

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00870 vom 30. November 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-11-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00870

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00870 du 30 novembre 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00870 del 30 novembre 2017

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1961, arbeitete als Mitarbeiterin in Küche und Kiosk bei der Y.____ AG, zuletzt mit einem Pensum von 65 % (Urk. 7/18/4). Ab dem 26. März 2013 bestand wegen Rückenschmerzen eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 7/2/7, 7/18/2).

Am 1. Mai 2013 meldete die Versicherte sich bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, für die berufliche Integration und für eine Rente an (Urk. 7/2). Die IV-Stelle führte eine Eingliederungsberatung mit dem Ziel des Arbeitsplatzerhalts durch, welche am 9. Dezember 2013 erfolglos abgeschlossen wurde (Urk. 7/7, 7/16, 7/17). Sodann holte die IV-Stelle bei den behandelnden Ärzten Berichte ein (Urk. 7/10, 7/22, 7/36, 7/37) sowie die Akten des zuständigen Taggeldversicherers (vgl. Urk. 7/23). Weiter veranlasste sie eine interdisziplinäre rheumatologische und psychiatrische Begutachtung, welche Gutachten am 15. Juli 2014 erstattet wurden (Urk. 7/43, 7/44).

Mit Vorbescheid vom 20. August 2014 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass kein Anspruch auf eine Invalidenrente bestehe (Urk. 7/46). Die Versicherte liess Einwand erheben und den Bericht des Spitals Z.____ vom 2. September 2014 einreichen (Urk. 7/49, 7/56, 7/58, 7/59). Daraufhin zog die IV-Stelle weitere Berichte der behandelnden Ärzte bei (Urk. 7/67, 7/72, 7/73, 7/78, 7/82, 7/83). Am 3. Mai 2016 (Urk. 7/84) gewährte die IV-Stelle der Versicherten das rechtliche Gehör und mit Verfügung vom 23. Juni 2016 verneinte sie einen Rentenanspruch (Urk. 2).

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2.1

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit

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

und 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4.).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt grundsätzlich eine lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (vgl. BGE 130 V 396; Urteile des Bundesgerichts 8C_616/2014 vom 25. Februar 201

E. 1.2.2

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 eingliederungsanamnestisch 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).

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

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. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau

ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

E. 1.5

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte 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 (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt – was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist –, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; Ulrich Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in: Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.). 2.

E. 2

Mit Eingabe vom 17. August 2016 liess die Versicherte gegen die Verfügung vom 23. Juni 2016 Beschwerde erheben und beantragen, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei gestützt auf einen Einkommensvergleich festzustellen, dass sie Anspruch auf mindestens eine halbe Rente habe, und es sei ein neues medizinisches Gutachten einzuholen (Urk. 1 S. 2). In der Beschwerdeantwort vom 21. September 2016 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), was der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 4. Oktober 2016 mitgeteilt wurde.

Auf die einzelnen Vorbringen in den Rechtsschriften und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung:

- 1.

E. 2.1

Die IV-Stelle ging in der angefochtenen Verfügung davon aus, für Arbeiten mit zeitweilig grösserer Rückenbelastung wie die bisherige Tätigkeit bestehe eine Einschränkung von 25 %. Für jede andere angepasste Arbeit bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit. Es sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einem gegenüber dem Zeitpunkt der Begutachtung im Juli 2014 unveränderten Gesundheitszustand auszugehen. Einzig die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch die Gutachter einerseits und die behandelnden Ärzte andererseits sei unterschiedlich (Urk. 2).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin lässt in der Beschwerde geltend machen, seit Sommer 2014 sei es zu einer Verschlechterung der gesundheitlichen Situation gekommen. Entgegen den Ausführungen von Dr. med. A.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom Regionalen Ärztlichen Dienst der IV-Stelle (RAD) sei im Zeitpunkt der Begutachtung im Juli 2014 noch keine Rede von der beginnenden Coxarthrose, der Lebersteatose, der Cholezystolithiasis, der Hyperlipidämie und der Fibromyalgie gewesen (Urk. 1 S. 4). Der Psychiater Dr. med. B.____ sei zum Schluss gekommen, dass kein psychisches Leiden mit Krankheitswert vorliege, eine psychiatrische Therapie nicht angezeigt und die Prognose günstig sei. Die neueren Berichte bewiesen das Gegenteil. Es sei ein neues psychiatrisches Gutachten einzuholen. Das rheumatologische Gutachten sei sehr vage ausgefallen. Aufgrund dessen und der Verschlechterung des Gesundheitszustands sei es angezeigt, ein neues Gutachten einzuholen (Urk. 1 S. 5 f.).

