

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00634 vom 25. Oktober 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-10-25, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00634

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00634 du 25 octobre 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00634 del 25 ottobre 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

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. Rechtsprechungsgegenstand 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

201

E. 1.3

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herzustellen, erhalten oder verbessern können; b.

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

E. 1.4

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 ausgleichender Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Validen einkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

E. 1.5

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 IVV eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

E. 1.6

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 Beweismertes 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

Hiergegen erhob X.____ am 2. Juni 2016 Beschwerde und beantragte, es sei ihr mit Wirkung ab dem 1. Juli 2014 eine Dreiviertelsrente zuzusprechen; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin. In prozessualer Hinsicht ersuchte sie um die Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung und um Bestellung von Rechtsanwalt Dr. iur. Markus Krapf als unentgeltlichen Rechtsbeistand (Urk. 1). Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 4. Juli 2016 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 5, unter Beilage ihrer Akten, Urk. 6/1-212), was der Beschwerdeführerin am 13. Juli 2016 mitgeteilt wurde (Urk. 7).

E. 2.1

Streitig und zu prüfen ist, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin im Zeitraum zwischen der Verfügung vom 2. August

2011 (Urk. 6/113), mit welcher die Beschwerdegegnerin einen Leistungsanspruch letztmals nach umfassender Abklärung des Sachverhaltes verneint hat (vgl. Sachverhalt E. 1.2), und der angefochtenen Verfügung vom 11. Mai 2016 (Urk. 2) in anspruchrelevanter Weise verändert hat.

E. 2.2

Die Beschwerdegegnerin begründete die Verneinung des Rentenanspruchs im Wesentlichen damit, dass - entgegen der gutachterlichen Einschätzung des I.____ vom 9. Juli 2015 (Urk. 6/191) - aus psychiatrischer Sicht keine nach vollziehbare Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausgewiesen sei. Die Ausübung einer angepassten Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin aus somatischer und auch aus psychiatrischer Sicht im 1. Arbeitsmarkt vollumfänglich möglich und zumutbar (Urk. 2).

E. 2.3

Die Beschwerdeführerin ist demgegenüber der Ansicht, dass auf das überzeugende polydisziplinäre I.____-Gutachten abzustellen sei. Die Beschwerdeführerin sei aus psychiatrischer Sicht nur zu 50 % arbeitsfähig. Dies habe auch der RAD-Arzt so befunden (Urk. 1). 3.

E. 3

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

E. 3.1

Die rentenablehnende Verfügung vom 2. August 2011 (Urk. 6/113) basierte hauptsächlich auf dem psychiatrischen Gutachten von Dr. E.____ vom 7. Januar 2011 (Urk. 6/91), worin folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt wurden (S. 29 f.):

-

Achse I: Klinische Störungen

-

Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F 45.4, seit

Januar 2005 mit Anfängen der Symptomatik ab 2001)

-

Agoraphobie (ICD-10: F 40.0, seit spätestens Dezember 2006)

-

Achse II: Persönlichkeitsstörungen

-

Akzentuierte Persönlichkeit mit zwanghaften und depressiven Anteilen bei Selbstwertproblematik (ICD-10: Z 73.1, seit der späten Jugendzeit/dem frühen Erwachsenenalter bestehend)

-

Achse III: Medizinische Krankheitsfaktoren:

-

Rückenschmerzen mit mehreren Lokalisationen an der Wirbelsäule (ICD-10: M 54.50, subjektiv festgehaltener Beginn dieser Beschwerden um 2000 mit ersten Fachuntersuchungen, orthopädisch-rheumatologischerseits ohne grösseren Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit)
Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit verblieben folgende Diagnosen:

-

Achse I: Klinische Störungen:

-

Rezidivierende depressive Störung (ICD-10: F 33.9, aktuell keine genuine depressive Symptomatik, bezüglich der Krankheitsgeschichte liessen sich nicht mit wünschenswerter Sicherheit „depressive Episoden“ durch einer genauer bestimmbar Schweregrad abgrenzen)

-

Achse III: Medizinische Krankheitsfaktoren

-

Adipositas (ICD-10: E 66.9, nach eigener Aussage „in den letzten Jahren“ Gewichtszunahme um 17 Kilogramm)

-

Weitere somatische Diagnose: Appendektomie (November 1997), axiale Hiatushernie ohne Refluxerkrankung (August

2004), Hämorrhoidalleiden mit Hämorrhoiden Stadium I-II
(2004), Status nach Eisenmangel mit Infusionstherapie (März
2005)

-

Achse IV: Psychosoziale und umgebungsbedingte Probleme:

-

Es beständen weiterhin schwere Probleme mit der nun
20-jährigen Adoptivtochter, aber auch im sozialen Umfeld
durch ein Rückzugsverhalten. Zudem seien anlässlich einer seit
2004 anhaltenden Arbeitslosigkeit beziehungsweise
Arbeitsunfähigkeit zu 100 % wirtschaftliche Probleme
entstanden und konsekutiv hätten sich Schulden angesammelt,
wobei die Beschwerdeführerin Sozialhilfebezügerin geworden
sei. Die weitere berufliche Zukunft sei derzeit völlig im
Ungewissen.

