

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00711 vom 25. September 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-09-25, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00711

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00711 du 25 septembre 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00711 del 25 settembre 2017

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1971, Mutter von drei Kindern (Jahrgang 1987, 1991, 2000), meldete sich am 12. März 2014 unter Hinweis auf Depressionen, Kopf- und Rückenschmerzen, Konzentrations- und Schlafstörungen, Gelenkschmerzen und neurologische Ausfälle bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/7). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische und erwerbliche Situation ab, zog Akten der Pensionskasse und des Krankentaggeldversicherers bei (Urk. 7/5, Urk. 7/21, Urk. 7/24) und holte ein polydisziplinäres Gutachten ein, das am 14. März 2016 erstattet wurde (Urk. 7/46).

Nach ergangenem Vorbescheid (Urk. 7/51) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 23. Mai 2016 einen Rentenanspruch (Urk. 7/55 = Urk. 2).

E. 1.1

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

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 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken.

Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein seelisches Leiden mit Krankheitswert besteht, welches die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG; BGE 139 V 547 E. 5; 131 V 49 E. 1.2; 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5 und 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4.).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt grundsätzlich eine lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (vgl. BGE 130 V 396; Urteile des Bundesgerichts 8C_616/2014 vom 25. Februar 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 herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

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

E. 1.4

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

E. 2

Die Versicherte erhob am 19. Juni 2016 Beschwerde gegen die Verfügung vom 23. Mai 2016 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihr eine ganze Rente zuzusprechen, eventuell sei die Sache an die IV-Stelle zwecks weiterer Abklärung zurückzuweisen (Urk. 1 S. 1 unten).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 24. August 2016 (Urk. 6) die Abweisung der Beschwerde. Mit Verfügung vom 5. Oktober 2016 wurde die Pensionskasse Y. zum Prozess beigelegt (Urk. 8). Mit Schreiben vom 27. Oktober 2016 verzichtete diese auf eine Stellungnahme (Urk. 10). Dies wurde den anderen Verfahrensbeteiligten am 31. Oktober 2016 zur Kenntnis gebracht (Urk. 11). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2), gestützt auf das polydisziplinäre Gutachten vom 14. März 2016 (Urk. 7/46), davon aus, dass es sich bei einer mittelgradigen depressiven Episode gemäss Rechtsprechung um ein vorübergehendes Leiden handle. Weiter stehe der psychische Zusammenbruch in engem Zusammenhang mit der letzten Arbeitsstelle sowie den häuslichen Belastungsfaktoren (S. 2 oben). Es bestünden aufgrund der Probleme am letzten Arbeitsplatz (Mobbing) sowie den häuslichen Sorgen klar psychosoziale Faktoren im Vordergrund, welche als IV-fremd gelten würden. Aufgrund der Diagnose sowie der psychosozialen Belastungsfaktoren sei kein invalidisierender Gesundheitsschaden ausgewiesen (S. 3 oben)

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber im Wesentlichen auf den Standpunkt (Urk. 1), die psychischen Leiden würden seit mindestens 2013 bestehen und seien trotz fachärztlicher und stationärer Behandlung nicht besser geworden (S. 3 oben). Sowohl die Ärzte des Z., der Vertrauensarzt der Pensionskasse der Y. als auch die Ärzte des

A.____ würden eine Arbeitsunfähigkeit bescheinigen (S. 3 Mitte/unten). Sogar im polydisziplinären Gutachten sei eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit festgestellt worden. Sie stehe noch immer in fachärztlicher Behandlung, welche bis jetzt noch keinen Erfolg gebracht habe. Somit seien die Behauptungen der Beschwerdegegnerin über eine schnelle Genesung nicht haltbar. Sie sei mit grosser Wahrscheinlichkeit zu 100 % arbeitsunfähig (S. 4).

E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin, insbe sondere ob zur Beurteilung des Rentenanspruchs auf das polydisziplinäre Gut achten vom 14. März 2016 (Urk. 7/46) abgestellt werden kann. 3. 3.1

Dr. med. B.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, nannte im Bericht des Vertrauensarztes für die Pensionskasse der Y.____ vom 10. Februar 2014 (Urk. 7/5) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähig keit (S. 2) eine Anpassungsstörung, Angst und Depression gemischt (ICD-10 F43.22) sowie differentialdiagnostisch eine anhaltend somatoforme Schmerz störung (ICD-10 F45.4). Die Prognose für die bisherige Tätigkeit sei bei ge nü gender Zeit, sich zu stabilisieren und die Schmerzsymptomatik in den Griff zu bekommen, durchaus gut (S. 6 oben). Es liege eine vorübergehende Arbeitsun fähigkeit vor (S. 8 f.). 3.2

