

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00608 vom 19. Juni 2017**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-06-19, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2016.00608](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00608)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00608 du 19 juin 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00608 del 19 giugno 2017

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). 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).

### **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**

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). 2.

## **E. 2**

Die Versicherte erhob am 25. Mai 2016 Beschwerde gegen die Verfügung vom 18. April 2016 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihr ab dem 1. Februar 2014 eine halbe Rente zuzusprechen. Eventuell seien weitere medizinische Abklärungen vorzunehmen und ihr sodann die ihr zustehenden gesetzlichen Leistungen auszurichten (Urk. 1 S. 2 Ziff. 1-3 oben).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 27. Juni 2016 (Urk. 6) die Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 27. Juli 2016 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin verneinte einen Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin gestützt auf das medizinische Gutachten vom 24. Juni 2015. Sie stellte im angefochtenen Entscheid (Urk. 2) fest, nach Einschätzung der Gutachter sei der Schweregrad der Schmerzstörung nicht stark ausgeprägt. Neben der festgestellten somatoformen Schmerzstörung bestehe kein schwerwiegendes psychisches Leiden (S. 2 oben). Die Gutachter seien zum Schluss gekommen, dass der Beschwerdeführerin die ursprüngliche Tätigkeit im Verkauf nur noch zu 50 % zumutbar sei. In der aktuell ausgeübten Tätigkeit als Sachbearbeiterin sei sie jedoch voll arbeitsfähig (S. 2 unten).

### **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt, die von ihr angefragten Fachärzte seien der Ansicht, dass das Gutachten keine eigentliche Aktenanalyse beinhalte. Sodann sei keine kritische Auseinandersetzung mit den Vorakten erfolgt (Urk. 1 S. 4 Ziff. 3). Auf das Gutachten könne daher nicht abgestellt werden (S. 5 Ziff. 4). Aufgrund der Berichte der behandelnden Fachärzte sei eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % erstellt (S. 6 Ziff. 5).

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist, ob ein Rentenanspruch besteht. 3. 3.1

Dr. med. B. \_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, erstattete am 1. November 2003 im Auftrag der Beschwerdegegnerin ein orthopädisches Gutachten (Urk. 7/27/5-12).

Dr. B. \_\_\_\_, nannte als Diagnosen relativ diffuse, aber doch eher im vorderen Kompartiment gelegene Kniebeschmerzen rechts, einen Status nach Arthroskopie und Teilmeniscektomie am rechten Kniegelenk und einen Status nach Rearthroskopie und Teilmeniscektomie am rechten Kniegelenk (S. 7 Ziff. 5).

Dr. B. \_\_\_\_, führte weiter aus, die Beschwerdeführerin leide seit Februar 2001 an rechtsseitigen Kniebeschmerzen. Im Oktober 2001 sei eine Arthroskopie durchgeführt worden. Mittels MRI sei die Diagnose einer Osteochondrose an der Patellarrückfläche gestellt worden. Der postoperative Verlauf habe sich sowohl subjektiv als auch objektiv unerfreulich gestaltet (S. 7 Ziff. 6 unten). Bei der Untersuchung finde sich eine erhebliche Diskrepanz zwischen den subjektiv geschilderten Beschwerden und dem objektiven Befund. Objektiv sei kaum ein pathologischer Befund auszumachen mit Ausnahme eines leichten vorderen Kniekompartiment-Schmerzes mit leicht eingeschränkter Quadrizepskraft rechts. Er schliesse sich aber der Beschwerdeführerin an und plädiere dafür, dass sie auf eine sitzende Tätigkeit umgeschult werde (S. 8).

Die Beschwerdegegnerin sprach der Beschwerdeführerin in der Folge eine Umschulung und ein Praktikum zu (Urk. 7/41, Urk. 7/61). 3.2

Dr. med. C.\_\_\_\_, Fachärztin für Rheumatologie und für Physikalische Medizin und Rehabilitation, attestierte der Beschwerdeführerin in einem ärztlichen Zeugnis vom 27. Februar 2013 (Urk. 7/83/23) vom 28. Februar bis 20. März 2013 bezogen auf ein Pensum von 90 % eine Arbeitsunfähigkeit von 50 %. Ab dem 21. März 2013 attestierte sie eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (vgl. Urk. 7/83/22). 3.3

Dr. Crippa C.\_\_\_\_ stellte in einem Bericht vom 24. April 2013 (Urk. 7/83/12-14 ) zuhanden des Krankentaggeldversicherers folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 Ziff. 2.1): therapieresistentes cervikospondylogenes Schmerzsyndrom rechts, im Verlauf auch links mit zunehmenden krampfartigen Handschmerzen rechts - intermittierende cervicoradikuläre Reizsymptomatik C6 rechts möglich - MRI der Halswirbelsäule (HWS) vom 10. Dezember 2012: breite Diskusprotrusion C4/5, schwere Diskusdegeneration C5/6 mit grosser Diskushernie mediolateral rechts und foraminal rechts, konsekutiv schwere Spinalkanalstenose, Verdacht auf subklinische Myelopathie - elektrophysiologische Untersuchung vom 7. Februar 2013: keine Hinweise auf eine manifeste Läsion der Nervenwurzel C6 rechts, geringe Verzögerung der zentral-motorischen Latenz zum rechten Arm, mögliches CTS links - Fehllhaltung der Wirbelsäule mit Dysfunktion cervikothorakaler Übergang und obere Brustwirbelsäule, myofaszielles Schmerzbild

Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte Dr. C.\_\_\_\_ (S. 1 Ziff. 2.2): chronisches femoropatelläres Schmerzsyndrom - MRI Knie rechts vom 2. April 2013: tiefer Knorpeldefekt am Patel la dom, osteochondrale Läsion medialer Femurcondylus, kleiner Kniegelenkerguss, sehr kleiner radialer Riss im Hinterhorn des lateralen Meniskus - Status nach 4-maligen Knieeingriffen rechts

Dr. C.\_\_\_\_ führte zur Anamnese aus, die Patientin sei ihr im November 2012 wegen therapieresistenten Nackenbeschwerden zugewiesen worden. Diese bestünden seit einigen Monaten mit teils diffusen Ausstrahlungen in den rechten Arm. Anfang November sei es zu einer verstärkten Symptomatik mit Ausstrahlung, anfänglich in sämtliche Finger gekommen, teilweise betont in den Daumen- und Zeigefingerbereich, so dass eine C6 Radikulopathie vermutet worden sei (S. 2 Ziff. 4.1 Mitte).

Die Extension der Halswirbelsäule sei endphasig schmerzhaft. Im Bereich der Facettengelenke C2 bis C4 beidseits komme es bei der Lateralflexion zu einem einschliessenden Schmerz in den rechten Daumenbereich. Weiter bestehe eine diffuse Druckdolenz der Schultergürtelmuskulatur (S. 3 Ziff. 5.2).

Vom 28. Februar bis 20. März 2013 habe bezogen auf ein Pensum von 90 % eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % bestanden. Seit dem 21. März 2013 bestehe bis zu einem stationären Aufenthalt eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (S. 3 Ziff. 6.1). 3.4

Am 1. November 2013 wurde mikrochirurgisch eine ventrale Diskektomie mit Neurolyse C6 beidseits und eine interkorporale Spondylodese C5/6 durchgeführt (Urk. 7/93/5). 3.5

Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Neurochirurgie, attestierte der Beschwerdeführerin im Bericht vom 15. April 2014 (Urk. 7/93/1-3) für die Tätigkeit als Bankangestellte vom 30. Oktober 2013 bis 5. Januar 2014 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % und vom 6. Januar bis 11. Mai 2014 eine solche von 50 %. Dr. D.\_\_\_\_ gab an, es bestünden eine eingeschränkte

Beweglichkeit und eine Cervikobrachialgie, die sich auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auswirken würden (Ziff. 1.6-1.7). 3.6

Dr. D.\_\_\_\_ nannte in einem weiteren Bericht vom 18. September 2014 (Urk. 7/101) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Cervikobrachialgie beidseits, einen Status nach Diskushernie C5/6 rechts (Erst diagnose April 2013) und einen Status nach Spondylodese C5/6 vom 1. November 2013 (Ziff. 1.1).

Dr. D.\_\_\_\_ stellte zur Anamnese fest, seit dem letzten Bericht beständen tendenziell progrediente Beschwerden beidseits mit Symptomausweitung. Die psychosoziale Problematik nehme zu (Ziff. 1.4). Vom 12. Mai bis zum 30. September 2014 bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % (Ziff. 1.6). Die Arbeitsunfähigkeit habe sich nicht verändert (Ziff. 1.7). 3.7

Die Beschwerdeführerin ist sodann seit September 2012 bei Dr. med. E.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, in ambulanter Behandlung (Urk. 7/112 Ziff. 1.2).

Dr. E.\_\_\_\_ stellte im Bericht vom 2. Februar 2015 (Urk. 7/112) die folgenden psychiatrischen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 Ziff. 1.1): - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren - rezidivierende depressive Störungen, gegenwärtig mittelgradige Episode, chronifiziert mit Erschöpfungssyndrom (Burnout-Syndrom) bei akzentuierten Persönlichkeitszügen des Typ-A-Verhaltens - Panikstörung seit Jahren - generalisierte Angststörung, seit der Kindheit - Status nach Anpassungsstörung (abnorme Trauerreaktion) - Verdacht auf dissoziative Störungen (Konversionsstörung, Ohnmachtsanfälle) - bei Problemen durch negative Kindheitserlebnisse - Herauslösen aus dem Elternhaus in der Kindheit - bei sonstigen belastenden Lebensumständen, die Familie und Haushalt negativ beeinflusst haben

Dr. E.\_\_\_\_ führte aus, die Beschwerdeführerin sei ihr durch den Hausarzt überwiesen worden aufgrund der Entwicklung einer Erschöpfungsdepression nach dem Krebstod der Mutter. Die Patientin habe zu Beginn eine schwere Trauerreaktion gezeigt (S. 2 Ziff. 1.4 oben). Die Psychiaterin gab als Befund unter anderem eine schwere Burnout-Symptomatik an. Es bestehe eine chronische Müdigkeit, eine rasche Erschöpfbarkeit und eine reduzierte Erholungsfähigkeit. Die Beschwerdeführerin erlebe sodann einen chronischen Zeitdruck und habe einen intensiven Ehrgeiz (S. 4 unten). Sie habe immer wieder schlechte Nächte, in denen sie unter Alpträumen leide und/oder wegen Schmerzen und Einschlafen der Hände erwache. In der Folge komme es zu Angst- und Panikattacken. Weiter leide sie an Schmerzen aufgrund körperlicher Folgeschäden. Diese beständen im ganzen Körper und seien auch bei fehlender Belastung dauerhaft beziehungsweise täglich rund um die Uhr vorhanden (S. 5 Mitte). Die Prognose sei eher ungünstig. Es bestehe ein chronisches Schmerzleiden bei einem somatischen Korrelat (S. 5 Ziff. 1.4.3). Ideal sei eine Behandlung mit einer Frequenz von einmal pro Woche. Wegen längerer Spitalaufenthalte und anderer ambulanter Therapien finde die Therapie jedoch zirka 1-2 Mal pro Monat statt (S. 5 Ziff. 1.5).