-

Achse V: Globale Erfassung des Funktionsniveaus:

-

Bei der Beschwerdeführerin lägen zwar nur mässig ausgeprägte,
aber eben doch spürbare Symptome vor wie ein dysfunktionales
Schmerzverhalten und „depressive Schwankungen“ (ohne eine
eigentliche oder doch schwerwiegende depressive Störung).
Diese Symptome sowie die psychosozialen Einflussgrössen
hätten zusammen mit einem ab 2004 entstandenen
Vermeidungs- und Rückzugsverhalten mit erheblicher
Selbstlimitierung an sich noch gekonnter Fertigkeiten zu
beträchtlichen Einbussen der persönlichen, sozialen und
beruflichen Leistungsfähigkeit geführt. Diese psychosozialen
Störungsgrössen beeinflussten also nicht nur die Persistenz der
Symptomatik und damit die Fortdauer des Leidens, sondern sie
hätten auch in hohem Masse an der Entstehung wie auch an
der Chronifizierung des klinischen Bildes beigetragen.

Die von Dr. C.____ in seinem psychiatrischen Gutachten vom 10. März 2009
vorgenommene Prüfung der sogenannten Foerster-Kriterien sowie dessen Schlussfolgerung,

dass diese Kriterien bei der gestellten Diagnose einer so ma toformen Schmerzstörung vorliegend nicht erfüllt seien (Urk. 6/64 S. 9 ff.), überzeuge nach wie vor (Urk. 6/91/35). Insbesondere, und das sei konstitutiv für die Diagnose, bestehe kein hinreichendes somatisches Leiden, das die von der Beschwerdeführerin anhaltend seit etwa 2001 geklagte Schmerz symptomatik begründen könnte.

Anlässlich von Rückenschmerzen (ungefähr ab 2000 und mit orthopädisch-rheumatologischen Untersuchungen ab 2001 bis vorzugsweise 2005 und da nach ab Ende 2004 mit psychiatrischer Behandlung), die als solche ohne anhaltenden und gravierenden Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gewesen seien, habe sich eine „somatoforme Schmerzstörung“ entwickelt, wobei es wiederkehrend zu somatopsychischen Reaktionen mit depressiver Tönung gekommen sei. Eine eigentliche depressive Episode habe nicht sicher bestimmt werden können. Bei einer prädisponierenden Persönlichkeitsstruktur und einer relativen Ich-Schwäche sei zudem - pathodynamisch in enger Verbindung zu dieser Entwicklung - ab etwa 2006 eine Agoraphobie aufgekommen, deren Klinik jedoch ebenfalls nicht so stark ausgeprägt sei, sodass eine bedeutsame Störung der Arbeitsfähigkeit daraus resultiert hätte, zumal dieses Leiden bis lang auch gar nicht adäquat behandelt worden sei. Die Chronifizierung des gesamten Leidens ab Ende 2004/Anfang 2005 sei aber in erster Linie IV-fremden Faktoren geschuldet: einem zunehmenden Vermeidungsverhalten, einem sekundären Krankheitsgewinn und einer erheblichen Selbstlimitierung bei konflikthafter, enttäuschender Auseinandersetzung mit der Adoptivtochter und dem Bruch der Beziehung zum Lebensgefährten. Allenfalls ab November 2006 sei es durch die seinerzeit erstmalig erwähnte Angststörung im Sinne einer Agoraphobie zu einer gewissen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Serviererin (mit grösserem Arbeitsradius und Kundenkontakt usw.) gekommen. Die daraus ableitbare Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Gastroservice und vergleichbaren Tätigkeiten liege jedoch deutlich unter 40 % (nur um 35 %) und sie dürfte bei einer suffizienten Behandlung zudem noch weiter abnehmen. In einer leicht angepassten Tätigkeit des freien Arbeitsmarktes (mental nicht zu anspruchsvoll, wobei aber durchaus Verkaufstätigkeiten in kleineren Einheiten ohne allzu grossen Publikumsandrang möglich seien) bestehe seit dem 21. Dezember 2004 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (Urk. 6/91/31 f.). Die ab 2005 psychiatrischerseits immer wieder postulierte Arbeitsunfähigkeit von 50-100 % gehe ganz überwiegend auf die beschriebenen psychosozialen und damit IV-irrelevanten Komponenten (einem zunehmenden Vermeidungsverhalten, einem sekundären Krankheitsgewinn und einer erheblichen Selbstlimitierung bei konflikthafter, enttäuschender Auseinandersetzung mit der Adoptivtochter und dem Bruch der Beziehung zum Lebensgefährten) zurück. Bei prinzipiell durch Behandlung leicht erreichbarer vollständiger Reversibilität der aktuell zu bestimmenden leichten Minderung der Arbeitsfähigkeit von 35 % (Arbeitsfähigkeit von 65 %) für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Serviererin und einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten liege kein anhaltend invalidisierendes Leiden vor (Urk. 6/91/33).