Die Beschwerdegegnerin habe es zudem unterlassen, einen Einkommensvergleich vorzunehmen. Sie, die Beschwerdeführerin, habe seit dem Jahr 2002 bei der Y.____ AG gearbeitet und im Jahr 2010 ein Einkommen von Fr. 62'000.- erzielt, was aktuell einem Einkommen von Fr. 70'000.- entspreche und welches zu berücksichtigen sei. In den nachfolgenden Jahren 2011 und 2012 habe sie ihr Pensum aus gesundheitlichen Gründen reduziert und einen tieferen Lohn erhalten. In einer angepassten Tätigkeit könnte sie heute höchstens noch Fr. 40'000.- verdienen. Damit ergebe sich ein Invaliditätsgrad von über 40 %. Sodann sei ein Leidensabzug von 25 % vorzunehmen (Urk. 1 S. 6).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist somit, ob die Einholung eines zusätzlichen Gutachtens geboten ist sowie, ob sich aus dem Einkommensvergleich ein rentenbegründender Invaliditätsgrad ergibt. 3. 3.1

Med. pract. C.____, Ärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, führte im zu Händen des Krankentaggeldversicherers erstellten Gutachten vom 18. September 2013 aus, bei der Versicherten bestehe ein ausgeprägtes Schmerzbild, welches praktisch den gesamten Bewegungsapparat umfasse (Urk. 7/23/11). Nach den Angaben von Dr. med. D.____, Facharzt für Rheumatologie und Physikalische Medizin und Rehabilitation, seien die Therapieoptionen ausgeschöpft (Urk. 7/23/14). Sie diagnostizierte ein generalisiertes Schmerzsyndrom bei Panvertebralsyndrom mit degenerativen Halswirbel- und Lendenwirbelsäulen-Veränderungen, mit Weichteilschmerzen an Armen und Beinen und mit dysfunktionalem Verhalten und Kognitionen im Umgang mit den Schmerzen sowie einen Status nach Vitamin D3-Mangel, substituiert (Urk. 7/23/14). Höhergradige segmentale Dysfunktionen an der Wirbelsäule seien im Rahmen der gezeigten Bewegungsumfänge nicht fassbar und die peripheren Gelenke seien unauffällig. Radikuläre Reiz- oder sensomotorische Ausfallsymptome fänden sich keine (Urk. 7/23/14-15). Radiologisch bestünden multisegmentale Diskopathien der mittleren und unteren Halswirbelsäule, bilaterale Facettengelenksarthrosen unterhalb des Lendenwirbelkörpers 3 und als Hauptbefund eine erhebliche Segmentdegeneration L5/S1 mit Osteochondrose. Die vorliegenden Zusatzabklärungen im Labor zeigten keine Anhaltspunkte für eine sekundäre Schmerzursache. Die Ärztin empfahl bei weiterhin fehlendem Effekt die Absetzung der Analgetika sowie die interdisziplinäre Beurteilung der Arbeitsfähigkeit unter Beizug eines Psychiaters oder einer Psychiaterin (Urk. 7/23/15). Rein rheumatologisch lasse sich keine längerfristige volle Arbeitsunfähigkeit begründen. Eine leichte Einschränkung der

Wirbelsäulenbelastbarkeit erscheine dagegen plausibel (Urk. 7/23/14-15). Körperlich schwere Arbeiten und Arbeiten in wirbelsäulenbelastenden Dauerpositionen seien nicht mehr zumutbar. Um die bisherige Tätigkeit zu qualifizieren seien die Angaben nicht detailliert genug (Urk. 7/23/15). Eine Leistungseinschränkung beim Wareneinkauf und beim Einräumen der Waren sei möglich (Urk. 7/23/15). Aus rheumatologisch-physikalischer Sicht sei der Versicherten im Minimum eine leichte bis knapp mittelschwere Tätigkeit mit der Möglichkeit zur Wechselbelastung und ohne Zwangshaltungen der Wirbelsäule ganztags zumutbar (Urk. 7/23/16). 3.2