Am 5. Januar 2015 berichteten die Ärzte des Z.____ über die Hospitalisation vom 11. November bis 18. Dezember 2014 (Urk. 7/18) und nannten als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine mittel gradige depressive Episode (ICD-10 F32.1), eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren mit Diskushernien (auf drei Höhen), einen Tinnitus aurium, Schwindel sowie einen arteriellen Hypertonus mit Ver dacht auf gelegentlich hypertensive Krisen (Ziff. 1.1). Nach der Hospitalisation lasse sich bislang nicht abschätzen, wie sich der Krankheitsverlauf weiter gestalten werde. Durch Krisenintervention, Pharmakotherapie und aktivierende Therapien habe bislang eine langsame und deutliche Besserung erreicht werden können. Der stationäre Wiedereintritt zur Fortführung der Behandlung habe am 8. Januar 2015 stattgefunden (Ziff. 1.4). Die Beschwerdeführerin habe zuletzt 50 % als Betreuungsassistentin in einem Hort gearbeitet. Seit Oktober 2013 sei sie durch den Vorbehandler 100 % krankgeschrieben. Vom 11. November 2014 bis 8. Januar 2015 werde eine Arbeitsunfähigkeit bescheinigt. Diese werde nach stationärem Wiedereintritt fortgesetzt (Ziff. 1.6). Eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit sei denkbar. Aktuell könne noch nicht beurteilt werden, ob mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit beziehungsweise Erhöhung der Einsatzfähigkeit gerechnet werden könne (Ziff. 1.8-9). 3.3

Am 2. März 2015 berichteten die Ärzte des Z.____ über die zweite Hospitalisation vom 8. Januar bis 6. Februar 2015 sowie über die aktu elle Hospitalisation seit dem 24. Februar 2015 (Urk. 7/21/2-5) und nannten da bei die bereits bekannten Diagnosen (Ziff. 1; vgl. vorstehend E. 3.2). Ergänzend zum Bericht vom 5. Januar 2015 führten die Ärzte aus, die Austritte seien jeweils erfolgt, um der Beschwerdeführerin gemeinsame Feiertage/Urlaube mit der Familie zu ermöglichen und begleitend die psychische Stabilität im Alltag zu verbessern. Die stationären Wiedereintritte seien jeweils geplant erfolgt. 3.4

Dr. B.____ (vorstehend E. 3.1) berichtete am 9. Mai 2015 (Urk. 7/24) über eine Verlaufskontrolle und führte aus, es würden zunehmende Schwierigkeiten auch in der Familie bestehen, weil sich die Beschwerdeführerin wert- und nutz los fühle und allen nur

eine Last sei (Ziff. A4). Die Prognose für die bisherige Tätigkeit müsse inzwischen als sehr schlecht angesehen werden. Weder ambulante noch stationäre Behandlungen hätten eine Besserung gebracht, der Gesundheitszustand habe sich weiter verschlechtert. Auch die Prognose für andere Tätigkeiten seien aktuell sehr schlecht (Ziff. A.7.1-2). Für die bisherige Tätigkeit liege eine 100%ige dauerhafte Arbeitsunfähigkeit vor (Ziff. B1). Es liege (vorübergehend bis auf weiteres, vermutlich mehrere Monate) eine Arbeitsunfähigkeit bezogen auf jede Tätigkeit vor. (Ziff. B2). 3.5

Die Ärzte des A.____ berichteten am 26. Mai 2015 (Urk. 7/26/7-12) über die ambulante Behandlung seit dem 9. März 2015 (Ziff. 1.2) und nannten als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2), Diskushernien (auf drei Höhen), Schwindel sowie eine arterielle Hypertonie (Ziff. 1.1). Dazu führten sie aus, aufgrund der Schwere der depressiven Störung bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis zum heutigen Tag. Auch auf längere Sicht sei eine Besserung mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht zu erwarten. Der Zustand bestehe mindestens seit Oktober 2013 ohne nennenswerte Besserung (S. 1). Seit ihrer Erkrankung habe sich die Beschwerdeführerin mehrere Male in stationäre Behandlung ins Z.____ begeben, ohne dass es zu einer wesentlichen Besserung der Symptomatik gekommen sei. Es sei von einer fortgeschrittenen Chronifizierung des Zustandes auszugehen, da es trotz konsequent durchgeführten Behandlungen im stationären und ambulanten Rahmen zu unbefriedigenden Behandlungs- und Rehabilitationsergebnissen gekommen sei (S. 2 oben). Eine sichere Prognose könne zum derzeitigen Zeitpunkt nicht gegeben werden. Aufgrund der chronifizierten Komorbidität sei auch ein ungünstiger Verlauf der Erkrankung möglich. Wegen der Kombination von somatischen Problemen wie Diskushernien und Hypertonie bestehe eine erhöhte Vulnerabilität für Rückfälle des depressiven Störungsbildes sowie für wiederkehrende ausgeprägte Schwierigkeiten im zwischenmenschlichen Bereich. Vor diesem Hintergrund bestehe momentan bei der Beschwerdeführerin eine deutlich reduzierte psychische und physische Belastbarkeit (vgl. Prognose, Ziff. 1.4 S. 3). Es bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit als Mitarbeiterin im Hort und als Hausmeisterin seit Oktober 2013 bis auf weiteres (Ziff. 1.6). Dabei bestehe aufgrund des Erkrankungsbildes derzeit eine ungenügende Belastbarkeit sowohl in psychischer als auch in körperlicher Hinsicht (Ziff. 1.7 S. 4 unten). In welchem Umfang und seit wann eine behinderungsangepasste Tätigkeit möglich sei, könne nicht beurteilt werden (Ziff. 1.7 S. 5 oben). Derzeit sei eine Arbeitsfähigkeit undenkbar. Die Therapieziele momentan auf die Integration der Beschwerdeführerin in ihrer Familie und der Übernahme ihrer Rolle als Mutter und Hausfrau sowie auf ihre Beschäftigungsfähigkeit ab (Ziff. 1.8). Darüber, ob mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit gerechnet werden könne, könne momentan keine Aussage getroffen werden, die Wahrscheinlichkeit sei gering (Ziff. 1.9). 3.6