E. 3.2

Vorliegend ist zur Ermittlung des Invalideneinkommens auf die Tabellenlöhne abzustellen, da die Beschwerdeführerin ihre ursprüngliche Tätigkeit nicht mehr ausüben kann und keine neue Tätigkeit aufgenommen hat. Aus der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (LSE 2012) ergibt sich als Zentralwert für Arbeitnehmerinnen

des Kompetenzniveaus 1 (einfache und repetitive Tätigkeiten) im privaten Sektor ein Bruttomonatslohn von Fr. 4'112.-- (Tabelle TA1, Ziffern 5-96). In Anbetracht der betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit im Jahr 2014 für alle Sektoren von 41.7 (vgl. Statistik der betriebsüblichen Arbeitszeit, Tabelle T 03.02) resultiert ein Einkommen von Fr. 52'282.20 (Fr. 4'112.-- x 12 : 40 x 41.7 : 2630 x 2673 [vgl. Bundesamt für Statistik, Entwicklung der Nominallöhne, Tabelle T 39]). Bei einem 50%-Pensum ergibt dies Fr. 26'141.10.

E. 3.2.1

Der Austrittsbericht der J.____ vom 15. Oktober 2013 (Urk. 6/167), wo sich die Beschwerdeführerin vom 31. Juli bis 3. September

2013 stationär zur psychosomatischen Rehabilitation aufgehalten hatte, führte folgende Diagnosen auf:

1.

Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwer

(ICD-10: F 33.2)

2.

Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F 45.4)

3.

Chronisches Cervikobrachialsyndrom

4.

Lumboradikuläres Schmerzsyndrom

5.

generalisierte Tendomyopathie

6.

Vitamin B12-Mangel

7.

Rezidivierende Eisenmangelanämie

E. 3.2.2

Im Bericht der D.____ vom 25. Februar 2014 (Urk. 6/162) zuhanden der Beschwerdegegnerin wurde eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F 33.1), als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit genannt.

Die Verläufe depressiver Störungen wiesen eine grosse individuelle Variabilität auf. Die mittlere Episodendauer depressiver Störungen werde auf 16 Wochen geschätzt. Die Beschwerdeführerin sei während der gesamten Behandlungsdauer nie vollständig remittiert. Dies erhöhe die Wahrscheinlichkeit, eine erneute depressive Episode zu erleiden. Prognostisch ungünstig für den weiteren Verlauf und somit Erhöhung des Rückfallrisikos seien die somatische Komorbidität, das weibliche Geschlecht, keine Partnerschaft und Arbeitslosigkeit. Insgesamt sei die Prognose zum jetzigen Zeitpunkt als schlecht einzuschätzen. Therapeutische Massnahmen seien dringend indiziert. Bis auf

Weiteres sei die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsunfähig. Eine Neubeurteilung solle jedoch durch den ambulanten Behandler erfolgen. Es sei nicht in absehbarer Zeit mit einer Wiederaufnahme der Arbeit zu rechnen.

E. 3.2.3

Dr. med. K.____, Fachärztin Allgemeine Innere Medizin FMH, Stellvertreterin für die behandelnde Hausärztin med. pract. L.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH, nannte in ihrem Bericht vom 9. September 2014 (Urk. 6/172) zuhanden der Beschwerde gegnerin folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

-

Rezidivierende teils schwere depressive Episode (ICD-10: F 33, Erstdiagnose 2005)

-

Hospitalisation D.____ vom 13.-26. Juni 2009

-

Hospitalisation D.____ vom 15. Juli bis 2. August 2009

-

Hospitalisation D.____ vom 10. August bis 23. September 2009

-

Akuttagesklinik D.____ vom 25. September bis 23. Dezember 2009

-

Akuttagesklinik D.____ vom 17. Oktober 2013 bis 9. Januar 2014

-

Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F 45.40)

-

Hospitalisation J.____ vom 17. Oktober bis 11. November 2005

-

Hospitalisation J.____ vom 31. Juli bis 3. September 2013

-

Chronisches Cervikobrachialsyndrom

-

Lumboradikuläres Schmerzsyndrom mit weichteilrheumatischen Beschwerden seit 1992

-

2001 panvertebrales Syndrom mit Reizung L5-S1

-

Sturz auf Steissbein 2005

-

PHS

-

Generalisierte Tendomyopathie

Hinsichtlich der internistischen Diagnosen sei von einer guten Prognose auszu gehen. Betreffend die psychiatrischen und rheumatologischen Diagnosen sowie deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sei auf die Beurteilung der Spezialisten verwiesen.

E. 3.2.4

Dr. med. M.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte in seinem Bericht vom 30. September 2014 (Urk. 6/174) zuhanden der Beschwerdegegnerin folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

-

Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig
(ICD-10: F 33.10)

-

Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F 45.4)

-

Akzentuierte Persönlichkeit mit zwanghaften Zügen (ICD-10: Z 73.1)

-

Chronisches Cervikobrachialsyndrom, lumboradikuläres Schmerzsyndrom, generalisierte Tendomyopathie

