

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00279 vom 29. September 2017**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-09-29, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2016.00279](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00279)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00279 du 29 septembre 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00279 del 29 settembre 2017

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Die 1953 geborene X.\_\_\_\_ hat keinen Beruf erlernt und war zuletzt von 1992 bis im Jahr 2010 mit einem Pensum von 100 % als Data & Document Specialist für die Y.\_\_\_\_ tätig. Am 30. November 2011, eingegangen am 2. Dezember 2011, meldete sie sich unter Hinweis auf Rücken-, Hüft-, Bein-, Kopf- und Nackenschmerzen, Depression, Schlaflosigkeit, Nervosität sowie eine arterielle Hypertonie bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 8/2-3, Urk. 8/19/1, Urk. 8/19/3). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, tätigte Abklärungen in medizinischer sowie in erwerblicher Hinsicht, wobei sie namentlich das Gutachten von Dr. med. Z.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 24. April 2012 einholte (Urk. 8/31). Gestützt darauf stellte sie der Versicherten mit Vorbescheid vom 11. Juli 2012 die Ausrichtung einer ganzen Invalidenrente mit Wirkung ab 1. Juni 2012 in Aussicht (Urk. 8/35). Dagegen erhob die Pensionskasse der Y.\_\_\_\_ am 12. Juli 2012 (Urk. 8/38), ergänzt am 20. August 2012 (Urk. 8/42), Einwand. Daraufhin erliess die IV-Stelle den Vorbescheid vom 11. Juli 2012 ersetzenden Vorbescheid vom 5. November 2013, mit welchem sie der Versicherten die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht stellte (Urk. 8/49). Gegen diesen Vorbescheid erhob die Versicherte am 4. Dezember 2013 unter Beilage eines Arztberichts Einwand (Urk. 8/53-54). Im weiteren Verlauf nahm die IV-Stelle zusätzliche medizinische Berichte zu den Akten (Urk. 8/60, Urk. 8/66, Urk. 8/71) und holte das polydisziplinäre Gutachten des A.\_\_\_\_ vom 12. August 2015 ein (Urk. 8/84). Mit Vorbescheid vom 10. November 2015 stellte sie der Versicherten erneut die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (Urk. 8/91). Dagegen erhob die Versicherte am 5. Dezember 2015 unter Beilage eines aktuellen Arztberichts (Urk. 8/98) Einwand (Urk. 8/102). Sodann reichte sie mit Einlage vom 8. Januar 2016 (Urk. 8/110) einen weiteren Arztbericht ein (Urk. 8/109). Am 25. Januar 2016 verfügte die IV-Stelle im angekündigten Sinne (Urk. 8/112 = Urk. 2).

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts; ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung; IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden 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).

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein seelisches Leiden mit Krankheitswert besteht, welches die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG; BGE 139 V 547 E. 5; 131 V 49 E. 1.2; 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C\_614/2015 vom 15. Dezember 2015, E. 5

und 9C\_125/2015 vom 18. November 2015, E. 5.4. ).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt grundsätzlich eine lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (vgl. BGE 130 V 396; Urteile des Bundesgerichts 8C\_616/2014 vom 25. Februar 2015, E. 5.3.3.3 und 9C\_739/2014 vom 30. November 2015, E. 3.2). Eine fachärztlich festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Es ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilen, ob und inwiefern der versicherten Person trotz ihres Leidens die Verwertung ihrer Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch sozial-praktisch zumutbar und für die Gesellschaft tragbar sei (BGE 141 V 281 E. 3.7.3; 136 V 279 E. 3.2.1; BGE 127 V 294 E. 4c; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C\_614/2015 vom 15. Dezember 2015, E. 5 und 8C\_731/2015 vom 18. April 2016, E. 4.1).

### **E. 1.2**

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. 1.3**

Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen

Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen 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). 2.

## **E. 2**

Gegen die Verfügung vom 25. Januar 2016 erhob die Versicherte am 28. Februar 2016 Beschwerde mit dem Antrag, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihr eine ganze Invalidenrente zuzusprechen. In prozessualer Hinsicht ersuchte sie um Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung (Urk. 1 S. 1). Die Beschwerdegegnerin schloss in ihrer Beschwerdeantwort vom 23. März 2016 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7). Mit Gerichtsverfügung vom 5. April 2016 wurde der Beschwerdeführerin die Beschwerdeantwort zur Kenntnis gebracht sowie die unentgeltliche Prozessführung gewährt (Urk. 12). Mit Eingabe vom 3. Juni 2016 (Urk. 14) reichte die Beschwerdeführerin einen weiteren Arztbericht ein (Urk. 15). Die Beschwerdegegnerin verzichtete mit Schreiben vom 21. Juni 2016 auf eine Stellungnahme dazu (Urk. 17), was der Beschwerdeführerin wiederum mitgeteilt wurde (Urk. 18). Mit Gerichtsverfügung vom 11. August 2017 wurde die Pensionskasse der Y.\_\_\_\_ zum Prozess beige-laden (Urk. 19). Mit Eingabe vom 21. August 2017 (Urk. 20) samt Beilagen (Urk. 21/1-4) liess sie sich vernehmen. Darüber wurden die anderen Verfahrensbeteiligten am 23. August 2017 orientiert (Urk. 22).

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin stellte sich in der angefochtenen Verfügung auf den Standpunkt, gemäss ihren Abklärungen lägen insgesamt lediglich nicht schwer ausgeprägte psychiatrische Diagnosen vor, welche nicht invalidisierend seien. Aus orthopädischer Sicht sei der Beschwerdeführerin eine angepasste Tätigkeit zu 100 % zumutbar, wobei unter Berücksichtigung eines Leidensabzugs von 10 % ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von 36 % resultiere (Urk. 2).

### **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin wandte dagegen ein, auf das A.\_\_\_\_-Gutachten könne man keine Neutralität und mangels gebührender Sorgfalt nicht abgestellt werden (Urk. 1 S. 3). Sie verwies auf die Angaben der sie behandelnden Ärzte sowie der Vorgutachterin Dr. Z.\_\_\_\_ (Urk. 1 S. 3-4). Ferner machte sie geltend, eine allfällige Restarbeitsfähigkeit könne sie aufgrund ihres fortgeschrittenen Alters nicht verwerten (Urk. 1 S. 4). Eventualiter sei ein Leidensabzug von 25 % vorzunehmen (Urk. 1 S. 5).

### **E. 2.3**

Die Beigeladene hielt in ihrer Stellungnahme im Wesentlichen fest, die Beschwerdeführerin sei beim Austritt aus der Y.\_\_\_\_ und somit der Pensionskasse der Y.\_\_\_\_ nicht arbeitsunfähig gewesen. Im Übrigen sei kein Einkommensvergleich, sondern ein Betätigungsvergleich für Nichterwerbstätige durchzuführen, da die Beschwerdeführerin

sich erst nach ihrer freiwilligen vorzeitigen und vollen Pensionierung bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung angemeldet habe (Urk. 20). 3. 3.1

Dr. med. B.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete am 5. Januar 2012, die Beschwerdeführerin habe sich vom 23. Juni bis am 26. August 2010 und hernach erneut seit dem 6. Juli 2011 in ihrer ambulanten Behandlung befunden (Urk. 8/17/1). Sie diagnostizierte eine Schmerzstörung mit depressiver Symptomatik (ICD-10: F54), wobei von circa Juni bis circa September 2010 eine schwere depressive Episode vorgelegen habe (ICD-10: F33.2) und gegenwärtig eine leichte bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F33.11) vorliege. Ferner bestünden Abnützungserscheinungen an verschiedenen Gelenken, welche wegen starker Schmerzen und Steifigkeit zu einer starken Minderung der Lebensqualität führen und die depressive Entwicklung beeinflussen würden (Urk. 8/17/1).

