

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00675 vom 3. Juli 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-07-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00675

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00675 du 3 juillet 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00675 del 3 luglio 2017

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1970, Mutter dreier 1991, 1994 und 1999 geborener Kinder, arbeitete zuletzt seit dem 1. Mai 2010 als Mitarbeiterin Sendungsaufbereitung bei der Y.____ in einem Pensum von 35 % (vgl. Urk. 7/9 S. 1 f. Ziff. 2.1, Ziff. 2.7-2.11). Am 8. Oktober 2012 meldete sie sich unter Hinweis auf Rückenschmerzen sowie eine Migräne bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (vgl. Urk. 7/1 S. 5 Ziff. 6.2). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische und erwerbliche Situation (Urk. 7/6; Urk. 7/8-9; Urk. 7/12) ab und teilte der Versicherten daraufhin mit, dass derzeit keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich seien (Urk. 7/13). Nach weiteren Abklärungen (Urk. 7/19; Urk. 7/26) veranlasste die IV-Stelle ein interdisziplinäres neurologisches und psychiatrisches Gutachten, welches am 24. August 2014 erstattet wurde (Urk. 7/34), sowie eine Abklärung der beeinträchtigten Arbeitsfähigkeit in Beruf und Haushalt, über welche am 13. November 2014 berichtet wurde (Urk. 7/42). Mit Verfügung vom 10. September 2015 (Urk. 7/65) wies die IV-Stelle das Gesuch der Versicherten um unentgeltliche Rechtsvertretung für das Verwaltungsverfahren mangels Bedürftigkeit ab.

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 7/45; Urk. 7/47; Urk. 7/51) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 10. Mai 2016 (Urk. 7/80 = Urk. 2) einen Rentenanspruch der Versicherten.

E. 1.1

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

E. 1.2

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern

können; b.

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

E. 1.3

Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht seine bisherige Rechtsprechung zur Invaliditätsbemessung bei Schmerzstörungen ohne erkennbare organische Ursache und vergleichbaren psychosomatischen Leiden (BGE 130 V 352 und an schliessende Urteile) angepasst und festgehalten, dass die Invaliditätsbemessung stärker als bisher den Aspekt der funktionellen Auswirkungen zu berücksichtigen hat, was sich schon in den diagnostischen Anforderungen niederschlagen muss. Auf der Ebene der Arbeitsunfähigkeit bezweckte die durch BGE 130 V 352 begründete Rechtsprechung die Sicherstellung eines gesetzmässigen Versicherungsverhältnisses mittels der Regel/Ausnahme-Vorgabe beziehungsweise (seit E. 7.3 von BGE 130 V 396 und BGE 131 V 49) der Überwindbarkeitsvermutung. Deren Rechtsnatur kann offen bleiben. Denn an dieser Rechtsprechung ist nicht festzuhalten. Das bisherige Regel/Ausnahme-Modell wird durch ein strukturiertes Beweisverfahren ersetzt. An der Rechtsprechung zu Art. 7 Abs. 2 ATSG – ausschliessliche Berücksichtigung der Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung und objektivierte Zumutbarkeitsprüfung bei materieller Beweislage der rentenansprechenden Person (Art. 7 Abs. 2 ATSG) – ändert sich dadurch nichts. An die Stelle des bisherigen Kriterienkatalogs (bei anhaltender somatoformer Schmerzstörung und vergleichbaren psychosomatischen Leiden) treten im Regelfall beachtliche Standardindikatoren. Die Anerkennung eines rentenberechtigenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweiselastige versicherte Person zu tragen (E. 6).

Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung oder eines damit vergleichbaren psychosomatischen Leidens (BGE 141 V 281 E. 4.2) sind Indikatoren beachtlich, die das Bundesgericht wie folgt systematisiert hat (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 Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanamnestic ausgewiesener Leidensdruck

Diese Standardindikatoren erlauben - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits - das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und E. 4.1; Urteil des Bundesgerichts 9C_534/2015 vom 1. März 2016 E. 2.2.1).

Die gemäss altem Verfahrensstandard eingeholten Gutachten verlieren ihren Beweiswert nicht per se. 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. In sinngemässer Anwendung auf die 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. Je nach Abklärungstiefe und -dichte kann zudem unter Umständen eine punktuelle Ergänzung genügen (BGE 141 V 281 E. 8).

E. 1.4

Sowohl im Rahmen einer erstmaligen Prüfung des Rentenanspruches als auch anlässlich einer Rentenrevision (Art. 17 Abs. 1 ATSG) stellt sich unter dem Gesichtspunkt des Art. 28a Abs. 3 IVG in Verbindung mit Art. 16 und 7 Abs. 2 ATSG die Frage nach der anwendbaren Invaliditätsbemessungsmethode.

Ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist, führt je zur Anwendung einer anderen Methode der Invaliditätsbemessung (Einkommensvergleich, Betätigungsvergleich, gemischte Methode) und ergibt sich aus der Prüfung, was die Person bei im üblichen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. Entscheidend ist nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch, das heisst ohne Gesundheitsschaden, aber bei sonst gleichen Verhältnissen, erwerbstätig wäre (Art. 27 bis der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV). Die gemischte Methode bezweckt damit eine möglichst wirklichkeitsgerechte Bemessung des Invaliditätsgrades (BGE 133 V 504 E. 3.3 mit Hinweisen).

Die Statusfrage beurteilt sich praxisgemäss nach den Verhältnissen, wie sie sich bis zum Erlass der Verwaltungsverfügung entwickelt haben. Dabei sind die konkrete Situation und die Vorbringen der versicherten Person nach Massgabe der allgemeinen Lebenserfahrung zu würdigen. Für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-)Erwerbstätigkeit ist der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich (BGE 137 V 334 E. 3.2, 130 V 393 E. 3.3, 125 V 146 E. 2c, je mit Hinweisen).