Im Austrittsbericht des Z.____ vom 2. Juni 2015 (Urk. 7/30/2-10 = Urk. 3) berichteten die Ärzte unter anderem über die dritte Hospitalisation vom 24. Februar bis 13. März 2015 und nannten als Hauptdiagnosen eine mittelgradige depressive Episode, mit Angst (ICD-10 F32.1). Als Nebendiagnosen nannten sie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, Diskushernien auf drei Höhen (ICD-10 F45.41), einen Tinnitus aurium, Schwindel, arterieller Hypertonus, einen Status nach Ovarialzysten-Operation und einen Diabetes mellitus (nicht insulinpflichtig). Die Einbindung der Beschwerdeführerin in das multimodale Therapiekonzept (Kunst-, Bewegungs-, Ergotherapie) sei durch die

ausgeprägte körperliche Einschränkung der Beschwerdeführerin, durch das chronische Schmerzsyndrom sowie ihre am Anfang deutlich ängstliche Haltung zunächst erschwert worden.

Jedoch habe sich die Beschwerdeführerin anhaltend hochmotiviert gezeigt, an verfügbaren Fachtherapien teilzunehmen und ihre Situation zu verbessern. Zusätzlich habe die Beschwerdeführerin wieder begonnen, handwerklichen Aktivitäten, wie Häkeln, nachzugehen. Die Beschwerdeführerin habe regelmässig und sehr motiviert an den angebotenen Fachtherapien teilgenommen, habe sich hierbei in der Interaktion sehr freundlich und angenehm im Umgang gezeigt und habe so im Verlauf eine Tagesstruktur aufbauen können. Zusätzlich habe sie regelmässig und auch häufig am Wochenende die morgendliche Lichttherapie genutzt. Zudem habe die Beschwerdeführerin mehrfach an einer

Wachtherapie teilgenommen. Es seien ressourcenaktivierende und psychoedukativ orientierte supportive Einzelgespräche mit der Pflegeperson

und der zuständigen Stationsärztin erfolgt. Unter diesen Massnahmen habe sich das psychische Zustandsbild der Beschwerdeführerin langsam aber stetig verbessert. Die Fähigkeit zur sozialen Interaktion mit dem Behandlungsteam und den Mitpatienten, inklusive Halten von Blickkontakt, habe sich im Verlauf deutlich gebessert. Die Beschwerdeführerin sei als umgänglich und sehr freundlich erlebt worden. Urlaube an den Wochenenden seien von der Beschwerdeführerin im Verlauf wiederholt in Anspruch genommen und mit Unterstützung der Angehörigen gut bewältigt worden (S. 4).

Der stationäre Aufenthalt sei zweimalig unterbrochen worden, um der Beschwerdeführerin gemeinsamen Urlaub mit der Familie zu ermöglichen. Unter den genannten Massnahmen habe sich das psychische Zustandsbild der Beschwerdeführerin langsam aber kontinuierlich verbessert. Anhaltend bestehe bei der Beschwerdeführerin jedoch eine deutliche Unsicherheit im Umgang mit anderen Menschen, so habe sie die Äusserungen anderer sehr schnell auf sich bezogen und anhaltend ein geringes Selbstwertgefühl beschrieben. Zum weiteren Aufbau einer anhaltenden Tagesstrukturierung sowie zur Evaluation beruflicher

Wiedereinstiegsmöglichkeiten sei die Beschwerdeführerin für eine teilstationäre Anschlussbehandlung in der Tagesklinik A.____ angemeldet worden. Die Beschwerdeführerin sei am 13. März 2015 in gebessertem, psychischem Zustandsbild aus der stationären Behandlung entlassen worden (S.