Dr. D. ___ diagnostizierte im Bericht vom 23. September 2013 eine beidseitige Cervikobrachialgie mit mehrsegmentalen degenerativen Veränderungen mit Diskusprotrusionen ohne Affektion neuraler Strukturen C4/5 medial-linksbetont und C5/6 medial sowie eine Lumbago mit Osteochondrose L5/S1 mit Diskusprotrusion L4/5 mit recessaler Enge für die Wurzel L5 beidseits und mit Facettengelenksarthrose L4/5 und L5/S1 (Urk. 7/10/2). Diese Diagnosen wirkten sich auf die Arbeitsfähigkeit aus. Die geklagten Beschwerden korrelierten gut mit den degenerativen Veränderungen und führten zu einer verminderten Belastbarkeit sowohl beim Tragen von Gewichten als auch beim Bücken oder Vornüber-geneigten Stehen. Sodann bestehe eine Einschränkung bei der Rotation oder der Extension der Halswirbelsäule (Urk. 7/10/4). Die bisherige Tätigkeit sei noch halbtags zumutbar, wobei zusätzliche Einschränkungen bestünden. In einer angepassten leichten und nicht rückenbelastenden Tätigkeit mit günstiger ergonomischer Arbeitshaltung insbesondere ohne häufige Kopfdrehung oder unergonomische Kopfhaltung sei die Versicherte zu 100 % arbeitsfähig, sofern die Möglichkeit für eine zusätzliche Pause pro Halbttag gegeben sei (Urk. 7/10/2, 7/10/4). Es bestehe zunehmend ein generalisierter Schmerz (Urk. 7/10/3).

Dr. med. E. ___, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, gab am 20. Dezember 2013 an, die Versicherte leide schon seit längerer Zeit an verschiedenen muskuloskelettalen Beschwerden, unter anderem auf der rechten Seite vom Nacken bis den ganzen Rücken hinunter. Aktuell würden die Schmerzen im Steissbein und Gesäss immer stärker. Eine Tätigkeit sei im Maximum 30 Minuten pro Tag möglich (Urk. 7/22/3).

Dr. D. ___ berichtete am 31. März 2014 über die Untersuchung der Versicherten vom selben Tag und gab an, die Versicherte präsentiere die Klinik eines chronischen generalisierten myofaszialen Schmerzsyndroms mit Schmerzausweitung und ohne eindeutige strukturelle Pathologie im klinischen Untersuch. Um eine solche aber nicht zu verpassen, erfolge eine Bildgebung der Lendenwirbelsäule mit der Frage nach der Progredienz der bekannten degenerativen Veränderungen sowie des Beckengürtels mit der Frage nach coccygealer oder Hüftgelenks-Pathologie (Urk. 7/29/3). Die MRI-Untersuchung der Lendenwirbelsäule und der Hüften beidseits vom 4. April 2014 ergab einen im Vergleich zu den Voruntersuchungen unauffälligen Befund im Bereich der Lendenwirbelsäule, eine leicht gradige Coxarthrose rechts mehr als links, eine unauffällige Darstellung des os coccygeum und des kleinen Beckens (Urk. 7/37/5, 7/37/1-2). Dr. D. ___ hielt fest, die Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Gastronomieange stellte betrage seit dem 30. April 2014 75 %. Die Erhöhung der attestierten Arbeitsunfähigkeit begründe sich im Wesentlichen durch die zunehmende Dekonditionierung der Versicherten, welche im Rahmen der Arbeitsbelastung eine Progression der degenerativen Veränderungen annehmen lasse (Angaben vom 12. Juni 2014, Urk. 7/36/2). 3.3

Die Gutachten von Dr. med. F.____, Facharzt für Rheumatologie, und von Dr. med. B.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 15. Juli 2014 basieren auf den Akten, den durchgeführten ambulanten Untersuchungen und der interdisziplinären Besprechung (Urk. 7/43, 7/44).