Bei der Bestimmung der im konkreten Fall anwendbaren Invaliditätsbemessungsmethode und damit der Beantwortung der entscheidenden Statusfrage handelt es sich um eine hypothetische Beurteilung, die auch hypothetische Willensentscheidungen der versicherten Person berücksichtigen muss. Dies gilt auch für die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person ohne gesundheitliche Beeinträchtigung erwerbstätig wäre. Diese inneren Tatsachen sind indessen einer direkten Beweisführung nicht zugänglich und müssen in aller Regel aus äusseren Indizien erschlossen werden. Die Beurteilung hypothetischer Geschehensabläufe ist eine Tatfrage, soweit sie auf Beweiswürdigung beruht, selbst wenn darin auch Schlussfolgerungen aus der allgemeinen Lebenserfahrung mitberücksichtigt werden. Rechtsfragen sind hingegen Folgerungen, die ausschliesslich – losgelöst vom konkreten Sachverhalt – auf die allgemeine Lebenserfahrung gestützt werden oder die Frage, ob aus festgestellten Indizien mit Recht auf bestimmte Rechtsfolgen geschlossen worden ist (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_287/2013 vom 8. November 2013 E. 3.5 und 8C_511/2013 vom 30. Dezember 2013, je mit Hinweisen).

E. 1.5

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

E. 1.6

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorak ten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

E. 2

Die Versicherte erhob am 10. Juni 2016 Beschwerde gegen die Verfügung vom 10. Mai 2016 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihr eine ganze, mindestens jedoch eine halbe Invalidenrente auszurichten. Als Experte sei Dr. med. Z.____ zu befragen und es seien ein psychiatrisches Gutachten über die aktuelle somatoforme Komponente sowie ein Gutachten über die aktuelle Einschränkung im Haushalt einzuholen (Urk. 1 S. 2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 14. Juli 2016 (Urk. 6) die Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführerin am 28. Juli 2016 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 8). Am 21. Oktober 2016 sowie 11. April 2017 reichte die Beschwerdeführerin jeweils einen weiteren Bericht ein (vgl. Urk. 12-13; Urk. 15-16), welche der Beschwerdegegnerin am 24. Oktober 2016 respektive 18. April 2017 zur Kenntnis gebracht wurden (Urk. 14; Urk. 17). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin hielt in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) gestützt auf die erfolgten Abklärungen fest, dass der Beschwerdeführerin eine wechsel belastende Tätigkeit mit leichter bis allerhöchstens mässiger Belastung der Körperachse nach Ablauf der Wartezeit im März 2013 wieder zu 50 % zumutbar sei. Sie sei als zu 35 % Erwerbstätige und zu 65 % im Haushalt Tätige zu qualifizieren. Nach Vornahme des Einkommensvergleichs und unter Berücksichtigung der Einschränkung im Haushalt von 12 % resultiere ein nicht rentenbe gründender Gesamtinvaliditätsgrad (S. 2).

In der Beschwerdeantwort (Urk. 6) führte die Beschwerdegegnerin ergänzend aus, dass ein höheres Arbeitspensum im Gesundheitsfall nicht belegt sei. Der Gesundheitszustand sei genügend abgeklärt worden. Es werde von Aggravation und nicht von einem simulierten Verhalten ausgegangen (S. 3).

E. 2.2

Demgegenüber stellte sich die Beschwerdeführerin auf den Standpunkt (Urk. 1), die Untersuchungen durch Dr. med. Z.____ hätten einen objektivierten Schmerz gezeigt, welcher eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit zur Folge habe. Dr. Z.____ sei als Sachverständiger einzuvernehmen. Ohne eine erneute psychiatrische Begutachtung sei

nicht ausgewiesen, dass sie ihren Gesundheitszustand zum jetzigen Zeitpunkt nicht subjektiv wahrheitsgemäss schildere. Die letzte Begutachtung sei vor fast zwei Jahren erfolgt. Es müsse daher erneut ab geklärt werden, ob nun ein chronischer Verlauf der Begleiterkrankung gegeben sei. Ausserdem seien die Experten der Ansicht, dass die somatoforme Komponente diskutiert werden müsse. Es sei daher ein psychiatrisches Gutachten ein zuholen. Ausserdem sei sie als zu 100 % Erwerbstätige einzustufen. Die Tätigkeit bei der Y.____ in einem Pensum von 35 % sei nur vorübergehend gewesen, wobei eine 100%ige Anstellung geplant gewesen sei. Die Angaben betreffend die Einschränkungen im Haushalt seien nicht verifizierbar beziehungsweise nicht auf dem neusten Stand (S. 4 ff.).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin und dabei insbesondere die verbliebene Arbeitsfähigkeit sowie die Statusfrage. 3. 3.1

Prof. Dr. med. A.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, führte mit Bericht vom 23. Januar 2013 (Urk. 7/12) als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen Status nach mikrochirurgischer Nervenwurzeldekompression und Diskusdekompression L4/5 rechts bei therapieresistentem radikulärem Reizsyndrom L5 rechts und mediolateraler Diskushernie L4/5 rechts auf (S. 2 Ziff. 1.1). Es liege ein pro-trahierter, aber nicht unerwarteter Verlauf nach erfolgter Diskushernioperation vor, nachdem zuvor sämtliche konservativen Behandlungsmassnahmen zu keiner substantiellen Verbesserung geführt hätten. Es lägen deutliche Hinweise auf ein schmerzaggravierendes Verhalten vor. Es hätten keine morphologischen Befunde erhoben werden können, welche gegen eine Arbeitsaufnahme von 50 % sprechen würden. Die Prognose sei schlecht (S. 3 Ziff. 1.4). Die Beschwerdeführerin sei vom 23. Oktober 2012 bis 2. Januar 2013 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen (S. 3 Ziff. 1.6). Mit einem Arbeitsversuch in einem Pensum von 50 % könne spätestens per 1. Februar 2013 gerechnet werden (S. 4 Ziff. 1.9). 3.2

Mit Bericht vom 26. Juli 2013 (Urk. 7/26/13-14) gab Prof. A.____ an, dass eine persistierende lumboischialgieforme Schmerzsymptomatik vorliege. Es könnten keine objektivierbaren Befunde erhoben werden, welche eine weitere Arbeitsunfähigkeit rechtfertigen würden. Die Situation sei chronifiziert, weshalb weitere medizinische Massnahmen aussichtslos seien (S. 1 f.). 3.3