5 oben). 3.7

Dr. med. C.____, Facharzt für Neurologie, Dr. med. D.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, med. pract. E.____, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, sowie Dr. med. F.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und für Neurologie, nannten im polydisziplinären Gutachten des G.____ vom 14. März 2016 (Urk. 7/46) die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 9 Ziff. 1):
- mittelgradige depressive Episode bei Verdacht auf rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33.1)

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie (S. 9 Ziff. 2):
- chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) -
- chronisches Lumbovertebralsyndrom mit mittelgradigen degenerativen Veränderungen der

Lendenwirbelsäule - Kolonpolypen, endoskopisch entfernt, Divertikulose - Diabetes mellitus, nicht insulinpflichtig - anamnestisch arterielle Hypertonie - Nikotinabusus - Adipositas - Hyperurikämie - latente Hypothyreose

Dazu führten die Gutachter aus, die Beschwerdeführerin sei psychiatrisch, neurologisch, internistisch und orthopädisch begutachtet worden. Führend sei aus psychiatrischer Sicht eine mittelgradige depressive Episode bei Verdacht auf rezidivierende Depression gewesen. Aus orthopädischer Sicht sei ein chronisches Lumbovertebralsyndrom mit/bei mittelgradigen degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule gesehen worden.

Aus internistischer Sicht habe sich ebenso wie aus neurologischer Optik keine Diagnose mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit stellen lassen .

Die Arbeitsfähigkeit in der letzten Tätigkeit als Hauswirtschafterin sei im Wesentlichen durch die psychiatrische Diagnose beeinträchtigt. Die Beschwerdeführerin

könne diese Tätigkeit wie auch Verweistätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt lediglich in einer Grössenordnung von 50 % verrichten . Die mittelschwere depressive Episode begründe die Einschränkung der

Arbeitsfähigkeit (S. 9 unten) . In qualitativer Hinsicht sei die Arbeitsfähigkeit obendrein durch die orthopädischen Leiden eingeschränkt, das Belastungsprofil der Beschwerdeführerin sei qualitativ auf leichte bis mittelschwere Tätigkeiten reduziert (S. 10 oben) .

Die Beschwerdeführerin sei in der Lage, körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Lasten bis zu 15 kg durchzuführen, die Tätigkeiten sollten überwiegend im Sitzen, zeitweilig im Gehen und Stehen, ohne Einnahme von Zwangshaltungen (Vorbeuge) durchgeführt werden. Tätigkeiten unter extremen Temperaturschwankungen, Hitze-, Kälte- und Noiseexposition sollten ebenso vermieden werden. Ferner sei die Beschwerdeführerin lediglich in der Lage, Tätigkeiten einfacher geistiger Natur mit geringer Verantwortung auszuüben, wobei Tätigkeiten unter besonderem Zeitdruck sowie unter Nachtarbeitsbedingungen wegen der psychischen Minderbelastbarkeit zu vermeiden seien (S. 10 oben) .

Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit könne die Beschwerdeführerin lediglich 4.25 Stunden täglich ohne weitere Minderung der Leistungsfähigkeit ausüben, so dass eine Arbeitsfähigkeit in der Grössenordnung von 50 % vorliege .

Die Beschwerdeführerin könne Tätigkeiten im oben beschriebenen Belastungsprofil 4.25 Stunden täglich ohne Minderung der Leistungsfähigkeit ausüben. Für leidensgerechte Tätigkeiten bestehe mithin eine Arbeitsfähigkeit in der Grössenordnung von 50 % (S. 10 Mitte) . Dabei sei die Arbeitsfähigkeit seit Februar 2014 auf 50 % reduziert (S. 10 unten). Die Prognose sei offen, die Veränderungsmotivation sei gering. Subjektiv erlebe sich die Beschwerdeführerin als vollständig invalidisiert. Die Beschwerdeführerin erweise sich versagend, verknüpft mit passiven Versorgungswünschen und ein etwaiger Therapieerfolg stünde derartigen Versorgungserwartungen diametral entgegen (S. 11 oben).

Die Gutachter führten weiter aus, nicht versicherte Faktoren wie schwierige psychosoziale Rahmenbedingungen und eine Migrationsproblematik würden zwar vorliegen. Diese Einschränkungen ausser Acht lassend bestehe die attestierte Arbeitsfähigkeit in der Grössenordnung von 50 % (S. 11 unten). Hinweise auf Aggravation, gar Simulation hätten sich keine ergeben (S. 12 oben). 4. 4.1

Streitig und zu prüfen ist, ob es sich bei der Erkrankung der Beschwerdeführerin um ein dauerhaftes, invalidisierendes Leiden handelt. Die Beschwerdegegnerin hielt in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) fest, dass aufgrund der Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode bei Verdacht auf eine rezidivierende depressive Störung sowie aufgrund der psychosozialen Belastungsfaktoren kein invalidisierender Gesundheitsschaden ausgewiesen sei. 4.2

Im polydisziplinären Gutachten des G.____ (vgl. vorstehend E. 3.7) wird sowohl eine depressive Erkrankung als auch ein unklares Beschwerdebild diagnostiziert. Zunächst ist zu beurteilen, wie sich diese beiden Störungsbilder zueinander verhalten.