Dr. B.\_\_\_\_ gab an, die Beschwerdeführerin sei mindestens von Juni 2010 bis am 23. Dezember 2011 in der freien Wirtschaft als Raumpflegerin voll arbeitsunfähig gewesen und seither weiterhin zu mindestens 80 % arbeitsunfähig. Für leichte Haushaltsarbeiten sei sie voll arbeitsfähig (Urk. 8/17/1, Urk. 8/17/3). 3.2

Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie, berichtete am 9. Januar 2012, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit lägen chronisch thorakale und thorakolumbale Rückenschmerzen sowie vordere Kniegelenksschmerzen vor (Urk. 8/18/2). Er hielt fest, er habe keine Arbeitsunfähigkeiten attestiert (Urk. 8/18/3-4). 3.3

Dr. Z.\_\_\_\_ erstattete ihr psychiatrisches Gutachten über die Beschwerde führerin am 24. April 2012. Sie diagnostizierte eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1) sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4). Sie führte aus, zum aktuellen Zeitpunkt sei bei der Beschwerdeführerin eine depressive Symptomatik mit Niedergeschlagenheit, eingeschränkter affektiver Schwingungsfähigkeit, Insuffizienzgefühlen, Freud-, Lust- und Interesslosigkeit, Nervosität, Anspannung, deutlicher Antriebsstörung, Erschöpfung, reduzierter Belastbarkeit und Schlafstörungen sowie mit latenter Suizidalität erkennbar. Zudem bestünden kognitive Symptome wie Vergesslichkeit, Verlangsamung des Denkens und Konzentrationsstörungen. Die seit 2010 bestehende depressive Episode sei zunächst schwer ausgeprägt gewesen und habe sich im Verlauf gebessert mit zwischenzeitlich leichter bis mittelgradiger Ausprägung und insgesamt schwankendem Verlauf. Ferner sei eine deutliche Schmerzproblematik vorhanden, wobei die somatischen Abklärungen kein organisches Korrelat für die Schmerzen ergeben hätten. Die Schmerzen seien von der Beschwerdeführerin kaum beeinflussbar, seien mit grossem Leiden, Erschöpfung und ausgeprägter Müdigkeit verbunden und stünden in Wechselwirkung mit der depressiven Symptomatik. Dennoch sei die Schmerzsymptomatik nicht ausschliesslich im Rahmen der depressiven Störung, sondern als davon unabhängiger Prozess zu verstehen. Die Schmerzen seien zu einem Zeitpunkt aufgetreten, in welchem die Beschwerdeführerin zunehmend unter Erschöpfung gelitten habe. Möglicherweise sei die Erkrankung für die Beschwerdeführerin die einzige, natürlich unbewusste Möglichkeit gewesen, sich vorzeitig aus dem Arbeitsleben zurückzuziehen (Urk. 8/31/12-13). Dr. Z.\_\_\_\_ gelangte zum Schluss, in der angestammten Tätigkeit liege eine Arbeitsunfähigkeit von 80 %, in einer angepassten Tätigkeit eine von 60 % vor (Urk. 8/31/14). Diese Arbeitsunfähigkeiten seien auf die psychiatrischen Diagnosen zurückzuführen. Daneben bestünden psychosoziale Belastungsfaktoren (Urk. 8/31/17). Unter Bezugnahme auf die Foerster-Kriterien beurteilte sie die Schmerzen als nur teilweise willentlich überwindbar, hielt indes fest, die Arbeitsunfähigkeit bestehe

hauptsächlich wegen der zurzeit mittelgradig ausgeprägten depressiven Episode (Urk. 8/31/18-19). 3.4

Am 15. November 2013 führte Dr. B.\_\_\_\_ aus, die Beschwerdeführerin sei trotz konsequenter Therapie schwer depressiv und voll arbeitsunfähig geblieben. Die ambulante Behandlung habe sich als unzureichend erwiesen. Nun sei eine teil stationäre Behandlung in der Tagesklinik des D.\_\_\_\_ vorgesehen. In der Hamilton Depressionsskala habe sie heute 26 Punkte erreicht, was einer schweren depressiven Episode entspreche (Urk. 8/53/1-2). 3.5

Laut dem Bericht der E.\_\_\_\_ vom 15. Januar 2014 war die Beschwerdeführerin vom 16. Dezember 2013 bis am 13. Januar 2014 dort hospitalisiert. Sodann ist dem Bericht die Diagnose einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F32.2) sowie die Verdachtsdiagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) zu entnehmen (Urk. 8/60/1). Weiter führten die Ärzte aus, die Beschwerdeführerin habe sich beim Eintritt gewünscht, zur Ruhe zu kommen. Sie habe geschildert, dass sich durch die häufigen Konflikte zuhause und durch die zunehmende Lärmempfindlichkeit ihr Befinden deutlich verschlechtert und auch die Rückenschmerzen zugenommen hätten. Sie habe sich deprimiert und antriebslos gefühlt und über Einschlafstörungen geklagt (Urk. 8/60/3). Sie sei zu allen Qualitäten orientiert gewesen und habe keine Störungen der Konzentration und der Aufmerksamkeit gezeigt. Affektiv sei sie deprimiert, gereizt, klagsam, ängstlich und im Kontakt gut spürbar gewesen. Sie sei psychomotorisch ruhig und mit reduziertem Antrieb gewesen (Urk. 8/60/2). 3.6

Dr. med. F.\_\_\_\_, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, attestierte der Beschwerdeführerin in ihrem Bericht vom 18. Februar 2014 in Anbetracht der schweren psychischen Erkrankung sowie des Rückenleidens einen Invaliditätsgrad von weiterhin 100 % respektive sinngemäss eine voll ständige Erwerbsunfähigkeit (Urk. 8/66). 3.7

Der ab dem 1. September 2014 behandelnde (Urk. 8/71/1) Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, gab am 15. November 2014 an, als Lagerarbeiterin mit Heben und Tragen von Lasten über 20 Kilogramm sei die Beschwerdeführerin vollumfänglich arbeitsunfähig. Einschränkend seien die Bewegungseinschränkung der Brust- und Lendenwirbelsäule sowie der Schultern beidseits und die stark verminderte Belastbarkeit der Brust- und Lendenwirbelsäule. Schon bei geringer Belastung träten Schmerzen auf (Urk. 8/71/2). 3.8

Am 12. August 2015 erstatteten die Ärzte des A.\_\_\_\_ ein polydisziplinäres Gutachten (Urk. 8/84). Das A.\_\_\_\_-Gutachten basierte auf einer allgemeinmedizinischen, einer psychiatrischen, einer orthopädischen und einer endokrinologischen Untersuchung (Urk. 8/84/2 und Urk. 8/84/7 ff.). Die Gutachter stützten sich auf die anlässlich der Untersuchungen erhobenen Befunde, die Ergebnisse der Anamnese, die vorhandenen Akten sowie auf die Angaben der Beschwerdeführerin. Die Konklusion des Gutachtens ist im Rahmen eines multidisziplinären Konsensus erarbeitet worden. Dabei nannten die A.\_\_\_\_-Gutachter als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode (ICD-10: F33.0/33.1), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) sowie ein chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom ohne fassbare radikuläre Symptomatik (ICD-10: M54.80; Urk. 8/84/21 ).