Im angestammten Beruf bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von maximal 50 % (S. 6 Ziff. 1.6). 3.8

3.8.1

Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, und Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erstatteten am 24. Juni 2015 ein von der Beschwerdeführerin in Auftrag gegebenes interdisziplinäres Gutachten (Urk. 7/124 = Urk. 3/4).

Dr. F.\_\_\_\_ führte im somatischen Teilgutachten (Urk. 7/124/1-19) aus, die Beschwerdeführerin habe ihr Arbeitspensum wegen ihrer Schmerzen im Dezember 2012 auf 90 % reduzieren müssen. An der Beschwerdentwicklung und der Schmerzintensität hätten gemäss ihren Angaben bis anhin keine der durchgeführten Therapiemassnahmen etwas ändern können. Sie habe verschiedene schmerz- und entzündungshemmend wirkende Medikamente eingenommen, die bis anhin nicht geholfen hätten. Wegen der Schmerzen habe sie Mühe, die im Haushalt anfallenden Arbeiten zu erledigen (S. 2 unten).

Nach der Untersuchung des Bewegungsapparates bestünden im Bereich der oberen Körperhälfte generalisierte Druckschmerzen. Sämtliche Bewegungen der Hals- und der Brustwirbelsäule und aller Gelenke des rechten Armes würden in allen Bereichen als zirka gleich schmerzhaft geschildert, unabhängig davon, ob ein untersuchtes Gelenk in belasteter oder entlasteter Körperhaltung untersucht worden sei. Während der Beschwerdeschilderung und der klinischen Untersuchung habe die Beschwerdeführerin eine schmerzvermittelnde Mimik und Gestik gezeigt. In deren Rahmen seien fünf der fünf Waddell-Zeichen demonstriert worden. Auf der Untersuchungsfläche liegend könne die Beschwerdeführerin ihre Arme funktionell unbehindert einsetzen, wenn sie von der Bauch- in die Rückenlage oder umgekehrt über die Rechts- oder in die Linkskörperseitenlage rotiere, und in Bauchlage könne sie den Kopf frei auf die rechte und auf die linke Gesichtshälfte ablegen und die Arme vollständig eleviert und flektiert neben dem Kopf ablegen (S. 4 Mitte).

Dr. F.\_\_\_\_ nannte als Diagnose mit langdauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Gonarthrose rechts (S. 7 Ziff. 3 unten). Zudem stellte er (aus interdisziplinärer Sicht) folgende Diagnosen ohne langdauernde Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 8 Ziff. 3):

- anhaltende somatoforme Schmerzstörung, Trauerreaktion nach dem Tod der Mutter, remittiert, Dysthymie und akzentuierte Persönlichkeitszüge, gemäss psychosomatisch-psychiatrischer Begutachtung durch Dr. G.\_\_\_\_ - chronisches, sich generalisierendes Schmerzsyndrom - nicht ausreichend somatisch abstützbar - primäres Fibromyalgie-Syndrom - diffuse Druckschmerzangabe - aktuell betont im Bereich der oberen Körperhälfte und des rechten Armes - Polyarthralgien axialer und peripherer Gelenke - multiple Beschwerden wie Schlafstörungen, Müdigkeit, Atembeschwerden, traurige Verstimmungen, Schmerzen im Brustkorb, Bauch- und Kopfschmerzen, Einschlafen der Hände - chronisches zerviko- und thorakospondylogenes Syndrom mit diffus er Schmerzausstrahlung in den rechten Arm, den Brustkorb und den Kopf - Übergewicht mit Body-Mass-Index von 28.5 kg/m<sup>2</sup>

- anamnestisch Reizmagen-Syndrom - Verdacht auf subklinische Hypothyreose

Anamnestisch und klinisch bestünden keine Hinweise für ein radikuläres Reiz- oder Ausfallsyndrom, einen symptomatisch engen Spinalkanal, einen Nervendehnungsschmerz oder für eine Irritation/Kompression des Gefäss- Nervenbündels (S. 12 oben). Im Arztbericht vom 28. September 2014 erwähne der Neurologe keine Hinweise auf ein sensomotorisches Reiz- oder Ausfallsyndrom. Eine Symptomausweitung habe aber bereits länger vor der Operation zervikal eingesetzt. Die anlässlich der aktuellen Begutachtung ergänzend erstellten Röntgenaufnahmen der Hals- und Brustwirbelsäule dokumentierten

zervikal im Vergleich zu den mitgebrachten Voraufnahmen vom 9. September 2013 eine stationär ausgeprägte leichtgradige Osteochondrose von HWK 4/5 und nach der Diskektomie vom 1. November 2013 eine Bandscheibenprothese im Segment von HWK 5/6 ohne Lockerungszeichen und eine Streckhaltung bis zu einer angedeuteten Kyphosierung mit dem Kyphosescheitel auf Höhe von HWK 5 (S. 13 oben).