Beim Zusammentreffen einer - wie vorliegend - zuverlässig diagnostizierten depressiven Episode und einer somatoformen Schmerzstörung sind in erster Linie die (fach-) ärztlichen Feststellungen zur Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsunfähigkeit massgeblich; selbst dann, wenn rechtlich betrachtet ein unklares Beschwerdebild vorliegt, muss fachärztlich geprüft werden, ob nicht ein anderes Störungsbild gegeben ist, das anhand klinischer und/oder anderweitiger Untersuchungen zuverlässig nachgewiesen werden kann (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_278/2014 vom 24. Juni 2014 E. 5.1.2 sowie 8C_251/2013 vom 14. Februar 2014 E. 4.2.2).

Aus dem psychiatrischen Teilgutachten geht hervor, dass die psychopathologischen Befunde die Annahme einer mittelschweren depressiven Episode begründen würden. Daneben bestehe eine mässig ausgeprägte chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Psychische Faktoren seien an der Entstehung und an der Aufrechterhaltung der Schmerzstörung beteiligt. Die Beschwerdeführerin sei allerdings im Schmerzerleben gedanklich nicht gefangen. Eine Relevanz für die Arbeitsfähigkeit ergebe sich aus der Schmerzstörung daher nicht, zumal die Beschwerdeführerin auch keinen vollständigen sozialen Rückzug aus allen Lebensbereichen aufweise, die depressive Störung nur mittelgradig ausgeprägt sei und die Beschwerdeführerin zudem über Ressourcen in den komplexen Ich-Funktionen, die Realitätsprüfung und Urteilsbildung verfüge. Auch die Interaktionsgestaltung und Interaktionskompetenz der Beschwerdeführerin

sei, trotz einiger Einschränkungen, ausreichend, übereinstimmend auch mit der Einschätzung der behandelnden Ärzte anlässlich des letzten stationären Aufenthaltes im Z.____ (vgl. Urk. 7/46 S. 27 unten).

Angesichts dieser gutachterlichen Ausführungen erscheint die depressive Erkrankung nicht lediglich als eine Begleiterscheinung zum unklaren Beschwerdebild, sondern stellt ein selbständiges vom unklaren Beschwerdebild losgelöstes Leiden dar. Sodann wird die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit überwiegend mit der depressiven Erkrankung begründet (vgl. Urk. 7/46 S. 9 unten f.). Daneben wird die chronische Schmerzstörung als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt. Dass die Schmerzen oder die unklaren Beschwerden in die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit eingeflossen wären, ergibt sich aus den gutachterlichen Ausführungen nicht. Damit ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die depressive Erkrankung vorliegend klar im Vordergrund steht.

Die strittige Frage, ob vorliegend ein invalidisierender Gesundheitsschaden gegeben ist, ist damit mit Blick auf die depressive Störung zu beurteilen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_856/2013 vom 8. Oktober 2014 E. 5.2). 4.3

Die Würdigung der medizinischen Akten ergibt, dass das polydisziplinäre Gutachten des G.____ vom 14. März 2016 (vorstehend E. 3.7) die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden in angemessener Weise berücksichtigt, in Kenntnis sowie in Auseinandersetzung mit den relevanten Vorakten erstattet wurde und der konkreten medizinischen Situation Rechnung trägt. Die Beurteilung leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ein und die vorgenommenen Schlussfolgerungen zu Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit werden ausführlich begründet. Die Beurteilung durch die Gutachter des G.____ ist nach dem Gesagten für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend. Das Gutachten erfüllt damit die praxismässigen Kriterien für beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen (vgl. vorstehend E. 1.4) vollumfänglich, so dass für die Entscheidungsfindung darauf abgestellt werden kann. Die Gutachter kamen zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin die letzte Tätigkeit als Hauswirtschafterin wie auch Verweistätigkeiten in einer Grössenordnung von 50 % verrichten könne. Die Beschwerdeführerin sei in der Lage, körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Lasten bis zu 15 kg durchzuführen. Die Tätigkeiten sollten überwiegend im Sitzen, zeitweilig im Gehen und Stehen, ohne Einnahme von Zwangshaltungen (Vorbeuge) durchgeführt werden. Tätigkeiten unter extremen Temperaturschwankungen, Hitze-, Kälte- und Nässeexposition sollten ebenso vermieden werden. Ferner sei die Beschwerdeführerin lediglich in der Lage, Tätigkeiten einfacher geistiger Natur mit geringer Verantwortung auszuüben, wobei Tätigkeiten unter besonderem Zeitdruck sowie unter Nachtarbeitsbedingungen wegen der psychischen Minderbelastbarkeit zu vermeiden seien (vgl. vorstehend E. 3.7). 4.4