Sie führten aus, aus allgemeinmedizinischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit bei der Diagnose inkomplettes metabolisches Syndrom mit behandelter arterieller Hypertonie,

Adipositas und asymptomatischer Hyperurikämie nicht eingeschränkt (Urk. 8/84/9).

Bei der psychiatrischen Untersuchung war das klinische Bild laut Gutachten durch die nicht hinreichend durch ein organisches Korrelat erklärbaren Schmerzen geprägt. Es sei deshalb von einer psychischen Überlagerung im Sinne einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung auszugehen. Dieses bereits etwas chronifizierte Schmerzsyndrom sei begleitet von einer rezidivierenden depressiven Störung. Der aktuelle Zustand sei durch eine deutliche Weinerlichkeit, Hoffnungslosigkeit, eine bedrückte Stimmungslage, sozialen Rückzug, ein morgendliches Früherwachen und eine Schlafstörung gekennzeichnet. Eine schwere depressive Episode bestehe nicht, da die Beschwerdeführerin keine Suizidphantasien thematisiere und auch der Antrieb vorhanden sei. Das vorliegende depressive Zustandsbild sei pharmakologisch nur ungenügend behandelt. Im Serum seien nur geringe Mengen des Antidepressivums nachweisbar gewesen. Bei einer effizienter gestalteten Therapie sei mit einer Aufhellung der Stimmung und einer möglichen Verbesserung der Arbeitsfähigkeit zu rechnen. Aufgrund der rezidivierenden depressiven Störung sowie der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung sei eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der Höhe von 30 % zu attestieren. Klinisch im Vordergrund stehe das Schmerzsyndrom. Durch die ausgeprägte depressive Störung liege eine deutliche psychiatrische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer vor. Durch beide Störungsbilder zusammen sei die Beschwerdeführerin in ihrer Fähigkeit zur Willensanspannung erkennbar eingeschränkt. Zumutbar seien ihr lediglich leichte und stressfreie Tätigkeiten. Es liege ein deutlicher sozialer Rückzug mit Kontakt lediglich zu ihren Töchtern vor. Ihr Mobilitätsradius sei eingeschränkt (Urk. 8/84/12-13).

Der

orthopädische Gutachter

gab an, die Beschwerdeführerin klagt über seit vielen Jahren auftretende und seit 2010 stetig zunehmende Beschwerden in sämtlichen Abschnitten des Bewegungsapparates mit Ausnahme der Fusssohlen. Lindernde Faktoren verneine sie klar. Er hielt fest, die Beschwerdeführerin habe ein inkonstantes linksseitiges Hinken gezeigt, die Gangarten seien aber problemlos durchführbar gewesen. Bei der Untersuchung der Wirbelsäule habe sich eine deutliche Bewegungseinschränkung sämtlicher Abschnitte gezeigt, doch sei der initial vermehrte Finger-Boden-Abstand später durch eine freie Auslenkung im Langsitz relativiert worden. Auch die bei der expliziten Prüfung verminderte Kopffrotation habe sich unter Ablenkung als frei erwiesen. An den oberen und unteren Extremitäten liege gleichfalls eine weitgehend freie Beweglichkeit bei guter Kraftentfaltung vor. Auf neurologischer Ebene lägen keine klaren Hinweise für das Vorliegen einer Pathologie vor. Auf radiologischer Ebene bestünden massige degenerative Veränderungen der unteren zervikalen und lumbalen Wirbelsäule sowie Diskopathien ohne Hinweis für Neurokompression, thorakal dagegen Zeichen der diffusen idiopathischen Skeletthyperostose (DISH; Urk. 8/84/17). Zusammenfassend führte der Gutachter aus, die völlig diffus beklagten Beschwerden liessen sich durch die klinischen und radiologischen Befunde keinesfalls vollständig begründen. Durchaus nachvollziehbar sei der Leidensdruck bei Fehlhaltung im Sinne eines Hohl-Rundrückens samt thorakaler DISH mit entsprechend eingeschränkter Beweglichkeit, kaum aber die Symptomatik in den übrigen Abschnitten des Bewegungsapparates. Die gesamte anamnestiche Präsentation sowie das fehlende Ansprechen auf konservative Therapiemassnahmen, die langdauernde körperliche Schonung und die Arbeitskarenz könnten als klare Hinweise für eine im Vordergrund

stehende nichtorganische Beschwerdekompone nente angesehen werden. Für körperlich leichte Verrichtungen unter Wechselbelastung bestehe eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Das wiederholte Heben und Tragen von Lasten über zehn Kilogramm sowie der repetitive Einsatz der oberen Extremitäten oberhalb des Schulterniveaus seien zu vermeiden. Aufgrund der an der Wirbelsäule dokumentierten Veränderungen seien lediglich körperlich andauernd mittelschwere und schwere Tätigkeiten ungeeignet (Urk. 8/ 84/18).

Dem endokrinologischen Teilgutachten ist zu entnehmen, die Hypothyreose sei adäquat substituiert und habe keine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit zur Folge. Auch beginnender Prädiabetes, arterielle Hypertonie und Adipositas würden nicht zu einer Einschränkung führen. Bezüglich des möglichen primären Hyperparathyreoidismus mit aktuell normalem korrigiertem Calcium sowie leicht erhöhtem Parathormon seien Verlaufskontrollen notwendig, jedoch liessen sich noch keine Symptome ableiten (Urk. 8/84/20).

Aus interdisziplinärer Sicht gelangten die A.\_\_\_\_-Gutachter zum Schluss, die aus Sicht des Bewegungsapparates bestehende Arbeitsunfähigkeit für körperlich andauernd mittelschwer und schwer belastende Tätigkeiten könne spätestens ab dem 15. November 2014 angenommen werden (Urk. 8/84/23). Die rezidivierende depressive Störung bestehe seit circa fünf Jahren, jedoch markiere die Hospitalisation ab dem 16. Dezember 2013 nochmals eine deutliche Verschlechterung, sodass die aktuell festgelegte Arbeitsunfähigkeit von 30 % ab dann anzunehmen sei. Die 70%ige Arbeits- respektive Leistungsfähigkeit in körperlich leichten, adaptierten Tätigkeiten könne vollschichtig umgesetzt werden mit einem vermehrten Pausenbedarf und einem leicht reduzierten Rhythmus (Urk. 8/84/22-23).