Der Rheumatologe Dr. F.____ diagnostizierte eine Panalgie ohne erkennbare somatische Grundlage (Differentialdiagnose: Fibromyalgie, somatoforme Schmerz störung), ein chronifiziertes zervikales Schmerzsyndrom (im Rahmen der Panalgie, bei aktuell altersnormaler Klinik ohne radikuläre Symptomatologie und bei mässiggradigen degenerativen Veränderungen) sowie ein chronifiziertes lumbo-sakro-coccygeales Schmerzsyndrom (bei fortgeschrittenen Veränderungen L5/S1, Spondylarthrosen L4/5 und L3/4 und ohne coccygeale Pathologie, bei klinisch mässiggradig ausgeprägter lumbaler Pathologie und fehlender radikulärer Symptomatologie, bei massivem coccygealen Schmerz mit zum Teil atypischer Symptomatologie und im Rahmen der Panalgie [Urk. 7/43/16]). Die klinische Untersuchung habe eine generalisierte Schmerzhaftigkeit der Körper oberfläche mit einer Betonung der rechten Seite im Bereich der oberen Körper hälfte gezeigt. Eine somatische Ursache für dieses Schmerzbild sei nicht erkennbar und auch die früheren Laboruntersuchungen lieferten keine Begründung. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zufolge dieser Panalgie könne aus somatischer Sicht nicht begründet werden. Auch das chronifizierte zervikale Schmerzsyndrom könne keine Arbeitsunfähigkeit begründen, da die degenerativen Veränderungen sich in Grenzen hielten und sich bei der klinischen Untersuchung eine altersentsprechend normale Beweglichkeit gezeigt habe. Auch insoweit dürfte die übergeordnete Panalgie eine wesentliche Rolle spielen. Schwieriger sei es, die Rolle der lumbalen Pathologie zu beurteilen: Am lumbosakralen Übergang fänden sich zwar fortgeschrittene degenerative Veränderungen, jedoch lasse sich klinisch der Hauptschmerzpunkt nicht dieser Region zuordnen. Die langjährige Krankheitsanamnese spreche für eine gewisse Schwachstelle lumbal, wogegen die klinische Untersuchung der Lendenwirbelsäule keine erhebliche Pathologie gezeigt habe. Für die Versicherte sei Hauptschmerzpunkt das Os coccygis. Dieses sei extrem druckschmerzhaft; typisch für eine Coccygodynie wären Schmerzen im Sitzen. Weshalb die Versicherte auch im Stehen, beim Gehen und im Liegen dieselben Schmerzen verspüre, sei nicht nachvollziehbar. Zusammengefasst müsse die Rolle der erheblichen Diskopathie relativiert werden. Die erhebliche Überlagerung durch die Panalgie spiele eine wesentliche Rolle. Aus rheumatologischer Sicht dürfe eine Leistungsminderung von 25 % für Arbeiten mit zeitweiliger grösserer Rückenbelastung vermutet werden (Urk. 7/43/17). In der bisherigen Tätigkeit bestehe – bei der Annahme einer Vollzeitstelle – eine Leistungsminderung von 25 % seit Juni 2013. Für eine leichte Arbeit mit regelmässigen Positionswechseln und ohne Arbeiten mit grösserer statischer und dynamischer Rückenbelastung sei die Versicherten voll arbeitsfähig (Urk. 7/43/18).

Gemäss den Angaben von Psychiater Dr. B.____ vom 15. Juli 2014 (Urk. 7/44) konnte er im Rahmen seiner Untersuchung keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen. Ohne anhaltende Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F 45.4). Die Vorgeschichte sei aus psychiatrischer Sicht unauffällig; auch aktuell bestünden zufriedenstellende familiäre und finanzielle Verhältnisse. Im Vordergrund stehe die Schmerzproblematik. Soweit sich die Schmerzen nicht durch somatische Befunde erklären liessen, müsse von einer psychosomatischen Überlagerung ausgegangen werden. Die Versicherte sei nämlich auf die Schmerzen fixiert,

sie äussere hypochondrische Befürchtungen und zeige eine Schmerzausdehnung. Es lasse sich eine somatoforme Schmerzstörung diagnostizieren (Urk. 7/44/6-7). Die psychogene Seite sei unauffällig: Weder anamnestisch noch befundmässig zeigten sich Hinweise für psychopathologische Befunde. Vielmehr sei die Versicherte stimmungsmässig ausgeglichen und zeige keine Ängste, ihr Selbstwertgefühl sei erhalten und der affektive Rapport sei gut herstellbar. Sodann könne auf die regelmässige Tagesgestaltung hingewiesen werden. Dies alles spreche gegen das Vorliegen einer psychischen Komorbidität. Die fehlende Motivation für eine Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit sei ein krankheitsfremder Faktor (Urk. 7/44/7). Die somatoforme Schmerzstörung begründe keine Arbeitsunfähigkeit. Es seien zwar zwei Kriterien erfüllt – chronische körperliche Begleiterkrankung und Schmerzverlauf – jedoch nicht in einem derartigen Ausmass, dass die Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei. Namentlich bestehe keine psychische Komorbidität (Urk. 7/44/8). Aus psychiatrischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit und habe nie eine bestanden (Urk. 7/44/8-9).

Zusammenfassend kamen die Gutachter zum Schluss, dass mangels einer psychischen bedingten Arbeitsunfähigkeit vollumfänglich auf den rheumatologischen Gesichtspunkt abgestellt werden könne (Urk. 7/43/27, 7/44/17). 3.4

Am 28. August 2014 wurde die Versicherte wegen einer Schmerzexazerbation durch Dr. E. ___ notfallmässig ins Spital Z. ___ eingewiesen. Die Ärzte des Spitals hielten unter anderem fest, der aktuelle Punktestand auf der Hamilton-Depressionsskala betrage 24, was einer mittelschweren Depression entspreche. Dieser Wert sei bis zu einem gewissen Grad auf die Schmerzsymptomatik zurückzuführen. Differentialdiagnostisch gingen sie von degenerativen Wirbelsäulenveränderungen und einer Fibromyalgie sowie von einer reaktiven Depression aus (Urk. 7/58/2). Die Ärzte wiesen die Versicherte der psychosomatischen Sprechstunde der Poliklinik des Universitätsspitals G. ___ zu (Urk. 7/58/2).