Am 20. August 2014 erfolgte eine bidisziplinäre neurologische sowie psychiatrische Begutachtung der Beschwerdeführerin durch Dr. med. B.____, Facharzt für Neurologie, sowie Dr. med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Das Gutachten wurde am 24. August 2014 erstattet (Urk. 7/34). Dabei konnten die Gutachter folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen (S. 8, S. 13): - Status nach Mikrodiskektomie L4/5 rechts am 23. Oktober 2012 bei lumbo-radikulärer Symptomatik L5 bei luxierter Diskushernie mit residuell möglicher intermittierender radikulärer Reizung L5 rechts sowie aktuell leicht bis höchstens mässig ausgeprägtem Lumbovertebralsyndrom

Sodann nannten sie folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 8, S. 13): - ausgeprägte Verdeutlichungstendenz/Aggravation mit unter anderem in konstant groteskem Gangbild, organisch nicht zuordenbarer sensibler Hemisymptomatik rechts und weitergehender inkonsistenter Befundlage - Migräne ohne Aura, anamnestisch - nicht näher bezeichnete Rückenschmerzen (ICD-10 F54.9), Differentialdiagnose (DD): anhaltende

somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)

Anlässlich der klinischen neurologischen Untersuchung sei eine inkonsistente Befundlage aufgefallen. Klinisch objektiviert werden könne ein aktuell leicht bis mässig ausgeprägtes Lumbovertebralsyndrom mit entsprechender Tonuserhöhung der Muskulatur paravertebral lumbal. Zusätzliche Hinweise auf eine radiokuläre Reiz- oder Ausfallsymptomatik lägen nicht vor. Die von der Beschwerdeführerin während der Untersuchung angegebenen starken Schmerzen würden durch die fehlende zu erwartende vegetative Begleitsymptomatik sowie die fehlende motorische Unruhe und den begleitenden Affekt bei insgesamt lockerer Stimmungslage relativiert. Zudem bestünden Inkonsistenzen mit deutlich diskrepantem Finger-Boden-Abstand im Vergleich zum Finger-Zehen-Abstand und einer ausgeprägten Fehlinnervation, welche im Bereich der unteren Extremitäten derart krass sei, dass eine Steh- und Gehfähigkeit bei einem tatsächlichen Vorliegen entsprechender Paresen nicht mehr möglich wäre. Ausserdem falle ein groteskes Gangbild mit einem Schonhinken und Nachziehen des rechten Fusses auf, wobei eine deutlich gebesserte Gehfähigkeit in unbeobachteten Momenten vorliege. Zudem sei eine organisch nicht zuordenbare Hemisymptomatik rechts auffallend. Aus neurologischer Sicht sei vom 15. März 2012 bis 2. Januar 2013 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit anzunehmen. Falls es sich bei dieser Tätigkeit um eine hauptsächlich körperlich belastende Tätigkeit handle, wäre auch weiterhin von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Vom 2. Januar bis 1. Juli 2013 gelte für eine angepasste Tätigkeit mit leichter bis allerhöchstens mässiger Belastung der Körperachse eine 50%ige Beeinträchtigung. Ab diesem Zeitpunkt sei von einer maximal 25%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen (S. 9 f.).

Aus psychiatrischer Sicht hätten keine Befunde für eine psychotische sowie affektive Störung oder eine Persönlichkeitsproblematik erhoben werden können. Die Schmerzproblematik dauere bereits mehrere Jahre an und sei offenbar durch keine medizinischen Massnahmen behebbar. Es lägen kein emotionaler Konflikt oder eine psychosoziale Belastungssituation vor. Auch die familiären Verhältnisse seien angeblich gut. Die Schmerzproblematik könne nicht allein mit den somatischen Befunden erklärt werden. Die Foerster-Kriterien seien mehrheitlich nicht erfüllt. Es sei zwar eine mehrjährige körperliche Begleiterkrankung ausgemittelt, welche allerdings nicht als chronisch eingestuft werden könne. Eine gravierende psychiatrische Komorbidität liege nicht vor. Von einem sozialen Rückzug in allen Belangen des Lebens könne ebenfalls nicht ausgegangen werden. Aufgrund der blanden Psychopathologie liege auch kein verfestigter therapieresistenter innerseelischer Verlauf vor. Die bisherigen therapeutischen Bemühungen seien allerdings unbefriedigend geblieben. Die Diagnosekriterien für eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung seien nicht erfüllt, weshalb von nicht näher bezeichneten Rückenschmerzen ausgegangen werden müsse. Da die Krankheitsentwicklung auffällig sei und die bisherigen Massnahmen nichts genützt hätten, sei differentialdiagnostisch dennoch an eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung zu denken. Die Angaben der Beschwerdeführerin bezüglich der Schmerzen seien insofern konsistent, als dass sie immer in gleicher Art und Weise beschrieben würden. Allerdings bestehe eine Diskrepanz zwischen den subjektiven Beschwerden sowie dem Verhalten und den angegebenen Beeinträchtigungen. Die Angaben seien zwar nicht wechselhaft und vage, jedoch etwas appellativ. Ein Leidensdruck mit psychopathologischem Ausdruck könne nicht festgestellt werden. Aus rein psychiatrischer Sicht sei die Beschwerdeführerin

in einer körperlich nicht schwer belastenden Tätigkeit vollschichtig einsetzbar. Die Prognose sei eher ernst. Es liege eine Selbstlimitierung und Fixierung sowie Katastrophisierung in Bezug auf die Symptomatik vor. Eine psychotherapeutische Behandlung sei nicht dringend indiziert, da die Beschwerdeführerin keine Introspektionsfähigkeit besitze. Sie externalisiere jegliche Problematik. Eine psychopharmakologische Behandlung sei ebenfalls nicht dringend indiziert (S. 14 ff.).