Dipl. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie und Arzt des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) , erachtete das A.\_\_\_\_-Gutachten als beweiskräftig. Er wies darauf hin, dass die neuen Indikatoren zu prüfen seien und fügte an, die Diagnosen und Funktionseinschränkungen seien ausreichend begründet worden und die Gutachter hätten zusätzlich die Inkonsistenzen und das Aggravationsverhalten der Beschwerdeführerin gewürdigt und auch zu persönlichkeitsrelevanten und psychosozialen Faktoren Stellung genommen (Stellungnahme vom 28. August 2015, Urk. 8/90/7). 3.9

Am 17. November 2015 führte Dr. B.\_\_\_\_ aus, trotz konsequenter Therapie sei die Beschwerdeführerin depressiv und arbeitsunfähig geblieben. Im Jahr 2014 sei sie wegen schwerer Depression stationär in der E.\_\_\_\_ behandelt worden, was eine leichte Besserung gebracht habe. Sie habe keine Kraft, irgendetwas zu machen. Dr. B.\_\_\_\_ nannte die Diagnose einer chronifizierten Depression (ICD-10: F33.11), eines somatischen Schmerzsyndroms (ICD-10: F45) sowie von Abnützungsercheinungen als psychologische Faktoren (ICD-10: F54). Sie gab an, die Beschwerdeführerin sei nur für leichte Arbeiten in ihrem eigenen Haushalt arbeitsfähig (Urk. 8/98/1 und Urk. 8/98/4). Am 18. Dezember 2015 überwies Dr. B.\_\_\_\_ die Beschwerdeführerin bei unveränderten Diagnosen ans D.\_\_\_\_ (Urk. 8/109/1). 3.10

Dem psychiatrischen Bericht des D.\_\_\_\_ vom 29. April 2016 sind namentlich die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F33.1), sowie von Schmerzen der Wirbelsäule in sämtlichen Abschnitten zu entnehmen (Urk. 15 S. 1). Die Psychiaterin sowie der Klinische Psychologe hielten fest, es

handle sich bei der Beschwerdeführerin um eine deutlich chronifizierte Schmerzpatientin mit einer deutlichen Depression trotz ambulanter und medikamentöser Behandlung. Während der stationären Behandlung in der E.\_\_\_\_ sei es zu einer leichten Verbesserung gekommen, anschliessend hätten aber Schmerzen und Depression wieder zugenommen, weshalb nun eine tagesklinische Behandlung indiziert sei (Urk. 15 S. 2). 4. 4.1

Die IV-Stelle stellte grundsätzlich auf das A.\_\_\_\_-Gutachten ab, hielt jedoch in Abweichung davon die psychiatrischen Diagnosen aus juristischer Sicht für nicht invalidisierend (Urk. 8/90/8, Urk. 2 S. 2). Das A.\_\_\_\_-Gutachten basiert auf den fachärztlichen Untersuchungen der Beschwerdeführerin, es wurde in Kenntnis der medizinischen Vorakten erstattet, es beantwortet die gestellten Fragen umfassend und setzt sich mit anderslautenden Beurteilungen auseinander. Somit erfüllt es die von der Rechtsprechung gestellten formellen Voraussetzungen an ein beweiskräftiges Gutachten (vgl. vorstehende E. 1.3). Zum mit einem Urteil (Urk. 3/2) untermauerten Einwand, das A.\_\_\_\_ arbeite unsorgfältig, ist anzumerken, dass nicht von einem Fall auf einen anderen geschlossen werden kann, sondern die Beweiskraft eines Gutachtens im Einzelfall zu prüfen ist. Soweit die Beschwerdeführerin mit ihrem Hinweis auf die Versicherungsfreundlichkeit des A.\_\_\_\_ auf eine Befangenheit infolge wirtschaftlicher Abhängigkeit des A.\_\_\_\_ von den Aufträgen der Invalidenversicherung schliessen will (Urk. 1 S. 3), kann ohne weitere Ausführungen auf die aktuelle Rechtsprechung verwiesen werden. Danach ist die Einwendung, die Abgeltung der Gutachten aus Mitteln der Invalidenversicherung führe zu einer Befangenheit der MEDAS, unbegründet (BGE 137 V 210 E. 3.4.2.7). 4.2

Dass aus allgemeininternistischer sowie aus endokrinologischer Sicht keine Einschränkung angenommen wurde, ist nachvollziehbar, da sich das inkomplette metabolische Syndrom mit behandelter arterieller Hypertonie, Adipositas und asymptomatischer Hyperurikämie, die adäquat substituierte Hypothyreose, der beginnende Prädiabetes sowie der symptomlose mögliche primäre Hyperparathyreoidismus nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirken (vgl. vorstehende E. 3.8). Dies wurde im Gutachten schlüssig dargelegt. Dass die Beschwerdeführerin aus orthopädischer Sicht lediglich bei andauernd mittelschweren und schweren Tätigkeiten sowie Tätigkeiten oberhalb des Schulterniveaus eingeschränkt ist, ist angesichts der mässiggradigen Degeneration der unteren zervikalen und lumbalen Wirbelsäule, der thorakalen DISH und der Fehlhaltung bei jedoch keineswegs vollständig objektivierbaren Beschwerden (Urk. 8/84/17-18) nachvollziehbar. Den Beginn dieser Arbeitsunfähigkeit für nicht adaptierte Tätigkeiten legten die Gutachter unter Bezugnahme auf den Bericht von Dr. G.\_\_\_\_ auf spätestens den 15. November 2014 fest (Urk. 8/84/18, Urk. 8/84/23). Dabei handelt es sich um das Datum der Berichterstattung durch Dr. G.\_\_\_\_ (Urk. 8/71/3). Die letzte Konsultation vor der Berichterstattung hatte allerdings am 2. Oktober 2014 stattgefunden (Urk. 8/71/1), sodass die Arbeitsunfähigkeit für nicht adaptierte Tätigkeiten bereits spätestens dann vorliegen musste. 4.3

#### 4.3.1

Im psychiatrischen Teilgutachten wurde der rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode (ICD-10: F33.0/F33.1), sowie der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zugemessen (Urk. 8/84/12, Urk. 8/84/21). Die Beschwerdeführerin beanstandete bezüglich dieser Diagnose, dass entgegen der Aktenlage nicht mit Dr. B.\_\_\_\_ und den Ärzten der E.\_\_\_\_ von einer schweren depressiven Episode respektive mit Dr. F.\_\_\_\_ und den Ärzten des D.\_\_\_\_ von einer kompletten Erwerbs- beziehungsweise

Arbeitsunfähigkeit ausgegangen worden sei, oder zumindest mit der Vorgutachterin Dr. Z.\_\_\_\_ von einer 60%igen Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit (Urk. 1 S. 3-4). Der psychiatrische Gutachter begründete seine Diagnostik schlüssig und detailliert (Urk. 8/84/12) und sie überzeugt vor dem Hintergrund der erhobenen Befunde mit chronifizierten, nicht hinreichend organisch erklärbaren Schmerzen, mit deutlicher Weinerlichkeit, Hoffnungslosigkeit, bedrückter Stimmungslage, sozialem Rückzug, morgendlichem Früherwachen, mit einer Schlafstörung, jedoch ohne Suizidphantasien, mit vorhandenem Antrieb und mit während der einstündigen Exploration erhaltener Aufmerksamkeit und Konzentration (Urk. 8/84/11-12).

Ferner ging auch Dr. B.\_\_\_\_ von einer nur phasenweise schweren Depressivität aus. So diagnostizierte sie in ihren Berichten vom 5. Januar 2012, vom 17. November und vom 18. Dezember 2015 lediglich eine mittelgradige depressive Episode einer rezidivierenden depressiven Störung im Sinne von ICD-10: F33.11 (Urk. 8/17/1, Urk. 8/98/1 und Urk. 8/109/2). Lediglich zwischendurch, in ihrem Bericht vom 15. November 2013, mithin rund einen Monat vor dem Eintritt in die E.\_\_\_\_, diagnostizierte sie eine schwere depressive Episode (Urk. 8/53/2). Dabei wies sie auf die in der Hamilton Depressionsskala erreichten 26 Punkte hin (Urk. 8/53/1), wobei die Diagnose mangels Angabe der Version der verwendeten Hamilton Depressionsskala nicht vollständig nachvollzogen werden kann, da je nachdem erst ab 30 Punkten eine schwere Depression vorliegt (Urk. 8/31/12). Die Ärzte der E.\_\_\_\_ stufen die Depression ebenfalls als schwer ein (Urk. 8/60/1), dies jedoch bei erhaltener Konzentration und Aufmerksamkeit (Urk. 8/60/2). Diese Berichte erwecken indes keine Zweifel am A.\_\_\_\_-Gutachten, zumal auch die Gutachter auf das schwankende Ausmass der Depression hinwiesen (Urk. 8/84/13) und insoweit kein Widerspruch besteht.