Die Ärzte der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsspitals G. ___ hielten im Bericht vom 21. Oktober 2014 fest, aktuell gingen sie bei der Versicherten mit histrionisch anmutender Kontaktgestaltung, chronischer Schmerzsymptomatik, zeitweise bedrückter Stimmungslage und Alltagsbeeinträchtigung von einer Symptomatik im Rahmen einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren aus (Urk. 7/82/23; vgl. auch Urk. 7/73).

Dr. E. ___ führte im Bericht vom 26. November 2014 aus, seit der Begutachtung im Juli 2014 habe sich die gesundheitliche Situation auch aufgrund der erfolgten Kündigung verschlechtert (Urk. 7/58/4). Weiterhin würden analgetische medikamentöse Therapien und Physiotherapie verordnet. Die Medikamente würden täglich eingenommen und die Psychotherapie werde regelmässig besucht (Urk. 7/58/4).

Die Versicherte wurde sodann im Institut für Anästhesiologie sowie in den Kliniken für Neurologie und für Rheumatologie des Universitätsspitals G. ___ untersucht (Urk. 7/82/11-22). Die Ärzte des Instituts für Anästhesiologie hielten am 27. November 2014 fest, in der klinischen Untersuchung hätten sich keine neurologischen Ausfallerscheinungen gezeigt. Ein klarer solitärer Schmerzgenerator sei bei den diffusen Druckdolenzten, die sowohl vertebral, als auch paravertebral und muskulär bestünden, nicht auszumachen (Urk. 7/82/19-20). Auch die Ärzte der Neurologie hielten im Bericht vom 9. Februar 2015 fest, die chronifizierte multilokuläre Schmerzsymptomatik könnten sie nicht gänzlich erklären; am ehesten sei von einer multifaktoriellen Genese auszugehen bei

myofaszialen und spondylogenen Veränderungen und bei seitens der Psychiater gestelltem Verdacht auf zusätzliche psychische Faktoren (Urk. 7/82/16). Die Ärzte der Klinik für Rheumatologie diagnostizierten im Bericht vom 19. Februar 2015 ein chronisches cervikozephal und –brachiales Schmerzsyndrom rechts mit Fehlstellung der Wirbelsäule mit Brustwirbelsäule-(BWS)-Abflachung mit Schulter- und Kopfprotraktion, mit segmentaler Dysfunktion der unteren Hals wirbelsäule (HWS) mit sekundären myofaszialen Befunden entlang der unteren HWS rechtsbetont und über dem rechten Schultergürtel sowie eine ausgeprägte Haltungsinsuffizienz, sowie ein chronisches lumbosacrales und coccygeales Schmerzsyndrom rechts grösser als links mit Muskelhartspann entlang der unteren BWS sowie der gesamten Lendenwirbelsäule (LWS) rechtsbetont sowie eine beginnende Coxarthrose rechts grösser als links (Urk. 7/82/11). Gegenüber der Invalidenversicherung gaben die Ärzte der Rheumatologie am 17. November 2015 an, die Versicherte stehe seit dem 18. Februar 2015 bei ihnen in Behandlung. Für schwere und mittelschwere körperliche Tätigkeiten bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Eine 50%ige Arbeitsfähigkeit für leichte Tätigkeiten ohne das Tragen von Lasten über 5 kg und ohne Sitzen sollte möglich sein (Urk. 7/78/8).

Die behandelnde Psychologin H. ___ hielt im Bericht vom 7. April 2016 fest, es bestehe der Verdacht auf eine Anpassungsstörung bei längerer depressiver Reaktion nach Arbeitsplatzverlust (ICD-10 F 43.21) sowie ein Verdacht auf chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F 45.41). In der Zeit zwischen dem 29. Oktober 2015 und dem 31. März 2016 habe die Versicherte sie fünf Mal aufgesucht (Urk. 7/83/2).

RAD-Arzt Dr. A. ___ führte am 3. Mai 2016 aus, die aktuellen, respektive seit September 2015 neu eingetroffenen Berichte würden keine anderen als die bereits hinlänglich bekannten Diagnosen enthalten, welche auch zum Zeitpunkt der bidisziplinären Begutachtung im Juli 2014 bestanden hätten und dementsprechend berücksichtigt worden seien. Einzig die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit differiere. Diese unterschiedliche Bewertung der Arbeitsfähigkeit stelle eine andere Beurteilung derselben medizinischen Tatsachen dar (Urk. 7/86/6).