Im Rahmen der Konsensbesprechung kamen die Gutachter zum Schluss, dass die neurologische Beurteilung hinsichtlich der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit massgebend sei (S. 17). Schwere Haushaltsarbeiten seien der Beschwerdeführerin nicht mehr zumutbar. Die übrigen Haushaltstätigkeiten seien ihr dagegen möglich (S. 18). 3.4

Mit Stellungnahme vom 8. September 2014 empfahl PD Dr. med. univ. D.____, Facharzt für Neurologie, Regionaler ärztlicher Dienst (RAD), für die Beurteilung vollumfänglich auf das Gutachten abzustellen (vgl. Urk. 7/44 S. 6). 3.5

Am 28. Oktober 2014 erfolgte eine Abklärung der beeinträchtigten Arbeitsfähigkeit in Beruf und Haushalt, über welche am 13. November 2014 berichtet wurde (Urk. 7/42). Dabei habe die Beschwerdeführerin angegeben, dass sie bei guter Gesundheit weiterhin bei der Y.____ im bisherigen Arbeitspensum von 35 % arbeiten würde. Sie hätte gerne mehr gearbeitet, dies sei jedoch betrieblich nicht möglich gewesen. Bemühungen eine Zweitstelle zu suchen, habe sie nicht unternommen (S. 4 Ziff. 2.5). Dementsprechend legte die Abklärungsperson die Qualifikation der Beschwerdeführerin als zu 35 % Erwerbstätige und zu 65 % im Haushalt Tätige fest (S. 4 Ziff. 2.6).

Die Beschwerdeführerin habe sodann angegeben, dass sie die Haushaltsführung weiterhin vornehme und die nicht mehr möglichen Aufgaben an den Ehemann sowie die Söhne delegiere. Der Ehemann erledige den Grosseinkauf. Die kleineren, leichteren Einkäufe erledige sie selber. Die Haushaltsarbeiten teile sie sich ein, da sie sich zwischendurch hinlegen müsse. Einmal pro Tag bereite sie eine warme Mahlzeit zu. Für das Mittagessen mache sie etwas Kleines. Umfangreichere Mahlzeiten bereite sie etappenweise vor. Das Kochen und Rüsten sei problemlos möglich. Bei der Wohnungspflege unterstütze man sich gegenseitig. Sie erledige die leichteren und oberflächlichen Arbeiten. Die Bodenpflege nähmen der Ehemann und der jüngste Sohn vor. Zudem habe man einen Staubsaugroboter angeschafft. Sie sortiere die Wäsche, bediene die Maschine und hänge die Wäsche auch auf. Der Ehemann übernehme den Wäschetransport. Bügelwäsche falle kaum an und sie erledige diese etappenweise. Bei der Betreuung des jüngsten Sohnes sei sie nicht eingeschränkt. Die Reinigung des Käfigs der Wellensittiche werde vom zweitältesten Sohn übernommen. Die Fütterung übernehme sie. Auch pflege sie die Orchideen. Die Abklärungsperson ermittelte gestützt darauf eine Einschränkung bei der Wohnungspflege, beim Einkauf so wie bei der Wäsche und Kleiderpflege im Umfang von insgesamt 12 % (S. 6 ff. Ziff. 6.1-6.8). 3.6

Dr. med. Z.____, Facharzt für Anästhesiologie, gab mit Bericht vom 16. August 2015 (Urk. 7/57) an, dass er die Beschwerdeführerin seit dem 27. Februar 2014 behandle (S. 1 Ziff. 1.2), und folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen könne (S. 1 Ziff. 1.1): - therapierefraktäres persistierendes lumbosakrales ins rechte Bein ausstrahlendes Schmerz- und partielles sensorisches Ausfallsyndrom L5 und S1 rechts mit/bei: - Status nach Operation einer Diskushernie L4/5 im Jahr 2012 - Verdacht auf einen diskogenen Schmerz L5/S1 im Sinne einer diskalen Allodynie (Auslösung eines

konkordanten Schmerzes NRS 8 bei Nadelkontakt am Anulus) - partiellem sensorischem Ausfallsyndrom L5 und S1 rechts

Das Schmerzsyndrom sei belastungsabhängig und äussere sich durch einen lumbosakralen Schmerz mit Ausstrahlung ins rechte Bein. Sensorische Ausfälle würden sich in einer leichten Hyposensibilität auf Berührungen sowie in Kribelparästhesien in den genannten Nervenwurzelsegmenten äussern. Eine motorische Parese bestehe nicht. Die Prognose sei ungewiss (S. 3 Ziff. 1.4). Die Beschwerdeführerin sei in der bisherigen Tätigkeit bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig (S. 4 Ziff. 1.6). 3.7

Gleichentags berichtete Dr. Z. ___ zuhanden der Beschwerdeführerin, dass sie aller Wahrscheinlichkeit nach an einem diskogenen Schmerzsyndrom L5/S1 leide, sie jedoch am Diskus L4/5 operiert worden sei. Dieser sei schmerzfrei. Die Symptomatik sei stark belastungsabhängig. Eine Rückkehr in die bisherige Tätigkeit erscheine aktuell nicht realisierbar. Inwiefern sie in einer dem Beschwerdebild angepassten Tätigkeit einsetzbar wäre, müsse vorsichtig geprüft werden. Aufgrund der Tatsache, dass die bisherigen konservativ-physikalischen Massnahmen zu keiner Verbesserung geführt hätten, erscheine die Wahrscheinlichkeit des Gelingens klein (vgl. Schreiben vom 16. August 2015, Urk. 3/4 S. 2). 3.8

Mit Bericht vom 19. September 2015 (Urk. 7/72) führten Prof. Dr. med. E. ___, Facharzt für Neurochirurgie, sowie Dr. med. F. ___, Fachärztin für Rheumatologie sowie für Physikalische Medizin und Rehabilitation, die folgenden – gekürzt aufgeführten – Diagnosen auf (S. 1): - persistierende Lumboischialgie rechts mit Belastungsintoleranz; DD: of fen - zervikospondylogenes Schmerzsyndrom rechtsbetont, Missempfindungen linker Arm - langanhaltende Arbeitsunfähigkeit