#### 4.3.2

Nach der Rechtsprechung fehlt es einer psychischen Beeinträchtigung im Sinne einer leichten bis mittelschweren depressiven Erkrankung, - solange therapeutisch angehebar - bereits diagnosebedingt an einem hinreichenden Schweregrad, um als invalidisierend er Gesundheitsschaden zu gelten (Urteil des Bundesgerichts 8C\_753/2016 vom 17. Mai 2017 E. 4.4). Nach gesicherter psychiatrischer Erfahrung sind Depressionen im Allgemeinen therapeutisch gut angehebar, weswegen eine Behandlungsresistenz selten auftritt. Nur in einem solchen Fall ist den normativen Anforderungen des Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG für eine objektivierende Betrachtungs- und Prüfungsweise Genüge getan (BGE 141 V 281 E. 3.7.1 bis 3.7.3). Ein solcher Sachverhalt muss überwiegend wahrscheinlich und darf nicht lediglich nicht auszuschliessen sein. Es kommt dazu, dass die Therapie in dem Sinne konsequent gewesen sein muss, dass die aus fachärztlicher Sicht indizierten zumutbaren (ambulanten und stationären) Behandlungsmöglichkeiten in kooperativer Weise optimal und nachhaltig ausgeschöpft wurden (BGE 140 V 193 E. 3.3; BGE 137 V 64 E. 5.2 mit Hinweis; vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_13/2016 vom 14. April 2016, E. 4.2 und 9C\_89/2016 vom 12. Mai 2016, E. 4.1).

Laut dem A.\_\_\_\_-Gutachten war das vorliegende depressive Zustandsbild pharmakologisch nur ungenügend behandelt. Namentlich waren im Serum nur geringe Mengen des eingenommenen Antidepressivums nachweisbar (Urk. 8/84/12). Die Gutachter empfahlen eine effektivere Gestaltung der psychopharmakologischen Behandlung (Urk. 8/84/13). Ferner suchte die Beschwerdeführerin ihre Psychiaterin nur ein- bis zweimal pro Monat auf (Urk. 8/84/10). Mithin kommt der mittelgradigen Depression für sich allein mangels ausgewiesener Therapieresistenz keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu. Sie ist

jedoch als potentiell ressourcenhemmender Faktor im Rahmen der Persönlichkeitsdiagnostik zu berücksichtigen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3). 4.3.3

Strittig ist weiter, ob die gutachterlich diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hat. Die A. \_\_\_-Gutachter gingen davon aus, durch das klinisch im Vordergrund stehende Schmerzsyndrom mit einer deutlichen psychiatrischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer in Form von einer ausgeprägten depressiven Störung sei die Arbeitsfähigkeit um 30 % eingeschränkt (Urk. 8/84/12).

Das Bundesgericht hat seine bisherige Rechtsprechung mit BGE 141 V 281 geändert und das bisherige Regel-/ Ausnahmemodell durch ein strukturiertes Beweisverfahren ersetzt. An die Stelle des bisherigen Kriterienkatalogs treten im Regelfall beachtliche Standardindikatoren. Unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits soll das

tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen Ergebnis offen beurteilt werden (BGE

141 V 281 E. 3.6). Betont wurde, dass die Aufgabe der Überwindbarkeitsvermutung an den Regeln betreffend die Zumutbarkeit nichts ändert, namentlich nicht am Erfordernis einer objektivierte Beurteilungsgrundlage. Nach Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG liegt eine Erwerbsunfähigkeit nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist. Medizinisch-psychiatrisch nicht begründbare Selbsteinschätzungen und -limitierungen, wie sie gerichtsnotorisch ärztlicherseits sehr oft unterstützt werden, sind auch künftig nicht als invalidisierende Gesundheitsbeeinträchtigung anzuerkennen (BGE 141 V 281 E. 3.7.1).

In intertemporalrechtlicher Hinsicht ist sinngemäss wie in BGE 137 V 210 (betreffend die rechtsstaatlichen Anforderungen an die medizinische Begutachtung) vorzugehen. Nach dieser Entscheidung verlieren gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (BGE a.a.O. E. 6 in initio). In sinngemässer Anwendung der nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigen Gutachten – gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht.

Die Standardindikatoren hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie „funktioneller Schweregrad“ - Komplex „Gesundheitsschädigung“ - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder –resistenz - Komorbiditäten - Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) - Komplex „Sozialer Kontext“ - Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leistungsdruck

Bei der Anspruchsprüfung nach BGE 141 V 281 ist zunächst auf den funktionellen Schweregrad der diagnostizierten Störung einzugehen. Gemäss Feststellung des psychiatrischen Gutachters steht das Schmerzsyndrom klinisch im Vordergrund (Urk. 8/

84/12). Wegen des Schmerzsyndroms in Kombination mit der Depression liegt eine erkennbare Einschränkung der Fähigkeit zur Willensanspannung vor (Urk. 8/84/13). Die Beschwerdeführerin klagte auch beim allgemeinmedizinischen Gutachter in erster Linie über Schmerzen und gab an, diese bestünden rund um die Uhr (Urk. 8/84/7-8, Urk. 8/84/10). Dies lässt auf eine nicht unerhebliche Ausprägung der Störung schliessen. Zum Aspekt „Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder –resistenz“ ist zu bemerken, dass gemäss den Angaben der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der Begutachtung ein- bis zwei mal monatlich Konsultationen bei der Psychiaterin stattfanden

(Urk. 8/84/10). Zudem hatte sie sich vom 16. Dezember 2013 bis am 13. Januar 2014 einer stationären Behandlung unterzogen (Urk. 8/60/1). Ausserdem nahm sie das Antidepressivum „Cymbalta“ ein, wobei gemäss der von den Gutachtern durchgeführten Blutuntersuchung nur geringe Mengen davon im Serum nachweisbar waren (Urk. 8/84/12). Nach dem Gesagten bestehen zwar gewisse Behandlungsbemühungen, von einer Ausscheidung der therapeutischen Möglichkeiten respektive einer Behandlungsresistenz kann jedoch nicht die Rede sein. Zu berücksichtigen ist ferner die ressourcenhemmende depressive Störung, welche im Zeitpunkt der Begutachtung zwar nur leicht- bis mittelgradig ausgeprägt war, jedoch insgesamt dennoch als von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer bezeichnet wurde (Urk. 8/84/12).