Entgegen den Ausführungen der Beschwerdegegnerin (vgl. Urk. 2 S. 2 f.) ist gestützt auf das polydisziplinäre Gutachten von einem invalidisierenden und somit langandauernden psychischen Gesundheitsschaden auszugehen. 4.4.1

Grundsätzlich setzt der Nachweis einer Invalidität im Rechtssinn eine gesundheitlich bedingte, erhebliche und evidente, dauerhafte sowie objektivierbare Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit voraus. Dieser Massstab gilt für sämtliche Leiden gleichermaßen (BGE 139 V 547 E. 9.4). Eine Anspruchsberechtigung setzt stets eine nachvollziehbare ärztliche Beurteilung der Auswirkungen des Gesundheitsschadens auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit voraus, wobei für die Eignung eines Gesundheitsschadens, die Leistungsfähigkeit rechtserheblich einzuschränken, nicht bereits die Befunde und Diagnosen, sondern erst deren Folgeabschätzung entscheidend ist (vgl. dazu auch vorstehend E. 1.2). 4.4.2

Die Beschwerdegegnerin hält zu Recht fest, dass es sich bei depressiven Episoden (ICD-10 F32) definitionsgemäss um vorübergehende Leiden handelt, indem solche Episoden im Mittel etwa sechs Monate, selten länger als ein Jahr dauern. Demgegenüber sind länger dauernde Störungen unter der Codierung F33 respektive F34 zu subsumieren (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_80/2011 vom 14. Juni 2011 E. 6.3.2 mit Hinweis).

Dem Umstand, dass im polydisziplinären Gutachten (nur) eine mittelgradige depressive Episode (bei Verdacht auf rezidivierende depressive Störung) und keine rezidivierende depressive Störung im eigentlichen Sinne diagnostiziert worden ist, kommt vorliegend keine entscheidende Bedeutung zu. Selbst wenn das depressive Leiden vorliegend fachärztlicherseits unter eine depressive Episode subsumiert wurde, so geht aus dem polydisziplinären Gutachten nachvollziehbar und plausibel hervor, dass (mittlerweile) von einem langandauernden Gesundheitsschaden auszugehen ist. So besteht bei der

Beschwerdeführerin im Begutachtungszeitpunkt seit mehr als zwei Jahren eine psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit. Es fanden eine kontinuierliche ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische sowie drei stationäre psychiatrische Behandlungen statt. Der psychiatrische Gutachter führte sodann aus, dass sich die Beschwerdeführerin gemäss eigenen Angaben bereits früher in psychiatrische Behandlung begeben und unter einer depressiven Episode gelitten habe (vgl. Urk. 7/46 S. 23 unten sowie S. 26 unten). Hierzu hielt er weiter fest, im Lichte der anamnestisch angegebenen früheren depressiven Episode sei am ehesten an eine rezidivierende depressive Störung zu denken (vgl. Urk. 7/46 S. 27 oben). Des Weiteren führte der psychiatrische Gutachter unter Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit zwar eine mittelgradige depressive Episode bei Verdacht auf eine rezidivierende depressive Störung auf, die depressive Erkrankung codierte er schliesslich trotzdem mit F33.1, wie sie für rezidivierende depressive Störungen, also länger dauernde depressive Störungen verwendet wird. Unter den gegebenen Umständen ist daher anzunehmen, dass der psychiatrische Gutachter aufgrund fehlender (Vor-)Akten zu der von der Beschwerdeführerin berichteten früheren Depression davon absah, eine rezidivierende depressive Störung zu diagnostizieren, was aus diagnostisch-medizinischer Sicht durchaus nachvollziehbar erscheint.

Soweit die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung die invalidisierende Wirkung des depressiven Leidens aufgrund der Diagnosestellung in Frage stellt, kann ihr nach dem Gesagten nicht gefolgt werden. 4.4.3

Soweit sich die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2 S. 2 f.) auf den Standpunkt stellt, dass aus versicherungsmedizinischer Sicht die psychischen Leiden aufgrund der psychosozialen Belastungsfaktoren entstanden seien und somit kein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliege, kann ihr mit Blick auf die medizinische Aktenlage, insbesondere das vorliegende Gutachten (vgl. vorstehend E. 3.7) ebenfalls nicht gefolgt werden.