-

Vitamin B12-Mangel, rezidivierende Eisenmangelanämie

Die Beschwerdeführerin sei in ihrer zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Küchen-Mitarbeiterin seit dem 31. Juli 2013 andauernd zu 100 % arbeitsunfähig. Der Beschwerdeführerin fehlten die nötigen psychischen Ressourcen, um Strategien zur Überwindung ihrer Schmerzverarbeitungsstörung zu entwickeln. Hierzu trügen ihre rezidivierende Depression (beispielsweise durch Beeinträchtigung ihres Selbstwertgefühls) und ihre zwanghaften Persönlichkeitszüge (Unfähigkeit, flexibel auf wechselnde soziale/berufliche Situationen und Anforderungen zu reagieren) und ihre Schmerzproblematik (massiv erhöhte Erschöpfbarkeit) bei. Veränderungen ihrer Befindlichkeit und ihres Verhaltens seien nur in sehr kleinen Schritten feststellbar, dabei sei sie sehr für Rückfälle empfindlich. Es sei daher kurz- und mittelfristig auch bei Fortsetzung der psychiatrischen Behandlung nicht mit dem Erreichen eines stabilen psychischen Funktionsniveaus und ebenso wenig mit dem

Wiedererlangen einer Arbeitsfähigkeit im 1. Arbeitsmarkt zu rechnen.

E. 3.2.5

Im polydisziplinären (internistischen, rheumatologischen, neurologischen, neuropsychologischen und psychiatrischen) I.____-Gutachten vom 9. Juli 2015 (Urk. 6/191) wurden folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (S. 87 f.):

-

Beginnende tieflumbale Bandscheiben- und Gelenksdegeneration im Segment L5/S1

-

bei im Übrigen unauffälligen lumbalen Wirbelsäulensegmenten

-

ohne reflektorische myofasziale Triggerpunkt- oder Hartspannbildung

-

Mittelgradige depressive Episode im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10: F 33.1), differentialdiagnostisch: chronisch depressive Störung einer mittelgradigen Ausprägung
Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit verblieben folgende Diagnosen:

-

Fibromyalgie mit Generalisierungstendenz im Sinne einer Allodynie bei global-muskulärer Insuffizienz mit korrigierbarer thorakaler Fehlhaltung

-

Kopfschmerzen bei Medikamentenübergebrauch (ICD-10: G 44.41) im Sinne von Kopfschmerz bei Nicht-Opioidanalgetika-Übergebrauch, differentialdiagnostisch: Chronischer Kopfschmerz vom Spannungstyp (ICD-10: G 44.2)

-

Unklare Hemihypästhesie im Bereich der gesamten rechten Körperhälfte ohne objektivierbares fokal-neurologisches Defizit

-

Unklare lumbale Schmerzen ohne radikuläre Ausstrahlung

-

Undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10: F 45.1),

differentialdiagnostisch: Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F 45.41)

-

Akzentuierte Persönlichkeitszüge mit selbstunsicheren und ängstlichen Zügen (ICD-10: Z 73.0)

Die Beschwerdeführerin sei als Fünfte von insgesamt 9 Geschwistern in Ex-Jugoslawien unter unauffälligen Verhältnissen aufgewachsen, die durch die Gewalt des Vaters geprägt gewesen sei. Sie lebe seit 1979 in der Schweiz und sei eingebürgert. Sie sei nie verheiratet gewesen. Ihr Lebenspartner sei 2012 infolge eines Prostata-Karzinoms gestorben. Seither lebe sie alleine. Die Beschwerdeführerin habe 1980 einen unehelichen Sohn geboren, den sie gleich nach der Geburt aufgrund der schlechten wirtschaftlichen Situation zur Adoption freigegeben habe. 1989 habe sie aus Kroatien ein damals 8-jähriges Mädchen adoptiert (S. 88).

Die internistische Untersuchung ergebe das Bild einer 56-jährigen, leicht übergewichtigen, kardiopulmonal kompensierten Beschwerdeführerin in un auffälligem Allgemeinzustand. Die klinische Untersuchung sei altersentsprechend normal, ohne Hinweise auf eine Links- oder Rechtsherzinsuffizienz oder für eine Lungenerkrankung. Auch im Abdominal- und Neurostatus liessen sich keine pathologischen Befunde erheben. Korrelierend dazu fänden sich durchwegs Normalwerte in den Laboruntersuchungen. Das EKG zeige einen unauffälligen Erregungsablauf und die Spirometrie liefere keine Hinweise auf eine obstruktive oder restriktive Ventilationsstörung. Aus internistischer Sicht lasse sich keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen, weder in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit noch in einer dem Alter und dem Habitus angepassten Tätigkeit (S. 92).

Bei der rheumatologischen Untersuchung ergäben sich nur angedeutet reproduzierbare Beschwerden und Hinweise für eine Belastbarkeitseinschränkung des lumbalen Achsenskeletts. Das heisse, dieser Wirbelsäulenabschnitt sei gut kompensiert, bei einer gleichzeitigen Schmerzverarbeitungsstörung im Rahmen einer Fibromyalgie sei aber die Schmerzperzeption generell erhöht, sodass auch bei beginnenden degenerativen Veränderungen im unteren LWS-Abschnitt subjektiv - vor allem bei kalt-feuchter Exposition - vermehrt Beschwerden wahrgenommen würden. Die übrigen Abschnitte des Bewegungsapparates seien unauffällig, die generalisierende Fibromyalgie mit Halbseitenbetonung entspreche einem syndromalen Beschwerdebild und sei ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 92).