Die aktualisierten Röntgenaufnahmen der Brustwirbelsäule dokumentierten weitgehend normale Befunde mit höchstens einer leichtgradigen linkskonvexen Skoliose tiefthorakal von maximal 4°. Wenn der Gutachter die Befunde im Bereich der Wirbelsäule, die er anlässlich der aktuellen Begutachtung objektivieren könne, mit den Befunden, die im orthopädischen Gutachten vom 1. November 2003 beschrieben worden seien, vergleiche, könne er eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes bestätigen. So seien neu eine Bewegungseinschränkung zervikal in leichtgradigem Ausmass und ein Status nach einer Diskektomie von HWK 5/6 ausgewiesen. Die Verschlechterung habe jedoch keinen Einfluss auf die mehrjährig ausgeübte berufliche Tätigkeit der Beschwerdeführerin im administrativen und kaufmännischen Bereich (S. 13 Mitte).

Die Kniegelenke seien klinisch beurteilt unauffällig, insbesondere ohne eine die Altersnorm überschreitende retropatellare Krepitation (S. 13 unten).

Aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit im kaufmännischen und administrativen Bereich zu keinem Zeitpunkt anhaltend eingeschränkt gewesen. Eine zeitlich limitierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von maximal drei Monaten sei im zeitlichen Zusammenhang mit der Operation vom 1. November 2013 zervikal ausgewiesen (S. 16 f.). Für eine angepasste Verweistätigkeit könne er aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht zu keinem Zeitpunkt eine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen (S. 17 Mitte). 3.8.2

Die psychiatrische Untersuchung erfolgte am 5. Mai 2015 und dauerte gemäss dem psychiatrischen Teilgutachten (Urk. 7/124/22-37) von 13.50 - 15.10 Uhr (S. 1). Dr. G.\_\_\_\_ führte aus, die Beschwerdeführerin habe sich früher nicht über psychische Probleme beklagen können. Allenfalls sei sie als Kind etwas ängstlich gewesen. Erst seit Herbst 2010 leide sie an psychischen Beschwerden. Damals sei ihre Mutter an Brustkrebs erkrankt. Nach langer Leidenszeit sei diese im Februar 2012 verstorben (Teilgutachten S. 4 unten). Die Beschwerdeführerin vermisse ihre Mutter zwar noch heute, sie habe die Trauer aber überwinden können (S. 5 oben).

Sie schildere ihre Stimmung in der Regel als nicht gedrückt. Sie interessiere sich für viele Sachen, unter anderem auch für die Arbeit in der Bank (S. 6 oben).

Dr. G.\_\_\_\_ nannte als Diagnosen ohne anhaltende Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, eine Trauerreaktion nach dem Tod der Mutter, remittiert, eine Dysthyrie und akzentuierte Persönlichkeitszüge. Der Gutachter stellte keine Diagnose mit anhaltender Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 7 Ziff. 4).

Die Beschwerdeführerin habe gelegentlich über eine Ängstlichkeit geklagt. Eine generalisierte Angststörung finde sich in der Untersuchung aber nicht. Insbesondere fehlten Hinweise für schwere, von der Beschwerdeführerin nicht beeinflussbare Ängste. Sie habe sich generell zufriedenstellend entwickelt, habe eine Familie gegründet und gearbeitet. Bis heute seien die Familienverhältnisse ideal, da der Ehemann für die Familie Sorge und die jüngere Tochter, die zuhause lebe, die Mutter tatkräftig unterstütze. Zudem bestehe ein

herzlicher Kontakt mit ihrem Grosskind (S. 8 Mitte). Nach einer beruflichen Umschulung habe sie im Jahr 2007 eine Anstellung in einer Bank gefunden. Sie sei heute zu 50 % arbeitstätig, nachdem sie zuvor einen Beschäftigungsgrad von 100 % und dann von 90 % ausgeübt habe. Den Arbeitseinsatz von 50 % scheine die Beschwerdeführerin gut bewältigen zu können (S. 8 unten). Die Verstimmungen, an denen sie gelegentlich leide, seien nur mässig ausgeprägt. Die Kriterien einer depressiven Episode seien nicht erfüllt. Da es oft längere günstige Phasen gebe, lasse sich eine Dysthymie diagnostizieren (S. 9 oben).

Das Hauptproblem sei nicht eine psychische Störung, sondern die Schmerzkrankheit, welche sich in den letzten Jahren verstärkt habe. Sie leide seit 2012 an hartnäckigen Nacken- und Schulterschmerzen. Zudem bestünden heftige Rücken- und Beinschmerzen. Soweit Dr. F.\_\_\_\_ keine somatische/rheumatologische Komorbidität vorgefunden habe, müsse von einer psychosomatischen Überlagerung der Schmerzen ausgegangen werden. Die Beschwerdeführerin sei auf die Schmerzen fixiert. Sie äussere hypochondrische Befürchtungen und zeige eine Schmerzausdehnung (S. 9 unten). Es bestünden ungünstige krankheitsfremde Faktoren wie längere Phasen von partieller Arbeitsunfähigkeit und eine Zufriedenheit mit dem jetzigen Lebensstil (S. 10 oben).