Sobald eine Diagnose lege artis gestellt wird und der Psychiater oder die Psychiaterin respektive der Gutachter nicht bloss Befunde erhebt, welche in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in ihnen aufgehen, sondern selbstständige psychische Störungen diagnostiziert, liegt ein invalidenversicherungsrechtlich potenziell relevanter psychischer Gesundheitsschaden vor (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_478/2007 vom 19. Juni 2008, E. 3.3.2).

Mit anderen Worten ist eine wie im vorliegenden psychiatrischen Gutachten nachvollziehbar festgestellte psychische Erkrankung, welche eine andauernde und erhebliche Erwerbsunfähigkeit bewirkt, relevant und nicht deshalb invaliditätsfremd, weil sie auch auf psychosoziale Faktoren zurückgeführt werden kann. Im gleichen Sinn hielt das Bundesgericht in einem anderen Urteil fest, sofern ein Gutachter lege artis begutachtet und unter Berücksichtigung der normativen Vorgaben gemäss der Rechtsprechung auf eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit schliesst, dem aus rechtlicher Sicht zu folgen ist, sofern die rechtsanwendende Stelle nicht konkrete, fallgebundene Gesichtspunkte zu nennen vermag, die im Rahmen der Folgenabschätzung eine im Vergleich zum Gutachter abweichende Ermessensausübung gebieten (Urteil des Bundesgerichts 9C_855/2014 vom 24. Oktober 2014 E. 2.4.2). Solches ist vorliegend zu verneinen.

Was die psychosozialen Faktoren betrifft, so liegen solche vorliegend unbestrittenermassen vor, was denn im vorliegenden Gutachten auch festgehalten wurde. Aus dem Gutachten

ergibt sich allerdings auch, dass diese Belastungen bei der attestierten Arbeitsfähigkeit ausser Acht gelassen worden seien (vgl. vorstehend E. 3.7). Die Beschwerdeführerin erkennt offen sichtlich, dass neben den psychosozialen Faktoren eine verselbständigte psychische Störung vorliegt, welche die Arbeitsfähigkeit einschränkt (vgl. vorstehend E. 3.7 sowie E. 4.4.2). 4.4.4

Aufgrund der mittelgradigen depressiven Episode bei Verdacht auf rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33.1) gingen die Gutachter von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit aus.

Zwar fallen nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtes 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. 3.3 mit Hinweis). Vorliegend verhält es sich so, dass die Beschwerdeführerin kontinuierlich in ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung war und ist (Frequenz von ein bis zweimal pro Woche zu Einzeltherapien, einmal pro Monat zur psychopharmakologischen Behandlung; vgl. Urk. 7/26 Ziff. 1.5). Weiter sind drei stationäre psychiatrische Behandlungen im Z. ___ erfolgt (vgl. vorstehend E. 3.2, E. 3.3 sowie E. 3.6), wobei ein erneuter stationärer Behandlungsversuch offenbar von den behandelnden Ärzten erwogen worden sei (vgl. Urk. 7/46 S. 29 Mitte). Eine Befundbesserung habe sich offenbar nur kurzzeitig eingestellt (vgl. Urk. 7/46 S. 27 oben). Die Gutachter hielten sodann fest, dass seit 2014 keine Veränderung der Arbeitsunfähigkeit eingetreten sei (vgl. Urk. 7/46 S. 17 oben). Damit wurden die aus fachärztlicher Sicht indizierten zumutbaren Behandlungsmöglichkeiten in kooperativer Weise optimal und nachhaltig ausgeschöpft (vgl. auch Urk. 7/46 S. 14 und S. 16; BGE 140 V 193 E. 3.3; 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). Gemäss den behandelnden Ärzten des A. ___ sei von einer fortgeschrittenen Chronifizierung des Zustandes auszugehen, da es trotz konsequent durchgeführten Behandlungen im stationären und ambulanten Rahmen zu unbefriedigenden Behandlungs- und Rehabilitationsergebnissen gekommen sei. Weiter sei eine Besserung mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht zu erwarten, entsprechend konnten die behandelnden Ärzte keine sichere Prognose stellen (vgl. vorstehend E. 3.5). Auch der Vertrauensarzt für die Pensionskasse Y. ___ erachtete die Prognose in seinem Verlaufsbericht als sehr schlecht, da weder ambulante noch stationäre Behandlungen eine Besserung gebracht hätten (vgl. vorstehend E. 3.4). Aufgrund keiner nennenswerten Veränderungsmotivation schätzte der psychiatrische Gutachter die Prognose schliesslich als eher zweifelhaft ein (vgl. Urk. 7/46 S. 30). Angesichts dieser fachärztlichen Beurteilungen und Prognosen sowie der Behandlungsdauer muss vorliegend mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer anspruchrelevanten Therapieresistenz der depressiven Störung ausgegangen werden, zumal auch keine weiteren Therapien genannt wurden, von denen in absehbarer Zeit eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustands zu erwarten war.