Ansonsten berichteten weder die behandelnden Ärzte noch die Gutachter von einer auffälligen Persönlichkeitsstruktur (Urk. 8/84/12 oben). Hinsichtlich des Komplexes "Sozialer Kontext" hielten die A.\_\_\_\_-Gutachter - wie auch bereits Dr. Z.\_\_\_\_ (Urk. 8/31/18 unten) - einen deutlichen sozialen Rückzug fest (Urk. 8/84/13), was bei Kontakten lediglich zu ihren Töchtern und deren Ehemännern sowie bei einem eingeschränkten Mobilitätsradius (Urk. 8/84/11, Urk. 8/84/13) zutrifft. Die letzte Auslandsreise zu ihrer Schwester fand im Jahr 2013 und somit noch vor der Verschlechterung der psychischen Erkrankung statt (Urk. 8/84/11, Urk. 8/84/13). Zum beweisrechtlich entscheidenden Aspekt der Konsistenz ist zu erwähnen, dass das Aktivitätsniveau der Beschwerdeführerin mit keinen Hobbies mehr, jedoch mit Spaziergängen, Fernsehen, Zeitung durchblättern, Einkaufen, Kochen und Besuchen durch die Tochter (Urk. 8/84/11) mit der vom A.\_\_\_\_ angegebenen Einschränkung im Erwerb um 30 % korreliert. Die bislang durchgeführten Behandlungsbemühungen mit vierwöchiger stationärer Behandlung deuten sodann zwar auf einen Leistungsdruck hin, lassen diesen aber angesichts der Therapiefrequenz und der geringen Medikation noch nicht als besonders ausgeprägt erscheinen.

Die Prüfung anhand der Standardindikatoren ergibt somit, dass gewisse funktionelle Auswirkungen der geklagten Schmerzen in Kombination mit der Depression vorhanden sind. Sie erscheinen aber nicht als ausgeprägt. Unter diesen Umständen lässt sich aus rechtlicher Sicht jedenfalls keine höhere als die gutachterlich attestierte 30%ige Arbeitsunfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten begründen. Handkehrum kann aufgrund der Prüfung der Indikatoren auch nicht entgegen der gutachterlichen Einschätzung auf eine aus psychiatrischer Sicht uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit geschlossen werden, da zwar Ressourcen vorhanden sind, jedoch auch leistungshindernde Belastungsfaktoren. Unter Berücksichtigung der hier relevanten Indikatoren ist es nachvollziehbar, dass die A.\_\_\_\_-Gutachter aufgrund der somatoformen Schmerzstörung und der ressourcenhemmenden Depression von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 30 % in sämtlichen Tätigkeiten ausgingen. 4.3.4

Die Vorgutachterin Dr. Z.\_\_\_\_ hatte zwar eine höhere Arbeitsunfähigkeit attestiert. Dabei ging sie aber davon aus, dass sich hauptsächlich die mittelgradige Depression auf die Arbeitsfähigkeit auswirke (vgl. vorstehende E. 3.3 am Ende). Diese ist indes vorliegend mangels ausgewiesener Therapieresistenz aus juristischer Sicht nicht als invalidisierend zu betrachten (E. 4.3.2 vorstehend), weshalb ihrer Einschätzung aus rechtlichen Gründen nicht gefolgt werden kann. Ferner begründeten die A.\_\_\_\_-Gutachter die Diskrepanz zur Beurteilung von Dr. Z.\_\_\_\_ in nachvollziehbarer Weise damit, dass die Depression nunmehr leicht bis mittelgradig, folglich weniger stark ausgeprägt sei (Urk. 8/84/13). 4.3.5

Die abweichende Einschätzung durch Dr. B.\_\_\_\_, wonach die Beschwerdeführerin nur leichte Arbeit in ihrem eigenen Haushalt verrichten könne (Urk. 8/98/4), vermag mangels fundierter Begründung keine Zweifel an der gutachterlichen Beurteilung zu erwecken. Zudem ist in Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten wie überhaupt von behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc). 4.3.6

Dem Bericht des D.\_\_\_\_ vom 29. April 2016 (Urk. 15) lässt sich keine objektive Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin entnehmen. Hinzu kommt, dass die Beschwerdeführerin die Behandlung im D.\_\_\_\_ erst drei Tage vor dem Erlass der angefochtenen Verfügung aufnahm (S. 1), sodass sich der Bericht wohl mehrheitlich auf einen späteren Zeitraum bezieht. Nach ständiger Rechtsprechung beurteilt das Sozialversicherungsgericht die Gesetzmässigkeit des angefochtenen Entscheids in der Regel nach dem Sachverhalt, der zur Zeit des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens gegeben war. Der genannte D.\_\_\_\_-Bericht sowie die Berichte von Dr. B.\_\_\_\_ von November und Dezember 2015 (E. 3.9 vorstehend) enthalten keine Hinweise auf eine nach der A.\_\_\_\_-Begutachtung eingetretene Veränderung. Namentlich hatte Dr. B.\_\_\_\_ bereits im November 2013 eine teilstationäre Behandlung in der Tagesklinik des D.\_\_\_\_ für angezeigt gehalten (Urk. 8/53/2). 4.3.7

Insgesamt wurde die Restarbeitsfähigkeit von 70 % in einer den körperlichen Einschränkungen angepassten Tätigkeit nach dem Gesagten im psychiatrischen Teilgutachten ausreichend begründet, zumal es sich bei der Festlegung der Arbeitsunfähigkeit in der Regel um eine Schätzung handelt, die naturgemäss auch einen Ermessensspielraum umfasst (Urteil des Bundesgerichts 8C\_740/2014 vom 11. Februar 2015, E. 3.4.2 mit Hinweis). Dass diese relevante Einschränkung aus psychiatrischer Sicht seit Mitte Dezember 2013 besteht (Urk. 8/84/13), ist angesichts der damals notwendig gewordenen stationären Hospitalisation in der E.\_\_\_\_ plausibel. 4.4

Die interdisziplinäre A.\_\_\_\_-Beurteilung steht sodann in Übereinstimmung mit den einzelnen Teilgutachten und ist ebenfalls schlüssig und nachvollziehbar. Aus der Angabe im A.\_\_\_\_-Gutachten, dass für körperlich mittelschwer oder schwer belastende Tätigkeiten spätestens ab dem 15. November 2014 (aus somatischer Sicht) eine andauernde Arbeitsunfähigkeit bestand (Urk. 8/84/23), lässt sich schliessen, dass zuvor für die angestammte Tätigkeit keine höhere als die aus psychiatrischer Sicht attestierte Arbeitsunfähigkeit von 30 % vorlag. Die Schmerzstörung, welche allenfalls bereits zuvor eine Einschränkung des Zumutbarkeitsprofils hätte bewirken können, stand vor der A.\_\_\_\_-Begutachtung noch nicht im Vordergrund. So hatte die E.\_\_\_\_ in ihrem Austrittsbericht vom 15. Januar 2014 nach vierwöchiger stationärer Behandlung (nebst der

Diagnose der Depression) lediglich den Verdacht auf eine chronische Schmerz störung geäussert (Urk. 8/60/1). Zusammenfassend steht nach dem Gesagten fest, dass die Beschwerdeführerin ab Mitte Dezember 2013 aus psychiatrischer Sicht zu 30 % arbeitsunfähig war und dass ihr ab Anfang Oktober 2014 (vgl. vorstehende E. 4.2) zusätzlich aus somatischer Sicht nur noch eine körperlich nicht belastende Tätigkeit zumutbar war. 4.5

Strittig ist sodann, ob diese Restarbeitsfähigkeit namentlich mit Blick auf das Alter der Beschwerdeführerin überhaupt verwertbar ist (vgl. den Einwand in Urk. 1 S. 4 lit. g). Das trotz der gesundheitlichen Beeinträchtigung zumutbarer Weise erzielbare Einkommen ist bezogen auf einen ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu ermitteln, wobei an die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten keine übermässigen Anforderungen zu stellen sind (Urteil des Bundesgerichts 9C\_734/2013 vom 13. März 2014, E. 2.1 mit Hinweis auf SVR 2008 IV Nr. 62 S. 203, 9C\_830/2007 E. 5.1).