Dr. G.\_\_\_\_ äusserte sich zu den sogenannten Förster-Kriterien der früheren Rechtsprechung bei der Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung. Er gab an, eine schwere psychische Komorbidität bestehe nicht. Wie beschrieben, sei es zeitweise zu einer Trauerreaktion gekommen, welche sich zurückgebildet habe. Bei einer Dysthymie handle es sich um ein mildes psychisches Krankheitsbild, welche keine Komorbidität darstelle (S. 10 unten). Die soziale Integration der Beschwerdeführerin sei nicht verloren gegangen. Die Schmerzproblematik sei progredient und chronifiziert (S. 11 oben). 3.8.3

Dr. F.\_\_\_\_ und Dr. G.\_\_\_\_ führten in der interdisziplinären Beurteilung (Urk. 7/124/20-21) aus, aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit für die zuletzt und langjährig ausgeübte Tätigkeit im kaufmännischen und administrativen Bereich zu keinem Zeitpunkt anhaltend eingeschränkt gewesen. Seit Sommer 2005 lasse sich für die frühere berufliche Tätigkeit im Verkauf eine maximale Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 % begründen (S. 1). Aus psychiatrischer Sicht habe nie eine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestanden (S. 2 oben). 3.9

Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, Regionalärztlicher Dienst der Beschwerdegegnerin (RAD), führte in einer Stellungnahme vom 29. Juli 2015 (Urk. 7/131 S. 5 f.) zum Gutachten vom 24. Juni 2015 aus, dieses sei ausführlich und bewerte die Aktenlage. Die klinische Untersuchung und die Beurteilung seien nachvollziehbar. Auf das Gutachten könne abgestellt werden (S. 5 unten). In Frage kämen leichte (angepasste) Tätigkeiten in Wechselbelastung, ohne Heben, Tragen und Transportieren von Lasten von mehr als 10 kg. Zu vermeiden seien sodann das Verharren in Zwangshaltungen, Vorbelastungen der Arme und Überkopfarbeiten. Weiter solle es sich um Arbeiten in einem temperierten Raum handeln. Eine derart angepasste Tätigkeit sei medizinisch theoretisch weiterhin zumutbar. Das Einhalten der Rückenergonomie wäre wünschenswert. Laut dem Gutachten von Dr. F.\_\_\_\_ und Dr. G.\_\_\_\_ habe für die bisherige Tätigkeit als Sachbearbeiterin einer Bank zu keinem Zeitpunkt eine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestanden. Dies gelte abgesehen von einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit von maximal drei Monaten nach der Operation vom 1. November 2013 (S. 6). 3.10

Dr. D.\_\_\_\_ nahm am 15. Dezember 2015 (Urk. 7/133/11-13) zum Teilgutachten von Dr. F.\_\_\_\_ Stellung. Dr. D.\_\_\_\_ führte aus, formal werde eigentlich gefordert, dass die Akten zu Beginn des Gutachtens aufgeführt würden, was nicht der Fall sei. Auch scheine die Aktenlage unvollständig zu sein. Offensichtlich hätten dem Gutachter nicht alle vorhandenen Berichte und radiologischen Diagnostiken vorgelegen (S. 2 oben). Inhaltlich sei die vollzogene Aufteilung der gestellten Diagnosen nicht nachvollziehbar. Ob die zahlreich aufgeführten Diagnosen und Symptome wirklich keine langdauernde Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hätten, erscheine doch diskutabel (S. 2 Mitte).

In Bezug auf die Wirbelsäule gehe der Gutachter von einer Symptomausweitung bereits vor der Operation aus, was sich mit den präoperativ erhobenen Befunden von Dr. D.\_\_\_\_ nicht decke. Aus seiner Sicht sei die Symptomatik in der jetzigen Form erst im postoperativen Verlauf entstanden. Auch teile er die Meinung des Gutachters nicht, dass präoperativ kein radikuläres Syndrom vorgelegen habe. Dies werde unter anderem auch mit der elektrophysiologischen Untersuchung begründet. Eine unauffällige Elektrophysiologie schliesse ein radikuläres Syndrom aber nicht aus (S. 2 unten). 3.11

Dr. E.\_\_\_\_ nahm am 15. Januar 2016 zum psychiatrischen Teilgutachten von Dr. G.\_\_\_\_ Stellung (Urk. 7/135 = Urk. 7/133/1-10). Dr. E.\_\_\_\_ führte aus, nach den Angaben der Patientin habe die psychiatrische Untersuchung nicht länger als 45 Minuten gedauert. Die Aussage sei deshalb glaubwürdig, weil sie der Patientin immer den Auftrag gebe, auf die Untersuchungszeit zu achten. Dies habe auch der Ehemann getan, der die Patientin begleitet habe. Sie habe sich die Fahrt dorthin allein mit den öffentlichen Verkehrsmitteln nicht zugetraut (S. 1 unten). Eine eigentliche Aktenanalyse sei aus dem Teilgutachten von Dr. G.\_\_\_\_ nicht ersichtlich (S. 2 oben).