Hinsichtlich der Ressourcen ist festzuhalten, dass sich aus den geschilderten Tagesabläufen anlässlich der Begutachtung ein sozialer Rückzug und ein vermindertes Aktivitätsniveau in allen vergleichbaren Lebensbereichen der Beschwerdeführerin ergibt (vgl. Urk. 7/46 S. 29), wobei die Beschwerdeführerin durchaus noch über einige Ressourcen verfügt (vgl. Urk. 7/46 S. 27 unten, S. 28 unten f., S. 29), was sich in der im Gutachten attestierten 50%igen Arbeitsfähigkeit widerspiegelt.

Schliesslich stimmt die gutachterliche Einschätzung der invalidisierenden depressiven Erkrankung auch mit den behandelnden Ärzten in dem Sinne überein, als diese ebenfalls von einer verselbstständigten psychischen Störung ausgingen. Nicht abgestellt werden kann hingegen auf die seitens der behandelnden Ärzte

attestierten aber wenig begründete vollständige Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin (vgl. vorstehend E. 3.5). Letztere Einschätzung findet ihre Begründung in der Erfahrungstatsache, dass nicht nur allgemein praktizierende Hausärzte, sondern auch behandelnde Spezialärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. BGE 125 V 353 E. 3b/cc mit Hinweisen). 4.5

Mit der diagnostizierten depressiven Erkrankung ist somit entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin eine IV-relevante gesundheitliche Störung ausgewiesen. Gestützt auf das polydisziplinäre Gutachten vom 14. März 2016 ist daher mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die Beschwerdeführerin in ihrer Arbeitsfähigkeit seit Februar 2014 zu 50 % eingeschränkt ist. 5.

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

Es bleibt damit die Prüfung der erwerblichen Auswirkungen der vorhandenen Einschränkungen vorzunehmen.

E. 5.2

Die Beschwerdeführerin hat keinen Beruf erlernt und übte verschiedene Hilfstätigkeiten aus, teilweise als Reinigungskraft, teilweise als Allrounderin oder als Abwartin (vgl. Urk. 7/46 S. 23 unten). Zwischenzeitlich bezog sie im Jahr 2012

ausserdem Leistungen der Arbeitslosenversicherung (Urk. 7/11/4). Die Beschwerdeführerin hat somit überwiegend Hilfsarbeitertätigkeiten ausgeführt und es ist davon auszugehen, dass sie ohne gesundheitliche Beeinträchtigungen weiterhin solche Tätigkeiten ausführen würde. Da somit sowohl hinsichtlich des (hypothetischen) Valideneinkommens als auch bezüglich des Invalideneinkommens der selbe Tätigkeitsbereich (Hilfsarbeitertätigkeiten) zugrunde gelegt werden kann, ist sowohl für die Ermittlung des Valideneinkommens als auch des Invalideneinkommens auf die Tabellen der Lohnstrukturerhebungen (LSE) des Bundesamtes für Statistik (BFS) abzustellen und von denselben Zentralwerten auszugehen. Sind die beiden Einkommen ausgehend vom selben

Lohn zu berechnen, erübrigt sich deren genaue Ermittlung und es rechtfertigt sich ein Prozentvergleich (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 8C_131/2011 vom 5. Juli 2011 E. 10.2.1).

Dies führt unter Berücksichtigung des zumutbaren Pensums zu einem Invaliditätsgrad von 50 %.

E. 5.3

Die Beschwerde ist somit in dem Sinne gutzuheissen, dass die angefochtene Verfügung mit der Feststellung aufzuheben ist, dass die Beschwerdeführerin nach Ablauf des Wartjahres (vgl. die seit Februar 2014 gutachterlich attestierte Arbeitsunfähigkeit, Urk. 7/46 S. 10 unten, zumal sich der Gesundheitszustand nach der Krankschreibung ab Oktober 2013 im Winter zunächst stabilisierte, Urk. 7/5 S. 2 A1 und S. 4 A3.3 unten) ab Februar 2015 (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) , Anspruch auf eine halbe Rente hat. 6.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 6.1

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

E. 6.2

Nach Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht hat die obsiegende beschwerdeführende Person Anspruch auf den vom Gericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses, dem Zeitaufwand und den Barauslagen festzusetzenden Ersatz der Parteikosten. Die teilweise obsiegende vertretene Beschwerdeführerin hat Anspruch auf eine Parteientschädigung, die beim praxisgemässen Stundenansatz von Fr. 145.-- für übrige Vertreter (zuzüglich Mehrwertsteuer) ermessensweise auf Fr. 1'300.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen und von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist. Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 23. Mai 2016 aufgehoben, und es wird festgestellt, dass die Beschwerdeführerin mit Wirkung ab 1. Februar 2015 Anspruch auf eine halbe Invalidenrente hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 1'300.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Milosav Milovanovic - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Pensionskasse Y.____ - 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, zu zustellen.

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

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.