Die neurologische Untersuchung ergebe bis auf eine diffuse Hypästhesie im Bereich der gesamten rechten Körperhälfte, strikt median begrenzt, und bei der Prüfung des Vibrationssinnes eine Pallhypästhesie im Bereich des Malleolus medialis rechts 6/8 und Grosszehe rechts von 6/8 sowie Malleolus medialis links und Grosszehe links 7/8. Zudem ergebe sich bei der Prüfung von Finger-Nase-Versuch funktionell anmutendes, nicht reproduzierbares Vorbeizeigen beidseits, wobei sonst keine weiteren Hinweise auf fokale neurologische Defizite vorhanden seien. Die MRI-Untersuchung des Schädels vom 22. April 2015 ergebe eine unauffällige MR-Untersuchung des Neurokraniums und des Hirnparenchyms. Zusammenfassend sei der durch die Beschwerdeführerin anlässlich der neurologischen Exploration und Untersuchung vorgetragene Kopfschmerz ohne begleitende vegetative Erscheinungen am ehesten charakteristisch für einen Kopfschmerz

bei Medikamentenübergebrauch (ICD-10: G 44.41) im Sinne von Kopfschmerz bei Nicht-Opioidanalgetika-Übergebrauch - differentialdiagnostisch ein chronischer Kopfschmerz vom Spannungstyp (ICD-10: G 44.2) - zu erwägen. Im Weiteren klagt die Beschwerdeführerin über chronische lumbale Rückenschmerzen, die in die gesamte rechte Extremität ausstrahlen. Während der körperlichen Untersuchung finde sich kein Anhalt für eine nervale oder radikuläre Schmerzursache für die beklagten lumbalen Rückenschmerzen. In der Untersuchung zeige sich, bis auf eine diffuse Hemihypästhesie im Bereich der gesamten rechten Körperhälfte, ein regelrechter Nervenstatus ohne Hinweise auf weitere sensomotorische Ausfälle, die auf eine radikuläre Schmerzgenese hindeuten könnten. Ebenso wenig lasse sich eine radikuläre Schmerzsymptomatik an der LWS auslösen. Auf neurologischem Gebiet könnten die beklagten Missempfindungen und Sensibilitätsstörungen nicht erklärt werden.

Die Zusammenstellung der Befunde (Testergebnisse) in der neuropsychologischen Untersuchung lasse auf ein Aggravationsverhalten der Beschwerdeführerin schliessen. Daher könnten die Ergebnisse der Leistungstests nicht inhaltlich ausgewertet werden und lieferten wegen mangelnder Mitarbeit keine verwertbaren neuropsychologischen Befunde, da sie wahrscheinlich nicht das effektiv vorhandene kognitive Leistungsniveau abbildeten (S. 93).

Bei der psychiatrischen Exploration und Untersuchung erhobene objektivierbare psychopathologische Befunde ergäben Hinweise auf eine zumindest mittelgradige depressive Störung. Die Exploration des Tagesprofils weise auf ein reduziertes Aktivitätsniveau hin und die Aktivität sowie Partizipation sei eingeschränkt. Zusammenfassend sei aufgrund der angegebenen diffusen körperlichen Schmerzen und der diffusen Missempfindungen ohne ausreichende Erklärbarkeit durch ein somatisches Korrelat auf psychiatrischem Fachgebiet gemäss den ICD-10-Kriterien die Diagnose einer undifferenzierten Somatisierungsstörung (ICD-10: F 45.1) zu stellen. Differentialdiagnostisch sei aufgrund der im Vordergrund stehenden Schmerzen rein formal die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren gemäss ICD-10: F 45.41 zu erwägen. Im Weiteren sei die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10: F 33.1, differentialdiagnostisch: chronische depressive Störung einer mittelgradigen Ausprägung und akzentuierten Persönlichkeitszügen mit selbstunsicheren und ängstlichen Zügen, ICD-10: Z 73.1) zu stellen. Im Fall der Beschwerdeführerin seien somit aus psychiatrischer Sicht besondere Hinweise vorhanden, die zumindest mittelschwere Defizite aufgrund eines Gesundheitsschadens und eine Unzumutbarkeit zu deren Überwindung begründeten, insbesondere durch fehlende krankheitsbedingte Ressourcen und durch eine fehlende Kapazität zur Verarbeitung innerpsychischer Konflikte. Das Vorliegen einer mitwirkenden, psychisch ausgewiesenen Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer sei aus medizinischer Sicht ausgewiesen. Darüber hinaus könne zumindest teilweise von einem Scheitern der ambulanten und stationären Therapien gesprochen werden. Es sei nicht nachvollziehbar, dass die Beschwerdeführerin trotz der im Subjektiven erlebten erheblichen kognitiven Defizite noch ihr Fahrzeug lenken könne. Es werde im Hinblick auf die Fahrtauglichkeit eine separate Prüfung beim zuständigen Strassenverkehrsamt empfohlen. Die gutachterliche Konsistenzprüfung ergebe Hinweise auf nicht im geklagten Umfang vorhandene Funktionsbeeinträchtigungen. Aufgrund der Diskrepanzen zwischen dem

erkennbaren klinischen Bild und den Ergebnissen der neuropsychologischen Tests sei es nicht möglich, die Fahrtauglichkeit der Beschwerdeführerin einzuschätzen. Bis zur weiteren Abklärung bestehe ein Fahrverbot (S. 93 f.).