Bei der Beschwerdeführerin liege gegenüber der im September 2013 erfolgten Voruntersuchung ein unveränderter Befund einer invalidisierenden rechtsseitigen Lumboischialgie bei Status nach einer Mikrodiskektomie L4/5 rechts am 23. Oktober 2013 vor. Anhand der erneut durchgeführten Magnetresonanztomographie (MRI) könne weiterhin keine Neurokompression objektiviert werden. Auch die intensiven anästhesiologischen Interventionen hätten zu keiner Änderung des Beschwerdebildes geführt. Aufgrund der klinischen Befunde mit einem anhaltenden grotesken Gangbild und einer Schoninnervation des rechten Beines sowie einer nicht eindeutigen Zuordnung eines strukturellen Korrelats müsse eine somatoforme Komponente diskutiert werden. Aus neurochirurgischer Sicht könnten keine therapeutischen Optionen angeboten werden. Zumindest in einer leichten körperlichen, wechselbelastenden Tätigkeit bestehe eine Teilarbeitsfähigkeit von mindestens 50 % (S. 2). 3.9

Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens reichte die Beschwerdeführerin einen Bericht von Prof. Dr. med. G. ___, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 25. August 2016 (Urk. 13) ein. Dieser nannte als Diagnose einen Ischialgie-Schmerz rechts mit residueller Symptomatik L5 rechts bei Status nach Dekompression L4/5 rechts im Jahr 2012. Der Beschwerdeführerin könne keine chirurgische Lösung angeboten werden. Eine gründliche neurologische Untersuchung sollte erfolgen, falls dies nicht bereits geschehen sei (S. 1). 3.10

Ebenfalls im Rahmen des Beschwerdeverfahrens wurde ein Bericht der Ärzte des Spitals H. ___ vom 4. April 2017 (Urk. 16) eingereicht, wonach die Beschwerdeführerin vom 31. März bis 4. April 2017 stationär hospitalisiert gewesen sei. Die Ärzte führten dabei die

folgenden – gekürzt aufgeführten – Diagnosen auf (S. 1): - persistierende Nackenschmerzen seit vier Wochen - Migräne, Erstdiagnose (ED) 1993 - mikrozytäre hypochrome Eisenmangelanämie - therapierefraktäres persistierendes lumboradikuläres Schmerzsyndrom rechts seit 2012 - chronische Unterbauchschmerzen

Die Beschwerdeführerin habe sich bei seit einem Monat persistierenden biokzipitalen Kopfschmerzen selbst notfallmässig zugewiesen. Die Ursache hierfür bleibe unerklärt. Während der Hospitalisation habe sich eine gewisse Diskrepanz zwischen den subjektiven Angaben und den objektiven Befunden gezeigt. Auch das MRI des Schädels ergebe kein Korrelat zum angegebenen streng mittellinigen sensomotorischen Hemisyndrom rechts. Die Semiologie der Schmerzen spreche gegen analgetikainduzierte Kopfschmerzen. Ein zervikogener Schmerz sei vorstellbar und mittels Bildgebung abzuklären (S. 2). 4. 4.1

Die Würdigung der medizinischen Akten ergibt, dass das interdisziplinäre Gutachten von Dr. B.____ und Dr. C.____ (vorstehend E. 3.3) die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden (vgl. Urk. 7/34 S. 5 f., S. 10 f.) in angemessener Weise berücksichtigt, in Kenntnis sowie in Auseinandersetzung mit den Vorakten (vgl. Urk. 7/34 S. 2 ff., S. 9) erstattet wurde und der konkreten medizinischen Situation Rechnung trägt. Das Gutachten beruht durch die neurologische und psychiatrische Untersuchung auf einer für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassenden Beurteilung. Diese leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ein und die vorgenommenen Schlussfolgerungen zu Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit werden ausführlich begründet. Das Gutachten erfüllt die praxismässigen Kriterien für beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen (vorstehend E. 1.6) vollumfänglich, weshalb für die Entscheidungsfindung darauf abgestellt werden kann. Dies empfahl überdies auch RAD-Arzt PD Dr. D.____ (vgl. Urk. 7/44 S. 6). 4.2

Dabei war die neurologische klinische Befundaufnahme weitestgehend unauffällig, wobei einzig ein aktuell leicht bis mässig ausgeprägtes Lumbovertebralsyndrom mit entsprechender Tonuserhöhung der Muskulatur paravertebral lumbal objektiviert werden konnte. Hinweise auf eine radikuläre Reiz- oder Ausfallsymptomatik fanden sich nicht. Zudem wurde eine ausgeprägte Verdichtungstendenz/Aggravation erkannt mit unter anderem mehreren Inkonsistenzen sowie einer organisch nicht zuordenbarer Hemisyndromatik rechts und einem grotesken Gangbild mit Schonhinken und Nachziehen des rechten Fusses mit deutlich gebesserter Gehfähigkeit in unbeobachteten Momenten (vgl. Urk. 7/34 S. 7 ff.). Die aufgrund dessen vorgenommene Einschätzung der verbliebenen Arbeitsfähigkeit kann nachvollzogen werden. So sei die Beschwerdeführerin in der bisherigen Tätigkeit, falls es sich hierbei um eine hauptsächlich körperlich belastende Tätigkeit handle, vollständig arbeitsunfähig. In einer angepassten Tätigkeit mit leicht bis allerhöchstens mässiger Belastung der Körperachse gelte sie dagegen vom 2. Januar bis 1. Juli 2013 als zu 50 % arbeitsunfähig und seither sei von einer maximalen 25%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen (vgl. Urk. 7/34 S.10). 4.3