Nach den Angaben von Dr. med. I. ___ von der Schmerzklinik J. ___ vom 4. Juli 2016 seien bei der ihm neu zugewiesenen Versicherten die in das linke Bein ausstrahlenden Schmerzen vor vier Wochen exazerbiert, sodass diese erst malig im Vordergrund ständen. Er diagnostizierte unter anderem eine Fibromyalgie (Urk. 3/3). 4. 4.1

Das bidisziplinäre Gutachten der Dres. B. ___ und F. ___ vom 15. Juli 2014 basiert auf den Vorakten und den eigenen klinischen Untersuchungen. Es erfüllt die von der Rechtsprechung gestellten Erwartungen und es kann darauf abgestellt werden (vgl. E. 1.5). 4.2 4.2.1

Der rheumatologische Gutachter Dr. F. ___ legte namentlich dar, dass die Rücken- und Gesässschmerzen nur teilweise mit den objektiven Befunden erklärt werden könnten. Sowohl bezüglich der angegebenen cervikalen als auch der lumbalen/coccygealen Schmerzen und Beeinträchtigungen prüfte er je einzeln, inwieweit diese aufgrund der radiologisch nachweisbaren und im Rahmen der klinischen Untersuchung erhobenen Befunde nachvollziehbar waren. Dabei machte er deutlich, dass diese Feststellung der objektiv begründeten Schmerzen und Einschränkungen und der Arbeitsfähigkeit wegen der erheblichen Überlagerung schwierig sei (Urk. 7/43/16-17). Der Umstand, dass der

Gutachter von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von - vermutungsweise - 25 % ausging, gründet in dieser vom Gutachter aufgezeigten Schwierigkeit. Dieses Aufzeigen der Schwierigkeiten spricht für die Qualität der gutachterlichen Arbeit und kann nicht als mangelnde Präzision ausgelegt werden (vgl. Urk. 1 S. 5). Die Auseinandersetzung mit den vorgehenden, teilweise divergierenden Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit fiel sodann zwar eher kurz aus, ist aber dennoch als ausreichend zu betrachten (vgl. Urk. 1 S. 5 f.; Urk. 7/43/19). Sodann decken sich die gutachterlichen Erkenntnisse im Wesentlichen mit der ebenfalls – gutachterlichen - Beurteilung von Dr. C.____ vom 18. September 2013 (Urk. 7/23/9, 7/23/6-7). Auf das Gutachten von Dr. F.____ vom 14. Juli 2015 ist abzustellen. 4.2.2

Die späteren Arztberichte vermögen keine relevante Veränderung des somatischen Gesundheitszustands bis zum Verfügungserlass am 23. Juni 2016 zu belegen: Der MRI-Befund vom 4. April 2014, welcher auch eine leichtgradige Coxarthrose rechtsbetont ergab, lag Dr. F.____ vor und wurde von ihm berücksichtigt (Urk. 7/37/5, 7/43/13). Die Fibromyalgie ist im rheumatologischen Gutachten vom 14. Juli 2014 neben der somatoformen Schmerzstörung als Differentialdiagnose der Panalgie erwähnt (Urk. 7/43/16); die Gutachter gingen vom Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung aus (vgl. Urk. 7/44/6). Sodann ist nicht ersichtlich, dass die später diagnostizierten Leiden, wie die asymptomatische Cholezystolithiasis, die Lebersteatose und die Hyperlipidämie (vgl. Urk. 1 S. 3 f.; Urk. 7/58) zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen. Das MRI der HWS vom 1. September 2014 ergab sodann nur eine leichte Zunahme des Befunds im Vergleich zur Voruntersuchung vom Juli 2011 (Urk. 7/58).

Vielmehr wird auch in den aktuelleren Berichten des Instituts für Anästhesiologie und der Kliniken für Neurologie und Rheumatologie des Universitätsspitals G.____ wiederholt auf den Umstand hingewiesen, dass die von der Versicherten angegebenen Schmerzen und Ausstrahlungen nicht mit den objektiven Befunden übereinstimmen beziehungsweise sich nicht allein mit den objektiven Befunden erklären liessen (Urk. 7/82/19-20, 7/82/16, 7/82/12). Soweit die geltend gemachte Verschlechterung im Rahmen einer zunehmenden Dekonditionierung mit Haltungsinsuffizienz zu sehen wäre (vgl. Urk. 7/36/2, 7/78/7, 7/78/11), ist darauf hinzuweisen, dass diese Umstände grundsätzlich invaliden versicherungsrechtlich unbeachtlich sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_228/2010 vom 19. Juli 2010 E. 3.3). Eine Dekonditionierung wäre allenfalls dann zu berücksichtigen, wenn sie im Zusammenhang mit einem somatischen oder psychischen Leiden stünde und aufgrund des somatischen oder psychischen Leidens nicht beheb- oder angebar wäre. Gemäss dem psychiatrischen Gutachter Dr. B.____ trifft dies jedoch gerade nicht zu (Urk. 7/44/10; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_718/2015/ 8C_719/2015 vom 3. März 2016 E. 5).