Zusammenfassend und unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde sei aus rheumatologischer Sicht betreffend das lumboverbrale Achsenskelett das Einhalten von Schonkriterien empfehlenswert, da es sonst zu einer schmerzbedingten Dekompensation kommen könne. Das Belastungsprofil aus rheumatologischer Sicht laute folgendermassen: keine repetitiven, vornüber gebückten Arbeitsabläufe, keine repetitive Gewichtsbelastungen über 10 Kilogramm, idealer Wechsel zwischen sitzenden und stehenden Arbeitsabläufen. Für sämtliche leichten bis zeitweise wechselbelastenden Tätigkeiten, die diese Schonkriterien erfüllten, sei aus rheumatologisch-somatischer Sicht bezogen auf ein volles Pensum eine 100%ige Arbeitsfähigkeit zumutbar und ausgewiesen. Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Küchenhilfe bestehe lediglich noch eine 30%ige zumutbare Restarbeitsfähigkeit (bezogen auf ein 100%-Pensum). Aus neurologischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Aus psychiatrischer Sicht sei die Beschwerdeführerin in ihrer zuletzt ausgeübten Tätigkeit zu 50 % arbeitsunfähig. Aufgrund der depressiven Störung würden zeitlich flexible Tätigkeiten ohne permanenten Zeit- und Termindruck, bei nur geringem Publikumsverkehr, ohne besondere Anforderungen an das Umstellungs- Anpassungsvermögen empfohlen. Das aktuell ermittelte Belastbarkeitsprofil gelte seit dem Zeitpunkt der aktuellen Untersuchung und aufgrund der Würdigung der Versuchsakte mit dem Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit seit der Behandlung in der J. ___ (Hospitalisation vom 31. Juli bis 3. September 2013), was auf das psychiatrische Leiden zurückzuführen sei. Für die Zeiträume der stationären Behandlungen sei eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen (S. 95).

E. 3.2.6

Dipl. med. N. ___, Facharzt für Neurologie, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, zertifizierter Gutachter SIM und Vertrauensarzt SGV, hielt in seiner Stellungnahme vom 28. Juli 2015 (Urk. 6/195 S. 5 ff.) fest, dass das polydisziplinäre I. ___-Gutachten vom 9. Juli 2015 die formalen Qualitätskriterien erfülle und nachvollziehbar und in seinen Schlussfolgerungen plausibel sei. Demnach sei die Beschwerdeführerin in der bisherigen Tätigkeit seit dem 31. Juli 2013 zu 70 % arbeitsunfähig (30% arbeitsfähig). In einer angepassten Tätigkeit (leichte bis intermittierend mittelschwere Tätigkeiten ohne Zeit- und Termindruck, mit geringem Publikumsverkehr, ohne besondere Anforderungen an die Umstellungs- und Anpassungsfähigkeit) sei ein Pensum von 50 % zumutbar. 4.

4.1

Das polydisziplinäre I. ___-Gutachten vom 9. Juli 2015 (Urk. 6/191) basiert auf einer umfassenden internistischen, rheumatologischen, neurologischen, neuropsychologischen und psychiatrischen Untersuchung und wurde in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den Vorakten (Anamnese) abgegeben. Die Gutachter haben detaillierte und nachvollziehbare Befunde und Diagnosen erhoben und sich mit den von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden auseinandergesetzt. Zudem haben sie die medizinischen Zusammenhänge und die medizinische Situation einleuchtend dargelegt und ihre Schlussfolgerung nachvollziehbar begründet. Dem Gutachten kommt demnach grundsätzlich volle Beweiskraft zu (vgl. E. 1.6). 4.2

Der begutachtende Rheumatologe stellte fest, dass der somatische Gesundheitsschaden (Rückenleiden), welcher sich auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auswirkt, mit der dargelegten Diagnose ausgewiesen ist. Er führte jedoch schlüssig aus, dass diese Degenerationen einer behinderungsangepassten Tätigkeit zu 100 % mit einem besonderen Anforderungsprofil, welches auf die geklagten Beschwerden abgestimmt ist (leichte bis in der mittierend mittelschwere und wechselbelastende Tätigkeiten, ohne repetitiven vornübergebückten Arbeitsabläufen, ohne repetitive Gewichtsbelastungen über 10 Kilogramm), nicht entgegenstehen. 4.3 4.3.1

Der psychiatrische Gutachter diagnostizierte aufgrund der aktuellen Befundlage eine mittelgradige depressive Episode im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10: F 33.1), welche die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit zu 50 % einschränke.

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtes fallen leichte bis mittelgradige depressive Störungen, seien sie im Auftreten rezidivierend oder episodisch, einzig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent sind (statt vieler: BGE 140 V 193 E).

E. 3.3

mit Hinweis). Nur in einer solchen - seltenen, da nach gesicherter psychiatrischer Erfahrung Depressionen im Allgemeinen therapeutisch gut angebar sind - gesetzlich verlangten Konstellation 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.