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 Resterwerbsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistischweise nicht mehr nachgefragt wird, und dass ihr deren Verwertung auch gestützt auf die Selbsteingliederungspflicht nicht mehr zumutbar ist. 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 Verweisungstätigkeiten massgebend sind (Urteil

des Bundesgerichts 9C\_954/2012 vom 10. Mai 2013, E. 2 mit Hinweisen, insbesondere auf BGE 107 V 17 E. 2c).

Massgebend können die Art und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens und seiner Folgen, der absehbare Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand und in diesem Zusammenhang auch Persönlichkeitsstruktur, vorhandene Begabungen und Fertigkeiten, Ausbildung, beruflicher Werdegang oder Anwendbarkeit von Berufserfahrung aus dem angestammten Bereich sein (Urteil des Bundesgerichts 9C\_734/2013 vom 13. März 2014, E. 2.1 mit Hinweisen).

Die Möglichkeit, die verbliebene Arbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, hängt nicht zuletzt auch davon ab, welcher Zeitraum der versicherten Person für eine berufliche Tätigkeit und vor allem auch für einen allfälligen Berufswechsel noch zur Verfügung steht. Die im gesamten Bereich des Sozialversicherungsrechts geltende Schadenminderungspflicht und die daraus abgeleitete Selbsteingliederungslast gebieten grundsätzlich, die Frage nach der Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit möglichst früh zu beantworten. Gemäss BGE 138 V 457 E. 3.4 steht die medizinische Zumutbarkeit einer (Teil-)Erwerbstätigkeit fest, sobald die medizinischen Unterlagen diesbezüglich eine zuverlässige Sachverhaltsfeststellung erlauben (Urteil des Bundesgerichts 9C\_734/2013 vom 13. März 2014, E. 2.2 mit weiteren Hinweisen).

Bereits gestützt auf das Gutachten von Dr. Z. \_\_\_ vom 24. April 2012 stand

fest, dass die Beschwerdeführerin zumindest in einem Teilpensum noch erwerbsfähig war. Ein Abweichen von der medizinischen gutachterlichen Einschätzung der

Arbeitsunfähigkeit aus rechtlichen Gründen führt nicht zu einem Verlust der Beweiskraft des Gutachtens ( Urteil des Bundesgerichts 9C\_106/2015 vom 1. April 2015, E. 6.3) . Ein neues Gutachten wurde lediglich eingeholt, weil im weiteren Verlauf auch aus somatischer Sicht Arbeitsunfähigkeiten attestiert wurden und zusätzlich endokrinologisch relevante Diagnosen auftauchten (vgl. Urk. 8/90/5-6). Mithin wäre es der Beschwerdeführerin bereits im April 2012 möglich und zumutbar gewesen, erneut eine teilzeitliche Erwerbstätigkeit aufzunehmen. Zu diesem Zeitpunkt war die Beschwerdeführerin noch nicht 59 Jahre alt. Mit diesem Alter verblieb ihr noch eine Aktivitätsdauer von mehr als vier Jahren, sodass das Alter eine Verwertbarkeit der Erwerbsfähigkeit nicht von vornherein ausschloss. Die Beschwerdeführerin war somit noch wesentlich jünger als der im von ihr angeführten Urteil des Bundesgerichts I 401/01 vom 4. April 2002 knapp 64-jährige Versicherte (vgl. dortige E. 4.c). Die Beschwerdeführerin verfügt zwar über keine Berufsausbildung (Urk. 8/3/6), jedoch über langjährige Berufserfahrung bei verschiedenen Arbeitgebern (vgl. Urk. 8/14) respektive in verschiedenen Bereichen bei derselben Arbeitgeberin (Urk. 8/2/1). Eine Berufsbildung ist für die Ausübung einer Hilfstätigkeit nicht zwingend erforderlich, respektive der ausgeglichene Arbeitsmarkt umfasst auch Stellen, die keine Berufs- oder Fachkenntnisse voraussetzen und die zugleich keine hohen Anforderungen an die körperliche Belastbarkeit stellen, sodass auch nicht aus diesem Grund von einer Unverwertbarkeit der Erwerbsfähigkeit auszugehen ist. Hinzu kommt, dass die Beschwerdeführerin eine vergleichsweise hohe Restarbeitsfähigkeit aufweist und diese vollschichtig bei vermehrtem Pausenbedarf umsetzen kann (Urk. 8/84/22-23). Im Lichte der bundesgerichtlichen Rechtsprechung und der relativ hohen Hürden, welche das Bundesgericht für die Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit älterer Menschen entwickelt hat (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_345/2013 vom 10. September 2013 , E. 4.3 .2 ), besteht kein fehlender Zugang der Beschwerdeführerin zum Arbeitsmarkt. Nach dem Gesagten ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin von einer Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit ausgegangen ist. 5.

## 5.1

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen). 5.2

Da die zuletzt ausgeübte Tätigkeit bis und mit September 2014 weiterhin, wenn auch aus psychischen Gründen in reduziertem Umfang, zumutbar war, ist der bis dahin vorliegende Invaliditätsgrad mittels eines Prozentvergleichs zu bestimmen. Mit anderen Worten entspricht die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit dem Invaliditätsgrad. Beim (echten) Prozentvergleich fällt ein leidensbedingter Abzug nach gefestigter Rechtsprechung ausser Betracht (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_109/2013 vom 9. April 2013, E. 4.2 mit

Hinweisen). Vorliegend betragen die Arbeitsunfähigkeit und damit auch der Invaliditätsgrad 30 %, weswegen die Beschwerdeführerin bis dahin keinen Anspruch auf eine Invalidenrente hat. 5.3

Da ab Oktober 2014 eine 70%ige Arbeitsfähigkeit nur noch in einer körperlich adaptierten Tätigkeit bestand, bleibt zu prüfen, ob infolge dieser Verschlechterung ein Rentenanspruch entstand. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der Überwiegen der Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; BGE 135 V 58 E. 3.1; BGE 134 V 322 E. 4.1 mit Hinweis).

Die IV-Stelle bezifferte das Valideneinkommen für das Jahr 2015 mit Fr. 74'202.05 (Urk. 2, Urk. 8/89). Sie stütze sich dabei auf die Angaben der letzten Arbeitgeberin, der Y. \_\_\_\_, wonach die Beschwerdeführerin im Jahr 2008 Fr. 68'600.-- verdiente (Arbeitgeberbericht vom 26. Januar 2012, Urk. 8/19/3). Angepasst an die Nominallohnentwicklung (Indexstand 2499 [2008] auf 2686 [2015], vgl. Bundesamt für Statistik, Arbeitsmarktindikatoren 2016, T35 Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne, 1976-2015, Nominallöhne Frauen) resultiert für das Jahr 2015 ein Valideneinkommen von Fr. 73'733.--.

