebenen Zumutbarkeitsprofil zumutbar sind. Somit kann davon ausgegangen werden, dass

spätestens das Z. ___-Gutachten Klarheit über die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin verschaffte. Sie bildet demnach die – den Anforderungen an die Beweiskraft genügende – medizinische Grundlage für den Rentenentscheid. Für die Rentenberechtigung ist somit die Verwertbarkeit der (Rest)Arbeitsfähigkeit zum Zeitpunkt des Z. ___-Gutachtens entscheidend. 5.3

Die im November 1955 geborene Beschwerdeführerin war in dem für die Beurteilung der Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit massgebenden Zeitpunkt der Erstattung des Z. ___-Gutachtens (März 2015) beinahe 60 Jahre alt, was für sich allein die Verwertbarkeit noch nicht ausschliesst.

So hat das Bundesgericht einen 60-jährigen Versicherten, welcher mehrheitlich als Wirker in der Textilindustrie tätig gewesen war, als zwar nicht leicht vermittelbar erachtet. Es sah jedoch mit Bezug auf den hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt gleichwohl Betätigungsmöglichkeiten, da der Versicherte zwar sachlich eingeschränkt (nur noch leichte bis mittelschwere Arbeiten im Gehen, Stehen und Sitzen in geschlossenen Räumen zumutbar), aber immer noch im Rahmen eines Vollpensums arbeitsfähig war (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 376/05 E. 4.2 vom 5. August 2005). Unter anderem mit Blick auf eine Aktivitätsdauer von immerhin noch sieben Jahren war eine erwerbliche Umsetzung der Leistungsfähigkeit auch einem 58-jährigen, kaufmännisch ausgebildeten Versicherten möglich und zumutbar, der aufgrund hochgradiger Innenohr schwerhörigkeit auf einen besonderen Anforderungen genügenden Arbeitsplatz angewiesen war (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 819/04 E. 2.2 vom 27. Mai 2005). Als arbeitsmarktauglich angesehen wurde auch die Restarbeitsfähigkeit eines 60-jährigen Versicherten mit einer unter anderem wegen rheumatologischer und kardialer Problematik um 30 Prozent eingeschränkten Leistungsfähigkeit (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 304/06 E. 4.2 vom 22. Januar 2007), gleichviel wie diejenige eines gleichaltrigen Versicherten, dem trotz verschiedener Rückenschäden ein vergleichsweise weites Spektrum zumutbarer Hilfstätigkeiten offen stand (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_918/2008 E. 4.3 vom 28. Mai 2009). Verneint hat das Bundesgericht demgegenüber die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit eines über 61-jährigen Versicherten, der über keine Berufsausbildung verfügte, bezüglich der aus medizinischer Sicht im Umfang von 50 % zumutbaren feinmotorischen Tätigkeiten keinerlei Vorkenntnisse besass, dessen Teilarbeitsfähigkeit weiteren krankheitsbedingten Einschränkungen unterlag und dem von den Fachleuten der Berufsberatung die für einen Berufswechsel erforderliche Anpassungsfähigkeit abgesprochen wurde (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 392/02 E. 3 vom 23. Oktober 2003). Als unverwertbar erachtet wurde auch die 50%ige, durch verschiedene Auflagen zusätzlich limitierte Arbeitsfähigkeit eines knapp 64-jährigen Versicherten mit multiplen, die Arbeitsfähigkeit einschränkenden Beschwerden (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 401/01 E. 4c und d vom 4. April 2002). 5.4

Im Lichte der dargelegten Grundsätze und der relativ hohen Hürden für die Annahme einer unverwertbaren Restarbeitsfähigkeit älterer Menschen ist festzuhalten, dass die gesundheitliche Beeinträchtigung der im massgebenden Zeitpunkt knapp 60-jährigen Beschwerdeführerin nicht derart beschaffen oder gehäuft auf tretend sind, dass sich der Schluss rechtfertigt, eine Anstellung sei nicht mehr realistisch. 6.

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