Bei Patienten mit Typ-A-Verhalten, d.h. mit ausgeprägter Leistungsorientierung, sei es nicht selten, dass diese nicht das Bild einer klassischen Depression zeigten. Viel mehr würden sie lavierte und körperliche Symptome entwickeln, die bei einer genauen und ausführlichen Untersuchung erkannt würden. Nur eine genaue Exploration werde zeigen, dass die Beschwerdeführerin weitere Symptome habe wie kognitive Einschränkungen, schwere Stimmungskrisen bis hin zur Suizidalität, ein schweres Angstleiden und schwere Paniksymptome (S. 4 oben). Es gebe Tage, an denen sie schon um 4

Uhr in der Nacht wach sei, weil sie nicht schlafen könne. Wegen der Schmerzen finde sie keine schmerzfreie, angenehme Schlafposition. Sie schlafe maximal 4-5 Stunden (S. 4 Mitte). 3.12

Dr. H.\_\_\_\_ führte in einer Stellungnahme vom 24. Februar 2016 aus, in den beiden Stellungnahmen der behandelnden Ärzte werde kein neuer medizinischer Sachverhalt dargestellt. Zu den Rahmenbedingungen des Gutachtens könne er keine Stellung nehmen. Insgesamt sei es aber sehr ungewöhnlich, im Nachhinein eine Änderung der Anamnese zu fordern. Die beiden Stellungnahmen seien den Gutachtern vorzulegen (Urk. 7/140 S. 2). 3.13

Dr. G.\_\_\_\_ äusserte sich am 6. April 2016 (Urk. 7/138/1-5) zur Stellungnahme von Dr. E.\_\_\_\_ vom 15. Januar 2016. Dr. G.\_\_\_\_ gab an, ein 80-minütiges Explorationsgespräch genüge, um die für die Beurteilung notwendigen Symptomatik festzustellen (S. 2 Mitte). Die von Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, am 10. Juli 2014 gestellte Diagnose einer „ängstlichen Persönlichkeitsstörung“ habe er im Gutachten berücksichtigt (S. 2 unten). Dr. E.\_\_\_\_ habe zu den bereits bekannten anamnestischen Angaben weitere

Daten angeführt. Bei einer Therapie könne eine immense Menge anamnestischer Daten wichtig sein. Bei einer Begutachtung und der Abklärung der Arbeitsfähigkeit seien hingegen nur die relevanten anamnestischen Angaben zu erheben (S. 3 Mitte). 4. 4.1

Dr. F. \_\_\_ und Dr. G. \_\_\_ diagnostizierten im Gutachten vom 24. Juni 2015 eine Gonarthrose rechts mit langdauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie im Wesentlichen eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, eine Trauerreaktion, eine Dysthymie, akzentuierte Persönlichkeitszüge, ein chronisches, sich generalisierendes Schmerzsyndrom und ein chronisches zerviko- und thorakospondylogenes Syndrom (E. 3.8.1 hiervor). Die Gutachter kamen zum Ergebnis, dass in der früheren Tätigkeit der Beschwerdeführerin als Verkäuferin eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 % bestehe. In der der zeitigen Tätigkeit im kaufmännischen und administrativen Bereich bestehe dagegen keine Arbeitsunfähigkeit (E. 3.8.3). 4.2

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 4.3

Nach der allgemeinen Beweisregel ( Art. 8 des Zivilgesetzbuches, ZGB ) hat die versicherte Person die invalidisierenden Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nach zuweisen. Gelingt dieser Nachweis nicht, verfügt sie über keinen Leistungsanspruch. Mit anderen Worten wird bei Beweislosigkeit vermutet, dass sich der geklagte Gesundheitsschaden nicht invalidisierend auswirkt: Vermutet wird Validität, nicht Invalidität. An diesem Nachweis kann es unter mehreren Aspekten mangeln: Die Einschränkung ist nicht gesundheitlich, sondern sozial/soziokulturell bedingt (1); die gesundheitliche Einschränkung ist nicht evident, wiegt nicht schwer, sodass sie überwindbar und der versicherten Person die Verrichtung einer adaptierten Tätigkeit dennoch zumutbar ist (2); die Einschränkung ist medizinisch angeheiler oder gar heilbar (3); die Einschränkung ist nur vorübergehender Natur, sei es, weil sie von selbst oder nach einer medizinischen Behandlung abklingt (4). Die entsprechenden Elemente (gesundheitlicher Charakter, Evidenz und Erheblichkeit, Unheilbarkeit und Dauerhaftigkeit der Beeinträchtigung) sind stets - auch ausserhalb der unklaren Beschwerdebilder - nachzuweisen, damit ein Anspruch auf eine Dauerleistung der Invalidenversicherung geltend gemacht werden kann (BGE 139 V 547 E. 8.1 und E. 9.4; BGE 140 V 290 E. 3.3.1).

Den unklaren Beschwerden ist eigen, dass mittels klinischer psychiatrischer Untersuchungen weder Pathologie noch Ätiologie erklärbar sind (BGE 139 V 457 E. 9.4). Gemäss der seit BGE 130 V 352 geltenden Rechtsprechung genügt die Diagnose eines pathogenetisch-ätiologisch unklaren Beschwerdebildes ohne organische Grundlage und die allein darauf gestützte medizinische Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit nicht zum Nachweis einer renten begründenden Invalidität. Eine Erwerbsunfähigkeit wurde seither nur anerkannt, wenn zusätzliche Kriterien (sogenannte „Foerster-Kriterien“, vgl. ferner BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen) in hinreichendem Ausmass erfüllt waren (BGE 139 V 457 E. 5.9 und E. 6). Dabei kam einer fachgerechten Abklärung besondere Bedeutung zu. Der aus der Diagnosestellung resultierende Rechtsnachteil der bleibenden Beweislast

bedingte eine fachgerechte und aktuelle Untersuchung, welche die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine Begutachtung erfüllt (BGE 139 V 547 E. 9.2.1).

Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht seine Rechtsprechung zu den Voraussetzungen, unter denen anhaltende somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden eine Invalidität zu bewirken vermögen, grundlegend überdacht und teilweise geändert (BGE 141 V 574 E. 3.4). Es erfolgte damit nicht eine Änderung der Voraussetzungen für den Leistungsanspruch, sondern die Schaffung neuer Standardindikatoren für dessen Beurteilung und eines strukturierten, ergebnisoffenen Beweisverfahrens (BGE 141 V 281 E. 3.6 und E. 6; BGE 141 V 585 E. 5.3). Unverändert ist auch in Zukunft dem klaren Willen des Gesetzgebers gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge der objektivierten Betrachtungsweise von der grundsätzlichen „Validität“ der die materielle Beweislast tragenden versicherten Person auszugehen ist (BGE 141 V 281 E. 3.7.2 unter Hinweis auf BGE 139 V 547 E. 8.1; BGE 141 V 585 E. 5.3).

Zwar hatten die Ärztinnen und Ärzte bereits vor der Praxisänderung gemäss BGE 141 V 281 ihre Stellungnahmen zur Arbeitsfähigkeit so substantiell wie möglich zu begründen, und es war für die ärztliche Plausibilitätsprüfung wichtig, in welchen Funktionen die versicherte Person eingeschränkt ist (BGE 140 V 193 E. 3.2; BGE 139 V 547 E. 9.2.1). Die diesbezüglichen Anforderungen hat das Bundesgericht aber nunmehr in BGE 141 V 281 konkretisiert. Aus den medizinischen Unterlagen muss genauer als bisher ersichtlich sein, welche funktionellen Ausfälle in Beruf und Alltag aus den versicherten Gesundheitsschäden resultieren. Diagnosestellung und – in der Folge – Invaliditätsbemessung haben somit stärker als bis anhin die entsprechenden Auswirkungen der diagnoserelevanten Befunde zu berücksichtigen. Medizinisch muss schlüssig begründet sein, inwiefern sich aus den funktionellen Ausfällen bei objektivierter Zumutbarkeitsbeurteilung anhand der Standardindikatoren eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergibt. Wo dies nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit dargetan werden kann, trägt weiterhin die materiell beweislasterlastete versicherte Person die Folgen. Eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und vergleichbare Leiden können somit eine Invalidität begründen, sofern funktionelle Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit zumindest überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem anspruchserheblichen Ausmass nachgewiesen sind (BGE 141 V 281 E. 6; BGE 141 V 574 E. 4.2). 4.4

Dr. D.\_\_\_\_ machte in der Stellungnahme vom 15. Dezember 2015 geltend, die Vorakten seien nicht zu Beginn des Gutachtens aufgeführt (E. 3.10 hiervor). Diese finden sich unter lit. D (S. 6 f.) des Teilgutachtens von Dr. F.\_\_\_\_. Dass sie nicht zu Beginn des Teilgutachtens aufgeführt werden, schadet nicht. Dr. D.\_\_\_\_ erläuterte sodann nicht, welche Akten Dr. F.\_\_\_\_ nicht vorgelegen haben sollen. Auf den Vorwurf kann daher nicht weiter eingegangen werden. Dr. F.\_\_\_\_ hat sich sodann mit dem Bericht von Dr. D.\_\_\_\_ vom 18. September 2014 auseinandergesetzt (E. 3.8.1 hiervor). Dr. D.\_\_\_\_ erwähnte sodann, dass es seiner Ansicht nach erst nach der Operation vom 1. November 2013 zu einer Symptomausweitung gekommen sei. In seinem Bericht vom 18. September 2014 erwähnte er ebenfalls eine Symptomausweitung (E. 3.5 hiervor). Selbst wenn diese erst postoperativ aufgetreten sein sollte, kann trotz dieser Differenz auf das Teilgutachten und die

Beurteilung von Dr. F.\_\_\_\_ abgestellt werden. Die Angabe von Dr. D.\_\_\_\_, wonach die gestellten Diagnosen die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin stärker beeinträchtigen würden, als von Dr. F.\_\_\_\_ attestiert, ist sodann nicht geeignet, die Beurteilung des Gutachters in Zweifel zu ziehen. In diesem Zusammenhang ist auch der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass Hausärzte und auch behandelnde Spezialärzte 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).

Ebenso erweist sich das Teilgutachten von Dr. G.\_\_\_\_ als beweistauglich. Dass die psychiatrische Begutachtung durch Dr. G.\_\_\_\_ lediglich 45 Minuten gedauert haben soll, wie Dr. E.\_\_\_\_ erwähnte (E. 3.11 hiervor) lässt sich nicht belegen. Dr. G.\_\_\_\_ nahm sodann am 6. April 2016 zur Kritik von Dr. E.\_\_\_\_ Stellung und bestätigte eine Untersuchungsdauer vom 80 Minuten (E. 3.13). Wie das Bundesgericht festgestellt hat, hängt der Aussagegehalt eines Gutachtens zuvorderst davon ab, ob die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist. Trifft dies zu, ist die Untersuchungsdauer grundsätzlich nicht entscheidend (Urteil des Bundesgerichts 9C\_352/2013 vom 3. Juli 2013, E. 4). Eine psychiatrische Begutachtung von 80 Minuten erweist sich daher als ausreichend. Dr. G.\_\_\_\_ erklärte sodann, dass die zusätzlichen anamnestischen Angaben von Dr. E.\_\_\_\_ in ihrer Stellungnahme vom 15. Januar 2015 in der Begutachtungssituation nicht ausschlaggebend gewesen seien (E. 3.13).