Die Beigeladene machte diesbezüglich geltend, die Beschwerdeführerin habe sich frühpensionieren lassen und wäre demnach im Gesundheitsfall nicht erwerbstätig. Aus den Akten geht indes hervor, dass sich die Beschwerdeführerin (subjektiv) krankheitshalber und mangels Krankschreibung hat frühpensionieren lassen und im Gesundheitsfall aus finanziellen Gründen weitergearbeitet hätte (Urk. 8/31/8 oben, Urk. 8/31/9 Ziff. 4.6, Urk. 8/31/10 [Besserung von Depression und Schmerzen infolge Arbeitsaufgabe]), was plausibel ist. Demnach wäre sie im Gesundheitsfall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit weiterhin bei ihrer langjährigen Arbeitgeberin angestellt gewesen. Im Übrigen schliesst eine Frühpensionierung die Annahme des Status einer Erwerbstätigen recht sprechungsgemäss nicht aus (vgl. hierzu: Urteil des Bundesgerichts 9C\_9/2013 vom 27. März 2013, E. 2 mit Hinweisen). 5.4

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch her ausgegebenen Lohnstrukturserhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE

139 V 592 E. 2.3, BGE 135 V 297 E. 5.2; BGE 129 V 472 E. 4.2.1; BGE

126 V 75 E. 3b). Dabei sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (Urteile des Bundesgerichts 9C\_699/2015 vom 6. Juli 2016, E. 5.2; 8C\_78/2015 vom 10. Juli 2015, E. 4 und 9C\_526/2015 vom 11. September 2015, E. 3.2.2; zur Verwendung der aktuellsten statistischen Daten bei Rentenrevisionen vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.8.1 und BGE 133 V 545 E. 7.1).

Vorliegend hat die Beschwerdegegnerin zu Recht die LSE 2012 herangezogen. Danach betrug der monatliche Bruttolohn (Zentralwert) für einfache Tätigkeiten körperlicher oder

handwerklicher Art Fr. 4'112.-- pro Monat (LSE 201 2 , Tabelle TA1 [Privater Sektor] , S. 35,

Total Frauen, Kompetenzniveau 1; im Internet abrufbar). Angepasst an die im Jahr 2015 betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41,7 Stunden (vgl. Tabelle T 03.02.03. 01.04.01, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche, Abschnitt A-S, Total) sowie an die Nominallohnentwicklung vom Jahr 2012 bis zum Jahr 2015 (Indexstand 201 2 : 2630 ; 2015: 2686 ) ergibt sich ein jährliches Einkommen von gerundet Fr. 52'536.-- ( Fr. 4'112.-- x 12 : 40 x 41,7 : 2630 x 2686) respektive von Fr. 36'775.-- bei einer Arbeitsfähigkeit von 70 %. 5.5

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 verwerthen 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).

Die IV-Stelle nahm unter Berücksichtigung des eingeschränkten Zumutbarkeitsprofils einen Leidensabzug von 10 % vor (Urk. S. 2). Die Beschwerdeführerin stellte sich in ihrer Beschwerde auf den Standpunkt, es sei ein Abzug von 25 % angezeigt (Urk. 1 S. 5). Da abgesehen von der Einschränkung auf leichte, wechselbelastende Tätigkeiten keine weiteren Einschränkungen bestehen (Urk. 8/84/22) und ein höhergradiges Pensum zumutbar ist, ist der vorgenommene Leidensabzug von 10 % angemessen. Da Hilfsarbeiten auf dem hypothetisch ausgeglichenen Arbeitsmarkt ( Art. 16 ATSG) altersunabhängig nachgefragt werden, wirkt sich auch der Faktor Alter nicht (zwingend) lohnsenkend aus (Urteil des Bundesgerichts 9C\_808/2015 vom 29. Februar 2016 , E. 3.4.2 mit Hinweisen), sodass der Leidensabzug auch nicht aus diesem Grund zu korrigieren ist. Nach Abzug des demnach nicht zu beanstandenden Leidensabzuges von 10 % resultiert ein Invalideneinkommen von Fr. 33'098.-- (0,9 x Fr. 36'775.--). 5.6

Die Gegenüberstellung von Validen- und Invalideneinkommen ergibt eine Einkommenseinbusse von Fr. 40'635.-- (Fr. 73'733.-- minus Fr. 33'098.--) und somit einen Invaliditätsgrad von 55 %. 5.7

Nach der Anfang Oktober 2014 eingetretenen Verschlechterung resultiert nach dem Gesagten ein Invaliditätsgrad von 55 %, welcher grundsätzlich zum Anspruch auf eine

halbe Rente führt. Die Rentenhöhe ist aber sowohl vom Ausmass der nach Ablauf der Wartezeit bestehenden Erwerbsunfähigkeit als auch von einem entsprechend hohen Grad der durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeit während des vorangegangenen Jahres abhängig. Die durchschnittliche Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit während eines Jahres und die nach Ablauf der Wartezeit bestehende Erwerbsunfähigkeit müssen somit kumulativ und in der für die einzelnen Rentenabstufungen erforderlichen Mindesthöhe gegeben sein, damit eine Rente im entsprechenden Umfang zugesprochen werden kann (Urteile des Bundesgerichts 9C\_996/2010 und 9C\_1005/2010 vom 5. Mai 2011, E. 7.1 mit Hinweisen). Die Arbeitsunfähigkeit bezieht sich auf den bisherigen Beruf (Art. 6 ATSG). In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit bei der Y. \_\_\_ war die Beschwerdeführerin seit Dezember 2013 zu 30 % und ab Oktober 2014 zu 100 % eingeschränkt. Im Oktober 2014 betrug die durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit im vorangegangenen Jahr demnach weniger als 30 %, wes halb das Wartejahr im Sinne von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG noch nicht abgelaufen war und infolge der genannten Rechtsprechung kein Anspruch auf eine Rente entstehen konnte. Eine durchschnittlich 40%ige Arbeitsunfähigkeit war nach zwei Monaten 100%iger Arbeitsunfähigkeit ab Dezember 2014 gegeben. Zehn Monate mit einer Arbeitsunfähigkeit von 30 % und zwei Monate mit einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % ergeben eine durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit von 41,7 % ( $[10 \times 30 + 2 \times 100] : 12$ ). Mithin waren die Voraussetzungen gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b und c IVG ab Dezember 2014 erfüllt. Ab diesem Zeitpunkt bestand Anspruch auf eine Viertelsrente. Der Invaliditätsgrad von 55 % wirkt sich nach Massgabe von Art. 88a Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) mit Ablauf von drei Monaten und damit ab März 2015 auf den Anspruch aus. Ab diesem Zeitpunkt bestand Anspruch auf eine halbe Rente. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen. 6.

## **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

### **E. 6.1**

Das Verfahren betrifft die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen. Es ist daher kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ermessensweise auf Fr. 800.-- anzusetzen. Das Mass des Obsiegens rechtfertigt es, die Kosten des Verfahrens vollumfänglich der Beschwerdegegnerin aufzu erlegen.

### **6.2**

Mangels eines Einflusses des Überklagens auf den Prozessaufwand steht der Beschwerdeführer in eine ungekürzte Prozessentschädigung zu (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_995/2012 vom 17. Januar 2013, E. 3 mit weiteren Hinweisen). Diese ist 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 Streitsache, nach der Schwierigkeit des Prozesses, dem Zeitaufwand und den Barauslagen zu bemessen und vorliegend unter Berücksichtigung der Grundsätze auf Fr. 700.-- (inkl. Mehrwertsteuer und Barauslagen) festzusetzen. Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 25. Januar 2016 aufgehoben und es wird

festgestellt, dass die Beschwerdeführerin ab 1. Dezember 2014 Anspruch auf eine Viertelsrente und ab 1. März 2015 Anspruch auf eine halbe Rente der Invalidenversicherung hat. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen. 2.

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

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 700.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Milosav Milovanovic - 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 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 GrünigWidmer

## **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).

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