Die psychopathologische Befundaufnahme war sodann gänzlich unauffällig, so dass nachvollziehbar keine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden konnte. Insbesondere konnten keine Befunde für das Vorliegen einer psychotischen oder affektiven Störung sowie einer Persönlichkeitsproblematik erhoben werden (vgl. Urk. 7/34 S. 13 f.). Aufgrund der Schmerzproblematik zog Dr. C.____ zwar eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung in Betracht, die jedoch keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit habe. Er erachtete die Diagnosekriterien nach Prüfung der bis

anhin gelten den Foerster-Kriterien als nicht erfüllt. So bejahte er eine mehrjährige körperliche Begleiterkrankung, stufte diese allerdings als nicht chronisch ein. Eine gravierende psychiatrische Komorbidität verneinte er entsprechend dem unauffälligen psychopathologischen Befund. Einen sozialen Rückzug in allen Belangen des Lebens erkannte er ebenfalls nicht, was sich aus dem geschilderten Tagesablauf ergibt. Aufgrund der blauen Psychopathologie erkannte er überdies keinen verfestigten therapieresistenten innerseelischen Verlauf (vgl. Urk. 7/34 S. 12, S. 15 oben). Obwohl Dr. B. ___ anlässlich der neurologischen Begutachtung auf Verdeutlichungstendenzen/Aggravation hinwies, hielt Dr. C. ___ in Bezug auf eine allfällige Aggravation (vgl. zum Ausschlussgrund der Aggravation BGE 141 V 281 E. 2.2) fest, dass die Angaben grundsätzlich konsistent seien, diese jedoch appellativ vorgetragen würden (vgl. Urk. 7/34 S. 10, S. 15). Da aus psychiatrischer Sicht somit keine relevante Diagnose gestellt werden konnte, attestierte Dr. C. ___ nachvollziehbar eine vollständige Arbeitsfähigkeit in jeglicher Tätigkeit (vgl. Urk. 7/34 S. 15 f.).

Die Tatsache, dass das Bundesgericht mit BGE 141 V 281 seine bisherige Rechtsprechung zur Invaliditätsbemessung bei psychosomatischen Störungen neu gefasst hat (vorstehend E. 1.3), ändert an der vorliegenden Beurteilung nichts. So erscheint die aufgrund der somatischen Komorbiditäten um 50 % respektive ab dem 1. Juli 2013 um 25 % verminderte Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar, wogegen es an einer psychiatrischen Komorbidität fehlt. Eine regelmässige psychiatrische Therapie findet nicht statt (vgl. Urk. 7/34 S. 12 oben). Dr. C. ___ konnte keinen Leidensdruck mit psychopathologischem Ausdruck feststellen. Auch eine Persönlichkeitsproblematik erkannte er nicht (vgl. Urk. 7/34 S. 14 f.). Zwar ergibt sich aus dem geschilderten Tagesablauf, dass die Beschwerdeführerin viel liege und nur zwischendurch kleinere Spaziergänge mache, ansonsten jedoch nicht viel unternehme und auch nur noch Kontakt mit Verwandten habe (vgl. Urk. 7/34 S. 12). Dr. C. ___ weist allerdings klar darauf hin, dass eine Selbstlimitierung und Fixierung sowie Katastrophisierung vorliege. Auch weist er auf gute psychische Ressourcen hin (vgl. Urk. 7/34 S. 16). 4.4

An dieser Beurteilung ändern die nach dem Gutachten eingegangenen medizinischen Berichte nichts. Dies auch im Hinblick auf die Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag und die Erfahrungstatsache, wonach handelnde Ärzte aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. statt vieler Urteile des Bundesgerichts 8C_1055/2010 vom 17. Februar 2011 E. 4.1 und I 551/06 vom 2. April 2007 E. 4.2).

Soweit Dr. Z. ___ nämlich entgegen der Einschätzung der Gutachter auch das Gelingen der Aufnahme einer angepassten Tätigkeit als klein erachtete, begründete er dies einzig damit, dass die bisherigen konservativ-physikalischen Massnahmen zu keiner Verbesserung geführt hätten. Einen objektiven Befund, welcher eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit rechtfertigen würde, erhob er demgegenüber nicht. Hinsichtlich eines diskogenen Schmerzes L5/S1 äusserte er überdies lediglich einen Verdacht (vgl. Urk. 3/4 S. 2; Urk. 7/57 S. 1 Ziff. 1.1, S. 3 Ziff. 1.4-1.5).

Dr. E. ___ und Dr. F. ___ berichteten sodann über unveränderte Befunde im Vergleich zur im September 2013 erfolgten Voruntersuchung. Die damals erhobenen Befunde waren anlässlich der Begutachtung bereits bekannt und wurden entsprechend berücksichtigt. Auch die Einschätzung, wonach die Beschwerdeführerin in einer behinderungsangepassten Tätigkeit zu mindestens 50 % arbeitsfähig sei, wurde bereits damals vorgenommen (vgl.

Urk. 7/26/6-7 S. 1 f.; Urk. 7/34 S. 3 f.; Urk. 7/72 S. 2). Soweit Dr. E. ___ und Dr. F. ___ die Diskussion einer somatoformen Komponente als notwendig erachteten, ist eine solche durch die Begutachtung durch Dr. B. ___ und Dr. C. ___ bereits erfolgt.

Hinsichtlich der im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichten Berichte von Prof. G. ___ und den Ärzten des Spitals H. ___ ist darauf hinzuweisen, dass das Sozialversicherungsgericht nach ständiger Rechtsprechung die Gesetzsmässigkeit der Verfügungen in der Regel nach dem Sachverhalt beurteilt, der zur Zeit des Verfügungserlasses – hier also am 10. Mai 2016 – gegeben war (BGE 121 V 366 E. 1b). Die darin erwähnten Untersuchungen fanden indessen erst nach diesem Zeitpunkt statt. Dem Bericht von Prof. G. ___ ist über dies einzig zu entnehmen, dass keine chirurgische Lösung angeboten werden könne und eine neurologische Untersuchung erfolgen sollte, falls dies bisher noch nicht geschehen sei (vgl. Urk. 13 S. 1). Einen bisher unberücksichtigten Befund erhob er nicht und nahm auch keine Einschätzung der verbliebenen Arbeitsfähigkeit vor. Eine neurologische Begutachtung fand sodann bereits statt. Auch dem Bericht der Ärzte des Spitals H. ___ sind keine neuen Befunde zu entnehmen. Sämtliche gestellten Diagnosen sind bereits seit langem bekannt, dies gilt insbesondere auch für die erwähnte Migräne (vgl. Urk. 16 S. 1 f.). Eine Einschätzung zur Arbeitsfähigkeit ist auch diesem Bericht nicht zu entnehmen. 4.5