Mit dem Gutachten vom 24. Juni 2015 werden die gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin umfassend dargelegt. Weiter beruht es auf den notwendigen Untersuchungen und berücksichtigt die geklagten Beschwerden in angemessener Weise. Es vermag sodann auch in der Beurteilung der medizinischen Situation und in den Schlussfolgerungen zu überzeugen. Das Gutachten erfüllt die Anforderungen der Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens (E. 4.2 hiervor). Auf das Gutachten kann daher abgestellt werden. 4.5

Dr. F.\_\_\_\_ und Dr. G.\_\_\_\_ diagnostizierten bei der Beschwerdeführerin eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Auch wenn sie diese als ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit beurteilten, ist nachfolgend auf die Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 einzugehen.

Nach dem Gutachten sind die diagnoserelevanten Befunde und Symptome der Schmerzstörung nicht besonders stark ausgeprägt. Dies zeigt sich auch darin, dass es der Beschwerdeführerin trotz der Schmerzen immerhin möglich ist, als Sachbearbeiterin einer Bank ein Pensum von 50 % zu verrichten (E. 3.7.2). Dass die zumutbaren Behandlungsmassnahmen in psychiatrischer Hinsicht ausgeschöpft worden sind, muss bezweifelt werden. So berichtete Dr. E.\_\_\_\_, dass die derzeitige ambulante psychiatrische Behandlung nur 1-2 Mal pro Monat stattfindet (E. 3.7). Dr. G.\_\_\_\_ konnte sodann die von Dr. E.\_\_\_\_ diagnostizierte Panikstörung und eine generalisierte Angststörung nicht bestätigen und verneinte explizit eine psychiatrische Komorbidität (E. 3.7.2).

Eine Dysthymie ist nach der im gebräuchlichen Klassifikationssystem ICD-10 enthaltenen Umschreibung eine chronische depressive Verstimmung, die weder schwer noch hinsichtlich einzelner Episoden anhaltend genug ist, um die Kriterien einer schweren, mittelgradigen oder leichten rezidivierenden depressiven Störung zu erfüllen. Findet sich im Psychostatus nur eine Dysthymie, so kann dies rechtsprechungsgemäss wohl eine Einbusse an Leistungsfähigkeit mit sich bringen, kommt aber für sich allein betrachtet

nicht einem Gesundheitsschaden im Sinne des Gesetzes gleich. Diese Schlussfolgerung, die sich auf medizinische Empirie abstützt und damit eine Rechtsfrage darstellt, ist freilich nicht absolut zu setzen; eine dysthyme Störung kann die Arbeitsfähigkeit im Einzelfall erheblich beeinträchtigen, wenn sie zusammen mit anderen Befunden - wie etwa einer ernsthaften Persönlichkeitsstörung - auftritt (Urteile des Bundesgerichts 8C\_623/2013 vom 11. März 2014 und 9C\_146/2015 vom 19. Januar 2016 E. 3.2, je mit Hinweisen). Die von Dr. G. \_\_\_ diagnostizierte Dysthymie wirkt sich folglich nicht invalidisierend aus. Hinsichtlich der Ressourcen der Beschwerdeführerin ist zu berücksichtigen, dass sie gemäss Dr. G. \_\_\_ von ihrer Familie unterstützt wird und es nicht zu einer sozialen Isolation gekommen ist (E. 3.7.2 hiervor). Die Prüfung der Standardindikatoren führt daher auch aus rechtlicher Sicht dazu, dass die Beschwerdeführerin trotz der psychiatrischen Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und einer Dysthymie nicht invalidisierend in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist. 4.6

Gestützt auf das beweistaugliche Gutachten von Dr. F. \_\_\_ und Dr. G. \_\_\_ ist der medizinische Sachverhalt als dahingehend erstellt zu erachten, dass der Beschwerdeführerin in der derzeitigen Tätigkeit als Sachbearbeiterin einer Bank ein volles Arbeitspensum zugemutet werden kann. Die früher ausgeübte Tätigkeit als Verkäuferin ist ihr nur noch eingeschränkt möglich. Die seit 2007 ausgeübte Tätigkeit als Sachbearbeiterin ist jedoch heute als angestammte Tätigkeit zu betrachten. Da in dieser eine volle Arbeitsfähigkeit besteht, ist ein Rentenanspruch zu verneinen.

Die Beschwerdegegnerin hat einen Rentenanspruch in der angefochtenen Verfügung vom 18. April 2016 nach dem Gesagten zu Recht verneint. Der angefochtene Entscheid erweist sich somit als rechts. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 5.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Vorliegend sind die Kosten auf Fr. 800.-- festzusetzen und der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - DAS Rechtsschutz-Versicherungs-AG - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

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

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

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

**E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

**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.