Von einer relevanten Veränderung des somatischen Gesundheitszustandes nach der Gutachtenserstellung ist damit in Übereinstimmung mit RAD-Arzt Dr. A.____ nicht auszugehen und es besteht auch kein Anlass für ergänzende Abklärungen. 4.2.3

Die Beurteilungen der Arbeitsfähigkeit durch die behandelnden Ärzte wie etwa die Ärzte der Rheumatologie des Universitätsspitals G.____ (Urk. 7/78/8) sowie durch Dr. E.____ (Urk. 7/82/4) vermögen die gutachterlichen Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit nicht in Frage zu stellen. Zu berücksichtigen ist in diesem Zusammenhang die Erfahrungstatsache, dass behandelnde Arztpersonen mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten

aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc) und es ist auf den Unterschied zwischen Behandlungs- und Begutachtungsauftrag hinzuweisen (vgl. dazu etwa Urteil des Bundesgerichts 9C_564/2016 vom 24. November 2016 E. 3.1 mit Hinweisen).

Ausgehend von der überzeugenden Beurteilung von Dr. F.____ vom 14. Juli 2015 besteht für die bisherige Tätigkeit als Mitarbeiterin in Küche und Kiosk eine Einschränkung von 25 %. Für leichte, rückenangepasste Tätigkeiten ist die Versicherte dagegen voll arbeitsfähig (Urk. 7/43/18). 4.3

4.3.1

Der psychiatrische Gutachter Dr. B.____ prüfte anhand der Foerster-Kriterien, ob die von ihm diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hat, was er verneinte (vgl. Urk. 7/44/8). Seine Ausführungen erlauben zusammen mit den weiteren Berichten auch eine schlüssige Beurteilung im Lichte der neu massgeblichen Indikatoren (vgl. vorne E. 1.2.2; Urteil des Bundesgerichts 8C_427/2015 vom 29. Dezember 2015 E. 5.1 mit Hinweis auf BGE 141 V 309 E. 8).

Nach den Angaben von Dr. B.____ vom 14. Juli 2014 war die Schmerzproblematik zu diesem Zeitpunkt progredient und chronifiziert (Urk. 7/44/8). Die Versicherte nahm und nimmt entsprechend verschiedene Therapieangebote wie Physiotherapie und Wassertherapie wahr (Urk. 7/3/3, 7/82/9-32). Da Dr. B.____ aber weder eine fachärztliche psychiatrische Therapie noch den Einsatz von Psychopharmaka überhaupt für nötig erachtete, ist die besondere Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde für den Gutachtenszeitpunkt zu verneinen (vgl. Urk. 7/44/9; vgl. BGE 141 V 299 f. E. 4.3.2.1). Sodann fehlte es auch an einer psychischen Begleiterkrankung (Urk. 7/44/6). Auch die objektiv vierbaren somatischen Einschränkungen waren und sind nicht besonders erheblich (vgl. Urk. 7/43/17). Weder die Persönlichkeit der Versicherten noch der soziale Kontext bargen ressourcenhemmende Umstände. Vielmehr ist die Vorgeschichte der Versicherten unauffällig und die Versicherte war in ihrer Familie und ihrem Freundeskreis gut aufgehoben (Urk. 7/44/3-4). Eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen war nicht feststellbar, vielmehr war das Aktivitätsniveau im Privatleben weitgehend erhalten (Urk. 7/44/4). Die Versicherte vermochte namentlich noch einen Teil ihrer Hausarbeit selbst zu verrichten, einzukaufen, Auto zu fahren, sich mit Freundinnen zu treffen und in die Ferien zu fahren (vgl. Urk. 7/44/4). Damit resultierte aus der diagnostizierten somatoformen Schmerzstörung keine invalidisierende Arbeitsunfähigkeit. 4.3.2

Die zwischenzeitlich in relativ grossen Abständen durchgeführten Gespräche mit der Psychologin H.____, welche im Verfügungszeitpunkt vom 4. Juli 2016 wieder beendet waren, lassen den Schluss, es liege mittlerweile eine besondere Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde vor, ebenfalls nicht zu (vgl. Urk. 7/83, 3/3). Eine antidepressive Therapie findet nicht statt (vgl. Urk. 3/3).