Soweit die Beschwerdeführerin beantragt, es seien Dr. Z. ___ als Experte zu befragen sowie ein aktuelles psychiatrisches Gutachten über die somatoforme Komponente einzuholen (vgl. Urk. 1 S. 2), kann darauf im Sinne der antizipierten Beweiswürdigung (BGE 127 V 491 E. 1b) verzichtet werden, erweist sich der medizinische Sachverhalt nach dem Gesagten doch als hinreichend klar. So wurde insbesondere das Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung bereits abgeklärt. 4.6

Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin gestützt auf das beweiskräftige bidisziplinäre Gutachten (vorstehend E. 3.3) an einem Status nach Mikrodiskektomie L4/5 rechts bei lumboradikulärer Symptomatik L5 bei luxierter Diskushernie mit residuell möglicher intermittierender radikulärer Reizung L5 rechts sowie aktuell leicht bis höchstens mässig ausgeprägtem Lumbovertebralsyndrom leidet. Die Ausübung der bisherigen körperlich belastenden Tätigkeit ist ihr daher nicht mehr möglich. Eine angepasste Tätigkeit mit leicht bis allerhöchstens mässiger Belastung des Körperachse war ihr dagegen vom 2. Januar bis 1. Juli 2013 zu 50 % und ab diesem Zeitpunkt zu mindestens 75 % zumutbar. Ein relevantes psychisches Leiden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit liegt nicht vor. 5. 5.1

Hinsichtlich der sozialversicherungsrechtlichen Qualifikation der Beschwerdeführerin (vorstehend E. 1.4) stützte sich die Beschwerdegegnerin auf den Haushaltsabklärungsbericht vom 13. November 2014, worin die Beschwerdeführerin als zu 35 % Erwerbstätige und zu 65 % im Haushalt Tätige qualifiziert wurde (vgl. Urk. 7/42 S. 4 Ziff. 2.6). Demgegenüber stellte sich die Beschwerdeführerin beschwerdeweise auf den Standpunkt, dass sie bei guter Gesundheit zu 100 % erwerbstätig wäre (vgl. Urk. 1 S. 5).

Anlässlich der Haushaltsabklärung gab die Beschwerdeführerin eindeutig an, dass sie bei guter Gesundheit weiterhin bei der Y. ___ im bisherigen Arbeitspensum von 35 % arbeiten würde (vgl. Urk. 7/42 S. 4 Ziff. 2.5). Aus den übrigen Akten geht ebenfalls klar hervor, dass die Beschwerdeführerin bisher in einem Pensum von lediglich 35 % tätig war. So ist eine entsprechende Anstellung dem Arbeitgeberfragebogen zu entnehmen und auch anlässlich

der Begutachtung durch Dr. B.____ sowie Dr. C.____ erwähnte die Beschwerdeführerin eine Tätigkeit in besagtem Pensum (vgl. Urk. 7/9 S. 2 f. Ziff. 2.9, Ziff. 2.11; Urk. 7/34 S. 7, S. 12). Zwar erfolgten bei der Y.____ zunächst tatsächlich Einsätze in einem Pensum von 100 %; dies allerdings über einen Personalvermittler (vgl. Urk. 7/50/1-5). Ab dem 1. Mai 2010 und somit bereits zwei Jahre vor Eintritt des Gesundheitsschadens war die Beschwerdeführerin in einem Pensum von 35 % bei der Y.____ festangestellt (vgl. Arbeitsvertrag vom 4. respektive 5. Mai 2010, Urk. 7/50/8-10). Die Beschwerdeführerin gab anlässlich der Haushaltsabklärung ausdrücklich an, dass sie keine Bemühungen unternommen habe, eine Zweitstelle zu suchen (vgl. Urk. 7/42 S. 4 Ziff. 2.5). Das von der Beschwerdeführerin nun Vorgebrachte, wonach das Pensum von 35 % lediglich vorübergehend und eine Vollanstellung geplant gewesen sei (vgl. Urk. 1 S. 5), überzeugt daher nicht. Die Auszahlung einer Arbeitslosenentschädigung (vgl. hierzu Urk. 7/8; Urk. 7/50/6-7) belegt ebenfalls nichts Gegenteiliges, unternahm die Beschwerdeführerin vor Eintritt des Gesundheitsschadens doch keinerlei Bewerbungen. 5.2

Die von der Abklärungsperson ermittelten Einschränkungen bei der Wohnungspflege, beim Einkauf sowie bei der Wäsche und Kleiderpflege im Umfang von insgesamt 12 % (vorstehend E. 3.5) erscheinen in Anbetracht der gutachterlich festgestellten gesundheitlichen Einschränkungen und der geltenden Schadenminderungspflicht von im Haushalt tätigen Versicherten (BGE 133 V 504 E. 4.2) als plausibel und nachvollziehbar. Die Erhebung erfolgte detailliert und in Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse. Der Abklärungsbericht ist somit hinsichtlich der ermittelten Einschränkung ebenfalls voll beweiskräftig. Auch anlässlich der Begutachtung durch Dr. B.____ und Dr. C.____ wurde festgestellt, dass der Beschwerdeführerin lediglich schwere Haushaltsarbeiten nicht mehr zumutbar seien. Die übrigen Haushaltstätigkeiten seien ihr dagegen möglich (vgl. Urk. 7/34 S. 18). 5.3

Nach dem Gesagten ist daher vollumfänglich auf den beweiskräftigen Haushaltsabklärungsbericht abzustellen. Eine erneute Abklärung ist nicht angezeigt. Die Beschwerdeführerin ist mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als zu 35 % Erwerbstätige und zu 65 % im Haushalt Tätige zu qualifizieren. Die Einschränkung im Haushaltsbereich beträgt 12 %.