E. 5

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. 5.1

Anhand eines Einkommensvergleichs ist zu prüfen, wie sich die eingeschränkte Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführer in wirtschaftlicher Hinsicht auswirkt. Für die Vornahme des Einkommensvergleichs ist grundsätzlich auf die Gegebenheiten im Zeitpunkt des (hypothetischen) Rentenbeginns abzustellen (BGE 128 V 174, BGE 129 V 222). Das Wartejahr nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG endete am 30. Juli 2014,

nachdem sie seit dem 31. Juli 2013 durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen war (vgl. E. 4.1.6). Im Weiteren meldete sich die Beschwerdeführer in am 5. Dezember 2013 bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug an (Urk. 6/151), wo mit die sechsmonatige Frist gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG im Juni 2014 en dete und der frühestmöglich e Rentenbeginn im Jahr 2014 liegt.

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).

Die Beschwerdeführerin befindet sich seit 2005 in psychiatrischer Behandlung und war bereits mehrmals teilstationär und stationär hospitalisiert. Die fortdauernde Inanspruchnahme einer konsequenten Depressionstherapie (inklusive entsprechender Medikation) spricht demnach für einen massgebenden psychischen Leidensdruck. Seit der psychiatrischen Begutachtung durch Dr. O. ___ im Januar 2011 (vgl. E. 3.1), als der fest gestellten Depression noch aufgrund überwiegender psychosozialer Belastungsfaktoren eine invalidisierende Wirkung abgesprochen wurde, hat sich das depressive Zustandsbild akzentuiert, worauf bereits die J. ___ im Austrittsbericht vom 15. Oktober 2013 hinwies (E. 3.2.1). Zudem ist auf das Zusammenwirken der depressiven Erkrankung mit den akzentuierten Persönlichkeitszügen mit selbstunsicheren und ängstlichen Zügen (ICD-10: Z 73.0) hinzuweisen, weshalb der Beschwerdeführerin Ressourcen und Kapazitäten fehlen, um die innerpsychischen Konflikte nachhaltig und vollständig zu verarbeiten (Urk. 6/191 S. 81). Es ist daher von einer teilweisen Therapieresistenz auszugehen. 4.3.2

Trotz Vorliegen diverser psychosozialer Faktoren (Migrationshintergrund, schwere Arbeit, längere Abwesenheit vom Arbeitsmarkt) hielt der psychiatrische Gutachter ausdrücklich fest, dass er diese krankheitsfremden Gesichtspunkte nicht in die Beurteilung der medizinisch-theoretischen Zumutbarkeit einer allfälligen Tätigkeit miteinbezog. 4.3.3

Entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin (Urk. ? S. 3 f.) sind die festgehaltenen Befunde in keiner Weise als weitgehend unauffällig zu bewerten. So hielt der Psychiater aufgrund der festgestellten und nachvollziehbar dar gelegten Befundlage (Urk. 6/191 S. 73 ff.) explizit fest, dass die Kardinalsymptome einer Depression gegeben seien, da unter anderem ein Interessenverlust, eine anhaltende gedrückte Stimmung und eine erhöhte Ermüdbarkeit objektiv feststellbar gewesen seien (Urk. 6/191 S. 81). Nebst der unbestrittenermassen festgestellten beeinträchtigten Affektivität ist auch auf das objektivierbare reduzierte Aktivitätsniveau im Tagesablauf sowie die eingeschränkte Teilnahme im sozialen Bereich hinzuweisen. Aus dem Umstand, dass die alleine lebende Beschwerdeführerin ab und zu einfach kocht oder für Fr. 4.-- vergünstigt in einer Kantine isst sowie einmal wöchentlich für 1 Stunde Freiwilligenarbeit in einem Altersheim leistet oder ärztlich verordnete Therapien macht (Urk. 2 S. 3), können die überzeugenden gutachterlichen Feststellungen zur eingeschränkten Arbeitsfähigkeit aufgrund der depressiven Störung nicht entkräftet werden. 4.3.4

Hinsichtlich des in der neuropsychologischen Untersuchung festgestellten aggravierten Verhaltens der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 2 S. 4) ist auf die Stellungnahme der I. ___-Gutachter vom 31. Juli 2015 hinzuweisen, wo nach die Inkonsistenz/Aggravation bei der Bemessung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt wurde. 4.3.5

Angesichts dieser Umstände ist aufgrund der psychiatrischen Diagnose einer depressiven Störung ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden - entgegen der

Auffassung der Beschwerdegegnerin (Urk. 2) - zu bejahen. Damit steht gestützt auf die überzeugenden Feststellungen im polydisziplinären I.____-Gutachten vom 9. Juli 2015 fest, dass der Beschwerdeführerin seit dem 31. Juli 2013 eine angepasste Tätigkeit (leichte bis inter mittierend mittelschwere und wechselbelastende Tätigkeiten, ohne repetitiven vornüber gebückten Arbeitsabläufen, ohne repetitive Gewichtsbelastungen über 10 Kilogramm, ohne Zeit- und Termindruck, mit geringem Publikumsverkehr, ohne besondere Anforderungen an die Umstellungs- und Anpassungsfähigkeit) zu einem 50%-Pensum zumutbar ist. 5.

E. 5.2.1

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; BGE 135 V 58 E. 3.1; BGE 134 V 322 E. 4.1 mit Hinweis).

Ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die versicherte Person die bisherige Tätigkeit unabhängig vom Eintritt der Invalidität nicht mehr ausgeübt hätte, kann das Valideneinkommen auf Grundlage der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) berechnet werden, wobei die für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren zu berücksichtigen sind (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; BGE 128 V 29 E. 4e; Urteil des Bundesgerichts 9C_887/2015 vom 12. April 2016 E. 4.2).

E. 5.2.2

Dem Valideneinkommen legte die Beschwerdegegnerin das zuletzt vor Eintritt des Gesundheitsschadens bei der Z.____ erzielte Einkommen zu Grunde, welches sie auf ein 100 % Pensum hochrechnete und der Lohnentwicklung anpasste (Einkommensvergleich vom 20. Oktober 2015, Urk. 6/194, vgl. auch Einkommensvergleiche vom 16. April 2009 und 7. Januar 2008, Urk. 6/66 und Urk. 6/40). Dieses Vorgehen ist unter den Parteien unbestritten und gibt angesichts der Erwerbsbiographie der Beschwerdeführerin mit hohem Einkommen vor der Adoption der im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung längst volljährigen Adoptivtochter (vgl. IK-Auszug vom 20. Oktober 2015, Urk.6/196) und angesichts des Umstands, dass die Beschwerdeführerin die langjährige Stelle bei der Z.____ aus gesundheitlichen Gründen verlor (Arbeitgeberfragebogen vom 26. Juli 2005 (Urk. 6/10), zu keiner Korrektur Anlass. Abzustellen ist damit auf das von der Beschwerdegegnerin ermittelte Valideneinkommen von Fr. 68'199.-- für das Jahr 2014 (Urk. 2 S. 2 und Urk. 1 S. 8).

E. 5.3.1

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3, 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). Der Griff zur Lohnstatistik ist subsidiär, das heisst deren Beizug erfolgt nur, wenn eine Ermittlung des Invalideneinkommens aufgrund und nach Massgabe der konkreten Gegebenheiten des Einzelfalles nicht möglich ist (vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.7; BGE 139 V 592 E. 2.3, BGE 135 V 297 E. 5.2; vgl. auch Meyer/Reichmuth, IVG, 3. Aufl., N 55 und 89 zu Art. 28a, mit weiteren Hinweisen auf die Rechtsprechung). 5.

E. 5.4

Die Gegenüberstellung von Validen- und Invalideneinkommen ergibt eine Erwerbseinbusse von Fr. 42'058.-- (Fr. 68'199.-- - Fr. 26'141.--) und führt somit zu einem Invaliditätsgrad von gerundet 62 % und berechtigt zu einer Dreiviertelsrente (vgl. E. 1.3). Ein allfälliger sogenannter Leidensabzug (vgl. dazu BGE 126 V 75) selbst in der Höhe von 20 % würde zu keinem höheren Rentenanspruch führen. 6.

Zusammenfassend ist die Beschwerde dahingehend gutzuheissen, als festge stellt wird, dass die Beschwerdeführerin ab 1. Juli 2014 Anspruch auf eine Drei viertelsrente der Invalidenversicherung hat. 7. 7.1

Die Gerichtskosten, die nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- und Fr. 1'000.-- festzusetzen sind (Art. 69 Abs. 1 bis IVG), sind auf Fr. 800.-- anzusetzen und der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 7.2

Entsprechend ist die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, der Beschwer defüh rerin eine volle Prozessentschädigung zu bezahlen, die gemäss Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 des Gesetzes über das Sozialver siche rungs gericht (GSVGer) - ohne Rücksicht auf den Streitwert - nach der Bedeutung der Streitsache, nach der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Ob siegens zu bemessen ist, wobei ein Betrag von Fr. 1'900.-- (in klusive Baraus lagen und Mehrwertsteuer) angemessen erscheint. 7.3

Entsprechend erweist sich das Gesuch der Beschwerdeführerin um Gewäh rung der unentgeltlichen Rechtspflege als gegenstandslos. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 11. Mai 2016 aufgehoben und es wird festge stellt, dass die Beschwerdeführerin ab 1. Juli 2014 Anspruch auf eine Dreiviertels rente der Invalidenversicherung hat. 2.

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

Rech nung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechts kraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozess ent schädigung von Fr. 1'900 .-- (inkl usive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Markus Krapf - 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
Der Vorsitzende
Die Gerichtsschreiberin
Hurst-Geiger

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 8

Hämorrhoiden Grad II

Bei der Beschwerdeführerin bestehe eine rezidivierende depressive Störung und eine somatoforme Schmerzstörung. Im Vordergrund der aktuell schwer gradigen depressiven Episode ständen sozialer Rückzug, Freudverlust, Konzentrationsstörungen und Antriebslosigkeit. Anamnestisch beständen die depressive Symptomatik und die Störung der Schmerzverarbeitung seit 2005. Dieses inzwischen chronifizierte Zustandsbild habe sich vor dem Hintergrund mehrerer Todesfälle nahestehender Personen innerhalb der letzten Jahre akzentuiert. Bis zum 10. September 2013 sei die Beschwerdeführerin nicht arbeitsfähig. Die weitere Einschätzung erfolge durch den nachbehandelnden Arzt.

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