Die vorübergehend aufgenommene Gesprächstherapie steht auch im Zusammenhang mit der neu diagnostizierten Anpassungsstörung bei längerer depressiver Reaktion nach Arbeitsplatzverlust (ICD-10 F 43.21; Urk. 7/83). Im Verlauf war auch eine reaktive Depression festgehalten worden (vgl. Urk. 7/58/2, 7/59). Eine sich aus diesen – zusätzlich zur somatoformen Schmerzstörung – gestellten psychiatrischen Diagnosen ergebende Arbeitsunfähigkeit wurde von Seiten der Ärzte beziehungsweise der Psychologin nicht geltend gemacht (vgl. Urk. 7/82/23-25, 7/83). Eine leichte depressive Episode stellt nach

der Gerichtspraxis denn auch keine Komorbidität von hinreichender Erheblichkeit im Sinne der früheren Rechtsprechung zu den unklaren syndromalen Beschwerdebildern dar. Sie ist auch grundsätzlich nicht geeignet, eine leistungsspezifische Invalidität zu begründen (Urteil des Bundesgerichts 9C_337/2015 vom 7. April 2016 E. 4.4.1 mit weiteren Hinweisen).

Auch insoweit bestehen damit keine Hinweise auf eine bis zum Erlass der Verfügung eingetretene relevante Verschlechterung des Gesundheitszustands. Die Vornahme ergänzender Abklärungen beziehungsweise die Einholung eines ergänzenden Gutachtens ist nicht erforderlich. 4.4

Damit ist für die ursprüngliche Tätigkeit sowie für Tätigkeiten mit zeitweiliger grösserer Rückenbelastung eine Leistungsminderung von 25 % anzunehmen. Bei der Ausübung einer leichten Arbeit mit regelmässigen Positionswechseln und ohne Arbeiten mit grösserer statischer und dynamischer Rückenbelastung ist die Versicherte voll arbeitsfähig (vgl. Urk. 7/43/18). 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; 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

Die Beschwerdeführerin macht geltend, sie habe die Tätigkeit bei der Y.____ AG aus gesundheitlichen Gründen auf ein Pensum von 65 % reduziert und ihre Vorgesetztenposition aufgegeben (Urk. 1 S. 6). Ob gesundheitliche Gründe zur Aufgabe der Vollzeitanstellung geführt hätten, kann letztlich, wie nachfolgend aufzuzeigen ist, offen bleiben.

Gemäss den Angaben im Arbeitgeberbericht (Urk. 7/18/4) verdiente die Versicherte bei der bis zum 30. September 2011 vollzeitig ausgeübten Führungsfunktion ein monatliches Einkommen von Fr. 4'940.- und im Jahr Fr. 64'220.- (13 x Fr. 4'940.-; Urk. 7/18/17). Angepasst an die seither eingetretene Nominallohnentwicklung ergibt sich für das Jahr 2014, dem Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns, ein Einkommen von Fr. 65'873.20 (Bundesamt für Statistik (BFS), Schweizerischer Lohnindex, 2010 = 100 [im Internet abrufbar], Nominallohnindex Frauen [T 1.2.10], Total: 2011 = 101, 2014 = 103,6), welches als Valideneinkommen zu berücksichtigen ist.

E. 5.2

Für die Ermittlung des Invalideneinkommens ist auf die Tabelle TA1 der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung 2014 des BFS abzustellen. Das durchschnittliche monatliche Einkommen der Frauen bei der Ausübung einfacher Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art (Kompetenzniveau 1) betrug 2014 monatlich Fr. 4'300.-, im Jahr Fr.

51'600.-. Angepasst an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41,7 Stunden im Jahr 2014 (BFS, Betriebs übliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen [im Internet abrufbar], Total: 2014 = 41,7) ergibt sich ein Einkommen von Fr. 53'793.- .

Nimmt man mit der Beschwerdeführerin den maximal möglichen leidensbedingten Abzug von 25 % vor (vgl. Urk. 1 S. 6 f.), so ergibt sich ein Invalideneinkommen von Fr. 40'344.75 (Fr. 53'793.- x 0,75). Aus der Gegenüberstellung der Fr. 40'344.75 mit dem Valideneinkommen von Fr. 65'873.20 resultiert ein Invaliditätsgrad von 38,75 %. Damit besteht selbst bei Vornahme des maximal möglichen Abzugs von 25 % kein Rentenanspruch. Es kann somit auch offen bleiben, wie hoch der leidensbedingte Abzug korrekterweise zu veranschlagen wäre.

Die Beschwerde ist somit abzuweisen. 6.

Das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht ist bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Versicherungsleistungen kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1 bis IVG).

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 700.- festzusetzen und der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zuge stellt. 3.

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

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

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

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

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 8

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

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