Das Urteil der zweiten Kammer des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte (EGMR) in Sachen Di Trizio gegen die Schweiz vom 2. Februar 2016 (Nr. 7186/09) steht der vorliegenden Anwendung der gemischten Methode nicht entgegen (vgl. Revisionsurteil des Bundesgerichts 9F_8/2016 vom 20. Dezember 2016 E. 4.1-4.4 und IV-Rundschreiben Nr. 355 des Bundesamtes für Sozialversicherungen vom 31. Oktober 2016). 6.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 6.1

Es bleibt damit die Prüfung der erwerblichen Auswirkungen vorzunehmen. Da die Beschwerdeführerin – wie zuvor ausgeführt (vorstehend E. 5) – als zu 35 % Erwerbstätige und zu 65 % im Haushalt Tätige zu qualifizieren ist, gelangt die gemischte Methode nach Art. 28a Abs. 3 IVG zur Anwendung.

Dabei wird bei nur teilweise erwerbstätigen Versicherten die Invalidität für die sen Teil nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad entsprechend der Behinderung in beiden Bereichen zu bemessen. Die Gesamtinvalidität ergibt sich aus der Addierung der in beiden Bereichen ermittelten und gewichteten Teilinvaliditäten (Art. 28a Abs. 3 IVG; BGE 130 V 393 E. 3.3).

E. 6.2

Bei der Ermittlung des Valideneinkommens (vgl. Urk. 2 S. 2; Urk. 7/43 S. 1) stützte sich die Beschwerdegegnerin auf die Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin der Beschwerdeführerin und berechnete – angepasst an die Nominallohnentwicklung – ein hypothetisches Valideneinkommen von rund Fr. 21'629.-- für das massgebende Jahr 2013 (vgl. hierzu BGE 139 V 28 E. 3.3.2; 135 V 58 E. 3.1; 134 V 322 E. 4.1; 129 V 222). Dies ist angesichts der Akten (Urk. 7/9 S. 3 Ziff. 2.11) nicht zu beanstanden und wurde von der Beschwerdeführerin auch nicht bestritten.

Bei der Ermittlung des Invalideneinkommens (vgl. Urk. 2 S. 2; Urk. 7/43 S. 2) hielt die Beschwerdegegnerin gestützt auf die medizinische Beurteilung fest, dass der Beschwerdeführerin eine behinderungsangepasste Tätigkeit nach Ablauf der Wartezeit im März 2013 zu mindestens 50 % zumutbar sei, womit im Rahmen des gewählten Pensums von 35 % eine volle Arbeitsfähigkeit bestehe. Sodann stützte sie sich – in Beachtung der geltenden Rechtsprechung (BGE 129 V 472 E. 4.2.1) – auf die Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) und dabei auf den standardisierten Durchschnittslohn für Frauen in einfachen Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Natur in sämtlichen Wirtschaftszweigen des privaten Sektors (vgl. LSE 2012, S. 35, Tabelle TA1, Total, Kompetenzniveau 1). Angepasst an die durchschnittliche betriebsübliche Arbeitszeit und die allgemeine Lohnentwicklung im Jahr 2013 berechnete die Beschwerdegegnerin ein hypothetisches Invalideneinkommen von rund Fr. 18'130.-- im Jahr 2013 für ein Pensum von 35 %. Einen leidensbedingten Abzug (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75) gewährte sie nicht. Ein solcher ist vorliegend auch nicht gerechtfertigt. Das ermittelte hypothetische Invalideneinkommen ist ebenfalls nicht zu beanstanden und unbestritten.

E. 6.3

Wird das Valideneinkommen von Fr. 21'629.-- dem Invalideneinkommen von Fr. 18'130.-- gegenübergestellt, resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 3'499.--. Dies kommt einer Einschränkung von rund 16 % gleich. Bei der vorliegend massgebenden Gewichtung des Erwerbsbereichs mit 35 % ergibt dies somit einen Teilinvaliditätsgrad von 5.6 % ($16\% \times 0.35$).

Die Einschränkung im Haushaltsbereich beträgt 12 % (vorstehend E. 5.2-5.3), was bei einer Gewichtung von 65 % einem Teilinvaliditätsgrad von 7.8 % ($12\% \times 0.65$) entspricht.

Nach Addition der Teilinvaliditätsgrade im Erwerbs- und im Haushaltsbereich resultiert schliesslich ein nicht rentenbegründender Gesamtinvaliditätsgrad von gerundet 13 % (vorstehend E. 1.2). Die Beschwerdegegnerin verneinte einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin demzufolge zu Recht.

E. 6.4

Würde die gemischte Methode in der nach Suter/Leuzinger modifizierten Handhabung angewendet (vgl. - nicht rechtskräftiges - Urteil des hiesigen Gerichts IV.2016.00548 vom 19. Mai 2017), so würde dies am Ergebnis nichts ändern. Denn das Valideneinkommen wäre

mit rund Fr. 61'797.-- einzusetzen, das Invalideneinkommen bei der bis zum 1. Juli 2013 in einer angepassten Tätigkeit attestierten Arbeitsfähigkeit von 50 %

mit rund Fr. 25'901.-- und bei der seither zumutbaren Arbeitsfähigkeit von 75 % mit rund Fr. 38'851.-- . Daraus resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 35'896.-- beziehungsweise Fr. 22'946.--, entsprechend einer Einschränkung von 58 %

beziehungsweise 37 % . Bei der Gewichtung des Erwerbsbereichs mit 35 % ergäbe dies Teilinvaliditätsgrade von 20.3 % ($58\% \times 0.35$) sowie ab dem 1. Juli 2013 von 12.95 % ($37\% \times 0.35$). Nach Addition der Teilinvaliditätsgrade im Erwerbs- und im Haushaltsbereich (7.8 %) resultiert ebenfalls ebenso nicht rentenbegründende Invaliditätsgrade von gerundet 28 % (bis 1. Juli 2013) sowie von gerundet 21 % (ab dem 1. Juli 2013).

Die angefochtene Verfügung erweist sich demnach als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 7.

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 900.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

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

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

Gegen diese Entscheidung 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
Mosmann
Meierhans

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.